

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.  
ПАВЛОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ**

---

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры  
оториноларингологии с клиникой  
ФГБОУ ВО  
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова  
27.06.2022 г. протокол № 14  
заведующий кафедрой, профессор

С.А. Карпищенко

(ФИО заведующего кафедрой)

**Методические указания для студентов**

<b>по</b>	<b>Оториноларингологии</b> <small>(наименование дисциплины)</small>
<b>по</b>	<b>Новообразования и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха. Травмы, инородные тела, кровотечения из ЛОР – органов и неотложная помощь при них.</b> <small>(наименование темы занятия)</small>
<b>для специальности / направления подготовки факультет/ отделение (при наличии)</b>	<b>Педиатрия 31.05.01</b> <small>(наименование и код специальности)</small>
<b>кафедра</b>	<b>Педиатрический</b> <small>(наименование факультета)</small>
	<b>Оториноларингологии с клиникой</b> <small>(наименование кафедры)</small>

## **1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ**

составляет 12 ч из них:

1. практические занятия – 6 ч
2. самостоятельная работа – 6 ч

## **2. ЦЕЛИ**

### **1. Цели и задачи изучения дисциплины**

- **Цель преподавания** оториноларингологии студентам педиатрического факультета заключается в подготовке современного специалиста, обладающего определенными знаниями в области детской оториноларингологии с учётом дальнейшего обучения и профессиональной деятельности по специальности 31.05.02 – педиатрия.

### **2. Задачи изучения дисциплины**

В процессе обучения студенты должны:

- изучить топографическую анатомию и физиологию уха, горла, носа и гортани;
- освоить методы эндоскопического обследования оториноларингологических больных;
- научиться диагностировать заболевания уха и верхних дыхательных путей;
- уметь назначить лечение при острых и хронических заболеваниях ЛОР органов;
- овладеть принципами оказания экстренной помощи при патологии ЛОР органов;
- получить представление о взаимосвязях ЛОР патологии с другими органами и системами организма, принципах профилактических и реабилитационных мероприятий у оториноларингологических больных детского возраста.

### **3. Место дисциплины в структуре ООП:**

Оториноларингологические заболевания имеют большое социальное значение, поскольку непосредственно связаны с поражением важнейших анализаторных систем (слух, вестибулярный аппарат, обоняние) и серьезным образом влияют на качество жизни (потеря слуха, расстройства голоса и речи, дыхания и др.). Профилактика таких заболеваний, как хронический тонзиллит, позволяет существенно снижать риск развития тяжелых инфекционно-аллергических заболеваний (ревматизм и др.). Вышеуказанные обстоятельства требуют особого внимания со стороны государственных органов здравоохранения на проблемы организации оториноларингологической помощи населению, на квалификацию и уровень подготовки врачей первичного звена и специалистов в системе высшего медицинского образования. Дисциплина оториноларингология относится к профессиональному циклу.

### **Связь с предшествующими дисциплинами**

Наименование дисциплины	Наименование тем
Медицинская физика	Знать разделы акустики и механики: - физические характеристики звука; - кинетика жидкостей и газов; - угловое и прямолинейное ускорения, воздействие ускорений на организм.
Нормальная анатомия	Анатомия черепа. Анатомия шеи. Анатомическое строение носа, глотки, гортани, трахеи, бронхов, пищевода. Строение височной кости, наружного, среднего и внутреннего уха. Лимфаденоидное кольцо глотки. Возрастные аспекты.
Клиническая биохимия	Показатели метаболических процессов при остром нарушении дыхания. Кровопотеря и гемостаз.
Гистология и эмбриология	Эмбриогенез обонятельного, слухового, вестибулярного анализаторов. Гистологическое строение внутреннего уха, слизистой оболочки верхних дыхательных путей.
Физиология	Физиология слухового, вестибулярного, обонятельного, вкусового анализаторов. Физиология голосообразования.
Патологическая физиология	Система регуляции дыхания при острой дыхательной недостаточности. Система гемостаза. Воспаление и аллергия при ЛОР патологии. Мукоцилиарный клиренс слизистой оболочки верхних дыхательных путей.
Патологическая анатомия	Типы воспаления. Морфологические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей при воспалении, инфекциях. Гистогенез доброкачественных и злокачественных опухолей.
Топографическая анатомия	Топография органов шеи, челюстно – лицевой области. Вскрытие абсцессов и флегмон клетчаточных пространств шеи и челюстно - лицевой области. Перевязки магистральных сосудов шеи. Трепанация сосцевидного отростка. Трахеостомия. Особенности детского возраста.
Фармакология	Особенности фармакологического действия, способы применения лекарственных средств в оториноларингологии. Побочные действия лекарственных средств в оториноларингологии. Возрастные аспекты. Расчет доз по возрасту.

Связь с последующими дисциплинами

Наименование дисциплины	Наименование тем
Инфекционные болезни	Этиология, классификация ангин; поражения ЛОР органов при инфекционных заболеваниях, при СПИДе;
Нервные болезни	Этиология, клиника, лечение отогенных и риногенных внутричерепных осложнений. Поражения черепномозговых нервов.
Онкология	Распространённость, клиника, диагностика, принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей верхних дыхательных путей и уха. Классификация и принципы лечения злокачественных опухолей.
Медицинская радиология и лучевая диагностика	1. Методы рентгенологической диагностики заболеваний ЛОР органов (рентгеноскопия, рентгенография, томография, КТ, МРТ черепа, верхних дыхательных путей, пищевода). 2. Рентгенологические симптомы основных заболеваний ЛОР органов с особенностью анатомии детского возраста.
Анестезиология и реаниматология	1. Особенности фармакологического действия анестетиков местного обезболивания. 2. Показания и техника экстренной интубации и трахеостомии, коникотомия, трахеопункция.
Челюстно – лицевая хирургия	Лечение сочетанных травм челюстно – лицевой области. Принципы пластической хирургии лица. Диагностика опухолей челюстно – лицевой области. Одонтогенные инфекции шеи, глотки верхнечелюстных пазух.
Гематология	- Клиника, диагностика, лечение заболеваний системы крови (инфекционный мононуклеоз, агранулоцитоз, лейкозы).
Туберкулёз	Этиология, клиника, классификация, диагностика, принципы лечения туберкулёза верхних дыхательных путей.
Деонтологические аспекты в медицине	Вопросы медицинской деонтологии при лечении оториноларингологических больных. Ятрогенная патология в оториноларингологии. Юридическая ответственность медицинских работников в оториноларингологической практике.

***В процессе изучения специальности студенты должны:***

- Знать частоту, этиологию, патогенез, клинику, профилактику и лечение наиболее часто встречающихся в практике болезней верхних дыхательных путей и уха, способы и приёмы оказания неотложной помощи при заболеваниях и травмах ЛОР органов.

- Знать особенности течения и применение лечебных мероприятий при патологии ЛОР органов у детей.
- Уметь осуществить эндоскопию и функциональное исследование ЛОР органов, интерпретировать данные лабораторных, рентгенологических, функциональных исследований, формулировать правильный диагноз и определять лечебную тактику при часто возникающих заболеваниях и их осложнениях.
- Иметь представление о современных достижениях в оториноларингологии, принципах и методах диспансерной работы, значении своевременного выявления и лечения патологии ЛОР органов для профилактики общей заболеваемости.

### 3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ

В результате освоения темы обучающийся должен показать владение следующими компетенциями:

№ п/п	Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части) по этапам формирования в темах (разделах)	Наименование оценочного средства, в академич. часах
1	Введение в оториноларингологию и история оториноларингологии. Анатомия наружного, среднего и внутреннего уха. Методика и техника исследования ЛОР-органов. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования звукового анализатора.	ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0 Демонстрация практически х навыков – 0,5
2	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования	ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0

	вестибулярного аппарата.		
3	<p>Заболевания наружного уха. Острое воспаление среднего уха. Антрит. Мастоидит. Клиника, диагностика, лечение.</p>	<p>ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)</p>	Опрос – 1,0
4	<p>Хронический гнойный средний отит. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Негнойные заболевания уха: катар среднего уха, сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера. Тугоухость, глухота, глухонемота. Слухопротезирование.</p>	<p>ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)</p>	Опрос – 1,0
5	<p>Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис. Клиника,</p>	<p>ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2)</p>	Опрос – 1,0

	диагностика и лечение.	ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)	
6	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования наружного носа, полости носа, околоносовых пазух.	ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0
7	Заболевания наружного носа. Острый и хронический ринит. Острый и хронический синусит. Риногенные осложнения.	ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0
8	Клиническая анатомия, физиология и методы	ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0

	исследования глотки. Патология глотки	ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)	
9	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани, трахеи, бронхов и пищевода.	ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0
10	Заболевания гортани: острый и хронический ларингит, острый ларинготрахеит у детей, парезы и параличи гортани, стенозы гортани.	ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0



		ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)	
11	Новообразован ия и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха. Состояние ЛОР – органов при ВИЧ– инфекции.	ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0
12	Травмы, инородные тела, кровотечения из ЛОР – органов и неотложная помощь при них.	ОПК – 2 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ОПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 1 (ИД-1, ИД-2) ПК – 3 (ИД-1, ИД-2) ПК – 4 (ИД-1, ИД-2) ПК – 5 (ИД-1, ИД-2) ПК – 6 (ИД-1, ИД-2) ПК – 7 (ИД-1, ИД-2) ПК – 9 (ИД-1, ИД-2) ПК – 10 (ИД-1, ИД-2) ПК – 12 (ИД-1, ИД-2) ПК – 13 (ИД-1, ИД-2)	Опрос – 1,0

	<p><b>Зачет :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• электронное тестирование</li> <li>• решение клинической задачи</li> </ul>
--	--

#### 4. СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

##### **ТЕМА ЗАНЯТИЯ. Новообразования и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха. Состояние ЛОР – органов при ВИЧ–инфекции.**

Краткие сведения по эпидемиологии злокачественных опухолей верхних дыхательных путей и уха. Классификация опухолей верхних дыхательных путей и уха, их диагностика. Значение в диагностике опухолей дополнительных методов исследования (цитология, биопсия, рентгенография, ларингостробоскопия, ультразвуковая биолокация, термография). Доброкачественные опухоли. Папилломатоз гортани у детей и взрослых. Рак гортани, глотки, носа, околоносовых пазух и уха. Высококкачественные низкодифференцированные тонзиллярные опухоли, показания к хирургическому, лучевому и химиотерапевтическому методам лечения. Щадящие и реконструктивные операции на гортани. Инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей (склерома, туберкулез, сифилис) – особенности клиники, диагностики, лечения. Поражение ЛОР–органов при ВИЧ–инфекции.

##### **ТЕМА ЗАНЯТИЯ. Травмы, инородные тела, кровотечения из ЛОР – органов и неотложная помощь при них.**

**Цель занятия:** Ознакомить студентов с характером и объемом скорой помощи в ЛОР специальности и обучить необходимым каждому врачу навыкам при оказании скорой помощи по поводу носовых кровотечений, стенозов гортани, инородных тел в ЛОР-органах.

**Демонстрационный материал:** муляж головы для демонстрации тампонады носа и методов удаления инородных тел из ЛОР-органов, муляжи с изображением кровоснабжения носа, глотки, гортани, уха; рисунки с изображением этапов трахеотомии, набор тампонов для передней и задней тампонады носа, инструменты для удаления инородных тел из ЛОР-органов (тупые крючки для удаления инородных тел из носа и уха, носовой корнцанг, гортанные щипцы, директоскоп Ундрица, эзофагоскоп с набором щипцов, бронхоскоп с набором щипцов для удаления инородных тел из области верхних дыхательных путей и пищевода, шприц Жанэ для промывания уха, трахеотомический набор, набор для интубации и т.д.).

**Содержание занятия:**

## I. НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Студенты собирают анамнез у больного, поступившего в ЛОР-клинику с носовым кровотечением. При разборе больного фиксируется внимание на том, что носовое кровотечение не является самостоятельной нозологической единицей. Это симптом при местных заболеваниях носа (травма слизистой оболочки носа, передней атрофической ринит, кровоточащий полип и т.д.) или общих заболеваниях.

Чаще всего повторные и сильные носовые кровотечения наблюдаются при гипертонической болезни, атеросклерозе, заболеваниях крови, инфекционных заболеваниях (тифах и особенно гриппе), болезнях Верльгофа, Ослера, нефритах, циррозах печени, пороках сердца, викарные носовые кровотечения при нарушениях менструального цикла и т.д.

При разборе вопроса о носовых кровотечениях преподаватель отмечает, что приблизительно в 95% случаев кровотечение наблюдается из *locus Kisselbachii* (из сети мелких сосудов, расположенных в передней трети хрящевой части носовой перегородки). Кровотечения из этой области обычно легко останавливаются и не представляют угрозы для здоровья и жизни больного. В 5% носовые кровотечения наблюдаются из средних и задних отделов полости носа, где разветвляются этмоидальные сосуды более крупного калибра. Это кровотечения значительно опаснее.

Фиксируется внимание на том, что независимо от причины носового кровотечения его необходимо быстро остановить, для чего существует целый ряд приемов. При кровотечении из *locus Kisselbachii* наиболее простым способом является прижатие крыла носа к кровоточащему участку на несколько минут, введение ватного шарика с перекисью водорода, 0,1% адреналина, гемостатической губки и др. Если кровотечение продолжается, слизистую оболочку прижигают раствором ляписа 20—30%, жемчужиной ляписа или трихлоруксусной кислотой. Если эти вмешательства остаются безуспешными, то прибегают к передней тампонаде. Отмечается, что марлевые тампоны, смоченные стерильным вазелиновым маслом готовятся заранее и вводятся под контролем зрения в передние отделы полости носа. Студенты на муляже или на больном сами делают переднюю тампонаду. Отмечается, что при значительной ширине носовых ходов у больного, например, после полипотомии целесообразно применять кисетную тампонаду. Демонстрируется на муляже кисетная тампонада и отмечается, что этот вид тампонады с эффектом нередко применяется при кровотечениях из средних и задних отделов носа. Если при сильных кровотечениях этот прием оказывается неэффективным, то приходится производить заднюю тампонаду, для которой должны быть всегда наготове в стерильной банке тампоны из марли в виде пакета, перевязанные двумя шелковыми нитями, резиновый катетер и смоченные стерильным вазелиновым маслом длинные марлевые тампоны. На муляже студенты сами делают заднюю тампонаду.

Далее обсуждается вопрос о времени оставления тампона в полости носа при передней и задней тампонадах и отмечается, что передняя тампонада чаще оставляется на 48 часа, при необходимости на 72 часа. Заднюю тампонаду, учитывая тяжесть кровотечения оставляют обычно на 72 часа. В целях профилактики возможных воспалительных явлений в глотке и среднем ухе, таким больным назначаются антибиотики.

При упорных рецидивирующих носовых кровотечениях иногда приходится производить отслойку слизистой оболочки полости носа на стороне кровотечения. После отслойки слизистая оболочка перегородки, подвергается рубцовым изменениям, что приводит к облитерации сосудов.

Далее внимание студентов фиксируется на необходимости проведения общих лечебных мероприятий при носовых кровотечениях: запрещение активных движений, 10% раствор глюконата кальция per os и внутривенно, дицинон в/в и per os 3 раза в день; 5% раствор аскорбиновой кислоты в/в и в/м; аминокaproновая кислота per os и внутривенно, переливание сухой нативной плазмы плазмы, дробное переливание свежечитратной или донорской (с индивидуальным подбором) крови.

Так как кровотечения из других ЛОР-органов (околоносовых пазух, глотки и уха) встречаются значительно реже, отмечаются наиболее частые причины их, а именно: после оперативных вмешательств (тонзиллэктомия, аденотомия), новообразования с вовлечением в процесс сосудов. Указывается необходимость обязательной госпитализации таких больных в ЛОР-стационар. Обсуждается возможности ангиографии с суперселективной тромбоземболизацией сосудов при остановке сильных кровотечений.

## II. СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ

Студент в присутствии всей группы собирает анамнез и проводит обследование ЛОР-органов у больного после ликвидации грозных симптомов заболевания, которое может быть причиной острого стеноза гортани: гортанной ангины, аллергического отека гортани, ложного крупа. Прежде всего при разборе таких больных фиксируется внимание на том, что эти заболевания обычно начинаются с совершенно невинных симптомов — сухости, неловкости в горле и легкой боли при глотании, иногда небольшой охриплости голоса при нормальной температуре. Но эти невинные симптомы очень быстро, иногда в течение 1—2 часов, изменяются и развивается грозная клиническая картина угрожающего жизни больного заболевания: быстро нарастает боль при глотании, появляется прогрессирующее затруднение дыхания. При этом у таких больных воспалительные явления в зеве выражены слабо или вовсе отсутствуют, что может привести к опасной для жизни больного диагностической ошибке, так как правильный диагноз может быть поставлен только при непрямой ларингоскопии. Каждый врач должен помнить об этом и при подозрении на заболевание гортани направлять больного в дежурный ЛОР-стационар.

Далее разбираются классификации и причины стенозов гортани. Отмечается, что по скорости появления удушья стенозы разделяются на:

- 1) молниеносные (инородное тело гортани);
- 2) остро развивающиеся (гортанная ангина, аллергический отек, ожоги гортани термические и химические);
- 3) подострые (дифтерия, травмы гортани);
- 4) хронические (опухоли, рубцовые изменения в гортани).

Указывается, что стенозы разделяются также по вызывающей их причине на:

- 1) сужение просвета гортани от попадания инородных тел
- 2) сужение от патологических изменений стенок гортани (воспалительные инфильтраты, отеки, новообразования, рубцы, переломы хрящей и т.д.). Эта группа наиболее многочисленна;

3) сужение от неподвижности одной или обеих голосовых складок (паралич , парез n. recurrens);

4) сужение просвета гортани от сдавления извне ( опухоли, глубокая флегмона шеи и т.д.). Далее разбираются стадии дыхательной недостаточности при стенозах гортани и принципы лечебного алгоритма.

Первая стадия компенсации. Наблюдается учащенное дыхание до 25—30 в минуту без цианоза , стридора , участия вспомогательной мускулатуры

Вторая стадия — неполной компенсации (субкомпенсации) наблюдается инспираторная одышка стридор, включение в акт дыхания вспомогательной мускулатуры, цианоз кожных покровов, вынужденное положение больного , вегетативные реакции.

Третья стадия — декомпенсации . Происходит урежение дыхания, стридор, выраженный цианоз, работа всей дыхательной мускулатуры, вынужденное положение больного, нарушение сознания, переход на непериодичное дыхание Четвертая стадия — удушье (асфиксия), потеря сознания, расширение зрачков, нарушение работы сфинктеров, потеря корнеального рефлекса, клиническая смерть.

Отмечается, что такое деление на стадии стеноза, конечно, является условным. Некоторые авторы выделяют только 3 стадии, так как это имеет практическое значение, в частности, для врачей скорой и неотложной помощи. Ведь в прямой зависимости от степени дыхательной недостаточности находится решение двух жизненно важных вопросов, возникающих при оказании помощи задыхающемуся больному: а) как срочно должна быть оказана помощь и б) в чем она должна заключаться.

При обсуждении вопроса лечебной тактики при стенозах гортани еще раз подчеркивается, что лечебные мероприятия будут различными в зависимости от стадии дыхательной недостаточности и причины, вызвавшей стеноз, что определит ближайший и отдаленный прогноз( устранимость причины стеноза .Разбирается лечебная схема при различных причинах острого и хронического стенозов гортани.

Трахеостомия. Разбираются виды трахеостомии (нижняя, средняя, верхняя). Отмечается, что трахеостомия входит в тот минимум обязательных операций, которые должен производить каждый врач, однако, клинический опыт показывает, что эта операция таит в себе целый ряд трудностей и опасностей.В июне 1976 г. на Всесоюзном симпозиуме по актуальным вопросам трахеотомии было решено оперативное вмешательство на трахее, заканчивающееся оставлением в ней трахеотомической трубки на любое время, называть трахеотомией.

1) Опасность трахеотомии начинается с того момента, когда хирург потерял ориентацию в оперируемой области. В таких случаях легко повреждается перешеек щитовидной железы и начинается кровотечение.

2) Поспешное прокалывание трахеи в то время, когда она совершает быстрые экскурсии вверх и вниз без фиксации ее крючком, может привести к ранению задней стенки трахеи, т.е. передней стенки пищевода.

3) Если ввести трахеотомическую трубку, не убедившись предварительно в том, что слизистая оболочка трахеи разделена, то может произойти ее отслойка.

4) Если в трахее сделано слишком большое отверстие, то возникает опасность развития подкожной эмфиземы, которая появляется сразу же после наложения тугой повязки. В этом случае нужно ослабить повязку и частично снять швы.

Обращается внимание на послеоперационный уход за трахеостомированным больным: туалет трахеостомичной трубки, смена наружной трубки. Акцентируется внимание на том, что наружную трубку может менять только врач, так как рана быстро спадается.

Дается представление о других инструментальных манипуляциях для восстановления проходимости верхних дыхательных путей при стенозах гортани : коникотомия , трахеопункция , интубация .

### III. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР-ОРГАНОВ

Инородные тела ЛОР органов в зависимости от их локализации представляют различную опасность и методика их удаления также различна.

Различают: 1. Инородные тела полости носа и наружного слухового прохода. Отмечается, что инородные тела носа и уха чаще всего встречаются у детей. Фиксируется внимание на том, что удаление бусин, горошин и др. предметов из носа и наружного слухового прохода нельзя производить пинцетом, так как это может привести к их вклиниванию. Удаление в осложненных случаях требует уже оперативного вмешательства. Обычно удаление необходимо производить только крючком.

2. Инородные тела глотки. Фиксируется внимание на том, что в этой области приходится удалять чаще всего острые предметы: рыбные кости, булавки, иголки, гвозди и т.д., которые задерживаются в первую очередь в небных миндалинах, передних и задних дужках, в области корня языка, в грушевидных синусах и носоглотке.

Симптомы: боль и усиленная саливация. Инородные тела, внедрившиеся в области небных миндалин, за передними и задними дужками и в области корня языка сравнительно легко обнаруживается и без труда удаляются пинцетом, корнцангом. Инородные тела в этих местах, как правило, опасности не представляют. Как осложнения инородных тел этой локализации могут наблюдаться околоминдаликовые абсцессы, или абсцесс корня языка. Инородные тела носоглотки определяются при задней риноскопии. При их удалении возможно использовать метод оттягивания мягкого неба тупыми крючками или резиновым катетером, проведенным через нос.

Далее отмечается, что инородные тела в гортанной части глотки (в грушевидных синусах) могут быть обнаружены только при непрямой ларингоскопии. В осложненных случаях инородные тела гортанной части глотки могут вызвать воспаление заглочной клетчатки вплоть до образования ограниченных гнойников; в некоторых случаях эти гнойники распространяются вниз и вызывают медиастенит. Лихорадочное состояние, резко выраженный отек и признаки появляющегося медиастинита или удушья служат показанием для применения методов удаления инородных тел путем рассечения наружных тканей, т.е. путем фаринготомии или шейной медиастинотомии.

3. Инородные тела гортани и бронхов. Отмечается, что характер инородных тел, попадающих в дыхательные пути, очень разнообразен, начиная от подсолнечных семечек, кедровых орехов, кончая зубными протезами, монетами и т.д. Их делят на 2 группы: эндогенные и экзогенные. К первым относятся тела, попадающие в дыхательные пути после образования их в самом организме (корки слизи, камни миндалин, частицы опухолей). Ко второй группе относятся инородные тела, попавшие из внешнего мира (в том числе из желудка и глотки при рвоте). В повседневной практической работе вторая группа имеет гораздо

большее значение. По статистике Д.Н.Зимонта, составленной на основании работ советских авторов, 93,6% инородных тел гортани и бронхов приходится на детей до 5-ти летнего возраста.

Рассматриваются механизмы аспирации, которые заключаются в глубоком вдохе при кашле, испуге, смехе и т.п. и в этот момент инородное тело увлекается в гортань. На соприкосновение с инородным телом гортань отвечает спазмом голосовых складок, после чего происходит глубокий вдох и инородное тело с током воздуха увлекается в трахею. Выкашливанию инородного тела мешает клапанный механизм трахеобронхиального дерева, заключающийся в расширении бронха при вдохе и сужении при выдохе. Вследствие образования отрицательного давления инородное тело втягивается все глубже.

Что касается места застревания инородного тела, то оно зависит от величины, формы, веса, способности к набуханию и индивидуальных особенностей организма. Большинство инородных тел (скорлупа от подсолнуха, арбузные семечки) не ущемляются, а остаются подвижными в трахее, т.е. "балотирующими"), в то время как более мелкие предметы с острыми краями, особенно металлические, ущемляются тем глубже, чем меньше предмет. Крупные предметы застревают обычно в одном из главных бронхов. Отмечается, что до 80% ущемляющихся в бронхах инородных тел застревают в правом бронхе. Это объясняется тем, что правый бронх, соответственно большему развитию правого легкого, имеет более крупный калибр, он шире левого. Кроме того, он характеризуется более отвесным положением и его длинник почти совпадает с осью трахеи. Левый ствол бронх меньшего калибра, но немного длиннее правого. Различают инородные тела: а) задерживающиеся в гортани, т.е. проникшие не глубже подголосовой полости; б) проникшие глубже подсвязочного пространства, т.е. в трахею и бронхи и в той или иной степени затрудняющие их проходимость.

Симптомами проникновения инородного тела в трахею или бронхи в большинстве случаев являются интенсивные приступы кашля, которые объясняются не только раздражением участка, куда попадает инородное тело, и закупоркой бронха, но и рефлекторным раздражением всего дыхательного тракта, который при этом спастически сокращается; нередки боли, цианоз, возможна угроза асфиксии. П.Г.Лепнев основой классификации инородных тел гортани и бронхов предложил динамический признак и выделил 4 группы:

1) инородные тела с хроническим течением, что наблюдается при попадании в просвет бронхов незакупоривающих предметов, чаще всего металлических; 2) инородные тела с подострым течением. Такое течение заболевания наблюдается при попадании арбузных семечек и различных косточек, протекание болезни затяжное, промежутки благополучия чередуются с приступами удушья; 3) острое течение при попадании в бронхи костей, орехов, бусинок. Реакция на внедрение инородного тела развивается по дням; 4) инородные тела с быстро нарастающими явлениями: а) крупные инородные тела, закрывающие просвет гортани; б) закрывающие просвет одного из крупных бронхов.

Диагноз ставится на основании анамнеза, объективных данных, получаемых при исследовании больного, данных рентгеноскопии, рентгенографии и трахеобронхоскопии. Делается акцент на важности тщательно собранного анамнеза у больных с инородным телом, который дает ряд необходимых сведений о величине, форме, консистенции инородного тела. К сожалению, у детей анамнез часто отсутствует, у взрослых он также может

отсутствовать при так называемой при так называемой бессимптомной аспирации. Очень важны рентгенологические данные. Инородные тела бронхов дают целый ряд косвенных симптомов, зависящих от соотношения между инородным телом и просветом бронха.

Через 2-3 часа после полной закупорки бронха инородным телом в участке легкого, где разветвляется данный бронх, наступает ателектаз. Кроме того, удаётся обнаружить перемещение средостения во время входа и выхода. Во время вдоха сердце перемещается в сторону ателектаза, т.е. в сторону инородного тела, что объясняется уменьшившимся за счет ателектаза объемом легкого. Для обнаружения некоторых инородных тел применяется рентгеноскопия с введением контрастных масс (бронхография).

Инородные тела трахеи и бронхов могут повлечь за собой ряд опасных для жизни осложнений:

- 1) удушье от попадания большого инородного тела,
- 2) травматический отек или перихондрит,
- 3) осложнения, зависящие от присоединения инфекции (бронхиты, абсцессы легкого, пневмония, медиастинит, перикардит, бронхоэктазии, сепсис),
- 4) кровотечение вследствие ранения сосудов.

При рассмотрении вопроса лечения при инородных телах трахеи и бронхов отмечается, что выбор способа удаления инородного тела зависит от его местоположения, степени подвижности, формы, величины и консистенции, а также от возраста больного. Врач скорой или неотложной помощи, установивший наличие инородного тела в трахее, если имеется непосредственная опасность удушья, обязан сделать трахеостомию в тех условиях, в которых врач застал больного. При приступе кашля подкожное введение морфина, промедола или пантопона может привести к купированию приступа. Отмечается, что больные с инородными телами трахеи и бронхов как недавнего, так и давнего происхождения, должны быть срочно госпитализированы, так как инородные тела в любое время могут сместиться и вызвать асфиксию. Инородные тела из трахеи и бронхов удаляются посредством прямой ларингоскопии, верхней и нижней трахеобронхоскопии, в тяжелых осложненных случаях — с помощью торакотомии.

4. Инородные тела пищевода. При разборе этого вопроса фиксируется внимание на том, что задержку в пищеводе какого-либо предмета следует считать состоянием патологическим, которое может привести к опасным для жизни больного осложнениям.

Первое место среди инородных тел, застревающих в пищеводе, принадлежит мясным и рыбным костям (до 75%). Встречаются также и металлические предметы, монеты, английские булавки, швейные иглы, пуговицы и т.д. Возможны инородные тела, задерживающиеся при хирургических вмешательствах (вата, обломки хирургических инструментов).

Главными причинами застревания инородных тел в пищеводе у нормальных людей являются следующие: плохо разжеванная пища при поспешной еде, при дефектах в жевательном аппарате, отсутствии зубов, при понижении чувствительности полости рта центрального и местного происхождения. При патологически суженном пищеводе вследствие перенесенных ожогов, травм и других причин могут задерживаться в пищеводе такие мелкие предметы, как корочки хлеба, горошины, фруктовые косточки и даже мелкие части пищи.



Отмечается, что в пищеводе инородные тела задерживаются чаще всего у трех физиологических сужений:

- 1) на уровне перстневидного хряща — верхний, начальный отдел;
- 2) у места перекреста пищевода с бронхами — средний отдел;
- 3) у кардии — нижний отдел пищевода.

Симптомы, развивающиеся в момент попадания инородного тела в пищевод и в последующие периоды, крайне разнообразны и зависят от характера инородного тела, локализации его и индивидуальных реакций организма (боль, чувство неловкости, усиленные глотательные движения, нередко сильная боль с иррадиацией в спину, руку и лопатку, обильная саливация). Фиксируется внимание на том, что при диагностике следует учитывать, что локализация боли при инородном теле в пищеводе не находится в прямой зависимости от места его нахождения, однако, нередко при пальпации больные отмечают болезненность у места локализации инородного тела. Иногда симптомы присутствия инородного тела временно исчезают или сглаживаются, давая в последующем опасные, а иногда смертельные осложнения. Существенное диагностическое значение имеет проба с глотком воды; появляется боль на месте инородного тела, характерная мимика лица и движение мышц плечевого пояса.

Подчеркивается, что значительное место в диагностике инородных тел принадлежит рентгеноскопии и рентгенографии. Их необходимо проводить перед эзофагоскопией, которая в настоящее время все чаще применяется не с помощью местного обезболивания, а на фоне общего наркоза и миорелаксации. Недопустимо удалять инородное тело из пищевода вслепую посредством различных щипцов, монетоловок, крючков, а также применять бужирование, ибо при этом могут возникнуть тяжелые осложнения, иногда со смертельным исходом.

К осложнениям относятся: прободение стенки пищевода с последующим возникновением подкожной эмфиземы шеи или эмфиземы средостения, эзофагит, абсцесс стенки пищевода, периезофагит, медиастинит и кровотечение из крупного сосуда. При вклинившемся и осложненном инородном теле производят вскрытие пищевода снаружи — эзофаготомию, а при наличии гнойного медиастинита — вскрытие и дренирование переднего и заднего средостения. При осложненных инородных телах показана активная противовоспалительная терапия с применением больших доз антибиотиков.

Преподаватель особо останавливается на лечении при пищевых завалах у больных со стенозами пищевода и отмечает, что тактика врача в этом случае такая же, как и при любых инородных телах пищевода. Содержимое завала должно быть механически извлечено из пищевода соответствующими щипцами при помощи эзофагоскопии. Слепое извлечение завала, так же, как и слепое проталкивание его в желудок, недопустимо. Выполнение указанных вмешательств должно проводиться в условиях отоларингологического стационара.

Подчеркивается, что при неосложненном инородном теле пищевода и правильной лечебной тактике прогноз благоприятный. Главной причиной смертельных осложнений является позднее хирургическое вмешательство.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Где находится кровоточивая зона носа и как часто из этой области наблюдаются носовые кровотечения?
2. Каковы местные причины носовых кровотечений?
3. Каковы общие причины носовых кровотечений?
4. Какие лечебные мероприятия применяются для остановки носовых кровотечений?
5. На какой срок производится передняя тампонада?
6. Какие разновидности тампонады известны?
7. По каким показаниям производится задняя тампонада?
8. На какой срок производится задняя тампонада?
9. Каковы причины острых стенозов гортани?
10. Какие известны клинические формы острых стенозов гортани?
11. Каковы причины молниеносных стенозов гортани?
12. Каковы причины подострых стенозов гортани?
13. Каковы причины хронических стенозов гортани?
14. Какие признаки стеноза гортани в стадии компенсации дыхательной недостаточности ?
15. Какие лечебные мероприятия применяются при стенозе гортани в стадии компенсации дыхательной недостаточности?
16. Какие признаки стеноза гортани в стадии декомпенсации дыхательной недостаточности ?
17. Какие лечебные мероприятия проводятся в стадии декомпенсации дыхательной недостаточности ?
18. Какие лечебные мероприятия показаны в стадии субкомпенсации дыхательной недостаточности?
19. Каковы показания к трахеостомии?
20. Какие имеются виды трахеостомии?
21. Какие осложнения могут возникать при трахеостомии?
22. Особенности ухода за трахеостомической трубкой у больного с трахеостомой?
23. Каким методом удаляются инородные тела из уха?
24. Каким методом удаляются инородные тела из носа?
25. Каковы симптомы наличия инородного тела в пищеводе и тактика врача?
26. Какие осложнения может вызвать инородное тело пищевода?
27. Какие симптомы наличия инородного тела верхних дыхательных путей?
28. Какие осложнения может вызвать инородное тело верхних дыхательных путей?

## **5. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

### **а) основная литература:**

1. Карпищенко, С. А. Оториноларингология / под ред. С. А. Карпищенко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4323-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443231.html> (дата обращения: 27.04.2022). - Режим доступа : по подписке.
2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология : учебник / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва :

ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 592 с. : ил. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-5736-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457368.html> (дата обращения: 27.04.2022). - Режим доступа : по подписке.

**б) дополнительная литература**

1. Доброкачественные новообразования гортани. Хронические полипозные синуситы: пособие для студентов мед. вузов и врачей/ Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова, каф. оториноларингологии с клиникой; сост. С.А. Карпищенко [и др.]; ред. М.С. Плужников. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2007. – 47 с.: ил., табл. academicNT
2. Избранные вопросы клинической отиатрии в практике семейного врача: пособие для врачей общей практики: в 2-х ч/ В.В. Дискаленко, К.А. Никитин; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова, каф. общ. лечеб. практики (семейной медицины), каф. оториноларингологии. – СПб.: Изд-во СПбГМУ. Ч.2. – 2013. – 32 с.
3. Бобошко М.Ю. Диагностика и лечение ушного шума: Учебно-методическое. СПб.: ПСПбГМУ, 2013. – 40 с. academicNT