

**Министерство Здравоохранения РФ
ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия**

**Методические указания для аудиторной самостоятельной подготовки студентов
V курсов по оториноларингологии
Лечебный факультет**

Благовещенск 2015

Авторы:

д.м.н., проф. Блоцкий А.А.

к.м.н. Цепляев М.Ю.

Рецензенты:

Зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО АГМА, д.м.н., проф. Яновой В.В.

Зав. кафедрой хирургии факультета последипломной подготовки специалистов ГБОУ

ВПО АГМА, д.м.н., доц. Олифирова О.С.

Разрешено к печати ЦКМС ГОУ ВПО АГМА от 19.02.15. Протокол № 6

© ГБОУ ВПО АГМА, 2015

© А.А. Блоцкий, М.Ю. Цепляев

ЗАНЯТИЕ № I.

Тема: Знакомство с клиникой

Эндоскопическое исследование ЛОР органов. (1,2 часа)

Цель занятия: Изучить удельный вес специальности в общей патологии, со значением своевременного выявления и устранения заболеваний уха, носа, горла, профилактике общей заболеваемости, с принципами и методами диспансерной работы. Ознакомиться с документацией амбулаторного оториноларингологического приема. Изучить методику эндоскопического исследования носа, глотки, гортани и уха.

Цель самостоятельной работы: Отработка навыков эндоскопического исследования ЛОР органов.

Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 44-82.
2. А.А. Блоцкий «Руководство по оториноларингологии» Благовещенск 2005, с 48-75.

Дополнительная литература.

1. Лихачев А.Б. «Справочник по оториноларингологии», Медицина, 1984г. с. 322-351.

Методические указания.

Дыхательная функция носа исследуется попеременным закрыванием одной из половин носа и поднесением к противоположной половине тонкого слоя ваты. По движению ваты и шума выдыхаемой струи во время дыхания обследуемого судят о степени проходимости полости носа для воздуха.

Необходимо знать, что носорасширитель из входа в нос должен быть введен в частично закрытом виде, поскольку закрытым носорасширителем можно ущемить волоски входа в нос и причинить боль обследуемому.

Исследование рта и средней части глотки производится как при помощи отраженного света при искусственном освещении, так и при дневном свете. Последнее иногда даже необходимо для определения естественной окраски слизистых оболочек, так как она меняется в зависимости от источника искусственного света.

Исследование полости рта, которое всегда должно предшествовать исследованию глотки, начинается с осмотра губ и преддверия рта. Шпателем поочередно оттягивают углы рта, и осторожным движением выворачивают верхнюю и нижнюю губу, обращая внимание на цвет слизистой оболочки, наличие язв, ссадин или свищей, состояние десен или зубов. При осмотре полости рта обращается внимание на состояние языка, твердого и мягкого неба. Осмотр полости рта производится после приподнимания кончика языка шпателем кверху. Далее осмотру подвергаются мягкое небо, небные миндалины и задняя стенка глотки. В этих случаях спинку языка приходится отжимать шпателем книзу. Указывается, что шпатель не следует заводить слишком далеко в рот, так как это вызывает рвотные движения; при высоко поднятом толстом и неподатливом языке не следует отжимать быстро и с усилием, так это вызывает рвотные движения, и обычно язык делается еще более неподатливым. Имея точку опоры на нижних резцах, шпателем, наложенным на передние 2/3 языка, медленно, равномерно, но сильно язык отжимается книзу и несколько кпереди.

Дети при осмотре полости рта упорно сжимают челюсть, необходимо их фиксировать, как для аденотомии, и если прижатие обеих половин носа и надавливание на область трахеи не влекут за собой открывания рта для дыхания, то следует прибегнуть к проведению шпателем через угол рта, позади заднего коренного зуба, до корня языка, это вызывает рвотные движения, ребенок вынужден открывать рот и этим моментом следует воспользоваться, чтобы быстро отдавить шпателем язык и обследовать глотку.

При осмотре небных миндалин следует обратить внимание на их величину, окраску, соотношение с небными дужками, определить наличие сращений последних с миндалинами и содержимое миндалинковых лакун.

При осмотре полости рта и зева обращают внимание на возможное наличие запаха изо рта, чтобы установить источник происхождения этого запаха.

Сильно отжимая шпателем корень языка книзу и кпереди, можно также осмотреть большую часть нижней части глотки, четвертую миндалину и иногда (особенно у детей) и верхнюю часть надгортанника. Однако более подробно гортанная часть глотки осматривается с

применением изогнутого шпателя или с помощью гортанного зеркала.

При исследовании глотки обращают внимание на состояние задней и боковых стенок ее, учитывая их окраску, степень увлажненности, наличие и размер гранул и боковых валиков.

По окончании осмотра глотки должны произвести пальпацию шеи, определяя состояние регионарных лимфатических узлов (верхних, шейных, подчелюстных) и мягких тканей шеи. Необходимо отметить большую диагностическую роль этого исследования. В ряде случаев следует произвести ощупывание пальцем некоторых патологических образований в полости рта, зева и глотки.

Ощупывание пальцем пользуется главным образом для определения плотности опухолей, флюктуации гнойников, наличия инородных тел и т.д. Необходимо указать, что более точные ощущения получают при наружно-внутреннем (бимануальном) исследовании двумя руками щек, дна полости рта, боковой стенки глотки.

При исследовании гортани указывают на необходимость использовать 2 метода исследования:

- а) наружный осмотр и пальпация;
- б) непрямая ларингоскопия.

При наружном осмотре можно обнаружить изменение окраски наружных покровов (гиперемия, кровоизлияние), нарушение целостности покровов, изменение объема и конфигурации щитовидного хряща в следствие:

- а) воспалительных изменений в гортани (перихондрит);
- б) подкожной эмфиземы при травме гортани или трахеи;
- в) распространенного рака гортани;

г) патологических изменений, развивающихся самостоятельно, но влияющих на положение и состояние гортани (механическое сдавливание при зобе, смещение при опухолях и флегмонах шеи).

Пальпацией иногда удается установить наличие перелома хрящей, преимущественную локализацию боли, крепитацию, консистенцию и форму опухолевидных образований и их связь с гортанью.

При непрямой ларингоскопии положение больного по отношению к источнику света и врачу остается таким же, как и при риноскопии и отоскопии. Голова больного должна быть несколько откинута кзади. Следует особое внимание обращать на правильное пользование рефлектором. Для этого перед исследованием необходимо осветить сначала закрытый рот больного. Убедившись в правильном направлении света, исследуемому предлагается широко открыть рот, как можно больше высунуть язык. Исследующий захватывает язык марлевой салфеткой средним пальцем и первым левой руки, а указательным пальцем отодвигает верхнюю губу вверх. Во избежание болевых ощущений, которые может испытывать при этом больной, не следует захватывать самый кончик языка, сильно тянуть язык и прижимать его к зубам нижней челюсти.

Перед введением зеркала необходимо протереть, а затем согреть над пламенем горелки или керосиновой лампы (нагревать следует зеркальную поверхность во избежание запотевания от осаждающихся капель влаги выдыхаемого воздуха). Для этого с успехом можно использовать также и горячую воду. Чтобы не вызывать ожога слизистой, необходимо проверять степень нагрева прикладыванием зеркала металлической поверхностью к тылу кисти своей руки.

Зеркало вводится в полость рта почти в горизонтальной плоскости, доводится до мягкого неба и слегка прижимается, отодвигая его, отодвигая его и вверх. Одновременно переводят зеркало в положение под углом 45° к вертикали. Прижимать зеркало к мягкому небу следует так, чтобы основание язычка соответствовало центру зеркала; изменяя положение зеркала легкими движениями рукоятки книзу, вверх и в стороны, проводят осмотр отделов гортани. Чтобы не вызвать глоточный рефлекс, введение зеркала следует производить осторожно и уверенно, не касаясь корня языка, дужек и задней стенки глотки. Следует подчеркнуть, что свет от рефлектора должен обязательно падать на зеркало, так как отраженный от него луч освещает при этом гортань, которая в свою очередь, отражается в зеркале.

При повышенном глоточном рефлексе, когда одно введение зеркала в полость рта вызывает рвотное движение, следует отвлечь больного, предлагая ему спокойно и равномерно дышать с участием брюшного пресса (животом). Иногда лишь при многократном повторном введении зеркала удается рассмотреть гортань. В крайнем случае прибегают к смазыванию мягкого неба, дужек задней стенки глотки и корня языка 10% раствором лидокаина.

Отмечают также у детей, особенно раннего возраста, из-за сопротивления, резкого

глоточного рефлекса и рвотных движений в большинстве случаев осмотр гортани обычным способом не представляется возможным, вследствие чего при определенных показаниях приходится прибегать к прямой ларингоскопии.

При непрямой ларингоскопии прежде всего осматривают наружное кольцо гортани, состоящее из надгортанника, черпалонадгортанных связок и черпаловидных хрящей (последние имеют вид контурированных симметрично расположенных бугров). Следует указать, что при непрямой ларингоскопии передние части гортани проецируются кверху, задние, книзу. Стороны при этом не меняются.

Одновременно проводится осмотр гортанной части глотки, язычной миндалины, язычной поверхности надгортанника, грушевидных ямок, располагающихся снаружи от черпала и черпалонадгортанных связок. При осмотре полости гортани обращают внимание на истинные голосовые связки, расположенные при фонации в сагиттальной плоскости и расходящиеся задними концами при вдохе. Истинные голосовые связки представляются исследователю в виде 2-х белых тяжей, а расположенные над ними ложные связки имеют обычную розовую окраску слизистой оболочки. При акте дыхания голосовые связки равномерно расходятся и образуют треугольник, имеющий вершину у внутренней поверхности щитовидного хряща (передняя комиссура).

Надо указать, что осмотр полости гортани лучше всего удается в момент перехода от фонации к вдоху и наоборот. Не следует фонацию начинать звуком "И". Не всякий исследуемый может произнести его при открытом рте и высунутом языке. Поэтому исследуемого сначала просят произнести звук "Э" с постепенным переходом на "И".

При отоскопии необходимо оттягивать ушную раковину, предварительного осмотра освещенного слухового прохода, а иногда и барабанной перепонки еще до введения воронки, подбора диаметра воронки, оптимальной глубины ее введения. Ушная воронка вводится легкими вращательными движениями в слуховой проход.

Контрольные вопросы:

1. Какие основные методы осмотра больного существуют в клинической практике?
2. Почему лобный рефлектор представляет собой вогнутое зеркало с фокусным расстоянием 22-25 см?
3. Почему зеркальную поверхность носоглоточного и гортанного зеркал не следует нагревать более чем до температуры тела? Что может быть при сильном нагревании?
4. Какие специальные методы применяются для осмотра полости носа (а, б, в)?
5. Назовите методы исследования околоносовых пазух, дополняющие данные наружного осмотра, пальпации и риноскопии (а, б, в, г, д, е, ж, з).
6. Назовите условия и инструменты, необходимые для осмотра полости носа (а, б, в, г).
7. Какие рентгенологические методы используются для диагностики заболеваний околоносовых пазух (а, б, в, г, д)?
8. Назовите метод исследования дыхательной функции носа, широко применяемый в практике оториноларинголога (а).
9. Перечислите пахучие вещества, которые используются для исследования обоняния в оториноларингологической практике (а, б, в, г)?
10. Какие методы для осмотра глотки существуют (а, б, в, г)?
11. Что можно увидеть при мезофарингоскопии (а, б, в, г, д, е, з)?
12. Какие методы применяют при исследовании гортани (а, б, в, г, д, е, з)?
13. Что можно увидеть при непрямой ларингоскопии (а, б, в, г, д, е)?
14. Какие методы применяют при исследовании слуха (а, б, в, г, д, е, з)?
15. Какой метод исследования позволяет наиболее достоверно определить состояние околоносовых пазух?
16. Порядок выполнения эндоскопического исследования ЛОР органов.
17. Методика осмотра наружного носа.
18. Методика осмотра проекции околоносовых пазух.
19. Методика пальпации наружного носа.
20. Методика пальпации лицевых стенок околоносовых пазух.
21. Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.
22. Методика пальпации лицевых стенок околоносовых пазух.

23. Методика выполнения передней риноскопии.
24. Нормальная эндоскопическая картина при передней риноскопии.
25. Методика выполнения задней риноскопии.
26. Нормальная эндоскопическая картина при задней риноскопии.
27. Методика осмотра проекции глотки на шею.
28. Методика пальпации проекции глотки на шею.
29. Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.
30. Методика выполнения эпифарингоскопии.
31. Нормальная эндоскопическая картина при эпифарингоскопии.
32. Методика выполнения стоматоскопии.
33. Нормальная стоматоскопическая картина.
34. Методика выполнения мезофарингоскопии.
35. Нормальная эндоскопическая картина при мезофарингоскопии.
36. Методика определения неподвижности небной миндалины.
37. Методика получения секрета из лакун небных миндалин.
38. Методика выполнения гипофарингоскопии.
39. Нормальная эндоскопическая картина при гипофарингоскопии.
40. Методика осмотра проекции гортани на переднюю поверхность шеи.
41. Методика пальпации гортани.
42. Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.
43. Методика выполнения не прямой ларингоскопии.
44. Нормальная эндоскопическая картина при не прямой ларингоскопии.
45. Методика осмотра околоушной области и ушной раковины.
46. Методика пальпации околоушной области и ушной раковины.
47. Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.
48. Методика выполнения отоскопии взрослому пациенту.
49. Методика выполнения отоскопии ребенку.
50. Нормальная эндоскопическая картина при отоскопии у взрослого.
51. Нормальная эндоскопическая картина при отоскопии у ребенка.

ЗАНЯТИЕ № II.

Тема Анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух.
(1,2 часа)

Цель занятия: Изучить анатомию, физиологию, методики функционального исследования носа и околоносовых пазух. Ознакомиться со строением указанных органов, а также с анатомо-топографическими взаимоотношениями их с соседними органами.

Цель самостоятельной работы: Отработка методов исследования носа и околоносовых пазух (чтение рентгенограмм, компьютерных и магниторезонансных томограмм, рентгеномограмм, выполнение ринопневмометрии, олфактометрии)

Литература.

1. А.А. Блоцкий «Руководство по оториноларингологии» Благовещенск 2005, с 48-75.
2. А.А. Блоцкий, О.Н. Денискин «Рентгендиагностика в оториноларингологии» Благовещенск 2005.с 6-67.

Дополнительная литература.

Блоцкий А.А., Плужников М.С., Карпищенко С.А. «Клиническая анатомия ЛОР органов» СПб.: 2007. с. 3-33.

Методические указания.

Необходимо знать основные сведения об обонятельном анализаторе, строении и месторасположении его периферического аппарата. Внимание должно быть обращено на богатую рефлексогенную зону носа, являющуюся основным местом возникновения ряда нервнорефлекторных заболеваний.

Дыхательная функция носа исследуется попеременным закрыванием одной из половин носа и поднесением к противоположной половине тонкого слоя ваты. По движению ваты и шума

выдыхаемой струи во время дыхания обследуемого судят о степени проходимости полости носа для воздуха.

Обонятельная функция носа исследуется с помощью набора флаконов с пахучими веществами. Для исследования резонаторной функции носа обследуемого просят считать до десяти. В это время выясняется, нет ли у обследуемого того или иного типа гнусавости. Предложив обследуемому закрыть пальцами нос и продолжать счет, преподаватель демонстрирует закрытый тип гнусавости.

Необходимо знать основные виды укладок при рентгенологическом исследовании околоносовых пазух. Топографо-рентгенологические ориентиры околоносовых пазух при КТ, МРТ исследовании околоносовых пазух.

Методика описания рентгенограмм, компьютерных и магнитно-резонансных томограмм Околоносовых пазух.

На (указывается вид исследования – рентгенограмме, томограмме) околоносовых пазух, определяется: указывается в каких пазухах нарушена пневматизация (затенение), характер нарушения пневматизации. После чего делается рентгенологическое заключение о состоянии околоносовых пазух.

Контрольные вопросы:

1. Какие существуют методы осмотра наружного носа и полости носа?
2. Как оценить дыхательную функцию полости носа.
3. Как определить остроту обоняния?
4. Варианты укладок при рентгенологическом исследовании околоносовых пазух.
5. Как оценить рентгенограммы околоносовых пазух?
6. Как описать рентгенограммы околоносовых пазух?
7. Что такое диафаноскопия?
8. Какой метод исследования позволяет достоверно определить состояние придаточных пазух носа?

ЗАНЯТИЕ № III.

Тема: Анатомия, физиология и методы исследования глотки, гортани, трахеи и пищевода. (1,2 часа)

Цель занятия: Изучить анатомию, физиологию, методики функционального исследования глотки, гортани, трахеи и пищевода. Ознакомиться со строением указанных органов, а также с анатомо-топографическими взаимоотношениями их с соседними органами.

Цель самостоятельной работы: Отработка методов исследования глотки, гортани, трахеи и пищевода (чтение рентгенограмм, компьютерных и магниторезонансных томограмм, рентгентомограмм)

Литература.

1. А.А. Блоцкий «Руководство по оториноларингологии» Благовещенск 2005, с 48-75.
2. А.А. Блоцкий, О.Н. Денискин «Рентгендиагностика в оториноларингологии» Благовещенск 2005.с 69-97.

Дополнительная литература.

1. Блоцкий А.А., Плужников М.С., Карпищенко С.А. «Клиническая анатомия ЛОР органов» СПб.: 2007. с. 3-33.
2. А.А. Блоцкий, Э.Ю. Дьяченко «основы анатомии и физиологии органов голосообразования» Благовещенск. 2007. 71 с.

Методические указания.

Большая часть полости глотки доступна для визуального и эндоскопического осмотра, в связи с чем рентгенологическое исследование этих отделов в настоящее время менее востребовано. Рентгенологическое изображение носоглотки можно получить на снимке области

лица и шеи в боковой, сагиттальной и аксиальной проекции. Симметричная картина некоторых отделов носоглотки видна на рентгенограммах основания черепа в передней и аксиальной проекции.

При эндоскопическом осмотре небных миндалин следует обратить внимание на их величину, окраску, соотношение с небными дужками, определить наличие сращений последних с миндалинами и содержимое миндалинковых лакун.

При исследовании глотки обращают внимание на состояние задней и боковых стенок ее, учитывая их окраску, степень увлажненности, наличие и размер гранул и боковых валиков.

Ощупывание пальцем пользуется главным образом для определения плотности опухолей, флюктуации гнойников, наличия инородных тел и т.д. Необходимо указать, что более точные ощущения получают при наружно-внутреннем (бимануальном) исследовании двумя руками щек, дна полости рта, боковой стенки глотки.

Методы исследования носоглотки.

При исследовании гортани указывают на необходимость использовать 2 метода исследования:

- а) наружный осмотр и пальпация;
- б) непрямая ларингоскопия.

При наружном осмотре можно обнаружить изменение окраски наружных покровов (гиперемия, кровоизлияние), нарушение целостности покровов, изменение объема и конфигурации щитовидного хряща вследствие:

- а) воспалительных изменений в гортани (перихондрит);
- б) подкожной эмфиземы при травме гортани или трахеи;
- в) распространенного рака гортани;
- г) патологических изменений, развивающихся самостоятельно, но влияющих на положение и состояние гортани (механическое сдавливание при зобе, смещение при опухолях и флегмонах шеи).

Пальпацией иногда удается установить наличие перелома хрящей, преимущественную локализацию боли, крепитацию, консистенцию и форму опухолевидных образований и их связь с гортанью.

При непрямой ларингоскопии прежде всего осматривают наружное кольцо гортани, состоящее из надгортанника, черпалонадгортанных связок и черпаловидных хрящей (последние имеют вид контурированных симметрично расположенных бугров). Следует указать, что при непрямой ларингоскопии передние части гортани проецируются кверху, задние, книзу. Стороны при этом не меняются.

Одновременно проводится осмотр гортанной части глотки, язычной миндалины, язычной поверхности надгортанника, грушевидных ямок, располагающихся снаружи от черпала и черпалонадгортанных связок. При осмотре полости гортани обращают внимание на истинные голосовые связки, расположенные при фонации в сагиттальной плоскости и расходящиеся задними концами при вдохе. Истинные голосовые связки представляются исследователю в виде 2-х белых тяжей, а расположенные над ними ложные связки имеют обычную розовую окраску слизистой оболочки. При акте дыхания голосовые связки равномерно расходятся и образуют треугольник, имеющий вершину у внутренней поверхности щитовидного хряща (передняя комиссура).

Контрольные вопросы.

1. Перечислите методы исследования глотки.
2. Перечислите методы исследования гортани.
3. Перечислите методы исследования трахеи.
4. Перечислите методы исследования пищевода.
5. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
6. В чем отличие прямой ларингоскопии от прямой?
7. Особенности рентгенологического исследования глотки.
8. Методы рентгенологического исследования гортани.
9. Особенности выполнения и описания рентгенологического исследования пищевода.

ЗАНЯТИЕ № IV.

Тема: Анатомия, физиология, методы исследования наружного, среднего и внутреннего уха. Слуховой и вестибулярный анализатор.
(1,2 часа)

Цель занятия: Изучить анатомию, физиологию, методики функционального исследования наружного, среднего и внутреннего уха. Ознакомиться со строением указанного органа, а также с анатомо-топографическими взаимоотношениями его с соседними органами. Ознакомиться с анатомо-физиологическими особенностями слухового и вестибулярного анализатора.

Цель самостоятельной работы: отработка методов исследования наружного среднего и внутреннего уха, слухового и вестибулярного анализаторов (чтение рентгенограмм, компьютерных и магнитно-резонансных томограмм, чтение аудиограмм, выполнение вестибулярных проб)

Литература.

1. А.А. Блоцкий «Методы исследования слуха» Благовещенск 2013г 138.с
2. А.А. Блоцкий, О.Н. Денискин «Рентгендиагностика в оториноларингологии» Благовещенск 2005.с 98-130..

Дополнительная литература.

Блоцкий А.А., Плужников М.С., Карпищенко С.А. «Клиническая анатомия ЛОР органов» СПб.: 2007.

Методические указания.

При подготовке следует обратить внимание на функцию звукопроводящей системы. Для этого предстоит углубить знания по клинической анатомии наружного и среднего уха. Обратить внимание на анатомические предпосылки развития отогенных интракраниальных осложнений, возможности развития неврита лицевого нерва, тромбоза сигмовидного синуса.

Необходимо знать субъективные и объективные методы исследования слуха. Их преимущества и недостатки.

Иметь представление о костной и воздушной проводимости, паспорте камертонов и оценке слуха с их помощью, сущности опытов с латерализацией звука и др. тестов. Полученные сведения дают представление о значении камертонального исследования как о методе дифференциации поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов.

Методика выполнения тональной пороговой аудиограммы. Чтение и интерпритация результатов.

Выполнение вестибулярного паспорта. Вестибулярные пробы (вращательная, калорическая).

Анализируя данные анамнеза больного, особое внимание следует уделить головокружению, подчеркивая характерные черты вестибулярных головокружений; обратить внимание на отличие вестибулярного нистагма от нистагма другого происхождения (мозжечкового, врожденного, оптокинетического), оценить характеристики нистагма.

Контрольные вопросы.

1. Что такое воздушная проводимость?
2. Что такое костная проводимость?
3. Имеются ли отличия между воздушной и костной проводимостью?
4. Каков диапазон разговорной речи?
5. Какова граница восприятия звуковых колебаний?
6. Какова оптимальная зона чувствительности уха к звуковым колебаниям?
7. Что такое громкость и сила звука?
8. Чем определяется частота звука?

9. Чем отличается утомление от адаптация?
10. Возможности моноауральной локализации звука.
11. Влияние ширины и формы наружного слухового прохода на состояние звукопроводения.
12. Звуки какой частоты наилучшим образом воспринимаются при компрессионном типе костного звукопроводения?
13. Теории колебания базилярной мембраны Гемгольца, Бекеша, Резерфорда.
14. Сторона латерализации звука в опыте Вебера при поражении слухового анализатора звуковоспринимающего отдела.
15. Изменения показателей опыта Ринне при заболеваниях среднего уха.
16. В каком отделе барабанной перепонки перфорация оказывает наименьшее влияние на звукопроводение?
17. Структура вестибулярного паспорта.
18. Как определяется функциональное состояние отолитового аппарата?
19. Как проводится вращательная проба?
20. Как проводится калорическая проба?
21. Обязательно ли появление нистагма при вращательной пробе?
22. Обязательно ли появление нистагма при калорической пробе?
23. Сторона наибольшей возбудимости горизонтального полукружного канала при спонтанном падении больного вправо.
24. Причина двухкомпонентности нистагма.
25. Причина возникновения медленного компонента на контралатеральной стороне.

ЗАНЯТИЕ № V.

Тема: Острые и хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух: острый и хронические риниты, острые и хронические синуситы, внутриорбитальные и внутричерепные риногенные осложнения. Восстановление носового дыхания. Носовые кровотечения. Профотбор. (1,2 часа)

Цель занятия: Изучить практические навыки клинического обследования, дифференциальной диагностики и методы лечения при острых и хронических ринитах и синуситах, риногенных осложнениях, носовых кровотечениях.

Цель самостоятельной работы: курация и эндоскопический осмотр больных с патологией носа и околоносовых пазух, чтение рентгенограмм, томограмм пациентов с патологией ОНП, присутствие при выполнении манипуляции и операций на наружном носе, полости носа и околоносовых пазухах.

Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 117-142.
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 88-187.
3. Блоцкий А.А. Воспалительные заболевания ЛОР органов. Часть I. Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух. 104с.

Дополнительная литература.

1. Плужников М.С., Блоцкий А.А., Денискин О.Н., Брызгалова С.В. «Рентгенодиагностика в оториноларингологии» СПб.: 2007. с. 4-67.
2. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 24-65.
3. Блоцкий А.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. Благовещенск 2007г. с 6-39

Методические указания.

При исследовании больных необходимо выявить этиологию заболевания у данных больных, а также и значение бытовых и профессиональных факторов. Следует специально остановиться на различных видах пыли, паров и газов как причине хронических ринитов, коснуться некоторых видов некротического насморка, возникающих под воздействием токсических веществ (фосфор и др.). При разборе больных необходимо остановиться на

дифференциальной диагностике между простым и гипертрофическим ринитом, озоной и атрофическим ринитом и др., показать порочность и антинаучность учений о роли наследственности при озоне и других формах ринита. При демонстрации больных с озоной специально указать на снижение заболеваемости и на те благоприятные изменения в симптоматике, которые отмечаются сейчас в результате огромных улучшений материального благосостояния и повышения культурного уровня населения России. При демонстрации больных с вазомоторным, аллергический насморком следует детально объяснить нервнорефлекторный характер этого заболевания. При разборе симптомов всех видов насморка обратить специальное внимание на общие явления. Подчеркнуть, что насморк может быть симптомом инфекционных заболеваний (корь, катар верхних дыхательных путей), заболеваний придаточных пазух носа и носоглотки, или же самостоятельным заболеванием. Остановиться как на общих методах лечения (физиотерапии, закаливания, лечебной физкультуре - носовой дыхательной гимнастике и медикаментозных средствах), так и на назначении местно применяемых препаратов.

Необходимо знать хирургические методы лечения при гиперплазиях (прижигание кислотами, гальванокаустика, конхотомия), отметив те меры предосторожности, которые необходимо применять во избежание последующего развития синехий в носу.

Воспаление верхнечелюстной (гайморовой) пазухи.

При рассмотрении патогенеза гайморита следует обратить внимание на состояние зубов и на наличие изменений в носовой полости, в частности, в среднем ходе. Отметить роль простудного фактора, в свете современных представлений с учетом роли нервнорефлекторных моментов. Выявить возможное наличие предшествующих острых инфекционных заболеваний.

Острое воспаление верхнечелюстной пазухи.

При разборе жалоб необходимо указать на значение для диагноза односторонности их, оттенить жалобы на гнойные выделения с запахом сероводорода при одонтогенных формах, объяснить рефлекторное происхождение головной боли. На соответствующем больном показать симптомы гайморита. Следует отдельно указать на особенности в возникновении гайморита у детей, подчеркнув их сравнительную редкость (отек слизистой оболочки, поражение глазницы). Знать обязательно принципы лечения.

Студенты должны при этом самостоятельно проделать закапывание капель, анемизацию среднего носового хода путем смазывания или введения турунд или ватника, смоченных соответствующими растворами. Необходимо указать на значение показаний к производству пункции гайморовой полости с последующим введением пенициллина, поручить студенту произвести анестезию. Отметить значение физиотерапевтических процедур.

Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи.

Проводится классификация хронических воспалений верхнечелюстной пазухи преобразования. Указывается на значение хронического гайморита, в общей патологии.

Необходимо подчеркнуть частоту комбинированных поражений пазухи и решетчатого лабиринта. Полипоз носа рассматривается как один из признаков поражения придаточных пазух носа, а хоанальный полип - как признак отечнокатаральной формы гайморита (по А.Ф.Иванову).

При рассмотрении рентгенограмм следует остановиться на демонстрации снимков при различных формах гайморита (гнойные, отечные, катаральные), при кистах и опухолях гайморовой полости; необходимо знать снимки с наливкой контрастными веществами.

При описании методики лечения необходимо остановиться на лечении пункциями с последующим введением антибиотиков в пазуху, (преимущественно физиотерапевтическим) способах лечения, подробно разобрав показания к каждому из них. Кроме того, следует указать на целесообразность производства в отдельных случаях ряда паллиативных (полипотомия) или подготовительных вмешательств, усиливающих эффект консервативной терапии или обеспечивающих лучшее заживление ран после радикальных операций (резекция носовой перегородки и др.).

Острое воспаление лобной и решетчатой пазух.

В объяснении патогенеза следует исходить из тех же принципов, что и в объяснении патогенеза гайморита. Необходимо указать на крайнюю редкость изолированных поражений лобных и решетчатых пазух. Отметить значение ширины и конфигурации лобно-носового канала и расположения выводных отверстий клеток решетчатого лабиринта.

При рассмотрении симптомов заболевания необходимо тщательно провести дифференциальный диагноз болей в области лба при заболевании лобной пазухи и при ряде других местных и общих заболеваний, отметить частоту поражения наружных покровов при

остром фронтите, показать области устья лобно-носового канала, диафаноскопию, рентгеновское исследование, рентгенограммы лобных пазух в разном возрасте и в разных проекциях.

Следует подробно познакомиться с осложнениями при остром фронтите и этмоидите, ставя в зависимость от них показания к оперативному лечению, осветить приемы консервативной терапии и значение при ней вспомогательных операций (резекция переднего конца средней раковины).

Хроническое воспаление лобной и решетчатой пазух.

Необходимо рассмотреть вопросы патогенеза под тем же углом зрения, что и патогенеза при хроническом воспалении верхнечелюстной пазухи.

Указывается возможность частых ошибок в диагностике (невралгия тройничного нерва, общая интоксикация, патологические процессы в полости черепа), тщательно рассмотреть особенности головной боли при этих страданиях: характеристику болей по локализации, интенсивности, по времени возникновения, длительности, приступообразности.

Желательно остановиться на особенностях внутриносовой симптоматики при лобно-решетчатом воспалении, разобрать ряд рентгенограмм различных форм поражения, указать, что воспаление лобной пазухи обязательно сопровождается заболеванием решетчатого лабиринта, поражение же последнего может протекать и без участия лобной пазухи, разобрать способы консервативно-хирургического и хирургического лечения и показания к ним.

Следует кратко осветить различные способы хирургического лечения, подробнее остановиться на принципах лобно-решетчатой трепанации по Иванову и на различных путях радикального вскрытия лобной пазухи (глазничной, лицевой, глазнично-лицевой). Кроме того, следует описать осложнения при хронических фронтитах, этмоидитах и меры борьбы с ними. Остановиться на прогнозе этих заболеваний, подчеркнув худший прогноз по сравнению с гайморитом.

Контрольные вопросы.

1. На какие группы делятся по клиническому значению заболевания носа?
2. Какие стадии выделяют в течении острого ринита?
3. Какие осложнения могут возникнуть в течении острого ринита?
4. Какой комплекс мероприятий по лечению острого ринита рекомендуется?
5. Какие патоморфологические изменения возникают при хронических ринитах?
6. Каковы исходы (основные) хронического ринита (катарального)?
7. Что такое хронический ринит?
8. Какие факторы способствуют развитию атрофического ринита?
9. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать атрофические риниты?
10. Что представляет собой вазомоторный ринит?
11. С какими опухолями следует дифференцировать кровоточащий полип носовой перегородки?
12. Каковы риноскопические данные при вазомоторном рините?
13. Сокращается ли слизистая носовых раковин после смазывания сосудорасширяющими средствами при вазомоторном рините?
14. Какие признаки характерны при аллергическом рините?
15. Какие анатомические особенности течения острого насморка у детей грудного возраста?
16. Какие физиологические особенности течения острого насморка у детей грудного возраста?
17. Где располагается кровоточивая зона носовой перегородки?
18. Через какую стенку осуществляется оперативное вмешательство при гайморитах?
19. Через какую стенку можно сделать пункцию лобной пазухи?
20. Что такое anosmia?
21. Какие существуют методы осмотра наружного носа и полости носа?
22. Как оценить рентгенограмму придаточных пазух носа?
23. Какой метод исследования позволяет достоверно определить состояние придаточных пазух носа?
24. Какие анатомические предпосылки могут вести к образованию тромбоза кавернозного синуса?
25. Какие эндогенные факторы способствуют воспалению придаточных пазух носа?
26. На какие формы делятся синуситы по клиническому значению?
27. Какие заболевания придаточных пазух способствуют возникновению злокачественных опухолей?
28. Какие методы исследования применяют при диагностике синуситов?

29. Какое контрастное вещество наиболее часто применяется для рентгенографии придаточных пазух носа?
30. Какие основные жалобы у больных с хроническим синуситом?
31. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать воспалительные заболевания придаточных пазух носа?
32. Какие осложнения могут быть при пункции гайморовой пазухи?
33. Какие формы гайморитов подлежат хирургическому лечению?
34. В чем основной принцип хирургического лечения синуситов?
35. Назовите два основных вида хирургического вмешательства в придаточных пазухах носа?
36. При заболеваниях каких придаточных пазух носа чаще возникают внутричерепные осложнения?
37. Каковы основные пути проникновения инфекции в полость черепа при синуситах?
38. Какие сосудистые анастомозы играют роль в патогенезе при риногенных внутричерепных осложнениях?
39. Каковы орбитальные осложнения риногенного характера?
40. Какую операцию нужно провести больному с риногенным менингитом, абсцессом мозга?
41. Почему чаще могут быть изменения глазного дна в виде застойного диска зрительного нерва при риногенных экстрадуральных абсцессах, чем при отогенных?
42. Каковы внутренние осложнения риногенного характера?
43. Какие виды нарушения психики могут быть при риногенных экстрадуральных абсцессах?
44. Какие общие симптомы могут быть при риногенном тромбофлебите и при тромбозе пещеристого синуса?
45. При каких заболеваниях возникает тромбоз пещеристого синуса?
46. Какие местные симптомы могут быть при риногенном тромбофлебите и тромбозе пещеристого синуса?
47. В чем основной принцип хирургического лечения риногенных осложнений?
48. Что является главным в профилактике риногенных внутричерепных и орбитальных осложнений?
49. Какие условия способствуют воспалению придаточных пазух носа?
50. Какие виды микробов встречаются наиболее часто в придаточных пазухах носа при воспалении?
51. Каковы жалобы у больных с острым гайморитом?
52. Каковы жалобы у больных с острым фронтитом?
53. Каковы жалобы у больных с сфеноидитом?
54. Каковы жалобы у больных с этмоидитом?
55. Какие физиопроцедуры применяются для лечения острых синуситов?
56. Каковы показания к диагностической пункции гайморовой пазухи?
57. Могут ли быть осложнения при пункции гайморовой пазухи?
58. Какие формы гайморитов подлежат консервативному лечению?

ЗАНЯТИЕ № VI.

Тема: Острые и хронические заболевания глотки и гортани: острые и хронические тонзиллиты, острый и хронический аденоидит, гипертрофия небных миндалин, острый и хронические фарингиты, паратонзиллиты, окологлоточный абсцесс, заглочный абсцесс, острый подскладковый ларинготрахеит у детей, острый ларингит у взрослых, хронические ларингиты, предраковые состояния гортани. Восстановление глотания и голоса. Инородные тела верхних дыхательных путей.

Ожоги пищевода. Профотбор
(1,2 часа)

Цель занятия: Изучить практические навыки обследования при острых и хронических воспалительных заболеваниях глотки и зева (ангины, паратонзиллиты, заглочные абсцессы, фарингиты, хронические тонзиллиты). Ознакомиться с дифференциальной диагностикой между этими заболеваниями (распознавание отдельных форм ангин: вульгарных, ангина Симановского, агранулоцитарная и при др. заболеваниях крови, дифференциальная ангина и дифтерия глотки). Ознакомиться с методикой лечения (консервативного и хирургического) и профилактики ангин.

Ознакомиться с разными формами острых и хронических воспалительных заболеваний гортани, дифференциальной диагностикой воспалительных и специфических поражений гортани, методами лечения воспалительных заболеваний гортани. Краткое изучение основных проявлений предопухолевого состояния ЛОР органов.

Цель самостоятельной работы: Курация и эндоскопический осмотр больных с патологией глотки, гортани, трахеи и бронхов. Чтение рентгенограмм и томограмм пациентов с патологией указанной локализации. Присутствие при выполнении манипуляций и операций на глотке, гортани, пищеводе.

Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 117-142.
2. Блоцкий А.А. Воспалительные заболевания ЛОР органов. Часть II. Воспалительные заболевания глотки. 196с.
3. Блоцкий А.А. Воспалительные заболевания ЛОР органов. Часть III. Воспалительные заболевания гортани. 102с.

Дополнительная литература.

4. Плужников М.С., Блоцкий А.А., Денискин О.Н., Брызгалова С.В. «Рентгендиагностика в оториноларингологии» СПб.: 2007. с. 4-67.
5. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 24-65.
6. Блоцкий А.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. Благовещенск 2007г. с 6-39

Методические указания.

При разборе анамнеза следует уделить внимание роли и значению социально-бытовых, метеорологических и других факторов в этиологии ангин у данных больных, при частых рецидивах ангин специально останавливаются на выяснении зависимости их частоты от меняющихся условий труда и быта. На соответствующих подобранных больных выявить значение нарушений носового дыхания в патогенезе ангин. Подчеркивая таким образом влияние указанных выше факторов в этиологии и патогенезе ангин, следует, однако, указать на особую роль, которую играет при рецидивах ангин наличие хронического воспаления миндалин. На данном занятии должны быть затронуты только общие вопросы санации миндалин, так как подробно этот вопрос освещается на занятии по хроническому тонзиллиту.

При разборе отдельных форм ангин - катаральной, фолликулярной, лакунарной - подчеркивается условность такого деления, поэтому следует остановиться не столько на симптомах, отличающихся друг от друга, сколько на симптомах их объединяющих. Это важно для того, чтобы все внимание сосредоточить на дифференциальной диагностике между этими ангинами и дифтерией, где требуется срочные мероприятия (введение сыворотки, изоляция, дезинфекция). А также для своевременного распознавания паратонзиллярного абсцесса, где нужно хирургическое вмешательство.

Следует указать диагностическое значение исследования слизи из зева (налетов) при всех формах ангины. Указать на различие между паратонзиллярным и заглоточным абсцессами и на то, что последний бывает лишь у детей.

При разборе больных с острым фарингитом остановиться на том, что жалобы при этом заболевании часто могут быть сходными с жалобами при ангинах, в результате чего оно ошибочно нередко принимается за ангину; указать при этом, что ангины часто проявляются выраженными общими симптомами, увеличением регионарных лимфатических узлов, а острые фарингиты нередко протекают наряду с катаральными явлениями верхних дыхательных путей (например насморком, ларингитом).

Разбирая вопросы лечения, необходимо остановиться на значении покоя (постельный режим), сульфаниламидо- и антибиотикотерапии, а также применения салицилатов, из методов местного воздействия рекомендовать тепло и полоскание, предостеречь от смазывания миндалин и др. активных манипуляций во время ангины. На этом же занятии, в частности остановиться на пункции абсцесса с введением пенициллина, на разрезе а также коснуться вопроса о тонзиллэктомии при абсцессе.

Контрольные вопросы.

1. Каковы анатомические предпосылки развития заглоточного абсцесса?
2. Можно ли отличить заглоточный абсцесс от абсцесса при туберкулезе позвоночника?
3. Какие осложнения могут развиваться при заглоточном абсцессе?
4. В каком возрасте возникает заглоточный абсцесс?
5. Какие существуют анатомические пути проникновения инфекции в заглоточное пространство?
6. В каком отделе глотки наиболее часто развивается заглоточный абсцесс?
7. Назовите причину развития паралича мягкого неба и его симптомам.
8. Сколько миндалин входит в состав лимфаденоидного глоточного кольца Вальдейера-Пирогова?
9. Как осуществляется кровоснабжение небной миндалины?
10. Наружная или внутренняя сонная артерия ближе располагается к нижнему полюсу неба?
11. Какая артерия располагается ближе к верхнему полюсу небной миндалины?
12. Какое значение имеют физиологические барьеры небных миндалин?
13. Как осуществляется иннервация миндалин?
14. Куда направляются отводящие лимфатические сосуды глотки?
15. В чем состоит функция глотки?
16. Каким инструментом проводится осмотр верхнего отдела глотки?
17. Каким инструментом проводится обычно осмотр нижнего отдела глотки?
18. Каким инструментом обычно проводится осмотр среднего отдела глотки?
19. Каким методом можно воспользоваться для осмотра носоглотки у детей?
20. Какое место по остроте занимает ангина среди инфекционных заболеваний?
21. При каких заболеваниях может быть вторичная ангина?
22. При каких заболеваниях крови может быть вторичная ангина?
23. Какими признаками характеризуется ангина при агранулоцитозе?
24. В каких случаях возникает паратонзиллярный абсцесс?
25. Возможно ли самопроизвольное вскрытие паратонзиллярного абсцесса?
26. Каковы осложнения паратонзиллярного абсцесса?
27. В каком возрасте чаще болеют ангиной?
28. Имеют ли значение вирусы в этиологии ангин и хронических тонзиллитов?
29. Какие жалобы у больного катаральной ангиной?
30. Какими признаками характеризуется фолликулярная и лакунарная ангины?
31. Какая фарингоскопическая картина при лакунарной ангине?
32. Можно ли отличить лакунарную ангину от дифтерии по данным фарингоскопии?
33. Какое лечение следует назначить больному ангиной?
34. Сколько дней нетрудоспособен больной ангиной?
35. В чем заключается профилактика ангин?
36. Какие осложнения со стороны ЛОР органов могут возникнуть у больного ангиной?
37. Может ли ангина быть в области гортаноглотки?
38. Какой метод исследования позволяет подтвердить диагноз "Ангина язычной миндалины"?
39. Какие признаки могут быть при ангине Симановского-Венсана?
40. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при ангине Симановского-Венсана?
41. Каким инструментом проводится обычно осмотр среднего отдела глотки?
42. В каком возрасте встречаются аденоиды?
43. Почему у людей старше 30 лет аденоиды встречаются крайне редко?
44. Какую консистенцию имеют аденоиды при пальпаторном исследовании?
45. Морфологическое строение аденоидов.
46. Степени гипертрофии носоглоточной миндалины.
47. Перечислить осложнения, вызываемые аденоидами со стороны ЛОР органов.
48. Почему при аденоидах происходит венозный застой в головном мозге?
49. Перечислить методы лечения аденоидов.
50. Основные местные признаки хронического тонзиллита?
51. Клинические формы хронического тонзиллита.
52. Методы лечения хронического тонзиллита.

53. Каковы показания к тонзиллэктомии?
54. Осложнения во время тонзиллэктомии.
55. Осложнения после тонзиллэктомии.
56. Какова тактика в послеоперационном периоде после тонзиллэктомии?
57. Какие анатомические предпосылки для развития крупа?
58. По каким признакам отличается ложный круп от истинного?
59. По каким причинам может возникнуть паралич задней перстне-черпаловидной мышцы?
60. Будет ли нарушение функции гортани при параличе задней перстне-черпаловидной мышцы?
61. Какие симптомы могут быть при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
62. Какие симптомы возникают при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
63. В чем состоит физиология гортани?
64. Может ли говорить человек, у которого удалена гортань?
65. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
66. В чем отличие прямой ларингоскопии от не прямой?
67. Какие аномалии развития гортани могут быть у детей?
68. Какие факторы способствуют развитию ларингитов?
69. На какие формы делятся ларингиты по клиническому течению?
70. Признаки подсвязочного ларингита.
71. Какие основные лечебные мероприятия следует применять для ликвидации ложного крупа?
72. Формы хронических ларингитов.
73. Где располагаются певческие узелки?
74. С какими заболеваниями следует дифференцировать хронический атрофический ларингит?
75. При каких заболеваниях возникают отеки гортани?
76. При каких заболеваниях возникает флегмонозный ларингит?
77. Какие осложнения могут быть при флегмонозном ларингите?
78. Какие показания к трахеотомии?
79. Какие известны виды трахеотомии?
80. Какие осложнения могут быть при трахеотомии?
81. В каких случаях возникает эмфизема подкожной клетчатки шеи после трахеотомии?
82. Когда можно деканюлировать больного после трахеотомии?

ЗАНЯТИЕ № VII.

Тема: Острые и хронические воспалительные заболевания наружного и среднего уха: острый и хронический катар слуховой трубы, серозный средний отит, острый катаральный отит, острый гнойный средний отит, хронический эпи- и мезотимпанит, острый классический мастоидит, хронический мастоидит, атипичные формы мастоидитов, внутричерепные отогенные осложнения. Инородные тела уха.

(1,2 часа)

Цель занятия: Изучить практические навыки клинического обследования, дифференциальную диагностику и методы лечения при острых отитах и острых мастоидитах. Изучить практические навыки клинического обследования больных хроническим гнойным отитом, мезотимпанитом, эптитимпанитом. Ознакомиться с различными видами осложнений, способами раннего выявления больных такой патологии, современными методами лечения и показаниями к госпитализации.

Цель самостоятельной работы: Курация и эндоскопический осмотр больных с патологией наружного, среднего и внутреннего уха, чтение рентгенограмм и томограмм пациентов с различной патологией указанной локализации. Присутствие при выполнении манипуляций и операций на различных отделах уха.

Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 180-193.
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 366-436, 469-499.

3. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 261-296.

Дополнительная литература.

1. Плужников М.С., Блоцкий А.А., Денискин О.Н., Брызгалова С.В. «Рентгенодиагностика в оториноларингологии» СПб.: 2007. с. 99-129.
2. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 157-166.
3. Блоцкий А.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. Благовещенск 2007г. с 6-39

Методические указания.

При разборе больного следует указать на неоднородный характер жалоб с преобладанием выраженного болевого синдрома и наличием чувства давления, наполненности уха. Необходимо отметить значение для диагноза почти одновременного появления болей и понижения слуха (в отличие от фурункула слухового прохода или иррадиирующих болей). Необходимо остановить внимание на значении пульсирующего шума в ухе при диагностике мастоидита.

Во время сбора анамнеза обращают особое внимание на предшествовавшие или сопутствующие общие инфекционные заболевания. Следует подчеркнуть несомненное значение для диагноза отоскопической картины. Перед разбором последней необходимо обратить внимание на значение таких симптомов, как болезненность при надавливании на козелок, припухлость за ухом, сглаженность заушной складки, что дает возможность дифференциальной диагностики наружного среднего отита и мастоидита

При описании отоскопической картины необходимо определить характер изменений барабанной перепонки: инъекция сосудов, локализация опознавательных пунктов, отек, гиперемии, положение барабанной перепонки, вид и размер перфорации. Следует специально обратить внимание на нависание задневерхней стенки при мастоидитах. Во время анализа ситуации изменения сосцевидного отростка (пастозность, припухлость, субпериостальный абсцесс) важно связать с изменениями в полости среднего уха. Разбирая местные и общие симптомы следует подчеркнуть необходимость систематического контроля (отоскопического, функционального и рентгенологического) за активностью воспалительного процесса среднего уха, а также обратить внимание на маскирующее влияние антибиотиков при неправильно выбранной дозе и значительных интервалах введения препаратов. Необходимо помнить различные варианты течения острого среднего отита и острого мастоидита в зависимости от возраста больного, перенесенных заболеваний (корь, грипп, скарлатина, туберкулез, диабет и др.), состояния общего питания больного, вида возбудителя.

Методы лечения необходимо рассматривать в соответствии со стадиями заболевания, общих и местных методов лечения. Отдельно следует остановиться на значении его парацентеза, техники выполнения. Целесообразно указать на эффективность дренирования гнойного очага путем активной аэрации среднего уха в сочетании с инсталляцией жидких лекарственных препаратов. Показания к операции сосцевидного отростка необходимо изложить при разборе соответствующих больных.

При разборе больных следует обратить внимание на жалобы и анамнестические данные, позволяющие в известной мере выявить причину и длительность, характер и динамику воспалительного процесса в ухе. Важными факторами являются частота обострений, наличие лабиринтных атак, головных болей и др. проявлений. При осмотре уха необходимо обратить внимание на большое дифференциально-диагностическое значение цвета, запаха, консистенции гнойного отделяемого; зависимость зловонного запаха от процессов спонтанного разрушения кости и воспаления кожных покровов слухового прохода. Указывается важность тщательного туалета слухового прохода от скопившегося секрета. При диагностике острого наружного отита студент должен обратить внимание на отслойку задне-верхней стенки, определить ее местоположение, дать описание перфорации барабанной перепонки, уточнить характер изменений слизистой оболочки барабанной полости, возможность и необходимость зондирования и промывания надбарабанного пространства (определяют величину хода и наличие кариозно измененных участков костной ткани) канюлей. В процессе занятия студенты осматривают больного эпитимпанитом: проводят манипуляции в наружном слуховом проходе самостоятельно, изучают характер выделившейся из уха жидкости (определяют наличие пленок, чешуек эпидермиса, мутность жидкости, наличие густого гноя, тяжелой слизи, крошковидного гноя). Оце-

нивая эффективность местного применения лекарственных веществ, следует установить показания к использованию жидких лекарств различного механизма действия, в том числе вяжущих, прижигающих и антимикробных средств. Необходимо отметить знание микробиологического исследования секрета. Показания к радикальной операции уха должны быть изложены в соответствии с вариантом хронического среднего отита.

Контрольные вопросы.

1. Анатомические условия перехода воспалительного процесса из наружного уха в околоушную железу.
2. Дифференциальный диагноз между перихондритом и рожистым воспалением ушной раковины.
3. Возможность снижения слуха при травматической ампутации ушной раковины.
4. Возможность изменения слуха после травмы наружного слухового прохода.
5. Влияние особенностей сосцевидного отростка на воспалительный процесс в среднем ухе.
6. Топография лицевого пера?
7. Влияние анатомических особенностей уха на развитие отогенных внутричерепных осложнений при воспалительных процессах и травме уха.
8. Пути распространения воспалительного процесса из сигмовидного синуса.
9. Возможность нарушения слуха при проходимости слуховой трубы.
10. Латерализация низкочастотного сигнала в опыте Вебера при нарушении звукопроводения.
11. Значение опыта Ринне при заболеваниях среднего уха.
12. Осложнения острого среднего отита.
13. Причина зловонного гноя при остром мастоидите.
14. Номенклатура операций.
15. Наиболее частые причины перехода острой формы среднего отита в хроническую.
16. Основные признаки гнойного мезотимпанита.
17. Основные признаки хронического гнойного эпитимпанита.
18. Возможность назначения консервативного лечения при хроническом среднем отите.
19. Трудовая экспертиза больных хроническим средним отитом.
20. Возможность назначения хирургического лечения при хроническом среднем отите.
21. Задачи тимпаноластики.
22. Формы хронического среднего отита.
23. Определение холестеатомы.
24. Причина зловонного запаха при хроническом гнойном эпитимпаните.
25. Типы операций при хроническом эпитимпаните.
26. Номенклатура заболеваний наружного, среднего или внутреннего уха, при которых чаще развиваются отогенные внутричерепные осложнения.
27. Виды внутричерепных осложнений отогенного происхождения.
28. Виды операций при отогенном менингите.
29. Стадии течения абсцессов мозга и мозжечка.
30. Сущность амнестической афазии.
31. Сущность сенсорной афазии.
32. Заболевания дифференциального диагноза при абсцессе мозга и мозжечка.
33. Симптомы отогенного сепсиса.
34. Принципы хирургического лечения больных внутричерепными отогенными осложнениями.

ЗАНЯТИЕ № VIII.

Тема: Негнойные заболевания среднего и внутреннего уха: отосклероз, болезнь Меньера, лабиринтит, адгезивный средний отит, нейросенсорная тугоухость, тимпаносклероз. Хирургические и аппаратные методы восстановления слуха.

(1,2 часа)

Цель занятия: Овладеть практическими навыками клинического обследования больных при негнойных заболеваниях уха. Изучение дифференциального диагноза, методов

консервативного и оперативного лечения, способов профилактики.

Цель самостоятельной работы: Курация и эндоскопический осмотр больных с патологией слуха, чтение аудиограмм больных с различной патологией слуха. Присутствие при выполнении манипуляций и слухоулучшающих операций.

Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 193-198.
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 436-469.
3. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 296-309.

Дополнительная литература.

1. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. «Заболевания среднего уха», Медицина, 1988г. с. 121-162.
2. Шеврыгин Б.В. «Руководство по детской оториноларингологии», Медицина, 1996г. с. 271-287.
3. А.А. Блоцкий «Методы исследования слуха» Благовещенск 2013г 138.с

Методические указания.

Отосклероз - своеобразное дистрофическое заболевание костной капсулы лабиринта, которое возникает в молодом возрасте (чаще у женщин) и характеризуется прогрессирующим понижением слуха и шумом в ушах. При этом происходит замуровывание стремени в овальном окне, его неподвижность, наступает анкилоз стремени. Этиология заболевания остается неизвестной. Существует много гипотез и теорий (звукового раздражения, эндокринных расстройств, нервнотрофических нарушений, наследственная и другие), однако ни одна из них не может претендовать на полную достоверность. По-видимому, в этиологии и патогенезе этого заболевания играет роль комплекс факторов.

При объективном исследовании отмечается нормальное состояние барабанных перепонок и слуховых труб. К непостоянным признакам отосклероза относятся: широкие слуховые проходы (симптом Верховского-Тило), наличие экзостозов в наружном слуховом проходе (симптом Майера), отсутствие ушной серы (симптом Тойнби-Бинга), понижение чувствительности кожи слухового прохода (симптом Фрешельса), атрофичность и легкая ранимость кожи костного отдела наружного слухового прохода (симптом Хилова), просвечивающаяся через истонченную барабанную перепонку гиперемированная слизистая оболочка мыса (симптом Шварце). Характерным для отосклероза считается феномен улучшения слышимости в шумной обстановке (паракузис Виллизия).

Клинические проявления отосклероза появляются при распространении отосклеротического процесса на кольцевидную связку и подножную пластинку стремени, то есть когда наступает анкилоз стремени. Тугоухость возникает незаметно, исподволь и медленно, в течение многих лет прогрессирует, что является характерным для отосклероза. При камертональном исследовании слуха отмечается отрицательный опыт Ринне, удлинненный опыт Швабаха, латерализация звука в опыте Вебера в хуже слышащее ухо. Для установления анкилоза стремени производят опыт Желле. Отрицательный опыт Желле говорит в пользу отосклероза. На тональной пороговой аудиограмме чаще всего определяется горизонтальный тип аудиометрических кривых с костно-воздушным интервалом до 30-40 дБ. В более поздних стадиях отосклероза отмечается повышение порогов слуха и по костной проводимости.

Диагноз отосклероза, как правило, не труден. Ставится он на основании анамнеза заболевания, данных отоскопии, характера тугоухости (медленно прогрессирующая тугоухость по звукопроводящему типу), наличия симптома паракузиса, отрицательного опыта Желле.

Лечение отосклероза может быть консервативным, направленным в основном на уменьшение шума, чем достигается и некоторое субъективное улучшение слуха. С этой целью назначают препараты фосфора, кальция, брома, витамины В₁ и Е, электрофорез с йодом и кальцием, токи д.Арсонваля. Широкое распространение получили методы хирургического лечения, целью которых является восстановление подвижности стремени. Ведущее место среди них в настоящее время занимает операция - стапедопластика.

Болезнь Меньера. Болезнь Меньера представляет собой особую форму не воспалительного заболевания внутреннего уха, которую можно отнести к лабиринтопатиям. Характерными признаками болезни Меньера являются:

- острое начало в виде приступа (лабиринтной атаки), сопровождающегося тошнотой, рвотой, головокружением, расстройством равновесия;
- понижение слуха и шум в ухе;
- периодичность заболевания с наличием «светлых» промежутков между приступами.

Приступ болезни Меньера возникает внезапно, среди общего благополучия и сопровождается головокружением с определенной направленностью (ощущением вращения окружающих предметов или самого больного вокруг его оси), тошнотой, рвотой, нарушением равновесия, горизонтально-ротаторным нистагмом, шумом в ушах, понижением слуха, как правило, на одно ухо. Приступ может длиться от нескольких часов до нескольких суток и повторяться через некоторые промежутки времени - от нескольких дней до года и более. СтатокINETические проявления (промахивание, отклонение тела) направлены в сторону медленного компонента спонтанного нистагма.

Тугоухость может носить различный характер. Чаще всего встречается тугоухость по смешанному типу. Характерным является также в большинстве случаев положительный феномен ускорения нарастания громкости (ФУНГ), свидетельствующий о периферическом поражении слуха.

Диагноз устанавливают на основании периодичности и характерности приступов при наличии симптомов с яркой вестибулярной окраской, а также на основании нормализации вестибулярной функции после приступа при медленно прогрессирующей тугоухости на одно ухо. При дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду другие формы лабиринтопатии, которые являются следствием хронического гнойного воспаления среднего уха, произведенной радикальной операции среднего уха, перенесенного лабиринта, поражения внутреннего уха вследствие инфекционного заболевания, интоксикации, а также невриномы вестибулокохлеарного нерва.

Лечение болезни Меньера является трудной задачей. Оно должно быть комплексным и включает следующие этапы:

- купирование приступа;
- лечение в послеприступном периоде с целью профилактики рецидивов заболевания;
- лечение сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать возникновению и обострению болезни Меньера (гипотония, вегето-сосудистая дистония, гипертоническая болезнь, шейный остеохондроз, климактерический невроз).

Для купирования приступов болезни Меньера применяются различные лекарственные средства, нормализующие процессы микроциркуляции в ушном лабиринте, что способствует понижению внутрилабиринтной гипертензии (гидропса), которая является причиной развития лабиринтной атаки. Хороший терапевтический эффект оказывают инъекции смеси в составе: 1 мл 2% раствора димедрола, 1 мл 2% раствора папаверина гидрохлорида, 0,5 мл 0,1% раствора сульфата атропина и 2 мл 2,5% раствора пипольфена. Широкое распространение получило лечение болезни Меньера как с целью купирования приступов, так и предупреждение их рецидивов, внутривенным капельным введением 5% раствора гидрокарбоната натрия в количестве 50-150 мл. Количество и частота внутривенных введений определяется тяжестью течения заболевания.

В межприступном периоде рекомендуется применять не отдельные фармакологические препараты, а лекарственные смеси, в которые входят спазмолитические средства, препараты, улучшающие сосудистый тонус, тонизирующие и возбуждающие центральную нервную систему.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения болезни Меньера применяются хирургические вмешательства, которые можно разделить на 3 группы: первая группа - деструктивные операции, при которых либо разрушаются окончания VIII нерва в лабиринте, либо производится перерезка вестибулярной порции ствола нерва; вторая группа - хирургические вмешательства, направленные на нормализацию давления во внутреннем ухе (дренирования эндолимфатического пространства); третья группа операций - хирургические вмешательства на вегетативной нервной системе (перерезка или пересечение барабанной струны или барабанного сплетения).

Нейросенсорная тугоухость. Нейросенсорная тугоухость - различные по этиологии и патогенезу заболевания, при которых наблюдаются дегенеративно-атрофические изменения в периферическом, а иногда и в центральном отделах слухового анализатора. Все они объединяются под общим названием невритов слухового нерва.

Причинами возникновения таких нарушений в слуховом анализаторе могут быть:

- интоксикация большими дозами салициловых препаратов, ототоксичных антибиотиков (стрептомицин, канамицин, мономицин и других), препаратов ртути, мышьяка и других веществ;

- инфекция (цереброспинальный менингит, скарлатина, корь, грипп);
- эндокринные и сосудистые расстройства;
- острая и хроническая акутравма (воздействие интенсивных звуков).

Заболевание характеризуется прогрессирующим понижением слуха по типу нарушения звуковосприятия, наличием шума в ушах. Иногда тугоухость развивается в течение нескольких дней и даже часов (острая Нейросенсорная тугоухость). В этих случаях могут быть выражены и симптомы раздражения вестибулярного аппарата (головокружение, тошнота, нарушения равновесия, появление спонтанного нистагма). При медленно развивающихся изменениях в слуховом анализаторе (хроническая Нейросенсорная тугоухость) больные не испытывают никаких вестибулярных расстройств, хотя при исследовании нередко наблюдается понижение возбудимости лабиринта.

При исследовании слуха больной плохо различает слова дискантовой группы, он хуже слышит женский голос, чем мужской. При камертональном исследовании определяется преимущественное понижение слуха на высокие тоны. В опыте Вебера звук латерализуется в лучше слышащее ухо, костная проводимость укорочена (опыт Швабаха укорочен), опыт Ринне положительный. При тональной пороговой аудиометрии определяется круто нисходящий тип аудиометрических кривых без костно-воздушного интервала.

Лечение нейросенсорной тугоухости должно быть комплексным, включающим в себя лекарственные средства, улучшающие кровоснабжение головного мозга (папаверин, дибазол, компламин, нигексин, винкатор и другие), влияющие на процессы тканевого обмена (экстракт алоэ, апилак, витамины группы В, А, Е, АТФ, кокарбоксилаза), улучшающие синаптическую передачу нервного импульса (прозерин, галантамин). Из физиотерапевтических процедур применяются электрофорез (эндоурально или на область сосцевидного отростка) с 0,5% раствором галантамина или 0,5% раствором никотиновой кислоты. В случаях наличия выраженной двусторонней тугоухости показано слухопротезирование.

Хронический адгезивный средний отит. Хронический адгезивный средний отит, или слипчивый процесс, развивается вследствие перенесенных острых (особенно повторных) и хронических средних отитов как катаральных, так и гнойных. Образованию этого заболевания способствует плохая проходимость слуховых труб. Возникающий при слипчивом процессе анкилоз слуховых косточек приводит к ограничению или полной неподвижности их. Особенно резкая тугоухость возникает при развитии рубцовой ткани в области лабиринтных окон, которая приводит к анкилозу стремени и неподвижности мембраны круглого окна.

Симптомы адгезивного среднего отита проявляются стойким понижением слуха, шумом в ушах.

Диагноз устанавливают на основании анамнеза (перенесенные в прошлом отиты), данных отоскопического исследования (тусклая утолщенная или атрофичная в отдельных участках барабанная перепонка с тяжистым рисунком, втяжениями, отложениями извести) (рис. 74) и исследования слуха (поражения звукопроводящего аппарата). При осмотре с воронкой Зигле определяется полная или частичная неподвижность барабанной перепонки. При оценке барофункции ушей определяется в той или иной степени нарушение проходимости слуховых труб.

Лечение. Устранение патологии верхних дыхательных путей, нарушающей проходимость слуховых труб. Продувания ушей через ушной катетер с введением в барабанную полость препаратов гиалуронидазного действия, гидрокортизона. Назначают также Алоэ и лидазу в виде инъекций: фарадизацию ушей, диатермию, пневматический массаж барабанной перепонки и электрофорез с лидазой эндоурально.

Контрольные вопросы.

1. Какими путями инфекция может проникнуть в лабиринт?
2. Какими путями может проникнуть инфекция из среднего уха в лабиринт?
3. Какие существуют основные формы лабиринтитов в зависимости от путей проникновения инфекции во внутреннее ухо?
4. При каких инфекционных заболеваниях могут иметь место гематогенные лабиринтиты?
5. Какие различают формы лабиринтитов в зависимости от распространенности процесса?
6. Как подразделяются лабиринтиты по характеру воспалительного процесса?
7. Как подразделяются лабиринтиты по течению?
8. Эпи- или мезотимпанит чаще осложняется лабиринтитом?
9. Какой процесс в среднем ухе обычно приводит к развитию ограниченного лабиринтита?
10. Какие симптомы будут указывать на переход процесса

из среднего уха при его воспалении на внутреннее?

11. Какие общие объективные симптомы характерны для лабиринтитов?
12. Какой объективный симптом является патогномоничным для ограниченного лабиринтита?
13. Какая тактика должна быть у врача общего профиля при наличии у больного положительного фистульного симптома?
14. По какому типу поражается слух при гнойном лабиринтите?
15. Какая форма лабиринтита, как правило, приводит к полной глухоте?
16. Методика определения функционального состояния отолитового аппарата.
17. Методика определения функционального состояния полукружных каналов.
18. Методика вращательной пробы.
19. Методика калорической пробы.
20. Величина нормальной возбудимости лабиринта при вращательной пробе.
21. Величина нормальной возбудимости лабиринта при калорической пробе.
22. Трудовая экспертиза больного нейросенсорной тугоухостью.
23. Трудовая экспертиза больного хроническим эпитимпанитом.
24. Трудовые рекомендации больному отосклерозом.
25. Трудовые рекомендации больному болезнью Меньера.
26. Возможность службы в армии больного хроническим гнойным мезотимпанитом.
27. Объективные признаки глухоты.
28. Особенности обнаружения односторонней глухоты.

ЗАНЯТИЕ № IX.

Тема: Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха: доброкачественные и злокачественные опухоли носа, околоносовых пазух, глотки и гортани, туберкулез, сифилис, склерома, дифтерия.

(1,2 часа)

Цельзанятия: Краткое изучение основных видов опухолей, поражающих ЛОР органы и основных проявлений предопухолевого состояния ЛОР органов. Значение профилактических осмотров и диспансеризации в диагностике опухолей верхних дыхательных путей и уха. Ознакомление с симптоматикой опухолей ЛОР органов, с основными методами их выявления, обеспечивающими раннюю диагностику с клиническим течением опухолевого процесса и современными методами лечения - лучевыми, хирургическими, комбинированными. Ознакомление с симптоматикой специфического поражения ЛОР органов, с основными методами диагностики, клиническими признаками и современными методами лечения.

Классификация опухолей глотки, их развитие. Гистологическая структура (зрелость ткани). Методы лечения в зависимости от зрелости. Дифтерия гортани.

Цель самостоятельной работы: Курация и эндоскопический осмотр больных с онкопатологией и специфическим поражением ЛОР органов, чтение рентгенограмм и томограмм больных с онкопатологией и специфическими поражениями ЛОР органов.

Литература.

1. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 525-580.
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 512-567.
3. А.А. Блоцкий «Поражение ЛОР органов при специфических заболеваниях» Благовещенск 2008. 178 с.

Дополнительная литература.

1. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 184-193, 317-333, 358-360, 382-387.
2. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с.254-282

Методические указания.

Студенты самостоятельно производят обследование больных, знакомятся с их жалобами и анамнезом, производят полное обследование ЛОР органов и регионарных лимфатических узлов. Преподаватель проверяет точность полученных данных, делает соответствующие поправки, после которых студенты повторно проводят осмотр, руководствуясь этими замечаниями.

По окончании обследования проводится клинический детальный разбор и устанавливается диагноз. Так как клинический диагноз требует, как правило, гистологической проверки, то назначается биопсия. Желательно последнюю сделать в присутствии группы. При разборе отмечается детализированная локализация поражения (в гортани - надсвязочная, связочная, подсвязочная, в носу - носовая полость или та или иная придаточная пазуха и т.д.) и его стадийность. В зависимости от этого, а также с учетом гистологического строения опухоли намечается план лечения и устанавливается прогноз. При установке диагноза следует обратить внимание на малые симптомы, подчеркивая значение учета их для раннего выявления болезни. Параллельно следует показать больного, если таковой есть, где пренебрежение такими симптомами привело к состоянию запущенности. Обсуждая план лечения, следует уделить внимание лучевым методам как самостоятельным способам лечения и как одному из этапов комбинированной терапии при различной последовательности ее проведения (пред- и послеоперационное облучение). При разборе прогноза не следует ограничиваться только перспективами сохранения жизни больного, а надо отметить и те функциональные возможности, которые стали сейчас достижимы (восстановление речи больного после удаления гортани). В конце занятия желательно продемонстрировать ряд больных, закончивших лечение и находящихся под наблюдением клиники.

Опухоли наружного и среднего уха имеют различный патогенез. В клиническом отношении их следует подразделять на опухоли с доброкачественным течением, местнодеструктурирующим и злокачественным. Лишь небольшие новообразования ушной раковины не представляют затруднений в лечении.

Контрольные вопросы.

1. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
2. В чем отличие прямой ларингоскопии от не прямой?
3. Какие аномалии развития гортани могут быть у детей?
4. Где располагаются певческие узелки?
5. Какие показания к трахеотомии?
6. Какие известны виды трахеотомии?
7. Какие осложнения могут быть при трахеотомии?
8. В каких случаях возникает эмфизема подкожной клетчатки шеи после трахеотомии?
9. Когда можно деканюлировать больного после трахеотомии?
10. Какие опухоли могут быть в гортани?
11. Какая доброкачественная опухоль гортани наиболее часто перерождается в раковую?
12. В каком возрасте наиболее часто встречается рак гортани?
13. Какова частота рака гортани среди опухолей других локализаций?
14. Какая гистологическая структура рака наиболее часто обнаруживается в гортани?
15. Какой отдел гортани поражается раком наиболее часто?
16. При какой локализации рака в гортани признаки болезни появляются наиболее рано?
17. Какой симптом является ведущим при раке среднего отдела гортани?
18. Какая функция гортани нарушается главным образом при раке ее нижнего отдела?
19. Сколько стадий рака гортани различают?
20. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак гортани?
21. Какие виды лечения применяются при раке гортани?
22. Какие основные виды операций производят при раке гортани?
23. Какое лечение целесообразно назначить больному при раке I стадии?
24. Какое лечение целесообразно назначить больному при раке подсвязочного отдела гортани?
25. Какая средняя курсовая доза лучевой терапии назначается при раке гортани?
26. Каковы противопоказания при лучевой терапии по поводу рака гортани?
27. Какие злокачественные опухоли наружного уха Вы знаете?
28. Какие методы лечения эффективны при раке I, II, III стадии и базалиоме ушной раковины?

ЗАНЯТИЕ № X.

Тема: Обход. Операционная стационара.

Цель занятия: общее ознакомление с характером заболеваний, требующих стационарного лечения больного. Знакомство с постановкой работы в специализированном отделении.

Ознакомление с практическим выполнением операции удаления небных миндалин, гайморотомии, трепанации сосцевидного отростка.

Цель самостоятельной работы: Присутствие (ассистирование) при выполнении операций на ЛОР органах.

Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 117-142, 142-180, 180-198.
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 171-187, 294-320, 475-499.
3. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 110-157, 170-241, 261-296, 298-309.
4. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 185-253, 352-379, 493-515.

Методические указания.

Во время обхода следует не ограничиваться изложением диагноза больного и применяемого ему лечения, а производить краткий разбор отдельных пациентов, в жалобах и анамнезах которых выявляются своеобразные особенности, позволяющие подойти к правильной диагностике даже врачу не специалисту (например, односторонние гнойные выделения из носа, с запахом сероводорода при гайморите, головокружения, возникающие при удалении гноя из глубины уха при эпитимпаните, осложнением фистулой лабиринта, частые рецидивы ангин при хроническом тонзиллите и т.д.).

Тонзиллэктомия.

Ознакомление с практическим выполнением операции полного удаления небных миндалин.

Знакомство с историей заболевания того больного, который назначен на операцию. Осматривается больной, указывается форма клинического течения заболевания, отмечается особенность ЛОР органов. Следует подчеркнуть необходимость строгого учета противопоказаний к операции (кариозные зубы, недавно перенесенная ангина, менструации, гемофилия, противопоказания со стороны общего заболевания), и обязательность проведения, помимо клинических анализов крови и мочи, также анализов крови на свертываемость и время кровотечения, а иногда и исследование количества тромбоцитов.

Кратко останавливаются на особенностях предоперационной подготовки перед тонзиллэктомией (назначение препаратов кальция, снотворных на ночь накануне дня операции, иногда введение препаратов морфия за 30 минут до операции и т.д., полоскание рта и очистка зубов накануне и утром перед вмешательством).

Во время операции объяснений не делается. Хирург, пользуясь специальными медицинскими или латинскими терминами, кратко подчеркивает лишь те или иные особенности проводимой операции.

Все пояснения о сделанной операции, ответы на вопросы студентов даются вне операционной в отсутствие больного. В объяснениях подчеркивается принцип щадящего подхода к больному.

По окончании операции студентам излагается методика послеоперационного ухода за больным.

Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе.

Ознакомление с практическим выполнением радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. Перед операцией студентам кратко сообщают данные истории болезни и показания к оперативному вмешательству у оперируемого больного.

На костных препаратах, муляжах и рисунках студенты с преподавателем разбирают топографическую анатомию полости носа и верхней челюсти.

Указываются цели оперативного вмешательства - удаление патологически измененных тканей из

пазухи и образование широкого соустья с полостью носа.

Пользуясь рисунками, излагается ход операции. Указываются различные модификации мягких тканей, место вскрытия пазухи. Излагается тактика различных авторов в отношении удаления слизистой оболочки гайморовой пазухи.

Студентам демонстрируется набор инструментов, необходимых для операции на гайморовой пазухе, и их размещение на операционном столе.

Кратко излагаются приемы обезболивания, применяющиеся при этой операции.

Во время операции студенты наблюдают методику обезболивания и технику разреза. После отсепаровки мягких тканей и обнажения лицевой стенки гайморовой пазухи указывается наиболее удобное место ее вскрытия. Демонстрируются приемы удаления патологически измененных тканей, причем подчеркивается необходимость соблюдения максимальной осторожности при манипуляциях в области верхней стенки пазухи. После удаления патологически измененных тканей из пазухи демонстрируется методика образования соустья с нижним носовым ходом.

Простая трепанация сосцевидного отростка.

Ознакомление с практическим выполнением простой трепанации сосцевидного отростка.

Подготавливаются костные препараты и рисунки, демонстрирующие отдельные этапы операции. На костных препаратах демонстрируется отличие простой трепанации сосцевидного отростка от общеполостной (радикальной) операции на ухе.

На костных препаратах, муляжах и рисунках студенты разбирают с преподавателем топографическую анатомию сосцевидного отростка, знакомятся с проекцией поверхности сосцевидного отростка, внутричерепных и внутрикостных образований (антрума, сигмовидного синуса, лицевого нерва, дна средней черепной ямки).

Преподаватель обращает внимание на топографо-анатомическое соотношение антрума с клеточной системой сосцевидного отростка и барабанной полости и указывает на расположение антрума в детском возрасте. Излагаются основные принципы операции:

- а) вскрытие антрума;
- б) удаление очагов остеомиелитического размягчения костной ткани сосцевидного отростка.

Указывается на цели, которые преследует вскрытие антрума и удаление антрума и нежизнеспособных тканей, предупреждения дальнейшего распространения воспалительного процесса и создание условий свободного оттока отделяемого из клеток сосцевидного отростка и барабанной полости через операционную рану, что в конечном счете должно привести к ликвидации гнойного процесса в среднем ухе.

Излагается ход операции. При этом обращается внимание на опасность ранения сигмовидного синуса (в особенности при поверхностном его расположении или предлежании), твердой мозговой оболочки (в особенности при низком стоянии дна средней черепной ямки), лицевого нерва и горизонтального полукружного канала.

Студентам показывают набор инструментов, необходимых для производства операции, и их размещение на инструментальном столе, кратко излагаются приемы обезболивания (общего и местного) и преимущества того или иного вида в данном случае. Перед операцией студенты кратко сообщают данные истории болезни оперируемого и показания к производству операции (вмешательства).

Во время операции студенты наблюдают методику обезболивания и технику разреза. После отсепаровки мягких тканей с надкостницей и наложения расширителя Янсена преподаватель определяет исходные пункты.

Затем переходят к трепанации сосцевидного отростка: снятию кортикального слоя и удалению путем сдвливания и выскабливания патологически измененного содержимого сосцевидного отростка. Преподаватель обращает внимание на направление, которого следует придерживаться при вскрытии антрума, и введением изогнутого пуговчатого зонда демонстрируют пробу, посредством которой проверяется вскрытие антрума. При последующем удалении поражения кости внимание фиксируется на тщательности последовательного вскрытия периантральных, перифасциальных, верхушечных и угловых клеток там, где в этом есть необходимость.

После окончательной ревизии костной раны, удаления костных навесов, сглаживания неровностей, иссечения некротических тканей (при субпериостальном абсцессе) дается полное объяснение топографических соотношений в ране (расположение антрума, сигмовидного синуса и др.). При обнажении процесса или по ходу операции сигмовидного синуса или твердой мозговой оболочки средней черепной ямки преподаватель указывает на их состояние.

В процессе операции преподаватель неоднократно подчеркивает важность постоянной

правильной ориентировки и показывает приемы оперативного вмешательства, которые позволяют избежать возможных осложнений, связанных с неправильной техникой.

Ассистирует при операции студент.

Радикальная операция на ухе.

Как и простая трепанация сосцевидного отростка, радикальная является одной из возможных операций, демонстрируемых студентам во время занятия в большой операционной. Оснащение занятия должно быть тем же, что и при производстве простой трепанации.

Задачи операции должны быть четко определены:

1. Удаление патологически измененных тканей в височной кости.
2. Создание из отдельных полостей и ходов среднего уха и наружного слухового прохода одной общей полости, свободно и легко контролируемой через наружное отверстие слухового прохода. Необходимо отметить, что соблюдение этих условий обеспечивает заживление операционной полости и предупреждает возможность перехода нагноения на лабиринт и черепно-мозговые пространства.
3. При наличии внутричерепного осложнения обязательное обнажение твердой мозговой оболочки средней и задней черепных ямок.

Контрольные вопросы.

1. Сроки пребывания в стационаре после тонзиллэктомии.
2. Сроки пребывания больного после гайморотомии в стационаре.
3. Физиолечение после эндоназальной гайморотомии.
4. План лечения при остром гайморите.
5. План лечения при хроническом гнойном гайморите.
6. План лечения при полипозном гайморите.
7. План лечения при хроническом эпитимпаните.
8. План лечения при хроническом мезотимпаните.
9. План лечения при отогенном абсцессе.
10. Современные методы диагностики при внутричерепных риногенных, отогенных осложнениях.
11. Показания к операции тонзиллэктомии.
12. Противопоказания к операции тонзиллэктомии.
13. Показания к радикальной операции на верхнечелюстной пазухе.
14. Показания к эндоназальной операции на верхнечелюстной и лобной пазухе.
15. Простая трепанация сосцевидного отростка.
16. Радикальная операция на среднем ухе.
17. Цель радикальной операции на среднем ухе.
18. В каких случаях возникает паратонзиллярный абсцесс?
19. Возможно ли самопроизвольное вскрытие паратонзиллярного абсцесса?
20. Какие могут быть осложнения паратонзиллярного абсцесса?
21. Каковы основные признаки хронического тонзиллита?
22. Каковы патологоанатомические формы хронического тонзиллита?
23. Какие клинические формы хронического тонзиллита различают?
24. Каковы методы лечения хронического тонзиллита?
25. Каковы показания к тонзиллэктомии?
26. Каковы показания к тонзиллотомии?
27. Какие осложнения могут быть во время тонзиллэктомии?
28. Какие осложнения могут быть после тонзиллэктомии?
29. Какова длительность послеоперационного периода после тонзиллэктомии?
30. Каковы осложнения острого среднего отита?
31. Каковы формы хронических отитов?
32. Что такое холестеатома?
33. В чем заключается опасность холестеатом?
34. Чем объяснить зловонный запах при остром мастоидите, хроническом эпитимпаните?
35. Какую операцию делают при остром мастоидите и хроническом эпитимпаните?
36. Какие существуют показания к неотложному хирургическому лечению хронического гнойного среднего отита?

37. Каковы показания к радикальной операции на ухе?
38. В чем сущность радикальной операции на ухе?
39. Что такое тимпанопластика?
40. Как называется операция при остром мастоидите?
41. При заболеваниях наружного, среднего и внутреннего уха когда чаще развиваются отогенные внутричерепные осложнения?
42. Каковы внутричерепные осложнения отогенного происхождения?
43. Какую операцию нужно провести больному с отогенным внутричерепным осложнением?
44. С какими заболеваниями нужно дифференцировать отогенный менингит?