

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра оториноларингологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

*Посвящается 30-летию
Кыргызско-Российского Славянского
университета имени Б.Н. Ельцина*



Бишкек 2023

УДК 616.21(075.8)

М 54

Рецензенты:

Л.Б. Гогаева, канд. мед. наук, доцент кафедры офтальмологии
Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина,
Н.Б. Нуркеев, канд. мед. наук, и. о. доцента
кафедры оториноларингологии Кыргызской
государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева

Составители:

Т.А. Изаева, В.А. Насыров, М.А. Мадаминова, М.А. Нуралиев,
М.В. Насыров, А.Б. Турумбекова, Б.Н. Жумабаева, Ю.В. Филина

Рекомендовано к изданию Учёным советом
медицинского факультета КРСУ им. Б.Н. Ельцина

М 54 МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ: учебно-методическое пособие / сост. Т.А. Изаева, В.А. Насыров, М.А. Мадаминова [и др.]. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2023. – 98 с.; 22 рис., 3 табл., 2 прил.

Настоящее учебно-методическое пособие для студентов имеет целью представить в систематическом виде план и объем практических занятий по оториноларингологии в медицинском вузе. Это должно помочь студентам в более успешном усвоении методов диагностики и способов лечения ЛОР-пациентов, а преподавателям – в более успешном ведении занятий.

УДК 616.21(075.8)

© ГОУВПО КРСУ, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Вводная часть | 5 |
| Занятие 1. Тема: Особенности и условия работы при обследовании и лечении ЛОР-органов..... | 10 |
| Занятие 2. Тема: Анатомия и методы исследования носа и околоносовых пазух..... | 13 |
| Занятие 3. Тема: Анатомия и методы исследования глотки и гортани | 21 |
| Занятие 4. Тема: Анатомия и методы исследования наружного и среднего уха | 26 |
| Занятие 5. Тема: Анатомия и методы исследования функции слухового анализатора..... | 29 |
| Занятие 6. Тема: Анатомия и методы исследования функции вестибулярного анализатора | 33 |
| Занятие 7. Тема: Воспалительные заболевания носа. Озена. Искривление перегородки носа. Аденоиды | 37 |
| Занятие 8. Тема: Воспалительные заболевания околоносовых пазух..... | 41 |
| Занятие 9. Тема: Воспалительные заболевания глотки..... | 44 |
| Занятие 10. Тема: Воспалительные заболевания гортани..... | 48 |
| Занятие 11. Тема: Острые и хронические воспалительные заболевания среднего уха..... | 51 |
| Занятие 12. Тема: Инородные тела ЛОР-органов..... | 55 |
| Занятие 13. Тема: Травматические повреждения ЛОР-органов. Носовое кровотечение | 60 |
| Занятие 14. Тема: Опухоли ЛОР-органов | 63 |
| Занятие 15. Тема: Лабиринтиты и болезнь Меньера..... | 67 |

| | |
|--|----|
| Занятие 16. Тема: Отосклероз, тимпаносклероз и кохлеарный неврит | 69 |
| Занятие 17. Тема: Работа студентов в перевязочной | 71 |
| Занятие 18. Тема: Работа студентов в операционной..... | 73 |
| Занятие 19. Тема: Работа студентов в поликлиническом отделении..... | 76 |
| Занятие 20. Тема: Итоговое занятие..... | 77 |
| Приложения | 79 |
| Задания для самостоятельной работы | 81 |
| Список использованной литературы | 95 |

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Оториноларингология стала формироваться в самостоятельную дисциплину с середины XIX века. Основанием для выделения ее из общей терапии и хирургии послужила, во-первых, разработка эндоскопического метода, с помощью которого стал возможен осмотр глубоких отделов уха, носа и глотки, а также осмотр носоглотки, гортани и трахеи; во-вторых, имела значение специфика функций ЛОР-органов (слуховая, речевая, дыхательная, статокINETическая и пр.).

Знание заболеваний носа и его придаточных пазух, миндалин, глотки, гортани и уха необходимо врачу любой специальности, так как часто имеется патогенетическая связь с заболеваниями других систем и органов. В то же время методикой исследования ЛОР-органов должен владеть каждый молодой врач, так как этого требует современная задача приближения специализированной помощи к сельскому населению.

Для проведения практических занятий по оториноларингологии наиболее приемлемой является непрерывная цикловая система обучения.

На практических занятиях преподаватель постоянно развивает у студентов материалистический подход к трактовке физиологических и патологических процессов в организме, подчеркивает значение целостности организма и взаимосвязи между его органами и системами, знакомит студентов с новейшими достижениями в оториноларингологии, с новой аппаратурой и инструментарием.

На первом занятии преподаватель после беседы об условиях работы на ЛОР-кафедре проводит обход клиники в течение 30–40 минут. Затем обучает студентов методике пользования лобным рефлектором с осмотром зева и ротоглотки. Последующие 3–5 занятий посвящаются освоению студентами методик исследования ЛОР-органов друг на друге в порядке подготовки для работы

с больными. Более 10 занятий посвящены работе с больными по определенным темам. Специальные занятия посвящаются работе в операционной, перевязочной. На последнем занятии проводится обход тяжелых больных в стационаре при активном участии студентов. Затем студенты обследуют в учебном кабинете больных с различными ЛОР-заболеваниями.

Для проведения практических занятий в учебных кабинетах больные отбираются либо из числа поступивших в стационар, либо из поликлиник, иногда – из консультативного кабинета клиники. Не менее 30 % времени отводится работе с амбулаторными больными как в учебном кабинете, так и в ЛОР-кабинетах поликлиник.

В соответствии с темой других занятий студенты знакомятся с работой кабинета функциональной диагностики, вестибулометрического, фониатрического и физиотерапевтического кабинетов, ингалятория.

На некоторых занятиях особое внимание уделяется вопросам рентгенологического исследования и рецептуре.

Для проведения практических занятий группа в 10–12 человек делится на 4–5 бригад, по 2–3 студента в каждой.

Каждое последующее занятие по пропедевтике начинается с повторной тренировки по методике исследований, освоенной на предыдущих занятиях. Затем проводится собеседование по заданным темам, и далее студенты приступают к освоению новых методик исследования ЛОР-органов.

Занятия по работе с больными начинаются собеседованием на заданные темы. Затем студенты знакомятся с новым оснащением, и лишь потом им показывают больных. Обследование проводится в обычном порядке: сначала выясняют жалобы, далее собирают паспортные данные, анамнез заболевания и жизни; затем исследуют ЛОР-органы, начиная с больного органа, а также другие системы. После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план лечебных мероприятий, а некоторые из них выполняют по рекомендации сами и под наблюдением преподавателя.

Последние 20–30 минут занятий посвящаются итоговому собеседованию с заключением преподавателя. В конце занятия студенты получают задания к следующему занятию для самостоятельной работы дома.

Для знакомства с urgentными ЛОР-заболеваниями студент дежурит один вечер в стационаре ЛОР-клиники (соответственно графику), активно участвуя в работе дежурного медицинского персонала.

Знания студентов проверяются почти на всех занятиях как во вступительном собеседовании с группой (в течение 10–15 минут), так и по ходу занятий во время работы с больными (с должным тактом) и при итоговом собеседовании или при разборе истории болезни.

Кроме того, для каждого студента выделяется специальная карта «Перечень практических навыков по оториноларингологии» (приложение 1), в которой преподаватель отмечает количество и качество манипуляций, которыми овладел студент. Соответственно этим данным и проявленным на занятиях теоретическим знаниям, преподаватель к началу экзаменационной сессии дает сведения заведующему кафедрой о степени теоретической и практической подготовленности каждого студента. По рекомендации преподавателя отдельным студентам может быть выставлена оценка «отлично» без сдачи дифференцированного зачёта или экзамена.

Методические указания по каждому практическому занятию составлены по следующим разделам:

1. Тема.
2. Цель.
3. Материал.
4. Методика.
5. Содержание.
6. Итоговое собеседование. Заключение преподавателя.
7. Задания к следующему занятию.

В разделе «Материал» перечисляется лишь дополнительное оснащение, так как основной набор инструментов имеется в помещении, где проводится занятие.

В разделе «Методика» в кратком виде представлена система занятий по пропедевтическому и факультетскому разделам практической оториноларингологии.

При освоении техники исследования ЛОР-органов, а также при обследовании больных помощь преподавателя сначала максимальная, а затем постепенно уменьшается. На последних 5–6 занятиях студенты работают самостоятельно и лишь изредка обращаются за консультацией к преподавателю, который, переходя от одной бригады к другой, наблюдает за работой студентов.

В разделе «Содержание» отмечены главные моменты, с которыми студенту надо подробнее ознакомиться по учебнику. Одни способы и методики исследования описаны более детально, а другие – менее подробно. Краткое описание того или иного способа или лишь его наименование приведено с таким расчетом, чтобы студент был вынужден ознакомиться с деталями исследования по учебнику и, тем самым, все глубже ориентировался в нем. Кратко указаны также те способы исследования, которые могут быть применены лишь преподавателем или под его наблюдением.

При «Итоговом собеседовании» студенты должны проявить теоретические знания, подкрепленные своей практикой, а преподаватель, направляя собеседование, выявляет трудные для освоения студентами моменты и дает соответствующие разъяснения. Чаще же своими дополнениями преподаватель способствует упрочению и углублению знаний студентов. Итоговое собеседование на практических занятиях с обследованием больных сводится к разбору историй болезни в отсутствие больного. При этом выявляется способность студентов к клиническому мышлению.

В своем «Заключении» преподаватель отмечает успеваемость отдельных студентов и бригад.

В разделе «Задания» преподаватель сообщает студентам тему следующего занятия для их самостоятельной работы дома (общее задание), обращая внимание студентов на наиболее важные

вопросы предлагаемой темы. По 2–3 небольшим вопросам данной темы можно предложить задания отдельным студентам для более подробного изучения (частные задания). Сообщаются рекомендуемые литературные источники.

В нашем учебно-методическом пособии приведено 20 занятий, но в зависимости от условий одни занятия могут быть проведены в сочетании с другими или опущены вовсе, а некоторые могут быть проведены во внеочередном порядке (занятия по травмам, по инородным телам ЛОР-органов, работа в операционной, перевязочной и др.). Поэтому график занятий по травматическим повреждениям и инородным телам ЛОР-органов может быть изменен. Лучше всего, если на протяжении первых 10 занятий студентам будет дано дополнительное домашнее задание по этим темам с тем, чтобы они были готовы к обследованию подобных больных на любом из последующих занятий. Если же больной с травмой или инородным телом поступает в клинику на протяжении первых занятий, то преподаватель сообщает студентам кратко о клинических данных при этих патологиях, обследует больного с посильным участием студентов и проводит лечебные меры.

Занятие 1

Тема: ОСОБЕННОСТИ И УСЛОВИЯ РАБОТЫ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЛОР-ОРГАНОВ

Цель занятия. Ознакомление с клиникой оториноларингологии, хирургии головы и шеи, условиями и планом проведения практических занятий. Овладение техникой пользования лобным рефлектором и методикой осмотра зева и ротового отдела глотки.

Материал. Рисунки: расположение лобного рефлектора на голове; эндоскопия носа, гортани и пищевода; диафаноскопия придаточных пазух носа. Рисунки, препараты и муляжи по анатомии зева и ротового отдела глотки. Разнообразные ЛОР-инструменты и аппараты.

Методика. Сообщение преподавателя о плане и условиях проведения практических занятий по оториноларингологии. Обход клиники. Демонстрация преподавателем лобного рефлектора, разнообразных инструментов и аппаратов для эндоскопии, студенческих рабочих мест, методики пользования лобным рефлектором и исследования ротового отдела глотки. Освоение студентами методики исследования ротового отдела глотки друг на друге с максимальной помощью преподавателя или его помощников. Схематическая зарисовка картины зева.

Итоговое собеседование. Заключение преподавателя. Задания студентам к следующему занятию.

Содержание. Во вступительном сообщении преподаватель в течение 15 минут знакомит студентов с планом практических занятий; подчеркивает важность изучения оториноларингологии; в нескольких примерах сообщает о патогенетической связи заболеваний ЛОР- и других органов; говорит об особых условиях

работы ЛОР-врача, связанных с эндоскопией (искусственное освещение, затемнение помещения, положение больного и врача), о своеобразных способах исследования и лечения с демонстрацией разнообразных ЛОР-инструментов и аппаратов (изогнутые под углом, длинные, мелкие, с осветителем и оптикой).

Преподаватель информирует студентов о порядках в клинике: необходимость аккуратного посещения практических занятий и лекций, порядок отработки опозданий и пропусков (дежурства, реферат с собеседованием по теме, конспект), обязательное соблюдение опрятного внешнего вида студентов (чистый халат, правильное ношение чепчика, чистая сменная обувь).

При обходе клиники в течение 40 минут преподаватель знакомит студентов со структурой клиники, её кабинетами и палатами, а также с расположением перевязочной и операционной, где, помимо всего, демонстрируются столики с хирургическим инструментарием, подготовленным к оперативным вмешательствам в любой момент. В палатах студентов знакомят с контингентом ЛОР-больных.

В оставшееся время в учебном кабинете студенты по наглядным пособиям, муляжам и учебникам изучают анатомию глотки. Далее преподаватель знакомит студентов с порядком и условиями работы на их рабочих местах; с методикой пользования лобным рефлектором, а также методикой исследования полости рта, зева и ротового отдела глотки на двух студентах. При этом преподаватель демонстрирует схематическую зарисовку эндоскопических картин. Наконец, студенты распределяются на бригады по 2–3 человека и осваивают методику пользования лобным рефлектором, осмотра зева и ротового отдела глотки друг на друге с максимальной помощью преподавателя или его помощников (ординатор, аспирант).

С первого занятия студентам следует хорошо освоить следующие правила обращения с рефлектором:

а) источник света располагается справа и несколько кзади от исследуемого, на уровне его ушной раковины;

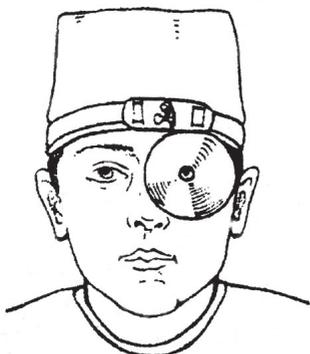


Рисунок 1 – Расположение лобного рефлектора на голове

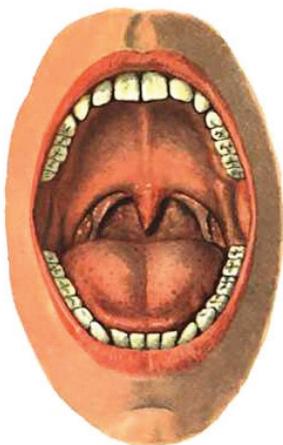


Рисунок 2 – Штамп зева

б) рефлектор укрепляется на голове исследующего с помощью лобного крепления таким образом, что зеркало устанавливается несколько левее срединной линии и близко к левому глазу (рисунок 1), которым надо видеть через центральное отверстие зеркала сконцентрированный пучок света (зайчик) на исследуемом ЛОР-органе;

в) установку зеркала в том или ином положении следует производить с расслабленным винтом и контролировать правильность установки, прикрывая кратковременно правый глаз.

Переходя к исследованию зева и ротового отдела глотки с помощью лобного рефлектора и шпателя, студенты под контролем преподавателя предварительно должны осмотреть зубы, слизистую оболочку щек, десен, языка и подъязычной области, твердое и мягкое нёбо, а затем – нёбные миндалины, а также заднюю и боковые стенки глотки. Данные, полученные при осмотре зева и ротоглотки, должны быть зарисованы схематично (рисунок 2).

В конце занятия преподаватель проводит краткое итоговое собеседование с группой и в своем заключении отмечает недочеты и успеваемость отдельных бригад и студентов. Затем сообщает группе тему общего задания к следующему занятию: «Анатомия и методы исследования носа и околоносовых пазух», а также название учебников и руководств, которыми следует пользоваться.

Кроме того, отдельным студентам могут быть поручены частные задания для более детального изучения. Например, «Иннервация слизистой оболочки носа», «Пункция верхнечелюстной пазухи».

Занятие 2

Тема: АНАТОМИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Цель занятия. Ознакомление с клинической анатомией носа, околоносовых пазух и овладение способами их исследования.

Материал. Таблицы и муляжи по анатомии носа и околоносовых пазух. Рисунки передней и задней риноскопии, пункций околоносовых пазух. Фантомы для передней и задней риноскопии; диафаноскоп. Набор для ольфактометрии. Пробирки для взятия мазков. Набор для пункций пазух. Рентгенограммы и томограммы носа, околоносовых пазух (в том числе и контрастные).

Методика. Повторная тренировка по методике взаимоисследования рта, зева в течение 15 минут. Собеседование по заданным темам. Ознакомление с инструментами, таблицами и муляжами. Демонстрация преподавателем методики риноскопии и диафаноскопии. Освоение студентами этих методик с максимальной помощью преподавателя и его помощников. Зарисовка риноскопической картины.

В последующем каждый новый способ исследования больного должен быть сначала показан преподавателем, затем тщательно отработан студентами друг на друге с максимальной помощью преподавателя или его помощника.

Итоговое собеседование. Заключение преподавателя. Задания к следующему занятию.

Содержание. При собеседовании обращается особое внимание на локализацию «кровооточивой зоны перегородки носа»; строение слизистой оболочки носовых раковин; структуру латеральной стенки полости носа; толщину наружной стенки нижнего носового

хода; обонятельные и дыхательные отделы внутреннего носа; сообщение его с носоглоткой через хоаны; анатомические особенности носоглотки; соседство пазух с зубами, глазницей и черепномозговой полостью; на расположение тригеминальных точек на лице.

После собеседования студенты с помощью преподавателя знакомятся с ЛОР-инструментарием (носовое и носоглоточное зеркало). На муляжах студенты знакомятся с техникой пользования этими инструментами. Изучая анатомию по муляжам и таблицам, студенты стараются представить себе картину, видимую при передней и задней риноскопии.

Затем преподаватель демонстрирует на 2–3-х студентах методике исследования носа и придаточных пазух со схематической зарисовкой эндоскопических картин.

Далее, все студенты по бригадам приступают к исследованию носа, носоглотки и околоносовых пазух друг на друге.

Начинают исследование с внешнего осмотра носа и области околоносовых пазух, обратив внимание на форму носа и ноздрей, окраску кожи. Затем применяют пальпацию, перкуссию доступных для этого стенок носа и придаточных его пазух, а также тригеминальных точек на лице.

Для передней риноскопии носовое зеркало держат в левой руке. Правой рукой удерживают голову, чтобы больной не запрокидывал ее назад. При введении зеркала в нос, бранши должны быть сомкнуты и находиться в горизонтальной плоскости, чтобы не травмировать кожу преддверия носа и слизистую оболочку кровотоочивой зоны перегородки носа. Большой палец левой руки должен быть установлен на винт, а указательный – на правое крыло носа обследуемого (рисунок 3). Бранши вводят в ноздрю на глубину 1–1,5 см и размыкают, несколько поднимая крыло носа кнаружи и кверху, оттягивая его к себе, не касаясь слизистой оболочки перегородки носа. В этом положении видны передний отдел нижней носовой раковины, соответствующий отдел перегородки носа, передние отделы нижнего и общего носовых ходов.

Запрокинув голову исследуемого, студенты рассматривают среднюю носовую раковину, средний носовой ход и обонятельную

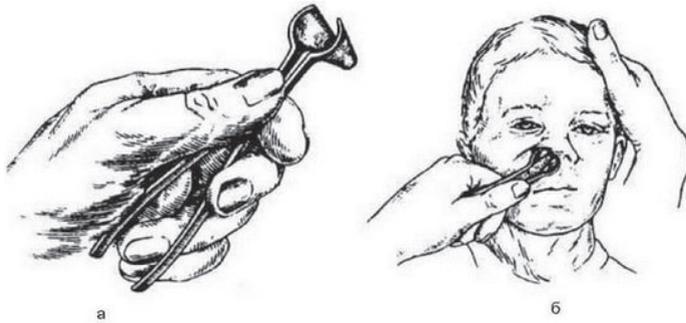


Рисунок 3 – Техника передней риноскопии

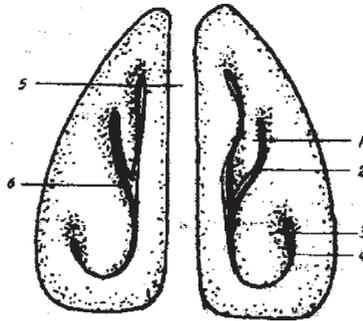


Рисунок 4 – Штамп при передней риноскопии:

- 1 – средняя носовая раковина; 2 – средний носовой ход;
- 3 – нижняя носовая раковина; 4 – нижний носовой ход;
- 5 – носовая перегородка; 6 – общий носовой ход

щель. При извлечении носового зеркала его бранши следует держать слегка разомкнутыми, чтобы не ущемить волоски в преддверии носа. Данные передней риноскопии должны быть зарисованы схематично, с использованием штампа (рисунок 4). Таким же образом можно произвести глубокую переднюю риноскопию после вливания в нос нескольких капель раствора адреналина для сокращения слизистой оболочки носа. Через расширенные общие носовые ходы часто удается рассмотреть свод хоан, подвижность мягкого нёба при фонации, область устьев основных пазух.

В период взаимоисследования преподаватель задает студентам вопросы и по ответам судит о подготовленности каждого из них.

Иногда появляется необходимость рассмотреть детально средний носовой ход или обонятельную щель. С этой целью применяют среднюю риноскопию, пользуясь носовым зеркалом с длинными браншами. После предварительной анестезии слизистой оболочки верхних отделов полости носа вводят бранши зеркала в закрытом виде под среднюю раковину, а затем начинают медленно и осторожно раскрывать зеркало. Для рассмотрения обонятельной щели вводят бранши зеркала между средней носовой раковиной и перегородкой носа.

Для задней риноскопии шпатель держат в левой руке, надавливая на передние две трети языка с опорой на правые нижние зубы исследуемого. Носоглоточное зеркало, взятое из стакана с дезинфицирующим раствором, укрепляют на ручке и держат в правой руке, как писчее перо. Перед введением в полость рта зеркало протирают марлевой салфеткой, нагревают слегка над пламенем зажигалки со стороны зеркальной его поверхности. Делают это не для обеззараживания, а для того, чтобы зеркало не запотевало в полости рта. При перегревании зеркала портится его амальгама. Надо держать зеркало над пламенем не более 2–3 сек, а затем обязательно испытать степень его нагрева отрывистым прикосновением металлической его поверхности к коже кисти. Зеркало вводят через зев в ротоглотку так, чтобы зеркальная поверхность была обращена вверх. Устанавливая его дальше язычка, не следует касаться задней стенки глотки (рисунок 5), так как можно вызвать глоточный рефлекс.

При осмотре следует определить состояние просвета хоан, задних концов носовых раковин, носовых ходов. Картина задней риноскопии должна быть зарисована, используя штамп (рисунок 6). Кроме того, надо осмотреть свод носоглотки. При наличии аденоидов надо определить степень прикрытия ими хоан (I, II, III степень). Желательно рассмотреть также глоточные устья слуховых труб.

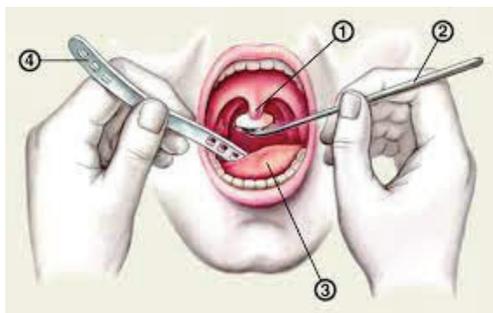
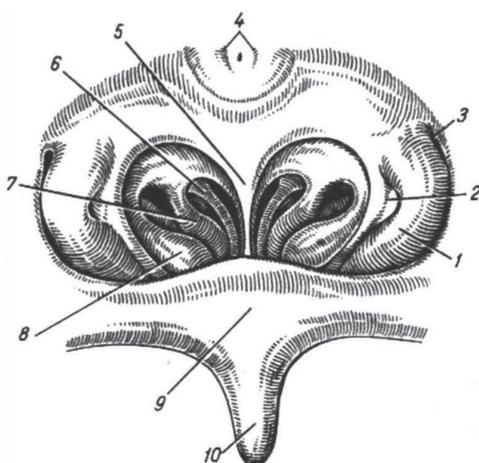


Рисунок 5 – Техника задней риноскопии:

- 1 – маленький язычок; 2 – носоглоточное зеркало;
3 – язык; 4 – шпатель



Задняя риноскопия.

- 1 — глоточный конец слуховой
трубы;
2 — устье слуховой трубы;
3 — ямка Розенмюллера
(глоточное углубление);
4 — углубление носоглоточной
миндалины;
5 — сошник;
6 — верхняя носовая раковина;
7 — средняя носовая раковина;
8 — нижняя носовая раковина;
9 — мягкое небо;
10 — язычок.

Рисунок 6 – Штамп при задней риноскопии

В случаях невозможности зеркального обследования носоглотки допускается пальцевое исследование (рисунок 7) с особой осторожностью с тем, чтобы не травмировать слизистую оболочку.

Далее, под наблюдением преподавателя студенты осваивают технику смазывания слизистой оболочки носа при помощи ватничка. Для его изготовления наматывают вату на зонд обязательно пинцетом, а не рукой и так, чтобы металлический кончик зонда не был виден сквозь вату и не травмировал слизистую оболочку. Необходимо освоить также методику взятия мазка со слизистой оболочки носа и правила заполнения «направления» в бактериологическую лабораторию.

Дыхательную функцию носа исследуют попеременным прикрытием одной из ноздрей и поднесением к противоположной ноздре пушинки ваты или ниточки. По шуму выдыхаемой струи или движению ватной пушинки судят о степени проходимости каждой половины носа для воздуха. Можно исследовать дыхательную функцию, выдыхая воздух из обеих ноздрей на зеркальце. Размеры площади запотевания более точно указывают на степень проходимости воздуха через каждую половину носа. Следует также узнать о субъективном определении обследуемым проходимости каждой половины носа, прикрывая поочередно одну ноздрю снизу. Наиболее точно можно определить дыхательную функцию носа с помощью риноманомтра (рисунок 8).

Риноманометрия представляет собой диагностический метод, который применяется для проверки проходимости внутри носовых ходов. Данная процедура также дает специалистам возможность оценить внутриносое давление, выполнить оценку воздушного потока внутри носа.

Методика проведения

Для проведения обследования пациент должен присесть на стул. Для диагностирования проходимости внутри носовых путей врач применяет медицинский прибор (риноманометр), который имеет связь с компьютером. Датчик давления, встроенный в аппарат, осуществляет регистрацию колебаний воздуха внутри

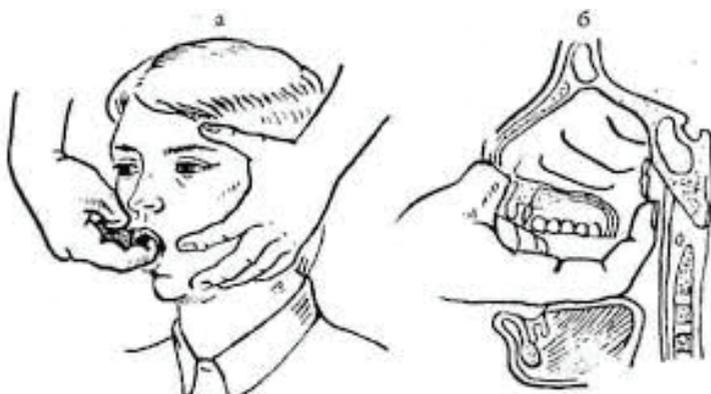


Рисунок 7 – Пальцевое исследование носоглотки

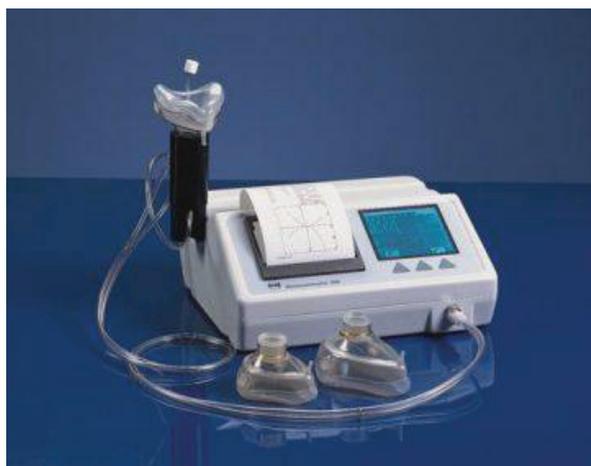


Рисунок 8 – Аппарат риноманометр

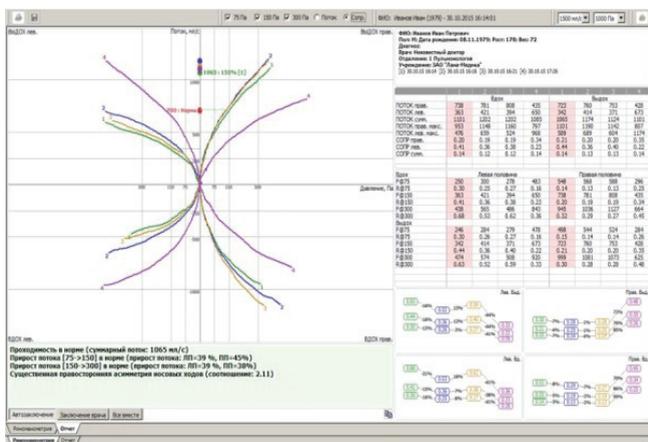


Рисунок 9 – График риноманометрии

прибора. Далее полученные данные преобразуются в электрический сигнал, проходящий к компьютеру, а затем выводится с его помощью на монитор. Данные выглядят подобно графику (рисунок 9).

Обонятельную функцию исследуют с помощью набора для ольфактометрии, состоящего из флаконов с пахучими веществами 4-х групп или степеней. В кабинете функциональной диагностики могут быть использованы специальные ольфактометры.

Для исследования резонаторной функции носа надо обследуемого просить считать вслух и в это время выяснить, нет ли у него открытого или закрытого типа гнусавости.

Пользуясь консультацией преподавателя, студенты знакомятся с устройством и работой диафаноскопа, а затем осваивают технику диафаноскопии, при помощи которой ориентировочно определяют состояние верхнечелюстных и лобных пазух.

По демонстрируемым преподавателем рентгенограммам студентам надо возобновить сведения по рентген-анатомии носа и околоносовых пазух. Наконец, надо теоретически ознакомиться с техникой прокола верхнечелюстных пазух и применяемым инструментарием.

В конце занятия преподаватель проводит краткое итоговое собеседование с группой и в своем заключении дает оценку по практическим и теоретическим знаниям студентов.

Общее задание: «Анатомия и методы исследования глотки и гортани».

Частные задания: «Иннервация глотки», «Стробоскопия», «Рентгенография гортани» и пр.

Занятие 3

Тема: АНАТОМИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

Цель занятия. Ознакомление с клинической анатомией глотки и гортани. Овладение методами их исследования.

Материал. Таблицы и муляжи по анатомии ротового и гортанного отделов глотки и гортани; рисунки по непрямой ларингоскопии; фантом для непрямой ларингоскопии. Томограммы и рентгенограммы гортанного отдела глотки и гортани (в том числе и контрастные). Фониатрический кабинет.

Методика. Повторная тренировка по методике взаимоисследования носа, носоглотки и околоносовых пазух в течение 15 минут. Собеседование по заданным темам. Ознакомление с ЛОР-инструментами, таблицами и муляжами. Демонстрация преподавателем методики непрямой ларингоскопии и гипофарингоскопии. Освоение студентами этих методик с помощью преподавателя. Схематическая зарисовка эндоскопических картин. Демонстрация преподавателем других способов исследования гортани и гортанного отдела глотки. Итоговое собеседование. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращается внимание на особенности строения зева и небных миндалин, ротового и гортанного отделов глотки; на расположение околоминдаликового и окологлоточного, а также заглочного пространств. Из особенностей гортани следует обратить внимание на функцию

различных групп мышц, ее иннервацию и деление на 3 отдела, а также расположение регионарных лимфатических узлов.

После собеседования студенты с помощью преподавателя знакомятся со строением гортанного зеркала, а на фантоме – с техникой пользования этим инструментом. Изучая анатомию по муляжам и таблицам, студенты стараются представить себе картину, видимую при непрямой ларингоскопии и гипофарингоскопии. Затем преподаватель демонстрирует на 2–3-х студентах методику и картину непрямой ларинго- и гипофарингоскопии со схематической зарисовкой эндоскопических картин.

Далее, все студенты в бригадах начинают исследовать друг на друге зев, глотку и гортань.

При исследовании нёбных миндалин и ротового отдела глотки прежде всего следует обратить внимание на цвет слизистой оболочки, состояние дужек (отечность, сращение с миндалиной, рубцы), размеры нёбных миндалин и выраженность лакун. Затем одним шпателем надавливают на середину языка, несколько оттягивая его вперед, а шпателем в другой руке осторожно надавливают на переднюю дужку и нёбную миндалину и проводят снизу вверх, определяя содержимое лакун (гной, пробки). Данные, выявленные при осмотре зева и ротоглотки, зарисовывают схематически, пользуясь штампом (см. рисунок 2). Необходимо также пальпаторно определить величину и болезненность верхних глубоких лимфоузлов шеи под углом нижней челюсти.

Исследование ротового отдела глотки сводится к определению окраски слизистой оболочки задней стенки глотки, видимую через зев. Следует также определить наличие отдельных лимфоидных зерен в толще слизистой оболочки, боковых валиков, а также присохших корок на поверхности слизистой оболочки или стекающего из носоглотки слизисто-гнойного экссудата. Кроме того, предлагая исследуемому произносить букву «а», определяют степень подвижности мягкого нёба и асимметрию.

Осмотр гортанного отдела глотки (гипофарингоскопия) проводится гортанным зеркалом, которое держат в правой руке. Предварительно первым и третьим пальцами левой руки захватывают

обернутый салфеткой кончик языка и выводят его кнаружи и книзу, а указательным пальцем поднимают верхнюю губу исследуемого. Горланное зеркало, после осушнвания и нагрнвания зеркальной его поверхности над пламенем зажнгалки, проверяют степень нагрнва, затем вводят в полость рта и располагают между нёбными дужками. Тылную поверхность зеркала прикладывают к основанию язычка. При осмотре обращают внимание на состояние язычной миндалины и валекул, на цвет слизистой оболочки и возмжную асимметрию грушевидных карманов.

При исследовании гортани сначала производят осмотр передней поверхности шеи, обращая внимание на симметрию гортани, на состояние кожи, подвижность гортани при глотании, а затем пальпируют гортань, преларингеальные и боковые лимфоузлы. Далее приступают к внутреннему осмотру путем непрямой ларингоскопии с помощью гортанного зеркала так же, как при гипофарингоскопии, с той лишь разницей, что, установив зеркало к язычку, «улавливают» в поле зрения изображение гортани (рисунок 10) и начинают последовательно осматривать три ее отдела.

При этом необходимо определить цвет слизистой оболочки этих отделов гортани, симметрию и подвижность голосовых складок при фонации, а также состояние слизистой оболочки в области черпал у входа, межчерпаловидного пространства и подголосовой полости.

В последней наличие рыхлого подслизистого слоя у детей является предпосылкой для развития ложного крупа, при котором

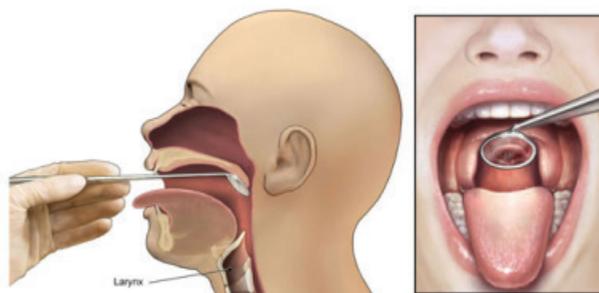


Рисунок 10 – Техника непрямой ларингоскопии

видны красные валики ниже и вдоль голосовых складок. Ларингоскопическую картину надо зарисовать схематично, пользуясь штампами гортани (рисунок 11).

Из дополнительных способов могут быть применены стробоскопия в фонарическом кабинете и рентгенография гипофаринкса и гортани. После осмотра друг друга студенты знакомятся с инструментарием и методикой, применяемыми при прямой ларингоскопии (рисунок 12), а также с видимой при этом ларингоскопической картиной (рисунок 13).

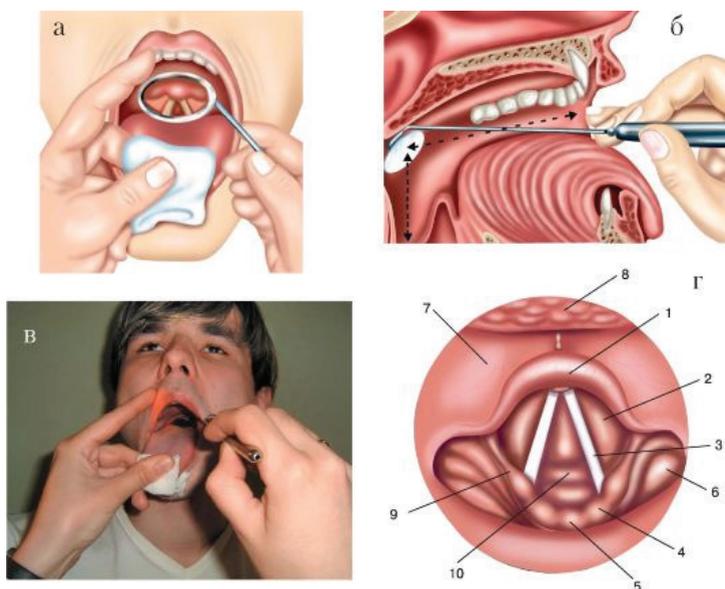


Рисунок 11 – Штамп картины при непрямой ларингоскопии. а – положение гортанного зеркала (вид спереди); б – положение гортанного зеркала (вид сбоку); в – непрямая ларингоскопия; г – картина гортани при непрямой ларингоскопии: 1 – надгортанник; 2 – ложные голосовые складки; 3 – истинные голосовые складки; 4 – черпаловидный хрящ; 5 – межчерпаловидное пространство; 6 – грушевидный карман; 7 – ямки надгортанника; 8 – корень языка; 9 – черпалонадгортанная складка; 10 – подголосовая полость (кольца трахеи)

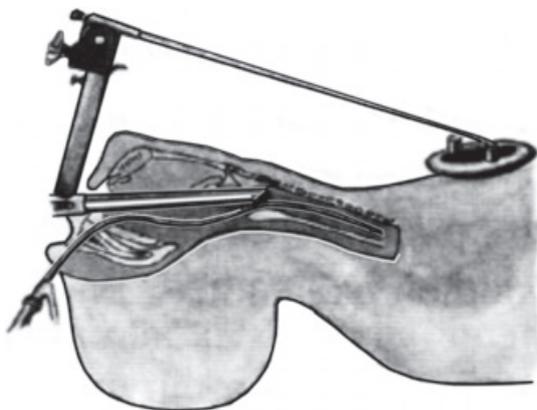


Рисунок 12 – Техника прямой ларингоскопии

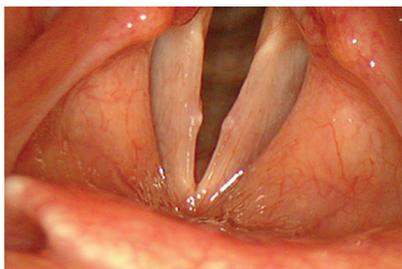


Рисунок 13 – Штамп при прямой ларингоскопии

Общее задание: «Анатомия и методы исследования наружного и среднего уха».

Частные задания: «Клеточная система сосцевидного отростка»; «Ушная манометрия»; «Рентгенография височной кости».

Занятие 4

Тема: АНАТОМИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА

Цель занятия. Ознакомление с клинической анатомией наружного и среднего уха и овладение методами их исследования.

Материал. Таблицы и муляжи по анатомии наружного и среднего уха. Гистологические препараты слизистой оболочки барабанной полости и слуховой трубы. Пневматическая воронка, увеличительное стекло в 9D; шприц Жанне емкостью в 100–150 мл; баллон с оливой и отоскопом, ушной катетер и манометры; тампоны для взятия мазков из уха. Рентгенограммы и томограммы среднего уха в норме.

Методика. Повторная тренировка по методике взаимоисследования носа, глотки и гортани в течение 15 минут. Собеседование по заданным темам. Ознакомление с инструментами, таблицами, муляжами. Демонстрация преподавателем методики отоскопии. Осваивание студентами методики отоскопии. Зарисовка отоскопической картины. Преподаватель помогает по мере надобности. Итоговое собеседование. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращается внимание на степень прикрепления надхрящницы ушной раковины к хрящу и коже; распространение хряща козелка у взрослых и детей; на отделы и кривизну наружного слухового прохода, его соотношение с соседними образованиями; расположение и опознавательные пункты барабанной перепонки, ее квадранты; на отделы среднего уха; стенки и содержимое барабанной полости; ход лицевого нерва; различные функции слуховой трубы; структуру сосцевидного отростка (пещера, *sinus sigmoideus*, клеточная система и пр.). При этом преподаватель или студент, получивший частное задание, представляет и описывает 2–3 рентгенограммы кости в различных укладках.

После собеседования студенты с помощью преподавателя знакомятся с ЛОР-инструментами. Изучая анатомию по таблицам

и муляжам, студенты стараются представить себе отоскопическую картину.

Затем преподаватель демонстрирует методику отоскопии и отоскопическую картину на 2–3-х студентах со схематической зарисовкой отоскопической картины.

Далее все студенты в бригадах приступают к исследованию наружного и среднего уха друг на друге.

Для исследования правого или левого уха исследуемый усаживается соответствующим боком к исследующему. Детей в возрасте до 3–4-х лет родители усаживают к себе на колени, а грудных детей осматривают в лежачем положении на перевязочном столе. Начинают с наружного осмотра, при этом обязательно исследуют заушную область, т. е. область сосцевидного отростка, куда нередко распространяется воспалительный процесс при заболеваниях наружного и среднего уха. Пальпация, компрессия и перкуссия сосцевидного отростка позволяют получить дополнительные сведения о состоянии среднего уха.

Осмотр наружного слухового прохода и барабанной перепонки, начинают без применения ушной воронки. Оттягивая ушную раковину вверх и кзади (а у грудных детей – книзу и кзади), удается в известной степени выровнять угол между хрящевым и костным отделами. Для проведения отоскопии подбираем ушную воронку соответствующего диаметра.

Ушную воронку держат в одноименной с исследуемым ухом руке. Другой рукой оттягивают ушную раковину (рисунок 14). Воронку вводят в начальный отдел наружного слухового прохода осторожными вращательными движениями. При этом обращают внимание на содержимое слухового прохода (слущенный эпидермис, сера, инородные тела), на состояние кожи хрящевого и костного отделов слухового прохода.

Выявленные у студентов пристеночные серные массы или пробки преподаватель удаляет ватничком или путем промывания шприцем Жанне емкостью в 100–150 мл. При этом преподаватель объясняет технику изготовления ватничка и пользования им.

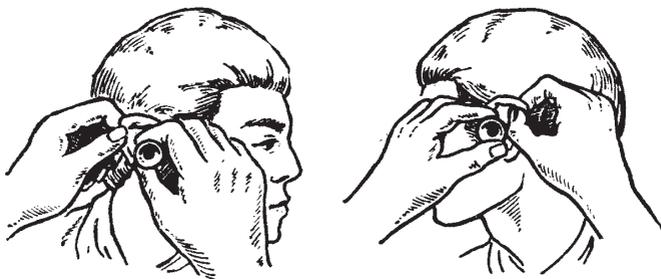


Рисунок 14 – Техника отоскопии

Затем тщательно осматривают барабанную перепонку. Правильно концентрируя пучок света, отраженного от лобного рефлектора, обращают внимание на цвет барабанной перепонки, её блестящую поверхность и опознавательные признаки. По выраженности последних и изменениям барабанной перепонки судят о ее состоянии и косвенно оценивают характер заболевания среднего уха.

Оценка одних и тех же изменений зависит от их расположения в различных квадрантах перепонки. Для рассмотрения деталей натянутой, а тем более расслабленной частей барабанной перепонки рекомендуется использование двояковыпуклой линзы в 8–9 диоптрий, которую устанавливают чуть косо к ушной воронке или отоскопом. Можно пользоваться также пневматической воронкой. При этом в момент изменения давления посредством баллона присматриваются к движениям барабанной перепонки, рукоятки и наружного отростка молоточка для определения подвижности перепонки и цепи слуховых косточек. Изредка для отоскопии пользуются бинокулярным хирургическим микроскопом. При дефектах барабанной перепонки определяют изменения в видимой части барабанной полости (тимпаноскопия). Полученные данные отоскопии должны быть зарисованы каждым студентом схематично, пользуясь штампом (рисунок 15), и подвергнуты обсуждению в бригаде с участием



Рисунок 15 – Штамп при отоскопии

преподавателя или его помощника. При наличии гнойного экссудата в ухе надо взять мазок для определения флоры и её чувствительности к антибиотикам. О распространенности процесса судят по рентгенограммам височной кости.

Необходимо также определить степень вентиляционной функции слуховой трубы. Для этого применяют опыт проглатывания слюны с открытыми ноздрями или с закрытыми, а также способ самопродувания. Результаты определяются исследующим либо выслушиванием звуков через отоскоп, либо при помощи ушного манометра и отмечается степень проходимости слуховой трубы. При отрицательном результате этих проб применяют продувание уха способом Политцера или с помощью ушного катетера.

Общее задание: «Анатомия и методы исследования функции слухового анализатора».

Частные задания: «Аудиометрия», «Структура рецепторного аппарата» и др.

Занятие 5

Тема: АНАТОМИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА

Цель занятия. Освоение некоторых способов исследования слуховой функции.

Материал. Таблицы и муляжи органа слуха. Схемы проводящих путей. Набор камертонов; ушные трещотки; баллон Политцера с оливой; секундомер. Таблица акуметрической формулы; аудиограммы. Аудиометрический кабинет. Больные.

Методика. Повторная тренировка по методике взаимососледования ЛОР-органов в течение 15 минут. Собеседование по заданным темам. Ознакомление с аппаратурой для исследования слуха. Демонстрация преподавателем методики исследования слуха речью и камертонами. Освоение студентами этих методик. Посещение аудиометрического кабинета. Итоговое собеседование. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращается внимание на деление органа слуха на звукопроводящие и звуковоспринимающие (звуковой анализатор) системы; на структуру каждого из них; различные способы исследования слуха (речь, камертон, аудиометр, безусловные рефлексы); на значение исследования слуха по костной и воздушной проводимости; на возможность применения не только пороговой, но и надпороговой аудиометрии; на способы записи полученных данных (документация).

После собеседования студенты, пользуясь консультацией преподавателя, знакомятся с наборами камертонов и другой аппаратурой для исследования слуха, а также с акуметрической формулой.

Затем преподаватель показывает на одном из студентов методику исследования слуха речью и камертонами с заполнением акуметрической формулы.

Далее для проведения исследования слуха речью и камертонами преподаватель вызывает трех студентов, один из которых исследует слух у второго студента, а третий записывает полученные результаты в акуметрическую формулу. По ходу исследования слуха преподаватель задает вопросы любому студенту группы. После этого два студента исследуют слух больного и дают трактовку полученным данным.

При исследовании слуха необходимо определить сторону и место поражения органа слуха. При рецепторной тугоухости иногда следует определить уровень поражения слухового анализатора.

Студенты используют речевой и камертональный способы исследования слуха. Для речевого исследования применяют шепотную и разговорную речь, а в случае надобности – крик. При исследовании слуха речью необходимо строгое соблюдение следующих правил: в тихом помещении, выключение другого уха, подбор слов по зональной частотности, произношение слов шепотом с помощью резервного воздуха. Единицей измерения является метр. Известно, что в норме человек слышит шепотную речь на расстоянии 6 и более метров.

При резкой односторонней тугоухости, во избежание пере-слушивания речи другим ухом, надо выключать его ушной трещоткой.

Для исследования слуха камертонами следует сначала ознакомиться с конструкцией камертонов, а также с наиболее распространенными их комплектами. Чаще всего комплект состоит из четырех или семи камертонов (таблица 1) следующих частот и обозначений.

Таблица 1 – Камертональное исследование слуха

| 64 кол/ сек | 128 кол/ сек | 256 кол/ сек | 512 кол/ сек | 1024 кол/сек | 2048 кол/сек | 4096 кол/сек |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| - | с | - | с2 | с3 | с4 | - |
| С | с | с1 | с2 | с3 | с4 | с5 |

При исследовании слуха по воздушной и костной проводимости камертон держат за середину ножки тремя пальцами правой руки.

Исследование слуха камертонами целесообразно проводить в такой последовательности: сначала опыт Вебера (W) и опыт Ринне (R), а затем проверить состояние слуха по костной и воздушной проводимости, определяя время слышимости звука по секундомеру или устному подсчету. Для точного определения длительности восприятия звука камертона подсчет следует вести с момента зарядки камертона, а не с момента поднесения его к уху или установки на площадке сосцевидного отростка. Кроме того, необходимо следить за правильным расположением камертона.

При подозрении на анкилоз стремечка (отосклероз) рекомендуется применить опыт Желле (G).

Результаты исследования слуха камертонами и речью записывают в первую графу акуметрической формулы, проставив дату исследования (таблица 2). Минимальное исследование проводится двумя камертонами. Данные последующих исследований записываются в соседних графах для суждения о динамике слуха.

Таблица 2 – Схема акуметрической формулы

| Ис- следо- вание камер- тонами | Дата | AD | | | | Тесты | AS | | | |
|--|------|-----|-----|------|------|-------|------|------|-----|-----|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | ... | ... | 31/1 | 20/1 | | 20/1 | 31/1 | ... | ... |
| Wp | | | | | | | | | | |
| Pp | | | | | | | | | | |
| C (N) | | | | | | | | | | |
| C1 (N) | | | | | | | | | | |
| C2 (N) | | | | | | | | | | |
| C3 (N) | | | | | | | | | | |
| C4 (N) | | | | | | | | | | |
| C5 (N) | | | | | | | | | | |
| Wc | | | | | | | | | | |
| Rc | | | | | | | | | | |
| Jchc | | | | | | | | | | |

Оценка результатов исследования возможна лишь при сопоставлении полученных данных с нормой, которая отмечается ниже обозначения каждого текста.

Оценка акуметрических данных необходима не только для определения степени снижения слуха, но и для дифференцирования звукопроводящего типа тугоухости от звуковоспринимающего. При этом следует учесть также данные осмотра уха и верхних дыхательных путей.

Для ознакомления с методикой аудиометрии преподаватель ведет студентов в аудиометрический кабинет с сурдокамерой. Демонстрируется тональная пороговая и надпороговая аудиометрия. Результаты исследования заносятся на специальную карту – аудиограмму. Преподаватель знакомит студентов с трактовкой аудиометрических данных (рисунок 16).

Если время позволяет, то студентам может быть продемонстрирована речевая аудиометрия посредством записей на

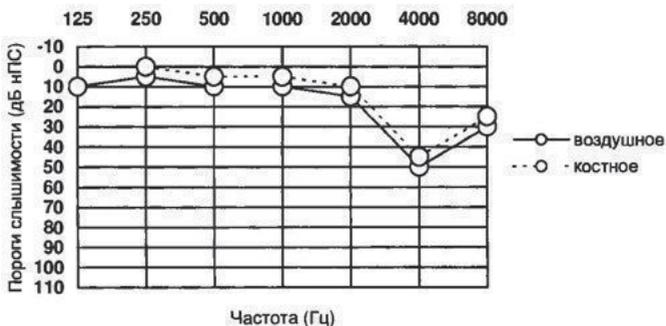


Рисунок 16 – Аудиограмма

ферромагнитную ленту речевых стандартов, а также исследование ультразвуками.

В итоговом собеседовании преподаватель сообщает студентам об объективных способах исследования остроты слуха и их практическом значении.

Общее задание: «Анатомия и методы исследования функции вестибулярного анализатора».

Частные задания: «Калорическая проба», «Значение центральной нервной системы в выраженности статокINETических реакции» и др.

Занятие 6

Тема: АНАТОМИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА

Цель занятия. Освоение методов исследования статокINETической функции.

Материал. Таблицы и муляжи внутреннего уха, статокINETических рецепторов, проводящих путей. Кресло Барани для вращения; секундомер; шприцы емкостью в 10 мл и в 100 мл; отокалориметры; баллон Политцера; таблица вестибулометрической

формулы; нистагмограммы. Вестибулометрический и электроэнцефалографический кабинеты. Больные.

Методика. Повторная тренировка по методике взаимоотношения слуха в течение 15 минут. Собеседование по заданным темам. Ознакомление с таблицами и аппаратурой для исследования статокINETической функции. Демонстрация преподавателем методики исследования статокINETической функции. Освоение студентами этих методик под пристальным наблюдением преподавателя. Посещение вестибулометрического кабинета.

Итоговое собеседование. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращается внимание на структуру и физиологию ампулярных и статокониевых систем; на связи ядер статокINETического анализатора с другими отделами центральной нервной системы; на значение афферентных и эфферентных путей; на спонтанные и экспериментальные признаки состояния вестибулярного анализатора; возможность применения не только надпороговых, но и пороговых раздражений, а также адекватных и неадекватных раздражителей; на происхождение быстрого и медленного компонента нистагма, виды последнего; признаки нистагма, определяемые при нистагмоскопическом и при нистагмографическом исследовании; на признаки, характерные для раздражения ампулярного и статокониевого рецепторов (сенсорные, соматические, вегетативные).

После собеседования студенты, пользуясь консультацией преподавателя, знакомятся с вестибулометрической формулой, с инструментами и аппаратурой для исследования статокINETической функции, а также с таблицами по трактовке механизма статокINETических реакций.

Затем преподаватель демонстрирует на 2–3-х студентах методику различных способов исследования статокINETической функции с заполнением вестибулометрической формулы.

Далее для освоения методик исследования статокINETической функции преподаватель вызывает трех студентов, один из которых проводит исследование второго студента, а третий записывает полученные результаты в вестибулометрическую формулу.

По ходу исследования преподаватель задает вопросы любому студенту группы. После этого два студента исследуют статокINETическую функцию больного из стационара и дают трактовку полученных данных.

По существующему положению исследование начинается с определения спонтанных показателей состояния статокINETического анализатора. При определении состояния равновесия в покое (стояние) и в движении (походка) врач или его помощник обязательно должен быть рядом с исследуемым, чтобы поддерживать его в случае тенденции к падению. Желательно испытать как обычную, так и сенсibilизированную пробу Ромберга. Направление падения или отклонения следует сопоставлять с направлением нистагма. Равновесие в походке с открытыми и закрытыми глазами следует проверить не только по сагиттальной, но и фронтальной плоскости (фланговая походка).

При определении спонтанного нистагма (Nysp) надо наблюдать его свыше 5 сек, чтобы установочный нистагм не принять за спонтанный.

Необходимо определить не только наличие и направление нистагма, но также его плоскость и степень. Преподаватель знакомит студентов с нистагмографом и особенностями, которые уточняются способом нистагмографии (амплитуда, частота). Следует различать лабиринтный нистагм от ретролабиринтного.

Прежде чем приступить к испытанию калорической и вращательной проб, студенты должны иметь четкое представление о механизме возникновения экспериментальных нистагмов (Nus, Nyr) при этих пробах, чтобы дать трактовку полученных результатов. В бригадах каждую из этих проб студенты выполняют друг на друге под пристальным наблюдением преподавателя или его помощника, так как неумелое вращение в кресле или вливание воды в ухо может привести к тяжелым осложнениям. Студенты должны ознакомиться не только с надпороговым, но и пороговым способом вращательной пробы (купулометрия).

Некоторое преимущество имеет калорическая проба, которую следует проводить с применением холодной и в особьх

случаях теплой воды при различном положении головы. При этом лучше применять способы минимальных раздражений (10 мл воды в 27° вливать за 10 секунд) и определять не только длительность нистагма, но и латентный период. Может быть применено и массивное промывание (60 мл воды).

При наличии перфорации барабанной перепонки или у больных хроническим гнойным средним отитом надо проверить еще прессорную пробу (Nyr_g). Сначала применяют щадящий способ путем порывистого надавливания на козелок с таким расчетом, чтобы закрыть козелком слуховой проход и повысить давление как в нем, так и через дефект барабанной перепонки – в среднем ухе. При отрицательном эффекте преподаватель демонстрирует пневматическую пробу баллоном, сначала сгущая воздух в слуховом проходе, а по мере надобности и разряжая.

Полученные при исследовании статокинетического анализатора данные записывают в первую графу вестибулометрической формулы (таблица 3), проставив соответствующую дату.

Таблица 3 – Схема вестибулометрического паспорта

| Пробы | Дата | AD | | | | Тесты | AS | | | |
|------------------|------|-----|-----|------|------|-------|------|------|-----|-----|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | ... | ... | 31/1 | 20/1 | | 20/1 | 31/1 | ... | ... |
| St | | | | | | | | | | |
| M | | | | | | | | | | |
| Ny _{sp} | | | | | | | | | | |
| Ny _c | | | | | | | | | | |
| Ny _r | | | | | | | | | | |
| Ny _{pr} | | | | | | | | | | |
| Ny _g | | | | | | | | | | |

Анализируя данные вестибулометрического паспорта, делают вывод о возбудимости анализатора (повышенная, нормальная, пониженная).

Для решения вопроса о годности к летной или морской службе определяют у обследуемых также отолитовую реакцию (OP)

или, как еще называют ее, «двойной опыт с вращением», так как в этом опыте путем вращения проверяется возбудимость двух рецепторов (ампулярного и статокониевого) и функциональная связь между ними. С учетом полученных соматических и вегетативных реакций дается заключение по четырехбалльной системе (0, I, II, III степени) о годности или негодности обследуемого к несению летной или морской службы либо рекомендуются тренировки для снижения возбудимости вестибулярного анализатора.

Общее задание: «Воспалительные заболевания носа», «Озена», «Искривление перегородки носа», «Аденоиды».

Частные задания: «Ингаляционная терапия заболеваний верхних дыхательных путей», «Вазомоторный ринит», «Рефлекторные расстройства при аденоидах», «Склерозирующая терапия гипертрофического ринита» и пр.

Занятие 7

Тема: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА. ОЗЕНА. ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА. АДЕНОИДЫ

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных с заболеваниями носа и носоглотки. Распознавание их. Определение лечебных мер и применение некоторых из них.

Материал. Таблицы и муляжи по заболеваниям носа и носоглотки. Набор для ольфактометрии; пластинка Глатцеля; тампоны для взятия мазка; носовой электрокаутер с ручкой и трансформатором; шприц емкостью в 5 мл; игла для эндоназальной блокады крылонёбного узла; инсуфлятор: ручной ингалятор, растворы. Рентгенограммы носоглотки. Учебные «Индивидуальные карты амбулаторного больного» (приложение 2). Больные.

Методика. После собеседования преподаватель знакомит студентов со схемой истории болезни и ее заполнения при ЛОР-заболеваниях. Обследование студентами больных при

максимальной помощи преподавателя с распознаванием вида заболевания и зарисовкой риноскопической картины. Назначение больным лечения. Все данные обследования, а также принятые решения (диагноз, лечение, трудоспособность и пр.) записываются в «Индивидуальную карту амбулаторного больного». Некоторые из лечебных мер выполняют студенты. После ухода больных проводится разбор историй болезни. Заключение преподавателя. Задания.

Содержание. При собеседовании преподаватель обращает внимание студентов на необходимость завоевания доверия у пациентов, с которыми им предстоит работать в дальнейшем; на недопустимость травмирования больного словом и действием; на необходимость выявления не только морфологических, но и функциональных нарушений; целесообразность применения дополнительных способов исследования. При собеседовании о заболеваниях носа обращают внимание на признаки острого и хронического ринита; на различные формы хронического ринита; на способы их распознавания и лечения: на другие причины затруднения носового дыхания; на различные группы симптомов при аденоидах (местные, общие, рефлекторные); на значение диспансеризации дошкольников, школьников, рабочих промышленных предприятий и беременных.

После собеседования студенты, пользуясь консультацией преподавателя, знакомятся с ЛОР-инструментами для данного занятия. Затем преподаватель сообщает студентам схему истории болезни, указав, что необходимо придерживаться общего порядка; после заполнения паспортной части узнают у больного его жалобы, т. е. причину обращения больного к врачу, и собирают анамнез болезни и жизни; затем осматривают все ЛОР-органы, начиная с больного органа, и по мере надобности исследуют другие органы и системы организма.

Получив больных, бригады студентов приступают к обследованию их под постоянным наблюдением и с помощью преподавателя или его помощника. При распознавании заболеваний носа необходимо прежде всего знать, что больные, жалующиеся на

насморк, одни имеют в виду обильные выделения из носа, другие – затруднение дыхания, а третьи – то и другое вместе. Поэтому надо точно установить – какой из этих симптомов беспокоит больного. Важно также выяснить сторону поражения, длительность заболевания, динамику, постоянный или прерывистый характер симптомов.

При сборе анамнеза необходимо узнать об аллергических заболеваниях и проявлениях, о заболеваниях дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта. Важно также уточнить профессию больного и условия работы, в особенности, которые могут нередко послужить причиной заболевания.

Исследование при заболеваниях носа начинают с внешнего осмотра и пальпации, так как нередко имеются внешние признаки заболеваний внутреннего носа.

Осмотр внутреннего носа начинают с передней риноскопии, определив при этом окраску и влажность слизистой оболочки, размеры носовых раковин, состояние перегородки носа, ширину носовых ходов, наличие экссудата в них и его характер. Следует визуально сопоставить и определить разницу этих признаков в разных половинах носа.

Для дифференциальной диагностики различных форм ринита иногда следует под наблюдением преподавателя провести «пробу на анемизацию» или же анестезию слизистой оболочки носа. При гнойных ринитах следует с помощью преподавателя взять мазок из носа для цитологического исследования и определения флоры и её чувствительности к антибиотикам. Обязательно следует определить состояние функций носа (дыхательная, обонятельная).

Если диагностирован острый ринит, то надо определить его стадию и выявить осложнения (особенно у детей). Из хронических ринитов чаще наблюдается гипертрофический или атрофический, реже – вазомоторный ринит и очень редко – озена.

При риноскопии нередко удается определить, что причиной затрудненного носового дыхания является искривление

перегородки носа с гребнем или шипом, которые иногда вдавливаются в носовые раковины.

Для уточнения причин затруднения носового дыхания особое значение приобретают данные задней риноскопии. При этом часто отчетливо видны гипертрофированные задние концы нижних носовых раковин, суживающие в различной степени просвет хоан.

В своде носоглотки у детей нередко видна гипертрофированная носоглоточная миндалина, т. е. аденоиды различных размеров (I, II или III степени). У этих детей часто наблюдаются осложнения со стороны среднего уха, придаточных пазух носа и других органов.

Данные передней и задней риноскопии надо зарисовать схематично. Можно пользоваться штампами (см. рисунки 4, 6).

Для уточнения диагноза намечают план дополнительных способов исследования (оптическая эпифарингоскопия, цитология, рентгенография и пр.).

Затем намечают план общего и местного (консервативного и хирургического) лечения, подготавливают рецепты и направления на физиотерапию. Все данные обследования записывают в «Карту амбулаторного больного» со схематической зарисовкой эндоскопической картины. Записывается диагноз, рекомендуемое лечение, выписываются рецепты. Некоторые из консервативных лечебных мер проводятся тут же преподавателем или студентами по разрешению и с максимальной помощью преподавателя (вливание капель в нос, инсуфляция порошков, прижигание слизистой оболочки – химическое и электрическое, инъекции склерозирующих веществ в нижнюю носовую раковину, наложение працевидной повязки, ингаляции, новокаиновая блокада крылонёбного узла и пр.). Больному следует точно объяснить технику назначенных ему лечебных мер, а также сообщить правила высмаркивания и меры профилактики заболеваний носа. Выдаваемые больным рецепты, заключения, направления и другие документы должны быть подписаны преподавателем.

Отпустив всех больных, приступают к разбору историй болезней с общим заключением преподавателя.

При разборе каждой истории болезни со всей группой один из кураторов докладывает о своем больном в обычном порядке (паспортные данные, жалобы, анамнез болезни и жизни, проявления заболевания, диагноз, лечение, прогноз, профилактика), а другие кураторы вносят свои коррективы. Каждый студент группы должен быть готовым ответить на вопросы преподавателя, возникающие по ходу разбора истории болезни.

Общее задание: «Заболевания околоносовых пазух».

Частные задания: «Трепанопункция лобных пазух», «Операции на верхнечелюстной пазухе», «Введение растворов в околоносовые пазухи способом «перемещения».

Занятие 8

Тема: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных с различными формами синуситов. Распознавание их. Определение лечебных мер и применение некоторых из них.

Материал. Таблицы и муляжи по заболеваниям околоносовых пазух. Пробирки для взятия мазков. Набор для пункции верхнечелюстной пазухи; диафаноскоп. Рентгенограммы и томограммы пазух в норме и при заболеваниях. Больные.

Методика. Собеседование. Ознакомление с ЛОР-инструментами. Обследование студентами больных с помощью преподавателя. Распознавание формы синусита. Назначение больным лечения. Все данные и заключение записывают в «Карту амбулаторного больного» с зарисовкой риноскопической картины. Некоторые из лечебных мер выполняют студенты. После ухода больных проводится разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на основные признаки синусита, на важность определения стороны поражения; на значение дополнительных способов исследования (пункция, диафаноскопия, рентгенография и пр.); на различные

формы синусита; на частоту моно- и пансинуситов; на одонтогенные синуситы; на частоту аллергических риносинуситов; на основные принципы хирургического вмешательства.

После собеседования студенты под наблюдением преподавателя знакомятся с инструментами для распознавания и лечения параназальных синуситов.

Получив больных, бригады студентов обследуют их в обычном порядке (жалобы, анамнез, осмотр и пр.) под наблюдением и с помощью преподавателя.

Для облегчения диагноза синусита студентам необходимо помнить, что односторонние симптомы (выделения, затруднение носового дыхания, головная боль и пр.) наиболее четко выражены при хроническом синусите. Важное значение имеет также алергологический анамнез.

Исследование начинают с осмотра лица больного, где находятся доступные осмотру, а также пальпации и перкуссии стенки околоносовых пазух. При передней риноскопии следует особое внимание обратить на область среднего носового хода. Здесь можно увидеть гиперемию, инфильтрацию, отечность слизистой оболочки, полипы, а также экссудат, который часто в виде полоски гноя стекает из среднего носового хода.

Риноскопическая картина должна быть зарисована схематично. Можно пользоваться штампом (см. рисунок 4).

Для выяснения этиологии синусита следует исследовать коренные зубы верхней челюсти. В свою очередь надо помнить о возможных осложнениях на содержимое глазницы и черепно-мозговой полости, а также в других органах (сердце, легкие, желудок и пр.)

При заболеваниях основной и решетчатой пазух ценные данные можно получить при задней риноскопии, при которой можно увидеть гнойный или слизисто-гнойный экссудат в своде хоан. Следует взять мазки гноя для цитологического исследования, а также определения флоры и её чувствительности к антибиотикам.

При обследовании детей следует помнить, что синуситы у них иногда являются осложнением при аденоидах, а в свою

очередь хронический синусит, как и заболевания лимфоидного кольца глотки, иногда осложняется хроническим неспецифическим затяжным бронхитом или пневмонией.

При уточнении диагноза студенты с помощью преподавателя производят диафаноскопию больным, а также рассматривают рентгенограммы (рисунок 17) и томограммы их околоносовых пазух.

Для определения характера поражений пазух иногда необходимо произвести контрастную рентгенографию после введения контрастной массы в пазуху. Нередко приходится дифференцировать синусит от невралгии тройничного нерва. В сомнительных случаях производится диагностическая пункция данной пазухи.

После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план лечебных мероприятий. Из консервативных лечебных мер параназальных синуситов чаще всего назначают сосудосуживающие капли в нос для улучшения дренажа; вводят в пазухи антибиотики способом «перемещения», пункции или электрофореза. Можно применять также инъекции антибиотиков, лечение электрическим полем УВЧ и др. При неэффективности консервативного лечения рекомендуется операция вскрытия пазухи.

После одобрения преподавателем плана лечения студенты записывают в «Карту амбулаторного больного» все данные



Рисунок 17 – Схема рентгенограммы околоносовых пазух

обследования со схематической зарисовкой риноскопической картины, диагноз и рекомендуемое лечение.

Некоторые из лечебных мер применяются тут же с разрешения и при участии преподавателя (вливание капель в нос, смазывание, введение антибиотиков, пункция верхнечелюстной пазухи и пр.). Больному следует объяснить способ применения назначенных ему лечебных и профилактических мер; выдать ему рецепты и направление в физиотерапевтический и другие кабинеты (по мере надобности). Выдаваемые больным документы должны быть подписаны преподавателем.

Отпустив всех больных, приступают к разбору историй болезней с общим заключением преподавателя.

Общее задание: «Воспалительные заболевания глотки».

Частные задания: «Поражение миндалин при общих заболеваниях», «Субфебрилитет», «Токсические психозы при тонзиллитах» и пр.

Занятие 9

Тема: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных с различными формами фарингита, тонзиллита. Распознавание их. Определение лечебных мер и применение некоторых из них.

Материал. Таблицы и муляжи по заболеваниям глотки. Шприц с канюлей для промывания миндалин; длинная игла для эндоназальной новокаиновой блокады, пробирки для взятия мазков; электрокаутер с трансформатором; набор для вскрытия паратонзиллярного и заглоточного абсцессов. Растворы фурацилина, лидокаина, Люголя. Больные.

Методика. Собеседование. Ознакомление с ЛОР-инструментами. Обследование больных студентами при минимальной помощи преподавателя с распознаванием формы фарингита,

тонзиллита и осложнений. Назначение больным лечения. Запись в «Карту амбулаторного больного» с зарисовкой картины зева. Проведение лечебных мер.

Разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на значение социально-бытовых, трудовых факторов в развитии заболеваний глотки и миндалин; на дифференциальную диагностику ангины от острого фарингита, дифтерии и ангины Симановского – Плаута – Венсана; на формы хронического тонзиллита; на трудности, встречаемые при распознавании хронического тонзиллита и его осложнений.

После собеседования студенты под наблюдением преподавателя знакомятся с инструментами и медикаментозными средствами для распознавания и лечения фарингита, тонзиллита.

Получив больных, бригады студентов обследуют их под наблюдением преподавателя. Распознавание заболеваний глотки облегчается, если при жалобах больного на различные неприятные ощущения в горле, будет уточнено состояние нервной системы и желудка. Эти ощущения, характерные для хронических фарингитов, могут быть иногда обусловлены различными гастритами или неврозом.

Многие больные обращаются по поводу хронического тонзиллита. Если на основании жалоб и анамнеза больного можно предположить заболевание хроническим тонзиллитом, следует выяснить длительность заболевания и частоту обострений (ангина), учащение или урежение ангины за последние годы, наличие субфебрилитета в межангинном периоде (хронический сепсис).

В зависимости от фазы хронического тонзиллита Б.С. Преображенский различал: простой, токсико-аллергический и хронический тонзиллит с сопряженными заболеваниями организма.

При жалобах больного на боли в области суставов, сердца и других областей надо выяснить взаимосвязь этих сопряженных заболеваний с ангиной, а также последовательность в возникновении ангины и других заболеваний. Следует также помнить, что

иногда ангина может быть проявлением различных заболеваний крови.

Учитывая, что ангина может осложниться паратонзиллитом, окологлоточной флегмоной, острым тонзиллогенным сепсисом или заболеванием сердца, почек и других органов, надо об этих заболеваниях узнать из анамнеза или выявить их в момент обследования.

При обследовании детей надо помнить, что у них нередко хронический тонзиллит развивается вследствие снижения реактивности организма при глистной инвазии или диатезах.

Исследование при заболеваниях глотки и миндалин начинают с внешнего осмотра и пальпации верхних глубоких лимфоузлов шеи. При определении характера острого воспалительного заболевания глотки следует отличать острый фарингит от катаральной ангины. Важно также дифференцировать ангину от дифтерии, а при подозрении на дифтерию взять мазок для бактериологического исследования. Технику взятия мазка студенты должны хорошо освоить.

При исследовании больных с заболеваниями глотки студенты должны уметь дифференцировать разновидности хронического фарингита (атрофического, гипертрофического), так как часто больные обращаются к оториноларингологу по поводу различных ощущений в глотке, обусловленных этими заболеваниями.

У больных хроническим тонзиллитом при исследовании миндалин следует, кроме выявления глубоких лакун и содержимого, определить окраску передних дужек и сращение их с миндалиной. Кроме исследования глотки, осматривают зубы, язык и остальные ЛОР-органы.

При подозрении на острый паратонзиллит следует помнить, что он почти всегда односторонний. Важно определить стадию процесса (отёчная, инфильтративная, абсцедирующая). Необходимо также знать признаки ангины Симановского – Плаута – Венсана, при которой поражение также одностороннее с реакцией регионарных лимфоузлов. При подозрении на заглоточный абсцесс надо помнить, что он является осложнением острого

ринофарингита и наблюдается у грудных детей. В более старшем возрасте его следует дифференцировать с натёчным гнойником при туберкулезном спондилите и необходимо произвести рентгенографию шейных позвонков. При распознавании заглоточного абсцесса следует пальпировать заднюю стенку глотки пальцем или шпателем. Данные осмотра зева и ротоглотки должны быть зарисованы схематично.

После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план лечебных мероприятий. Из консервативных мер лечения хронического тонзиллита применяются промывания лакун миндалин растворами фурацилина, антибиотиков и других средств, смазывания лакун различными лекарственными веществами. Назначаются также физиотерапевтические меры (УВЧ, УФО, электрофорез). При хроническом тонзиллите и фарингите необходимо, кроме местного лечения, рекомендовать общие мероприятия (десенсибилизация, витамины группы В и С, улучшение условий труда и быта, закаливание организма и т. д.).

Студенты должны ознакомиться с показаниями и противопоказаниями к оперативному лечению при хроническом тонзиллите, паратонзиллярном и заглоточном абсцессах. У детей с глистной инвазией необходимо предварительно провести дегельментизацию, вследствие чего иногда отпадает надобность в удалении миндалин. Студенты должны хорошо знать меры профилактики фарингитов и хронического тонзиллита.

После одобрения преподавателем плана лечения студенты записывают в «Карту амбулаторного больного» все данные обследования, диагноз и рекомендуемое лечение. Некоторые лечебные меры студенты выполняют по разрешению и под наблюдением преподавателя (промывание или смазывание лакун миндалин различными лекарственными веществами и пр.) (рисунок 18).

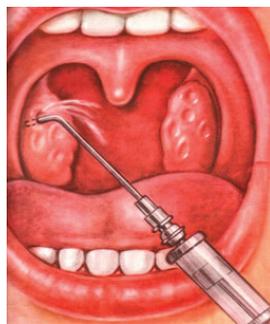


Рисунок 18 – Техника промывания небных миндалин

Затем больному выписываются соответствующие рецепты, заключения, направления с подписью преподавателя. Отпустив всех больных, приступают к разбору историй болезней с подведением итогов в конце занятия.

Общее задание: «Воспалительные заболевания гортани».

Частные задания: «Гормональная терапия ларингитов», «Ингаляционная терапия ларингитов».

Занятие 10

Тема: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных с воспалительными заболеваниями гортани. Распознавание их. Определение лечебных мер и применение некоторых из них.

Материал. Таблицы и муляжи по заболеваниям гортани. Ларингоскоп, стробоскоп, ручной ингалятор, гортанный шприц. Лоток с трахеостомическим набором. Ингаляторий, фониатрический кабинет. Больные.

Методика. Собеседование. Ознакомление с ЛОР-инструментами. Самостоятельное обследование студентами больных с распознаванием формы ларингита и зарисовкой. Назначение больным лечения. Запись в «Карту больного». Проведение лечебных мер.

Разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на ведущий симптом при заболеваниях гортани – охриплость голоса; на возможность стеноза при субхордальном ларингите у детей и необходимость принятия срочных и соответствующих для подобных случаев мер; на дисфагию при гортанной ангине и специфических заболеваниях.

После собеседования студенты знакомятся с инструментами и аппаратами для распознавания и лечения ларингитов. Получив

больных, студенты обследуют их самостоятельно, обращаясь к преподавателю по мере надобности.

При распознавании ларингита сигнальным признаком являются охриплость голоса, длительность и непрерывность этого признака. Необходимо выяснить причины заболевания: общее и местное охлаждение, профессиональная вредность, инфекционное заболевание и т. п., а также роль предрасполагающих моментов (перенапряжение голоса, курение, алкоголь и пр.).

При непрямой ларингоскопии необходимо обращать внимание на локализацию и симметричность признаков заболевания, а также на разницу в подвижности голосовых складок обеих сторон при фонации. Дифференцировать острый ларингит необходимо с рожистым воспалением, туберкулезом и сифилисом (вторичная стадия). Студенты должны тщательно дифференцировать ложный круп от истинного.

При подозрении на хроническое воспалительное заболевание гортани необходимо обратить внимание на возможность возникновения его после острого ларингита, а также на роль предрасполагающих моментов (перенапряжение голосового аппарата, отсутствие носового дыхания, воздействие химических и механических паров, курения и т. д.).

Надо дифференцировать хронический катаральный ларингит от гиперпластического, при котором наблюдается не только гиперплазия всей слизистой оболочки, но и отдельных ее участков (пахидермия, певческие узелки и пр.). Хронические ларингиты также необходимо дифференцировать от туберкулеза и особенно от опухолей гортани. По мере надобности производят больному стробоскопию. Данные ларингоскопии должны быть зарисованы. Можно пользоваться штампом (см. рисунок 11). Для определения характера заболевания гортани у детей до 3–4-летнего возраста часто применяется прямая ларингоскопия.

После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план лечебных мероприятий. В лечении ларингита особое значение имеют голосовой покой и щадящая диета. Широко применяются вливание лекарств (ментоловое масло, растворы

антибиотиков, ферментов и пр.) в гортань и различные ингаляции.

При резко выраженной форме острого ларингита в зависимости от профессиональных условий выписывают больному листок нетрудоспособности.

При остром ларингите у детей с выраженными явлениями ложного крупа рекомендуется госпитализация, так как при неэффективности консервативных мер (отвлекающие процедуры, щелочные ингаляции, отхаркивающие и гормональные препараты) может возникнуть необходимость применения интубации или трахеостомии.

После одобрения преподавателем плана лечения студенты записывают в «Карту больного» все данные обследования со схематической зарисовкой ларингоскопической картины, диагноз и рекомендуемое лечение.

Некоторые лечебные меры (вливание лекарственных веществ в гортань, смазывание слизистой оболочки гортани и пр.) выполняют студенты по разрешению и под наблюдением преподавателя.

Затем больному выписываются соответствующие рецепты, заключения и направления. Все выдаваемые документы должны быть подписаны преподавателем. При назначении лечения хронических ларингитов следует обратить особое внимание на устранение предрасполагающих моментов и профессиональных вредностей.

Общее задание: «Острые и хронические воспалительные заболевания среднего уха».

Частные задания: «Аллергические средние отиты», «Хирургические методы лечения хронического эпитимпанита» и др.

Занятие 11

Тема: ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УХА

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных с острым и хроническим воспалением среднего уха и их распознавание. Определение лечебных мер и применение некоторых из них.

Материал. Таблицы и муляжи среднего уха и барабанной перепонки при средних отитах, муляжи или костные препараты с выполненной антротомией, радикальной операцией среднего уха и тимпанопластикой, аттиковый зонд Воячека; увеличительное стекло в 9D; баллон Политцера с оливой; секундомер; набор камертонов, аттиковая игла со шприцем емкостью в 5 мл, шприц Жанне емкостью в 100–150 мл; ушной пинцет; игла парацентезная; полипная ушная петля; ушной гранулотом; порошокдуватель. Печатные наставления по лечению острого среднего отита; таблица акуметрической формулы; бланки аудиограмм. Рентгенограммы и томограммы височных костей в норме и при средних отитах. Раствор фурацилина. Больные.

Методика. Собеседование. Ознакомление с ЛОР-инструментами. Самостоятельное обследование студентами больных с распознаванием формы воспаления среднего уха. Назначение лечения. Запись в «Карту больного». Проведение лечебных мер. Разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают особое внимание на значение жалоб и анамнеза при средних отитах; на важность определения начала и динамики процесса; на связь с общими заболеваниями, а также с процессами в носу и глотке; на стадии острого среднего отита; на формы хронического гнойного среднего отита; на значение обострения хронического эпитимпанита; на применение специальных дополнительных способов

исследования; на важность своевременного и грамотного применения лечебных мер.

После собеседования студенты знакомятся с ЛОР-инструментами для распознавания формы среднего отита и лечения их. Получив больных, студенты самостоятельно обследуют их, обращаясь к преподавателю по мере надобности.

При распознавании среднего отита важно уточнить, что беспокоит больного больше всего (боль, выделения, тугоухость), выяснить давность заболевания, непрерывность или периодичность выделений, наличие головокружений, предшествующие заболевания верхних дыхательных путей и детские инфекционные болезни.

Приступая к исследованию ЛОР-органов, имеющему решающее значение в постановке диагноза и назначении лечения, необходимо начать с осмотра здорового уха для сопоставления с пораженным, затем осматривают больное ухо и остальные ЛОР-органы.

Перед отоскопией следует обратить внимание на выраженность наружных признаков острого отита: болезненность при надавливании на козелок у грудных детей, изменения и боль в области сосцевидного отростка. Необходимо также очистить наружный слуховой проход от серы и экссудата, если они имеются. Во многих случаях целесообразно провести промывание уха с помощью шприца Жанне. При этом важно уточнить характер экссудата.

При отоскопии надо выявить изменения кожи слухового прохода, определить цвет и состояние барабанной перепонки, выраженность опознавательных признаков, наличие, величину, форму и расположение перфорации, состояние слизистой оболочки медиальной стенки барабанной полости и остатков барабанной перепонки, наличие пульсирующего рефлекса. При остром среднем отите по этим данным может быть определена его стадия.

При хроническом гнойном воспалении среднего уха необходимо уточнить форму отита (мезо-, эпитимпанит), главным образом по расположению перфорации барабанной перепонки.

Уточнению диагноза способствуют зондирование и промывание надбарабанного пространства. Неоценимую помощь при отоскопии оказывает увеличительное стекло (отоскоп), осматривая через которое можно более точно распознать изменения в ухе, особенно при перфорации в расслабленной части барабанной перепонки. Студентам необходимо также определить характер экссудата по консистенции, цвету. Данные отоскопии должны быть зарисованы, можно пользоваться штампом (см. рисунок 15). Заключительным этапом обследования уха больного должно быть исследование слуховой и статокINETической функций, а также функций слуховых труб (дренажная, вентиляционная).

После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план лечебных мероприятий. При лечении острого воспаления среднего уха применяются местные и общие меры. Следует учитывать стадию заболевания.

При наличии показаний к лечению антибиотиками необходимо взять мазок экссудата из уха (при перфоративном отите) или из носа для определения чувствительности флоры к антибиотикам экспресс-методом, чтобы ускорить переход к адекватной антибиотикотерапии. Из местных лечебных мер имеет важное значение не только промывание уха и введение различных лекарств в ухо, но и одновременное медикаментозное воздействие на слизистую оболочку носа и носоглотки.

При назначении тепловых процедур на ухо следует сообщить больному, что воздействие должно быть направлено главным образом на сосцевидную область при отвернутой ушной раковине. Студенты должны быть знакомы с показаниями к парацентезу и техникой его проведения.

Следует помнить, что часто наблюдается аллергический средний отит. В подобных случаях целесообразно вливать в ухо и нагнетать вглубь дексаметазон.

При лечении хронического гнойного отита и острого среднего применяют не только местное лечение, но и назначают общеукрепляющие, а также десенсибилизирующие организм меры. Для санации верхних дыхательных путей нередко проводится

хирургическое лечение. При наличии в ухе полипа или грануляций преподаватель демонстрирует их удаление студентам. Если назначается вливание капель в ухо, то больным рекомендуется «пневмомассаж козелком», чтобы провести глубже в среднее ухо лекарственное вещество. Попадание последнего в глотку свидетельствует о хорошей дренажной функции слуховой трубы. Вдувание порошков в ухо рекомендуется в малых количествах и после соответствующей подготовки. Студенты должны быть знакомы с правильной тактикой при курации больных с обострением хронического гнойного среднего отита (подозрение на внутричерепное осложнение, госпитализация и пр.).

При назначении больным оперативного вмешательства по поводу хронического воспаления среднего уха следует точно определить показания и противопоказания к радикальной операции среднего уха и к тимпанопластике.

После одобрения преподавателем плана лечения студенты записывают в «Карту больного» все данные обследования со схематической зарисовкой отоскопической картины, диагноз и рекомендуемое лечение.

Некоторые лечебные меры (очистка уха сухим или влажным способом, вливание капель в ухо с пневмомассажем козелком, смазывание стенок слухового прохода мазями, инсуфляция порошков, наложение повязок и пр.) студенты выполняют по решению и под наблюдением преподавателя (рисунки 19 и 20).

Затем больному выписываются соответствующие рецепты, заключения, направления, а при определенных показаниях – листок нетрудоспособности. Все выдаваемые документы должны быть подписаны преподавателем.

Для воздействия на носоглоточное устье слуховой трубы назначают капли в нос. Перед вливанием лекарства следует лечь на спину, положить подушку под плечи (чтобы голова была несколько закинута назад), затем влить лекарство сначала в правую ноздрю и лечь головой на то же ухо. Через 5 минут опять закинуть голову назад и также влить лекарство в другую половину



Рисунок 19 – Ушная уздечковая повязка



Рисунок 20 – Ушная неаполитанская повязка

носа. Для лечения уха необходимо 4–5 раз в день вливать данное лекарство по 3–4 капли в каждую ноздрю.

Общее задание: «Инородные тела ЛОР-органов».

Частные задания: «Клинико-рентгенологические данные различных видов закупорки бронхов», «Осложнения при инородных телах пищевода, шейная медиастинотомия» и пр.

Занятие 12

Тема: ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР-ОРГАНОВ

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных при попадании инородных тел в ухо, нос, гортань, трахею, глотку и пищевод. Распознавание их. Оказание помощи больным.

Материал. Таблицы сагиттального разреза головы с шей и фронтального разреза уха. Бронхоэзофагоскопический набор; ларингоскоп; электроотсасыватель; трахеостомический набор; шприц Жанне емкостью в 100–150 мл; носовые и гортанные

зеркала; щипцы, ушной набор Гартмана. Коллекция инородных тел уха, носа, трахеи, бронхов, глотки и пищевода. Рентгенограммы.

Методика. Собеседование. Ознакомление с ЛОР-инструментами и аппаратами, с коллекцией инородных тел. Самостоятельное обследование больных студентами с обращением к преподавателю по мере надобности. Распознавание наличия, локализации и характера инородного тела, а также последствий его пребывания. Определение плана оказания помощи. Запись в карту больного. Проведение мер помощи больным.

Разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают особое внимание на условия и причины попадания инородных тел в ЛОР-органы; на важность тщательного сбора анамнеза; на разнообразие клинических проявлений пребывания инородных тел в дыхательных путях и пищеводе в зависимости от величины инородного тела, его характера и срока пребывания, возраста больного; на опасность возможных осложнений; важность широкого применения рентгеноскопии и рентгенографии; на основные принципы оказания помощи больным и методику удаления инородных тел; на виды обезболивания и других лекарственных воздействий. Затем, по заданию преподавателя и по мере надобности с его помощью, студенты выбирают с инструментального стола тот комплект, который необходим для удаления инородных тел различной локализации. Таким образом, студенты знакомятся с инструментами для обследования и оказания помощи больным с инородными телами ЛОР-органов.

Получив соответствующих больных, студенты обследуют их с помощью преподавателя. Для распознавания инородного тела носа имеет значение тщательная риноскопия, а также осторожное зондирование после анестезии и анемизации. Иногда целесообразно произвести рентгенографию носа и придаточных пазух в двух проекциях.

Распознавание инородных тел гортани, трахеи и, особенно, бронхов представляет более трудную задачу. Важно знать клинические симптомы в момент аспирации инородного тела в гортань

и последующего его пребывания на различном уровне дыхательных путей. Следует определить степень стеноза гортани, симптом баллотирования инородного тела в трахее, аускультативно-перкуторные и рентгенологические признаки различного вида закупорки бронха инородными телами (частичная, полная, вентильная).

При задержке инородных тел в глотке и пищеводе многие больные жалуются на боль с более или менее точной локализацией. Важно помнить, что эта боль нередко обусловлена травмой, нанесенной транзитным инородным телом. Однако прийти к такому выводу можно только после самого тщательного поиска инородного тела с применением фарингоскопии, пальпации и рентгеноскопии.

При распознавании инородного тела пищевода следует уточнить наличие осложнений (эзофагит, периззофагит, прободение), которые иногда наступают сравнительно быстро.

Инородные тела наружного слухового прохода легко распознаются при отоскопии.

После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план оказания помощи. При выборе способа следует учесть состояние и возраст пострадавшего, а также оснащение данного стационара и применяемые здесь способы для извлечения инородных тел.

Соответственно избранному способу извлечения инородного тела следует провести подготовку пострадавшего. Затем преподаватель приступает к реализации намеченного плана помощи при активном участии студентов.

Удаление инородного тела из слухового прохода производится студентом лишь при условии, если он знаком с различными способами, применяемыми в зависимости от характера, формы, величины инородного тела (живые, округлые, плоские).

При удалении инородных тел из носа студентам следует помнить об опасности попадания инородных тел в нижележащие отделы дыхательных путей при неумелом извлечении.

Большинство больных с инородными телами гортани, трахеи, бронхов и пищевода нуждаются в госпитализации.

При удалении инородных тел из гортани подростков и взрослых применяется непрямая ларингоскопия, а в более младшем возрасте – прямая ларингоскопия.

При удалении инородных тел из трахеи и бронхов лучше всего пользоваться прямой ларингоскопией и верхней трахеобронхоскопией (рисунок 21), хотя иногда приходится применять трахеостомию с нижней бронхоскопией.

Прямую ларингоскопию, как и верхнюю бронхоскопию, желательно производить больному натощак. Эти виды эндоскопии следует производить в операционной, а предварительно надо проверить, чтобы все было наготове для выполнения срочной трахеостомии. При планировании верхней бронхоскопии детям дошкольного возраста надо учитывать возможность применения мер для предотвращения травматического отека слизистой оболочки стенок подголосовой полости (подбор трубок, премедикация, опыт врача, а после удаления инородного тела назначение ножных ванн, ингаляций, стероидных гормонов).

Если же решено произвести трахеостомию, то особое значение приобретает получение согласия пострадавшего или его родителей (родственников) на эту операцию.



Рисунок 21 – Техника верхней бронхоскопии

Студенты должны очень хорошо знать меры подготовки к операции, виды трахеостомии и показания к ним, правила обезболивания, технику всех моментов операции, обязанности ассистента при операции, а также возможные ошибки и осложнения.

Удаление инородного тела из глотки должно быть произведено под тщательным зрительным контролем без травмы ее слизистой оболочки.

Для удаления инородных тел из пищевода лучше всего применять эзофагоскопию, которая очень редко производится без предварительной рентгеноскопии. Детям дошкольного возраста целесообразнее применять прямую ларингоскопию при расположении инородного тела в верхнем отделе пищевода.

После одобрения преподавателем плана оказания помощи студенты записывают в «Карту больного» все данные обследования со схематической зарисовкой эндоскопической картины, диагноза и рекомендуемых мер помощи больному.

Затем преподаватель приступает к реализации помощи с активным участием студентов. Некоторые манипуляции могут быть оказаны студентами (удаление инородных тел из слухового прохода, миндалин, зева). Трахеобронхоскопия и эзофагоскопия производятся преподавателем. При этом преподаватель демонстрирует некоторым студентам эндоскопическую картину. При трахеостомии два студента должны ассистировать хирургу.

В случае надобности больному выдается заключение за подписью преподавателя.

Общее задание: «Травматические повреждения ЛОР-органов», «Носовое кровотечение».

Частные задания: «Проникающие повреждения глотки и гортани», «Восстановление просвета гортани при рубцовых стенозах».

Занятие 13

Тема: ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ. НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных с травмами ЛОР-органов, а также при носовом кровотечении. Распознавание их. Оказание помощи больным.

Материал. Таблицы и муляжи передней и задней тампонады носа, фотографии травм ЛОР-органов. Элеватор; катетер Нелатона; пневмотампон; набор для передней и задней тампонады; стерильный перевязочный материал; шприц емкостью в 5 мл. Растворы адреналина, новокаина, палочка Ляписса. Больные.

Методика. Собеседование. Ознакомление с ЛОР-инструментами. Самостоятельное обследование студентами всех больных с травмами ЛОР-органов. Определение места, характера и объема повреждения, а также плана помощи. Запись в «Карту больного». Оказание помощи больным.

Разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на необходимость применения щадящих способов исследования поврежденного органа, а также принципа щадяще-реконструктивной обработки травматических ран ЛОР-органов с восстановлением их формы и функции.

После собеседования студенты знакомятся с ЛОР-инструментами, материалом и лекарствами для исследования и оказания помощи больным с травмами ЛОР-органов и носовым кровотечением.

Получив больных с травмами ЛОР-органов, студенты обследуют их с помощью преподавателя. При обследовании необходимо обратить внимание на обстоятельства, при которых нанесена травма (бытовая, спортивная, профессиональная). Чаще всего наблюдаются травмы носа, наружного уха и околоносовых пазух, реже травмы среднего уха, гортани и очень редко – внутреннего уха, глотки, шейного отдела трахеи и пищевода.

Исследование поврежденного ЛОР-органа следует проводить настолько осторожно, чтобы не нанести дополнительных повреждений. При наружном осмотре и пальпации уточняют локализацию и характер травмы. При эндоскопии важно определить анатомическое состояние поврежденных и смещенных частей органа. Зондирование свежих ран производится по исключительным показаниям и с большой осторожностью. После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план оказания помощи.

Оказывая помощь при открытой ране, прежде всего надо ввести противостолбнячную сыворотку, если она еще не введена на первом этапе оказания помощи.

Что касается особенностей оказания помощи при травмах различных ЛОР-органов, то при травмах наружного носа, наряду с остановкой носового кровотечения, следует выяснить состояние костного скелета. В случае перелома с деформацией носа необходимо придерживаться тактики раннего вправления отломков костей наружным воздействием (рисунок 22) либо с помощью элеватора после местного обезболивания. Надо применить наиболее приемлемый вид укрепления отломков и повязки.

При частичном или полном отрыве различных участков наружного носа их надо пришить к месту после тщательной обработки.



Рисунок 22 – Вправление костей носа при свежих переломах

При носовом кровотечении любого происхождения прежде всего надо уложить больного в оптимальное, полусидячее, положение. Многие из больных поступают с тампонирующим носом, но так как часто тампонада неполноценная, то кровь просачивается наружу. Для определения места кровотечения и принятия эффективных мер тампоны надо удалить. При этом необходимо постепенно анестезировать доступные воздействию участки слизистой оболочки носа, так как создаются лучшие условия для обследования носа и применения лечебных мер: анестезия, прижигание, инъекции лекарственных растворов под слизистую, если нос не тампонирован на предыдущем этапе помощи, то ватный шарик, смоченный кровоостанавливающим средством должен быть прежде всего введен в соответствующую ноздрю и прижат к кровоточащему участку слизистой оболочки носа. Чаще всего таковым оказывается «кровооточивая зона перегородки носа».

После остановки кровотечения надо принять меры предупреждения рецидивов. Для рационального выбора необходимо провести тщательное обследование больного (измерение артериального давления, определение свертываемости крови, количества тромбоцитов и пр.) с целью определения заболевания, проявлением которого явилось носовое кровотечение у данного больного. Дальнейшее лечение больного планируется соответственно выявленному заболеванию.

При травмах полости носа, кроме остановки носового кровотечения, наиболее рекомендуемой мерой сохранения просвета носа после обработки раны является введение дренажных трубок по дну носа до носоглотки.

При травмах ушной раковины наиболее сложной является борьба с отогематомой. Должны быть учтены также меры по предупреждению развития перихондрита, что может привести к деформациям ушной раковины. Следует помнить, что пришитые свежееоторванные части ушной раковины, как и наружного носа, хорошо приживаются, если тщательно применены меры антисептики и асептики.

При травмах наружного слухового прохода надо по возможности определить целостность барабанной перепонки. При наличии или предположении ее перфорации введенные в ухо жидкости (промывание, вливание капель) могут вызвать осложнения. Из антисептиков для смазывания поврежденных участков кожи наилучшим является спиртовой раствор бриллиантовой зелени. Для сохранения просвета слухового прохода рекомендуется введение турунд с мазью (стрептоцидовой, оксикорт и др.) до барабанной перепонки.

После одобрения преподавателем плана оказания помощи студенты записывают в «Карту амбулаторного больного» все данные обследования, диагноз и планируемые меры помощи. Некоторые из них (обработка раны, наложение швов на кожу, анестезия, вправление костей носа, тампонада и пр.) студенты выполняют по разрешению и под наблюдением преподавателя в перевязочном кабинете. В случае надобности больному выдается заключение за подписью преподавателя.

Курирование больных с повреждениями придаточных пазух и среднего уха, а тем более внутреннего уха, глотки, гортани, трахеи и пищевода, проводится в стационаре с помощью преподавателя или палатного врача.

Общее задание: «Опухоли ЛОР-органов».

Частные задания: «Классификация опухолей гортани», «Лучевая терапия опухолей», «Операции на гортани при злокачественных опухолях».

Занятие 14

Тема: ОПУХОЛИ ЛОР-ОРГАНОВ

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных с различными опухолями ЛОР-органов. Распознавание их. Определение лечебных мер и применение некоторых из них.

Материал. Таблицы и муляжи опухолей ЛОР-органов и хирургических вмешательств при них. Рентгенограммы и томограммы опухолей ЛОР-органов. Больные как до, так и после операций.

Методика. Собеседование. Ознакомление с ЛОР-инструментами. Самостоятельное обследование студентами больных с распознаванием вида опухоли. Назначение лечения. Запись в «Карту больного». Проведение лечебных мер. Разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на более частые виды доброкачественных и злокачественных опухолей ЛОР-органов; на заболевания, трактующиеся как прекарциноматоз; на ранние признаки (кровь или сукровичные выделения из одной половины носа, чувство заложенности в одном ухе, охриплость голоса); на изменения в регионарных лимфатических узлах; на внешний вид опухолей при эндоскопии (поверхность, цвет); на динамику роста; стадийность злокачественных опухолей; на дифференциальную диагностику; дополнительные способы исследования; на современные методы лечения (лучевой, химический, хирургический, комбинированный). После собеседования студенты знакомятся с инструментами для биопсии.

Получив больных, студенты обследуют их самостоятельно. Для диагноза опухоли ЛОР-органов важно уточнить длительность боли, имеются ли затруднение дыхания, кровянистые или зловонные выделения.

Исследование начинают с внешнего осмотра (деформации, изъязвления, свищи), пальпации регионарных лимфатических узлов. При внутреннем осмотре надо точно определить локализацию опухоли и её основания, величину, распространение на соседние участки органа, поверхность опухоли (гладкая, бугристая, изъязвленная) и ее кровоточивость. Надо определить степень сужения просвета носа и особенно гортани наличием опухоли. Важно определить также подвижность опухоли, пораженного участка или органа. Надо выявлять метастазы.

Для доброкачественных опухолей ЛОР-органов характерны медленный рост, отсутствие метастазов, ограниченность от

окружающих тканей. Они обычно не кровоточат, за исключением ангиомы, и имеют гладкую поверхность.

При опухолях носоглотки жалобы вначале могут отсутствовать или же больные жалуются на одностороннюю тугоухость. Необходимо произвести в подобных случаях тщательную заднюю риноскопию, так как иногда односторонняя проводниковая «беспричинная» тугоухость бывает обусловлена наличием опухоли носоглотки. Нередко эти больные обращаются к врачу лишь при появлении метастазов в лимфоузлы шеи.

Фиброма носоглотки по гистологическому строению относится к доброкачественным опухолям, однако по клиническому течению она имеет злокачественный характер вследствие экспансивного роста с компрессией и разрушением окружающих костных тканей, рецидивов после операции, а также повторных кровотечений, вызывающих резкое малокровие и ослабление больного.

В полости носа иногда встречается кровоточащий полип перегородки носа, относящийся к доброкачественным опухолям. Наблюдаются также аденомы и ангиомы. Чаще же наличие в полости носа кровоточащих разрастаний наиболее характерно для злокачественной опухоли. В подобных случаях показана биопсия с целью гистологического подтверждения диагноза.

Кроме того, при злокачественных опухолях носа и околоносовых пазух следует получить рентгенограмму больного органа, на которой очень часто видны выраженные деструктивные участки костного скелета.

При опухолях ротового и гортанного отделов глотки больные часто жалуются на трудность прохождения плотной пищи при глотании. Поэтому такого больного следует направить для проведения контрольного рентгенологического исследования глотки, а по мере надобности произвести диагностическую гипофарингоскопию.

В гортани встречаются преимущественно доброкачественные опухоли (фиброма, ангиома, папиллома), но папилломы чаще встречаются у детей и рецидивируют. Основным симптомом всякой опухоли гортани является охриплость голоса. Другие

симптомы зависят от локализации опухоли. Так, при раке преддверного отдела гортани наблюдается чувство неловкости при глотании, наблюдается также раннее метастазирование в глубокие лимфоузлы шеи. При поражении раковой опухолью истинных голосовых складок, кроме фонаторных расстройств, очень часто выявляется ограничение подвижности данной голосовой складки.

Злокачественные образования среднего уха могут напоминать обычный гнойный отит с гноетечением и грануляциями. Зловонный гной, кровоточивость и быстрый рост грануляций после их удаления позволяют предположить наличие опухоли. Диагноз может быть подтвержден при гистологическом исследовании, а также рентгено- и томографией.

Во время осмотра студенты производят схематические зарисовки эндоскопической картины. После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план лечебных мероприятий.

Некоторые из доброкачественных опухолей могут удалены сразу или на следующий день. Все удаленные новообразования обязательно посылают в гистологическую лабораторию для микроскопического исследования. Если предполагается наличие злокачественной опухоли, необходимо произвести биопсию. При подтверждении диагноза может быть применен хирургический, лучевой или комбинированный способ лечения.

После одобрения преподавателем плана лечения студенты записывают в «Карту больного» все данные обследования со схематической зарисовкой эндоскопической картины, диагноз и рекомендуемое лечение.

При производстве биопсии или удаления доброкачественной опухоли студенты привлекаются к активному участию (анестезия, биопсия из носа и пр.).

В случае надобности больному выдают заключение с подписью преподавателя.

Общее задание: «Лабиринтиты. Болезнь Меньера».

Частные задания: «Электроэнцефалография при болезни Меньера», «Хирургические вмешательства при болезни Меньера» и пр.

Занятие 15

Тема: ЛАБИРИНТИТЫ И БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА

Цель занятия. Освоение студентами обследования больных с лабиринтитом и болезнью Меньера. Распознавание их. Определение лечебных мер и применение некоторых из них.

Материал. Таблицы и муляжи внутреннего и среднего уха. Таблицы акустической и вестибулометрической формул; аудиограммы; нистагмограммы. Камертоны, отокалориметр, водяной термометр, шприц Жанне емкостью в 100–150 мл, кресло Барани, баллон Политцера, секундомер. Рентгенограммы и томограммы височной кости в различных укладках. Больные.

Методика. Собеседование. Самостоятельное обследование студентами больных с различными видами лабиринтита и болезнью Меньера. Распознавание. Запись в «Карту больного». Проведение некоторых лечебных мер.

Разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на существование воспалительных и невоспалительных заболеваний ушного лабиринта; на деление лабиринтитов на тимпаногенные, менингогенные и гематогенные, серозные и гнойные, разлитые и ограниченные; на различные пути перехода воспалительного процесса в лабиринт; на необходимость разграничения симптомов раздражения, симптомов угнетения функции вестибулярного и слухового анализаторов; применение способов консервативного и хирургического лечения лабиринтитов и болезни Меньера.

При распознавании лабиринтитов важно выявить этиологию и патогенез заболевания, хотя это не всегда удается. При подозрении на тимпаногенный лабиринтит надо определить характер заболевания среднего уха.

При исследовании функций внутреннего уха необходимо выявить субъективные и объективные симптомы заболевания, как со стороны вестибулярного анализатора (нарушение равновесия, спонтанный нистагм, вегетативные реакции, степень проявления

вестибулярных реакций при калорической, вращательной и фистульной пробах), так и со стороны слухового анализатора (опыт Вебера, Ринне, восприятие речи). При применении экспериментальных вестибулярных проб (калорическая, вращательная) следует учитывать степень выраженности спонтанных статокINETических расстройств во избежание чрезмерной вестибуловегетативной реакции.

При дифференциальной диагностике болезни Меньера с другими заболеваниями, имеющими сходные симптомы, следует учитывать такие особенности клинической картины болезни Меньера, как: внезапное начало заболевания, приступообразность, стереотипность приступов, усиление ощущения субъективного шума в ушах и понижения слуха от приступа к приступу, фазность заболевания. Необходимо учитывать и также значение таких провоцирующих моментов, как переутомление, обильная пища, употребление алкоголя, перенесенный грипп и другие инфекционные болезни.

После согласования диагноза с преподавателем студенты составляют план лечебных мероприятий. При тимпаногенных лабиринтитах лечение целесообразно начинать с операции на среднем ухе; при болезни Меньера важное значение имеют покой и консервативное лечение, а в период выздоровления – лечебная гимнастика. Хирургическое лечение применяют лишь при абсолютной безуспешности консервативной терапии.

После одобрения преподавателем плана лечения студенты записывают в «Карту больного» все данные обследования.

Такой способ лечения, как эндоназальная новокаиновая блокада крылонёбного узла, может быть выполнен студентом под наблюдением преподавателя.

В случае надобности больному выдают заключение за подписью преподавателя.

Общее задание: «Кохлеарный неврит», «Отосклероз», «Тимпаносклероз».

Частные задания: «Стапедопластика», «Различная терминология отосклероза, тимпаносклероза и кохлеарного неврита»,

«Значение ультразвукового обследования в дифференциальной диагностике тугоухости».

Занятие 16

Тема: ОТОСКЛЕРОЗ, ТИМПАНОСКЛЕРОЗ И КОХЛЕАРНЫЙ НЕВРИТ

Цель занятия. Освоение студентами клинического обследования больных отосклерозом, тимпаносклерозом и кохлеарным невритом. Распознавание их. Определение лечебных мер и выполнение некоторых из них.

Материал. Таблицы и муляжи среднего и внутреннего уха. Таблицы акуметрической и вестибулометрической формул, бланки аудиограмм, ушной катетер, секундомер, камертоны, ушные трещотки, ушные манометры, баллон Политцера с оливой, пневматическая воронка. Рентгенограммы височных костей при тимпаносклерозе. Аудиометрический кабинет.

Методика. Собеседование. Самостоятельное обследование больных с распознаванием вида прогрессирующей тугоухости. Назначение лечения. Запись в «Карту больного». Проведение лечебных мероприятий. Разбор историй болезней. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на другие распространенные наименования отосклероза, тимпаносклероза и кохлеарного неврита; на характерные, общие для этих заболеваний особенности тугоухости; на необходимость тщательного сбора анамнестических данных и выявление состояния верхних границ, этиологии и патогенеза, а также дифференциальность, имеющих важное значение в определении диагностики прогрессирующей тугоухости; на необходимость применения различных способов исследования слуха для определения характера тугоухости (проводниковая, рецепторная); на основные признаки дифференциальной диагностики нарастающей тугоухости; на новые эффективные способы лечения.

Для распознавания вида заболевания уха при прогрессирующей тугоухости следует учесть, что развитию тимпаносклероза почти всегда предшествуют заболевания верхних дыхательных путей или воспаление среднего уха; отосклероза – психические или обменные нарушения, а у женщин также беременность, роды или климактерический период; кохлеарного неврита – различные инфекционные или сосудистые заболевания, интоксикация или травмы, а также обменные нарушения. Для патогенетической терапии важное значение имеет выявление перечисленных факторов, однако далеко не всегда это удается. При опросе больного следует также узнать о наличии «парадоксального слуха».

При исследовании ЛОР-органов следует определить морфологические изменения барабанной перепонки, состояние верхних дыхательных путей, а также наружного слухового прохода (ширина, количество серы, чувствительность кожи). Необходимо определить функциональное состояние слуховой трубы, пользуясь ушными манометрами Воячека или Герасимова. При исследовании слуха с целью определения характера тугоухости особое значение приобретают камертональный и аудиометрические способы. При камертональном исследовании следует провести также пробы Желле и Ринне. Аудиометрическое исследование студенты проводят с помощью врача аудиометрического кабинета, пользуясь не только тональным, но и речевым аудиометром, определяя при этом уровень слуха как при 100-, так и при 50-процентной разборчивости. По мере надобности проводятся пробы надпороговой аудиометрии.

Полученные результаты исследования слуха записывают в аудиометрическую карту.

Дифференциальный диагноз проводится на основании данных анамнеза и выявленных морфологических и функциональных изменений.

После подтверждения преподавателем намечают лечебные мероприятия.

Для лечения тимпаносклероза прежде всего важно ликвидировать заболевания верхних дыхательных путей и восстановить

функции слуховой трубы. Затем применяют консервативные меры лечения тимпаносклероза (пневматический массаж иногда с применением фермента трипсина, диатермия, мирингопластика и пр.), а при отсутствии эффекта производят операцию тимпанотомии.

Восстановление слуха у больных отосклерозом достигается хирургическим вмешательством – различными видами стапедопластики.

Для лечения кохлеарных невритов применяется главным образом консервативное лечение (лекарственное, тканевое). Лишь изредка применяется пересечение барабанной струны или сплетения в борьбе с субъективным ушным шумом.

После одобрения преподавателем плана лечения студенты записывают в «Карту больного» все данные обследования и рекомендуемое лечение. Некоторые лечебные меры (продувание, пневмомассаж) могут быть выполнены студентами (первый сеанс). Затем выдают больным заключение за подписью преподавателя.

Общее задание: «Работа в перевязочной с больными после трахеостомии, тонзиллэктомии, септопластики, вскрытия среднего уха, вскрытия придаточных пазух носа».

Частные задания: «Применение стационарных носопищеводных трубок», «Виды повязок на область уха».

Занятие 17

Тема: РАБОТА СТУДЕНТОВ В ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ

Цель занятия. Ознакомление студентов с организацией работы в перевязочной. Наблюдение и перевязка ЛОР-больных в послеоперационном периоде. Освоение различных методик введения лекарственных веществ в ЛОР-органы. Наложение различных повязок.

Материал. Перевязочные инструменты. Больные с различными сроками послеоперационного периода.

Методика. Собеседование. Ознакомление с работой в перевязочной. Самостоятельное обследование студентами больных после операций и выполнение некоторых лечебных процедур и перевязок.

Итоговое собеседование. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на щадящее отношение к психике больных, а также к операционным ранам; на различные способы лекарственного воздействия на послеоперационную рану (смазывание, туширование, инстиляция, инсуфляция, ингаляция); различные виды повязок; на методику введения стационарных носопищеводных трубок.

После собеседования преподаватель ведет группу в перевязочную, где он знакомит студентов с порядком работы. Затем вызывают по 2–4 больных для каждой бригады. При осмотре больных в ближайшие дни после тонзиллэктомии следует обратить внимание на реактивные изменения: отек, геморрагии или инфильтрацию небных дужек и язычка, фиброзные налеты миндалинковых ниш. Инсуфляция препаратов в миндалинковые ниши демонстрируется сначала преподавателем, а затем выполняется каждым студентом. Студенты осматривают больных, которым вскрыт паратонзиллярный или заглоточный абсцесс.

Студенты осматривают больных, перенесших операцию «Полипотомия носа», произведенных без тампонады. При необходимости этим больным вводят лекарственные вещества посредством пульверизации, инсуфляции или смазывания. Студенты под руководством преподавателя извлекают тампоны из носа у больных, которым накануне произведена подслизистая резекция перегородки носа, осваивают наложение пращевидной повязки.

Больным, которым вскрыта верхнечелюстная пазуха, студенты промывают полость с помощью катетера под наблюдением преподавателя. При помощи преподавателя могут произвести антроскопию.

Работая в перевязочной, студенты осматривают больных с гнойными заболеваниями среднего уха, получающих консервативное лечение. Преподаватель сначала демонстрирует, а затем предлагает студентам выполнить такие лечебные процедуры, как введение лекарственных веществ под давлением в барабанную полость, околоушную новокаиновую блокаду, промывание аттика, продувание ушей по Политцеру и др.

Студенты производят отоскопию больным, подвергшимся операции по поводу хронического гнойного эпитимпанита (радикальная операция среднего уха, тимпаноластика), тимпаносклероза (тимпанотомия с мобилизацией цепи слуховых косточек), отоспонгиоза (стапедопластика). Преподаватель поясняет принципы послеоперационного ведения. Если еще не удалены швы, то студенты снимают их. Необходимо также освоить наложение компресса и повязок на уши (уздечковая, неаполитанская и др.) (см. рисунки 19, 20).

Если имеются больные, подвергнутые трахеостомии или экстирпации гортани, студенты перевязывают их под наблюдением преподавателя, осваивают обращение с трахеостомической трубкой, накладывают повязку и привязывают клеенчатый фартучек. Необходимо также контролировать дыхание через канюлю.

Последние 20 минут происходит собеседование в учебном кабинете.

Общее задание: «Операции (показания, методика возможные осложнения): тонзиллэктомия, тимпаноластика».

Частные задания: «Способы обезболивания при ЛОР-операциях», «Эндоназальное вскрытие околоносовых пазух».

Занятие 18

Тема: РАБОТА СТУДЕНТОВ В ОПЕРАЦИОННОЙ

Цель занятия. Ознакомление студентов с хирургической работой в операционных взрослого и детского ЛОР-отделений.

Материал. Таблицы и муляжи, демонстрирующие операции на ухе, околоносовых пазухах, лимфоидном кольце глотки и трахеостомии. Помещения операционных блоков с их оснащением. Больные, которым проводятся операции.

Методика. Собеседование. Демонстрация студентам операций пациентам стационара. По возможности студенты принимают участие в операциях.

Итоговое собеседование. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании преподаватель знакомит студентов с организацией работы в операционной и с особенностями тех хирургических вмешательств, которые будут производиться в этот день. При этом выясняется степень подготовленности студентов к данному занятию. Такое собеседование имеет целью свести к минимуму объяснения преподавателя в операционной. Студенты обязательно знакомятся с историями болезни оперируемых больных.

После собеседования преподаватель ведет студентов в операционную. Занятия можно проводить поочередно в операционных отделениях для взрослых и детского отделения (по половине занятия в различные дни).

Преподаватель не принимает участие в операциях, а, распределив студентов к 2–3 рабочим местам, переходит от одного стола к другому, дает студентам дополнительные отдельные объяснения по методике некоторых моментов операции. 1–2 студента участвуют в операциях в качестве ассистентов хирурга.

Небольшие по продолжительности операции студентам удастся видеть от начала до конца. С особенностями больших операций, тактикой хирурга, способами обезболивания преподаватель знакомит студентов кратко и демонстрирует отдельные моменты этих операций.

В операционной ЛОР-отделения для взрослых диапазон оперативных вмешательств большой. Здесь демонстрируются тонзиллэктомия, частичная нижняя и средняя конхотомия, вазотомия, полипотомия носа, подслизистая резекция перегородки носа, операции на околоносовых пазухах (чаще верхнечелюстной,

реже – лобной), различные операции на среднем ухе, а нередко – операции в области шеи (трахеостомия, эзофаготомия, перевязка сонных артерий и пр.). Излагая технические моменты тонзиллэктомии, преподаватель или хирург обращает внимание на способы вылушивания миндалин.

При разъяснении технических моментов операций на ухе демонстрируют современные способы и аппаратуру (операционный бинокулярный микроскоп, фрезерные установки для сверления височной кости, операционный ирригатор для промывания раны и отсасывания, штатив для наконечников и пр.), применяемые при слуховосстанавливающих операциях.

В операционной детского ЛОР-отделения демонстрируются также аденотомия и тонзиллотомия, которые проводятся в условиях стационара. Преподаватель обращает внимание студентов на необходимость фиксации детей во время операции, на тщательную поверхностную и инфильтрационную анестезию, индивидуальный подход к ребенку, преследующие цель максимального щажения его психики. В отдельных случаях операция проводится под наркозом и под управляемой гипотонией.

В детской операционной нередко с диагностической или лечебной целью производятся прямая ларингоскопия и значительно реже – ларингофиссура по поводу папилломатоза гортани. С целью извлечения инородных тел из бронхов применяется верхняя или нижняя бронхоскопия. При успешном извлечении инородного тела из бронха способом нижней бронхоскопии трахея ушивается. При различных осложнениях, возникших при проведении данной манипуляции, ребенку вводится трахеотомическая трубка.

Общее задание: «Работа в ЛОР-кабинете поликлиники». «Операции аденотомии, полипотомии носа в амбулаторных условиях».

Частные задания: «Диспансеризация ЛОР-больных», «Экспертиза при тугоухости».

Занятие 19

Тема: РАБОТА СТУДЕНТОВ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Цель занятия. Ознакомление студентов с планировкой, оснащением ЛОР-кабинета, особенностями амбулаторного приёма, с контингентом ЛОР-больных, объемом работы, проводимой персоналом кабинета, с документацией. Освоение различных манипуляций.

Материал. ЛОР-кабинет и процедурная поликлиники, инструментарий, медикаменты, рецептура. Больничные листы. Амбулаторные карты болезни и другие формы документации. Больные.

Методика. Собеседование. Ознакомление со структурой кабинета и документацией. Прием больных (обследование, распознавание заболевания, лечение) с помощью преподавателя и врачей кабинета.

Итоговое собеседование. Заключение. Задания.

Содержание. При собеседовании преподаватель знакомит студентов со схемой планировки ЛОР-кабинета, инструментарием и лекарственными веществами, необходимыми для работы. Студенты узнают о принципах и объеме работы врачей и медсестер в кабинете (профотбор, экспертиза, диспансеризация, трудоустройство).

После собеседования преподаватель ведет студентов в поликлинику. При первом посещении поликлиники врач ЛОР-кабинета знакомит студентов с планировкой и оснащением кабинета, а также с различными журналами, бланками, составляющими документацию ЛОР-кабинета. Особое внимание уделяется документации по диспансеризации ЛОР-больных.

Далее студенты с помощью преподавателя ведут амбулаторный прием ЛОР-больных, собирают анамнез, проводят осмотр ЛОР-органов, вместе с преподавателем уточняют диагноз,

назначают лечение, выписывают рецепты, листки нетрудоспособности, производят запись в карту.

Студенты под контролем преподавателя самостоятельно осуществляют такие лечебные манипуляции, как промывание серных пробок, продувание слуховых труб баллоном Политцера, анемизацию и анестезию слизистых оболочек носа и глотки, промывание лакун миндалин, туширование слизистой оболочки глотки, вливание лекарственных веществ в гортань, перемещение антибиотиков в околоносовые пазухи, вскрытие паратонзиллярных абсцессов, прокол верхнечелюстных пазух, внутриносую, внутриглоточную и околоминдаликовую новокаиновую блокаду.

По окончании работы в поликлинике группа возвращается в учебный кабинет, где преподаватель проводит краткий разбор наиболее типичных ЛОР-заболеваний, а также сложных случаев.

Общее задание: «Отогенные внутричерепные осложнения».

Частные задания: «Операции при тромбозе сигмовидного венозного синуса», «Контрастные способы исследования при отогенных абсцессах», «Неврологическая симптоматика абсцесса височной доли мозга».

Занятие 20

Тема: ИТОГОВОЕ ЗАНЯТИЕ

Цель занятия. Подведение итогов по теоретическим и практическим знаниям, полученным студентами в течение данного цикла занятий.

Материал. Основной набор инструментов. Стандартные таблицы по анатомии ЛОР-органов. Больные.

Методика. Собеседование в течение 15 минут. Обход тяжелобольных в палатах. Самостоятельное обследование студентами больных с различными ЛОР-заболеваниями. Распознавание заболеваний. Назначение лечения. Выполнение некоторых лечебных мер. Выписка рецептов, направлений и заключений. Разбор историй болезней.

Содержание. При собеседовании обращают внимание на пути проникновения микрофлоры из уха и носа в черепно-мозговую полость, на разные виды осложнений, на общие, общемозговые и очаговые признаки внутричерепных осложнений; на современные способы выявления очаговых поражений; современные способы консервативной и хирургической терапии.

После собеседования преподаватель ведет студентов в стационар, где в течение 30 минут студенты опрашивают подготовленных 4–5 больных. У первых 2-х больных сведения собирает преподаватель, демонстрируя возможность предварительного распознавания заболевания путем опроса в палате. Затем то же самое производят студенты 2–3-х бригад. В конечном итоге отбирают из них 1–2-х больных, которые в состоянии пойти в учебный кабинет. Туда же приводят намеченных предварительно преподавателем 3–4-х больных с различными, а по возможности, со сложными заболеваниями носа, околоносовых пазух, носоглотки.

Студенты в течение 30 минут должны закончить обследование больных. По окончании обследования студенты согласуют диагноз и план лечения с преподавателем, записывают все данные в «Карту больного» и отпускают больных.

Последние 45 минут проводится разбор историй болезней, а преподаватель дает итоговую оценку группе в целом, каждой бригаде и каждому студенту. Эти оценки учитываются при дифференцированном зачёте или экзамене.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Факультет _____ курс _____ группа _____

..... учебный год.

Фамилия, имя, отчество _____

-
1. Фарингоскопия
 2. Передняя риноскопия
 3. Задняя риноскопия
 4. Отоскопия
 5. Непрямая ларингоскопия
 6. Наматывание ваты на зонд
 7. Очистка слухового прохода
 8. Промывание уха
 9. Продувание слуховой трубы
 10. Исследование слуховой функции
 11. Исследование статокINETической функции
 12. Вдувание порошков
 13. Анестезия слизистой оболочки
 14. Вливание капель в нос, в ухо
 15. Взятие мазков
 16. Диафаноскопия
 17. Наложение повязок: а) на ухо; б) на нос.
 18. Чтение ЛОР-рентгенограмм
 19. Прием амбулаторных больных
 20. Прочие

Подпись преподавателя _____

Зав. кафедрой _____

Приложение 2

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

М/Ж

Кураторы: _____

Факультет _____ курс _____ группа _____

Ф.И.О. _____

Год рождения _____

Адрес _____

Место работы _____

Профессия _____

Анамнез жизни:

Диагноз _____

Подпись куратора _____

| | | |
|----------------|---|--|
| Дата посещения | Жалобы больного, анамнез заболевания, объективные данные, течение заболевания, подпись куратора | Назначения, отметка о выдаче листка нетрудоспособности (№ и кол-во дней) |
|----------------|---|--|

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Тесты

1. Продолжением заглоточного пространства является:

- 1) переднее средостение;
- 2) заднее средостение;
- 3) парафарингеальное пространство;
- 4) околоминдаликовое пространство;
- 5) паравертебральное пространство.

Ответ: 2

*При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответов выберите **ОДИН ОШИБОЧНЫЙ***

2. Симптоматика при язвенно-некротической ангине:

- 1) наличие язвы у верхнего полюса миндалин;
- 2) грязно-серый цвет налета;
- 3) гнилостный запах изо рта;
- 4) отсутствие болей;
- 5) серовато-желтый налет.

Ответ: 2

3. Перечислите наиболее частые клинические и рентгенологические признаки парафарингеальных абсцессов:

- 1) асимметрия шеи;
- 2) инфильтрация и болезненность тканей шеи, чаще односторонняя;
- 3) гиперемия;
- 4) на рентгенограмме шеи расширение предпозвоночного пространства и наличие пузырьков газа;
- 5) ригидность затылочных мышц.

Ответ: 5

*При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответов выберите **НЕСКОЛЬКО ОШИБОЧНЫХ***

4. Укажите клинические формы вульгарных ангин:

- 1) катаральная;
- 2) фолликулярная;
- 3) лакунарная;
- 4) некротическая;
- 5) гангренозная.

Ответ: 4, 5

5. Укажите симптомы юношеской ангиофибромы носоглотки:

- 1) затрудненное носовое дыхание;
- 2) носовое кровотечение;
- 3) готическое нёбо;
- 4) деформация лица;
- 5) замещение окружающих тканей.

Ответ: 3, 4

6. Мышцей, расширяющей голосовую щель, является:

- 1) щитоперстневидная;
- 2) щиточерпаловидная внутренняя;
- 3) задняя черпалоперстневидная мышца;
- 4) голосовая мышца;
- 5) щитоподъязычная.

Ответ: 3

7. Какой вид трахеостомии выполняют при стенозе гортани у детей?

- 1) нижняя трахеостомия;
- 2) верхняя трахеостомия;
- 3) по Бьерку;
- 4) средняя трахеостомия;
- 5) коникотомия.

Ответ: 1

8. На какие группы делятся внутренние мышцы гортани?

- 1) поднимающие и опускающие гортань;
- 2) суживающие голосовую щель, расширяющие голосовую щель, натягивающие голосовые складки;
- 3) натягивающие голосовые складки, суживающие голосовую щель;
- 4) расширяющие и суживающие голосовую щель;
- 5) натягивающие и расширяющие голосовые складки.

Ответ: 2

9. Клиническая картина хондроперихондрита гортани характеризуется:

- 1) болями в области гортани, болезненное глотание;
- 2) увеличением объема гортани, утолщением ее хрящей;
- 3) отеком и инфильтрацией слизистой гортани;
- 4) наличием пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке;
- 5) нарушением подвижности гортани и стенозом.

Ответ: 4

10. Иннервацию гортани осуществляет:

- 1) верхнегортанный нерв;
- 2) блуждающий нерв;
- 3) языкоглоточный нерв;
- 4) нижнегортанный нерв;
- 5) подъязычный нерв.

Ответ: 3, 5

*Задания на выбор правильного ответа из предложенной совокупности. При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответа выберите **ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ***

11. Что регистрируется полукружными каналами:

- 1) центробежное ускорение;
- 2) прямолинейное движение;

- 3) центростремительное ускорение;
- 4) угловые ускорения;
- 5) притяжение Земли.

Ответ: 4

12. Какое хирургическое пособие выполняется при остром гнойном отите, осложненном мастоидитом, субпериостальным абсцессом?

- 1) парацентез барабанной перепонки;
- 2) общеполостная операция на ухе;
- 3) антротомия;
- 4) аттикотомия;
- 5) антромастоидотомия.

Ответ: 5

13. Каким количеством отверстий полукружные каналы открываются в преддверие улитки?

- 1) четыре отверстия;
- 2) пять отверстий;
- 3) два отверстия;
- 4) одно отверстие;
- 5) три отверстия.

Ответ: 2

14. Как определяется направление нистагма?

- 1) по быстрому компоненту;
- 2) по медленному компоненту;
- 3) взгляд прямо;
- 4) взгляд вверх;
- 5) взгляд вниз.

Ответ: 1

*При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответа выберите **НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ***

15. Назовите мышцы барабанной перепонки:

- 1) косая;
- 2) стремечная;
- 3) портняжная;
- 4) латеральная;
- 5) мышца, натягивающая барабанную перепонку.

Ответ: 2, 5

16. Постоянными клиническими симптомами хронического гнойного среднего отита являются:

- 1) оторея;
- 2) ощущение шума в голове;
- 3) стойкая перфорация барабанной перепонки;
- 4) головокружение;
- 5) нарушение равновесия;
- 6) снижение слуха.

Ответ: 1, 3, 6

17. Назовите методы исследования слуха у детей младшего возраста:

- 1) определение кохлеопальпебрального, кохлеопупиллярного рефлексов;
- 2) поворот глаз и головы под воздействие звука;
- 3) объективная аудиометрия;
- 4) аккуметрия;
- 5) надпороговая аудиометрия.

Ответ: 1, 2, 3

При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответа выберите ОДИН ОШИБОЧНЫЙ

18. Причины разлитого воспаления наружного слухового прохода:

- 1) мастоидит;
- 2) механическая травма;
- 3) термические факторы;
- 4) химическое раздражение;
- 5) инфекция.

Ответ: 1

19. Какие отделы слухового анализатора могут быть поражены при неврите слухового нерва?

- 1) рецепторный отдел;
- 2) проводящие пути;
- 3) центральный отдел;
- 4) преддверие улитки.

Ответ: 4

20. С какими отделами центральной нервной системы связаны периферические рецепторы вестибулярного анализатора?

- 1) спинной мозг (передние и боковые столбы);
- 2) мозжечок;
- 3) ретикулярная формация;
- 4) кора головного мозга;
- 5) лобная доля.

Ответ: 5

21. Проприодимость слуховых труб определяется:

- 1) по Политцеру;
- 2) по Вальсальве;
- 3) по Тейнби;
- 4) ушной манометрией;

5) тимпанометрией.

Ответ: 5

*При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответа выберите **НЕСКОЛЬКО ОШИБОЧНЫХ***

22. Из каких слоев состоит барабанная перепонка?

- 1) эпидермис;
- 2) фиброзный слой;
- 3) склеротический слой;
- 4) слизистая оболочка;
- 5) сосудистая оболочка.

Ответ: 3, 5

23. Установите последовательность этапов радикальной операции на ухе:

- 1) удаление костной части задней стенки наружного слухового прохода;
- 2) трепанация сосцевидного отростка – антротомия;
- 3) пластинка кожи слухового прохода;
- 4) удаление патологически измененных клеток сосцевидного отростка;
- 5) ревизия барабанной полости.

Ответ: 2–4–1–3–5

24. Установите последовательность этапов пункции абсцесса мозжечка:

- 1) мастоидомия или радикальная операция на ухе;
- 2) вскрытие и удаление патологического содержимого;
- 3) обнаружение твердой мозговой оболочки;
- 4) пункция абсцесса;
- 5) дренирование абсцесса.

Ответ: 1–3–4–2–5

25. Схема последовательности клинических изменений в зависимости от степени тяжести при обморожении уха:

- 1) припухлость и цианоз кожи;
- 2) некроз хряща;
- 3) некроз кожи и подкожной клетчатки;
- 4) образование пузырей.

Ответ: 1–4–3–2

*Задания на выбор правильного ответа из предложенной совокупности. При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответа выберите **ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ***

26. Каким эпителием покрыта дыхательная область слизистой оболочки полости носа?

- 1) многослойный плоский;
- 2) многорядный плоский;
- 3) цилиндрический многорядный мерцательный;
- 4) кубический.

Ответ: 3

*При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответа выберите **ОДИН ОШИБОЧНЫЙ***

27. Назовите основные симптомы озены:

- 1) зловонный насморк;
- 2) отсутствие обоняния;
- 3) вязкий секрет;
- 4) широкие носовые ходы;
- 5) гипертрофия носовых раковин.

Ответ: 5

*При ответе на эти задания из предложенных вариантов ответа выберите **НЕСКОЛЬКО ОШИБОЧНЫХ***

28. Правила удаления инородных тел из носа:

- 1) фиксация ребенка;
- 2) круглые инородные тела выкатывают крючком;
- 3) плоские инородные тела удаляются пинцетом;
- 4) проталкиваются в носоглотку;
- 5) масочный наркоз.

Ответ: 4, 5

При ответе на эти задания необходимо вставить нужные фразы в логической последовательности

29. Этапы операции гайморотомия по Колдуэллу – Люку:

- 1) ревизия пазухи, удаление патологического содержимого из нее;
- 2) тампонада полости пазухи и носа;
- 3) вскрытие пазухи в области передней стенки – в собачьей ямке;
- 4) разрез слизистой и надкостницы по переходной складке десны от второго до шестого зуба;
- 5) швы кетгутом на слизистую оболочку преддверия рта;
- 6) создание сообщения с нижним носовым ходом.

Ответ: 4–3–1–6–2–5

30. Этапы пункции верхнечелюстной пазухи:

- 1) пункция верхнечелюстной пазухи;
- 2) анестезия слизистых оболочек нижнего носового хода;
- 3) отсасывание шприцем содержимого пазухи;
- 4) диагностическое промывание пазухи.

Ответ: 2–1–3–4

Задачи

Задача № 1

Больная жалуется на зуд, ощущение жжения в области левой ушной раковины, которые беспокоят в течение полугода, периодически усиливались, особенно после водных процедур. Применявшиеся медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения эффекта не дали.

Объективно: определяются гиперемия и инфильтрация кожи ушной раковины и слухового прохода слева. На поверхности кожи имеются корочки, чешуйки, местами она влажная. Просвет правого слухового прохода несколько сужен.

Вопросы

1. Предполагаемый диагноз?
2. Как лечить больную?

Задача № 2

Больная жалуется на боль в области ушной раковины, на ощущение жара, жжения, её припухлости, повышение температуры и общее недомогание. Неделю назад поцарапала кожу ушной раковины шпилькой, после чего несколько дней держалась боль в области царапины. Два дня назад боль усилилась и распространилась на всю ушную раковину, кожа ее стала пунцовой, ушная раковина увеличилась в размерах. Вчера повысилась температура, появилась головная боль.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 38,5 °С. Ad – раковина гиперемирована, инфильтрация кожи ушной раковины, распространяющаяся на околоушную область. Гиперемированный участок окружен линией демаркации. Кожа наружных отделов и слухового прохода также гиперемирована, несколько инфильтрирована, отделяемого нет, барабанная перепонка не изменена.

Вопросы

1. Каков диагноз?
2. Какое необходимо назначить лечение?

Задача № 3

Больной жалуется на боль и припухлость в области правой ушной раковины, которые появились через 5 дней после того, как при неосторожных манипуляциях в слуховом проходе острым предметом он проколол кожу около козелка.

Объективно: правая ушная раковина увеличена в размерах за счет инфильтрации мягких тканей, кожный покров её умеренно гиперемирован. Дотрагивание до ушной раковины болезненно. Неизменной остается только мочка уха. Слуховой проход в наружном отделе резко сужен. Видимые отделы барабанной перепонки не изменены.

Вопросы

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Как лечить больного?

Задача № 4

После острого насморка у больного появилась припухлость, краснота и болезненность кожи носа больше слева. Боль иррадирует в зубы, висок и область левой орбиты, температура повысилась до 38,5 °С, появилось ощущение познабливания.

Объективно: ограниченная припухлость ярко-красного цвета с гнойничком в центре на крыле носа слева.

Вопросы

1. Каков диагноз?
2. Как лечить больного?

Задача № 5

У больной 76 лет через день после того, как она выдавила гнойный стержень фурункула на крыле носа слева, ухудшилось общее состояние. Появились сильный озноб, обильное потоотделение, резкие перепады температуры до 38 °С в течение дня,

сильная головная боль. *Местно*, в окружности крыла носа, где находился фурункул, появились отек и инфильтрация мягких тканей, распространившиеся на область щеки и губы слева.

Вопросы

1. Какое осложнение можно заподозрить в этом случае?
2. Какова должна быть тактика врача?

Задача № 6

Девочка 18 лет жалуется на неприятные ощущения в горле: першение, жжение, которые появились после того, как вчера вечером съела большое количество мороженого.

Объективно: определяется яркая гиперемия слизистой оболочки верхней стенки глотки и умеренная инфильтрация. Со стороны других ЛОР-органов заметных изменений не определится.

Вопросы

1. Каков диагноз?
2. Как лечить больную?

Задача № 7

Мальчик 10 лет жалуется на боль в горле, особенно сильную при глотании, повышение температуры до 37,5 °С, общее недомогание, которое появилось после того, как накануне промочил ноги.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, чистые. В зеве определяется яркая гиперемия слизистой оболочки нёбных дужек и миндалин. Миндалины разрыхлены и выступают за края дужек. Гиперемия распространяется и на слизистую оболочку задней стенки глотки.

Вопросы

1. Каков диагноз?
2. Как лечить больного?

Задача № 8

Больной жалуется на кашель, осиплость голоса, повышение температуры, которые появились после того, как выпил холодного пива два дня тому назад. Сегодня эти симптомы усилились.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 °С, в полости носа и глотки воспалительных изменений нет.

Ларингоскопически: слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки розовые, несколько инфильтрированы, голосовая щель достаточно широка для дыхания.

Вопросы

1. Каков диагноз?
2. Как лечить больного?

Задача № 9

У трехлетнего ребенка во время сна внезапно начался лающий кашель, дыхание стало шумным, крайне беспокойным. В акт дыхания включилась вся вспомогательная мускулатура, губы посинели, ребенку явно не хватает воздуха, он покрывается холодным потом, голос при этом остается звучным, температура тела незначительно повышена. Такой ночной приступ удушья может возникнуть на фоне полного благополучия или же на фоне какого-либо слабовыраженного заболевания (ОРВИ, острый ринит, фарингит, катаральная ангина). Он может повторяться через разные промежутки времени или может оказаться единственным.

Вопросы

1. Что это за состояние?
2. Какую помощь следует оказать больному?

Задача № 10

Спортсмен, занимающийся боксом, жалуется на болезненную припухлость в области левой ушной раковины, которая появилась 2 дня тому назад после спортивного состязания.

Объективно: в верхней трети левой ушной раковины с наружной стороны имеется припухлость округлой формы сизо-красного цвета. При пальпации определяется флюктуация.

Вопросы

1. Каков диагноз?
2. Как лечить больного?

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бабияк В.И.* Основы отоневрологии: руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис, А.Н. Пашинин. – СПб.: Знание, 2015. – 720 с.
2. *Богомильский М.Р.* Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с.
3. *Боярчук Е.Д.* Анатомия, физиология и патология органа слуха: учебное пособие для студентов высших учебных заведений (пробный вариант) / Е.Д. Боярчук, А.А. Виноградов, В.И. Шейко, О.А. Виноградов. – Луганск: Альмаматер, 2007. – 89 с.
4. *Бронштейн А.* Головокружение / А. Бронштейн, Т. Лемперт; пер. с англ. Е.В. Гузь; под ред. В.А. Парфёнова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 216 с.
5. *Гофман В.Р.* Современные методы исследования вестибулярного анализатора / В.Р. Гофман / Военно-медицинская академия, кафедра Оториноларингологии. Лекции. – СПб., 2003. – 23 с.
6. *Зарифьян А.Г.* Физиология анализаторов: учебное пособие / А.Г. Зарифьян, Т.Н. Наумова, В.П. Ильичев. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2010. – 152 с.
7. *Крюков А.И.* Лабиринтиты: клинические рекомендации / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, А.И. Гаров [и др.]. – М., СПб., 2014. – 20 с.
8. *Лиленко С.В.* Головокружение (периферическое): клинические рекомендации / С.В. Лиленко, О.В. Зайцева, И.М. Кириченко, С.В. Морозова. – М.; СПб., 2014. – 21 с.
9. *Пальчун В.Т.* Коррекция вестибулярных расстройств у больных хроническим гнойным средним отитом, осложненным

- лабиринтитом / В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, А.П. Петлинов // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 1. – С. 4–9.
10. *Пальчун В.Т.* Оториноларингология: национальное руководство / В.Т. Пальчун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 960 с.
 11. *Стратиева О.В.* Клиническая анатомия уха / О.В. Стратиева. – СПб.: СпецЛит, 2004. – 271 с.
 12. *Byron J. Bailey, Jonas T. Johnson, Shawn D. Newlands.* Lippincott Williams & Wilkins. Head&Neck Surgery – Otolaryngology 4th edition, 2006. – 2826 p.

Составители:

*Тамара Асенеевна Изаева,
Вадим Алиярович Насыров,
Мунира Абдумуталибовна Мадаминова,
Мирбек Аскарлович Нуралиев,
Мурад Вадимович Насыров,
Айша Болотбековна Турумбекова,
Бегимай Нурбековна Жумабаева,
Юлиана Васильевна Филина*

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ
ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Редактор *Н.В. Шумкина*
Компьютерная верстка *М.Р. Фазлыевой*
Выпускающий редактор *О.А. Матвеева*

Подписано в печать 27.06.2023.
Формат 60×84 $\frac{1}{16}$. Офсетная печать.
Объем 6,25 п. л. Тираж 100 экз. Заказ 2.

Издательство КРСУ
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ
720048, г. Бишкек, ул. Анкара, 2а