

15. Простая трепанация сосцевидного отростка.
16. Радикальная операция на среднем ухе.
17. Цель радикальной операции на среднем ухе.
18. В каких случаях возникает паратонзиллярный абсцесс?
19. Возможно ли самопроизвольное вскрытие паратонзиллярного абсцесса?
20. Какие могут быть осложнения паратонзиллярного абсцесса?
21. Каковы основные признаки хронического тонзиллита?
22. Каковы патологоанатомические формы хронического тонзиллита?
23. Какие клинические формы хронического тонзиллита различают?
24. Каковы методы лечения хронического тонзиллита?
25. Каковы показания к тонзиллэктомии?
26. Каковы показания к тонзиллотомии?
27. Какие осложнения могут быть во время тонзиллэктомии?
28. Какие осложнения могут быть после тонзиллэктомии?
29. Какова длительность послеоперационного периода после тонзиллэктомии?
30. Каковы осложнения острого среднего отита?
31. Каковы формы хронических отитов?
32. Что такое холестеатома?
33. В чем заключается опасность холестеатомы?
34. Чем объяснить зловонный запах при остром мастоидите, хроническом эпитимпаните?
35. Какую операцию делают при остром мастоидите и хроническом эпитимпаните?
36. Какие существуют показания к неотложному хирургическому лечению хронического гнойного среднего отита?
37. Каковы показания к радикальной операции на ухе?
38. В чем сущность радикальной операции на ухе?
39. Что такое тимпанопластика?
40. Как называется операция при остром мастоидите?
41. При заболеваниях наружного, среднего и внутреннего уха когда чаще развиваются отогенные внутричерепные осложнения?
42. Каковы внутричерепные осложнения отогенного происхождения?
43. Какую операцию нужно провести больному с отогенным внутричерепным осложнением?
44. С какими заболеваниями нужно дифференцировать

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

**Методические указания к практическим занятиям по**  
**оториноларингологии для студентов V курсов**

Благовещенск 2015

Авторы:

д.м.н., проф. Блоцкий А.А.

к.м.н. Цепляев М.Ю.

Рецензенты:

Зав. кафедрой госпитальной хирургии ГОУ ВПО АГМА,

д.м.н., проф. Яновой В.В.

Зав. кафедрой хирургии факультета последипломной  
подготовки специалистов ГОУ ВПО АГМА, к.м.н., доц.  
Олиферова О.С.

Разрешено к печати ЦКМС ГОУ ВПО АГМА от 19.02.15.

Протокол № 6

1. Какое лечение должно проводиться в послеоперационном периоде больному после радикальной операции на среднем ухе?
2. Длительность пребывания больного в стационаре с острым гайморитом?
3. Лечение больного в послеоперационном периоде после радикальной операции на гайморовой пазухе.
4. Особенности послеоперационного периода после тонзиллэктомии.
5. Медикаментозное лечение больного с внутричерепным отогенным осложнением.
6. Медикаментозное лечение с риногенным внутриорбитальным осложнением.
7. Медикаментозное лечение с риногенным внутричерепным осложнением.
8. Топографическая анатомия небных миндалин.
9. Топографическая анатомия придаточных пазух носа.
10. Рентгенодиагностика при патологии придаточных пазух носа.
11. Рентгенодиагностика при патологии сосцевидного отростка.
12. Топографическая анатомия среднего уха.

#### Вопросы по теме.

1. Сроки пребывания в стационаре после тонзиллэктомии.
2. Сроки пребывания больного после гайморитомии в стационаре.
3. Физиолечение после эндоназальной гайморитомии.
4. План лечения при остром гайморите.
5. План лечения при хроническом гнойном гайморите.
6. План лечения при полипозном гайморите.
7. План лечения при хроническом эпителимпаните.
8. План лечения при хроническом мезотимпаните.
9. План лечения при отогенном абсцессе.
10. Современные методы диагностики при внутричерепных риногенных, отогенных осложнениях.
11. Показания к операции тонзиллэктомии.
12. Противопоказания к операции тонзиллэктомии.
13. Показания к радикальной операции на верхнечелюстной пазухе.
14. Показания к эндоназальной операции на верхнечелюстной и лобной пазухе.

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

#### Организация и содержание занятия.

На ряде костных препаратов и рисунков нужно продемонстрировать основные моменты операции:

- a) вскрытый антрум;
- b) костную заднюю стенку слухового прохода, которая после отслойки кожи отделяет полость сосцевидного отростка от наружного слухового прохода;
- c) нависающий на мостик;
- d) созданную единую полость;
- e) виды разрезов и форму пластических лоскутов, выкроенных из кожи наружного слухового прохода;
- f) окончательный вид операционной полости.

Демонстрируется анестезия и отдельные этапы операции. При этом основное внимание концентрируется на показе обнаруживаемых патологических изменений - наличие гноя, холестеатомы, грануляций, кариеса - их месторасположение и протяжение, отношение к мозговым оболочкам, лицевому нерву и полукружным каналам. При обнажении мозговых оболочек обращается внимание на их состояние - окраску, пульсацию, утолщение, грануляции и т.д. Во время операции студент знакомится, таким образом, не только с техникой ее, но и с процессами, протекающий в кости, и убеждается в той опасности, которая угрожает при определенных формах и этапах хронического гнойного отита.

Один из студентов ассистирует во время операции. Ему поручается наложение швов на края наружного разреза и наложение повязки после операции.

Контрольные вопросы.

## **ЗАНЯТИЕ № I.** (Самостоятельная поликлиническая работа студента под руководством преподавателя)

**Тема:** Знакомство с клиникой (кабинетом ЛОР-врача поликлиники).

Эндоскопическое исследование ЛОР органов.

**Цель:** Ознакомить студентов с удельным весом специальности в общей патологии, со значением своевременного выявления и устранения заболеваний уха, носа, горла, профилактике общей заболеваемости, с принципами и методами диспансерной работы. Ознакомить студентов с документацией амбулаторного оториноларингологического приема. Обучение методике эндоскопического исследования носа, глотки, гортани и уха.

**Студент должен знать:** анатомию наружного носа, строение полости носа, функции носа. Строение и топография и функция околоносовых пазух. Методы эндоскопического исследования носа и придаточных пазух. Анатомию и функции глотки, гортани, трахеи и бронхов. Методы эндоскопического исследования глотки, гортани. Анатомию и функцию уха, эндоскопические методы исследования уха.

**Студент должен уметь:** С помощью преподавателя научиться пользоваться лобным рефлектором и различными источниками света, уметь правильно расположить пациента, принять удобное положение при ЛОР осмотре. Соблюдать правила асептики и антисептики в оториноларингологии. Выполнить осмотр и пальпацию наружного носа, проекции околоносовых пазух, мест выхода тройничного нерва, переднюю и заднюю риноскопию, пальпацию шейных лимфатических узлов. Пальпировать и осматривать область гортани. Производить непрямую ларингоскопию. Осматривать и пальпировать околоушную область и область ушной раковины, сосцевидного отростка. Выполнять отоскопию взрослому пациенту и ребенку.

#### **Литература.**

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 44-82.
2. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 123-161.
3. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. с. 65-78

4. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. 210-211, 299-300, 376-377.
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с.16-67.
6. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 35-45, 49-52, 65-71, 91-110.
7. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 25-37, 142-146, 214-217, 275-284, 372-373.

#### **Дополнительная литература.**

1. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 94-122.
2. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 96, 218, 339, 371-373, 399-401.
3. Лихачев А.Б. “Справочник по оториноларингологии”, Медицина, 1984г. с. 322-351.

#### **Методические указания.**

Студенту необходимо знать ряд особенностей оториноларингологического приема (затемненная комната, искусственное освещение и др.). Студенты знакомятся с приемами правильного использования оториноларингологического инструментария, с соблюдением правил асептики, необходимо уметь связать локальные изменения в ЛОР органах с общим состоянием организма. При этом указывается на большую роль собирания не только специального, но и общего анамнеза, выяснения условий труда, быта и других внешних факторов, а также наличия в анамнезе общих заболеваний и их связи с болезнями уха, носа, горла и т.д. Подчеркивается также необходимость тщательного выявления всех особенностей истории настоящего заболевания.

Все анамнестические данные записываются студентами в амбулаторную карту (данные осмотра записываются лишь после разбора больного с преподавателем). Студенты знакомятся с описанием ЛОР статуса.

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

Перед операцией студенты кратко сообщают данные истории болезни оперируемого и показания к производству операции (вмешательства).

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

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

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

В процессе операции преподаватель неоднократно подчеркивает важность постоянной правильной ориентировки и показывает приемы оперативного вмешательства, которые позволяют избежать возможных осложнений, связанных с неправильной техникой.

Ассистирует при операции студент.

#### Радикальная операция на ухе.

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

Задачи операции должны быть четко определены:

1. Удаление патологически измененных тканей в височной кости.

методика образования соустья с нижним носовым ходом.

#### Простая трепанация сосцевидного отростка.

Ознакомление с практическим выполнением простой трепанации сосцевидного отростка.

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

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

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

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

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

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

Студентам показывают набор инструментов, необходимых для производства операции, и их размещение на инструментальном столе, кратко излагаются приемы обезболивания (общего и местного) и преимущества того или иного вида в данном случае.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Показывается метод введения носоглоточного зеркала и осмотра носоглотки.

Учитывая его трудности, следует иногда проводить осмотр носоглотки после подавления глоточного рефлекса, путем смазывания зева анестезирующими средствами.

Занятие состоит из краткого изложения клинической анатомии гортани, показа приемов исследования гортани, упражнений студентов друг на друге. При исследовании гортани указывают на необходимость использовать 2 метода исследования:

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

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

- а) воспалительных изменений в гортани (перихондрит);

иногда введение препаратов морфия за 30 минут до операции и т.д., полоскание рта и очистка зубов накануне и утром перед вмешательством).

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

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

По окончании операции студентам излагается методика послеоперационного ухода за больным.

#### Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе.

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

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

Указываются цели оперативного вмешательства - удаление патологически измененных тканей из пазухи и образование широкого соустья с полостью носа.

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

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

Кратко излагаются приемы обезболивания, применяющиеся при этой операции.

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

3. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 250-287, 466-479, 130-147.
4. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 171-187, 294-320, 475-499.
5. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 110-157, 170-241, 261-296, 298-309.
6. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 185-253, 352-379, 493-515.

#### Методические указания.

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

#### Тонзиллэктомия.

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

Кратко останавливаются на особенностях предоперационной подготовки перед тонзиллэктомией (назначение препаратов кальция, снотворных на ночь накануне дня операции,

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

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

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

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

Зеркало вводится в полость рта почти в горизонтальной плоскости, доводится до мягкого неба и слегка прижимается, отодвигая его, отодвигая его и вверх. Одновременно переводят зеркало в положение под углом  $45^{\circ}$  к вертикали. Прижимать зеркало к мягкому небу следует так, чтобы основание язычка соответствовало центру зеркала; изменяя положение зеркала легкими движениями рукоятки книзу, вверх и в стороны, проводят осмотр отделов гортани. Чтобы не вызвать глоточный рефлекс, введение зеркала следует производить осторожно и уверенно, не

касясь корня языка, дужек и задней стенки глотки. Следует подчеркнуть, что свет от рефлектора должен обязательно падать на зеркало, так как отраженный от него луч освещает при этом гортань, которая в свою очередь, отражается в зеркале.

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

Отмечают также у детей, особенно раннего возраста, из-за сопротивления, резкого глоточного рефлекса и рвотных движений в большинстве случаев осмотр гортани обычным способом не представляется возможным, вследствие чего при определенных показаниях приходится прибегать к прямой ларингоскопии.

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

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

Надо указать, что осмотр полости гортани лучше всего удается в момент перехода от фонации к вдоху и наоборот. Не следует фонацию начинать звуком "И". Не всякий исследуемый может произнести его при открытом рте и высунутом языке.

## ЗАНЯТИЕ № X.

*Тема:* Обход. Операционная стационара.

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

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

*Студент должен знать:* основные формы заболеваний, требующих срочной помощи, контингент стационарных больных и правила госпитализации. Принципы ведения послеоперационного периода.

Историю болезни больного, который назначен на операцию. После осмотра больного указать форму хронического тонзиллита. Знать показания к операции тонзиллэктомии, гайморотомии, радикальной и противопоказания. Особенности предоперационной подготовки. Методику анестезии и проведение операции тонзиллэктомии и гайморотомии эндоназальной и радикальной. Знать топографо-анатомические взаимоотношения верхнечелюстной пазухи с глазницей и другими соседними образованиями, струма с клеточной системой сосцевидного отростка и барабанной полости, средней и заднечерепными ямками, сигмовидным синусом, технику наложения асептических повязок. Ведение больных после операции тонзиллэктомии, гайморотомии, трепанации сосцевидного отростка.

*Студент должен уметь:* доложить состояние больного, его жалобы на день поступления и на день курации, историю заболевания, ЛОР-статус. План лечения, проводимые мероприятия. Соблюдать правила асептики и антисептики в операционной. Наложить пращевидную повязку на нос, асептическую повязку на нос.

### Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 117-142, 142-180, 180-198.
2. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 110-137, 224-254, 328-343.



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

Поэтому исследуемого сначала просят произнести звук "Э" с постепенным переходом на "И".

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

При изложении анатомии следует подчеркнуть, что евстахиева труба и барабанная полость вместе со всеми ячейками сосцевидного отростка представляет собой единую воздухоносную систему, развивающуюся главным образом в детском возрасте. Развитие этой системы находится в зависимости от развития организма ребенка, от состояния питания и перенесенных общих заболеваний. Следует также коснуться возрастных особенностей строения наружного слухового прохода, положения барабанной перепонки и антрума, одновременно указывая на значение этих особенностей для клиники.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Порядок выполнения эндоскопического исследования ЛОР органов.
2. Методика осмотра наружного носа.
3. Методика осмотра проекции околоносовых пазух.
4. Методика пальпации наружного носа.
5. Методика пальпации лицевых стенок околоносовых пазух.
6. Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.
7. Методика пальпации лицевых стенок околоносовых пазух.
8. Методика выполнения передней риноскопии.
9. Нормальная эндоскопическая картина при передней риноскопии.
10. Методика выполнения задней риноскопии.
11. Нормальная эндоскопическая картина при задней риноскопии.
12. Методика осмотра проекции глотки на шею.
13. Методика пальпации проекции глотки на шею.
14. Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.
15. Методика выполнения эпифарингоскопии.
16. Нормальная эндоскопическая картина при эпифарингоскопии.
17. Методика выполнения стоматоскопии.

18. Нормальная стоматоскопическая картина.
19. Методика выполнения мезофарингоскопии.
20. Нормальная эндоскопическая картина при мезофарингоскопии.
21. Методика определения неподвижности небной миндалины.
22. Методика получения секрета из лакун небных миндалин.
23. Методика выполнения гипофарингоскопии.
24. Нормальная эндоскопическая картина при гипофарингоскопии.
25. Методика осмотра проекции гортани на переднюю поверхность шеи.
26. Методика пальпации гортани.
27. Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.
28. Методика выполнения непрямой ларингоскопии.
29. Нормальная эндоскопическая картина при непрямой ларингоскопии.
30. Методика осмотра околоушной области и ушной раковины.
31. Методика пальпации околоушной области и ушной раковины.
32. Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.
33. Методика выполнения отоскопии взрослому пациенту.
34. Методика выполнения отоскопии ребенку.
35. Нормальная эндоскопическая картина при отоскопии у взрослого.
36. Нормальная эндоскопическая картина при отоскопии у ребенка.

## ЗАНЯТИЕ № II. (Проводится в стационаре)

**Тема** Анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух

**Цель:** Обучение анатомии, физиологии, методике функционального исследования носа и околоносовых пазух. Ознакомление со строением указанных органов, а также с анатомо-топографическими взаимоотношениями их с соседними органами.

**Студент должен знать:** анатомию наружного носа: костная и хрящевая основа, кровоснабжение, иннервация, лимфатические пути. Строение полости носа, строение слизистой оболочки носа, распределение артериальной и венозной сети.

больного, если таковой есть, где пренебрежение такими симптомами привело к состоянию запущенности. Обсуждая план лечения, следует уделить внимание лучевым методам как самостоятельным способам лечения и как одному из этапов комбинированной терапии при различной последовательности ее проведения (пред- и послеоперационное облучение). При разборе прогноза не следует ограничиваться только перспективами сохранения жизни больного, а надо отметить и те функциональные возможности, которые стали сейчас достижимы (восстановление речи больного после удаления гортани). В конце занятия желательно продемонстрировать ряд больных, закончивших лечение и находящихся под наблюдением клиники.

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

### Контрольные вопросы.

1. На какие группы делятся мышцы гортани по функции?
2. Где располагаются ложные голосовые связки?
3. Какие связки относятся к внутренним связкам гортани?
4. В чем состоят особенности строения слизистой оболочки гортани?
5. Как осуществляется кровоснабжение, иннервация и пути лимфооттока гортани?
6. На каком уровне располагается трахея по отношению к позвонкам у детей?
7. Какие неблагоприятные внешние факторы способствуют развитию злокачественных опухолей носа, глотки, гортани?
8. При каких инфекционных заболеваниях может быть вторичная ангина?
9. Какие хронические заболевания могут привести к озлокачествлению?
10. Какими признаками характеризуется рак миндалин, гортани?
11. С какими заболеваниями приходится дифференцировать злокачественные опухоли носа, глотки, гортани?

### По теме занятия.

1. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?

5. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 161-165, 212-219, 241-244, 246-254, 309-312.
6. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 132-137, 204-207, 256-258, 367-370.

#### Дополнительная литература.

1. Плужников М.С., Блоцкий А.А., Денискин О.Н., Брызгалова С.В. «Рентгенодиагностика в оториноларингологии» СПб.: 2007. 55-66, 86-96, 123-126.
2. Шеврыгин Б.В. «Руководство по детской оториноларингологии», Медицина, 1996г. с. 287-308.
3. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 184-193, 317-333, 358-360, 382-387.
4. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с.254-282
5. Шеврыгин Б.В. «Справочник оториноларинголога» М: Кронпресс – 1996. с. 30-32, 116-119.

#### Методические указания.

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

По окончании обследования проводится клинический детальный разбор и устанавливается диагноз. Так как клинический диагноз требует, как правило, гистологической проверки, то назначается биопсия. Желательно последнюю сделать в присутствии группы. При разборе отмечается детализированная локализация поражения (в гортани - надсвязочная, связочная, подсвязочная, в носу - носовая полость или та или иная придаточная пазуха и т.д.) и его стадийность. В зависимости от этого, а также с учетом гистологического строения опухоли намечается план лечения и устанавливается прогноз. При установке диагноза следует обратить внимание на малые симптомы, подчеркивая значение учета их для раннего выявления болезни. Параллельно следует показать

Функции носа: дыхательная, обонятельная, защитная, резонаторная, слезопроводная, мимическая. Строение полости и топография придаточных пазух, функция пазух. Методы исследования носа и придаточных пазух.

*Студент должен уметь:* выполнить, пальпацию, переднюю и заднюю риноскопию, зондирование полости носа, диафаноскопию. Читать рентгеновские снимки придаточных пазух носа. Участвовать при пункции гайморовых пазух. Уметь исследовать дыхательную, обонятельную, резонаторную функции. Вводить носовое зеркало, анестезировать слизистую полости носа, выполнять зондирование полости носа.

#### Литература.

1. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с.14-32.
2. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. с. 124-141.
3. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 200-220.
4. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 16-22, 68-88.
5. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 14-45.
6. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 12-37.

#### Дополнительная литература.

1. Блоцкий А.А., Плужников М.С., Карпищенко С.А. «Клиническая анатомия ЛОР органов» СПб.: 2007. с. 3-33.
2. Лихачев А.Б. «Справочник по оториноларингологии», Медицина, 1984г. с. 328-331.
3. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 24-28.
4. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 194-230.
5. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. «Практическая оториноларингология» МИА 2006. с. 97-131.

#### Методические указания.

При подготовке к занятию следует углубить имеющиеся знания по клинической анатомии и физиологии носа и

придаточных пазух. Обратить особое внимание на топографическую анатомию носа и придаточных пазух и их взаимоотношения с центральной нервной системой, органом зрения и слезопроводящими путями. Следует повторить и хорошо знать особенности кровоснабжения наружного носа, полости носа и околоносовых пазух, анастомозы венозной сети с сосудами головного мозга. Знать анатомические предпосылки для развития фурункула носа применительно и тромбоза кавернозного синуса.

Особое внимание обратить на значение работ Н.И.Пирогова в описательной анатомии носа и придаточных пазух. Следует знать, строение стенок придаточных пазух носа применительно к осуществлению диагностических манипуляций и оперативных вмешательств. Необходимо повторить строение и проводящие пути обонятельного анализатора, знакомые по клинике нервных болезней. Рекомендуется четко усвоить тактику при повреждениях носа и придаточных пазух (на основании общих сведений о травмах).

В процессе практического занятия предстоит научиться методам исследования носа и придаточных пазух, поэтому внимательно ознакомьтесь с рисунками, приводимыми в руководстве.

Необходимо обратить внимание сообщениям и связям между главной полостью носа и придаточными пазухами. Знать отверстия гайморовой пазухи у самой ее крышки, извилистый, узкий и длинный лобно-носовой канал, на скрытом и глубоком расположении отверстия основной пазухи и на положении отверстий клеток решетчатого лабиринта. Знать вопрос о пневматизации лицевого скелета и развития пазух для создания представления о полости носа и его придаточных пазухах как о единой системе.

Показать на препаратах топографо-анатомические взаимоотношения между носом и придаточными пазухами, с одной стороны, и полостью черепа, глазницей, зубами - с другой, т.е. отношение стенок отдельных околоносовых пазух к глазнице, дна гайморовой пазухи - к альвеолярному отростку верхней челюсти, задней стенки лобной пазухи - к передней черепной ямке, решетчатого лабиринта - к глазнице, ситовидной пластинки - к передней черепной ямке, основной пазухи - к гипофизу и зрительному нерву. Разъяснить патогенез внутричерепных и глазничных осложнений при заболеваниях носа и его придаточных пазухах, а также хирургических методов лечения.

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

*Студент должен знать:* Классификацию опухолей ЛОР органов. Классификацию по системе Т.М. Опухоли носа и придаточных пазух, глотки, гортани, уха, предраковые заболевания, клинику, диагностику дифференциальную, все виды лечения рака, стадии рака.

Частота рака гортани среди опухолей других локализаций ЛОР органов. Основные операции, проводимые по поводу рака гортани. Резекции, экстирпация. Противопоказания для лучевой терапии по поводу рака. Злокачественные опухоли носа и глотки. Клиника. Дифференциальная диагностика. Особенности локализации опухолей глотки, их развитие. Гистологическая структура (зрелость ткани). Методы лечения в зависимости от зрелости. Дифтерия гортани.

*Студент должен уметь:*

1. Взятие мазка из носа, глотки.
2. Обращение с трахеотомической трубкой.
3. Ларингоскопию.
4. Чтение рентгенограмм, томограмм. Внешняя характеристика опухолей.
5. Выписать рецепт для лечения.

Литература.

1. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 525-580.
2. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. с. 389-412.
3. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 480-566.
4. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 512-567.

определяется в той или иной степени нарушение проходимости слуховых труб.

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

#### Контрольные вопросы.

1. Методика определения функционального состояния отолитового аппарата.
2. Методика определения функционального состояния полукружных каналов.
3. Методика вращательной пробы.
4. Методика калорической пробы.
5. Величина нормальной возбудимости лабиринта при вращательной пробе.
6. Величина нормальной возбудимости лабиринта при калорической пробе.
7. Трудовая экспертиза больного нейросенсорной тугоухостью.
8. Трудовая экспертиза больного хроническим эпитимпанитом.
9. Трудовые рекомендации больному отосклерозом.
10. Трудовые рекомендации больному болезнью Меньера.
11. Возможность службы в армии больного хроническим гнойным мезотимпанитом.
12. Объективные признаки глухоты.
13. Особенности обнаружения односторонней глухоты.

#### ЗАНЯТИЕ № IX. (проводится в стационаре)

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

*Цель:* Краткое изучение основных видов опухолей,

При изложении аномалии носа и придаточных пазух необходимо указать, что основой современных топографо-анатомических знаний являются классические исследования Н.И.Пирогова; кроме того, следует отметить работы других отечественных авторов, способствовавших разработке хирургических методов лечения (А.Ф.Иванова, Л.И. Свержевского и др.).

При изложении анатомии носа следует остановиться на кровоснабжении, в частности, на сосудистой сети в передней части хрящевой перегородки - частого исходного места носовых кровотечений.

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

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

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

#### Контрольные вопросы:

1. Какую форму, составные части имеет наружный нос?
2. Какие кости принимают участие в образовании наружного носа?
3. Какими хрящами представлен хрящевой остов наружного носа?
4. Кровоснабжение и иннервация наружного носа?
5. Назвать стенки носовой полости.
6. Где располагаются носовые раковины?
7. Где располагается общий носовой ход и др. носовые ходы?
8. Какой канал имеет отверстие в нижнем носовом ходе?
9. Какие особенности строения имеет латеральная стенка полости носа?

10. Какие области выделяют в слизистой оболочке полости носа?
11. Какая часть слизистой оболочки относится к обонятельной области?
12. Какие особенности строения имеет слизистая оболочка полости носа.
13. Строение носовой перегородки.
14. Особенности кровоснабжения полости носа.
15. Какие нервы осуществляют иннервацию носа?

#### По теме занятий:

1. Где располагается кровотоочивая зона носовой перегородки?
2. Как развиваются придаточные полости носа?
3. Сколько придаточных пазух бывает развито у человека и моменту рождения?
4. Какую форму и объем имеет гайморова полость?
5. Какая из стенок гайморовой полости наиболее тонкая?
6. Канал какого нерва проходит к глазничной стенке гайморовой полости?
7. Можно ли промыть гайморову полость через нижнюю стенку?
8. Через какую стенку можно делать пункцию гайморовой полости?
9. Через какую стенку осуществляется оперативное вмешательство при гайморитах?
10. Имеется ли лобная пазуха у новорожденного?
11. Какие стенки имеет лобная пазуха?
12. Каким образом лобная пазуха сообщается с полостью носа?
13. Через какую стенку можно сделать пункцию лобной пазухи?
14. Каковы особенности расположения решетчатого лабиринта?
15. Имеется ли сообщение решетчатого лабиринта с полостью носа?
16. Где располагается основная пазуха?
17. На какой стенке основной пазухи имеется ее выводное отверстие?
18. Какие функции осуществляет нос? В чем состоит физиология носа?
19. Что такое anosmia?
20. Сколько влаги слизистая оболочка полости носа за сутки

больные не испытывают никаких вестибулярных расстройств, хотя при исследовании нередко наблюдается понижение возбудимости лабиринта.

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

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

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

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

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

внутривенным капельным введением 5% раствора гидрокарбоната натрия в количестве 50-150 мл. Количество и частота внутривенных введений определяется тяжестью течения заболевания.

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

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

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

Причинами возникновения таких нарушений в слуховом анализаторе могут быть:

- интоксикация большими дозами салициловых препаратов, ототоксичных антибиотиков (стрептомицин, канамицин, мономицин и других), препаратов ртути, мышьяка и других веществ;
- инфекция (цереброспинальный менингит, скарлатина, корь, грипп);
- эндокринные и сосудистые расстройства;
- острая и хроническая акутравма (воздействие интенсивных звуков).

Заболевание характеризуется прогрессирующим понижением слуха по типу нарушения звуковосприятия, наличием шума в ушах. Иногда тугоухость развивается в течение нескольких дней и даже часов (острая Нейросенсорная тугоухость). В этих случаях могут быть выражены и симптомы раздражения вестибулярного аппарата (головокружение, тошнота, нарушения равновесия, появление спонтанного нистагма). При медленно развивающихся изменениях в слуховом анализаторе (хроническая Нейросенсорная тугоухость)

выделяет?

21. Какой % выдыхаемой пыли и бактерий задерживается в полости носа?
22. Как осуществляется дыхательная функция носа?
23. В чем состоит защитная функция носа?
24. Какие существуют методы осмотра наружного носа и полости носа?
25. Как определить остроту обоняния?
26. Как оценить рентгенограммы придаточных пазух носа?
27. Что такое диафаноскопия?
28. Какой метод исследования позволяет достоверно определить состояние придаточных пазух носа?
29. В чем состоит физиологическая роль придаточных пазух носа?
30. Как можно объяснить появление фурункула наружного носа?

### ЗАНЯТИЕ № III. (Проводится в стационаре)

**Тема:** Анатомия, физиология и методы исследования глотки, гортани, трахеи и пищевода.

**Цель:** Обучение анатомии, физиологии, методике функционального исследования глотки, гортани, трахеи и пищевода. Ознакомление со строением указанных органов, а также с анатомо-топографическими взаимоотношениями их с соседними органами.

**Студент должен знать :** Анатомию глотки и ее слои, заглоточное пространство. Носоглотку и ее функциональную связь со слуховыми трубами. Ротоглотку, гортаноглотку. Лимфаденоидное глоточное кольцо. Строение миндалин. Сосуды и нервы глотки. Функции глотки: глотание, сосание, речевая, защитная, вкусовая. Клиническую анатомию и физиологию гортани, трахеи и пищевода: хрящи, суставы и связки, мышцы гортани и их функции, особенности строения слизистой, кровоснабжение, иннервации, возрастные анатомо-топографические особенности гортани, методы исследования гортани.

**Студент должен уметь:** Мезофарингоскопию, заднюю риноскопию, непрямую ларингоскопию, пальцевое исследование носоглотки, пальпация челюстных лимфатических узлов,

определение содержания вакуум небных миндалин. Пальпировать и осматривать область гортани. Производить непрямую ларингоскопию. Читать рентгенограммы и томограммы гортани. Производить анестезию слизистой гортани.

#### Литература.

1. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 38-71.
2. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. с. 26-31.
3. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 283-287, 299-303, 366-386, 445-451.
4. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 22-28, 54-58, 187-202, 265-281.
5. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 45-71.
6. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 139-146, 208-215, 372-373.

#### Дополнительная литература.

1. Блоцкий А.А., Плужников М.С., Карпищенко С.А. «Клиническая анатомия ЛОР органов» СПб.: 2007. с. 33-87.
2. Лихачев А.Б. «Справочник по оториноларингологии», Медицина, 1984г. с. 323-328.
3. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 102-104.
4. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 333-339, 364-374, 391-404.
5. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. «Практическая оториноларингология» МИА 2006. с. 131-155.

#### Методические указания.

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

Исследование полости рта, которое всегда должно предшествовать исследованию глотки, начинается с осмотра губ и преддверия рта. Шпателем поочередно оттягивают углы рта, и

равновесия, горизонтально-ротаторным нистагмом, шумом в ушах, понижением слуха, как правило, на одно ухо. Приступ может длиться от нескольких часов до нескольких суток и повторяться через некоторые промежутки времени - от нескольких дней до года и более. Статокинетические проявления (промахивание, отклонение тела) направлены в сторону медленного компонента спонтанного нистагма.

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

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

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

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

Для купирования приступов болезни Меньера применяются различные лекарственные средства, нормализующие процессы микроциркуляции в ушном лабиринте, что способствует понижению внутрилабиринтной гипертензии (гидропса), которая является причиной развития лабиринтной атаки. Хороший терапевтический эффект оказывают инъекции смеси в составе: 1 мл 2% раствора димедрола, 1 мл 2% раствора папаверина гидрохлорида, 0,5 мл 0,1% раствора сульфата атропина и 2 мл 2,5% раствора пипольфена. Широкое распространение получило лечение болезни Меньера как с целью купирования приступов, так и предупреждение их рецидивов,



слышимости в шумной обстановке (паракузис Виллизия).

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

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

Лечение отосклероза может быть консервативным, направленным в основном на уменьшение шума, чем достигается и некоторое субъективное улучшение слуха. С этой целью назначают препараты фосфора, кальция, брома, витамины В<sub>1</sub> и Е, электрофорез с йодом и кальцием, токи д.Арсонваля. Широкое распространение получили методы хирургического лечения, целью которых является восстановление подвижности стремени. Ведущее место среди них в настоящее время занимает операция - стапедопластика.

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

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

Приступ болезни Меньера возникает внезапно, среди общего благополучия и сопровождается головокружением с определенной направленностью (ощущением вращения окружающих предметов или самого больного вокруг его оси), тошнотой, рвотой, нарушением

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Методы исследования носоглотки.**

Кратко описывается клиническая и топографическая анатомия носоглотки, подробно останавливаясь на расположении третьей миндалины с хоанами и устьями евстахиевых труб. Показывается метод введения носоглоточного зеркала и осмотра носоглотки.

Учитывая его трудности, следует иногда проводить осмотр носоглотки после подавления глоточного рефлекса, путем смазывания зева анестезирующими средствами.

Занятие состоит из краткого изложения клинической анатомии гортани, показа приемов исследования гортани, упражнений студентов друг на друге. При исследовании гортани указывают на необходимость использовать 2 метода исследования:

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

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

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

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

Пальпацией иногда удается установить наличие перелома

#### **Дополнительная литература.**

1. Лихачев А.Б. “Справочник по оториноларингологии”, Медицина, 1984г. с. 261-266.
2. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. “Заболевания среднего уха”, Медицина, 1988г. с. 121-162.
3. Шеврыгин Б.В. “Руководство по детской оториноларингологии”, Медицина, 1996г. с. 271-287.
4. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. «Практическая оториноларингология» МИА 2006. с. 203-212.
5. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с.140-160.
6. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 201-225.
7. Шеврыгин Б.В. «Справочник оториноларинголога» М: Кронпресс – 1996. с. 209-307.

#### **Методические указания.**

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

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

оперативного лечения, способов профилактики.

**Студент должен знать:** пути проникновения инфекции во внутреннее ухо. Ограниченный, диффузный, гнойный, серозный лабиринтит. Нейросенсорная тугоухость инфекционного, токсического, травматического, профессионального происхождения. Диагностика, лечение и профилактика.

Отосклероз. Патогенез, клиника, диагностика и лечение. Показания к слуховосстанавливающим операциям, виды хирургических вмешательств.

Болезнь Меньера. Патогенез, клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение уха.

Глухота и немота. Распознавание глухоты в раннем детском возрасте методом условных рефлексов. Мировой опыт обучения глухих: детей. Сурдологические кабинеты и центры. Слухопротезирование при различных формах глухоты и тугоухости. Меры профилактики.

**Студент должен уметь:**

1. Обследовать больного с негнойными заболеваниями уха.
2. Продувать уши по Политцеру.
3. Исследовать слух камертонами.
4. Анализировать аудиограмму.
5. Проводить вестибулярные пробы, заполнять вестибулярный паспорт.
6. Оформить рецепты.

#### **Литература.**

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 193-198.
2. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 413-419, 488-490.
3. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. 342-374.
4. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 153-185, 568-591.
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 436-469.
6. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 296-309.
7. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 320-321, 345-367.

хрящей, преимущественную локализацию боли, крепитацию, консистенцию и форму опухолевидных образований и их связь с гортанью.

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

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

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

При повышенном глоточном рефлексе, когда одно введение зеркала в полость рта вызывает рвотное движение, следует отвлечь больного, предлагая ему спокойно и равномерно дышать с

участием брюшного пресса (животом). Иногда лишь при многократном повторном введении зеркала удается рассмотреть гортань. В крайнем случае прибегают к смазыванию мягкого неба, дужек задней стенки глотки и корня языка 10% раствором лидокаина.

Отмечают также у детей, особенно раннего возраста, из-за сопротивления, резкого глоточного рефлекса и рвотных движений в большинстве случаев осмотр гортани обычным способом не представляется возможным, вследствие чего при определенных показаниях приходится прибегать к прямой ларингоскопии.

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

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

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

#### **Контрольные вопросы.**

1. Где расположена и на какие части разделяется глотка?
2. Из каких оболочек образована стенка глотки?
3. Назовите мышцы глотки и их функции.

17. Основные признаки хронического гнойного эпитимпанита.
18. Возможность назначения консервативного лечения при хроническом среднем отите.
19. Трудовая экспертиза больных хроническим средним отитом.
20. Возможность назначения хирургического лечения при хроническом среднем отите.
21. Задачи тимпаноластики.
22. Формы хронического среднего отита.
23. Определение холестеатомы.
24. Причина зловонного запаха при хроническом гнойном эпитимпаните.
25. Типы операций при хроническом эпитимпаните.
26. Номенклатура заболеваний наружного, среднего или внутреннего уха, при которых чаще развиваются отогенные внутричерепные осложнения.
27. Виды внутричерепных осложнений отогенного происхождения.
28. Виды операций при отогенном менингите.
29. Стадии течения абсцессов мозга и мозжечка.
30. Сущность амнестической афазии.
31. Сущность сенсорной афазии.
32. Заболевания дифференциального диагноза при абсцессе мозга и мозжечка.
33. Симптомы отогенного сепсиса.
34. Принципы хирургического лечения больных внутричерепными отогенными осложнениями.
35. Трудовые рекомендации больному после радикальной операции на ухе.

**ЗАНЯТИЕ № VIII.** (Самостоятельная поликлиническая работа студента под руководством преподавателя)

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

**Цель:** обучение практическим навыкам клинического обследования больных при негнойных заболеваниях уха. Изучение дифференциального диагноза, методов консервативного и

12. Изменения барабанной перепонки при остром катаральном среднем отите.
13. Исходы острого катарального среднего отита.
14. Исходы острого гнойного среднего отита.
15. Факторы нарушения звукопроводения при остром катаральном среднем отите.
16. Факторы нарушения звукопроводения при остром гнойном среднем отите.
17. Виды лечения больных острым гнойным средним отитом.
18. Методика парацентеза.
19. Способы восстановления слуха при остром среднем отите и его последствиях.

#### **По теме занятия.**

1. Анатомические условия перехода воспалительного процесса из наружного уха в околоушную железу.
2. Дифференциальный диагноз между перихондритом и рожистым воспалением ушной раковины.
3. Возможность снижения слуха при травматической ампутации ушной раковины.
4. Возможность изменения слуха после травмы наружного слухового прохода.
5. Влияние особенностей сосцевидного отростка на воспалительный процесс в среднем ухе.
6. Топография лицевого пера?
7. Влияние анатомических особенностей уха на развитие отогенных внутричерепных осложнений при воспалительных процессах и травме уха.
8. Пути распространения воспалительного процесса из сигмовидного синуса.
9. Возможность нарушения слуха при проходимости слуховой трубы.
10. Латерализация низкочастотного сигнала в опыте Вебера при нарушении звукопроводения.
11. Значение опыта Ринне при заболеваниях среднего уха.
12. Осложнения острого среднего отита.
13. Причина зловонного гноя при остром мастоидите.
14. Номенклатура операций.
15. Наиболее частые причины перехода острой формы среднего отита в хроническую.
16. Основные признаки гнойного мезотимпанита.

4. Назовите границы носоглотки.
5. Назовите границы гортаноглотки.
6. Назовите границы ротоглотки.
7. Строение слизистой оболочки глотки.
8. Где находится заглоточное пространство?
9. Какие хрящи образуют скелет гортани?
10. Где располагаются голосовые складки?
11. На какие группы делятся мышцы гортани по функциям?
12. Где располагаются ложные голосовые складки?
13. В чем состоят особенности строения слизистой оболочки гортани?
14. Какие связки относятся к внутренним складкам гортани?
15. Как осуществляется кровоснабжение, иннервация и пути лимфооттока гортани?

#### **По теме занятия**

1. Каковы анатомические предпосылки развития заглоточного абсцесса?
2. Можно ли отличить заглоточный абсцесс от абсцесса при туберкулезе позвоночника?
3. Какие осложнения могут развиваться при заглоточном абсцессе?
4. В каком возрасте возникает заглоточный абсцесс?
5. Какие существуют анатомические пути проникновения инфекции в заглоточное пространство?
6. В каком отделе глотки наиболее часто развивается заглоточный абсцесс?
7. Сколько миндалин входит в состав лимфаденоидного глоточного кольца Вальдейера-Пирогова?
8. Как осуществляется кровоснабжение небной миндалины?
9. Наружная или внутренняя сонная артерия ближе располагается к нижнему полюсу неба?
10. Какая артерия располагается ближе к верхнему полюсу небной миндалины?
11. Как осуществляется иннервация миндалин?
12. Кто из отечественных авторов обнаружил и изучил тонзиллорецепторы?
13. Куда направляются отводящие лимфатические сосуды глотки?

14. В чем состоит функция глотки?
15. Каким инструментом проводится обычно осмотр нижнего отдела глотки?
16. Каким инструментом проводится осмотр среднего отдела глотки?
17. Каким методом исследования можно воспользоваться для осмотра носоглотки у детей?
18. Какие анатомические предпосылки имеются для развития крупа?
19. По каким признакам отличаются ложный круп от истинного?
20. Какие анатомические предпосылки имеются для развития рака гортани?
21. По каким причинам может возникнуть паралич задней перстне-черпаловидной мышцы?
22. Будет ли нарушение функции гортани при параличе задней перстне-черпаловидной мышцы?
23. Какие симптомы могут быть при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
24. В чем состоит физиология гортани?
25. Может ли говорить человек, у которого удалена гортань?
26. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
27. В чем отличие прямой ларингоскопии от прямой?
28. Какие аномалии развития гортани могут быть у детей?

#### **ЗАНЯТИЕ № IV.** (Проводится в стационаре)

**Тема:** Анатомия, физиология, методы исследования наружного, среднего и внутреннего уха. Слуховой и вестибулярный анализатор.

**Цель:** Обучение анатомии, физиологии, методике функционального исследования наружного, среднего и внутреннего уха. Ознакомление со строением указанного органа, а также с анатомо-топографическими взаимоотношениями его с соседними органами. Ознакомление с анатомо-физиологическими особенностями слухового и вестибулярного анализатора.

**Студент должен знать:** анатомию наружного уха,

наличие лабиринтных атак, головных болей и др. проявлений. При осмотре уха необходимо обратить внимание на большое дифференциально-диагностическое значение цвета, запаха, консистенции гнойного отделяемого; зависимость зловонного запаха от процессов спонтанного разрушения кости и воспаления кожных покровов слухового прохода. Указывается важность тщательного туалета слухового прохода от скопившегося секрета. При диагностике острого наружного отита студент должен обратить внимание на отслойку задне-верхней стенки, определить ее местоположение, дать описание перфорации барабанной перепонки, уточнить характер изменений слизистой оболочки барабанной полости, возможность и необходимость зондирования и промывания надбарабанного пространства (определяют величину хода и наличие кариозно измененных участков костной ткани) канюлей. В процессе занятия студенты осматривают больного эпитимпанитом: проводят манипуляции в наружном слуховом проходе самостоятельно, изучают характер выделившейся из уха жидкости (определяют наличие пленок, чешуек эпидермиса, мутность жидкости, наличие густого гноя, тяжелой слизи, крошковидного гноя). Оценивая эффективность местного применения лекарственных веществ, следует установить показания к использованию жидких лекарств различного механизма действия, в том числе вяжущих, прижигающих и антимикробных средств. Необходимо отметить знание микробиологического исследования секрета. Показания к радикальной операции уха должны быть изложены в соответствии с вариантом хронического среднего отита.

#### **Контрольные вопросы.**

1. Структура наружного уха.
2. Топография наружного слухового прохода.
3. Отделы наружного слухового прохода.
4. Структура и положение барабанной перепонки.
5. Структурные особенности поверхности лабиринтной стенки барабанной полости.
6. Этиологические факторы развития острого среднего отита.
7. Пути проникновения инфекции в барабанную полость.
8. Дифференциальный диагноз острого среднего отита.
9. Меры профилактики острого среднего отита.
10. Симптомы острого катарального среднего отита.
11. Симптомы острого гнойного среднего отита.

мастоидита.

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

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

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

При разборе больных следует обратить внимание на жалобы и анамнестические данные, позволяющие в известной мере выявить причину и длительность, характер и динамику воспалительного процесса в ухе. Важными факторами являются частота обострений,

среднего уха, системы его полостей, стенок барабанной полости, сосцевидного отростка, слуховой трубы; кровоснабжение и иннервацию наружного и среднего уха, возрастные особенности структуры.

Улитка, ее отделы, кровоснабжение, иннервация. Строение рецепторного аппарата спирального органа улитки, проводящие пути и центры слухового анализатора, отделы звукопроводения и звуковосприятия, теории слуха. Физиологические особенности слухового анализатора: область восприятия, адаптация, утомление, бинауральный слух, ототопика. Определить слуховой паспорт обследуемого. Анатомию преддверия и полукружных каналов, их кровоснабжение, возрастные особенности; строение рецепторного аппарата мешочков, преддверия ампул полукружных каналов; ядра вестибулярного анализатора, их связь с другими отделами центральной нервной системы; законы Эвальда, Воячека.

*Студент должен уметь:* проводить пальпаторное и визуальное исследования слуха, определение подвижности барабанной перепонки и проходимости слуховых труб, ушную манометрию, отоскопию, исследование слуха камертонами. Читать рентгенографию височных костей, аудиограммы, собрать правильно анамнез, заполнить на больного слуховой и вестибулярный паспорт; выявить спонтанный нистагм; сделать калорическую, вращательную и прессионную пробы; исследовать функцию отолитового аппарата и оценить ее по В.И.Воячеку.

### Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 62-82.
2. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 76-120.
3. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. с. 67-84.
4. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 5-62.
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 28-54, 320-366.
6. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 71-110.
7. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 265-281.

### Дополнительная литература.

1. Блоцкий А.А., Плужников М.С., Карпищенко С.А. «Клиническая анатомия ЛОР органов» СПб.: 2007. с. 87-162.
2. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с.34-48.
3. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 29-99.
7. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. «Практическая оториноларингология» МИА 2006. 155-203, 212-230.

### Методические указания.

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

Необходимо знать кровоснабжение и иннервацию наружного и среднего уха и симптомы, возникающие при их травмах.

Следует хорошо знать отделы наружного и среднего уха в звукопроведении, обратив внимание особо на роль барабанной перепонки и слуховых косточек. Необходимо знать воздушные и костные пути передачи звуков, распространение звуковых колебаний, также понятия как сила звука из курса физики и физиологии. В процессе практического занятия предстоит научиться определять нормальное состояние барабанной перепонки и возможные ее изменения при патологических состояниях. Следует иметь представление о функции слуховой трубы, ее роли в развитии тугоухости. Предстоит научиться определять состояние элементов среднего уха на основании рентгенологического исследования. В процессе занятия студенты должны научиться туалету наружного слухового прохода. Для этого правильно завернуть вату на зонд. Необходимо знать правила промывания уха при серной пробке и инородном теле, самому суметь сделать промывание уха. Внимательно ознакомьтесь с рисунками в учебнике для быстрого овладения методами исследования наружного и среднего уха.

При отоскопии необходимо оттягивать ушную раковину, предварительного осмотра освещенного слухового прохода, а иногда и барабанной перепонки еще до введения воронки, подбора

для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 180-193.

2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 381-411, 419-428, 487-488, 493-515.
3. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. с. 324-369.
4. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 85-153.
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 366-436, 469-499.
6. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 261-296.
7. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 301-317, 320-343.

### Дополнительная литература.

1. Плужников М.С., Блоцкий А.А., Денискин О.Н., Брызгалова С.В. «Рентгенодиагностика в оториноларингологии» СПб.: 2007. с. 99-129.
2. Лихачев А.Б. «Справочник по оториноларингологии», Медицина, 1984г. с. 144-261.
3. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. «Заболевания среднего уха», Медицина, 1988г. с. 18-96.
4. Шеврыгин Б.В. «Руководство по детской оториноларингологии», Медицина, 1996г. с. 195-271.
5. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 104-140.
6. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 157-166.
7. Шеврыгин Б.В. «Справочник оториноларинголога» М: Кронпрес – 1996. 209-307.

### Методические указания.

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



острого воспаления среднего уха в детском возрасте при инфекционных заболеваниях. Острые анtrit и мастоидиты. Типичные и атипичные формы мастоидита: петрозит, сквамит, зигоматит, верхушечные мастоидиты. Операции на сосцевидном отростке - антротомия, мастоидотомия, мастоидэктомия.

Хронический гнойный средний отит. Статистические данные. Причины возникновения. Роль верхних дыхательных путей и реактивности организма в развитии течения воспалительного процесса в среднем ухе. Основные клинические течения, отоскопических проявлений, нарушений слуховой функции в зависимости от локализации процесса в среднем ухе. Холестеатома, кариес, грануляции. Осложнения хронических средних отитов. Диспансеризация больных хроническим гнойным средним отитом. Консервативные методы лечения. Показания к общеполостной (радикальной) операции уха. Слуховосстанавливающие операции при хронических средних отитах. Тимпанопластика. Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис. Лептоменингит, отогенный абсцесс мозга и мозжечка. Пути распространения инфекции в полость черепа. Основные принципы лечения больных отогенными внутричерепными осложнениями и сепсисом. Экстренное хирургическое вмешательство с целью инактивации гнойных очагов среднего уха, венозных синусов, мозга и мозжечка. Варианты антибактериальной, дегидратационной, дезинтоксикационной гипосенсибилизирующей терапии.

**Студент должен уметь:**

1. Обследовать больного острым средним отитом.
2. Выполнить туалет уха.
3. Вводить в ухо турунды с лекарственными веществами.
4. Промывать ухо с помощью шприца Жане.
5. Накладывать согревающий компресс на ухо.
6. Выписывать рецепты.
7. Обследовать больных хроническим гнойным средним отитом.
8. Исследовать слух камертонами.
9. Обследовать больного с негнойными заболеваниями уха.
10. Продувать уши по Политцеру.
11. Исследовать слух камертонами.
12. Анализировать аудиограмму.

**Литература.**

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие

диаметра воронки, оптимальной глубины ее введения. Ушная воронка вводится легкими вращательными движениями в слуховой проход.

При изложении анатомии следует подчеркнуть, что евстахиева труба и барабанная полость вместе со всеми ячейками сосцевидного отростка представляет собой единую воздухоносную систему, развивающуюся главным образом в детском возрасте. Развитие этой системы находится в зависимости от развития организма ребенка, от состояния питания и перенесенных общих заболеваний. Следует также коснуться возрастных особенностей строения наружного слухового прохода, положения барабанной перепонки и антрума, одновременно указывая на значение этих особенностей для клиники.

Кратко описываются взаимоотношения между различными отделами уха, разделяющие эти отделы образования и преформированные сообщения между ними; отношение различных отделов уха к средней и задней черепным ямкам, суставу нижней челюсти, околоушной железе, окологлоточному и заглоточному пространствам и мягким тканям шеи; особенности лимфатического оттока. Подчеркивается значение всех этих особенностей строения уха для патологии и клиники.

Необходимо иметь представление о звуке и о звукопроведении, об элементах среднего и внутреннего уха, участвующих в передаче звуковых колебаний периферическому рецептору, о сущности воздушной и костной проводимости звуков, строение внутреннего уха и расположение в нем периферического рецептора, о первичном анализе отдельных звуков в периферическом анализаторе, о пространственном распределении восприятия в улитке (резонансная теория, теории Бекеша, Резерфорда, опыты Л.А.Андреева).

Необходимо изложить взгляд И.П.Павлова на структуру анализаторов вообще и слухового в частности, указав, что он представляет собой единую систему (периферический рецептор, проводники и корковый анализатор), и что поражения его отдельных составных частей не могут не отразиться на функции всего анализатора. Следует также остановиться на учении И.П.Павлова о строении и функционировании коркового отдела анализатора, о высокой его функциональной подвижности, в силу чего при выпадении центрального ядра анализатора в определенной степени его функцию выполняют другие отделы. Эти положения важны с точки зрения повседневной практики

клинициста, так как указывают на громадную функциональную заменяемость одних отделов коры другими.

Необходимо знать, что на основе указанных анатомо-физиологических данных можно по результатам исследования слуха различить поражение звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов, а также поражения отдельных участков улитки. Нужно специально остановиться на значении исследования слуха чистыми тонами и речью, в частности, на том, что при исследовании речью и сопоставлении этих данных с результатами данных исследования камертонами определяется и функция центральной части слухового анализатора. Одновременно следует указать, что исследование речью, состоящей из звуков различной частоты, дает известное представление и о функции периферического рецептора, причем имеет значение соответствующие подбор слов по высоте (басовых и дискантовых) и по звучности (звонких и глухих).

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

Необходимо изложить и продемонстрировать методику исследования спонтанного нистагма, фистульного симптома, пальцепальцевой и пальценосовой проб, пробы тонуса и отклонения рук, устойчивости в позе Ромберга, походки и заполнить вестибулярный паспорт.

При изложении анатомо-физиологических данных вестибулярного анализатора, методах его исследования необходимо подчеркнуть заслуги отечественных авторов в более точном описании морфологических и физиологических данных о рефлекторной вестибулярной реакции, функции вестибулярного анализатора и методике его исследования.

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

течению?

70. Признаки подвязочного ларингита.
71. Какие основные лечебные мероприятия следует применять для ликвидации ложного крупа?
72. Формы хронических ларингитов.
73. Где располагаются певческие узелки?
74. С какими заболеваниями следует дифференцировать хронический атрофический ларингит?
75. При каких заболеваниях возникают отеки гортани?
76. При каких заболеваниях возникает флегмонозный ларингит?
77. Какие осложнения могут быть при флегмонозном ларингите?
78. Какие показания к трахеотомии?
79. Какие известны виды трахеотомии?
80. Какие осложнения могут быть при трахеотомии?
81. В каких случаях возникает эмфизема подкожной клетчатки шеи после трахеотомии?
82. Когда можно деканюлировать больного после трахеотомии?

## ЗАНЯТИЕ № VII. (проводится в стационаре)

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

**Цель:** обучение практическим навыкам клинического обследования, дифференциальной диагностике и методам лечения при острых отитах и острых мастоидитах. Обучение студентов практическим навыкам клинического обследования больных хроническим гнойным отитом, мезотимпанитом, эптитимпанитом. Ознакомление с различными видами осложнений, способами раннего выявления больных такой патологии, современными методами лечения и показаниями к госпитализации.

**Студент должен знать:** острый и хронический катар слуховой трубы, экссудативный и адгезивный средний отит, аэроотит. Острое катаральное и гнойное воспаление среднего уха: клиника, показания к парацентезу, исходы. Особенности течения

Венсана?

41. Каким инструментом проводится обычно осмотр среднего отдела глотки?
42. В каком возрасте встречаются аденоиды?
43. Почему у людей старше 30 лет аденоиды встречаются крайне редко?
44. Какую консистенцию имеют аденоиды при пальпаторном исследовании?
45. Морфологическое строение аденоидов.
46. Степени гипертрофии носоглоточной миндалины.
47. Перечислить осложнения, вызываемые аденоидами со стороны ЛОР органов.
48. Почему при аденоидах происходит венозный застой в головном мозге?
49. Перечислить методы лечения аденоидов.
50. Основные местные признаки хронического тонзиллита?
51. Клинические формы хронического тонзиллита.
52. Методы лечения хронического тонзиллита.
53. Каковы показания к тонзиллэктомии?
54. Осложнения во время тонзиллэктомии.
55. Осложнения после тонзиллэктомии.
56. Какова тактика в послеоперационном периоде после тонзиллэктомии?
57. Какие анатомические предпосылки для развития крупа?
58. По каким признакам отличается ложный круп от истинного?
59. По каким причинам может возникнуть паралич задней перстне-черпаловидной мышцы?
60. Будет ли нарушение функции гортани при параличе задней перстне-черпаловидной мышцы?
61. Какие симптомы могут быть при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
62. Какие симптомы возникают при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
63. В чем состоит физиология гортани?
64. Может ли говорить человек, у которого удалена гортань?
65. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
66. В чем отличие прямой ларингоскопии от не прямой?
67. Какие аномалии развития гортани могут быть у детей?
68. Какие факторы способствуют развитию ларингитов?
69. На какие формы делятся ларингиты по клиническому

### Контрольные вопросы.

1. Из каких частей состоит наружное ухо?
2. Какое строение имеет ушная раковина?
3. Где находится отверстие наружного слухового прохода?
4. Какие части различаются в наружном слуховом проходе?
5. Где расположена барабанная перепонка?
6. Назвать опознавательные пункты барабанной перепонки.
7. Какие отделы различают в барабанной полости?
8. Какие особенности имеет медиальная стенка барабанной перепонки?
9. Какие стенки различают в барабанной полости?
10. Какие слуховые косточки имеются в барабанной перепонке?
11. Есть ли мышцы в барабанной полости? Назвать.
12. Как осуществляется иннервация барабанной полости?
13. Где располагается слуховая труба?
14. Какие особенности имеются в периферическом отделе лицевого нерва?
15. Каковы особенности строения сосцевидного отростка?
16. Где находится внутреннее ухо?
17. На какие части делится костный лабиринт?
18. Какие части различают в улитке?
19. Какую длину имеет спиральный канал улитки?
20. Чем отделены завитки улитки друг от друга?
21. Как называется место перехода лестницы преддверия в барабанную лестницу?
22. Куда направляются периферические отростки нервных клеток спирального узла?
23. Какие артерии снабжают кровью внутреннее ухо?

### По теме занятия.

1. Каковы анатомические предпосылки для перехода воспалительного процесса из наружного уха на околоушную железу?
2. Можно ли травмировать барабанную перепонку, производя туалет наружного слухового прохода?
3. Каковы анатомические предпосылка для проведения диагноза между перихондритом и рожистым воспалением ушной раковины?
4. Наступает ли глухота при травматической ампутации ушной раковины?
5. Может ли изменяться слух после травмы наружного

- слухового прохода?
6. Можно ли удалить инородное тело из костного отдела наружного слухового прохода?
  7. Каковы анатомические особенности барабанной полости, способствующие развитию хронического воспаления?
  8. В чем топографические особенности лицевого нерва, имеют ли они значение для отогенных парезов и параличей его?
  9. Могут ли анатомические особенности уха способствовать развитию отогенных внутренних осложнений при гнойных воспалительных процессах и травмах уха?
  10. В чем значение системы наружного, среднего уха?
  11. В каком возрасте у человека начинает функционировать звуковой (слуховой) анализатор?
  12. Что такое воздушная проводимость?
  13. Что такое костная проводимость?
  14. Имеются ли отличия между воздушной и костной проводимостью?
  15. Каков диапазон разговорной речи?
  16. Какова граница восприятия звуковых колебаний?
  17. Какова оптимальная зона чувствительности уха к звуковым колебаниям?
  18. Что такое громкость и сила звука?
  19. Чем определяется частота звука?
  20. Чем отличается утомление от адаптация?
  21. Возможности моноауральной локализации звука.
  22. Влияние ширины и формы наружного слухового прохода на состояние звукопроведения.
  23. Звуки какой частоты наилучшим образом воспринимаются при компрессионном типе костного звукопроведения?
  24. Теории колебания базилярной мембраны Гемгольца, Бекеша, Резерфорда.
  25. Сторона латерализации звука в опыте Вебера при поражении слухового анализатора звуковоспринимающего отдела.
  26. Изменения показателей опыта Ринне при заболеваниях среднего уха.
  27. В каком отделе барабанной перепонки перфорация оказывает наименьшее влияние на звукопроведение?
  28. Структура вестибулярного аппарата.
  29. Как определяется функциональное состояние отолитового аппарата?

14. Куда направляются отводящие лимфатические сосуды глотки?
15. В чем состоит функция глотки?
16. Каким инструментом проводится осмотр верхнего отдела глотки?
17. Каким инструментом проводится обычно осмотр нижнего отдела глотки?
18. Каким инструментом обычно проводится осмотр среднего отдела глотки?
19. Каким методом можно воспользоваться для осмотра носоглотки у детей?
20. Какое место по остроте занимает ангина среди инфекционных заболеваний?
21. При каких заболеваниях может быть вторичная ангина?
22. При каких заболеваниях крови может быть вторичная ангина?
23. Какими признаками характеризуется ангина при агранулоцитозе?
24. В каких случаях возникает паратонзиллярный абсцесс?
25. Возможно ли самопроизвольное вскрытие паратонзиллярного абсцесса?
26. Каковы осложнения паратонзиллярного абсцесса?
27. В каком возрасте чаще болеют ангиной?
28. Имеют ли значение вирусы в этиологии ангин и хронических тонзиллитов?
29. Какие жалобы у больного катаральной ангиной?
30. Какими признаками характеризуется фолликулярная и лакунарная ангины?
31. Какая фарингоскопическая картина при лакунарной ангине?
32. Можно ли отличить лакунарную ангину от дифтерии по данным фарингоскопии?
33. Какое лечение следует назначить больному ангиной?
34. Сколько дней нетрудоспособен больной ангиной?
35. В чем заключается профилактика ангин?
36. Какие осложнения со стороны ЛОР органов могут возникнуть у больного ангиной?
37. Может ли ангина быть в области гортаноглотки?
38. Какой метод исследования позволяет подтвердить диагноз "Ангина язычной миндалины"?
39. Какие признаки могут быть при ангине Симановского-Венсана?
40. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при ангине Симановского-

И.Б.Солдатова?

17. На какие группы делятся мышцы гортани по функции?
18. Где располагаются ложные голосовые связки?
19. Какие связки относятся к внутренним связкам гортани?
20. В чем состоят особенности строения слизистой оболочки гортани?
21. Как осуществляется кровоснабжение, иннервация и пути лимфооттока гортани?
22. На каком уровне располагается трахея по отношению к позвонкам у детей?
23. Какие неблагоприятные внешние факторы способствуют развитию злокачественных опухолей носа, глотки, гортани?
24. При каких инфекционных заболеваниях может быть вторичная ангина?
25. Какие хронические заболевания могут привести к озлокачествлению?

#### По теме занятия.

1. Каковы анатомические предпосылки развития заглоточного абсцесса?
2. Можно ли отличить заглоточный абсцесс от абсцесса при туберкулезе позвоночника?
3. Какие осложнения могут развиваться при заглоточном абсцессе?
4. В каком возрасте возникает заглоточный абсцесс?
5. Какие существуют анатомические пути проникновения инфекции в заглоточное пространство?
6. В каком отделе глотки наиболее часто развивается заглоточный абсцесс?
7. Назовите причину развития паралича мягкого неба и его симптомам.
8. Сколько миндалин входит в состав лимфаденоидного глоточного кольца Вальдейера-Пирогова?
9. Как осуществляется кровоснабжение небной миндалины?
10. Наружная или внутренняя сонная артерия ближе располагается к нижнему полюсу неба?
11. Какая артерия располагается ближе к верхнему полюсу небной миндалины?
12. Какое значение имеют физиологические барьеры небных миндалин?
13. Как осуществляется иннервация миндалин?

30. Как проводится вращательная проба?
31. Как проводится калорическая проба?
32. Обязательно ли появление нистагма при вращательной пробе?
33. Обязательно ли появление нистагма при калорической пробе?
34. Сторона наибольшей возбудимости горизонтального полукружного канала при спонтанном падении больного вправо.
35. Причина двухкомпонентности нистагма.
36. Причина возникновения медленного компонента на контралатеральной стороне.

**ЗАНЯТИЕ № V.** (Самостоятельная поликлиническая работа студента под руководством преподавателя)

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

**Цель:** обучение студентов практическим навыкам клинического обследования, дифференциальной диагностике и методам лечения при острых и хронических ринитах и синуситах, риногенных осложнениях, носовых кровотечениях.

**Студент должен знать:** фурункул носа. Абсцесс носовой перегородки. Искривление носовой перегородки. Острый ринит, его формы. Ринит у детей. Дифтерия носа, формы, клинические признаки, лечение. Хронический ринит: катаральный, гипертрофический, гиперпластический, атрофический. Озена: патогенез, теории возникновения, клиника, лечение. Вазомоторный ринит, формы. Осложнения острых заболеваний носа. Показания к консервативному и оперативному лечению. Заболевания придаточных пазух носа. Острый гайморит, роль отогенной инфекции в патологии верхнечелюстной пазухи. Особенности клинических проявлений синусита у детей. Остеомиелит у грудных детей. Киста верхнечелюстной пазухи. Хронический синусит, клинические формы: катаральная, гнойная, полипозная, полипозно-гнойная. Значение травмы в возникновении гнойного фронтита, пиоцеле, мукоцеле, остеомиелита лобных пазух. Хронический

сфеноидит. Значение рентгенографии в полуаксиальной проекции в его диагностике. Глазничные и внутричерепные осложнения воспалительных пазух носа, его полостей. Патогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения.

**Студент должен уметь:** правильно собрать жалобы и анамнез заболевания. Провести специфические тесты дифференциальной диагностики - постановка адреналин-кокаиновых проб, определить степень сохранности дыхательной, обонятельной функции. Разбираться в характере носового секрета. Удалить корки из носа и зондировать слизистую. Правильно поставить диагноз обследуемому больному. Смазывание носовых ходов, взятие мазков из носа, инсуфляция лекарственных веществ в нос, чтение рентгенографии, написание рецептов для лечения больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, обследование больного с воспалительными заболеваниями пазух носа. Освоить принципы остановки кровотечения из различных отделов полости носа.

#### Литература.

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 117-142.
2. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 164-253, 515-523.
3. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. с. 174-192.
4. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 230-287, 568-591.
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 88-187.
6. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 110-157.
7. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 47-137.

#### Дополнительная литература.

1. Плужников М.С., Блоцкий А.А., Денискин О.Н., Брызгалова С.В. «Рентгенодиагностика в оториноларингологии» СПб.: 2007. с. 4-67.
2. Дайняк Л.Б., Кунельская В.Я. «Микозы верхних дыхательных путей» Медицина, 1989. с. 11-28.

атрофических процессов верхних дыхательных путей.

Следует указать, что атрофический ларингит встречается не в виде изолированного заболевания, а в сочетании с атрофическими процессами других отделов верхних дыхательных путей. Разбирая вопросы терапии необходимо оттенить значение общегигиенических мероприятий, общеукрепляющего режима и лечения. Среди местных мероприятий нужно отметить применение раздражающих (раствор Люголя) и обволакивающих (масляные растворы) медикаментов.

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

По окончании обследования проводится клинический детальный разбор и устанавливается диагноз.

#### Контрольные вопросы.

1. Где расположена и на какие части разделяется глотка?
2. Из каких оболочек образована стенка глотки?
3. Назовите мышцы глотки и их функции.
4. Назовите границы носоглотки.
5. Назовите границы гортаноглотки.
6. Назовите границы ротоглотки.
7. Строение слизистой оболочки глотки.
8. Где находится заглочное пространство?
9. Какое место по остроте занимает ангина среди инфекционных заболеваний?
10. Какая микробная флора имеет наибольшее значение в возникновении ангины?
11. Почему ангиной болеют чаще всего молодые люди?
12. Какие внешне неблагоприятные факторы способствуют развитию ангины и хронических тонзиллитов?
13. С какими заболеваниями часто приходится дифференцировать хронический тонзиллит?
14. Каковы признаки хронического тонзиллита?
15. Какие клиничко-анатомические формы хронического тонзиллита известны?
16. Какие формы хрон. тонзиллита различают по классификации А.А.Луковского, Б.С.Преображенского,

заболеваниях могут наблюдаться дисфагия и затруднение дыхания.

2. Охриплость при хроническом ларингите меняет обычно свою интенсивность, порой на время даже перестает беспокоить больного.
3. Охриплость при хроническом ларингите обычно сильнее выражена утром, после сна.

В ларингоскопической картине следует обратить внимание на симметричность изменений, характерную для ларингита. В случае нарушения фонаторного смыкания голосовых связок необходимо отметить, что при ларингите наблюдается, как правило в передних 2/3, имеет веретенообразную форму, так как возникает в результате двустороннего пареза внутренних мышц голосовых связок.

При установлении диагноза следует уделять внимание признакам, отличающим хронический ларингит от туберкулеза гортани.

При рассмотрении вопросов лечения необходимо остановиться на особом значении голосового режима, щадящей гортань диете, физиотерапии и климатотерапии. Среди местных мероприятий следует указать на ингаляции, обычные и аэрозолями антибиотиков, смазывания гортани лекарственными растворами, закапывание их в гортань; необходимо рассмотреть вопрос о профвредностях.

#### **Гиперпластический ларингит.**

Следует указать, что в этиологии этой формы заболевания играют роль те же причины, что и при катаральном ларингите.

Осветить вопрос об образовании певческих узелков, пахидермии, кератозов, массивных отечных гиперплазии голосовых связок.

При разборе жалоб и анамнеза подчеркнуть те же особенности, которые отмечались при хроническом катаральном ларингите. Особое внимание нужно уделить ларингоскопической картине; указать на большую важность точного определения локализации гиперпластических изменений, их формы и окраски, состояния подвижности голосовых связок и черпаловидных хрящей. На основании характера обнаруженных изменений проводится дифференциальный диагноз между гиперпластическим ларингитом, туберкулёзом, склеромой, особенно, раком гортани. При этом необходимо указать на значение некоторых изменений (кератозы) как предраковых состояний.

#### **Атрофический или сухой ларингит.**

Этиологию атрофического ларингита необходимо рассматривать с тех же позиций, что и этиологию атрофического ринита, разъясняя ошибочность теорий о наследовании

3. Шеврыгин Б.В. "Руководство по детской оториноларингологии", Медицина, 1996г. с. 7-111.
4. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 251-317.
5. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 24-65.
6. Шеврыгин Б.В. «Справочник оториноларинголога» М: Кронпресс – 1996. 125-209.
7. Козлов М.Я. «Воспаление придаточных пазух носа у детей» Медицина, 1985г. 39-201.
8. Лихачев А.Б. "Справочник по оториноларингологии", Медицина, 1984г. 7-111.

#### **Методические указания.**

При исследовании больных необходимо выявить этиологию заболевания у данных больных, а также и значение бытовых и профессиональных факторов. Следует специально остановиться на различных видах пыли, паров и газов как причине хронических ринитов, коснуться некоторых видов некротического насморка, возникающих под воздействием токсических веществ (фосфор и др.). При разборе больных необходимо остановиться на дифференциальной диагностике между простым и гипертрофическим ринитом, озоной и атрофическим ринитом и др., показать порочность и антинаучность учений о роли наследственности при озене и других формах ринита. При демонстрации больных с озоной специально указать на снижение заболеваемости и на те благоприятные изменения в симптоматике, которые отмечаются сейчас в результате огромных улучшений материального благосостояния и повышения культурного уровня населения России. При демонстрации больных с вазомоторным, аллергическим насморком следует детально объяснить нервнорефлекторный характер этого заболевания. При разборе симптомов всех видов насморка обратить специальное внимание на общие явления. Подчеркнуть, что насморк может быть симптомом инфекционных заболеваний (корь, катар верхних дыхательных путей), заболеваний придаточных пазух носа и носоглотки, или же самостоятельным заболеванием. Остановиться как на общих методах лечения (физиотерапии, закаливании, лечебной физкультуре - носовой дыхательной гимнастике и медикаментозных средствах), так и на назначении местно применяемых препаратов. Студенты должны написать

соответствующие рецепты. Необходимо указать недопустимость назначения местных прижигающих средств при остром насморке. Попутно следует дать краткие разъяснения по фармакодинамическому действию наиболее употребительных в ринологии медикаментов.

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

#### **Воспаление верхнечелюстной (гайморовой) пазухи.**

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

#### **Острое воспаление верхнечелюстной пазухи.**

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

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

#### **Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи.**

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

Необходимо подчеркнуть частоту комбинированных поражений пазухи и решетчатого лабиринта. Полипоз носа рассматривается как один из признаков поражения придаточных

Назначая лечение, акцентировать значение голосового режима как основного лечебного фактора, отметить необходимость в отдельных случаях проведения общих (противопростудных) мероприятий. Из местно применяемых лечебных средств рекомендовать ингаляции, аэрозоли пенициллина, вливания в гортань, отметить нежелательность в остром периоде смазываний гортани. Учитывая профессию больного, определить временную нетрудоспособность, режим и т.д.

#### **Ложный круп. Истинный круп. (подсвязочный ларинготрахеит).**

При рассмотрении этиологии ложного крупа указать на значение конституциональных особенностей (экссудативный диатез), подробно описать симптомы ложного и истинного крупа, отличие их от других острых стенозов. Следует подробно остановиться на способах профилактики и консервативной терапии ложного крупа и следует указать, что трахеотомия делается только в исключительных случаях. Необходимо остановиться на методах оказания срочной помощи при дифтерии гортани (введение сыворотки, интубация, трахеотомия).

#### **Гортанная ангина.**

Следует описать особенности воспаления лимфаденоидной ткани гортани, дав обоснование для выделения этой формы болезни в самостоятельную единицу.

При рассмотрении клинической картины можно описать характерные особенности, отличающие это заболевание от острого ларингита, т.е. боли при глотании, общую с другими видами ангины реакцию, наличие налетов, их локализацию, реакцию лимфатических узлов.

При назначении лечения целесообразно рекомендовать биохинол, пенициллин, глюкозу, шейную новокаиновую блокаду, а также ингаляции аэрозолями антибиотиков.

#### **Хронический катаральный ларингит.**

При разборе этиологии этого заболевания следует остановиться на роли перенапряжения голоса, заболеваний носа и легких, воздействия вредных внешних факторов (длительное вдыхание пыли, резкая смена температуры в окружающей среде, курение, употребление алкоголя и др.).

При разборе симптоматики необходимо детально анализировать жалобы и анамнез, указав следующие особенности:

1. Хрон. ларингит сопровождается в основном только охриплостью, в то время как при специфических



небными дужками, могут быть очагом фокальной инфекции и источником различных тяжелых осложнений. Поэтому нельзя ограничиваться поверхностным осмотром миндалин, а необходимо определять наличие сращений миндалин с дужками и исследовать содержимое лакун.

Разбирая вопрос о лечении при хронических тонзиллитах, следует остановиться как на консервативных, так и на хирургических методах терапии.

К консервативной методике относится промывание лакун миндалин с целью механического удаления из них патологического содержимого, смазывание лакун 5% настойкой йода, раствором ляписа. Эти манипуляции демонстрируются, а затем один из студентов проделывает их самостоятельно под наблюдением педагога.

Разбираются показания к хирургическому лечению: часто повторяющиеся ангины или обострения хронического тонзиллита, рецидивирующие паратонзиллярные абсцессы, ангины, протекающие с метатонзиллярными заболеваниями. Разбирается вопрос о показаниях, следует отметить роль возрастного фактора. Вопросу хирургического лечения миндалин посвящается отдельное занятие.

### **Острый ларингит.**

При рассмотрении этиологии воспаления гортани следует рассмотреть общие и местные причины этого заболевания. Особое внимание следует уделить таким факторам, как перенапряжение голоса, вдыхание пыли и других раздражающих веществ, общее охлаждение и перенесенные перед этим инфекционные заболевания. Необходимо отметить, что общее охлаждение влияет различно в зависимости от состояния функции вегетативной нервной системы. Фактор же голосового перенапряжения не только способен вызвать данное заболевание, но и задержать выздоровление.

Вопросы патологической анатомии острого воспаления гортани желателно рассмотреть подробно для объяснения различных форм поражения у детей и у взрослых.

При разборе симптоматики и диагностики следует остановиться на детализированном анализе жалоб и анамнеза (острое начало, предшествовавшие инфекционные заболевания или другие причинные моменты) При установлении диагноза необходимо подчеркнуть значение диффузности и симметричности изменений в ларингоскопической картине.

пазух носа, а хоанальный полип - как признак отечнокатаральной формы гайморита (по А.Ф.Иванову).

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

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

### **Острое воспаление лобной и решетчатой пазух.**

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

При рассмотрении симптомов заболевания необходимо тщательно провести дифференциальный диагноз болей в области лба при заболевании лобной пазухи и при ряде других местных и общих заболеваний, отметить частоту поражения наружных покровов при остром фронтите, показать области устья лобно-носового канала, диафаноскопию, рентгеновское исследование, рентгенограммы лобных пазух в разном возрасте и в разных проекциях.

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

### **Хроническое воспаление лобной и решетчатой пазух.**

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

Указывается возможность частых ошибок в диагностике (невралгия

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

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

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

### **Контрольные вопросы.**

1. Какими путями проникает инфекция в полость носа?
2. Какие возбудители являются возбудителями острых ринитов?

### **По теме занятий.**

1. На какие группы делятся по клиническому значению заболевания носа?
2. Какие стадии выделяют в течении острого ринита?
3. Какие осложнения могут возникнуть в течении острого ринита?
4. Какой комплекс мероприятий по лечению острого ринита рекомендуется?
5. Какие патоморфологические изменения возникают при хронических ринитах?
6. Каковы исходы (основные) хронического ринита (катарального)?
7. Что такое хронический ринит?
8. Какие факторы способствуют развитию атрофического ринита?
9. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать

При этом внимание обращают на частое злоупотребление населения этим термином в силу непонимания его сущности. Поэтому, собирая анамнез, нужно заставить больного, задавая наводящие вопросы, описать симптомы и течение заболевания, именуемого ангиной. Для этого задаются вопросы относительно болевых ощущений (спонтанных или при глотании) во время перенесенной ангины, длительность ее течения, температурной реакции, болезненности в области регионарных лимфатических узлов. Подчеркивается также, что рецидивы воспалительных заболеваний могут протекать без четких признаков ангины, а с симптомами так называемого хронического тонзиллита. Выясняется наличие или отсутствие осложнений после ангин, их характер. При местных осложнениях (паратонзиллиты, паратонзиллярные абсцессы, ларингиты) изучается частота этих осложнений, их связь с ангинами во времени, локализация их, методы лечения.

При изучении общих метатонзиллярных заболеваний обращают внимание на последовательность возникновения ангины и того или иного метатонзиллярного заболевания (ревматизм, нефрит), повторяемость этой связи.

Если при наличии общего заболевания, подозрительного на метатонзиллярного, ангины продолжают повторяться, то выясняют, как отражается на течении этого заболевания каждая вновь перенесенная ангина. Далее изучается общий анамнез больного по общепринятым правилам поликлинического приема.

Осмотр больного начинается с осмотра носа, носоглотки, при этом указывается, что нередко затрудненное носовое дыхание может быть одной из причин заболевания частыми ангинами. Осматривается полость рта (наличие кариозных зубов как возможного очага фокальной инфекции состояние слизистой глотки). При осмотре небных миндалин обращают внимание на величину, консистенцию, окраску, определяют наличие сращений миндалин с дужками и содержимое лакун.

Далее исследуется шейные регионарные лимфатические узлы, определяется их величина, консистенция, болезненность. Диагноз хронического тонзиллита ставится на основании жалоб больного, анамнестических данных и тщательного обследования небных миндалин.

Обращается внимание, что величина миндалин не может быть опорным пунктом в диагностике хронического тонзиллита, так как нередко небольшие атрофичные миндалины, скрытые за

питания). Переход процесса на нижележащие дыхательные пути. Для диагностики у детей необходимо производить бактериологическое исследование слизи (дифференциальный диагноз с дифтерией носа). Описать редко возникающие воспаления глоточной миндалины.

### **Гипертрофия глоточной миндалины или аденоидные вегетации.**

Подробно освещается физиологическое значение лимфаденоидной ткани вообще и у детей в частности. Описываются общие и местные симптомы аденоидных разрастаний. В диагностике аденоидов необходимо отметить важность анамнеза, внешнего осмотра больного, передней и задней риноскопии. Следует остановиться на необходимости пальпаторного обследования носоглотки, позволяющего определить истинный размер аденоидов, их консистенцию, форму и объем носоглотки, наличие выступающего позвонка, а также указать на роль пальпации при дифференциальном диагнозе с опухолями носоглотки.

Устанавливая показания к операции, следует отметить значение аденоидов в развитии ряда общих заболеваний, возникновении аномалий строения скелета лица и грудной клетки, в появлении и течении ушных заболеваний, подчеркнув роль аденоидов в развитии тугоухости. При этом не следует допускать уклоны в чистый локализм. Во избежание этого необходимо одновременно подчеркнуть, что сами аденоиды служат показателем общих нарушений организма, иногда трудно улавливаемых. Следует также отметить значение неблагоприятных внешних моментов в развитии аденоидов.

Показанием к операции служит не самый факт наличия аденоидов, а те функциональные (а иногда и морфологические) нарушения, который с ними связаны. Эти нарушения желательно сопоставить с размером аденоидов и с отношением величины их к объему носоглотки больного. Необходимо также познакомить студентов с клиникой аденоидита. Подробно остановиться на противопоказаниях к операции.

При разборе жалоб больных хроническим тонзиллитом обращают внимание на боли в горле, парестезии, запах изо рта, частые ангины. Кроме того, выясняют, нет ли жалоб на изменение общего состояния (слабость, субфебрильную температуру, одышку, перемежающиеся боли в суставах).

В специальном анамнезе больного выясняют частоту ангин.

атрофические риниты?

10. Что представляет собой вазомоторный ринит?

11. С какими опухолями следует дифференцировать кровотокающий полип носовой перегородки?

12. Каковы риноскопические данные при вазомоторном рините?

13. Сокращается ли слизистая носовых раковин после смазывания сосудорасширяющими средствами при вазомоторном рините?

14. Какие признаки характерны при аллергическом рините?

15. Какие анатомические особенности течения острого насморка у детей грудного возраста?

16. Какие физиологические особенности течения острого насморка у детей грудного возраста?

17. Где располагается кровотокающая зона носовой перегородки?

18. Через какую стенку осуществляется оперативное вмешательство при гайморитах?

19. Через какую стенку можно сделать пункцию лобной пазухи?

20. Что такое anosmia?

21. Какие существуют методы осмотра наружного носа и полости носа?

22. Как оценить рентгенограмму придаточных пазух носа?

23. Какой метод исследования позволяет достоверно определить состояние придаточных пазух носа?

24. Какие анатомические предпосылки могут вести к образованию тромбоза кавернозного синуса?

25. Какие эндогенные факторы способствуют воспалению придаточных пазух носа?

26. На какие формы делятся синуситы по клиническому значению?

27. Какие заболевания придаточных пазух способствуют возникновению злокачественных опухолей?

28. Какие методы исследования применяют при диагностике синуситов?

29. Какое контрастное вещество наиболее часто применяется для рентгенографии придаточных пазух носа?

30. Какие основные жалобы у больных с хроническим синуситом?

31. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать воспалительные заболевания придаточных пазух носа?

32. Какие осложнения могут быть при пункции гайморовой пазухи?

33. Какие формы гайморитов подлежат хирургическому лечению?

34. В чем основной принцип хирургического лечения синуситов?

35. Назовите два основных вида хирургического вмешательства в

придаточных пазухах носа?

36. При заболеваниях каких придаточных пазух носа чаще возникают внутричерепные осложнения?

37. Каковы основные пути проникновения инфекции в полость черепа при синуситах?

38. Какие сосудистые анастомозы играют роль в патогенезе при риногенных внутричерепных осложнениях?

39. Каковы орбитальные осложнения риногенного характера?

40. Какую операцию нужно провести больному с риногенным менингитом, абсцессом мозга?

41. Почему чаще могут быть изменения глазного дна в виде застойного диска зрительного нерва при риногенных экстрадуральных абсцессах, чем при отогенных?

42. Каковы внутренние осложнения риногенного характера?

43. Какие виды нарушения психики могут быть при риногенных экстрадуральных абсцессах?

44. Какие общие симптомы могут быть при риногенном тромбозе пещеристого синуса?

45. При каких заболеваниях возникает тромбоз пещеристого синуса?

46. Какие местные симптомы могут быть при риногенном тромбозе пещеристого синуса?

47. В чем основной принцип хирургического лечения риногенных осложнений?

48. Что является главным в профилактике риногенных внутричерепных и орбитальных осложнений?

49. Какие условия способствуют воспалению придаточных пазух носа?

50. Какие виды микробов встречаются наиболее часто в придаточных пазухах носа при воспалении?

51. Каковы жалобы у больных с острым гайморитом?

52. Каковы жалобы у больных с острым фронтитом?

53. Каковы жалобы у больных с сфеноидитом?

54. Каковы жалобы у больных с этмоидитом?

55. Какие физиопроцедуры применяются для лечения острых синуситов?

56. Каковы показания к диагностической пункции гайморовой пазухи?

57. Могут ли быть осложнения при пункции гайморовой пазухи?

58. Какие формы гайморитов подлежат консервативному лечению?

нарушений носового дыхания в патогенезе ангин. Подчеркивая таким образом влияние указанных выше факторов в этиологии и патогенезе ангин, следует, однако, указать на особую роль, которую играет при рецидивах ангин наличие хронического воспаления миндалин. На данном занятии должны быть затронуты только общие вопросы санации миндалин, так как подробно этот вопрос освещается на занятии по хроническому тонзиллиту.

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

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

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

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

#### **Острое воспаление носоглотки (факультативно).**

Течение процесса у взрослых и детей существенно различно. Следует указать на предрасполагающие у детей факторы для развития болезни (значение диатеза, дистрофии, расстройства

2. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков «Болезни уха, носа и горла», М., 2003. с. 257-379.
3. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. «Болезни уха, горла и носа» М Медицина, 2002. с. 122-164.
4. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии», Медицина, 1997г. с. 316-366, 386-396, 403-436, 466-479, 586, 591.
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. «Оториноларингология» Медицина 2007. с. 202-265, 281-320.
6. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. «Болезни носа, глотки, гортани и уха» М. Медицина 2003. с. 170-241.
7. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа» М: ГЭОТАР – Мед. 2002. с. 152-189, 224-254, 375-379.

#### Дополнительная литература.

1. Плужников М.С., Блоцкий А.А., Денискин О.Н., Брызгалова С.В. «Рентгендиагностика в оториноларингологии» СПб.: 2007. с. 67-99.
2. Дайняк Л.Б., Кунельская В.Я. «Микозы верхних дыхательных путей» Медицина, 1989. с.64-284.
3. Лихачев А.Б. «Справочник по оториноларингологии», Медицина, 1984г. с. 5-79.
4. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. «Повреждения гортани и трахеи», Медицина, 1991г. с. 8-94.
5. Шеврыгин Б.В. «Руководство по детской оториноларингологии», Медицина, 1996г. с. 142-195.
6. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. «Оториноларингология» СПб 2001. с. 339-358, 374-382.
7. Шеврыгин Б.В. «Болезни уха, горла и носа у детей» М: «Авиценна» – 1996. с. 87-99.
8. Шеврыгин Б.В. «Справочник оториноларинголога» М: Кронпресс – 1996. с. 70-125.

#### Методические указания.

При разборе анамнеза следует уделить внимание роли и значению социально-бытовых, метеорологических и других факторов в этиологии ангин у данных больных, при частых рецидивах ангин специально останавливаются на выяснении зависимости их частоты от меняющихся условий труда и быта. На соответственно подобранных больных выявить значение

#### ЗАНЯТИЕ № VI. (Проводится в стационаре)

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

Ожоги пищевода. Профотбор

**Цель:** обучение студентов практическим навыкам обследования при острых и хронических воспалительных заболеваниях глотки и зева (ангины, паратонзиллиты, заглоточные абсцессы, фарингиты, хронические тонзиллиты). Ознакомление с дифференциальной диагностикой между этими заболеваниями (распознавание отдельных форм ангин: вульгарных, ангина Симановского, агранулоцитарная и при др. заболеваниях крови, дифференциальная ангина и дифтерия глотки). Ознакомление студентов с методикой лечения (консервативного и хирургического) и профилактики ангин. Ознакомление с разными формами острых и хронических воспалительных заболеваний гортани, дифференциальной диагностикой воспалительных и специфических поражений гортани, методами лечения воспалительных заболеваний гортани. Краткое изучение основных проявлений предопухолевого состояния ЛОР органов.

**Студент должен знать:** гипертрофию глоточной миндалины - аденоиды. Особенности увеличения глоточной миндалины в детском возрасте. Особенности клиники. Дифференциальную диагностику аденоидов, фибромы и злокачественных опухолей носоглотки. Принципы лечения. Заболевания глотки. Острый фарингит. Определения понятий "Фарингит", "Ангина" (острый тонзиллит).

Заглоточный абсцесс. Клиника, лечение. Абсцесс язычной миндалины (корня языка) и ангина Людвига (флегмона дна полости носа), воспаление подчелюстных и подсвязочных слюнных желез. Фарингомикоз, дифференциальная диагностика с лакунарной ангиной. Острые первичные тонзиллиты: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая ангина. Приоритет академика Н.П.Симановского в изучении язвенно-пленчатой ангины.

Дифференциальная диагностика лакунарной ангины с дифтерией глотки, лечение и режим больных, порядок направления в инфекционное отделение. Осложнения ангин. Паратонзиллит. Паратонзиллярный, латерофарингиальный абсцесс, медиастинит, сепсис. Принципы профилактики и лечения ангин. Значение санитарно-просветительной работы, пути снижения заболеваемости.

Острые вторичные тонзиллиты. Поражения миндалин при острых инфекционных заболеваниях (дифтерия, скарлатина, туляремия, брюшном тифе) и заболеваниях системы крови (инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкемии, лейкозах). Хронический фарингит - катаральный, гипертрофический, атрофический. Значение профессиональных факторов, вредных привычек в развитии заболевания. Принципы лечения.

Хронический неспецифический тонзиллит. Заболевание инфекционно-аллергического характера со стойкими воспалительными изменениями миндалин. Наиболее достоверные признаки хронического тонзиллита. Современная классификация хронического неспецифического тонзиллита, принятая VII Всесоюзным съездом оториноларингологов и рекомендованная Министерством здравоохранения. Компенсированная и декомпенсированная формы, их трактовка с учетом главных факторов генеза заболевания - реактивности организма и барьерной функции миндалин. Различные виды декомпенсации: рецидив ангин, паратонзиллиты, паратонзиллярные абсцессы, патологические реакции организма; заболевания отдельных органов и систем. Роль общебиологических и санационных мероприятий в профилактике тонзиллитов. Профилактическая работа оториноларинголога по снижению детской и общей заболеваемости населения в России: оздоровление внешней среды, рабочей обстановки, закаливание организма, летние оздоровительные мероприятия, пребывание в профилактории, своевременная санация зубов и полости носа, придаточных пазух носа. Диспансеризация больных хроническим тонзиллитом. Принципы лечения хронического тонзиллита, индивидуальный подход при выборе метода: консервативного, хирургического - тонзиллэктомия, гальванокаустика, криовоздействие.

Гиперплазия небных миндалин. Симптоматика, лечение. Острые заболевания гортани. Острый ларингит. Гортанная ангина. Флегмонозный ларингит. Клиника, диагностика и лечение.

Ларинготрахеит у детей, синдром острых респираторных вирусных инфекций. Дифтерия гортани. Отек гортани. Хронические заболевания гортани. Хронический ларингит: катаральная, гиперпластическая, атрофическая форма. Парезы и параличи мышц гортани. Профессиональные заболевания гортани и их профилактика. Основной вопрос логопедии. Стенозы гортани. Клиника, диагностика, стадии: компенсированная, неполная компенсация, декомпенсация, терминальная. Заболевания гортани, при которых наблюдается острый и хронический стенозы гортани. Методы лечения: консервативное, интубация, трахеостомия. Показания к продлению интубации, трахеостомии. Техника, их проведения.

**Студент должен уметь:**

1. Смазывание глотки.
2. Взятие мазков из глотки.
3. Инсуффляция лекарственных веществ при заболеваниях глотки.
4. Наложение согревающего компресса.
5. Написание рецептов.
6. Обследование больного с острым и хроническим фарингитом, ангиной, хроническим тонзиллитом.
7. Пальцевой метод исследования носоглотки.
8. Заднюю риноскопию.
9. Промывание лакун.
10. Туширование задней стенки глотки нитратом серебра.
11. Диагностировать: травматические повреждения ЛОР органов.
12. Проведение детям ультразвуковую ингаляцию под тентом.
13. Написание рецептов.
14. Зондирование полости носа.
15. Взятие мазка из носа, глотки.
16. Обращение с трахеотомической трубкой.
17. Ларингоскопию.
18. Чтение рентгенограмм, томограмм. Внешняя характеристика опухолей.
19. Выписать рецепт для лечения.

**Литература.**

1. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. «Пособие для преподавания оториноларингологии в медицинских ВУЗах» СПб.: 2006. с. 142-180.