

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ

Кафедра оториноларингологии

ОСНОВЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Учебное пособие для студентов

Специальность: «Лечебное дело»

Дисциплина: «Оториноларингология»

г. Оренбург, 2017

УДК 616.21(075.8)

ББК 56.8 я73

О – 75

Составители: заведующий кафедрой оториноларингологии ОрГМУ, к.м.н., доцент М.И. Аникин; д.м.н., проф. И.А. Шульга, к.м.н., доцент А.В. Акимов; к.м.н., доцент В.Н. Щетинин; аспирант А.А. Багаутдинов.

Основы оториноларингологии. Учебное пособие. Изд-во ОрГМУ. Оренбург, 2017. – 140 с., ил.

Настоящее учебное пособие по оториноларингологии для студентов IV курса лечебного факультета составлено с целью оптимизации работы с учебником в процессе самоподготовки и более успешного освоения практических навыков работы врача-оториноларинголога.

Мы надеемся, что данное пособие будет способствовать глубокому и прочному усвоению учебного материала и практических навыков по дисциплине «Оториноларингология».

Рецензенты:

Арефьева Нина Алексеевна, профессор кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук профессор.

Ерёмина Наталья Викторовна, профессор кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Учебное пособие рассмотрено и рекомендовано к печати РИС ОрГМУ

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Требования к освоению дисциплины	8
Модуль I. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования ЛОР - органов. Написание клинической истории болезни. Рубежный контроль.	
<i>Практическое занятие:</i> «Общее знакомство с больными и работой стационара. Рабочее место врача оториноларинголога. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух».	10
<i>Практическое занятие:</i> «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования глотки и пищевода».	32
<i>Практическое занятие:</i> «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани, трахеи и бронхов».	44
<i>Практическое занятие:</i> «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования звукового анализатора».	58
<i>Практическое занятие:</i> «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования вестибулярного анализатора».	75
<i>Практическое занятие:</i> «Клиническая история болезни. Курация пациентов».	87
Модуль II. Заболевания ЛОР органов. Неотложная помощь в оториноларингологии. Амбулаторный прием больных. Итоговый контроль.	
<i>Практические занятия:</i> «Работа врача-оториноларинголога в поликлинике и стационаре».	92
<i>Практическое занятие:</i> «Неотложная помощь в оториноларингологии».	97
<i>Практическое занятие:</i> «Подведение итогов обучения студентов по оториноларингологии»	105
Эталоны ответов на тестовые задания	125

Введение.

Оториноларингология, сокращённо ЛОР, является наукой о строении, функции уха, горла, гортани и носа, о болезнях этих органов, их профилактики и лечении. Название нашей специальности происходит от латинских слов: otos-ухо, rhinos-нос, larynx-гортань, logos-учение.

Оториноларингология – одна из многочисленных отраслей медицины, которая имеет такое же важное значение для клинической практики, как хирургия, терапия и другие дисциплины.

Значение ЛОР органов в норме и патологии человеческого организма чрезвычайно важно. Чтобы это понять, достаточно представить себе, что ухо, горло и нос включают в себя 4 анализатора: звуковой, вестибулярный, обонятельный, вкусовой, осуществляющие связь организма с внешней средой и чутко реагирующие на изменения последней. Наряду с этим ЛОР органы участвуют в осуществлении таких важных функций организма, как дыхательная, статокINETическая, защитная, пищеварительная, речеобразовательная и др.

ЛОР органы – своеобразные форпосты организма, первыми встречают неблагоприятные влияния внешней и внутренней среды, что может приводить к нарушению их функций и всего организма в целом.

Ухо, горло и нос представляют собой часть организма, поэтому нельзя изучать части и рассматривать болезни этих органов без учета состояния всего организма. Следовательно, углубленное изучение оториноларингологии диктуется теснейшей связью этой дисциплины с неврологией, инфекционными болезнями, педиатрией, терапией, офтальмологией, стоматологией, анестезиологией, реаниматологией и др. специальностями.

Кроме того, наша специальность – оториноларингология – имеет важное значение для практического здравоохранения, что обусловлено следующими факторами:

1. Распространенностью ЛОР заболеваний: к оториноларингологам обращаются за медицинской помощью 12 – 15 % от общего числа больных.

2. Вторым фактором, определяющим значение нашей специальности для здравоохранения, является возможность развития при ЛОР заболеваниях тяжелых, жизненно опасных осложнений: воспалительная патология носа и уха может привести к внутричерепным и внутриорбитальным осложнениям; воспалительная патология глотки и гортани, инородные тела пищеводов могут осложниться нагноительными процессами в мягких тканях шеи и средостении.
3. При некоторых ЛОР заболеваниях часто возникает необходимость оказания неотложной хирургической помощи в считанные минуты: острый стеноз гортани может привести к асфиксии пациента; травмы ЛОР органов могут привести к тяжелым кровотечениям, требующим перевязки наружных сонных артерий и т.д.
4. Нарушение функций ЛОР органов при ЛОР заболеваниях является социально значимой: потеря слуха, мучительный шум в ушах, вестибулярная дисфункция, потеря речи, косметические дефекты при онкологических заболеваниях чрезвычайно негативно отражаются на пациенте, его моральном состоянии.
5. ЛОР органы имеют тесные нервно-рефлекторные связи с другими органами и системами. Верхние дыхательные пути – мощная рефлексогенная зона. Рефлексы со слизистой оболочки носа, глотки и гортани играют важную роль в поддержании нормальной жизнедеятельности организма.

Исследованиями отечественных оториноларингологов показано, что раздражение небных миндалин вызывает определенные изменения на электрокардиограмме. Эти данные легли в основу представления о существовании тонзиллокардиального рефлекса и его роли в формировании патологических связей между миндалинами и сердцем. Рефлексы с небных миндалин могут оказывать влияние и на функцию почек. В то же время заболевания других органов и систем отражаются на состоянии уха и верхних дыхательных путей. Например, атеросклероз

может вызывать шум в ушах и тугоухость. При гипертонической болезни, остеохондрозе шейного отдела позвоночника нередко наблюдается нарушение слуховой и вестибулярной функции. Аневризма аорты, увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы, новообразования пищевода, бронхов могут сдавить возвратный нерв и вызвать паралич соответствующей половины гортани.

- б. Оториноларингология – отрасль медицины в значительной степени профилактическая. Её профилактический характер можно проиллюстрировать следующим примером из клиники: при хронических воспалениях небных миндалин последние становятся очагом инфекции и депозитом аллергии. Хронический тонзиллит может вести к возникновению и ухудшению течения ряда других заболеваний, прежде всего ревматизма, различных поражений сердечно-сосудистой системы, занимающих, как правило, первое место среди причин общей смертности. Рациональное же лечение хронического тонзиллита является профилактикой связанных с ним многих заболеваний.

Сегодня в оториноларингологии можно выделить несколько проблем, над которыми работают оториноларингологи:

1. Борьба с тугоухостью.
2. Заболевания верхних дыхательных путей.
3. Злокачественные новообразования ЛОР органов.
4. Ангины, хронический тонзиллит и сопряженные с ними заболевания.
5. Диагностика и лечение аллергических заболеваний ЛОР органов.

Следует отметить, что оториноларингология – хирургическая специальность. Основные операции, которые выполняют оториноларингологи можно разделить на следующие группы:

1. *Микрохирургические операции*: мирингопластика, тимпанопластика, стапедопластика, реконструктивные слухоулучшающие операции, шунтирование

эндолимфатического протока, микрохирургия при заболеваниях гортани, глотки, полости носа и околоносовых пазух.

2. *Расширенные радикальные операции на ухе:* при острых и хронических средних отитах, с обнажением средней, задней черепных ямок по поводу отогенного менингита, вскрытие и дренирование отогенных абсцессов головного мозга и мозжечка.

3. *Онкологические операции:* и при раке гортани, носа, околоносовых пазух, глотки, уха.

4. *Типичные ЛОР операции:* тонзиллэктомия, аденотомия, гайморотомия, фронтотомия, эндоскопическая ринохирургия, подслизистая резекция перегородки носа и др.

5. *Пластические (в том числе косметические) операции:* устранение лопухости (отопластика), устранение деформаций наружного носа (ринопластика), пластика стенозов гортани и трахеи и др.

6. *Операции при экстренной помощи ургентным ЛОР больным:* коникотомия, трахеостомия, системное вскрытие околоносовых пазух, перевязка наружной сонной артерии, вскрытие паратонзиллярного абсцесса и др.

Таким образом, изучение и освоение оториноларингологии представляют собой нелегкую, но интересную задачу, а полученные знания и умения обязательно понадобятся выпускнику медицинского ВУЗа в его дальнейшей работе.

Требования к уровню усвоения дисциплины с учетом формируемых профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС

ПК-6 – способность определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ –Х

ПК-9 –готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

ПК-11 – готовностью к участию в оказании срочной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

ВЫ должны ЗНАТЬ:

1. Клиническую анатомию, физиологию и методы исследования ЛОР органов.
2. Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний ЛОР органов.
3. Современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных.
4. Основные принципы R – диагностики патологии ЛОР органов.
5. Вопросы организации амбулаторной ЛОР службы.
6. Организационные основы диспансеризации больных с хроническими заболеваниями ЛОР органов.
7. Фармакодинамику антибактериальных и противовоспалительных препаратов, используемых при лечении ЛОР заболеваний.

УМЕТЬ:

1. Пользоваться лобным рефлектором или налобным осветителем в условиях рабочего места врача-оториноларинголога.
2. Выполнять традиционные методы исследования ЛОР органов (переднюю риноскопию, заднюю риноскопию, фарингоскопию, гипофарингоскопию, непрямую ларингоскопию, отоскопию, исследование слуха «живой» речью, камертонами, вестибулометрию).

3. Собирать анамнез, проводить общеклиническое и специальное обследование больных с ЛОР заболеваниями, анализировать данные общеклинического и специального обследования.
4. Сформулировать развернутый клинический диагноз, проводить дифференциальный диагноз и обосновать диагноз у больного.
5. Определить тактику лечения больного, сформулировать показания к консервативному и хирургическому лечению.
6. Оформлять медицинскую (поликлиническую) документацию.
7. Выписывать наиболее употребительные рецепты.
8. Проводить профотбор и врачебно-трудовую экспертизу.
9. Работать с учебной и научной литературой.

ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ (уровень знакомства):

1. Об организации работы и больными ЛОР стационара.
2. Об организации специализированной помощи ЛОР больным в России.
3. О проблемах современной оториноларингологии.

Модуль I. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования ЛОР - органов. Клиническая история болезни.

ТЕМА: «Общее знакомство с больными и работой оториноларингологического стационара. Рабочее место врача оториноларинголога. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух».

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

- 1) ознакомиться с работой и пациентами оториноларингологического стационара;
- 2) усвоить клиническую анатомию и физиологию полости носа и околоносовых пазух;
- 3) получить представление о технике биопсии, значении цитологического, лучевого, эндоскопического исследований при заболеваниях носа и околоносовых пазух;
- 4) получить умения:
 - а) организовать рабочее место;
 - б) пользоваться лобным рефлектором или налобным осветителем,
 - в) освоить методы исследования полости носа и околоносовых пазух:
 - выполнять наружный осмотр,
 - пальпацию носа и околоносовых пазух,
 - переднюю риноскопию,
 - исследовать обоняние,
 - дыхательную функцию носа;
 - г) уметь пользоваться данными диафаноскопии, рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, пункции верхнечелюстной пазухи, цитологического исследования отделяемого из полости носа, биопсии в комплексном обследовании пациента.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Что необходимо знать к практическому занятию:

Работая с учебником:

а) усвоить анатомию и физиологию полости носа и околоносовых пазух:

1. Наружный нос.
2. Полость носа.
3. Околоносовые пазухи.
4. Остиомеатальный комплекс.
5. Понятие носового клапана и его значение.
6. Возрастные особенности полости носа и околоносовых пазух
7. Кровоснабжение носа и околоносовых пазух.
8. Дыхательная функция носа.
9. Обонятельная функция носа.
10. Защитная функция носа.
11. Резонаторная функция носа.

б) изучить теоретические основы техники методов исследования полости носа и околоносовых пазух:

1. Наружный осмотр и пальпация.
2. Осмотр преддверия носа.
3. Передняя риноскопия.
4. Эндоскопическое исследование полости носа.
5. Исследование обоняния и дыхательной функции носа.

в) получить представление о: диафаноскопии, рентгенографии; компьютерной и магнитно-резонансной томографии околоносовых пазух; пункции верхнечелюстной пазухи; цитологическом исследовании отделяемого из полости носа, биопсии.

А. Специальные методы исследования.

Организация рабочего места оториноларинголога.

Чтобы осмотреть больного с заболеваниями уха, горла и носа, необходимо организовать рабочее место. Для этого нужно иметь источник света (оптимально - электрическая лампа 150 вт.), лобный рефлектор и соответствующий инструментарий. Источник света располагается справа от больного на уровне ушной раковины, в 10—20 см от нее. Лобный рефлектор представляет собой вогнутое зеркало с фокусным расстоянием 25—30 см. В центре зеркала имеет отверстие диаметр 1,0-1,3 см. Лобный рефлектор укрепляется на голове врача с помощью мягкого ремешка. При помощи шарнира положение зеркала можно изменить. В последние годы применяются специальные налобные осветители, питающиеся от сети или от аккумулятора, что повышает мобильность оториноларинголога.



Рис. 1. Осмотр пациента при помощи налобного осветителя



Рис. 2. Осмотр пациента при помощи лобного рефлектора и источника света

Расположившись напротив больного, осмотрите область наружного носа и места проекции околоносовых пазух на лице.

Пальпация корня носа, его ската, спинки, передней и нижней стенок лобных пазух, точек выхода I и II ветвей тройничного нерва, передней стенки верхнечелюстной пазухи проводится большими пальцами обеих рук, которые располагаются симметрично на пальпируемых областях. Остальные пальцы рук свободно охватывают голову или лицо больного.

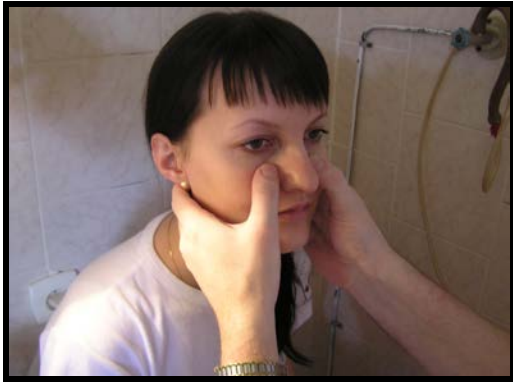


Рис.3. Пальпация верхнечелюстных пазух



Рис. 4. Пальпация лобных пазух

Пальпация регионарных лимфатических узлов проводится при несколько наклоненной голове больного. Поверхностные лимфатические узлы, расположенные в поднижнечелюстной области и по ходу сосудисто-нервного пучка шеи, пальпируются путем легких массирующих движений концевых фаланг пальцев обеих рук.

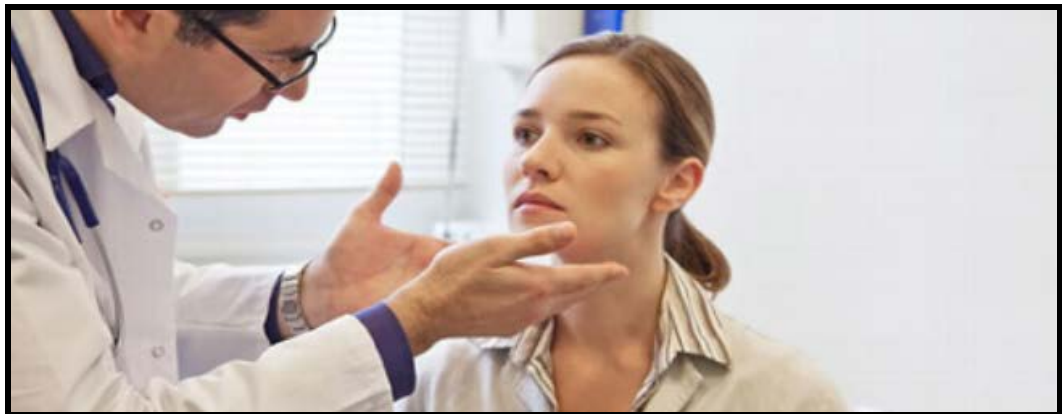


Рис. 5. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Пальпация глубоких лимфатических узлов проводится поочередно с левой и правой стороны одной рукой (2—4 пальцами), при этом свободная рука врача располагается на темени больного.



Рис. 6, 7. Пальпация глубоких лимфатических узлов

Пользование лобным рефлектором или налобным осветителем.

Лобный рефлектор укрепляется в центре лба исследователя, на уровне бровей. Зеркало лобного рефлектора помещается против левого глаза так, чтобы задняя поверхность зеркала почти касалась щеки и боковой поверхности носа врача, а зрачок соответствовал расположению отверстия в зеркале.

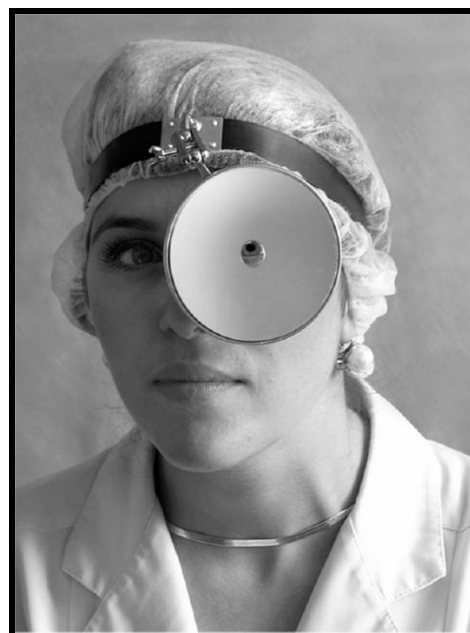


Рис. 8, 9. Правильное положение лобного рефлектора

Врач располагается перед больным на расстоянии 30—50 см. Для этого ноги больного отводятся влево, а врач как бы подсаживается близко к больному, располагая свои ноги справа от пациента. Для более легкого обучения наведению света на осматриваемую область следует закрыть ладонью пра-

вый глаз и, поворачивая зеркало лобного рефлектора, добиться, чтобы «зайчик» света был виден, например, на области носа. Затем нужно открыть правый глаз и проводить осмотр больного двумя глазами (левым через отверстие в зеркале).



Рис. 10. Осмотр пациента

При использовании налобного осветителя концентрированный пучок света направляется в исследуемую зону.

Исследование дыхательной функции носа.

Дыхательная функция носа исследуется поочередно для каждой его половины. Для этого распушенный кусочек ваты подносят к исследуемой половине носа, при этом другая половина носа должна быть закрыта путем прижатия крыла носа к носовой перегородке указательным пальцем руки врача. Больному предлагают сделать обычной силы вдох и выдох, а врач отмечает степень отклонения кусочка ваты. Дыхание носом может быть нормальным, затрудненным или отсутствовать.



Рис. 11. Исследование дыхательной функции



Рис. 12. Аппарат «Риноманометр ATMOS Rhinomanometer 300» для проведения передней активной риноманометрии

Определение обоняния.

Определение обонятельной функции носа производится с помощью набора пахучих веществ по В.И. Воячке (5% раствор уксусной кислоты, спирт, настойка валерианы, нашатырный спирт, вода дистиллированная). Исследование проводится поочередно для каждой половины носа при закрытой другой половине носа. Поднеся флакон к преддверию носа, предлагают больному сделать вдох и определить наличие или отсутствие запаха. Обоняние может быть не нарушенным, пониженным, извращенным или отсутствовать.

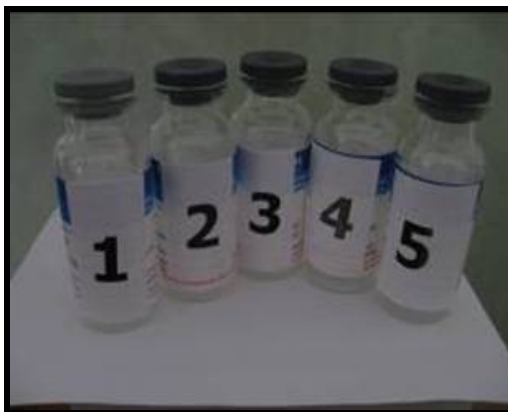


Рис. 13. Набор пахучих веществ по В.И. Воячке (5% раствор уксусной кислоты, спирт, настойка валерианы, нашатырный спирт, вода дистиллированная).



Рис. 14. Определение обоняния при помощи пахучих веществ из набора

Передняя риноскопия.

Вначале проводится осмотр преддверия носа путем поднятия кончика носа при помощи большого пальца правой руки. Затем, взяв в левую руку носовое зеркало, а правую разместив на темени пациента, клюв носового зеркала вводят в преддверие носа в сомкнутом состоянии так, чтобы при последующем расширении концы клюва раздвигались по вертикальной оси преддверия. Клюв вводится в преддверие примерно на глубину 0,5 см, его концы не должны касаться слизистой оболочки полости носа, Расширение преддверия носа производится путем нажатия на бранши 2, 3, 4 пальцев левой руки. Правая и левая половина носа осматривается поочередно. При передней риноскопии осматривают слизистую оболочку полости носа, носовые раковины, носовую перегородку, носовые ходы. Для полноты осмотра используются 3 положения: несколько опущенная голова больного, обычное положение и при запрокинутой кзади голове больного. В норме слизистая оболочка полости носа розовая, гладкая, носовая перегородка располагается по средней линии. После окончания осмотра носовое зеркало осторожно выводится из преддверия, для чего концы клюва смыкаются.

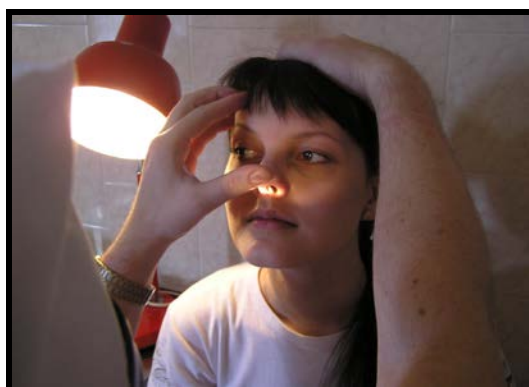


Рис.15. Осмотр преддверия носа



Рис.16. Правильное положение носового зеркала в руке



Рис.17. Передняя риноскопия – первое положение осмотра



Рис 18. Передняя риноскопия – второе положение осмотра

Эндоскопическое исследование полости носа.

Эндоскопическое исследование полости носа может быть выполнено с помощью жестких и гибких эндоскопов. Вначале вводят эндоскоп в преддверие носа и оценивают цвет слизистой оболочки, наличие отделяемого в полости носа, состояние носового клапана. Затем слизистую оболочку полости носа смазывают местным анестетиком (10% раствором лидокаина; 3% раствором дикаина) и анемизируют (0,1% раствором адреналина или сосудосуживающими каплями). Стандартное эндоскопическое исследование полости носа включает три момента: 1) эндоскоп проводят по нижнему носовому ходу; 2) проводят эндоскоп по среднему носовому ходу; 3) введение эндоскопа в верхний носовой ход. Данные выводятся на экран монитора с увеличением. Эндоскопическое исследование позволяет детально осмотреть элементы полости носа: носовые ходы, задние отделы полости носа, остиомеатальный комплекс, выводные отверстия околоносовых пазух и т.д. Достоинством эндоскопического исследования также является возможность записи полученных данных осмотра.

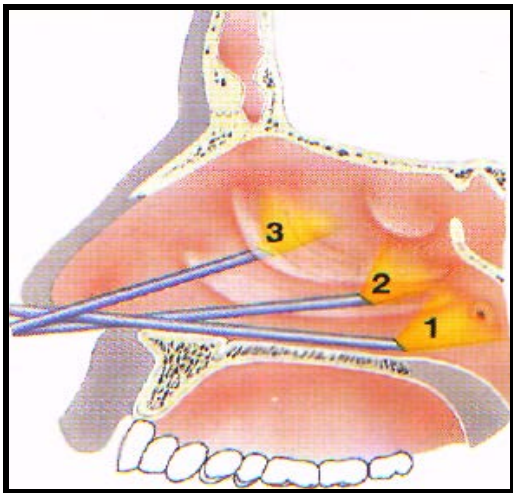


Рис.19. Три момента стандартного эндоскопического исследования



Рис.20. Осмотр полости носа при помощи жесткого эндоскопа



Рис.21. Средний носовой ход – вид на остиомеатальный комплекс



Рис. 22. Нижний носовой ход

Б) Оценка данных дополнительных методов исследования носа и околоносовых пазух.

Диафаноскопия (просвечивание околоносовых пазух) проводится в затемненной комнате. Диафаноскоп вводится либо в ротовую полость больного (просвечивание верхнечелюстных пазух), либо поочередно с одной и другой стороны прикладывается к коже лица соответственно проекции лобных пазух или решетчатого лабиринта. Неодинаковая освещенность одной пазухи по сравнению с другой позволяет заподозрить патологический процесс.

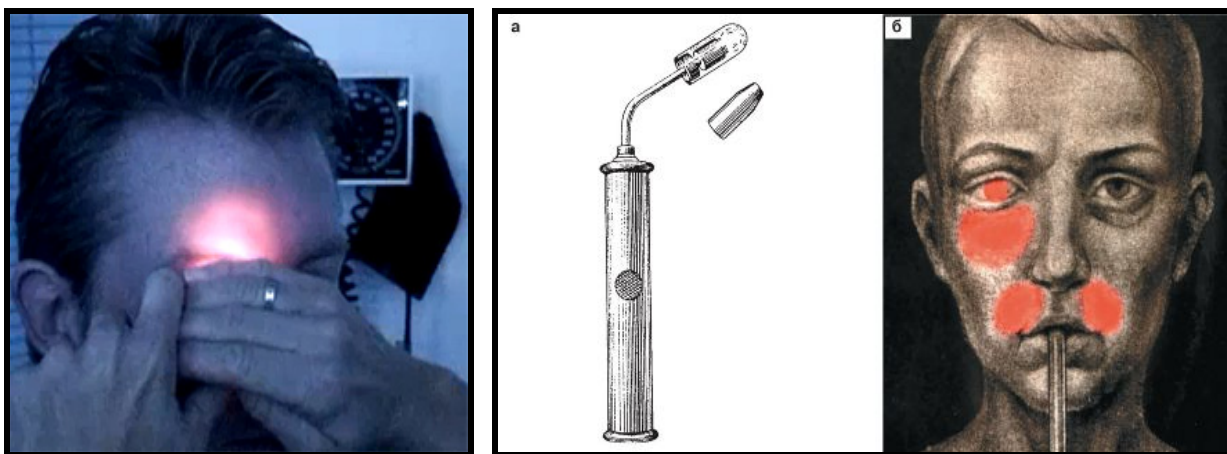


Рис 23, 24. Метод диафаноскопии

Обзорная рентгенограмма применяется для определения состояния полости носа и околоносовых пазух. На рентгенограмме определяются: полость носа, разделенная носовой перегородкой, лобные, верхнечелюстные пазухи, решетчатый лабиринт. При оценке рентгенограммы интенсивность тени глазниц принимается за норму и с ней сравнивается интенсивность тени других видимых на снимке полостей. Кроме того, проводится сравнение состояния околоносовых пазух слева и справа. В норме околоносовые пазухи воздушны и на рентгенограмме имеют четкие границы в виде окаймляющей линии белесого цвета, а полость их представляется темной. Патологические процессы в околоносовых пазухах вызывают понижение их прозрачности, что при рентгенологическом исследовании проявляется заменой черного цвета белесым.



Рис. 25. Обзорный снимок околоносовых пазух - норма

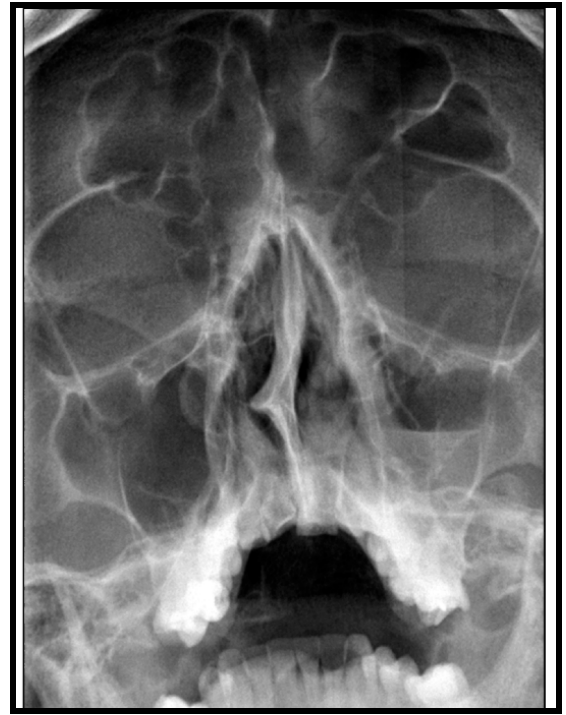


Рис. 26. Обзорный снимок ОНП– искривление перегородки носа и горизонтальный уровень жидкости в левой верхнечелюстной пазухе

Боковая рентгенограмма костей носа применяется при травмах носа с целью диагностики перелома. На рентгенограмме видны кости носа, образующие его спинку. При наличии перелома рентгенологическая картина достаточно яркая.



Рис. 27. Снимок костей носа - норма



Рис. 28. Снимок костей носа - перелом костей носа со смещением отломков

Томограмма полости носа и околоносовых пазух применяется для диагностики новообразований. На снимках видны лобные, верхнечелюстные пазухи, решетчатый лабиринт, полость носа. Оценка диагностической ценности томограммы производится по аналогии с обзорной рентгенограммой полости носа и околоносовых пазух. Прогностическую ценность имеет глубина расположения опухоли.

Компьютерная томография околоносовых пазух (КТ) позволяет диагностировать распространенность патологического процесса в околоносовых пазухах; выявить причины, приводящие к рецидиву воспалительного процесса в околоносовых пазухах; уточнить состояние выводящих отверстий пазух носа. Для полноценной компьютерной диагностики околоносовых пазух и полости носа рекомендуется иметь аксиальную и коронарную проекции.

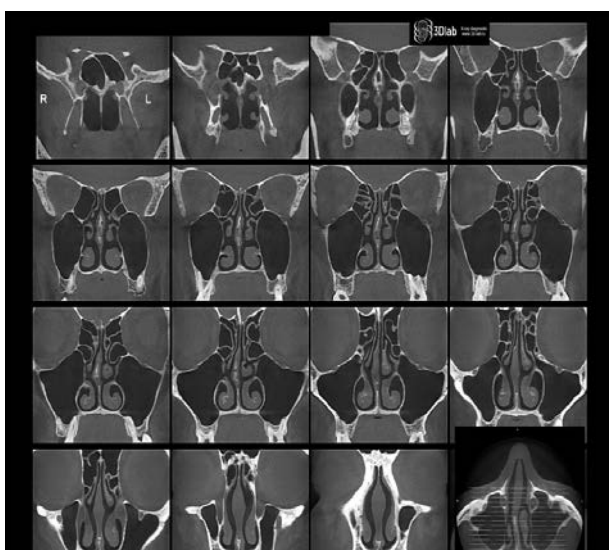


Рис. 29. КТ носа и околоносовых пазух – коронарная проекция

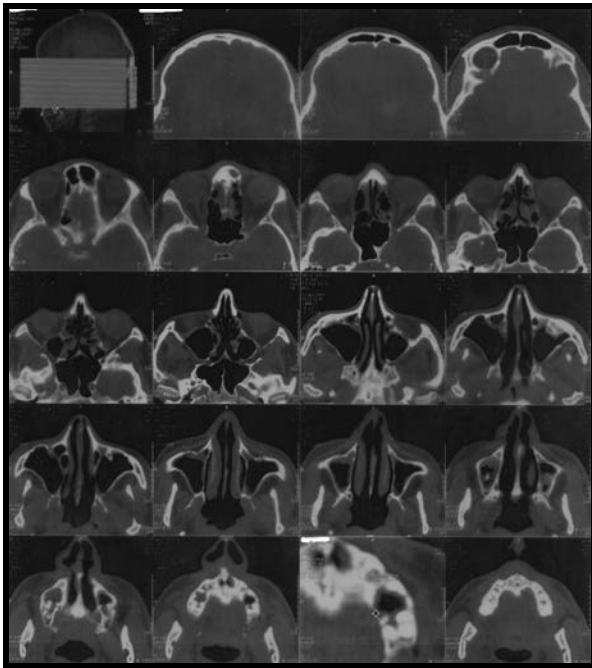


Рис. 30. КТ носа и околоносовых пазух – аксиальная проекция



Рис. 31. КТ носа и околоносовых пазух – искривление перегородки носа и уровень жидкости верхнечелюстных пазух

Магнитно-резонансная томография (МРТ) пазух носа позволяет различать нормальную, воспаленную, гипervasкуляризированную и опухолевую ткани в полости носа и околоносовых пазухах. Необходимо отметить, что на МРТ, в отличие от компьютерных томограмм, не видны костные структуры.

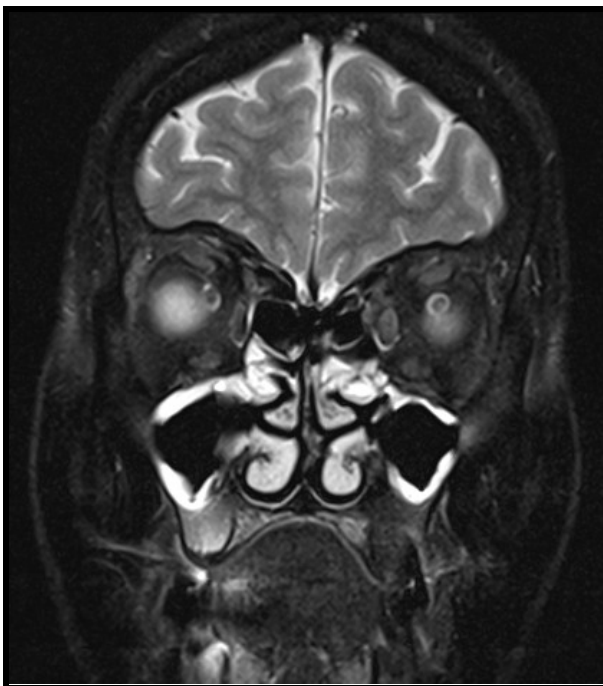


Рис. 32. МРТ носа и околоносовых пазух: гиперплазия слизистой оболочки верхнечелюстных пазух – коронарная проекция



Рис. 33. МРТ носа и околоносовых пазух: гиперплазия слизистой оболочки верхнечелюстных пазух – аксиальная проекция

Пункция верхнечелюстной пазухи производится с диагностической и лечебной целью. Делается поверхностная местная анестезия слизистой оболочки нижнего носового хода 1% раствором дикаина (у взрослых), или 3—5% раствором кокаина (у детей), после чего игла Куликовского вводится в полость пазухи, преодолевая сопротивление кости. К канюле иглы присоединяется резиновая трубка, соединенная со шприцем Жанэ. Производится промывание пазухи дезинфицирующим раствором (фурацилин 1:5000, риванол 1:1000). По виду промывной жидкости высказываются о характере патологического процесса в пазухе.

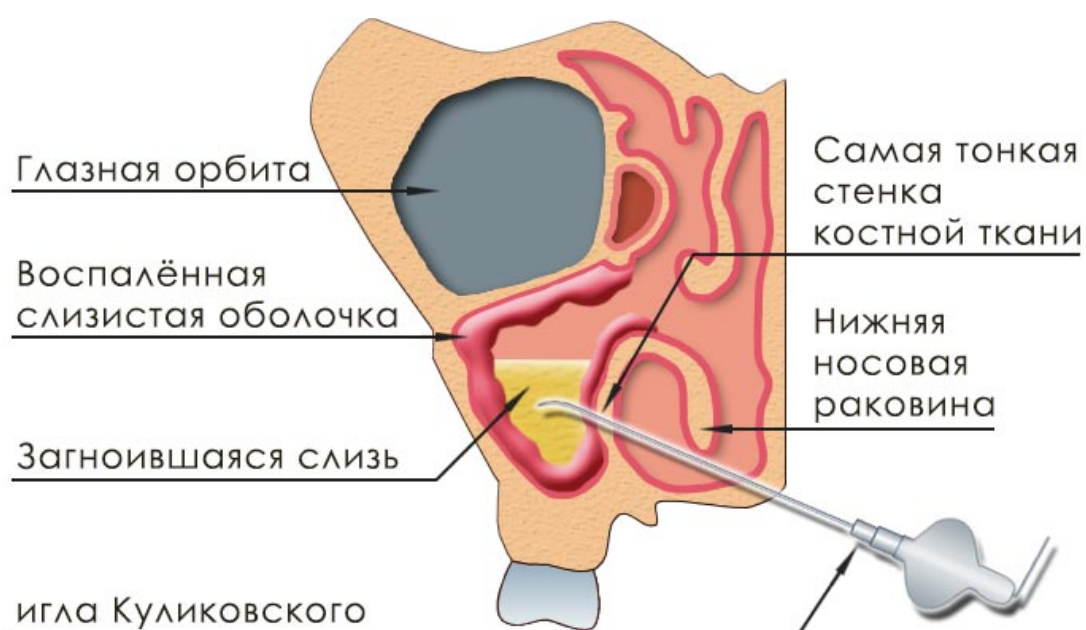


Рис. 34. Техника проведения пункции верхнечелюстной пазухи

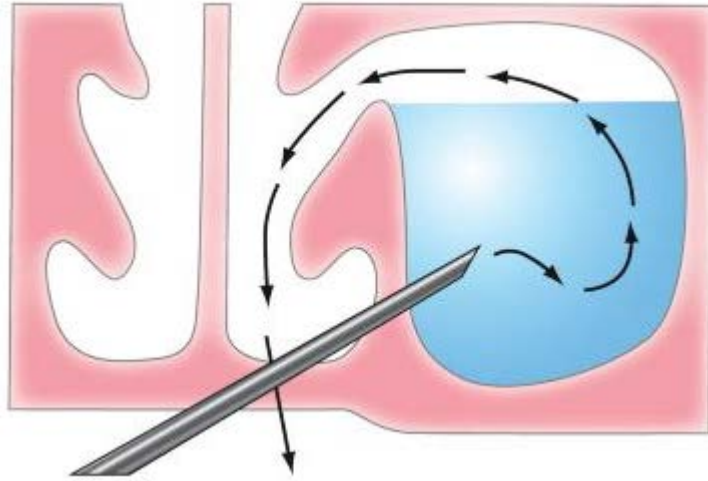
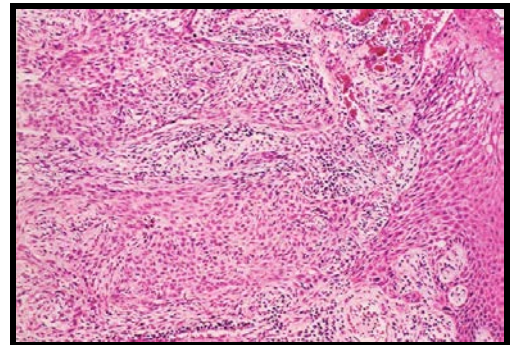
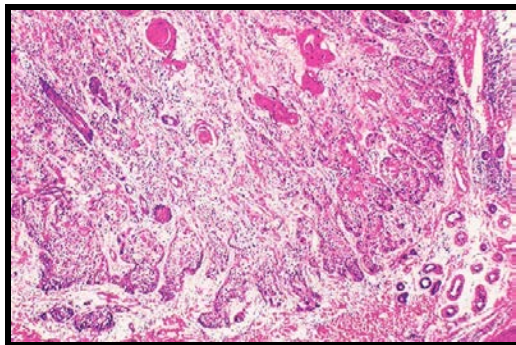


Рис. 35. Схема эвакуации содержимого при проведении пункции верхнечелюстной пазухи

Цитологическое исследование отделяемого из полости носа (пример):

В мазках из полости носа обнаружены комплексы анаплазированных клеток плоского эпителия с выраженным полиморфизмом и гиперхромией ядер, патологическими митозами и паракератозом.

Диагноз: хорошо дифференцированный плоскоклеточный рак (см. фото).

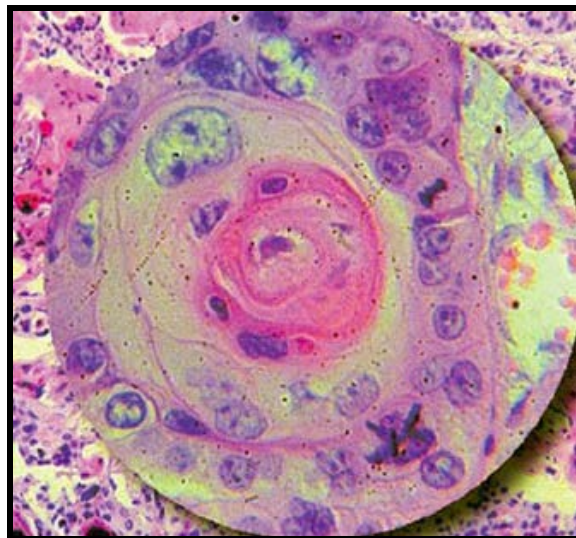


Биопсия из полости носа (пример):

Материал представлен кусочками опухоли, состоящей из клеток плоского эпителия. Клетки полиморфные, с уродливыми гиперхромными ядрами и большим количеством патологических митозов. Клетки образуют солидные и трабекулярные скопления среди грубой фиброзной стромы с лимфоплазматической инфильтрацией. По периферии опухолевых комплексов эпителиальный пласт сохраняет деление на слои, в центре имеются концентрические

структуры из ороговевших клеток (роговые жемчужины). Опухоль инфильтрирует прилежащую ткань.

Диагноз: хорошо дифференцированный плоскоклеточный рак (см. фото)



III. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.

1. Вопросы для самоконтроля:

1. Какие кости и хрящи участвуют в образовании наружного носа?
2. Сколько стенок формируют полость носа?
3. Сколько носовых раковин и носовых ходов имеются в полости носа?
4. Какие функции осуществляют околоносовые пазухи?
5. В какие носовые ходы открываются соустья пазух носа?
6. Остиомаентальный комплекс: его строение и функции?
7. Понятие носового клапана и его значение?
8. Возрастные особенности полости носа и околоносовых пазух.
9. Кровоснабжение носа и околоносовых пазух.
10. Функции носа и их значение?
11. Какие основные методы диагностики патологии околоносовых пазух?
12. Опишите технику пункции верхнечелюстной пазухи.

Примерные тестовые задания для подготовки к практичекому занятию.

1. Необходимо ли затемнение кабинета и искусственное освещение для осмотра ЛОР-органов?

а) — да, б) — нет.

2. Имеется ли анатомическая связь околоносовых пазух с полостью носа?

а) — да, б) — нет.

3. Имеет ли значение состояние полости носа для звучности голоса?

а) — да, б) — нет.

4. Имеются ли у детей раннего возраста лобные пазухи?

а) — да, б) — нет.

5. Имеет ли значение состояние носового дыхания для нормального питания новорожденного?

а) — да, б) — нет.

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

а) однослойный плоский;

б) кубический;

в) многослойный плоский;

г) цилиндрический мерцательный.

7. Какие околоносовые пазухи открываются в средний носовой ход?

а) верхнечелюстная пазуха;

б) передние и средние клетки решетчатого лабиринта;

в) задние клетки решетчатого лабиринта;

г) лобная пазуха;

д) клиновидная пазуха.

8. Какие околоносовые пазухи открываются в верхний носовой ход?

а) верхнечелюстная пазуха;

б) задние клетки решетчатого лабиринта;

в) клиновидная пазуха;

г) лобная пазуха;

д) передние и средние клетки решетчатого лабиринта.

9. Назовите отдел носовой перегородки, из которого наиболее часто возникают кровотечения:

- а) передне-нижний отдел;
- б) задне-нижний отдел;
- в) верхний.

10. Какие носовые раковины можно осмотреть при передней риноскопии?

- а) нижняя носовая раковина;
- б) средняя носовая раковина;
- в) верхняя носовая раковина.

11. В какой носовой ход открывается слезно-носовой канал?

- а) верхний носовой ход;
- б) средний носовой ход;
- в) нижний носовой ход;
- г) общий носовой ход.

12. Через какой носовой ход преимущественно осуществляется носовое дыхание у новорожденных?

- а) верхний носовой ход;
- б) средний носовой ход;
- в) нижний носовой ход;
- г) общий носовой ход.

13. Какие зубы верхней челюсти соответствуют дну верхнечелюстной пазухи?

- а) резцы;
- б) клыки;
- в) малые коренные зубы;
- г) большие коренные зубы.

14. В какой носовой ход открываются приведенные ниже околоносовые пазухи?

- а) лобная пазуха;
- б) гайморова пазуха;

в) клетки (передние, средние) решетчатого лабиринта.

15. Назовите анатомические отделы носовой перегородки:

а), б).

16. Перечислите функции носа:

а), б), в), г).

17. Какие специальные методы применяются для осмотра полости носа?

а), б), в).

18. Устье какого канала открывается в нижний носовой ход?

а).

19. Из каких артериальных систем осуществляется кровоснабжение носа?

а), б).

20. С какими анатомическими образованиями граничит лобная пазуха?

а), б).

21. Назовите место выхода второй ветви тройничного нерва:

а).

22. Назовите вены лица, осуществляющие отток крови в пещеристую пазуху:

а), б), в).

23. Назовите место нахождения первого нейрона обонятельного анализатора?

а).

24. Назовите методы исследования околоносовых пазух, дополняющие данные наружного осмотра, пальпации и риноскопии:

а), б), в), г), д).

25. Могут ли заболевания носа и околоносовых пазух являться причиной внутричерепных осложнений?

а) — да, б) — нет.

26. Могут ли наблюдаться носовые кровотечения, угрожающие жизни больного?

а) — да, б) — нет.

27. Воспаление каких околоносовых пазух может приводить к внутриорбитальным осложнениям?

а), б), в), г).

28. Воспаление каких придаточных пазух носа может приводить к внутричерепным осложнениям?

а), б), в), г).

29. Назовите условия и инструменты, необходимые для осмотра полости носа.

а), б), в), г).

30. Какое анатомическое образование обеспечивает связь полости носа и полости черепа?

а).

31. Какие рентгенологические методы используются при диагностике заболеваний околоносовых пазух?

а), б), в), г), д).

32. Назовите метод исследования дыхательной функции носа, широко применяемый в практике?

а).

33. Перечислите пахучие вещества, которые обычно используются для исследования обоняния в оториноларингологической практике?

а), б), в), г), д).

34. Почему заболевания полости носа могут быть причиной слезотечения?

а).

35. Почему при заболеваниях околоносовых пазух могут наблюдаться экзофтальм и смещение глазного яблока?

а).

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.
2. Лекционный материал.
3. Тесты для самоподготовки с ответами.
4. Интернет ресурсы:
 - внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ
<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;
 - ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;
 - ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

ТЕМА: «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования глотки и пищевода».

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

1) усвоить клиническую анатомию и физиологию глотки и пищевода;
2) получить представление о технике биопсии, значении цитологического, лучевого, эндоскопического исследований при заболеваниях глотки и пищевода.

3) получить умения:

а) освоить методы исследования глотки и пищевода:

- мезофарингоскопия
- задняя риноскопия
- непрямая гипофарингоскопия
- пальцевое исследование носоглотки

б) уметь пользоваться данными цитологического исследования, мазков и биопсии глотки и пищевода, рентгенографии, рентгеноскопии пищевода, эндоскопического исследования пищевода (эзофагоскопии) в комплексном обследовании больного.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Что необходимо знать к практическому занятию:

Работая с учебником:

а) усвоить анатомию, физиологию глотки и пищевода:

1. Анатомические отделы глотки.
2. Особенности строения носоглотки и ротоглотки у детей.
3. Слои стенки глотки.
4. Лимфоидные образования глотки.
5. Строение небных миндалин.
6. Кровоснабжение глотки.
7. Кровоснабжение небных миндалин.

8. Иннервация глотки.
9. Паратонзиллярное, заглочное и парафарингеальное пространство.
10. Лимфатическая система глотки.
11. Строение стенки пищевода.
12. Анатомические и физиологические сужения пищевода.
13. Кровоснабжение пищевода.
14. Функции глотки и пищевода.
15. Функции лимфаденоидного глоточного кольца.

б) изучить теоретические основы методов исследования глотки:

1. Мезофарингоскопия.
2. Задняя риноскопия.
3. Эндоскопическое исследование носоглотки.
4. Непрямая гипофарингоскопия.
5. Пальцевое исследование носоглотки.

в) получить представление о:

рентгеноскопии;

рентгенографии пищевода;

эндоскопическим методам исследования пищевода (эзофагоскопии и фиброэзофагоскопии).

Чему необходимо научиться на практическом занятии

а) выполнять мезофарингоскопию, заднюю риноскопию, непрямую гипофарингоскопию;

б) уметь пользоваться данными рентгенографии, рентгеноскопии пищевода, эндоскопического исследования пищевода (эзофагоскопии) в комплексном обследовании больного.

А. Специальные методы исследования

Исследование глотки начинается с осмотра шеи и пальпации регионарных лимфатических узлов.

Пальпация лимфатических узлов выполняется поочередно с одной и другой стороны. Для этого голову больного несколько наклоняют кпереди и в иссле-

дуемую сторону. II—V пальцами пальпируется поднижнечелюстная область и зона нервно-сосудистого пучка шеи. Проводится сравнительная пальпация.



Рис. 36. Пальпация поднижнечелюстных лимфатических узлов

Затем осматривается преддверие рта (слизистая оболочка губ, щек, дёсен) и ротовая полость (зубы, язык) при помощи шпателя.

Мезофарингоскопия.

При осмотре среднего отдела глотки пациент должен дышать через рот, не высовывая языка. Шпателем отдавливаются передние 2/3 языка книзу и на себя. Для предупреждения рвотного рефлекса необходимо избегать давления шпателем на корень языка.

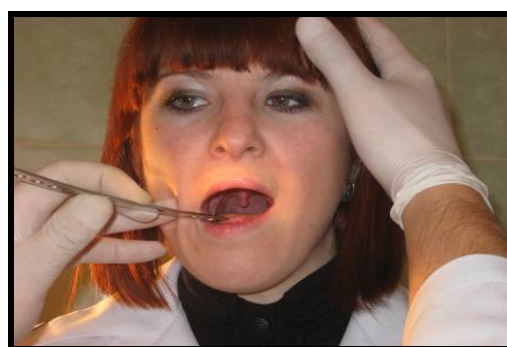


Рис. 37, 38. Техника проведения мезофарингоскопии

В норме слизистая оболочка мягкого нёба, нёбных дужек задней стенки глотки гладкая, розовая. Мягкое нёбо подвижно. Между дужками расположены нёбные миндалины округлой формы с неровной свободной поверхностью. У детей довольно часто наблюдается гипертрофия нёбных миндалин.

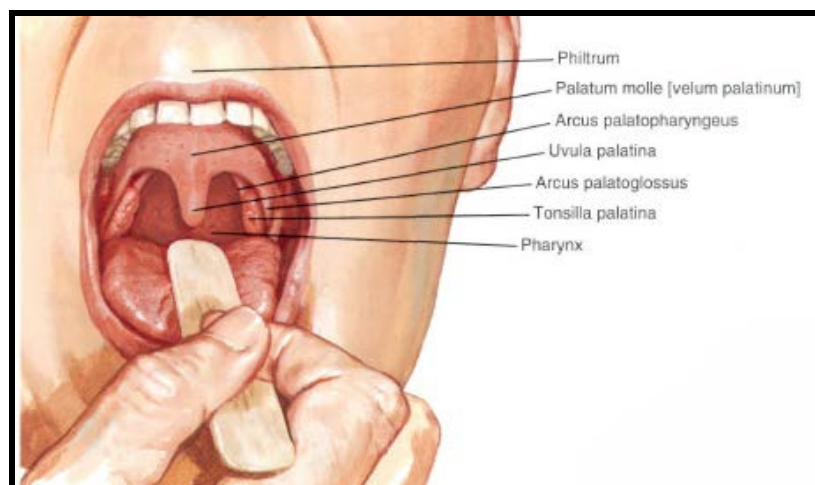


Рис. 39. Проведение мезофарингоскопии – правильное положение шпателя в руке, анатомические образования визуализируемые при осмотре

Консистенция миндалин и содержимое лакун определяются в процессе мезофарингоскопии путем надавливания вторым шпателем на основание передней нёбной дужки и через нее на миндалину в области ее верхнего полюса. В норме содержимое лакун отсутствует, может быть скудным в виде небольших пробок или казеоза. При осмотре слизистой оболочки задней стенки глотки можно обнаружить отдельные вкрапления лимфаденоидной ткани (лимфоидные фолликулы). Крупные скопления лимфаденоидной ткани на заднебоковых стенках глотки, позади нёбных дужек, носят название боковых валиков глотки.



Рис. 40. Техника осмотра миндалин - вывихивание миндалины из под передней небной дужки



Рис. 41. Картина при мезофарингоскопии – гиперемия задней стенки глотки

Задняя риноскопия.

Для осмотра носоглотки пользуются задней риноскопией. Носоглоточное зеркало слегка подогревается в горячей воде или над пламенем спиртовки. Шпателем, взятым в левую руку, отдавливают передние 2/3 языка и просят больного дышать через нос. Носоглоточное зеркало вводят в ротоглотку за мягкое нёбо, зеркальной поверхностью кверху, не касаясь при этом корня языка и задней стенки глотки. Освещая зеркало и слегка поворачивая его, осматривают носоглотку. В норме слизистая оболочка свода носоглотки розовая, хоаны свободные, сошник по средней линии. На боковых стенках носоглотки, на уровне задних концов нижних носовых раковин, имеются небольшие углубления — глоточные отверстия слуховых труб.

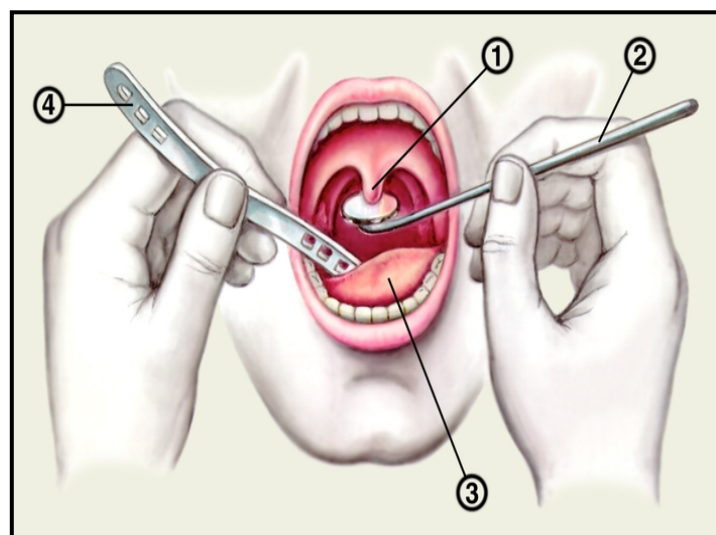
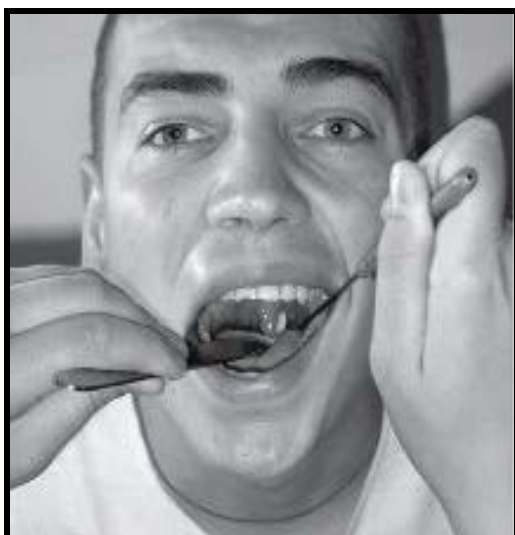


Рис. 42, 43. Техника проведения задней риноскопии

У детей раннего возраста в связи с беспокойным поведением и рвотным рефлексом заднюю риноскопию произвести невозможно. Для обследования носоглотки у детей применяется пальцевое исследование. Ребенок усаживается и фиксируется на коленях помощника. Врач, стоя сбоку и несколько сзади, вводит указательный палец правой руки через ротовую полость за мягкое нёбо в носоглотку, ощупывая стенки ее. Одновременно пальцем левой руки щека вдавлируется между верхними и нижними зубами больного для предупреждения укуса. В норме носоглотка свободная, кпереди определяются

хоаны, сошник. При наличии аденоидов, последние определяются в виде мягкоэластического дольчатого образования, расположенного на своде носоглотки.

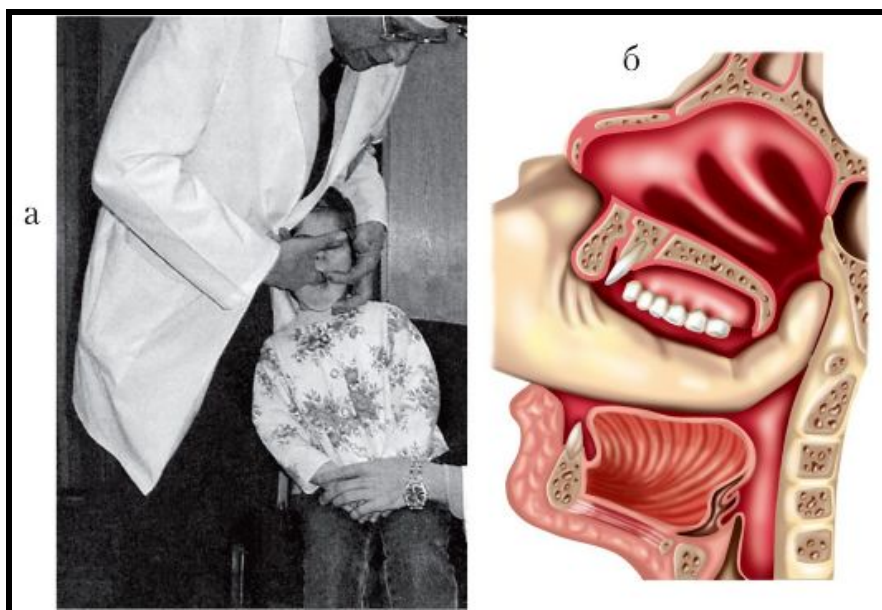


Рис. 44, 45. Пальцевое исследование носоглотки у детей

Эндоскопическое исследование носоглотки: слизистую оболочку полости носа смазывают местным анестетиком (10% раствором лидокаина; 3% раствором дикаина) и анемизируют (0,1% раствором адреналина или сосудосуживающими каплями). Эндоскоп проводят по нижнему носовому ходу в задние отделы полости носа и носоглотку с ее последующим осмотром.



Рис. 46. Аденоиды осмотр при проведении эндоскопии



Рис. 47. Глоточное отверстие слуховой трубы

Гипофарингоскопия производится гортанным зеркалом, которое слегка подогревают и вводят в зёв, отдавливая мягкое нёбо и язычок кзади и кверху.

При этом осматривается нижний отдел глотки: корень языка, язычная миндалина, валлекулы, надгортанник, черпало-надгортанные складки, грушевидные синусы.

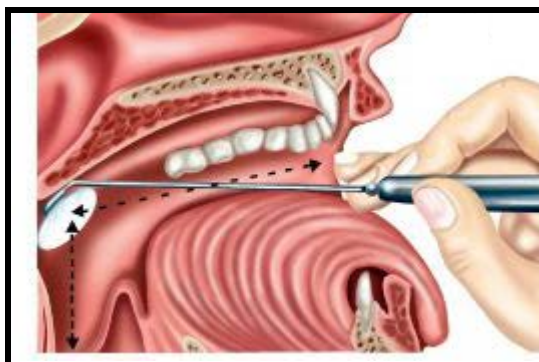


Рис. 48. Гипофарингоскопия

Б. Оценка данных дополнительных методов исследования

1. Цитологическое исследование и биопсия проводятся при подозрении на злокачественную опухоль глотки. Заключение цитолога и патоморфолога имеют важное значение для окончательного диагноза.

2. Мазок из патологических участков слизистой оболочки глотки производится с целью изучения микрофлоры (дифтерия, ангина Симановского и др.), что также способствует диагностике заболевания.

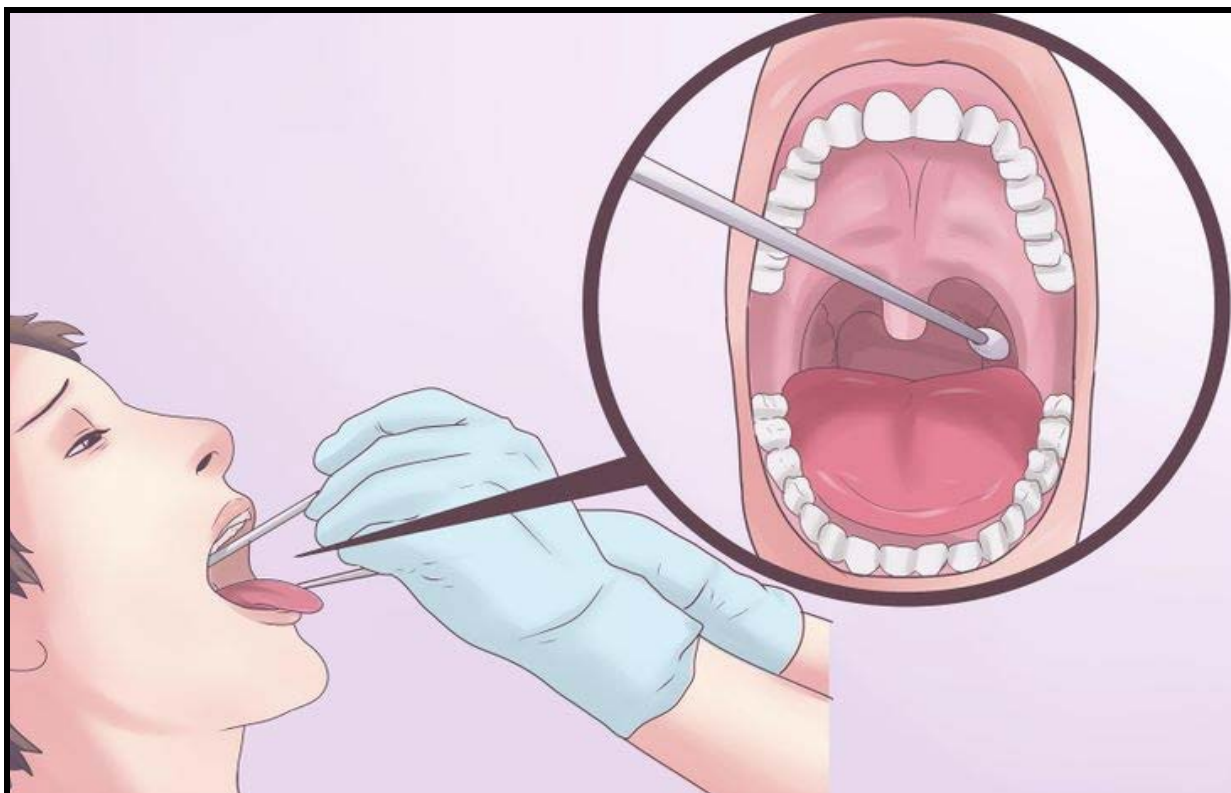


Рис. 49. Взятие мазка из полости рта.

III. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.

1. Вопросы для самоконтроля:

1. Какие выделяют анатомические отделы глотки?
2. Какие слои стенки глотки выделяют?
3. Особенности строения носоглотки и ротоглотки у детей?
4. Что входит в состав кольца Вальдейра-Пирогова?
5. Функции лимфаденоидного глоточного кольца?
6. Особенности строения небных миндалин?
7. Особенности кровоснабжения небных миндалин: взаимоотношение наружной и внутренней сонной артерии к верхнему и нижнему полюсу миндалины?
8. Какие структуры формируют стенки паратонзиллярного, заглоточного и парафарингеального пространства. Каковы особенности распространения инфекции в этих пространствах?
9. Перечислите анатомические и физиологические сужения пищевода.
10. Опишите функции глотки и пищевода.
11. Выделите особенности осмотра носоглотки у детей и у взрослых?

Примерные тестовые задания для подготовки к практическому занятию.

1. На каком уровне по отношению к шейным позвонкам располагается глотка?
 - а) III—IV позвонок;
 - б) I—VI позвонок;
 - в) IV—VI позвонок.
2. Укажите мышцы, поднимающие глотку?
 - а) шилоглоточная мышца;
 - б) небно-язычная мышца;
 - в) небно-глоточная мышца;
 - г) констрикторы глотки.

3. Укажите, какие лимфаденоидные образования (миндалины) расположены в носоглотке:

- а) нёбные миндалины;
- б) глоточная (III-я) миндалина;
- в) язычная миндалина;
- г) трубные миндалины;
- д) боковые валики глотки.

4. Назовите слои стенки глотки:

- а), б), в), г).

5. В каком возрасте глоточная (III-я) миндалина часто гипертрофирована?

- а).

6. Перечислите полостные анатомические образования, с которыми сообщается глотка:

- а), б), в), г), д), е).

7. Назовите лимфоидные образования, составляющие лимфаденоидное глоточное кольцо:

- а), б), в), г), д).

8. Назовите мышцы глотки по функциональному признаку.

- а), б).

9. Назовите крупные сосуды и нервы, проходящие через парафарингеальное пространство?

- а), б), в).

10. Характерна ли гипертрофия носоглоточной миндалины в детском возрасте?

- а).

11. В каком отделе глотки находятся устья слуховых труб?

- а).

12. На уровне каких носовых раковин открываются устья слуховых труб в носоглотке у взрослых?

- а).

13. На каком уровне открываются устья слуховых труб в носоглотке у детей?
- а).
14. Какое анатомическое образование является продолжением заглоточного пространства?
- а) переднее средостение;
- б) заднее средостение;
- в) парафарингеальное пространство.
15. Какой нерв является двигательным для мышц мягкого нёба?
- а).
16. Укажите, какие магистральные сосуды принимают участие в кровоснабжении нёбных миндалин?
- а) наружная сонная артерия;
- б) внутренняя сонная артерия.
17. Назовите содержимое паратонзиллярного пространства:
- а).
18. Имеются ли анатомические сужения пищевода?
- а) — да, б) — нет.
19. Укажите уровни анатомических сужений пищевода:
- а) вход в пищевод;
- б) уровень бифуркации трахеи;
- в) уровень дуги аорты;
- г) вход в желудок;
- д) уровень диафрагмы.
20. Пищевод представляет собой мышечную трубку, имеющую анатомические сужения в области:
- а), б), в).
21. Какие функции нёбных миндалин Вы знаете?
- а), б).
22. Используется ли задняя риноскопия при исследовании глотки?

а) — да, б) нет.

23. Укажите, какие методы исследования используются при осмотре приведенных отделов глотки:

1. Прямая фарингоскопия а) носоглотка;

2. Задняя риноскопия б) ротоглотка;

3. Непрямая фарингоскопия в) гортаноглотка.

24. Перечислите методы осмотра глотки.

а), б), в).

25. Перечислите, какие стенки глотки видны при мезофарингоскопии?

а), б).

26. Какой из методов исследования глотки должен использоваться у больных с заболеваниями среднего уха?

а).

27. Какой из методов исследования глотки применяется при выяснении причин затрудненного носового дыхания?

а).

28. В каких случаях применяется пальцевое исследование носоглотки?

а), б).

29. В чем состоит анатомическая особенность заглочного пространства у детей раннего и младшего возраста?

а).

30. Какое контрастное вещество используется при рентгенологической диагностике перфорации пищевода?

а) йодолипол;

б) сернокислый барий.

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.

2. Лекционный материал.

3. Тесты для самоподготовки с ответами.

4. Интернет ресурсы:

- внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;

- ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;

- ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

ТЕМА: «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани, трахеи и бронхов».

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

- 1) усвоить клиническую анатомию и физиологию гортани, трахеи и бронхов;
- 2) получить представление о технике биопсии, значении цитологического, лучевого, эндоскопического исследований при заболеваниях гортани, трахеи и бронхов;
- 3) получить умения:
 - а) освоить методы исследования гортани, трахеи и бронхов:
 - осмотр, пальпация гортани и лимфатических узлов шеи;
 - непрямая ларингоскопия.
 - б) уметь пользоваться данными прямой ларингоскопии, фиброларингоскопии, трахеобронхоскопии, рентгенологическом исследовании гортани, трахеи и бронхов, биопсии при заболеваниях гортани.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Что необходимо знать к практическому занятию:

Работая с учебником:

а) усвоить анатомию, физиологию гортани, трахеи и бронхов:

- 1.Анатомические отделы гортани.
- 2.Хрящи гортани.
- 3.Мышцы гортани.
- 4.Иннервация гортани.
- 5.Кровоснабжение гортани.
- 6.Лимфоидный аппарат гортани.
- 7.Структура стенки трахеи.
- 8.Топография трахеи и бронхов.
- 9.Возрастные особенности гортани и трахеи.
- 10.Функции гортани, трахеи и бронхов.

б) изучить теоретические основы методов исследования гортани:

1. Осмотр, пальпация гортани и лимфоузлов шеи.

2. Непрямая ларингоскопия.

в) получить представление о прямой ларингоскопии, фиброларингоскопии, трахеобронхоскопии, рентгенологическом исследовании гортани, трахеи и бронхов, биопсии при заболеваниях гортани.

Чему необходимо научиться на практическом занятии

а) выполнять наружный осмотр, пальпацию гортани и лимфатических узлов шеи, непрямую ларингоскопию;

б) пользоваться данными прямой ларингоскопии, трахеобронхоскопии, рентгенологического исследования и биопсии в комплексном обследовании больного.

А. Специальные методы исследования

Исследование гортани начинается с осмотра передней поверхности шеи. Обращается внимание на ее конфигурацию, цвет кожи. Пальпируется остов гортани, определяется «симптом хруста» при боковых смещениях гортани. Массирующими движениями четырех пальцев обеих рук симметрично пальпируются лимфоузлы шеи по ходу сосудисто-нервных пучков; при этом голову, исследуемого наклоняют кпереди.



Рис. 50, 51. Техника пальпация гортани.

Непрямая ларингоскопия выполняется с помощью гортанного зеркала. При этом высунутый язык пациента удерживается левой рукой с помощью марлевой салфетки. Пациент открывает рот и подогретое гортанное зеркало правой рукой (зеркальной поверхностью книзу) вводится в полость рта и, не касаясь языка, продвигается в ротоглотку с одновременным отдавливанием мягкого нёба кзади и кверху. В зеркале хорошо видны надгортанник, валлекулы, черпало-надгортанные складки, черпаловидные хрящи, вестибулярные и голосовые складки, подскладочное пространство и иногда верхние кольца трахеи.

Следует обратить внимание на подвижность голосовых складок (черпаловидных хрящей). Для этого гортань осматривается на вдохе, когда голосовая щель максимально открывается и при протяжном произношении звука «Э» или «И» (фонации), когда голосовые складки смыкаются.



Рис. 51. Техника проведения непрямой ларингоскопии

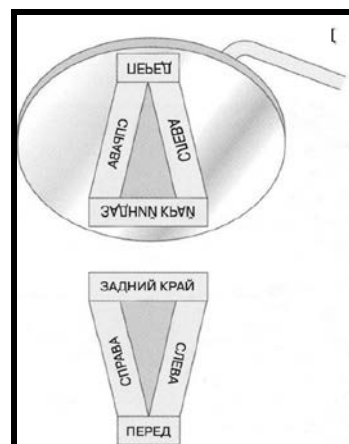


Рис. 52. Зеркальное отражение структур гортани при НЛС

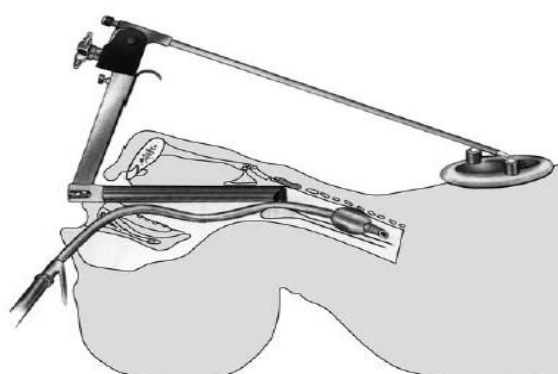
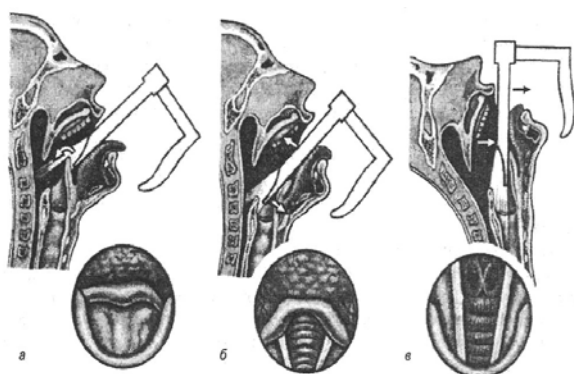


Рис. 53, 54, 55. Техника проведения не прямой ларингоскопии. Визуализация гортани на вдохе (54) и при фонации (55)

Прямая ларингоскопия производится преимущественно у детей раннего возраста специальными шпателями Тихомирова, Мезрина, ларингоскопом. Без анестезии или под наркозом в положении ребенка на спине со слегка запрокинутой головой в полость рта вводится шпатель или ларингоскоп. При одновременном отжатию кверху языка инструмент продвигается в гортаноглотку так, что захватывается лепесток надгортанника, отжимается и фиксируется к корню языка. Такое положение шпателя обеспечивает хороший прямой обзор всех отделов гортани.

Рис. 56. Прямая ларингоскопия

Рис. 57. Подвесная прямая ларингоскопия



Прямая ларингоскопия позволяет диагностировать инородное тело, воспалительные и другие изменения гортани.



Рис. 58. Техника проведения прямой ларингоскопии



Рис. 59. Техника проведения подвешной прямой ларингоскопии

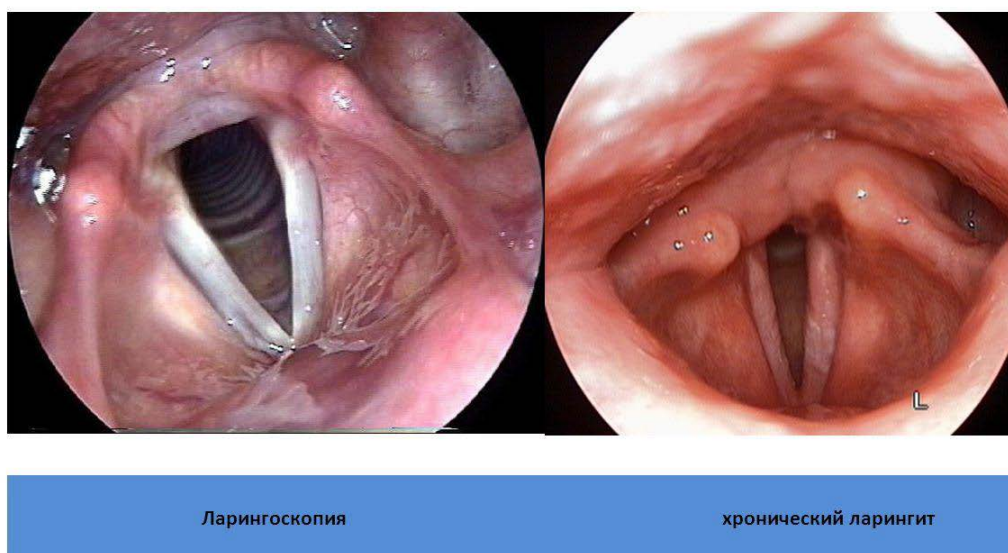


Рис. 60. Картина гортани при проведении прямой ларингоскопии

Фиброларингоскопия: производится под местной поверхностной анестезией или под наркозом гибким эндоскопом, который проводится через одну из половин носа - оценивается цвет слизистой оболочки гортани, просвет гортани, подвижность обеих половин гортани (под местной анестезией), наличие инородных тел и патологической ткани (при опухолях).

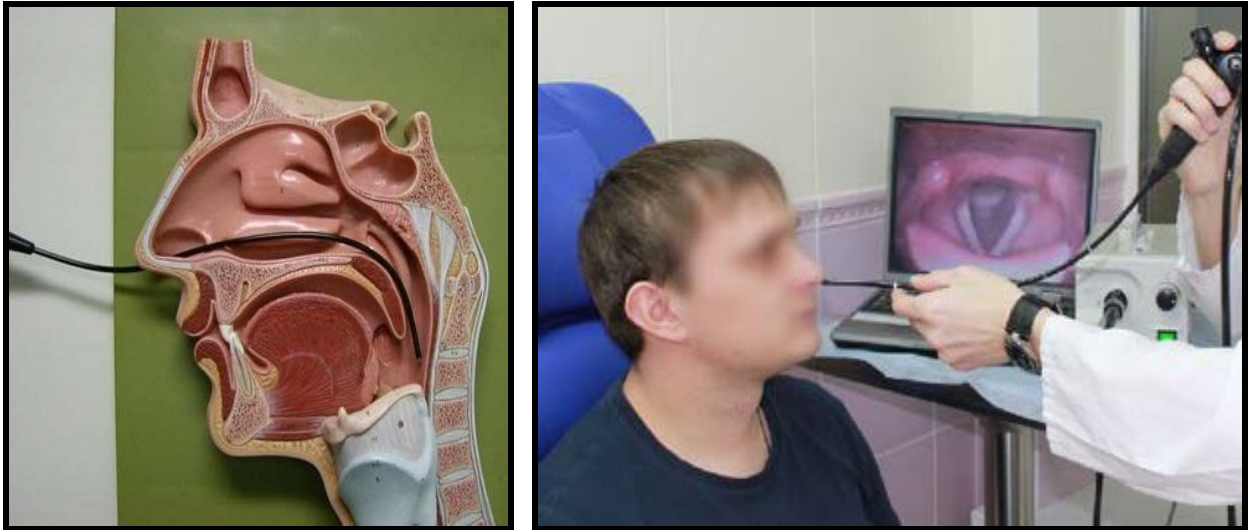


Рис. 61, 62. Техника проведения фибраларингоскопии

Трахеобронхоскопия производится под местной поверхностной анестезией или под наркозом. Различают верхнюю трахеобронхоскопию — смотровая трубка бронхоскопа вводится через рот, гортань, нижнюю — через предварительно наложенную трахеостому. В норме просвет трахеи и бронхов зияет, слизистая оболочка бледно-розового цвета. По изменениям эндоскопической картины (обнаружению инородного тела, изменению цвета слизистой оболочки, скоплению гноя в просвете бронха и др.) устанавливается диагноз.

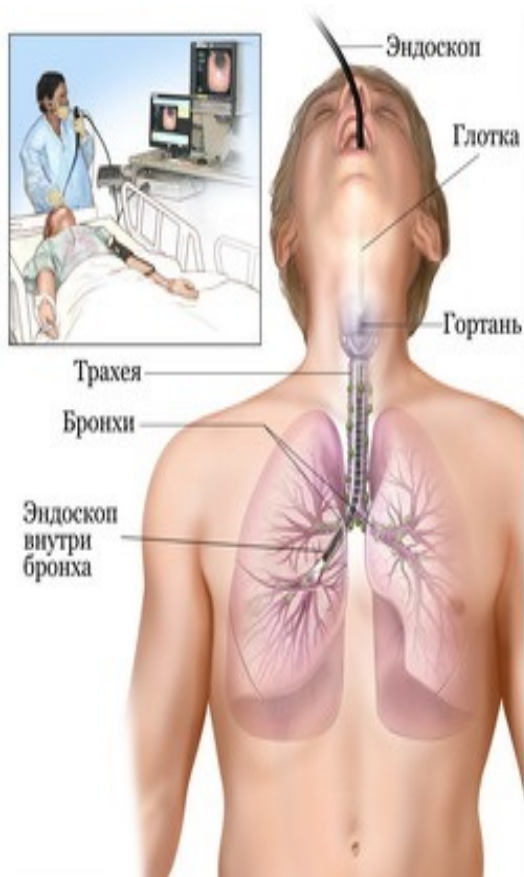


Рис. 63. Схема проведения трахеобронхоскопии

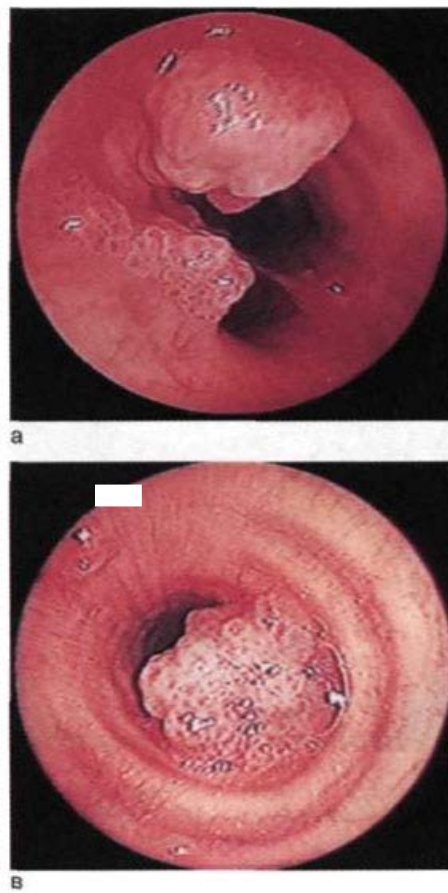


Рис. 64. Вид трахеи и бронхов при проведении трахеобронхоскопии

Б. Оценка данных дополнительных методов исследования

1. Рентгенологическое исследование гортани включает боковую рентгенографию, томографию, компьютерную томографию.

Боковая рентгенограмма имеет ограниченное применение, так как позволяет судить лишь о состоянии крупных хрящей гортани (щитовидный, перстневидный, надгортанник).

С помощью боковой рентгенограммы можно диагностировать хондроперихондрит, возрастные изменения хрящей гортани.

Томография и компьютерная томография гортани имеет гораздо большее значение в клинике, так как по ее данным можно судить о состоянии внутренней поверхности гортани — вестибулярных, голосовых складок, гортанных желудочков, грушевидных синусов, подскладочного пространства. При оценке томограммы сравнивают левую и правую половины гортани, выявляя асимметрию, а также о сужении просвета гортани, вызванном патоло-

гическим процессом. Изменения на томограмме могут проявляться сужением грушевидного синуса или гортанного желудочка, увеличением размеров вестибулярных или голосовых складок и др. Данные томографии существенно дополняют картину непрямой ларингоскопии и служат более точной диагностике патологического процесса. Томография особенно ценна при диагностике злокачественных опухолей гортани, так как позволяет определить нижнюю границу новообразования, что не всегда возможно при непрямой и прямой ларингоскопии.



Рис. 65. Томография гортани

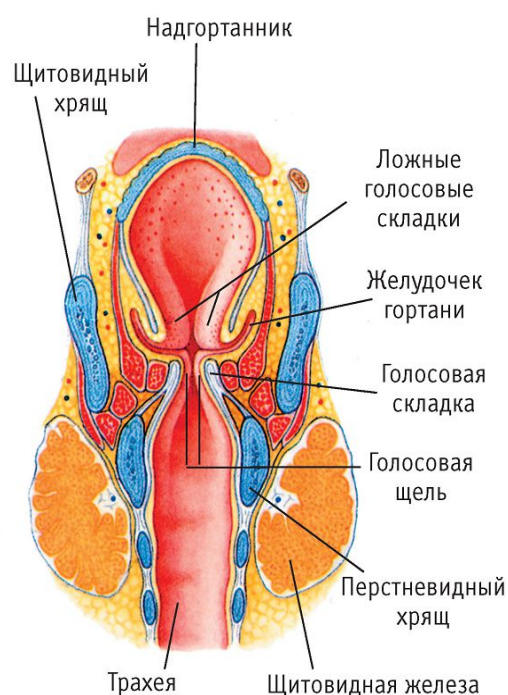


Рис. 66. Анатомия гортани(схема)

2.Мазок со слизистой оболочки гортани производится под местной анестезией 1% раствором дикаина при помощи гортанного зонда. Показания — грибковые поражения гортани, дифтерия, туберкулез и др.

3.Биопсия выполняется под местной поверхностной анестезией слизистой оболочки гортани 1% раствором дикаина или 10% кокаина. Эндоларингеально гортанной кюреткой берется патологически измененная ткань и направляется в патоморфологическую лабораторию. Данные биопсии позволяют про-

водить дифференциальную диагностику между доброкачественными и злокачественными опухолями, специфическими поражениями гортани.

4.В диагностике инородных тел бронхов чрезвычайно важным является рентгеноскопия органов грудной клетки, позволяющая диагностировать наличие инородного тела, в том числе пропускающего лучи Рентгена, и вид закупорки основного бронха. При полной обтурации просвета бронха, наряду с ателектазом легкого, выявляется смещение средостения в больную сторону (симптом Якобсона), высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения и умеренная викарная эмфизема здорового легкого. При вентильной закупорке — картина эмфиземы легкого на стороне поражения дополняется смещением средостения в здоровую сторону и уплощением купола диафрагмы на пораженной стороне. При частичной обтурации главного бронха рентгеноскопическая картина недостаточно типична. Метод рентгенографии при этой патологии менее демонстративен для выявления косвенных признаков инородных тел бронха и имеет большую диагностическую достоверность лишь при инородных телах, задерживающих рентгеновские лучи.



Рис. 67. Обзорный снимок грудной клетки – инородное тело правого бронха

III. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.

1. Вопросы для самоконтроля:

1. Опишите топографические особенности расположения гортани ?
2. Какие анатомические отделы имеет гортань?
3. Какие хрящи формируют гортань. Сколько видов хрящей гортани выделяют?
4. Опишите классификацию мышц гортани
5. Особенности иннервации и кровоснабжения гортани
6. Какое клиническое значение лимфоидного аппарата гортани?
7. Какие основные особенности топографии трахеи и бронхов?
8. Возрастные особенности гортани и трахеи.
9. Перечислить функции гортани, трахеи и бронхов.
10. Особенности осмотра гортани при непрямой ларингоскопии?
11. Опишите какие дополнительные методы исследования гортани существуют.

Примерные тестовые задания для подготовки к практическому занятию.

1. Какой хрящ гортани образует «адамово» яблоко?
 - а) перстневидный хрящ;
 - б) щитовидный хрящ.
2. Уровню каких шейных позвонков соответствует верхняя и нижняя границы гортани взрослого человека?
 - а) III—IV шейный позвонок;
 - б) IV—VI шейный позвонок;
 - в) III—V шейный позвонок.
3. Уровню каких шейных позвонков соответствует верхняя и нижняя границы гортани у новорожденных?
 - а) II—IV шейный позвонок;
 - б) IV—VI шейный позвонок;
 - в) III—V шейный позвонок.

4. Перечислите отделы гортани:

а), б), в).

5. Какие анатомические образования гортани составляют ее вестибулярный (верхний) отдел?

а) подскладочное пространство;

б) надгортанник;

в) голосовые складки;

г) морганиев желудочек;

д) черпало-надгортанные складки;

е) вестибулярные складки;

ж) черпаловидные хрящи.

6. Какие анатомические образования гортани составляют ее складочный (средний) отдел?

а) надгортанник;

б) черпаловидные хрящи;

в) голосовые складки;

г) морганиев желудочек;

д) подскладочное пространство.

7. Назовите анатомические образования вестибулярного (верхнего) отдела гортани:

а), б), в), г), д).

8. Какие анатомические образования относятся к складочному (среднему) отделу гортани?

а).

9. Является ли черпаловидный хрящ парным?

а) — да, б) — нет.

10. Укажите непарные хрящи гортани:

а), б), в).

11. Являются ли черпаловидные хрящи подвижными?

а) — да, б) — нет.

12. Какая ткань в большом количестве содержится в подскладочном отделе гортани у детей?

а).

13. Какая мышца гортани является расширителем голосовой щели?

а).

14. Назовите мышцы, суживающие голосовую щель:

а), б), в), г).

15. Укажите наружные мышцы гортани:

а) поперечная межчерпаловидная мышца;

б) грудинно-подъязычная мышца;

в) грудинно-щитовидная мышца;

г) передняя перстне-щитовидная мышца;

д) щито-подъязычная мышца.

16. Укажите мышцы гортани, суживающие голосовую щель:

а) задняя перстнечерпаловидная мышца;

б) поперечная межчерпаловидная мышца;

в) косая мышца;

г) боковая мышца;

д) щитоподъязычная мышца;

ж) голосовая мышца.

17. Какой нерв осуществляет чувствительную иннервацию слизистой оболочки гортани?

а).

18. Является ли возвратный (нижний гортанный) нерв ветвью блуждающего нерва?

а) — да, б) — нет.

19. Назовите нерв, осуществляющий двигательную иннервацию внутренних мышц гортани:

а).

20. Какой нерв поражен, если одна из половин гортани неподвижна при фонации и дыхании?
- а).
21. Какие артерии участвуют в кровоснабжении гортани?
- а), б), в).
22. Каким эпителием покрыты голосовые складки?
- а).
23. В каком отделе гортани более выражена лимфатическая сеть?
- а) вестибулярный отдел;
б) средний отдел;
в) гортанноглоточный отдел.
24. Имеется ли лимфаденоидная ткань в толще слизистой оболочки гортани?
- а) — да, б) — нет.
25. Какие функции выполняет гортань?
- а), б), в).
26. Какие методы применяются при исследовании гортани?
- а), б), в), г), д), ж), з).
27. Какой вид ларингоскопии чаще используется у детей младшего возраста?
- а).
28. Укажите, на каком из приведенных уровней находится бифуркация трахеи?
- а) на уровне 3-го грудного позвонка;
б) на уровне 5-го грудного позвонка;
в) на уровне 7-го грудного позвонка.
29. Назовите методы исследования трахеи:
- а), б), в).
30. Какие виды трахеобронхоскопии Вы знаете?
- а), б).

31. Какие важнейшие функции гортани нарушаются при двустороннем повреждении двигательного нерва?

а), б).

32. Почему подогревается гортанное зеркало при выполнении непрямой ларингоскопии?

а).

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.

2. Лекционный материал.

3. Тесты для самоподготовки с ответами.

4. Интернет ресурсы:

- внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;

- ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;

- ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

ТЕМА: « Клиническая анатомия, физиология и методы исследования звукового анализатора».

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

- 1) усвоить клиническую анатомию и физиологию звукового анализатора.
- 2) получить умения:
 - а) освоить методы наружного исследования уха (осмотр, пальпация, перкуссия, отоскопия);
 - б) освоить методику исследования слуха «живой» речью и камертонами;
 - в) уметь пользоваться данными отомикроскопии, методах тональной и речевой аудиометрии, исследовании функций слуховой трубы, рентгенологическом, компьютерно-томографическом и МРТ исследованиях при заболеваниях уха.
- 3) получить представление об отомикроскопии, тональной и речевой аудиометрии, исследовании функций слуховой трубы, рентгенологическом, компьютерно-томографическом и МРТ исследованиях при заболеваниях уха.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Что необходимо знать к практическому занятию

Работая с учебником:

а) усвоить анатомию и физиологию звукового анализатора:

1. Анатомия наружного уха.
2. Анатомия среднего уха.
3. Трансформационно-аккомодационный аппарат среднего уха.
4. Анатомия внутреннего уха.
5. Проводящие пути звукового анализатора.
6. Функции слуховой трубы.
7. Механизм воздушного звукопроведения.
8. Виды костного звукопроведения.
9. Теории слуха.

10. Область звукового и слухового восприятия.

11. Дифференциальный порог силы звука.

б) изучить теоретические основы методов исследования звукового анализатора:

1. Исследование уха (осмотр, пальпация, перкуссия, отоскопия).

2. Исследование слуха «живой» речью, камертонами; тональная и речевая аудиометрия.

3. Исследование функций слуховой трубы.

4. Чтение рентгенограмм височной кости по Шюллеру, Стенверсу, Майеру.

5. Чтение компьютерных и магнитно-резонансных томограмм височных костей.

Чему необходимо научиться на практическом занятии:

а) выполнять методы исследования уха: осмотр, пальпацию наружного уха, сосцевидного отростка, перкуссию сосцевидного отростка, отоскопию;

б) исследовать слуховую функцию при помощи «живой» речи и камертонов;

в) уметь пользоваться данными тональной и речевой аудиометрии, проходимости слуховой трубы, рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии височных костей.

А. Специальные методы исследования

Осмотр наружного уха.

Осматривается ушная раковина, заушная область.

Пальпация. Производится пальцами правой и левой руки. Пальпируются контуры сосцевидного отростка.

Отоскопия.

Ушную воронку берут в правую руку и вводят ее неглубоко в правый наружный слуховой проход, оттягивая при этом левой рукой ушную раковину кзади. Для осмотра левого уха выполняют те же манипуляции, меняя руки. Рефлектором наводится свет в ушную воронку и осматриваются слуховой проход и опознавательные пункты барабанной перепонки. При наличии серной

пробки, отделяемого в наружном слуховом проходе последние удаляются ватничком или промыванием уха шприцем Жанэ.



Рис. 68. Проведение отоскопии



Рис. 69. Промывание уха

Исследование шепотной и разговорной речью выполняется в комнате, изолированной от шума. Исследуемое ухо пациента обращено к врачу, противоположное — плотно закрывает указательным пальцем медсестра. Предварительно больной предупреждается, что в случае улавливания произносимых врачом слов, он должен их громко повторить. Исследующий произносит шепотом слова, приближаясь к больному с отметки 6 метров до тех пор, пока больной не услышит и не повторит произносимые слова. Таким образом исследуется и другое ухо. При наличии тугоухости проводится определение остроты слуха разговорной речью по тем же правилам.



Рис. 70, 71. Исследование шепотной и разговорной речью

Исследование камертонами выполняется с целью определения остроты слуха по продолжительности восприятия ряда камертонов С64, С128, С256,

C512, C1024, C2048, C4096 и дифференциальной диагностики кондуктивной (нарушение звукопроводения) и нейросенсорной тугоухости (нарушение звуковосприятия). Используются следующие опыты с камертонами:



Рис. 72. Проведение исследования камертонами

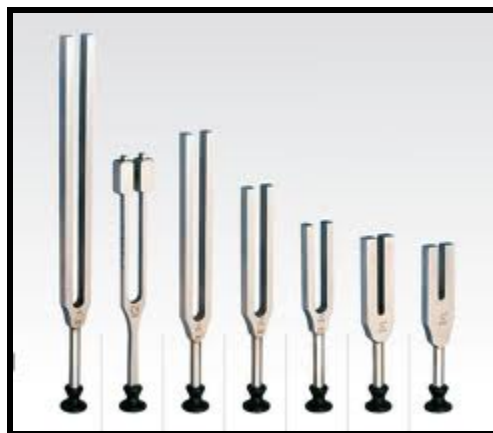


Рис. 73. Стандартный набор камертонов

Опыт Ринне: ножку звучащего камертона ставят на сосцевидный отросток (костное звукопроводение). После прекращения восприятия звука больным банши камертона подносят к наружному слуховому проходу (воздушное звукопроводение). Если больной продолжает слышать звучание камертона, то опыт Ринне оценивается как положительный, в противном случае — как отрицательный. Положительный опыт Ринне наблюдается при нормальном слухе, а также у больных с нарушением звуковосприятия (в последнем случае длительность восприятия через кость укорачивается — «укороченный Ринне»). Отрицательный опыт Ринне наблюдается при нарушении звукопроводения.



Рис. 74, 75. Техника проведения опыта Ринне.

Опыт Швабаха: определяется костное звукопроводение путем сравнения продолжительности костного звукопроводения у обследуемого с временем нормального костного звукопроводения по паспорту камертона. Укороченный опыт Швабаха имеет место при поражении звуковосприятия, нормальный — при поражении звукопроводения.

Опыт Вебера: определяется латерализация звука. Звучащий камертон ставят ножкой на середину темени обследуемого и по ощущению больного опреде-

ляют латерализацию (направлению) звука. При звукопроводящей форме тугоухости латерализация звука — в больное ухо или в хуже слышащее — при двустороннем поражении; при звуковоспринимающей тугоухости — в здоровое ухо, или в лучше слышащее ухо при двустороннем процессе.

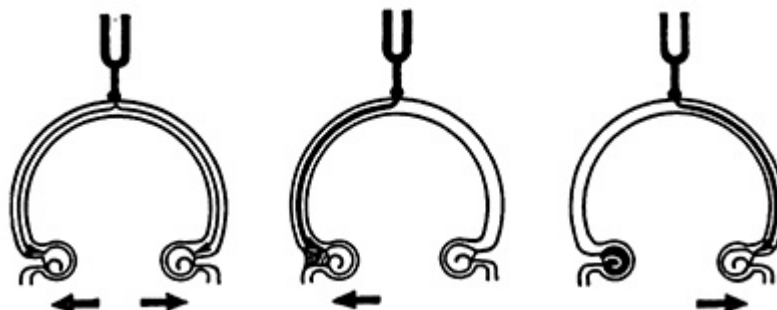


Рис. 76. Опыт Вебера

Опыт Бинга: сравнивается относительное и абсолютное костное звукопроводение. Ножку звучащего камертона ставят на сосцевидный отросток и определяют костное звукопроводение при открытом (относительное) и закрытом (абсолютное) наружном слуховом проходе. В норме и при звуковоспринимающей форме тугоухости закрытие слухового прохода удлиняет костное звукопроводение. При звукопроводящей форме тугоухости этого не наблюдается.



Рис. 77. Опыт Бинга

Опыт Федериче: сравнивается тканевое, звукопроводение с сосцевидного отростка и козелка. Ножка звучащего камертона С128 ставится на сосцевидный отросток. Как только исследуемый перестает слышать звук, звучащий

камертон ставится на козелок. В норме и при звуковоспринимающей форме тугоухости звучание камертона с козелка воспринимается дольше; при звукопроводящей форме тугоухости этого не наблюдается.

Тональная пороговая аудиометрия используется в целях определения остроты слуха и дифференциальной диагностики звукопроводящей и звуковоспринимающей форм тугоухости. Через воздушный и костный телефоны с аудиометра на исследуемое ухо подаются звуки различной частоты и определяются пороги восприятия по каждой частоте воздушного и костного звукопроведения. Пороги восприятия обозначаются в виде точек на сетке аудиограммы. Соединяя их непрерывной линией (воздушное звукопроведение) и пунктирной линией (костное звукопроведение), получаем кривые аудиограммы, характеризующие состояние воздушного и костного звукопроведения. По характеру аудиограмм определяются: виды тугоухости

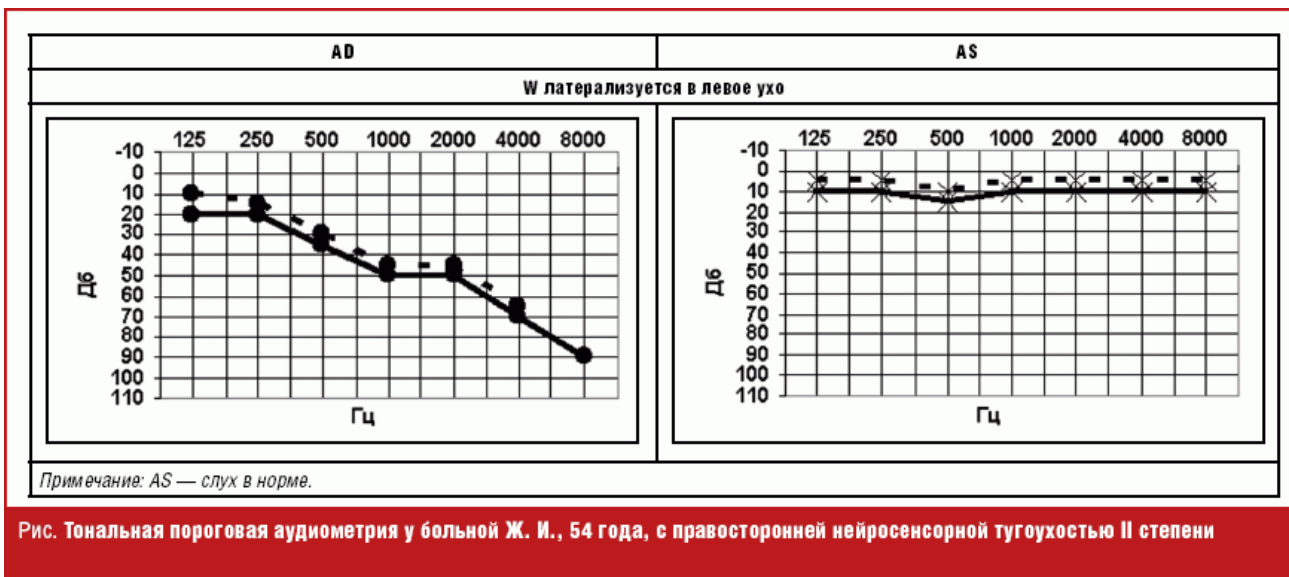


Рис. 78. Тональная пороговая аудиометрия

Речевая аудиометрия — на исследуемое ухо через телефон подаются записанные на магнитофонную пленку слова, которые пациент должен повторить перед микрофоном. Определяются 2 порога: 1) порог слухового восприятия, 2) порог разборчивости речи. Как правило, при нарушении звукопроведения с увеличением силы звука достигается 100% разборчивость речи. При нарушении звуковосприятия с увеличением интенсивности звука 100% разборчивости речи не достигается.

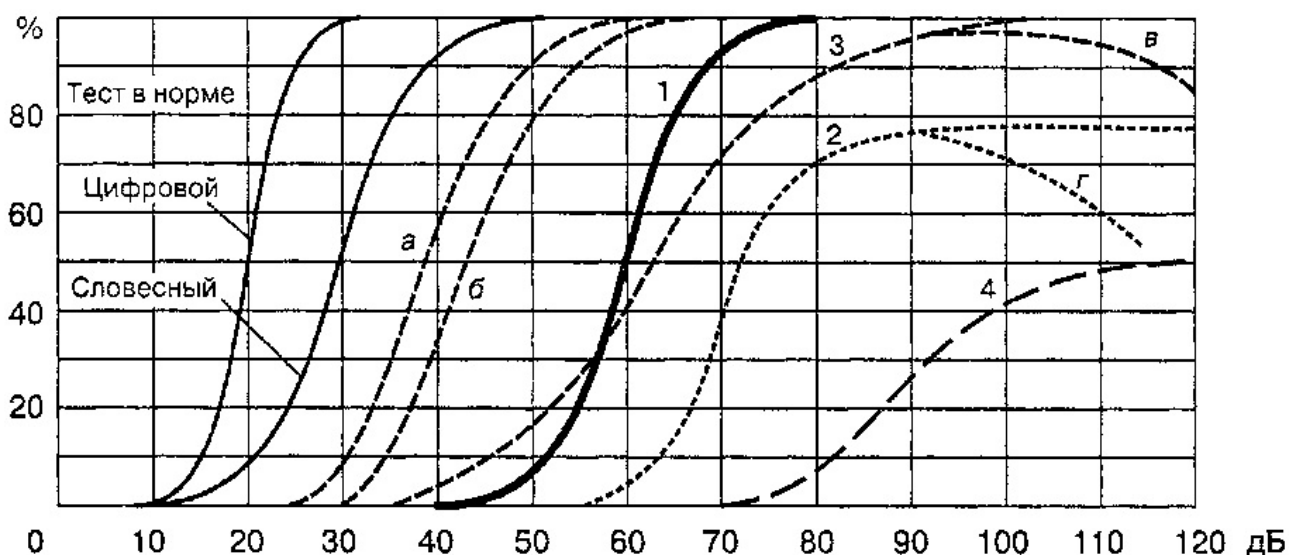


Рис. 79. График речевой аудиометрии

Исследование проходимости слуховой трубы проводится с помощью ушного манометра, который вводится в наружный слуховой проход. Благодаря наличию obturatora, наружный слуховой проход герметически закупоривается. Через obturatora проходит длинная трубочка, в просвет которой вводится подкрашенная капля спирта. При изменении давления в среднем ухе возникают движения капли по трубочке.

Исследование проводится следующим образом. Пациенту предлагают сделать глотательное движение, что в норме вызывает движение капли (первая проба). Если движения капли в трубочке не наблюдается, проводится вторая проба (опыт Тойнби): пациент зажимает пальцами нос и делает глотательное движение. При этом должно возникнуть движение капли. При отсутствии такого эффекта делается третья проба (опыт Вальсальвы). Исследуемый делает вдох, затем плотно закрывает рот и своей рукой зажимает себе нос, после этого производится энергичная экспирация, благодаря чему при достаточной проходимости слуховой трубы воздух устремляется через нее в барабанную полость. Исследуемый обычно ощущает при этом небольшой треск в ушах, а при осмотре часто можно отметить некоторое выпячивание барабанной перепонки. В случае достаточной проходимости слуховой трубы наступает

движение капли. Отсутствие движения капли является крайней степенью непроходимости.



Рис. 80. Исследование проходимости слуховых труб

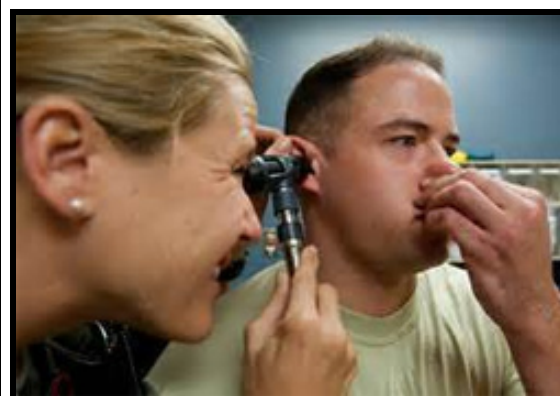


Рис. 81, 82. Опыт Тоинби и опыт Вальсальвы

Б. Оценка данных дополнительных методов исследования.

Рентгенологическое исследование уха является единственным способом определения анатомического строения височной кости у живого человека без нарушения целостности тканей. На рентгеновском снимке до операции можно определить тип пневматизации височной кости, представляется возможным судить о размерах, глубине и положении костного ложа венозных синусов, ширине наружного и внутреннего слуховых проходов, костном скелете лабиринта, а в некоторых случаях получать изображение слуховых косточек.

Методика рентгенологического исследования уха заключается в многочисленных способах изображения височной кости на рентгенограмме, из которых наиболее ценными являются способы Шюллера, Стенверса и Майера. Эти три метода дают представление о поверхностно и глубоко залегающих

отделах височной кости, в том числе и ее скалистой части (рентгенограмма по Стенверсу).

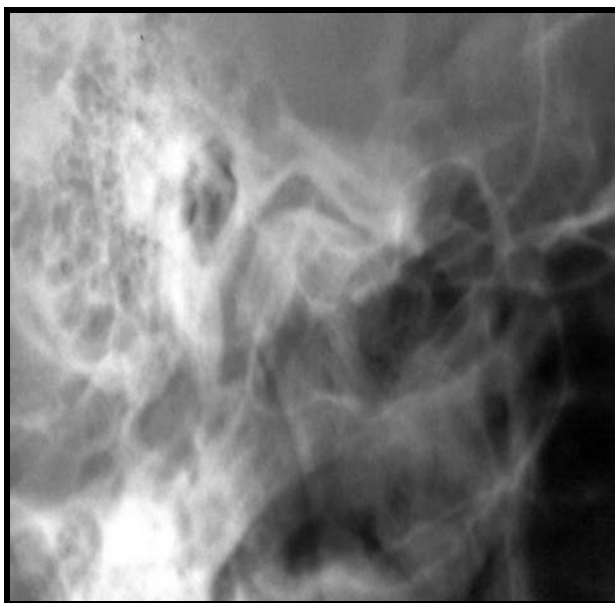


Рис. 83. Снимок височных костей по Шюллеру - норма



Рис. 84. Снимок височных костей по Шюллеру – трепанационная полость после радикальной операции на ухе

Для исследования среднего уха наиболее пригоден метод Шюллера. Метод Майера особенно ценен для суждения о состоянии внутреннего и наружного слухового прохода, аттика, а также для получения изображения слуховых косточек.

Заболевания среднего уха проявляются понижением пневматизации сосцевидного отростка, затемнением антрума, аттика, отверстия внутреннего слухового прохода, деструктивными изменениями указанных образований.

Описанные выше изменения, их распространенность и характер лучше визуализируются при **компьютерно-томографическом исследовании височных костей.**



Рис. 85. КТ височных костей – аксиальная проекция

III. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.

1. Вопросы для самоконтроля:

1. Опишите стенки наружного слухового прохода?
2. С какими анатомическими образованиями граничит наружный слуховой проход и какое клиническое значение это имеет?
3. Сколько стенок образуют полость среднего уха?
4. Какие анатомические образования входят в состав стенок среднего уха, их клиническое значение?
5. Описать особенности хода лицевого нерва в барабанной полости?
6. Опишите функции слуховой трубы?
7. Что входит в понятие трансформационно-аккомодационный аппарат среднего уха?
8. Опишите особенности анатомии внутреннего уха.
9. Опишите проводящие пути звукового анализатора.
10. Каковы механизмы воздушного и костного звукопроведения?
11. Какие теории слуха существуют и их особенности?
12. Какие области звукового и слухового восприятия человека?
13. Что такое дифференциальный порог силы звука?

Примерные тестовые задания для подготовки к практическому занятию.

1. Какие анатомические образования могут способствовать переходу воспалительного процесса с околоушной железы на наружный слуховой проход и обратно?

а).

2. С какими из перечисленных анатомических образований граничит верхняя стенка наружного слухового прохода?

а) с задней черепной ямкой;

б) со средней черепной ямкой.

3. Является ли передняя стенка сосцевидного отростка одновременно задней стенкой слухового прохода?

а) — да, б) — нет.

4. Какие анатомические образования внутреннего уха могут являться путями проникновения инфекции в полость черепа?

а), б), в).

5. Назовите основные анатомические образования, составляющие среднее ухо:

а), б), в).

6. Назовите отделы барабанной полости:

а), б), в).

7. Назовите слуховые косточки:

а), б), в).

8. Укажите образования, пограничные с барабанной полостью:

а) сосцевидный отросток;

б) передняя черепная ямка;

в) антрум;

г) устье слуховой трубы, канал внутренней сонной артерии;

д) средняя черепная ямка;

ж) луковица яремной вены;

з) медиальная стенка лабиринта.

9. Является ли барабанная перепонка латеральной стенкой барабанной полости?

а) — да, б) — нет.

10. Относится ли цепь слуховых косточек к трансформационному аппарату среднего уха?

а) — да, б) — нет.

11. Выберите из перечисленных величин истинный объем барабанной полости?

а) 0,5 см³;

б) 1,0 см³;

в) 2,0 см³;

г) 2,5 см³.

12. На какой из перечисленных стенок барабанной полости расположено устье слуховой трубы?

а) верхняя;

б) нижняя;

в) задняя;

г) передняя.

13. Укажите составные части трансформационного аппарата среднего уха:

а) молоточек;

б) слуховая труба;

в) стремя;

г) наковальня;

д) барабанная перепонка.

14. Назовите мышцы среднего уха:

а), б).

15. Покрыты ли стенки барабанной полости слизистой оболочкой?

а) — да, б) — нет.

16. Назовите составные части трансформационно-аккомодационного аппарата среднего уха:

а), б), в), г), д), е).

17. Назовите анатомические особенности слуховой трубы у детей раннего возраста:

а), б), в).

18. Каким эпителием выстлана слизистая оболочка слуховой трубы?

а).

19. Назовите типы пневматизации нормального сосцевидного отростка:

а), б), в).

20. На каком году жизни завершается в основном развитие сосцевидного отростка?

а).

21. Является ли кортиева орган рецептором звукового анализатора?

а) — да, б) — нет.

22. Укажите ядра проводящего пути звукового анализатора:

а) спиральный ганглий;

б) ядро Бехтерева;

в) вентральное и дорзальное ядро;

г) верхняя олива;

д) задние бугры четверохолмия и медиальные коленчатые тела.

23. Где располагается корковый центр слуха?

а).

24. Где расположен кортиева орган?

а).

25. Какие лестницы различают в улитке?

а), б).

26. Где воспринимаются низкие звуки?

а).

27. Где воспринимаются высокие звуки?

а).

28. Назовите ядра проводниковой части звукового анализатора

а), б), в), г).

29. Назовите основные физиологические процессы в системе звукового анализатора при действии звука.

а), б).

30. Назовите анатомические элементы звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов:

а), б).

31. Назовите виды звукопроведения:

а), б).

32. Чему равняется дифференциальный порог силы звука в норме?

а).

33. Почему при введении воронки в наружный слуховой проход может появляться кашель?

а).

34. Как следует оттянуть ушную раковину при отоскопии у детей?

а).

35. Укажите, какие анатомические особенности среднего уха имеются у новорожденного?

а), б), в), г).

36. Что происходит с миксоидной тканью у новорожденного в процессе формирования среднего уха?

а), б).

37. В какую сторону латерирует звук в опыте Вебера при нарушении звукопроведения?

а) в здоровую сторону;

б) в больную сторону;

в) в хуже слышащее ухо при двустороннем поражении;

г) в лучше слышащее ухо при двустороннем поражении.

38. О чем свидетельствует отрицательный опыт Ринне?

а).

39. О чем свидетельствует укорочение восприятия при проведении опыта Швабаха?

- а) о нарушении звукопроводения;
- б) о нарушении звуковосприятия.

40. Укажите, какой тип аудиограммы характерен для нарушения звукопроводящей системы?

- а) восходящий тип;
- б) нисходящий тип.

41. Будет ли 100% разборчивость речи при поражении звуковоспринимающего аппарата

- а) — да, б) - нет.

42. Укажите, в какой плоскости человек лучше различает направление звука.

- а) в горизонтальной;
- б) в вертикальной.

43. Какова роль трансформационного аппарата среднего уха в проведении звуковой волны?

- а).

44. Укажите опознавательные пункты барабанной перепонки, видимые при отоскопии:

- а), б), в), г), д).

45. Назовите методы исследования слуха.

- а), б), в), г), д).

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.

2. Лекционный материал.

3. Тесты для самоподготовки с ответами.

4. Интернет ресурсы:

- внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;

- ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;

- ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

ТЕМА: «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования вестибулярного анализатора».

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

1) усвоить клиническую анатомию и физиологию вестибулярного анализатора.

2) получить умения:

а) освоить методы наружного исследования вестибулярного анализатора:

- определение спонтанного и прессиорного нистагма;
- проведение координационных проб;
- проведение калорической и вращательной проб;
- проведение отолитовой реакции по В.И. Воячеку.

б) уметь пользоваться данными исследований вестибулярного анализатора и составлять вестибулярный паспорт;

3) получить представление о дифференциально-диагностических признаках периферических вестибулярных расстройств и абсцесса мозжечка.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Работая с учебником:

а) усвоить анатомию и физиологию вестибулярного анализатора:

1. Костный лабиринт.
2. Перепончатый лабиринт.
3. Ампулярный аппарат.
4. Отолитовый аппарат.
5. Проводящие пути вестибулярного анализатора.
6. Адекватные раздражители вестибулярного анализатора.
7. Соматические реакции.
8. Сенсорные реакции.
9. Вегетативные реакции.
10. Стато-тонические реакции.

б) изучить теоретические основы методов исследования вестибулярного анализатора:

1. Определение спонтанного нистагма.

2. Определение прессорного нистагма.

3. Калорическая, вращательная пробы.

4. Отолитовая реакция по Воячеку.

5. Координационные пробы.

6. Видеонистагмография и стабиллометрия.

в) получить представление о возможности дифференцировать вестибулярные расстройства и поражение мозжечка.

Чему необходимо научиться на практическом занятии

1. Определять спонтанный нистагм.

2. Определять прессорный нистагм.

3. Проводить вращательную пробу.

4. Проводить калорическую пробу.

5. Проводить отолитовую реакцию по Воячеку.

6. Проводить координационные пробы: пальценосовую, пальцеуказательную, адиадохокinez, устойчивость в позе Ромберга, походку по прямой, фланговую походку.

7. Уметь пользоваться данными исследования вестибулярного анализатора.

А. Специальные методы исследования

При оценке жалоб больного, необходимо обратить внимание на характер головокружения, его системный характер, усиление головокружения при движении головой, нарушение равновесия и вегетативные реакции. Выявление у больного спонтанного нистагма свидетельствует о поражении вестибулярного анализатора. Спонтанный нистагм следует дифференцировать с установочным нистагмом, возникающим в норме при быстрых крайне-боковых отведениях глаз. При гноетечении из ушей нужно установить характер процесса и провести прессорную пробу (определить наличие или отсутствие прессорного нистагма).

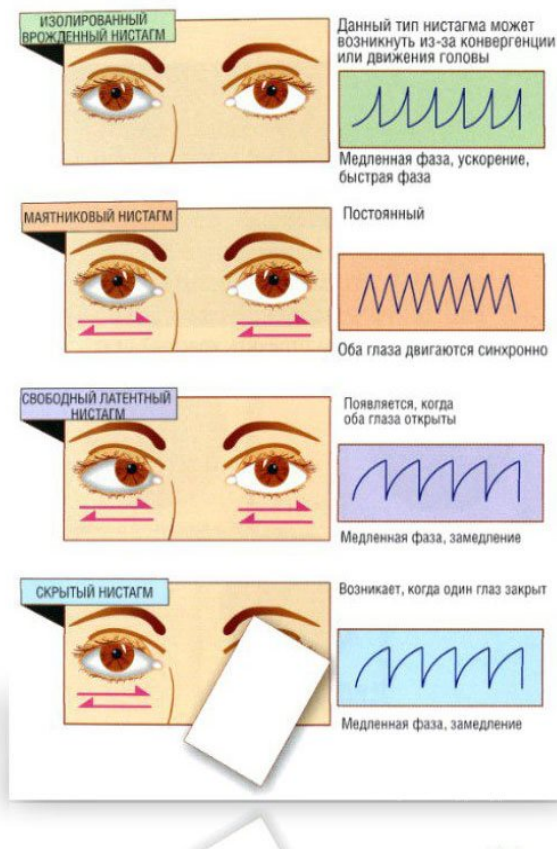


Рис. 86. Виды нистагма

При проведении вращательной пробы (исследование возбудимости рецепторных образований ампул полукружных каналов) пациента усаживают в кресло Барани, голову наклоняют на 30° кпереди и затем вращают со скоростью $180^\circ/\text{сек.}$, делая 10 оборотов за 20 сек. (оборот за 2 сек.). Кресло останавливают резко, после чего определяют у исследуемого наличие нистагма. Поствращательный нистагм обычно направлен в сторону, противоположную вращению, и характеризуется по направлению, плоскости, силе, продолжительности, амплитуде, быстроте. В норме поствращательный нистагм длится 20—30 сек. Затем таким же образом проводят исследование, вращая пациента в противоположенную сторону.



Рис. 87, 88. Проведение вращательной пробы

Перед проведением калорической пробы необходимо убедиться в отсутствии у больного заболеваний уха и перфорации барабанной перепонки, для чего производится отоскопия. Калорическую пробу проводят горячей (42°C) или холодной (19°C) водой. В течение 10 сек. 50 мл воды вводят в наружный слуховой проход, направляя струю по его задней стенке; при этом голова исследуемого должна быть запрокинута на 60° . Определяется время после окончания введения воды до возникновения нистагма (латентный период). В норме он равен 25—30 сек. Затем определяют продолжительность возникшего нистагма (50—70 сек.), характеризуя его по направлению, плоскости, силе, амплитуде, быстроте. При проведении пробы с горячей водой нистагм направлен в сторону исследуемого уха, а при пробе с холодной водой — в сторону, противоположную исследуемому уху.

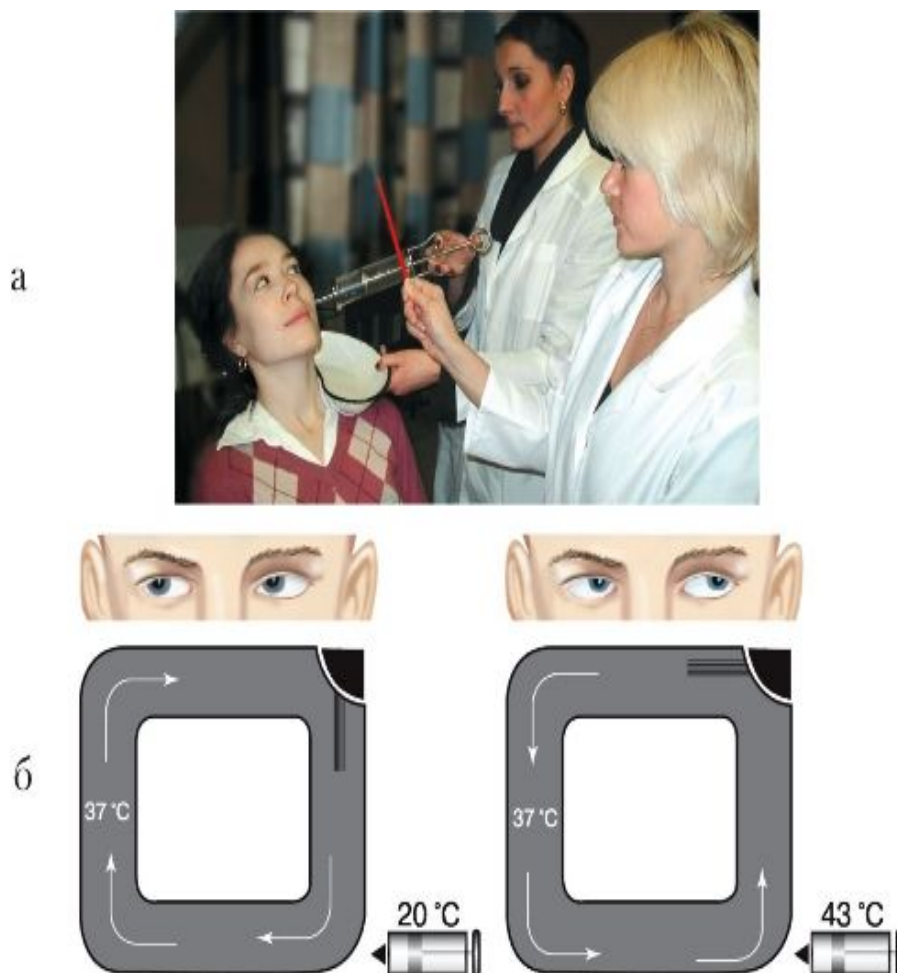


Рис. 89. Проведение калорической пробы

Прессорная проба производится путем повышения давления в наружном слуховом проходе. Для этого необходимо надавить пальцем на козелок или повысить давление в слуховом проходе специальным баллоном. При здоровом ухе нистагма не будет. При заболевании среднего уха с фистулой в горизонтальном полукружном канале в момент компрессии возникает нистагм, направленный в сторону исследуемого уха, и отклонение в противоположную сторону. При выравнивании давления (декомпрессии) нистагм будет направлен в противоположную исследуемому уху сторону, а туловище будет отклоняться в сторону больного уха (всегда в сторону медленного компонента нистагма).

Исследование рецепторного аппарата преддверия — отолитового аппарата — проводят с помощью отолитовой пробы (отолитовая реакция по Воячеку).

Обследуемый садится в кресло Барами, закрывает глаза, наклоняет голову вместе с туловищем вперед на 90° . Врач вращает пациента 5 раз в одну сторону в течение 10 секунд, а затем 5 раз в противоположную сторону за 10 секунд и резко останавливает кресло. Через 5 секунд после остановки исследуемому предлагается открыть глаза и выпрямиться.

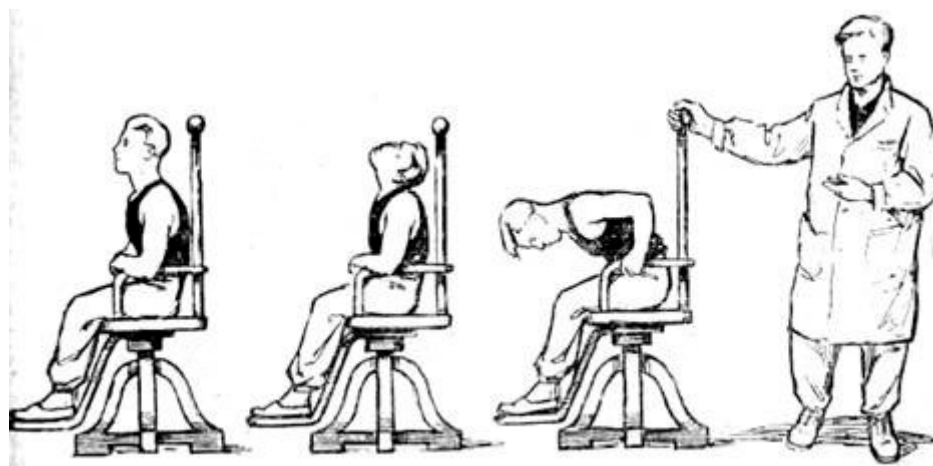


Рис. 90. Проведение отолитовой пробы Воячека

По отклонению тела от средней линии (защитные движения) и выраженности вегетативных реакций оценивают состояние (функции) отолитового аппарата. Различают четыре степени отолитовой реакции:

0 степень — отклонения тела и вегетативных реакций нет;

I степень — отклонение тела на угол не более 5° и слабая вегетативная реакция (побледнение или покраснение);

II степень — отклонение тела до 30° и выраженная вегетативная реакция (побледнение, холодный пот, тошнота);

III степень — отклонение тела более 30° , падение и бурная вегетативная реакция (тошнота, рвота, обморок).

При проведении вращательной, калорической, прессорно-п проб, наряду с нистагмом, учитывается наличие и степень соматической II вегетативной реакций.

При проведении координационных проб определяется устойчивость исследуемого в позе Ромберга (ноги вместе, глаза закрыты, руки вытянуты вперед).

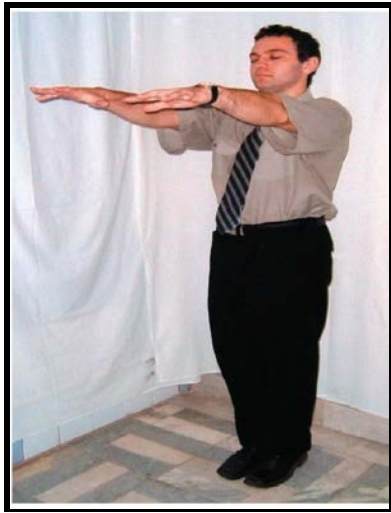


Рис. 91. Поза Ромберга

При нарушении равновесия больной отклоняется в сторону медленного компонента нистагма, а с изменением положения головы изменяется направление отклонения больного. При поражении мозжечка изменения направления падения в зависимости от положения головы не наблюдается.

При проведении пальценосовой и пальцеуказательной проб больному предлагают попеременно обеими руками сначала с открытыми, а затем с закрытыми глазами попасть в кончик своего носа или в пальцы исследователя. При этом необходимо отметить, попадает ли больной в кончик носа или промахивается одной или обеими руками и в какую сторону. Промахивание обеими руками в одну сторону более характерно для поражения вестибулярного аппарата, при этом руки отклоняются в сторону, противоположную направлению нистагма, т. е. в сторону медленного компонента. Для поражения мозжечка характерно одностороннее промахивание на стороне поражения. Также проводится исследование содружественных движений рук (супинация—пронация). При поражении вестибулярного аппарата больной выполняет эти движения хорошо — диадохокинез. При поражении мозжечка отмечается отставание движения руки на стороне поражения — адиадохокинез. При исследовании походки больного по прямой и по флангу (приставным шагом) обращают внимание на четкость ее выполнения, наличие отклонений в сторону. Больной с поражением вестибулярного анализатора выполняет

фланговую походку в обе стороны, в то время как больной с поражением мозжечка не может выполнить фланговую походку в сторону поражения.



Рис 92, 93. Проведение пальце-носовой пробы

III. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.

1. Вопросы для самоконтроля:

1. Особенности строения костного лабиринта.
2. Особенности строения перепончатого лабиринта.
3. Что входит в понятие ампулярный аппарат и отолитовый аппарат?
4. Какие адекватные раздражители вестибулярного анализатора?
5. Опишите проводящие пути вестибулярного анализатора.
6. Опишите какие виды реакций возникают при раздражении вестибулярного анализатора?
7. Какие методы исследования вестибулярного анализатора существуют?
8. Опишите технику проведения вращательной пробы?
9. Опишите технику калорической пробы?
10. Опишите степени отолитовой реакции при проведении отолитовой проб
11. Какие виды нистагма существуют, и особенности их возникновения?

Примерные тестовые задания для подготовки к практическому занятию.

1. Укажите рецепторные образования вестибулярного анализатора:

- а) кортиева орган;
- б) ампулярный аппарат;
- в) отолитовый аппарат.

2. Где располагается ампулярный аппарат?

- а) в мешочке;
- б) в маточке;
- в) в ампулах полукружных каналов.

3. Где располагается отолитовый аппарат?

- а) в ампулах полукружных каналов;
- б) в мешочке;
- в) в маточке.

4. Является ли прямолинейное ускорение адекватным раздражителем для отолитового аппарата?

- а) — да, б) — нет.

5. Является ли угловое ускорение адекватным раздражителем для ампулярного аппарата?

- а) — да, б) — нет.

6. Является ли угловое ускорение адекватным раздражителем для отолитового аппарата?

- а) — да, б) — нет.

7. Является ли головокружение симптомом раздражения вестибулярного анализатора?

- а) — да, б) — нет.

8. Возникают ли вегетативные реакции при раздражении вестибулярного анализатора?

- а) — да, б) — нет.

9. Возникает ли изменение тонуса поперечнополосатой мускулатуры при раздражении вестибулярного анализатора?

а) — да, б) — нет.

10. Укажите проявление сенсорной реакции:

а).

11. Проявлением какой реакции является нистагм:

а) сенсорной;

б) вегетативной;

в) соматической.

12. Укажите проявления соматической реакции:

а) нарушение равновесия;

б) нистагм;

в) головокружение.

13. Укажите проявления вегетативных реакций:

а) тошнота;

б) рвота;

в) нистагм;

г) побледнение.

14. Назовите ядра вестибулярного анализатора в продолговатом мозгу:

а) ядро Дейтерса;

б) ядро Бехтерева;

в) вентральное ядро;

г) ядро Швальбе;

д) ядро Роллера.

15. Назовите виды нистагма по амплитуде?

а), б), в).

16. Назовите рецепторные образования вестибулярного анализатора:

а), б).

17. Укажите адекватный раздражитель для ампулярного аппарата:

а).

18. Укажите адекватные раздражители для отолитового аппарата:

а), б), в), г).

19. Назовите виды рефлекторных реакций вестибулярного анализатора на адекватные раздражители:
а), б), в).
20. Перечислите ядра вестибулярного анализатора в продолговатом мозге:
а), б), в), г).
21. Где располагается отолитовый аппарат?
а), б).
22. Какая температура должна быть при проведении калорической пробы холодной и теплой водой?
а), б).
23. Какие компоненты нистагма Вы знаете?
а), б).
24. Какие степени нистагма Вы знаете?
а), б), в).
25. Назовите направление послевращательного нистагма при вращении вправо:
а).
26. Какие признаки характеризуют отолитовую реакцию по Воячеку III степени:
а), б).
27. Укажите направление нистагма при раздражении левого лабиринта теплой водой:
а).
28. Укажите направление нистагма при раздражении левого лабиринта холодной водой:
а).
29. Укажите признаки отолитовой реакции I степени:
а), б).
30. Укажите направление послевращательного нистагма при вращении влево:
а).

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.

2. Лекционный материал.

3. Тесты для самоподготовки с ответами.

4. Интернет ресурсы:

- внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;

- ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;

- ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

ТЕМА: *«Клиническая история болезни».*

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

- 1) усвоение навыков самостоятельной работы с больными в стационаре;
- 2) получить умения: оформление истории болезни пациентов с заболеваниями ЛОР-органов.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Что необходимо знать к практическому занятию

Работая с учебником:

а) повторить методы исследования ЛОР-органов:

1. Носа и околоносовых пазух;
2. Глотки и пищевода;
3. Гортани, трахеи и бронхов;
4. Звукового анализатора;
5. Вестибулярного анализатора.

б) изучить теоретические основы схемы обследования ЛОР-больного и оформления истории болезни:

1. Паспортная часть;
2. Жалобы;
3. Анамнез болезни;
4. Анамнез жизни;
5. Данные клинического обследования внутренних органов;
6. Данные осмотра, пальпации и инструментального исследования ЛОР-органов;
7. Лабораторные данные;
8. Этиология;
9. Патогенез;
10. Патологическая анатомия;
11. Дифференциальный диагноз;

12. Клинический диагноз, его обоснование;
13. Лечение;
14. Дневник;
15. Эпикриз;
16. Прогноз.

Чему необходимо научиться на практическом занятии:

Самостоятельной работе с ЛОР-больными в стационаре, оформлению результатов обследования больных в виде истории болезни.

Выяснение анамнеза и общий осмотр больного проводятся в палате. Обращается внимание на перенесенные ранее заболевания, учитываются сведения о гемотрансфузиях, аллергических реакциях, профвредностях, а также о неблагоприятных наследственных факторах.

Общий статус больного оценивается по результатам осмотра кожи, мышечной и костно-суставной систем, внутренних органов (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, нервной систем).

Обследование ЛОР-органов проводится за рабочими местами в учебной комнате. Осмотр ЛОР-органов осуществляется в порядке, представленном в схеме истории болезни. Описание объективных изменений ЛОР-органов делается на отдельном листе. В дальнейшем студентам сообщаются данные дополнительных методов исследования (ОАК, ОАМ, рентгеноскопии, графии, эзофагоскопии, трахеобронхоскопии, ЭКГ и т.д.).

После самостоятельной работы с больными студенты докладывают результаты обследования. Устанавливают предварительный диагноз. Совместно с преподавателем определяются наиболее существенные детали ЛОР-статуса, очерчивается круг заболеваний для дифференциального диагноза.

Схема истории болезни

Ф.и.о _____

Возраст _____ Пол _____

Место работы _____

Профессия _____

Место жительства _____

Жалобы _____

Анамнез _____

Общий статус. Телосложение, питание, окраска кожи, видимых слизистых оболочек, лимфатические узлы (величина, подвижность, консистенция, болезненность), костно-мышечная и суставная система. Краткое описание состояния сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и мочевыделения.

ЛОР-статус: нос — осмотр наружного носа (деформация, форма, окраска кожи, свищи). Пальпация носа, области придаточных пазух и точек выхода тройничного нерва.

Передняя риноскопия. Преддверие носа (воспаление кожи: экзема, сикоз, фурункул). Слизистая оболочка полости носа (цвет, влажность, отечность). Носовая перегородка (искривление, гребень, шип). Носовые раковины (гипертрофия истинная, ложная, полипозное перерождение). Носовые ходы (характер отделяемого, корки, слизистые полипы, опухоли и др). Носовое дыхание. Обоняние (сохранено, степень нарушения).

Глотка — губы (окраска слизистой, герпес, лейкоплакия), слизистая оболочка преддверия полости рта, зубы (кариозные, здоровые). Язык (обложен, нет). Зев (окраска, признаки Гизе, Зака, Преображенского). Миндалины (гипертрофия, атрофия, окраска слизистой оболочки, ширина лакун, консистенция ткани миндалин, наличие на их поверхности микроабсцессов, рубцов, спайки с передними небными дужками). Задняя стенка глотки (окраска, влажность, гипертрофия, боковые валики и их характер).

Задняя риноскопия — полость носоглотки (окраска слизистой, аденоиды, опухоль, состояние устьев слуховых труб, хоаны, хоанальный полип, гипертрофия задних концов носовых раковин).

Гортань — наружный осмотр и пальпация (окраска кожи деформация, подвижность, наличие симптома хруста). Пальпация регионарных лимфатических узлов шеи. Слизистая оболочка гортани (окраска, влажность, отделяемое, корки и их характер, инфильтраты, опухоль и пр. изменения).

Надгортанник (форма, положение). Голосовые складки (цвет, подвижность).

Гортанные желудочки. Желудочковые складки. Корень языка (язычная миндалина, грушевидные синусы). Голос. Дыхание.

Уши: правое ухо — кожа ушной раковины и околоушной области. Левое ухо — пальпация области сосцевидного отростка, пастозность кожи, припухлость, болезненность.

Отоскопия: кожа слухового прохода — воспаление и др. изменения. Содержимое слухового прохода (сера, отделяемое и его характер). Барабанная перепонка (цвет, опознавательные пункты, перфорация, изменения в барабанной полости).

Акуметрия

Правое ухо

Левое ухо

С. Ш.

Ш. Р.

Р. Р.

С128 (60"/30")

С2048

Опыт Ринне

Опыт Вебера

Опыт Шибаха

Опыт Федериче (F)

Проприетарность слуховых труб (степень 1-я, 2-я, 3-я).

Вестибулометрия

Спонтанный нистагм. Пальце-носовая, пальце-указательная пробы. Поза Ромберга. Адиадохокинез. Походка по прямой, фланговая. Вращательная проба. Послевращательный нистагм и его характеристика. Отолитовая реакция по Воячеку (степень ОР).

Данные рентгенодиагностики, эзофагоскопии, трахеобронхоскопии, анализы крови, мочи. Предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. Окончательный диагноз.

Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Лечение и его обоснование. Дневник. Прогноз. Эпикриз.

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.

2. Лекционный материал.

3. Тесты для самоподготовки с ответами.

4. Интернет ресурсы:

- внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;

- ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;

- ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

Модуль II. Заболевания ЛОР органов. Неотложная помощь в оториноларингологии. Амбулаторный прием больных. Итоговый контроль.

Тема: *«Работа врача-оториноларинголога в поликлинике и стационаре».*

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

1) усвоить:

а) этиологию, патогенез, патологическую анатомию, клинику, диагностику, лечение и профилактику наиболее распространенных болезней носа, глотки, гортани и уха.

б) вопросы организации поликлинической работы.

в) основные принципы работы ВК, МСЭК.

г) основы диспансеризации больных.

д) содержание работы ЛОР-врача при проведении проф-консультации, проф-фотбора и экспертизы.

2) получить умения: навыки самостоятельного приема больных в поликлинике и ведения пациентов в стационаре.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Что необходимо знать к практическому занятию

Работая с учебником:

а) усвоить этиологию, патогенез, патологическую анатомию, клинику, диагностику, лечение и профилактику наиболее распространенных болезней носа, глотки, гортани и уха:

1. Острый катаральный ринит.

2. Хронические риниты: катаральный, гипертрофический, атрофический, аллергический, вазомоторный, озена.

3. Фурункул носа.

4. Абсцесс носовой перегородки.

5. Острые синуситы.

6. Хронические синуситы.

- 7.Аллергические риносинусопатии.
- 8.Опухоли носа и придаточных пазух.
- 9.Острый катаральный фарингит.
10. Хронический фарингит.
- 11.Ангины.
- 12.Хронический тонзиллит.
- 13.Опухоли глотки.
- 14.Острый катаральный ларингит.
- 15.Хронический ларингит.
- 16.Подслизистый ларингит.
- 17.Опухоли гортани.
- 18.Острый наружный отит.
- 19.Острый средний отит.
- 20.Хронические гнойные средние отиты: туботимпанальный, эпитимпаноантральный. Мастоидит.
- 21.Лабиринтит.
- 22.Болезнь Меньера.
- 23.Отосклероз.
- 24.Адгезивный средний отит.
- 25.Сенсоневральная тугоухость.

б) повторить:

- 1.Методы исследования ЛОР-органов.
 - 2.Правила оформления документации.
 - 3.Выписку наиболее употребительных лекарств.
- В) изучить теоретические основы техник выполнения несложных лечебных манипуляций:
- а) закапывание капель в нос, ухо;
 - б) смазывание глотки;
 - в) промывание уха;
 - г) продувание слуховой трубы по Политцеру;

д) пневмомассаж барабанной перепонки.

Чему необходимо научиться на практическом занятии:

а) навыкам самостоятельного приема амбулаторных больных.

Работа в поликлинике — одна из наиболее важных сторон деятельности ЛОР-врача. Объем его работы в поликлинике складывается из лечебной, профилактической, санитарно-просветительной работы, проведения диспансеризации, профессионального отбора, экспертизы.

ЛОР-кабинет должен иметь не менее 6 метров в длину и максимально изолирован от внешнего шума. Оториноларингологу помогает медицинская сестра.

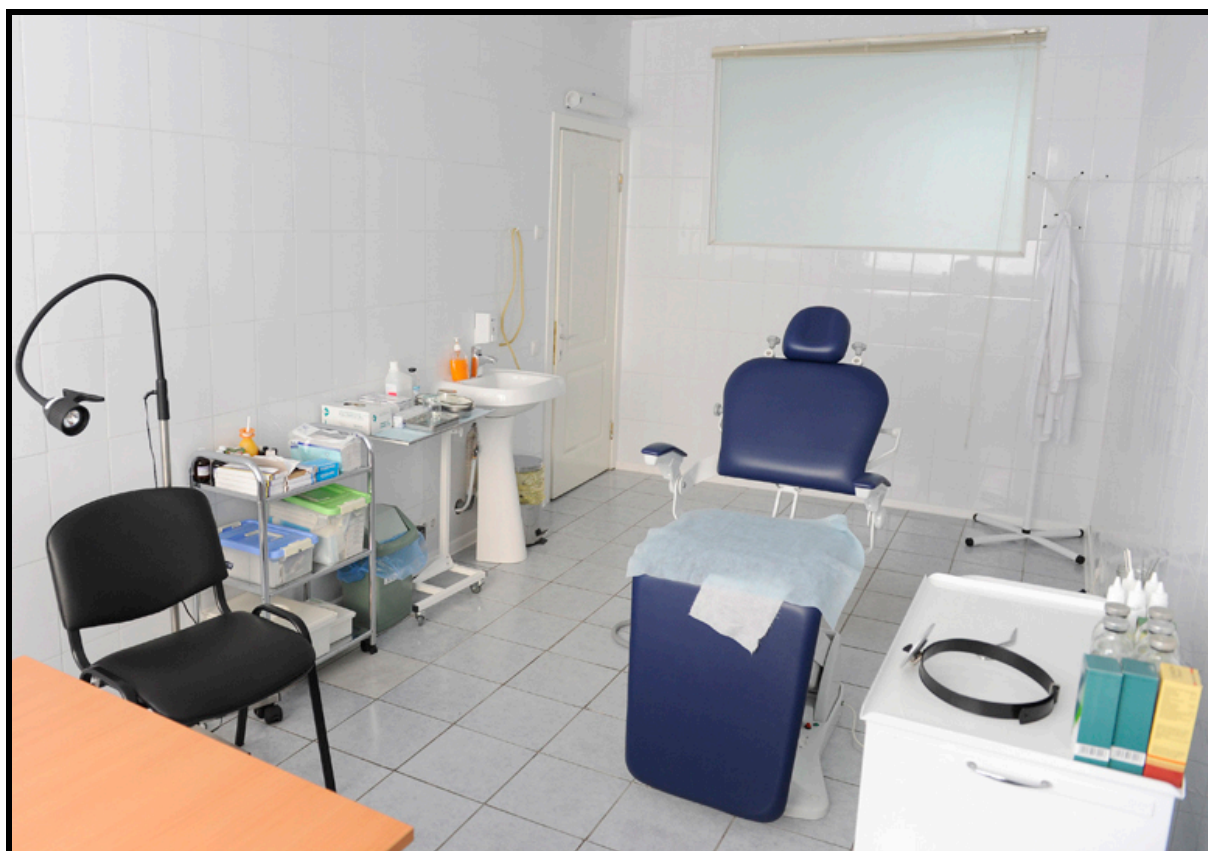


Рис. 94. Кабинет ЛОР-врача

Основным документом в поликлинике является амбулаторная карта. На ее обложке указываются паспортные данные больного. На оборотной стороне обложки имеется лист записи уточненных (заключительных) диагнозов, куда врач всех специальностей вносят окончательный диагноз. При работе с больным следует всегда знакомиться с содержанием листа записей уточненных

диагнозов. Это имеет большое значение для суждения об общем состоянии больного, что необходимо при оценке ЛОР-патологии и лечении.

По существующим нормативам, оториноларинголог должен принимать 8 больных за 1 час работы. Это требует от врача максимально четкой организации работы.

Вне зависимости от жалоб больного, осматриваются все ЛОР-органы в принятой последовательности (полость носа, ротоглотка, носоглотка, гортаноглотка, гортань, уши). Запись в амбулаторной карте лаконичная, по существу отражающая жалобы, давность заболевания, патологические изменения органа и лечебные рекомендации.

Врач, ведущий амбулаторный прием, имеет право выдать больному больничный лист на срок до 15 дней (три раза по 5 дней). При необходимости больничный лист продлевается врачебной комиссией (ВК) на срок до 30 дней или врачебно-контрольной комиссией (ВКК) до 4-х месяцев. Если трудоспособность больного не восстановилась, его направляют на врачебно-трудовую экспертную комиссию (МСЭК), где решается вопрос об установлении группы инвалидности или переводе на более легкую работу.

В своей повседневной работе оториноларинголог использует консультации больных со специалистами других профилей, проводит обследование больных, сам участвует в консультативной работе.

На диспансерном учете в поликлинике находятся лица с хроническим тонзиллитом, хроническим синуситом, хроническим гнойным средним отитом, доброкачественными опухолями. На каждого больного имеется карта диспансерного учета (форма № 30), в которой отражаются этапы лечения. Отдельную диспансерную группу составляют подростки. Профилактическая работа осуществляется путем участия в профилактических осмотрах различных групп населения. Санитарно-просветительная работа врача предусматривает чтение лекций или проведение бесед, выпуск санитарных бюллетеней. На занятии в поликлинике студенты малыми группами (по 2 человека) проводят прием больных под контролем преподавателя.

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.

2. Лекционный материал.

3. Тесты для самоподготовки с ответами.

4. Интернет ресурсы:

- внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;

- ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;

- ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

Тема: *«Неотложная помощь в оториноларингологии».*

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

- 1) получить представление об организации неотложной ЛОР-помощи в поликлинике и стационаре;
- 2) научиться распознавать патологические состояния ЛОР-органов, требующие неотложной помощи;
- 3) получить умения:
 - а) производить переднюю и заднюю тампонаду носа;
 - б) уметь удалять инородные тела из носа, глотки, уха;
 - в) участвовать в проведении трахеотомии, вскрытии паратонзиллярного абсцесса;
 - г) консервативного лечения острого стенозирующего ларинготрахеита.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Что необходимо знать к практическому занятию

Работая с учебником:

а) усвоить этиологию, патогенез, патологическую анатомию, клинику, диагностику, лечение следующих urgentных ЛОР заболеваний:

1. Острый стеноз гортани.
2. Хронический стеноз гортани.
3. Травмы носа.
4. Травмы околоносовых пазух.
5. Травмы пирамиды височной кости.
6. Инородные тела гортани.
7. Инородные тела глотки.
8. Инородные тела трахеи.
9. Инородные тела бронхов.
10. Инородные тела пищевода.
11. Инородные тела носа.

12. Инородные тела уха.
13. Носовое кровотечение.
14. Паратонзиллярный абсцесс.
15. Заглочный абсцесс.
16. Отогенные внутричерепные осложнения.
17. Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения.
18. Химические ожоги глотки и пищевода.

б) изучить теоретические основы техник:

1. Передней тампонады носа.
2. Задней тампонады носа.
3. Трахеотомии.
4. Вскрытия паратонзиллярного абсцесса.
5. Удаления инородных тел из носа, глотки, уха.

в) знать схему консервативного лечения острого стенозирующего ларинготрахеита.

г) познакомиться с инструментарием для оказания неотложной ЛОР-помощи.

д) иметь представление об организации неотложной ЛОР-помощи в кабинете поликлиники, приемном покое, стационаре.

Чему необходимо научиться на практическом занятии:

1. Проводить обследование больного, нуждающегося в неотложной помощи.
2. Выполнять некоторые манипуляции (остановка носового кровотечения, удаление инородного тела носа, глотки, уха).

Занятия по неотложной помощи проводятся в ЛОР-кабинете приемного отделения больницы. Студенты вместе с преподавателем оказывают скорую помощь поступающим больным. При этом они знакомятся с организацией скорой ЛОР-помощи в приемном покое стационара, работой операционной, выполняют различные манипуляции (промывание уха, удаление инородных

тел из уха, носа, глотки, остановка носового кровотечения, репозиция костей носа и др.).



Рис. 95. Одевание пращевидной повязки



Рис. 96. Туалет уха



Рис. 97. Промывание серной пробки



Рис. 98. Туалет глотки

III. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.

1. Вопросы для самоконтроля:

1. Стенозы гортани: виды и причины развития ?
2. Какая неотложная помощь при стенозах гортани?
3. Виды травм носа и околоносовых пазух?
4. Особенности оказания неотложной помощи при травмах носа и околоносовых пазух?
5. Какие осложнения могут возникнуть при травмах носа?
6. Виды переломов височной кости и особенности оказания помощи?
7. Инородные тела ЛОР-органов: Особенности удаления инородных тел у детей и взрослых?
8. Какие причины носовых кровотечений вы знаете?
9. Какова этапность остановки носового кровотечения? Современные методы остановки кровотечения?
10. Каковы показания для переливания крови? Особенности консервативного лечения при носовых кровотечениях?
11. Особенности носового кровотечения при травмах носа?
12. Сколько видов паратонзиллярного абсцесса существует, и особенности их вскрытия?
13. Какой путь распространения инфекции при несвоевременном вскрытии абсцесса?

14. Перечислить отогенные внутричерепные осложнения, особенности оказания неотложной помощи?
15. Перечислить риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения, особенности оказания неотложной помощи?
16. Опишите клиническую картину и лечение химических ожогов пищевода.

Примерные тестовые задания для подготовки к практическому занятию.

1. Как классифицируются инородные тела уха?
а), б), в), г).
2. Назовите методы удаления инородного тела из наружного слухового прохода.
а), б).
3. Перечислите осложнения, которые могут наблюдаться при неправильном удалении инородного тела из наружного слухового прохода.
а), б), в), г), д).
4. Назовите инструменты, при помощи которых удаляют инородные тела из носа.
а), б).
5. Перечислите возможные последствия неизвлеченного инородного тела полости носа.
а), б), в).
6. Назовите симптомы инородного тела гортани.
а), б), в), г).
7. Какими методами осмотра пользуются при удалении инородного тела из гортани?
а), б).
8. Назовите характерный симптом баллотирующего инородного тела трахеи.
а).
9. Какими методами удаляют инородные тела трахеи?

а), б).

10. Назовите виды обтурации основного бронха инородным телом.

а), б), в).

11. Перечислите методы диагностики инородного тела бронха.

а), б), в).

12. Назовите характерные анамнестические, физикальные, рентгеноскопические данные инородного тела основного бронха при полной обтурации его просвета.

а) - 1, 2, 3, 4; б) - 1, 2, 3; в) - 1, 2, 3, 4, 5.

13. Назовите характерные анамнестические, физикальные, рентгеноскопические признаки инородного тела основного бронха при клапанной (вентильной) обтурации его просвета.

а) - 1, 2, 3, 4; б) - 1, 2, 3; в) - 1, 2, 3.

14. Назовите методы диагностики и лечения инородного тела пищевода.

а), б), в), г).

15. Симптомом какого перелома височной кости может быть кровотечение из уха?

а).

16. Назовите наиболее частые причины носового кровотечения.

а), б), в), г), д).

17. Назовите наиболее часто применяемые методы остановки носового кровотечения.

а), б).

18. Назовите возможные осложнения при длительной переднем и задней тампонаде носа.

а), б), в).

19. Назовите виды переломов височной кости и ушные симптомы при них:

а) 1. 2. 3.

б) 1. 2. 3.

20. Назовите виды переломов костей носа.

а), б).

21. Назовите характерные симптомы открытого и закрытого переломов костей носа.

а), б).

22. Перечислите мероприятия при оказании помощи больному с открытым переломом костей носа.

а), б), в), г), д), е), ж).

23. Назовите основные симптомы болезни Меньера в период приступа.

а), б), в), г), д), е).

24. Назовите заболевания уха, наиболее часто ведущие к внутричерепным осложнениям.

а), б), в).

25. Перечислите клинические формы отогенных внутричерепных осложнений.

а), б), в), г), д), е).

26. Является ли отогенное внутричерепное осложнение показанием к неотложному хирургическому вмешательству?

а) — да, б) — нет.

27. Перечислите симптомы острого гнойного диффузного тимпаногенного лабиринтита.

а), б), в), г), д), е).

28. Какое лечение Вы предпочтете при остром гнойном лабиринтите, развившемся на почве хронического гнойного эпитимпанита, осложненного холестеатомой?

а) консервативное;

б) хирургическое.

29. Назовите лечебные мероприятия, направленные на купирование приступа острой вестибулярной дисфункции при болезни Меньера.

а), б), в), г), д), е).

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Конеченкова Н.Е., Накатис Я.А., Пашинин А.Н., Бабияк В.И. Основы неотложной оториноларингологии. Пособие для врачей. - Санкт-Петербург, 2014. - 504 с.

2. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.

3. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. - СПб: Диалог, 2009. - 180 с.

4. Лекционный материал.

5. Тесты для самоподготовки с ответами.

6. Интернет ресурсы:

- внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;

- ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;

- ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

Тема: *«Подведение итогов обучения студентов по оториноларингологии»*

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

В ходе освоения данной темы Вы должны:

- 1) подтвердить свой уровень освоения амбулаторных методов осмотра, простейших манипуляций и основ функционального исследования ЛОР-органов;
- 2) доложить историю болезни курируемого пациента и участвовать в дискуссии по ней;
- 3) пройти тестовый контроль знаний.

II. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.

Что необходимо знать к практическому занятию

Работая с учебником:

1. Повторить методы амбулаторного осмотра больных (внешний осмотр, пальпация, передняя риноскопия, фарингоскопия, задняя риноскопия, непрямая ларингоскопия, отоскопия).
2. Повторить способы исследования дыхательной и обонятельной функции носа, акуметрию, аудиометрию, вращательную и калорическую пробы, отолитовую реакцию по Воячеку.
3. Повторить способы туалета уха, взятия мазков из полости носа и глотки.
4. Подготовить теоретический материал по теме клинической конференции и по заболеванию курируемого больного.

Чему необходимо научиться на практическом занятии:

- а) докладывать историю болезни с обоснованием диагноза и лечения;
- б) участвовать в клинической конференции: задавать вопросы куратору, обсуждать и давать оценку его выступления.
- в) пройти итоговый тестовый контроль.

III. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.

Вопросы для самоконтроля изложены в предыдущих занятиях.

Примерные тестовые задания для подготовки к итоговому занятию.

I. Болезни носа и околоносовых пазух

ТЕСТЫ I УРОВНЯ.

1. Может ли наблюдаться экзофтальм при опухолях околоносовых пазух?
а) — да, б) — нет. (а)
2. Характерны ли носовые кровотечения у больных со слизистым полипозом носа?
а) — да, б) — нет. (б)
3. Какие изменения наблюдаются при закапывании раствора адреналина в полость носа при хроническом гипертрофическом рините?
а) уменьшение объема носовых раковин, расширение носовых ходов, улучшение носового дыхания.
б) объем носовых раковин не изменяется, носовое дыхание не улучшается. +
4. Характерны ли гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа для риноскопической картины острого ринита?
а) — да, б) — нет. (а)
5. Может ли быть воспаление среднего уха осложнением острого ринита?
а) — да, б) — нет. (а)
6. Может ли быть воспаление придаточных пазух носа осложнением острого ринита?
а) — да, б) — нет. (а)
7. Характерно ли гнойное отделяемое в среднем носовом ходе для острого гнойного гайморита?
а) — да, б) — нет. (а)
8. Пятна Воячека на слизистой оболочке носовых раковин характерны для вазомоторного ринита?
а) — да, б) — нет. (а)
9. Гиперемия слизистой оболочки полости носа характерна для аллергического ринита?
а) — да, б) — нет. (б)

10.Понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме характерно для хронического гнойного гайморита?

а) — да, б) — нет. (а)

ТЕСТЫ II УРОВНЯ

1.Укажите причины острого ринита:

а) инфекция

б) запыленность

в) загазованность

г) травма

2. Перечислите признаки острого ринита:

а) заложенность носа

б) выделения

в) снижение обоняния

3.Назовите риноскопические признаки острого гнойного гайморита?

а) гиперемия слизистой оболочки носа

б) отек слизистой оболочки носа

в) гнойное отделяемое в среднем носовом ходе

4. Укажите жалобы больных со злокачественными опухолями носа и околоносовых пазух:

а) боль

б) заложенность носа

в) кровотечение и гнойные выделения из носа

г) деформация лица

д) экзофтальм

5.Перечислите способы лечения больных злокачественными опухолями носа и околоносовых пазух:

а) операция

- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия

6. Назовите осложнения острого гнойного синусита:

- а) орбитальные
- б) внутричерепные:
- в) сепсис, менингит, абсцесс мозга

7. Перечислите методы диагностики при заболеваниях носа и придаточных пазух:

- а) анамнез, осмотр, пальпация
- б) исследование дыхательной функции и обоняния
- в) риноскопия,
- г) диафаноскопия,
- д) рентгенография,
- е) цитологическое исследование отделяемого и биопсия

8. Почему при остром гнойном гайморите отделяемое наблюдается в среднем носовом ходе:

- а) выводное отверстие гайморовой пазухи находится в среднем носовом ходе

9. Какие изменения в полости носа способствуют переходу острого гайморита в хронический:

- а) искривление носовой перегородки
- б) аденоиды
- в) полипы
- г) хронический ринит

10. Перечисли и симптомы абсцесса носовой перегородки:

- а) повышение температуры, нарушение носового дыхания и боль

ТЕСТЫ III УРОВНЯ

1. Больной К., 27 лет, жалуется на головную боль, повышение температуры до 38°C, заложенность носа, гнойные выделения из носа. Болен 7 дней. Начало заболевания связывает с переохлаждением.

Объективно: правая гайморова пазуха умеренно болезненна при пальпации. Носовое дыхание затруднено с обеих сторон. При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа гиперемизована, отечна. В правом среднем носовом ходе гнойная полоска. Другие ЛОР-органы не изменены. Температура 37,6. АН, крови: лейкоциты — 9000. СОЭ — 25.

Предположительный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимы для диагноза?

Правосторонний острый гнойный гайморит. Обзорная рентгенография придаточных пазух носа, пункция гайморовых пазух.

2. Больной А. 39 лет. на протяжении 5 лет отмечает заложенность левой половины носа, выделение из нее. К врачу не обращался.

Объективно: дыхание через левую половину носа затруднено, отделяемое слизистое без запаха. Левая нижняя носовая раковина увеличена в размере, передний конец ее в виде ягоды малины. Другие ЛОР-органы не изменены. На рентгенограмме отмечается понижение прозрачности левой половины носа.

Диагноз?

С каким заболеванием полости носа необходимо провести дифференциальный диагноз?

Хронический гипертрофический ринит.

Дифф. диагноз со злокачественной опухолью полости носа.

3. Больной К., 40 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянную заложенность носа, слизистые выделения из носа. Болен 10 лет. Дважды больному удаляли полипы из полости носа.

Объективно: носовое дыхание резко затруднено с обеих сторон, обоняние снижено. Слизистая оболочка полости носа бледная, отечная. Отделяемое

прозрачное, без запаха. Носовые ходы obturated студнеподобными образованиями. На рентгенограмме понижение прозрачности всех придаточных пазух носа. Анализ крови — эозинофилия.

Диагноз? Назначьте лечение.

Хроническая аллергическая риносинусопатия. Рецидивирующий полипоз носа.

Удаление полипов, гипосенсибилизирующая терапия.

4. Больная Н., 37 лет, жалуется на сухость в полости носа, образование корок, повторные носовые кровотечения. Длительное время работает в химической промышленности.

Объективно: слизистая оболочка полости носа бледная, истонченная. В полости носа густая слизь, корки, ходы расширены. Дыхание и обоняние не нарушено.

Диагноз? Назначьте лечение.

Хронический субатрофический ринит.

Смазывание слизистой оболочки носа раствором Люголя, вит. А, физиотерапия.

5. Больной М., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, припухлость в области носа, повышение температуры до 38°C, общую слабость. Болен 3 дня. Заболел после переохлаждения.

Объективно: асимметрия лица за счет припухлости в области левого крыла носа. Кожа этой области гиперемирована, инфильтрирована. Пальпация наружного носа резко болезненна. Вход в преддверие носа слева сужен за счет болезненного инфильтрата на внутренней поверхности левого крыла носа. Передняя риноскопия невозможна из-за воспалительного инфильтрата.

Диагноз? Назначьте лечение.

Фурункул носа. Постельный режим, антибиотики в/м, синтомициновая эмульсия, кварц, УВЧ.

II. Болезни глотки

ТЕСТЫ I УРОВНЯ.

1. Характерны ли неприятные ощущения в горле (сухость, першение) для хронического фарингита?

а) — да; б) — нет (а)

2. Определяется ли гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки при остром фарингите.

а) — да; б) — нет (а)

3. Является ли истончение слизистой оболочки задней стенки глотки характерным для хронического субатрофического фарингита:

а) — да; б) — нет (а)

4. Применяется ли биопсия при подозрении на злокачественную опухоль глотки:

а) — да; б) — нет (а)

5. Является ли тризм жевательной мускулатуры характерным симптомом паратонзиллярного абсцесса?

а) — да; б) — нет (а)

6. Является ли длительный субфебрилитет симптомом хронического декомпенсированного тонзиллита?

а) — да; б) — нет (а)

7. Характерно ли увеличение шейных лимфатических узлов для дифтерии зева?

а) — да; б) — нет (а)

8. Характерно ли затрудненное дыхание для заглочного абсцесса?

а) — да; б) — нет (а)

9. Наблюдается ли увеличение шейных лимфатических узлов при злокачественных опухолях глотки:

а) — да; б) — нет (а)

ТЕСТЫ II УРОВНЯ.

1. Укажите причины острого фарингита:

- а) инфекция
- б) механическая травма
- в) химическая травма

2. Определите степень гипертрофии небных миндалин, если последние сходятся по средней линии зева:

- а) третья степень

3. Назови клинические формы хронического тонзиллита:

- а) компенсированная
- б) декомпенсированная

4. Перечислите жалобы больных при аденоидах III степени:

- а) затрудненное носовое дыхание
- б) насморк
- в) гнусавость
- г) понижение слуха

5. Назовите наиболее частые фарингоскопические признаки хронического тонзиллита:

- а) с. Гизе
- б) с. Зака
- в) с. Преображенского
- г) казеозные массы в лакунах
- д) спаянность миндалин с передними небными дужками
- е) увеличение регионарных лимфатических узлов

6. Какие функции глотки нарушаются у детей с аденоидами:

- а) дыхательная
- б) резонаторная
- в) защитная

7. Назовите местное, часто встречающееся осложнение ангины.

- а) паратонзиллярный абсцесс

8. Какие общие осложнения могут наблюдаться у больных хроническим тонзиллитом:

- а) ревматизм
- б) нефрит
- в) полиартрит и др.

9. Перечислите методы лечения больных хроническим тонзиллитом:

- а) консервативное
- б) хирургическое

10. Назовите консервативные методы лечения хронического тонзиллита:

- а) дезинфицирующее полоскание горла
- б) промывание лакун миндалин
- в) гипосенсибилизация
- г) физиотерапия
- д) общеукрепляющее лечение

ТЕСТЫ III УРОВНЯ.

1. Больной С, 28 лет, жалуется на умеренную боль в горле при глотании, жжение, царапание, повышение температуры до $37,5^{\circ}$. Болен 2-й день. Заболел после переохлаждения.

Объективно: при фарингоскопии слизистая оболочка задней стенки глотки ярко гиперемирована, инфильтрирована, покрыта слизью. Другие ЛОР-органы без изменений.

Диагноз? Лечение?

Острый фарингит. Теплые дезинфицирующие полоскания горла, смазывание слизистой оболочки глотки оливковым маслом, физиотерапия, щадящая диета

2. Больной К., 8 лет, 2—3 раза в год болеет ангиной. В последние 6 мес. появились боли в мелких суставах верхних и нижних конечностей, по вечерам повышенная температура ($37,2^{\circ}\text{C}$ — $37,3^{\circ}\text{C}$), общая слабость, недомогание.

Объективно: слизистая оболочка ротоглотки бледнорозового цвета. Положительные симптомы Гизе, Преображенского. Миндалины атрофичные. В лакунах большое количество казеозных масс.

Диагноз? Лечение?

Хронический декомпенсированный тонзиллит. Хирургическое лечение

3. Больной М., 15 лет, жалуется на сильную боль в горле при глотании, повышение температуры до 38°C, боль в коленных суставах, пояснице, общую слабость. Болен 3 дня. Заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: слизистая оболочка зева гиперемирована, отечна. Миндалины выступают из-за края передних небных дужек, в лакунах гнойный экссудат, который, сливаясь, образует сплошной белый налет у верхних полюсов. Налет легко снимается шпателем. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

Диагноз? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?

Лакунарная ангина. Дифференциальный диагноз с дифтерией зева

4. Больной С, 54 лет, на протяжении ряда лет отмечает «дискомфорт» в горле: периодически возникает ощущение инородного тела в горле, сухость, першение. Находится на диспансерном наблюдении у терапевта по поводу хронического гастрита с пониженной секрецией.

Объективно: при фарингоскопии слизистая оболочка задней стенки глотки бледная, сухая, истонченная, покрыта вязкой слизью.

Диагноз? Лечение?

Хронический субатрофический фарингит. Щадящая диета, теплые щелочные полоскания, смазывание слизистой оболочки раствором Люголя, физиотерапия.

5. Больной В., 43 лет, жалуется на заложенность носа, снижение слуха на оба уха, головную боль. Болен 4 месяца.

Объективно: при задней риноскопии в носоглотке определяется бугристая опухоль розового цвета, местами некротизированная. Слева у угла нижней

челюсти пальпируется лимфатический узел 2х3 см подвижный, безболезненный.

Предположительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Злокачественная опухоль носоглотки, биопсия

III. Болезни гортани

ТЕСТЫ I УРОВНЯ.

1. Является ли гиперемия голосовых складок одним из признаков острого катарального ларингита?

а) — да; б) — нет. (а)

2. Где лечатся больные с гортанной ангиной?

а) в стационаре, б) в поликлинике (а)

3. «Лающий» кашель характерен для подскладочного стенозирующего ларингита?

а) — да б) — нет. (а)

4. Наблюдается ли симптом баллотирования при инородном теле трахеи?

а) — да; б) — нет. (а)

5. Является ли ателектаз легкого полной обтурации основного бронха?

а) — да; б) — нет. (а)

6. Является ли папилломатоз гортани у взрослых предраковым заболеванием?

а) — да; б) — нет. (а)

7. Является ли смешанная одышка характерным симптомом дифтерии гортани.

а) — да; б) — нет. (а)

8. Является ли инспираторная одышка симптомом острого подскладочного ларингита?

а) — да; б) — нет. (а)

9. Является ли викарная эмфизема легкого симптомом клапанной закупорки основного бронха инородным телом?

а) — да; б) — нет. (а)

10. Является ли охриплость симптомом злокачественной опухоли складочной локализации?

а) — да; б) — нет. (а)

ТЕСТЫ II УРОВНЯ.

1. Перечислите основные жалобы больных острым катаральным ларингитом:

- а) охриплость, кашель
- б) неприятные ощущения в горле
- в) нарушение общего состояния

2. Укажите причины острого ларингита:

- а) инфекция, простуда
- б) запыленность
- в) загазованность
- г) перенапряжение голоса

3. Какие формы хронического ларингита различают:

- а) катаральный
- б) гипертрофический
- в) атрофический

4. Опишите ларингоскопическую картину атрофического ларингита:

- а) истончение слизистой оболочки ее сухость
- б) густая слизь и корки на слизистой оболочке

5. Укажите изменения в гортани при остром катаральном ларингите:

- а) гиперемия слизистой оболочки гортани
- б) гиперемия, отек и инфильтрация голосовых складок
- в) слизь на слизистой оболочке

6. Перечислите характерные симптомы острого подскладочного стенозирующего ларингита:

- а) внезапное начало
- б) инспираторная одышка
- в) чистый голос

г) лающий кашель

д) стеноз

7. При какой локализации рака гортани чаще наблюдаются метастазы:

а) вестибулярный отдел гортани

8. Перечислите анатомические отделы гортани:

а) вестибулярный

б) складочный

в) подскладочный

9. Назовите клинические виды обтурации крупных бронхов:

а) полная

б) неполная

в) клапанная

10. Перечислите основные жалобы больных хроническим гипертрофическим ларингитом:

а) охриплость

б) повышенная утомляемость горла

в) неприятные ощущения в горле

ТЕСТЫ III УРОВНЯ.

1. Больной А., 18 лет, студент, жалуется на охриплость. Болен 3-й день. Заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: при непрямой ларингоскопии слизистая оболочка гортани гиперемирована. На поверхности ее местами слизь. Голосовые складки гиперемированы, отечны, при фонации — подвижны, полностью смыкаются. Голос хриплый. Дыхание не затруднено.

Установите диагноз? Лечение?

Острый катаральный ларингит. Сульфаниламиды, голосовой и пищевой режим, лекарственные ингаляции, горчичники, круговые банки, горячие ножные ванны

2. Больной С, 56 лет, инженер, жалуется на чувство инородного тела в горле в течение последних 4 месяцев.

Объективно: при непрямой ларингоскопии на гортанной поверхности надгортанника определяется бугристая опухоль беловато-розового цвета, напоминающая цветную капусту. Другие отделы гортани не изменены. Голос чистый. Дыхание свободное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Предположительный диагноз? Дифференциальный диагноз?

Рак вестибулярного отдела гортани.

Дифференциальный диагноз с туберкулезом

3.Больной Б., 47 лет, автомеханик, жалуется на периодически возникающую охриплость. Болен 5 лет. Курит. Ухудшение звучности голоса связывает с переохлаждением и перенапряжением голоса.

Объективно: при непрямой ларингоскопии слизистая оболочка гортани умеренно гиперемированна. Голосовые складки розовые, утолщены, смыкаются при фонации. Желудочковые складки увеличены в объеме, частично прикрывают голосовые складки. Голос хриплый. Подвижность гортани при фонации не нарушена. Дыхание свободное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Диагноз? Лечение?

Хронический гипертрофический ларингит. Противовоспалительное, физиотерапия, голосовой и пищевой режим, курящему запретить курить.

4.Ребенок 3-х лет, поступил в ЛОР-отделение с жалобами на затрудненное дыхание, кашель. Болен 2-й день. Заболевание началось после переохлаждения. Наблюдался насморк, повышение температуры до 37,2°C. Ночью внезапно появилась одышка, шумное дыхание. Машиной скорой медицинской помощи доставлен в стационар.

Объективно: состояние средней тяжести, дыхание стридорозное. Выражена инспираторная одышка. Кожные покровы обычного цвета, слизистая губ с цианотичным оттенком. Ребенок мечется. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Отмечается лающий кашель. При прямой ларингоскопии в подскладочном пространстве обнаружены симметрично расположен-

ные валики бледно-розового цвета, суживающие просвет подскладочного пространства до 4 мм. розовая, Слизистая оболочка гортани чистая.

Диагноз? Назначьте лечение?

Острый стенозирующий подскладочный ларингит.

Стеноз гортани II степени.

Противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, отвлекающая терапия

5.Больной У., 20 лет, жалуется на боль в горле при глотании, затрудненное дыхание, повышение температуры до 39°. Болен 3 дня. Заболел после переохлаждения.

Объективно: слизистая оболочка гортани гиперемирована. Выраженный отек левой черпалонадгортанной складки, черпаловидного хряща, желудочковой складки слева. Вход в гортань сужен. Другие отделы гортани не изменены.

Дыхание в покое шумное.

Диагноз? Лечение?

Гортанная ангина.

Госпитализация больного. Противовоспалительная терапия, отвлекающее лечение, физиотерапия

IV. Болезни уха

ТЕСТЫ I УРОВНЯ.

1.Характерно ли наличие стойкой перфорации барабанной перепонки для острого гнойного воспаления среднего уха?

а) — да; б) — нет (б)

2.Характерно ли наличие стойкой перфорации, барабанной перепонки для хронического гнойного воспаления среднего уха?

а) — да; б) — нет (а)

3.В какой части барабанной перепонки локализуется перфорация при хроническом гнойном эптитимпаните?

а) в расслабленной части барабанной перепонки (а)

б) в натянутой части барабанной перепонки

4. В какой части барабанной перепонки локализуется перфорация при хроническом гнойном мезотимпаните?

а) в расслабленной части барабанной перепонки

б) в натянутой части барабанной перепонки (б)

5. Характерно ли наличие холестеатомы для хронического гнойного мезотимпанита?

а) — да; б) — нет (б)

6. Характерно ли наличие холестеатомы для хронического гнойного эпитимпанита?

а) — да; б) — нет (а)

7. Каким будет опыт Ринне при неврите слухового нерва?

а) отрицательным

б) положительным (б)

8. В какое ухо латерализуется звук в опыте Вебера при одностороннем поражении звукопроводящего аппарата?

а) в больное (а)

б) в здоровое

9. В какое ухо латерализуется звук в опыте Вебера при одностороннем поражении звуковоспринимающего аппарата?

а) в больное

б) в здоровое (б)

10. Является ли «нависание» задне-верхней стенки наружного слухового прохода в костной его части симптомом мастоидита?

а) — да, (а)

б) — нет.

ТЕСТЫ II УРОВНЯ.

1. При остром гнойном воспалении среднего уха поражается звукопроводящий аппарат?

а) — да, (а)

б) — нет.

2. При кохлеарном неврите поражается звуковоспринимающий аппарат?

а) — да, (а)

б) — нет.

3. Перечислите характерные отоскопические признаки хронического гнойного мезотимпанита?

а) стойкая перфорация барабанной перепонки в натянутой ее части,

б) слизистогнойное отделяемое без запаха

4. Перечислите характерные отоскопические признаки хронического гнойного эпитимпанита:

а) стойкая перфорация барабанной перепонки в расслабленной ее части

б) гнойное отделяемое с неприятным запахом

5. Внутреннее ухо сообщается с субарахноидальным пространством через... водопровод улитки

6. Перечислите основные симптомы приступа болезни Меньера:

а) внезапное начало,

б) шум в ухе,

в) понижение слуха,

г) головокружение,

д) нарушение равновесия,

е) тошнота,

ж) спонтанный нистагм

7. Перечислите пути проникновения инфекции в барабанную полость при остром среднем отите:

а), б), в). тубогенный, гематогенный, травматический

8. Перечислите отогенные внутричерепные осложнения хронического гнойного эпитимпанита:

а), б), в). экстрадуральный абсцесс, менингит, абсцесс мозга, мозжечка, сепсис

9. Назовите симптомы продольного перелома пирамиды височной кости:

а), б), в), г). разрыв барабанной перепонки, кровотечение, ликворея, снижение слуховой функции

10. Назовите симптомы поперечного перелома пирамиды височной кости:

а), б). паралич лицевого нерва, полная утрата слуховой и вестибулярной функций

ТЕСТЫ III УРОВНЯ.

1. Больной Б., 22 лет, жалуется на боль в правом ухе, ухудшение слуха, высокую температуру (38°C). Болен 3 дня. Начало заболевания связывает с переохлаждением.

Объективно: АД — наружный слуховой проход свободный. Барабанная перепонка ярко гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные пункты ее не видны. Ш. Р. — 1 м. Другие ЛОР-органы не изменены.

Диагноз? Лечение?

а) правосторонний острый средний отит

б) антибиотики, сульфамиды, 3% раствор эфедрина — капли в нос, 5% карболглицериновые капли в ухо или турунда с 96° спиртом

2. Больной М., 18 лет, жалуется на боль в правом ухе. Болен 2-й день. Заболел после переохлаждения.

Объективно АД — ограниченная инфильтрация и гиперемия кожи задне-верхней стенки хрящевого отдела наружного слухового прохода. Просвет его резко сужен. Барабанная перепонка необозрима. Потягивание за ушную раковину и надавливание на козелок болезненно. Слух: Ш. Р. — 6 м. Другие ЛОР-органы не изменены.

Диагноз? Лечение?

а) фурункул правого наружного слухового прохода

б) сульфамиды, 10% стрептоцидовая эмульсия в слуховой проход, УВЧ

3. Больная Р., 27 лет, поступила в клинику с жалобами на гнойные выделения из левого уха, понижение слуха. В течение 5 лет лечилась амбулаторно с временным эффектом.

Объективно: в левом наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом. После удаления гноя ватничком стала обозримой барабанная перепонка, которая утолщена. Определяется перфорация барабанной перепонки в расслабленной части. Зонд Воячека свободно проходит в аттик, где имеются холестеатомные массы. Ш. Р. — 1 м. Других изменений со стороны ЛОР-органов не обнаружено.

Диагноз? Лечение?

а) левосторонний хронический гнойный эптитимпанит

б) оперативное

4. Больная З., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в правом ухе, гноетечение, понижение слуха. Больна в течение 7 лет. Неоднократно лечилась амбулаторно с временным эффектом. Ухудшение наступило 3 дня тому назад после попадания воды в ухо.

Объективно: АД — в наружном слуховом проходе обильное слизисто-гнойное отделяемое без запаха. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована. В натянутой части барабанной перепонки имеется обширный почкообразный дефект, через который видна гиперемированная и инфильтрированная слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости. Ш. Р. — 2 м. Другие ЛОР-органы без изменений.

Диагноз? Лечение?

а) правосторонний хронический гнойный мезотимпанит в стадии обострения

б) промывание уха раствором фурациллина 1:5000. 3% раствор эфедрина — капли в нос, 3% раствор борного спирта — капли в ухо, УВЧ

5. Больная Н., 35 лет, жалуется на боль в левом ухе, припухлость в заушной области, гноетечение, понижение слуха, высокую температуру (39°C), нарушение общего состояния. Больна 1 месяц, когда после переохлаждения впервые возникла боль в левом ухе и гноетечение. Обратилась в поликлинику. Проводилось противовоспалительное лечение, под влиянием которого боль в ухе уменьшилась, выделения стали скудными. Однако за последние 3 дня состояние больной ухудшилось: повысилась температура, вновь появилась

боль в ухе, выделения стал обильными, в заушной области появилась припухлость. Больную направили в стационар.

Объективно: левая ушная раковина оттопырена, кожа заушной области гиперемирована, заушная складка сглажена. При пальпации определяется резкая болезненность области сосцевидного отростка и пастозность мягких тканей. Слуховой проход заполнен густым гноем. Произведено промывание уха. Обнаружено сужение наружного слухового прохода в костном отделе за счет «нависния» его задне-верхней стенки. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, В центре натянутой части барабанной перепонки определяется перфорация и «пульсирующий рефлекс». Наблюдается симптом «резервуара». СОЭ — 40 мм/час, лейкоциты — 13.000. Ш. Р. — 0, Р. Р. — ушной раковины.

Диагноз? Лечение?

- а) левосторонний острый гнойный средний отит, мастоидит;
- б) операция мастоидэктомия.

IV. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.

а) основная литература

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник, ГЭОТАР - Медиа, 2008. 656с. – 50 экз.

б) дополнительная литература

1. Конеченкова Н.Е., Накатис Я.А., Пашинин А.Н., Бабияк В.И. Основы неотложной оториноларингологии. Пособие для врачей. - Санкт-Петербург, 2014. - 504 с.
2. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. - СПб. Гиппократ, 2005. - 800с.
3. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. - СПб: Диалог, 2009. - 180 с.
4. Лекционный материал.
5. Тесты для самоподготовки с ответами.
6. Интернет ресурсы:

- внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ
<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>;
- ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>;
- ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

1. «Общее знакомство с больными и работой стационара. Рабочее место врача оториноларинголога. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух».

- 1.а)
- 2.а)
- 3.а)
- 4.б)
- 5.а)
- 6.г)
- 7.а), б), г).
- 8.б), в).
- 9.а)
- 10.а), б)
- 11.в)
- 12.г)
- 13.в), г).
- 14.а) средний носовой ход
- 15.а) хрящевой отдел
 - б) костный отдел
- 16.а) дыхательная
 - б) защитная
 - в) обонятельная
 - г) резонаторная
- 17.а) передняя риноскопия
 - б) средняя риноскопия
 - в) задняя риноскопия
- 18.а) слезно-носового канала
- 19.а) наружной сонной артерии

- б) внутренней сонной артерии
- 20.а) передняя черепная ямка
 - б) глазница
- 21.а) нижнеглазничное отверстие
- 22.а) носовая вена
 - б) угловая вена
 - в) глазничная вена
- 23.а) слизистая оболочка обонятельной области полости носа
- 24.а) обзорная рентгенография
 - б) томография
 - в) диафаноскопия
 - г) ольфактометрия
 - д) пункция пазухи
- 25.а)
- 26.а)
- 27.а) верхнечелюстная пазух
 - б) решетчатый лабиринт
 - в) лобная пазуха
 - г) клиновидная пазуха
- 28.а) верхнечелюстная пазуха
 - б) лобная пазуха
 - в) решетчатый лабиринт
 - г) клиновидная пазуха
- 29.а) затемнение
 - б) источник света
 - в) лобный рефлектор
 - г) зеркало для передней риноскопии
- 30.а) ситовидная пластинка решетчатой кости
- 31.а) обзорная рентгенография
 - б) контрастная рентгенография

- в) томография
 - г) компьютерная томография
 - д) магнитно-резонансная томография
- 32.а) исследование с помощью кусочка ваты
- 33.а) спирт
- б) раствор уксусной кислоты
 - в) настой валерианы
 - г) нашатырный спирт
 - д) дистиллированная вода
- 34.а) нарушение проходимости слезно-носового канала
- 35.а) распространение патологического процесса в орбиту.

II. «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования глотки и пищевода».

1. б)
2. а), в)
3. б), г).
- 4.а) слизистая оболочка
- б) фиброзный слой
 - в) мышечный слой
 - г) адвентициальный слой
- 5.а) в детском (3-14 лет)
6. а) полость рта
- б) полость носа
 - в) гортань
 - г) пищевод
 - д) слуховая труба
- е) барабанная полость
7. а) нёбные миндалины
- б) носоглоточная миндалина

- в) язычная миндалина
- г) трубные миндалины
- д) боковые валики глотки
- 8. а) сжиматели глотки
- б) поднимающие глотку
- 9. а) внутренняя сонная артерия
- б) внутренняя сонная артерия
- в) блуждающий нерв
- 10. а) характерна
- 11. а) в носоглотке
- 12. а) задние концы нижних раковин
- 13. а) плоскость продолжения твердого неба кзади
- 14. б) заднее средостение
- 15. а) языкоглоточный (IX пара)
- 16. а)
- 17. а) рыхлая клетчатка
- 18. а)
- 19. а), в), д).
- 20. а) вход в пищевод
- б) уровень дуги аорты
- в) уровень диафрагмы
- 21. а) защитная
- б) кроветворная
- 22. а)
- 23. 1-б
- 2-а
- 3-в
- 24. а) задняя риноскопия
- б) мезофарингоскопия
- в) непрямая фарингоскопия

- 25. а) задняя стенка глотки
 - б) боковые стенки глотки
- 26. а) задняя риноскопия (эпифарингоскопия)
- 27. а) задняя риноскопия (эпифарингоскопия)
- 28. а) у детей раннего возраста
 - б) при опухолях
- 29. а) наличие лимфоузлов в клетчатке заглочного пространства
- 30. а)

III. «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани, трахеи и бронхов».

- 1. б)
- 2. б)
- 3. а)
- 4. а) вестибулярный отдел (верхний)
 - б) складочный отдел (средний)
 - в) подскладочный отдел (нижний)
- 5. б), г), д), е), ж).
- 6. в)
- 7. а) надгортанник
 - б) черпало-надгортанные складки
 - в) черпаловидные хрящи
 - г) вестибулярные складки
 - д) гортанные желудочки
- 8. а) голосовые складки
- 9. а)
- 10. а) щитовидный хрящ
 - в) надгортанник
- 11. а)
- 12. а)

13. а) задняя перстне-черпаловидная мышца
14. а) поперечная межчерпаловидная мышца
б) боковая мышца
в) косая мышца
г) голосовая мышца
15. б), в), д).
16. б), в), г), ж).
17. а) верхний гортанный нерв
18. а)
19. а) нижний гортанный нерв
20. а) нижний гортанный нерв
21. а) верхняя гортанная артерия
б) средняя гортанная артерия
в) нижняя гортанная артерия
22. а) многослойным плоским эпителием
23. а)
24. а)
25. а) дыхательную
б) голосообразовательную
в) защитную
26. а) опрос
б) осмотр
в) пальпация
г) непрямая ларингоскопия
д) прямая ларингоскопия
ж) томография гортани
з) биопсия

- 27. а) прямая ларингоскопия
- 28. б)
- 29. а) верхняя трахеобронхоскопия
 - б) нижняя трахеобронхоскопия
 - в) рентгенологическое исследование
- 30. а) верхняя трахеобронхоскопия
 - б) нижняя трахеобронхоскопия
- 31. а) дыхательная
 - б) голосообразовательная
- 32. а) для избежания запотевания зеркала.

**IV. «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования
звукового анализатора».**

- 1. а) санториниевы щели
- 2. б)
- 3. а)
- 4. а) внутренний слуховой проход
 - б) водопровод преддверия
 - в) водопровод улитки
- 5. а) барабанная полость
 - б) слуховая труба
 - в) сосцевидный отросток
- 6. а) эпитимпанум
 - б) мезотимпанум
 - в) гипотимпанум
- 7. а) молоточек
 - б) наковальня
 - в) стремя
- 8. а), в), г), д), ж), з).
- 9. а)

10. а)
11. б)
12. г)
13. а), в), г), д).
14. а) мышца, натягивающая барабанную перепонку
б) стремянная мышца
15. а)
16. а) молоточек
б) наковальня
в) стремя
г) стремянная мышца
д) мышца, натягивающая барабанную перепонку
е) барабанная перепонка
17. а) ниже расположена (уровень твердого неба)
б) короче
в) шире, чем у взрослых
18. а) цилиндрическим мерцательным
19. а) пневматический
б) диплоэтический
в) смешанный
20. а) к концу 3-го года жизни ребенка.
21. а).
22. а), в), г), д).
23. а) извилина Гешля
24. а) в улитковом ходе
25. а) лестница преддверия
б) барабанная лестница
26. а) у верхушки улитки
27. а) у основания улитки
28. а) спиральный ганглий

- б) вентральное и дорзальное ядра
 - в) верхняя олива
 - г) задние бугры четверохолмия и медиальные коленчатые тела
29. а) звукопроводение
- б) звуковосприятие
30. а) наружное ухо, барабанная перепонка, цепь слуховых косточек, перилимфа, эндолимфа, рейснерова и базальная мембрана, мембра на круглого окна
- б) кортиев орган (волосковые клетки), проводниковая часть, корковый центр.
31. а) воздушное
- б) костное
32. а) 1 дб.
33. а) рефлекс с блуждающего нерва
34. а) книзу, кзади
35. а) короткая и широкая слуховая труба
- б) наличие миксоидной ткани
 - в) отсутствие сосцевидного отростка
 - г) наличие дегисценций в верхней стенке барабанной полости
36. а) в процессе физиологического воспаления происходит рассасывание миксоидной ткани и формирование полостей среднего уха
- б) формирование слизистой оболочки среднего уха.
37. б), в).
38. а) нарушение звукопроводения
39. б)
40. а)
41. б)
42. а)
43. а) усиление звукового давления
44. а) короткий отросток молоточка

- б) задняя и передняя складки барабанной перепонки
- в) рукоятка молоточка
- г) световой конус
- д) пупок

45. а) исследование живой речью
б) исследование камертонами

***V. «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования
вестибулярного анализатора».***

1. б), в).
2. в).
3. б), в).
4. а).
5. а).
6. б).
7. а).
8. а).
9. а).
10. а) головокружение
11. в).
12. а), б).
13. а), б), г).
14. а), б), г), д).
15. а) крупноразмашистый
 - б) мелкоразмашистый
 - в) среднеразмашистый
16. а) ампулярный аппарат
 - б) отолитовый аппарат
17. а) угловое ускорение
18. а) прямолинейное ускорение

- б) центробежная сила
 - в) сила земного притяжения
 - г) изменение положения тела в пространстве.
19. а) сенсорная реакция
- б) соматическая реакция
 - в) вегетативная реакция
20. а) ядро Дейтсрса
- б) ядро Роллера
 - в) ядро Швальбе
 - г) ядро Бехтерева
21. а) в мешочке
- б) в маточке
22. а) выше T° человеческого тела — до 45°
- б) ниже — до 17°
23. а) медленный компонент
- б) быстрый компонент
24. а) I степень — при взгляде в сторону быстрого компонента
- б) II степень — при взгляде вперед
 - в) III степень — при взгляде в сторону медленного компонента
25. а) влево
26. а) отклонение туловища более чем на 30° , падение
- б) выраженные вегетативные проявления (изменение частоты пульса, дыхания, потоотделение, рвота)
27. а) влево
28. а) вправо
29. а) отклонение туловища от срединной оси на 5°
- б) слабо выраженные вегетативные проявления
30. а) вправо.

VI. «Неотложная помощь в оториноларингологии».

1. а) живые
- б) неживые
- в) органические
- г) неорганические
2. а) промывание при помощи шприца Жанэ
- б) инструментальный (специальным крючком)
3. а) кровотечение
- б) проталкивание инородного тела за сужение слухового прохода
- в) разрыв барабанной перепонки
- г) воспаление слухового прохода
- д) воспаление среднего уха
4. а) специальный крючок
- б) штыкообразный пинцет
5. а) воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух
- б) образование ринолита
- в) попадание в пищевод или дыхательные пути
- б.а) кашель
- б) затрудненное дыхание
- в) боль (при остроконечном инородном теле)
- г) изменение голоса
7. а) непрямая ларингоскопия
- б) прямая ларингоскопия
8. а) кашель с характерным хлопающим клапанным звуком
9. а) прямая ларингоскопия
- б) верхняя трахеоскопия
10. а) полная
- б) частичная
- в) клапанная (вентильная)
11. а) анамнез

б) физикальные методы

в) рентгенологический метод

12. а) анамнестические данные:

1. наличие мелких предметов в руках;
2. внезапный приступ кашля;
3. возможны рвота, цианоз, нарушение дыхания;
4. нормализация дыхания и общего состояния;

б) физикальные данные:

1. притупление перкуторного звука на стороне поражения;
2. там же — резкое ослабление или отсутствие дыхательного шума;
3. там же — усиление голосового дрожания.

в) рентгеноскопические данные:

1. понижение пневматизации легкого на стороне поражения;
2. смещение средостения в больную сторону на вдохе (симптом Якобсона);
3. высокий купол диафрагмы на стороне поражения;
4. повышение пневматизации (викарная эмфизема) здорового легкого;
5. уплощение купола диафрагмы на здоровой стороне.

13. а) анамнестические данные:

1. см. «полная абтурация бронха»

б) физикальные данные:

1. тимпанальный оттенок перкуторного звука на стороне поражения;
2. там же — дыхание жесткое, ослабленное;
3. там же — ослабление голосового дрожания.

в) рентгеноскопические данные:

1. повышение прозрачности легкого на стороне поражения;
2. смещение средостения в здоровую сторону;
3. уплощение купола диафрагмы на стороне поражения.

14. а) анамнез

б) рентгенологическое исследование

в) диагностическая эзофагоскопия

г) извлечение инородного тела посредством эзофагоскопии (лечебная)

15. а) продольного

16. а) травма

б) заболевание сердечно-сосудистой системы и крови

в) злокачественные опухоли

г) доброкачественные опухоли

д) кровоточащий полип носовой перегородки

17. а) передняя тампонада в сочетании с медикаментозной терапией

б) задняя тампонада

18. а) воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух

б) острое воспаление среднего уха

в) острое воспаление глотки

19. а) продольный

1. ликворея и кровотечение из уха;

2. разрыв барабанной перепонки;

3. понижение слуха;

б) поперечный

1. парез или паралич лицевого нерва;

2. вестибулярные нарушения сенсорного, соматического и вегетативного характера;

3. глухота;

20. а) открытый

б) закрытый

21. а) открытый перелом

1. нарушение целостности кожи;

2. деформация носа;

3. кровотечение;

4. нарушение носового дыхания;

5. боль;

б) закрытый перелом

1. деформация носа;
 2. кровотечение;
 3. боль;
 4. нарушение носового дыхания;
22. а) обезболивание
 - б) остановка кровотечения
 - в) первичная хирургическая обработка раны
 - г) репозиция отломков
 - д) тампонада носа
 - е) повязка
 - ж) введение ПСС
23. а) головокружение
 - б) тошнота, рвота
 - в) понижение слуха
 - г) шум в ухе
 - д) спонтанный нистагм
 - е) нарушение равновесия
24. а) хронический гнойный эпнтимгмпит
 - б) мастоидит
 - в) лабиринтит
25. а) экстрадуральный абсцесс
 - б) субдуральный абсцесс
 - в) гнойный менингит
 - г) абсцесс височной доли мозга
 - д) абсцесс мозжечка
 - е) тромбоз сигмовидного синуса, сепсис
26. а).
27. а) характерное (системное) головокружение
 - б) нарушение равновесия
 - в) тошнота, рвота

- г) отсутствие слуха на больное ухо
- д) шум в ухе
- е) спонтанный нистагм в здоровую сторону

28.б).

29.а) постельный режим

б) затемнение палаты, изоляция от шума

в) sol. Glucosae 40% — 20,0 в/в

г) sol. Aminosini 2,5 % — 1,0 в/м

д) sol. Atropini 0,1% — 1,0 п/к

е) sol. Coffeini 10% — 1,0 п/к