

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра Оториноларингологии с офтальмологией

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
по специальности «Одонтогенные осложнения»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по группе
научных специальностей 3.1 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, по научной специальности
3.1.3. Оториноларингология

УДК 616.21/28(035)
ББК 56.8

Методические материалы предназначены для обучения аспирантов ФГБОУ ВО СОГМА
Минздрава России составлены в соответствии с учебным планом по группе научных
специальностей

3.1 клиническая медицина,
научной специальности 3.1.3. оториноларингология

Утверждены на заседании ЦКУМС ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 3.

СОСТАВИТЕЛЬ:

зав. кафедрой оториноларингологии
с офтальмологией ФГБОУ ВО СОГМА, д. м. н., доцент

Э. Т. ГАППОЕВА

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Заведующая кафедрой фармакологии
и клинической фармакологии
доктор медицинских наук,
профессор

Л. З. Болиева

Профессор кафедры внутренних
болезней №5

А. С. Цогоев

ВВЕДЕНИЕ

Болезни уха, носа, горла (глотки, гортани, трахеи) и пограничных анатомических областей в структуре общей заболеваемости населения составляют 35—40 % (в детском возрасте до 50 %) всех первично обратившихся за медицинской помощью. Такие заболевания, как ангина и хронический тонзиллит, по частоте занимают второе место после гриппа и, кроме того, приводят к многочисленным тяжелым осложнениям со стороны внутренних органов и инвалидности. Поэтому не только оториноларинголог, но и врач любого профиля должен хорошо ориентироваться как в диагностике, так и в неотложной помощи при заболеваниях уха, горла, носа.

При подготовке высококвалифицированных врачей особое значение имеет учебно-методическое пособие, в котором отражена информация по методике изучения учебной дисциплины по оториноларингологии (разделы, темы), содержащее учебную информацию в виде иллюстративного материала (схемы, рисунки, таблицы), так как диагностика заболеваний уха, горла и носа проводится в основном визуально.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Оториноларингология является специальной клинической дисциплиной, занимающейся изучением морфолого-физиологических особенностей и патологии уха, верхних дыхательных путей и смежных с ними областей. К ней относится большая часть анализаторов и, прежде всего — слуховой, играющий важнейшую роль в процессе познания окружающего мира и формирования речевой функции, составляющей деятельность второй сигнальной системы. В компетенцию оториноларингологии входят также вестибулярный, обонятельный и вкусовой анализаторы.

Оториноларингологическая служба занимает важное место в системе здравоохранения, поскольку обеспечивает диагностическую и лечебную помощь 12—15% общего числа больных, причем более 60% обращений приходится на детей и взрослых молодого, наиболее трудоспособного возраста. Ухо и верхние дыхательные пути в первую очередь подвергаются влиянию различных факторов окружающей среды, в том числе, переохлаждения, шума, вибрации, ионизирующего излучения, пыли, различных химических соединений, углового и прямолинейного ускорения, часто во много раз превышающего пороги возбудимости вестибулярного анализатора. ЛОР-органы нередко поражаются при острых и хронических инфекционных заболеваниях. Возникающие кохлеовестибулярные нарушения могут приводить к длительной нетрудоспособности больных. Заболевания уха и верхних дыхательных путей нередко сопровождаются поражением других органов и систем организма. Все это определяет социальную значимость специальности.

Оториноларингология — дисциплина в значительной степени профилактическая, поэтому в снижении ЛОР-заболеваемости большое значение имеет правильная организация работы оториноларинголога по диспансеризации совместно с врачами других специальностей — прежде всего терапевтом, педиатром и стоматологом. Все перечисленное делает очевидным необходимость тщательного изучения основ оториноларингологии аспирантами медицинских вузов.

Согласно учебному плану на всю дисциплину предусмотрено 72 часа, из них 20 часов лекций, 22 часа практических занятий и 30 часов - самостоятельной работы аспирантов. Занятия проводятся на кафедре оториноларингологии и в клинике болезней уха, носа и горла, или базовых учреждениях кафедры, отделении опухолей головы и шеи онкологического диспансера, поликлиниках. В течение цикла аспиранты работают в перевязочной, посещают операционную, кабинеты эндоскопической техники и физических методов лечения. Аспиранты ведут амбулаторный прием больных, заполняют соответствующую медицинскую документацию, выполняют диагностические и лечебные манипуляции.

1. Цель и задачи освоения дисциплины (модуля)

1.1. Цель изучения дисциплины состоит в овладении знаниями учебной дисциплины и осознании наиболее сложных проблем по специальности 14.01.03. болезни уха, горла и носа, а также принципами лечения и профилактики оториноларингологических болезней.

При этом **задачами** дисциплины являются:

- приобретение общепрофессиональной подготовки аспиранта-оториноларинголога, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических

проявлений заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины и профилактики заболеваний;

- сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения аспиранта-оториноларинголога, с целью самостоятельного ведения больных

- обучение высокотехнологичной специализированной медицинской помощи;

- совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умений оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения;

- совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов;

- обучение аспирантов выбору оптимальных методов эндоскопического оториноларингологического обследования при ЛОР-заболеваниях и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;

- обучение аспирантов проведения полного объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий среди пациентов с различными нозологическими формами болезней;

- обучение аспирантов оказания неотложной помощи при urgentных состояниях;

- обучение аспирантов выбора оптимальных схем лечебно-профилактической помощи в системе здравоохранения при наиболее часто встречающихся ЛОР-заболеваниях;

- обучение аспирантов оформлению медицинской документации (медицинской карты стационарного или амбулаторного больного, листка нетрудоспособности, статистического талона и т.д.);

- ознакомление аспирантов с принципами организации и работы лечебно-профилактических учреждений различного типа;

- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров;

- формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов;

- формирование у аспиранта навыков общения с коллективом.

1.2. Место учебной дисциплины (модуля) в структуре ООП академии

Дисциплина вариативной части, относится к дисциплинам, направленным на подготовку к сдаче кандидатского экзамена отрасли науки и научной специальности.

1.2.1. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу аспирантуры:

Научно-исследовательская деятельность в области клинической медицины.

Преподавательская деятельность в области клинической медицины.

• 1.2.2. Для изучения данной учебной дисциплины (модуля) необходимы следующие знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

Знания:

- принципы врачебной этики и деонтологии, основы законодательства и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

- организацию отоларингологической помощи в стране, организационную работу скорой и неотложной помощи;

- основы топографической анатомии областей тела и, в первую очередь, головы, шеи, пищевода;

- основные вопросы нормальной и патологической физиологии ЛОР-органов у здоровых и больных людей;

- причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления, влияние производственных факторов на состояние ЛОР-органов, этиологию опухолей, морфологические проявления предопухолевых процессов, морфологическую классификацию опухолей, механизмы канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма, профилактику и терапию шока и кровопотери, принципы терапии,

клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей ЛОР- органов, их клинику, принципы лечения и профилактику, клиническую симптоматику, диагностику предраковых заболеваний, физиологию и патологию системы гемостаза, коррекцию нарушений свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов, общие и специальные методы исследования в оториноларингологии

- основы применения эндоскопии и рентгенодиагностики для обследования и лечения оториноларингологических больных, роль и назначение биопсии в оториноларингологии, вопросы асептики и антисептики в оториноларингологии;

- основы иммунологии и генетики в оториноларингологии, принципы, приемы и методы обезболивания в оториноларингологии, основы интенсивной терапии и реанимации у больных с ЛОР-патологией, основы инфузионной терапии в оториноларингологии, характеристику препаратов крови и кровезаменителей, основы фармакотерапии в оториноларингологии, основы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации, основы патогенетического подхода при проведении терапии в оториноларингологии, основы физиотерапии и лечебной физкультуры в оториноларингологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;

- основы рационального питания и принципы диетотерапии в оториноларингологии, новые современные методы профилактики и лечения оториноларингологической патологии, основы онкологической настороженности в целях профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов, вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в оториноларингологии, организацию, проведение диспансеризации оториноларингологических больных, анализ ее эффективности, особенности санэпидрежима в отделениях оториноларингологического стационара, поликлиники, показания к госпитализации ЛОР-больных, оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой, хирургический инструментарий, применяемый при различных оториноларингологических операциях, принципы работы с мониторами,

- вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны, правовые вопросы деятельности врача-оториноларинголога.

Умения:

- получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;

- оценить тяжесть состояния, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную первую помощь;

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.), уметь интерпретировать их результаты.

- провести дифференциальную диагностику заболеваний ЛОР-органов, обосновать клинический диагноз, план ведения больного, показания и противопоказания к операции,

- обосновать методику обезболивания, обосновать наиболее целесообразный план операции при данной патологии и выполнить ее в необходимом объеме, разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактику послеоперационных осложнений;

- провести диспансеризацию населения и оценить ее эффективность, проводить санитарно-просветительную работу - оформить необходимую медицинскую документацию, составить отчет о своей работе, дать ее анализ.

При неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях аспирант должен уметь:

- Клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния.
- Определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи; начало лечения и определение необходимости консультации соответствующего врача-специалиста.
- 1. Травмы, инородные тела и заболевания носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них;

2. Носовые кровотечения;
3. Глазничные осложнения острых и хронических воспалений носа и придаточных пазух;
4. Внутричерепные осложнения заболеваний носа и придаточных пазух;
5. Экспертиза трудоспособности и реабилитации больных при травмах и заболеваниях носа и придаточных пазух;
6. Травмы, инородные тела и заболевания глотки, неотложная помощь при них;
7. Флегмонозные заболевания глотки,
8. Экспертиза трудоспособности и реабилитация больных при травмах и заболеваниях глотки;
9. Производственный травматизм ЛОР-органов;
10. Вопросы анестезиологии и реаниматологии при травмах, инородных телах и заболеваниях ЛОР-органов;
11. Общие принципы и особенности обезболивания
12. Вопросы реанимации

Специальные умения:

Аспирант-оториноларинголог обязан знать профилактику, диагностику и лечение следующих заболеваний:

- Анафилактический шок;
- Острая кровопотеря;
- Острая сердечная и дыхательная недостаточность;
- Острые интоксикации.

Навыки:

Методы исследования:

Передняя, средняя и задняя риноскопия

Фарингоскопия

Исследование функции носового дыхания

Диафаноскопия

Рентгенография

Рентгенокинематография

- Прижигание кровоточащего сосуда в полости носа
- Передняя и задняя тампонада полости носа
- Репозиция костей носа
- Первичная хирургическая обработка ран носа
- Вскрытие фурункула и карбункула носа
- Вскрытие гематомы и абсцесса перегородки носа
- Удаление инородных тел носа
- Пункция придаточных пазух носа
- Зондирование придаточных пазух через естественное соустье
- Внутриносовая блокада,
- Электрокаустика, криовоздействие, ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин,
- Конхотомия,
- Подслизистая резекция носовых раковин,
- Репозиция костей носа,
- Отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях,
- Удаление доброкачественных образований носа, глотки, гортани, уха
- Гайморотомия
- Фронтотомия
- Вскрытие клеток решетчатого лабиринта и основной пазухи
- Трепанопункция лобной пазухи
- Взятие тканей из ЛОР - органов на гистологическое исследование
- Трактовка результатов лабораторных и инструментальных методов исследования

- Интерпретация данных компьютерной томографии черепа, структур мозга, височных костей, околоносовых пазух, носоглотки, гортани, шеи
- Расшифровка ЭКГ
- Расшифровка клинического и биохимического анализа крови,
- Исследование обонятельной, вкусовой функции,

Поликлиника

- Организация амбулаторно-поликлинической помощи
- Организация работы оториноларинголога
- Диспансеризация в работе оториноларинголога
- Принципы реабилитации больных и инвалидов (КЭК и МСЭК)
- Принципы санаторно-курортного отбора больных в условия поликлиники
- Лечебно-диагностическая работа
- Первичная и вторичная профилактика заболеваний ЛОР-органов
- Использование лекарственных методов лечения в условиях поликлиники (электропроцедуры, ультразвук, бальнеотерапия, грязелечение и др.)
- Анализ деятельности оториноларинголога
- Санитарно-просветительная работа, в том числе пропаганда здорового образа жизни

ЗАНЯТИЕ №1

Тема: Острый верхнечелюстной одонтогенный синусит. Клиника, диагностика, лечение.

Актуальность. В клинической практике врачам различных специальностей часто приходится встречаться с острым верхнечелюстным одонтогенным синуситом.

Возрастными особенностями острых воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об остром верхнечелюстном одонтогенном синусит. Клинике, диагностике, лечении и профилактике;

знать Острый верхнечелюстной одонтогенный синусит. Клиника, диагностика, лечение.

Методы лечения и профилактики. Возрастные особенности острых воспалительных заболеваний острого верхнечелюстного одонтогенного синусита. Методы лечения в зависимости от формы, тяжести и течения. Дифференциальная диагностика с грибковыми синуситами.

Клиника, диагностика, лечение, осложнение.;

уметь провести наружный осмотр и пальпацию носа, стенок околоносовых пазух и регионарных лимфатических узлов, переднюю и заднюю риноскопию, оценить дыхательную и обонятельную функции, описать рентгенограммы.

Место проведения занятия. Тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии или в ЛОР-стационаре, учебный кабинет эндоскопической техники.

Оснащение. Лобный рефлектор, носовые зеркала для осмотра взрослых и детей, шпатели, носоглоточные зеркала, набор эндоскопических инструментов с холодным освещением УМЗ, набор В. И. Воячека для исследования обоняния, ольфактометр, ринопневмометр, диафаноскоп, набор рентгенограмм. Муляжи, костные препараты, таблицы, наборы слайдов по анатомии носа и глотки, фарингоскопии и непрямой ларингоскопии (гипофарингоскопия). Инструментарий для прямой фарингоскопии, фантом для непрямой ларингоскопии. Томограммы и рентгенограммы гортанного отдела глотки (в том числе и контрастные). Диапроектор. Экран.

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задание для самоконтроля
Острый верхнечелюстной одонтогенный синусит. Клиника, диагностика, лечение. Методы лечения и профилактики.	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии носа	Назвать кости и хрящи, образующие наружный нос
Возрастные особенности острых воспалительных заболеваний острого верхнечелюстного одонтогенного синусита.	Повторить, чтобы использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	Нарисовать схему латеральной стенки полости носа, указать место сообщения околоносовых пазух с полостью носа
Методы лечения в зависимости от формы, тяжести и течения.	Повторить, чтобы использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	На схеме латеральной стенки полости носа указать границу дыхательной и обонятельной области
Дифференциальная диагностика с грибковыми синуситами.	Повторить, чтобы использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	Перечислить околоносовые пазухи, показать их проекцию на лице
Клиника, диагностика, лечение, осложнение.	Повторить, чтобы использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	Назвать локализацию кровотоковой зоны полости носа

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

Собеседование по заданным темам - 20 минут

Ознакомление с новыми инструментами, аппаратами, рисунками, препаратами и муляжами.

Демонстрация преподавателем методики риноскопии и диафаноскопии. Осваивание аспирантами методик. Устное описание риноскопической картины.

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

Блок информации

Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит (гайморит) относится к наиболее известным заболеваниям околоносовых пазух. При этом синусите больных беспокоит головная боль, локализуемая в области проекций верхнечелюстной пазухи. Однако во многих случаях ее распространение отмечено в области лба, скуловой кости, виска. Она может иррадиировать и в глазничную область и в верхние зубы, т. е. практически болью охватывается вся половина лица.

Очень характерно усиление и ощущение как бы «прилива» тяжести в соответствующей половине лица при наклоне головы вперед. Головная боль связана со вторичной невралгией тройничного нерва и нарушением барофункции пазухи в результате отека слизистой оболочки и закупорки

соустья. Возможно появление припухлости щеки на пораженной стороне.

Пальпация в области проекции пазухи усиливает болевые ощущения. Выраженный отек лица, а также век более характерен для осложненного синусита. Больные отмечают заложенность носа и слизистые или гнойные выделения, а также снижение обоняния на стороне воспаления.

Передняя риноскопия позволяет установить гиперемию и отек слизистой оболочки нижней и особенно средней носовой раковины. Характерно наличие серозных или гнойных выделений (гнойной дорожки) в среднем носовом ходе, что также может быть установлено и при задней риноскопии. В тех случаях, когда гнойная дорожка не обнаруживается (при выраженном отеке слизистой оболочки, перекрывающей соустье), рекомендуется также произвести анемизацию области среднего носового хода и повернуть голову пациента в здоровую сторону. При таком положении выводное отверстие пазухи оказывается внизу, и гной (при его наличии) появится в среднем носовом ходе.

Диагноз острого одонтогенного синусита устанавливается на основании жалоб, анализа описанной симптоматики и результатов лучевого обследования. Рентгеновское исследование в настоящее время продолжает оставаться ведущим среди лучевых и других неинвазивных диагностических методов. При рентгенологическом исследовании верхнечелюстных пазух применяют носолобную и носоподбородочную укладки, а также проводится ортопантограмма и прицельные снимки зубов. Более информативным рентгенологическим исследованием является линейная томография. Еще больше информативна компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).



Рис. 1. Компьютерная томография околоносовых пазух. Фронтальная (коронарная) проекция.

Срез проходит через верхнечелюстные пазухи (1) и клетки решетчатого лабиринта (2):

а — хорошо видны соустья верхнечелюстных пазух с полостью носа (стрелка), крючковидный отросток (две стрелки), формирующие остии-меатальный комплекс; б — в левой верхнечелюстной пазухе и левом решетчатом лабиринте имеется воспалительный процесс с вовлечением структур остии-меатального комплекса. Отмечается гаперостоз левой верхнечелюстной пазухи, указывающий на хроническое воспаление (стрелка)

Рентгеновские и КТ-методы исследования производят известную лучевую нагрузку. Поэтому в тех случаях, когда она не желательна (например, лицам, получившим лучевое поражение), целесообразно применение методов, не основанных на ионизирующем излучении. Таким наиболее известным и простым методом является диафаноскопия. Диафаноскоп представляет собой малогабаритный прибор, позволяющий локально освещать околоносовые пазухи. В темной комнате осветитель диафаноскопа вводят в рот больного. В норме хорошо освещаются воздухосодержащие верхнечелюстные пазухи, которые представляются в виде розовых полей под глазами. При наличии гноя или опухоли в этих пазухах они не просвечиваются. Результаты исследования при диафаноскопии носят ориентировочный характер. В последние годы в

амбулаторную практику внедряются методы ультразвуковой биолокации, термографии и тепловидения. Эти методы отличаются безопасностью и быстротой получения результатов. Однако их информативность уступает рентгенологическим, КТ и МРТ исследованиям.

При исследовании верхнечелюстных пазух применяют также пункцию и трепанопункцию.

Наиболее распространенной манипуляцией является пункция верхнечелюстной пазухи. Пункция производится под эпимукозной (апликационной) анестезией 2 % раствором дикаина или 3—5 % раствором кокаина с добавлением нескольких капель 0,1 % раствора адреналина. Прокол пазухи производится иглой Куликовского, которая вводится под нижнюю носовую раковину, отступя 2 см от ее переднего конца в месте прикрепления раковины к латеральной стенке, где ее толщина — наименьшая. Возможные при этом осложнения (среди них попадание иглы в глазницу) описаны в монографии И. Я. Темкина (1963). Пункция может быть произведена троакаром, через который доступно введение эндоскопа для обозрения пазухи.



Рис. 2 Пункция верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход иглой Куликовского



Рис. 3 Осмотр верхнечелюстной пазухи через эндоскоп, введенный после прокола ее троакаром

Для **острых синуситов** характерно гомогенное затемнение пазух, вовлеченных в воспалительный. Если снимок производят в вертикальном положении обследуемого, то при наличии в пазухе экссудата возможно наблюдать уровень жидкости. Лечение неосложненных острых одонтогенных верхнечелюстных синуситов, как правило, консервативное. Оно может проводиться амбулаторно и в стационарных условиях. Полисинуситы, а также верхнечелюстные одонтогенные синуситы, сопровождающиеся сильной головной болью, отеком мягких тканей лица и угрозой развития глазничных и внутричерепных осложнений, должны лечиться в стационаре. Лечение острых одонтогенных синуситов, как и других очаговых инфекций, состоит из сочетания общих и местных методов. В основе местного лечения острых синуситов лежит известный принцип «ubi pus bi evasuo» (если гной — удали).

Все лечебные мероприятия, лежащие в основе этого принципа, направлены на лечение зубов, прилегающих к нижней стенке верхнечелюстных пазух и улучшение оттока гнойного секрета из пазух. Первым и простейшим из них является анемизация слизистой оболочки полости носа, которую можно осуществить, используя официальные сосудосуживающие средства (нафтизин, санорин, галазолин). Более эффективно целенаправленное промазывание врачом слизистой оболочки в области среднего носового хода 3—5 % раствором кокаина либо анестетика — 2 % раствора дикаина с 3—4 каплями 0,1 % раствора адреналина на 1 мл препарата. Анемизация слизистой оболочки и уменьшение ее объема способствуют расширению соустьев пазух и облегчают отток экссудата. Этому также способствуют тепловые процедуры (солюкс, диатермия, УВЧ). Однако назначаться они должны при условии хорошего оттока из пазух. Не потерял своего

значения и компресс. Правильно наложенный на соответствующую половину лица, компресс улучшает микроциркуляцию в области воспалительного процесса, уменьшает отек мягких тканей лица и слизистой оболочки полости носа, восстанавливая проходимость соустьев и дренаж пазух. УВЧ плохо переносится больными с сосудистыми нарушениями, в том числе с вегетативно-сосудистой дистонией.

В последние годы диапазон физиотерапевтических средств расширился. Появились новые аппараты для микроволновой терапии (например, «Луч-2»), позволяющие не только увеличить нагрев тканей, но и локализовать точно дозированную энергию на ограниченный участок, что снижает опасность нежелательных побочных эффектов. Этим требованиям удовлетворяют и такие новые методы, как лазеротерапия, магнито- и магнитолазеротерапия.

Пункция верхнечелюстных пазух, несмотря на известные опасности (Темкина И. Я., 1963), продолжает оставаться одним из наиболее распространенных методов консервативного лечения и применяется как в стационарной, так и в амбулаторной практике.

При необходимости повторных пункций верхнечелюстных пазух прибегают к постоянным дренажам, представляющим собой тонкие полиэтиленовые либо фторопластовые трубочки, которые вводятся в пазуху на весь период лечения, избавляя больного от малоприятных манипуляций.

Через введенную дренажную трубку проводят систематическое промывание пазухи изотоническим либо фурацилиновым (1: 5000) раствором и вводят другие лекарственные препараты (чаще антибиотики).

Введение лекарственных растворов в верхнечелюстные пазухи возможно по методу «перемещения» по Проетцу. При этом методе в полости носа с помощью хирургического отсоса создается разрежение. Оно позволяет удалять из пазух патологическое содержимое, и после вливания в полость носа лекарственных растворов последние устремляются в открывшиеся пазухи.

Более успешно беспункционный метод лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух, особенно при полисинуситах, проводится с помощью синукатетера «ЯмиК» (Марков Г. И., Козлов В. С., 1990; Козлов В. С., 1997). Данный аппарат позволяет создавать управляемое давление в полости носа и околоносовых пазухах и за счет этого эвакуировать патологический экссудат из пазух с последующим введением в них лекарственных растворов через открывшиеся соустья.

В качестве общего лечения больных острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом назначают анальгетики, жаропонижающие, антигистаминные и антибактериальные препараты. В настоящее время в связи с известными неблагоприятными побочными эффектами антибиотиков (дисбактериоз, развитие грибковой флоры, аллергияция, угнетение выработки антител) наблюдается тенденция к сужению показаний к их применению. Однако, в случае необходимости, может быть назначен пенициллин по 500 000 ЕД 4—6 раз в сутки, а также другие антибиотики, имеющие более широкий спектр действия (цепорин, кефлин, кефзол и др.). Назначение антибиотиков следует корректировать в соответствии с чувствительностью микрофлоры, полученной из очага воспаления. Сульфаниламидные препараты (сульфадиметоксин, сульфален, бисептол и др.) назначаются как самостоятельно, так и в сочетании с антибиотиками. Учитывая вероятность наличия анаэробной флоры, обычно при острых синуситах с выраженной клинической формой антибактериальную терапию рекомендуется усилить препаратами, обладающими этиотропным действием на анаэробную инфекцию (трихопол, метрагил).

При одонтогенных верхнечелюстных синуситах, когда приходится удалять «причинные» зубы (осложненный кариес, пародонтит) возможно нежелательное вскрытие верхнечелюстной пазухи. Образовавшийся канал, соединяющий пазуху с полостью рта (ороантральный свищ), может

закрыться самостоятельно или после повторных смазываниях йодной настойкой. В противном случае прибегают к пластическому закрытию свища путем перемещения лоскута, выкроенного из мягких тканей десны, что представляет собой непростую операцию, наиболее успешно выполняемую челюстно-лицевыми хирургами.

В последнее время для закрытия свежих ороантральных сообщений применяют имплантационные материалы (коллагеновые пленки с метилурацилом и композиции «гидроксиапатит-хонсурид»), что значительно сокращает сроки и повышает эффективность его лечения (Рождественская Е. Д., 1998). Р. Г. Аняутин (1999) для этой цели применяет другие композитные материалы, созданные на основе гидроксиапатита, — гидроксиапол и колапол.

ЗАНЯТИЕ №2

Тема. Хронический верхнечелюстной одонтогенный синусит. Клиника, диагностика, лечение.

Актуальность. Патология носа и околоносовых пазух занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости ЛОР-органов и часто является причиной временной утраты трудоспособности. Знание клинической симптоматики и лечения заболеваний носа, а также своевременная диагностика риногенных внутриглазных и внутричерепных осложнений, приводящих в ряде случаев к летальному исходу, необходимы врачу любой специальности.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об этиологии и патогенезе хронического верхнечелюстного одонтогенного синусита. Клинике, диагностике, лечении;

знать лечебные мероприятия при хроническом верхнечелюстном одонтогенном синусите, дифференциальная диагностика с неодонтогенными синуситами основные клинические симптомы заболеваний носа и околоносовых пазух, их осложнения, принципы консервативного лечения и показания к хирургическому вмешательству;

уметь выполнять переднюю и заднюю риноскопию, оценить рентгенограммы околоносовых пазух, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику, своевременно выявить риногенные осложнения, выбрать рациональную лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР-кабинет в поликлинике.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, носовой ватодержатель, штыкообразный пинцет, носовые петли, носовой конхотом, игла для пункции верхнечелюстной пазухи, скальпель, набор В. И. Воячека для исследования обоняния, рентгенограммы, слайды.

Таблица 2

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Хронический верхнечелюстной одонтогенный синусит. Клиника, диагностика, лечение.	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Нарисовать риноскопическую картину при различных вариантах хроническом верхнечелюстном одонтогенном синусите.

2. Лечебные мероприятия при хроническом верхнечелюстном одонтогенном синусите,	- //-	Определить тактику врача и назвать комплекс лечебных мероприятий Назвать основные клинические симптомы, методы диагностики. Указать локализацию патологического отделяемого в полости носа при поражении различных околоносовых пазух
3. Провести дифференциальную диагностику с неодонтогенными синуситами.	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Провести дифференциальную диагностику. Назвать формы и методы лечения, нарисовать риноскопическую картину Назвать формы, провести их дифференциальную диагностику. Выписать мазь для лечения.

Блок информации

Хронические одонтогенные верхнечелюстные синуситы обычно возникают в результате неоднократно повторяющихся и недостаточно излеченных острых синуситов. Существенное значение в их развитии имеет сочетание неблагоприятных факторов общего и местного характера — таких, как снижение реактивности организма, нарушение дренажа и аэрации пазухи, вызванных анатомическими отклонениями и патологическими процессами в полости носа, а также заболеваниями зубов.

Разнообразие патоморфологических изменений при хронических синуситах, представляющее собой различные варианты экссудативных, пролиферативных и альтернативных процессов определяет пестроту клинико-морфологических форм и трудности их классификации.

В настоящее время наиболее приемлемой продолжает оставаться классификация хронических синуситов, предложенная Б. С. Преображенским (1956). Согласно этой классификации, различают экссудативные (катаральная, серозная, гнойная) и продуктивные (пристеночно-гиперпластическая, полипозная) формы синуситов, а также холестеатомный, некротический (альтеративный), атрофический и аллергический синуситы.

При экссудативных формах наблюдается картина диффузной воспалительной инфильтрации лимфоцитами, нейтрофилами и плазматическими клетками. Она более выражена при гнойной, чем при катаральной и серозной формах. В этих случаях эпителий уплощен, местами метаплазирован. Отек наблюдается в очагах наибольшего воспаления.

При гиперпластических формах утолщение слизистой оболочки более выражено, чем при предыдущих формах. Патоморфологические изменения носят преимущественно пролиферативный характер за счет разрастания соединительнотканых элементов собственного слоя слизистой оболочки. Отмечается образование грануляционной ткани и полипов. Развитие соединительной ткани в одних участках может сочетаться со склерозом и уплотнением слизистой оболочки в других ее местах (Воячек В. И., 1953). Воспалительный процесс распространяется на все ее слои, захватывая в ряде случаев и периостальный слой. Это приводит к периоститу, а при неблагоприятном развитии процесса и к остеомиелиту. Вследствие развития склероза слизистой оболочки и задержки резорбтивных процессов при заболевании кости возможно образование псевдохолестеатомы, представляющей собой сгущенную слизь без холестерина включений и с большим количеством лейкоцитов, а также колоний гнилостных микробов. Накопление псевдохолестеатомных и казеозных масс и оказываемое ими давление на стенки верхнечелюстных пазух приводят к резорбции костной ткани и образованию свищей (Хилов К. Л., 1960). В настоящее время установлено, что такие формы синуситов могут развиваться и вследствие

грибковых поражений пазух (Дайняк Л. Б., Кунельская Н. Я., 1979; Лопатин А. С., 1995). Особое место занимают аллергические формы синуситов, которые сочетаются с аналогичными процессами в полости носа и называются аллергическими риносинуситами (риносинусопатиями). Для этой формы характерно появление в верхнечелюстных пазухах образований округлой формы. Они представляют собой локальный отек слизистой оболочки и часто неправильно называются кистами. В этих случаях при пункции верхнечелюстной пазухи игла прокалывает это кистоподобное образование и в шприц изливается серозная жидкость янтарного цвета, а стенки пузыря спадаются.

Принципиальное отличие такой псевдокисты от истинной кисты одонтогенного происхождения состоит в том, что она имеет только наружную эпителиальную выстилку, образованную слизистой оболочкой пазухи. Полость псевдокисты образуется в результате расщепления собственного слоя слизистой оболочки накапливающимся в ее толще транссудатом. Истинная же киста одонтогенного происхождения имеет еще и внутреннюю эпителиальную оболочку, исходящую из пародонта.

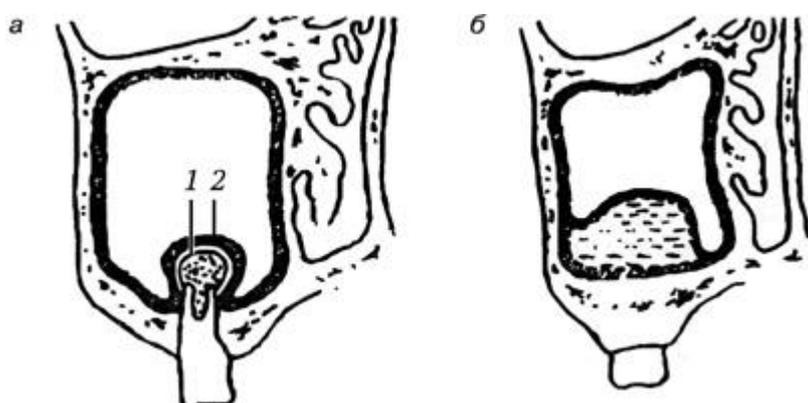


Рис. 4 Схематическое изображение одонтогенной (истинной) кисты (а) и псевдокисты (б) верхнечелюстной пазухи:

1 — внутренняя эпителиальная оболочка, исходящая из пародонта; 2 — слизистая оболочка, выстилающая пазуху

Величина псевдокисты (аллергического отека слизистой оболочки) может изменяться под действием гипосенсибилизирующей терапии и назначения глюкокортикоидов.

На рентгенограммах в случаях одонтогенных кист может быть замечен тонкий, частично резорбированный костный слой, контурирующий кисту. Он образован в результате смещения нижней стенки верхнечелюстной пазухи развивающейся кистой.

Клинические симптомы при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах вне стадии обострения менее выражены, чем при острых. У отдельных больных возможно снижение трудоспособности. Характер симптомов и их выраженность во многом зависят от формы синусита, локализации процесса и его распространенности. Головная боль при хронических синуситах менее сильная, она может иметь неопределенный характер. Однако в ряде случаев больные точно локализируют боль в области пораженной пазухи. Заложенность носа обычно умеренная, более выраженная при полипозных аллергических и грибковых формах синусита, что связано с аналогичными поражениями слизистой оболочки полости носа. Нередко больные отмечают нарушение обоняния.

Характер выделений из носа также зависит от формы синусита. При грибковых поражениях они имеют определенные характерные отличия. Так, при плесневых микозах отделяемое обычно вязкое, иногда желеобразное, имеет белесовато-серое или желтоватое окрашивание. При

аспергиллезе выделения серого цвета, возможны черноватые вкрапления, которые могут быть густыми, напоминая холестеатомные массы. При кандидозе выделения подобны творожистой массе белесоватого цвета.

При грибковых синуситах нередко отмечаются неврологические боли в области пораженной пазухи. Чаще, чем при других формах синусита, наблюдается припухлость мягких тканей лица, обычно в области верхнечелюстной пазухи (Дайняк Л. Б., Кунельская В. Я., 1979).

При обострении хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов клиническая картина напоминает острый процесс поражения пазухи и нередко зависит от наличия или отсутствия осложнений. Необходимо обратить внимание на способность хронических синуситов протекать в маловыразительной латентной форме, когда клинические симптомы недостаточно ясны. Такое состояние свидетельствует о наличии известного равновесия в развитии патологического процесса — равновесия между организмом и болезнью. Вызывая перенапряжение и истощение иммунных механизмов, оно приводит, как правило, к развитию тех или иных, нередко очень серьезных, осложнений. Именно на такую особенность латентных синуситов указал А. И. Фельдман (1929), дав им не только безупречное определение, но и подчеркнув их затаенную опасность. «Латентными синуситами», по словам автора, называются такие, которые проходят скрытно, незаметно для больного и даже врача; их физические симптомы почти отсутствуют, и только какое-нибудь осложнение со стороны соседних органов заставляет и больного, и врача обратить внимание на нос. Интересно отметить, что еще в 1857 г. профессор Медико-хирургической академии Заблочкин-Десятовский в своей работе «О болезнях носа и носовых полостей» отмечал, что их хронические заболевания часто протекают бессимптомно или малосимптомно.

Диагноз хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита устанавливается на основании клинических и рентгенологических данных. Рентгенологические, а также КТ- и МРТ-исследования являются важнейшими диагностическими методами выявления различных форм хронических синуситов. Они дополняются пункциями пазух и лабораторными исследованиями полученного содержимого.

Необходимо отметить, что проведение описанных диагностических процедур требует от врача хорошей ориентации в глубоких отделах носа и высокой техники манипуляций.

Тактика лечения хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов определяется клинической формой заболевания. При обострении хронического синусита его экссудативные формы (катаральная, серозная, гнойная) лечатся, как правило, консервативно. При этом используются те же средства и методы лечения, которые применяются при лечении острых синуситов. Продуктивные формы хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов (полипозные, полипозно-гнойные) лечатся оперативно. Независимо от формы хронического синусита при наличии зрительных и внутричерепных осложнений, основным методом должно быть оперативное лечение.

ЗАНЯТИЕ №3

Тема. Одонтогенная киста верхнечелюстной пазухи. Принципы лечения одонтогенных кист верхнечелюстной пазухи.

Актуальность. Патология носа и околоносовых пазух занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости ЛОР-органов и часто является причиной временной утраты трудоспособности. Знание клинической симптоматики и лечения одонтогенных кист верхнечелюстной пазухи, принципов лечения одонтогенных кист верхнечелюстной пазухи, необходимы врачу любой специальности.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об этиологии и патогенезе одонтогенной кисты верхнечелюстной пазухи; принципах лечения одонтогенных кист верхнечелюстной пазухи;

знать лечебные мероприятия при одонтогенной кисте верхнечелюстной пазухи, принципы лечения одонтогенных кист верхнечелюстной пазухи, осложнения, принципы консервативного лечения и показания к хирургическому вмешательству;

уметь выполнять переднюю и заднюю риноскопию, оценить рентгенограммы околоносовых пазух, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику, своевременно выявить риногенные осложнения, выбрать рациональную лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР-кабинет в поликлинике.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, носовой ватодержатель, штыкообразный пинцет, носовые петли, носовой конхотом, игла для пункции верхнечелюстной пазухи, скальпель, набор В. И. Воячека для исследования обоняния, рентгенограммы, слайды.

Таблица 3

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Одонтогенная киста верхнечелюстной пазухи.	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Нарисовать риноскопическую картину при различных вариантах хроническом верхнечелюстном одонтогенном синусите.
2. Принципы лечения одонтогенных кист верхнечелюстной пазухи.	- //-	Определить тактику врача и назвать комплекс лечебных мероприятий Назвать основные клинические симптомы, методы диагностики. Указать локализацию патологического отделяемого в полости носа при поражении различных околоносовых пазух
3. Классификация, этиология, клиника и лечение.	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Провести дифференциальную диагностику. Назвать формы и методы лечения, нарисовать риноскопическую картину Назвать классификацию, этиологию, клинику и лечение.

Блок информации

Верхнечелюстная киста, также широко известная как киста гайморовой пазухи - это доброкачественное кистозное новообразование в одной из полостей пазух носа. Она заполнено жидкостью, а её стенки отличаются тонкостью и эластичностью, по своему виду киста напоминает пузырь. Киста верхнечелюстной пазухи образуется в результате нарушения оттока из железы, которая локализуется в слизистой оболочке.

Причины верхнечелюстной кисты

Причиной кисты верхнечелюстной пазухи является патологическая закупорка протока железы, главная функция которой - вырабатывание секрета. Железа расположена на слизистой оболочке и выстилает пазуху. Киста может исчезнуть самостоятельно, однако есть очень большая вероятность, что со временем она снова наполнится патологической жидкостью.

Факторы риска

Факторами риска развития кистозного образования в полости верхнечелюстной пазухи могут быть хронические гаймориты, риниты и другие заболевания, связанные с нарушением работы гайморовых пазух. Также спровоцировать появление кисты может нарушение строения выходного отверстия верхнечелюстной пазухи, которое называется соустьем. Если оно расширено, то поток воздуха, попадая в пазуху, систематически ударяется в одну и ту же точку, что может вызвать патологию слизистой оболочки носа.

Кроме того причиной кисты могут стать заболевания верхних зубов и дёсен - это кариес, пародонтит и другие очаги инфекции ротовой полости. Поэтому чрезвычайно важно следить за здоровьем своих зубов, соблюдать гигиену полости рта, регулярно посещать стоматолога, и не допускать образование воспалительных процессов.

Патогенез

Патогенез верхнечелюстной кисты заключается в том, что при попадании любой инфекции происходит отделение поражённых клеток от здоровых тканей и заключение их образованием, защищённое плотной оболочкой. Таким образом патологический процесс ограничивается в пределах верхнечелюстной пазухи. Зачастую пациент даже не подозревает, что болен этим заболеванием, но когда он приходит к врачу с простудой или гайморитом, в результате инструментальной диагностики обнаруживается наличие кисты в гайморовых пазухах. Простая киста, не вызывающая никаких жалоб со стороны больного, и которая была выявлена абсолютно случайно, может быть у каждого десятого человека. Обычно кистозные новообразования в организме человека удаляются хирургическим путём, но если она не приносит никакого дискомфорта, то можно обойтись и без операции.

Симптомы верхнечелюстной кисты

Чаще всего киста верхнечелюстной пазухи протекает без каких-либо симптомов. Как уже говорилось ранее, она обнаруживается после проведения анализов и рентгенографии только в том случае, если пациент обращается в больницу совершенно по другим причинам. Киста не требует операции и лечения, если она не доставляет больному никаких беспокойств, её просто периодически должен осматривать лечащий врач.

Но также наблюдались случаи, когда верхнечелюстная киста вызывала интенсивные боли в области гайморовых пазух, сильные головные боли, насморк, включая выделение слизи и заложенность носа. Верхнечелюстная киста может стать причиной частых обострений гайморита. Она доставляет массу неудобств людям, занимающимся дайвингом, так как при погружении под воду, они переживают очень неприятное давление в области носа.

Размеры кисты верхнечелюстной пазухи ни как не связаны с выраженностью симптомов. К примеру, крупное образование в нижнем отделе пазухи, может быть для больного абсолютно незаметным. Тогда как небольшая по размерам киста в верхней стенке гайморовой пазухи приводит к осложнениям и головным болям. Такое явление объясняется близостью в этой области ветви тройничного нерва.

Киста правой верхнечелюстной пазухи так же как и киста левой верхнечелюстной пазухи в редких случаях имеет свою специфическую симптоматику, которая проявляется в односторонних головных болях и заложенности носа с той стороны, с которой находится кистозное образование.

Иногда головная боль у пациентов с данным заболеванием принимает постоянный или периодический характер, чаще всего связанный с переменах в погодных условиях или в весенне – осенний период. Также их могут беспокоить затруднение дыхания носом, головокружения, спазмы в области верхней челюсти, что приводит к быстрой утомляемости и снижению работоспособности,

а также к раздражительности, ухудшению аппетита, сна и памяти. Эта группа пациентов больше всех подвержена возможности появления частых обострений хронического гайморита и ринита.

Иногда пациенты замечают обильное выделение прозрачной жидкости жёлтого цвета из одной половины носа. Как правило, это явление бывает в результате разрыва и опорожнения кистозного образования.

Кисты обеих верхнечелюстных пазух чаще всего появляются как результат нарушения носового дыхания и при достижении больших размеров могут вызвать анатомические изменения черепа, что обуславливается сильными болями, которые распространяются практически на всё лицо, поэтому болезненные кисты необходимо удалять.

Формы

Ретенционная киста верхнечелюстной пазухи

Ретенционные кисты верхнечелюстной пазухи также называются истинными. Они формируются в следствие нарушения проходимости протоков желёз слизистой оболочки носа. Отёк, воспаление, закупорка дыхательных путей, гиперпластические или рубцовые изменения могут поспособствовать появлению ретенционной кисты в организме больного.

Когда образуется киста, железа продолжает продуцировать секрет, и из-за этого киста постоянно увеличиваться, а её стенки растягиваются. Чаще всего кисты такого типа располагаются на наружной стенке пазухи, а изнутри выстланы цилиндрическим эпителием. Крупные ретенционные кисты верхнечелюстной пазухи при прогрессивном росте ведут к растяжению, а её стенки становятся всё тоньше, что очень хорошо видно на рентгеновском снимке. Чтобы не допустить появления ретенционной кисты в верхнечелюстных пазухах, нужно внимательно следить за своим здоровьем и вовремя лечить ринит. Не думайте, что простуда или ОРВИ пройдут сами по себе, ведь они могут оставить вам такой "злополучный" подарок как кистозное образование в гайморовых пазухах. И вам повезёт, если киста не будет развиваться, потому что в противном случае операции не избежать.

Одонтогенная киста верхнечелюстной пазухи

Одонтогенная киста верхнечелюстной пазухи - это киста гайморовой пазухи, возникшая в результате попадания инфекции из патологических участков корней зубов и прилежащих к ним тканям. Чаще всего встречаются кисты таких видов:

- фолликулярные одонтогенные образования развивающиеся в возрасте от десяти до тринадцати лет из недостаточно развитого ретинированного основания зуба или в сложных случаях воспаления молочных зубов.
- ококорневые одонтогенные образования формируются из гранулём на вершине корня и в процессе увеличения вызывают отмиранию костных тканей и постепенно проникают в полость пазухи.

Осложнения и последствия

Из вышеизложенной информации вы уже узнали, что киста верхнечелюстной пазухи может жить "в гармонии" с организмом больного, не показываясь ему долгие годы, а может и всю его сознательную жизнь, и при этом человек будет чувствовать себя относительно здоровым.

Но не всем пациентам так везёт. Последствия кисты верхнечелюстной пазухи могут очень плохо сказаться на организме человека. Он может стать причиной развития хронического гайморита.

Кроме того киста может спровоцировать отмирание костных тканей, что ведёт к образованию пустот в зубных каналах. Она может лопнуть самостоятельно без всякого вмешательства, и тогда всё её содержимое распространится по дыхательным путям, часть из которого выйдет наружу через нос, а другая часть, оставшаяся внутри организма, спровоцирует заражение здоровых тканей.

Киста верхнечелюстной пазухи может увеличиваться в размере и привести к анатомическому изменению черепа - это самый худший исход событий.

Диагностика верхнечелюстной кисты

Диагностирование верхнечелюстной кисты включает проведение инструментальных и лабораторных методов исследования. Точную клиническую картину всегда покажет снимок рентгена. Чтобы сделать снимок, в пазухи вводится специальное контрастное вещество, которое поможет выявить кистозное образование даже если его размеры сравнительно невелики. Хорошая альтернатива рентгену - компьютерная томография, она с лёгкостью определит положение и размеры новообразования. Есть ещё один действенный метод диагностики верхнечелюстной кисты, который подтверждает диагноз после рентгенограммы - это пункция гайморовой пазухи, однако решаются на эту процедуру не все, исключительно из-за страха перед иглой и проколом. Также бытует ложное мнение от том, что если прокол делается один раз, то потом придётся часто прибегать к этой далеко неприятной процедуре в будущем. Это совершенно неверное убеждение. Пункция помогает врачу определить тактику лечения, так как по её результатам он выявляет характер содержимого и делает выводы о диагнозе.

Лечение одонтогенной кисты верхнечелюстной пазухи сводится к ее обязательному удалению, и к устранению одонтогенного источника инфекции, спровоцировавшего рост кисты.

Киста может быть удалена только хирургически, для чего требуется эндоскопическая или традиционная радикальная операция на верхнечелюстной пазухе. Эндоскопическая операция, несомненно, предпочтительнее, т.к. сопровождается минимальной хирургической травмой, но в ряде случаев все же требуется радикальная операция.

Такая необходимость возникает когда киста имеет костную оболочку, работать с которой эндоскопическим инструментом очень сложно. Также необходимость в радикальной операции имеется когда киста прорастает и разрушает переднюю стенку пазухи.

В этом случае для выделения и удаления оболочки кисты уже не обойтись без доступа со стороны рта. Такие операции, в отличие от эндоскопических, более агрессивны, тяжелее переносятся пациентами, и, главное, всегда оставляют за собой дефект передней стенки пазухи, поэтому во всех остальных случаях предпочтение должно быть отдано именно эндоскопическому вмешательству. Эндоскопическое удаление кисты производится через нос, и требует только расширения естественного соустья между пазухой и носовой полостью.

Иногда доступ через нос дополняется еще проколом передней стенки пазухи, для облегчения работы в самых нижних и глубоких отделах пазухи, но этот прокол столь мал, что, как правило, пациенты и не замечают его следа во рту.

Для достижения излечения очень важно полностью убрать оболочку кисты. Некоторое время считалось, что достаточно убрать только большую часть ее оболочки, но опыт показывает, что неполное удаление приводит к рецидиву роста кисты.

Не менее важно устранить источник образования кисты. Если это зуб, то как и при иных формах одонтогенного воспаления в пазухе, превалирует стремление к его сохранению. Для этого может быть проведена санация и пломбирование корней, в том числе под контролем микроскопа, однако, даже самое тщательное лечение не гарантирует полной ликвидации инфекции, поэтому требует отсроченного контроля через 6-8 месяцев. Если лечение оказалось неэффективным, или спасение зуба лишено смысла в силу его разрушений, то зуб удаляется. Удаление зуба это гарантированный способ устранения источника инфекции.

В обязательном порядке через 3-4 месяца после проведенного лечения необходим контроль результата. Для этого повторно выполняется томографическое исследование, а при необходимости еще и диагностическая эндоскопия.

Как уже отмечалось, кисты имеют склонность рецидивировать и вырастать снова, если в пазухе останется какой-либо фрагмент ее оболочки, или сохранится первичный источник инфекции. Ее рост может быть незаметен для человека пока она вновь не достигнет крупных размеров, поэтому, даже при отсутствии симптомов томографический контроль необходим.

ЗАНЯТИЕ №4

Тема: Одонтогенный паратонзиллярный абсцесс.

Актуальность. В клинической практике врачам различных специальностей часто приходится встречаться заболеваниями, связанными с тонзиллитом, общегигиеническими и saniрующими мероприятиями в профилактике одонтогенного паратонзиллярного абсцесса.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об анатомо-топографических взаимоотношениях глотки с соседними органами и иммунной системой, диафаноскопии, рентгенологическом исследовании носа и околоносовых пазух;

знать клиническую анатомию и физиологию глотки, владеть методами исследования; общегигиенические и saniрующие мероприятия в профилактике одонтогенного паратонзиллярного абсцесса.

уметь провести наружный осмотр и пальпацию регионарных лимфатических узлов, мезофарингоскопию, оценить состояние небных, язычной, глоточной миндалин, задней стенки глотки.

Место проведения занятия. Тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии или в ЛОР-стационаре, учебный кабинет эндоскопической техники.

Оснащение. Лобный рефлектор, носовые зеркала для осмотра взрослых и детей, шпатели, носоглоточные зеркала, набор эндоскопических инструментов с холодным освещением УМЗ, набор В. И. Воячека для исследования обоняния, ольфактометр, ринопневмометр, диафаноскоп, набор рентгенограмм. Муляжи, костные препараты, таблицы, наборы слайдов по анатомии носа и глотки, фарингоскопии и непрямой ларингоскопии (гипофарингоскопия). Инструментарий для прямой фарингоскопии, фантом для непрямой ларингоскопии. Томограммы и рентгенограммы гортанного отдела глотки (в том числе и контрастные). Диапроектор. Экран.

Таблица 4

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задание для самоконтроля
Заболевания, связанные с тонзиллитом.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить Заболевания, связанные с тонзиллитом.
Консервативные методы лечения хронического тонзиллита, показания к хирургическому лечению. Тонзиллэктомия.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Консервативные методы лечения хронического тонзиллита, показания к хирургическому лечению. Тонзиллэктомия.
Роль общегигиенических и санационных мероприятий в профилактике одонтогенного паратонзиллярного абсцесса.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить основные методы исследования общегигиенические и saniрующие мероприятия в профилактике одонтогенного паратонзиллярного абсцесса.
Диспансеризация больных хроническим тонзиллитом.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Иметь представление о диспансеризации больных с хроническим тонзиллитом.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

Собеседование по заданным темам - 20 минут

Ознакомление с новыми инструментами, аппаратами, рисунками, препаратами и муляжами.

Демонстрация преподавателем методики риноскопии и диафаноскопии. Осваивание аспирантами методик. Устное описание риноскопической картины.

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

Блок информации

Заболевание возникает в результате проникновения в паратонзиллярное пространство вирулентной инфекции при наличии благоприятных условий для распространения и развития. В качестве возбудителя чаще всего выступают стрептококки группы А (*Streptococcus pyogenes*), при этом возможно участие непатогенных и условно-патогенных штаммов. Примерно так же часто возбудителем инфекции выступают стафилококки (*Staphylococcus aureus*), несколько реже *Escherichia coli*, *Haemophilus Influenzae*, *Klebsiella*, дрожжевые грибы рода *Candida*. В последние годы была показана важная роль в развитии паратонзиллита анаэробной инфекции, причем именно в группе тех больных, у которых были выделены возбудители обладающие анаэробными свойствами: *Prevotella*, *Porphyro*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus* spp. - отмечалось наиболее тяжелое клиническое течение заболевания. Наиболее часто высеваемые из полости абсцесса микроорганизмы (*Streptococcus viridans* и *Klebsiella pneumoniae*) были обнаружены в трети случаев. У больных, течение заболевания которых было осложнено сахарным диабетом, более чем в половине случаев обнаруживалась *Klebsiella pneumoniae*. На современном этапе в двух третях всех случаев абсцессов обнаруживались штаммы бета-лактамазопродуцирующих микроорганизмов.

Патогенез паратонзиллита

В большинстве случаев паратонзиллит развивается как осложнение ангины, несколько реже - как очередное обострение хронического тонзиллита. Наиболее частым местом проникновения инфекции из миндалины в паратонзиллярное пространство выступает верхний полюс миндалины. Это связано с тем, что в области верхнего полюса вне капсулы миндалины расположены слизистые железы Вебера, которые вовлекаются в воспаление при хроническом тонзиллите. Отсюда инфекция может распространиться непосредственно в паратонзиллярную область, которая в области верхнего полюса содержит рыхлой клетчатки больше, чем в других отделах. Иногда в паратонзиллярном пространстве в толще мягкого нёба располагается добавочная долька; если она оставлена при тонзиллэктомии, то оказывается замурованной рубцами, что создает условия для развития здесь абсцессов.

Возможен также одонтогенный путь развития паратонзиллита, связанный с кариозным процессом преимущественно задних зубов нижней челюсти (вторые моляры, кубы мудрости), периоститом альвеолярного отростка. При этом инфекция распространяется по лимфатическим сосудам непосредственно на паратонзиллярную клетчатку, минуя нёбные миндалины.

Патологические изменения при паратонзиллярном абсцессе довольно разнообразны. В начале заболевания иногда на первый план выступает отек тканей, что побудило В. Н. Зака выделить эту фазу в специальную нозологическую форму — отечную ангину. Это предложение не получило, однако, признания. Во второй стадии заболевания развивается инфильтрация околоминдалиной рыхлой соединительнотканной клетчатки лейкоцитами (паратонзиллит). В некоторых случаях (до 20%) процесс ограничивается только инфильтративной фазой, без перехода в абсцедирование. В последнее время в связи с широким внедрением в практику антибиотиков количество таких abortивных форм заметно увеличилось. При паратонзиллярных абсцессах нагноение развивается в рыхлой соединительнотканной клетчатке паратонзиллярного пространства, а при их рецидивах — в промежутках между образовавшимися в прошлом спайками из рубцовой ткани. Воспалительные изменения отмечаются также в «капсуле» миндалины в фасции, покрывающей верхний сжиматель глотки (*fascia buccopharyngeal* и в волокнах последнего (Б. С. Преображенский). В околоминдалинном пространстве возникает тромбоз мелких вен, размягчение и расплавление тканей, образование абсцесса и его отграничение. Гной паратонзиллярного абсцесса густой, сливкообразный, нередко с неприятным запахом, иногда содержит творожистые массы. Стенки абсцесса нередко покрыты грануляциями, участками некротической ткани, но иногда представляются гладкими. Локализация абсцесса зависит от перенесенных в прошлом паратонзиллярных нагноений, индивидуальных местных анатомо-физиологических особенностей, вирулентности инфекции и других моментов. Чаще всего (по М. А. Беляевой, в 57% случаев, по В. Г. Элькинду, в 84% случаев) абсцесс локализуется между мягким небом и миндалиной, кверху от последней; поэтому эти абсцессы принято называть передневерхними. При заминдалинных абсцессах гнойник обнаруживается в задней дужке, а иногда в заднебоковой стенке глотки, при предминдалинных — между передней дужкой и миндалиной. Реже встречаются боковой и нижний паратонзиллярные абсцессы. Боковой абсцесс располагается кнаружи от миндалин. Эта форма относится к самым тяжелым, при ней отсутствуют условия для самопроизвольного прорыва в глотку, а анатомические соотношения благоприятствуют распространению процесса на шею. Нижний паратонзиллярный абсцесс образуется позади нижней части передней дужки, кнаружи от нижнего полюса миндалины или в подминдалинной клетчатке. Абсцессы значительных размеров в самой миндалине обнаруживаются сравнительно редко. Одонтогенные паратонзиллярные абсцессы сопровождаются воспалительными изменениями в зубах, верхушках их корней, деснах и в самой челюстной кости. Нередко обнаруживается затрудненное прорезывание зуба мудрости или явления амфодонтоза. Гистологические изменения небной тонзиллы при паратонзиллярном абсцессе мало отличаются от таковых при хроническом тонзиллите. Между рядами эпителиальных клеток встречаются единичные лимфоциты и нейтрофильные лейкоциты или инфильтраты из этих клеток. Иногда видны дефекты эпителия, очаги резко выраженного некроза или участки, в которых эпителий замещен рубцовой тканью. Иногда эпителиальные клетки претерпевают гидропические изменения. Местами эпителий истончен, чаще же утолщен.

Подэпителиальный слой богат расширенными сосудами и инфильтрирован лейкоцитами. Нередко в нем видны рубцы и гиалинизированная соединительная ткань. Некоторые крипты сплошь заполнены гноем или пробками, которые состоят из молодого фибрина, пронизанного лимфоцитами и лейкоцитами, иногда грибковыми друзами. Местами видны кисты, берущие начало в эпителии. Эпителий лакун инфильтрирован форменными элементами, а иногда и совсем отсутствует. Чаще всего фолликулы оказываются больших размеров с крупными «центрами размножения». В других случаях фолликулов очень мало, а границы их стерты. В фолликулах встречаются митозы и макрофаги с обломками ядер. Лимфоидная ткань богата расширенными, переполненными кровью сосудами. Часто отмечается замещение лимфоидной ткани рубцовой, гиалинизированной. В ряде случаев можно видеть микроскопические или более крупные абсцессы. Капсула, как правило, утолщена за счет разрастания соединительной ткани, которая часто гиалинизирована и имеет склерозированные сосуды. Местами эта соединительная ткань инфильтрирована гистиоцитами, фибробластами, плазматическими клетками и сегментированными лейкоцитами. Наряду с неизмененными нервными волокнами встречаются аргирофильные и варикозные нервные пучки и волокна. Поверхность отдельных волокон неровная, иногда отмечается фрагментация нервного волокна. Изменения лимфатических узлов при острых паратонзиллярных процессах могут быть серозными, гнойными и продуктивными, что выражается в отеке, припухлости или некротически гнойном расплавлении узла.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Виды СР	Всего часов
1	2	3	4	5
1.	I семестр I года	<p>1 Модуль 1.1. Модульная единица. Методы исследования, клиническая анатомия, физиология носа и околоносовых пазух. Цель изучения ознакомит аспирантов с методами исследования, клинической анатомией, физиологией носа и околоносовых пазух. Уметь: 1. Проводить наружный осмотр, пальпацию наружного носа и области проекции на лицо околоносовых пазух 2. Риноскопию переднюю и заднюю при помощи носового зеркала и эндоскопа 3. Исследовать обонятельную функцию при помощи набора пахучих веществ 4. Проводить забор отделяемого из полости носа для бактериологического исследования Знать: 1. Строение носа и околоносовых пазух, их кровоснабжение и иннервацию 2. Физиологию обоняния, 3. Физиологию носового дыхания и его влияние на состояние бронхолегочной системы, кровообращение, КЩС. 4. Защитные механизмы полости носа 5. Принципы лучевого исследования околоносовых пазух</p> <p>Содержание обучения: Клиническая анатомия наружного носа и околоносовых пазух. Строение слизистой оболочки носа. Физиология полости носа: дыхательная, обонятельная, рефлекторная, защитная и резонаторная функции носа. Значение нормального носового дыхания. Исследование носа и ОНП: осмотр, пальпация, эндоскопия полости носа и околоносовых пазух, рентгенография, томография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография. Диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи. Способы</p>	<p>Внеаудиторная самостоятельная работа: Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. Виды учебной деятельности: Отработка мануальных методов осмотра носа, околоносовых пазух, исследования обонятельной и дыхательной функции, выполнение заданий в тестовой форме</p>	3

	<p>исследования обонятельной и дыхательной функции носа.</p> <p>Текущий контроль: Тестирование, собеседование по тестам, контроль выработки мануальных умений: передняя риноскопия, задняя риноскопия, исследование обонятельной и дыхательной функции</p>		
2.	<p>1.2. Модульная единица. Методы исследования, клиническая анатомия, физиология глотки и пищевода. <i>Цель изучения</i> ознакомить аспирантов с методами исследования, клинической анатомией, физиологией глотки и пищевода.</p> <p>Уметь: 1. Проводить фарингоскопию 2. Проводить заднюю риноскопию 3. Проводить забор ротоглоточного секрета для бактериологического исследования</p> <p>Знать: 1. Строение глотки и пищевода, их кровоснабжение и иннервацию 2. Физиологию глотания, 3. Защитные механизмы глотки</p> <p>Содержание обучения: Клиническая анатомия и физиология глотки. Особенности строения небных миндалин и их физиологическая роль. Способы исследования различных отделов глотки. Новые методы исследования и лечения заболеваний глотки (“Тонзиллор”, лазеротерапия, лазерохирургия, иммунокорректирующая терапия).</p> <p>Текущий контроль: Тестирование, собеседование по тестам, контроль выработки мануальных умений: проводить фарингоскопию, проводить заднюю риноскопию.</p>	<p>Внеаудиторная самостоятельная работа: Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий.</p> <p>Виды учебной деятельности: Отработка мануальных методов осмотра преддверия рта, глотки, выполнение заданий в тестовой форме</p>	5
3.	<p>2 Модуль. Заболевания носа и околоносовых пазух. 2.1 Модульная единица. Острый и хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Распространённость. Этиология. Патогенез. Одонтогенная киста верхнечелюстной пазухи.</p>	<p>Внеаудиторная самостоятельная работа: Изучение основных и дополнительных источников информации,</p>	11

	<p>Распространённость, этиология, патогенез. <i>Цели изучения ознакомить аспирантов с симптомами, топической диагностикой, принципами клинической диагностики и лечения острого и хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита</i> Уметь: Ставить предварительный диагноз и проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи. Знать: Клинику, диагностику этиологию, патогенез острого и хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита. Принципы лучевого исследования околоносовых пазух Содержание обучения: Текущий контроль: Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.</p>	<p>выполнение тестовых заданий. Виды учебной деятельности: Отработка мануальных метода непрямой ларингоскопии, выполнение заданий в тестовой форме</p>	
4.	<p>3. Модуль. Заболевания глотки, пищевода и шеи. 3.1 Модульная единица. Одонтогенный паратонзиллярный абсцесс. Этиология, патогенез, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения. <i>Цель изучения ознакомить аспирантов с симптомами, топической диагностикой, принципами клинической диагностики и лечения одонтогенного паратонзиллярного абсцесса.</i> Уметь: 1. Ставить предварительный диагноз и проводить лечебные мероприятия в объёме первой врачебной помощи. 2. Владеть алгоритмом постановки клинического и эпидемиологического диагноза, назначения лечения и профилактических мероприятий, проводить лечебные и профилактические мероприятия лицам любого возраста при одонтогенном паратонзиллярном абсцессе. Знать: Симптоматику, топическую диагностику, принципы клинической диагностики и лечения одонтогенного паратонзиллярного абсцесса.</p>	<p>Внеаудиторная самостоятельная работа: Изучение основных и дополнительных источников информации, выполнение тестовых заданий. Виды учебной деятельности: Отработка мануальных умений: метода непрямой ларингоскопии, выполнение заданий в тестовой форме</p>	11

	<p>Содержание обучения: <i>Одонтогенный паратонзиллярный абсцесс. Этиология, патогенез, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.</i></p> <p>Текущий контроль: Тестирование, собеседование по решению ситуационных задач, контроль составления учебной истории болезни.</p>	
Итого		<u>30</u>

Литература:

1. Анютин Р.Г., Лузина В.В, Романов И.А. Дифференцированное хирургическое лечение одонтогенного гайморита: Матер, III съезда стоматологической ассоциации (общероссийский) – М., 1996.
2. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с.
3. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, горла и уха. М. Медицина, 2003 г.
4. Оториноларингология национальное руководство.- под ред. чл. кор. РАМН В. Т. Пальчун.- Москва изд. Гр. «ГОЭТАР-Медиа» 2009 г. – 954 с.
5. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. – М. «Медицина» - 2002 г. – 571 с.
6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно–лицевой хирургии и хирургической стоматологии – К., 2004.
7. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Бета–лактамы антибиотики. Русский медицинский журнал, 1997; 5 (21): 1367–81.
8. Соболев И.М. Острые и хронические неспецифические воспалительные заболевания глотки, гортани и трахеи // Руководство по оториноларингологии – Медгиз, 1963 – том 3, глава 9 – с.228-255.
9. Яковлев С.В. Амоксициллин/сульбактам – новые возможности преодоления антибиотикорезистентности. Русский медицинский журнал 2005, том 13, № 21, с. 1418–22
10. Ambler PR. The structure of beta–lactamases. Philos Trans R Soc Lond Ser B 1980;289:321–31.
11. Bush K, Jacoby GA, Medeiros AA. A functional classification scheme for beta–lactamases and its correlation with molecular structure. Antimicrob Agents Chemother 1995;39:1211–33.
12. Dagnelie C.F. Sore Throat in General Practice. A Diagnostic and Therapeutic Study. / C.F. Dagnelie // Thesis. Rotterdam, 1994.
13. Pensotti C. et al. Meta–analysis sobre la actividad in vitro e in vivo. Efficacia y tolerancia de la combinacion amoxicillina, sulbactam en humanos. La Prensa Medica Argentina 1998;85(4):515–22.