

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

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по группе
научных специальностей 31.06.01 клиническая медицина,
научной специальности 3.1.3. оториноларингология

УДК 616.21/28(035)
ББК 56.8

Методические материалы предназначены для подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре 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 288 часов, из них 80 часов лекций, 130 часов практических занятий и 78 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, аудиологическую и вестибулологическую лаборатории, 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 ургентных 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 профилактики, 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 уха: неотложная помощь - повреждения и заболевания наружного уха;
- 2. Повреждения и заболевания среднего и внутреннего уха;
- 3. Осложнения острых и хронических воспалений среднего уха;
- 3. Внутричерепные осложнения острых и хронических воспалений среднего уха;
- 4. Принципы и методика хирургических вмешательств при неотложных состояниях и заболеваниях уха;
- 5. Принципы и методика хирургических вмешательств при неотложных состояниях и заболеваниях уха;
- 6. Объем интенсивной терапии при различных видах отогенных внутричерепных осложнений;
- 7. Вопросы экспертизы трудоспособности при неотложных состояниях и заболеваниях уха;
- 2. Травмы, инородные тела и заболевания носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них;
- 8. Носовые кровотечения;
- 9. Глазничные осложнения острых и хронических воспалений носа и придаточных пазух;
- 10. Внутричерепные осложнения заболеваний носа и придаточных пазух;
- 11. Экспертиза трудоспособности и реабилитации больных при травмах и заболеваниях носа и придаточных пазух;
- 12. Травмы, инородные тела и заболевания глотки, неотложная помощь при них;
- 13. Флегмонозные заболевания глотки;
- 14. Экспертиза трудоспособности и реабилитация больных при травмах и заболеваниях глотки;
- 15. Травмы, инородные тела и заболевания гортани, пищевода, неотложная помощь при них;
- 16. Травмы и заболевания гортани и пищевода, неотложная помощь;
- 17. Инородные тела гортани, трахеи, пищевода, неотложная помощь;
- 18. Стенозы гортани;
- 19. Производственный травматизм ЛОР-органов;
- 20. Вопросы анестезиологии и реаниматологии при травмах, инородных телах и заболеваниях ЛОР-органов;
- 21. Общие принципы и особенности обезболивания
- 22. 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
 Ларингоскопия, отоскопия
 Отоскопия под микроскопом
 Ольфактометрия
 Исследование функции носового дыхания
 Диафаноскопия
 Определение проходимости слуховой трубы
 Ларингостробоскопия

Микроларингостробоскопия
Эндоларингеальная электродиагностика
Рентгенография
Рентгенокинематография
Электромиография
Методы определения типа певческого голоса
Исследование слуха шепотной и разговорной речью
Камертональные пробы
Акуметрия, тональная и надпороговая аудиометрия
Определение порога восприятия ультразвука
Пороговая адаптация по Кархарту
Определение обратной адаптации
Шумовая аудиометрия по Лангенбеку
Импедансометрия
Речевая аудиометрия
Объективная аудиометрия
Вестибулометрия(вращательная проба, калорическая

- Прижигание кровотока в полости носа
 - Передняя задняя тампонада полости носа
 - Репозиция костей носа
 - Первичная хирургическая обработка ран носа
 - Вскрытие фурункула и карбункула носа
 - Вскрытие гематомы абсцесса перегородки носа
 - Удаление инородных тел носа
 - Пункция придаточных пазух носа
 - Зондирование придаточных пазух через естественное соустье
- Вскрытие паратонзиллярного абсцесса
 - Вскрытие заглоточного абсцесса
 - Удаление инородных тел глотки и носоглотки
 - Вскрытие флегмоны шеи
 - Удаление инородных тел гортани
 - Вскрытие абсцесса надгортанника
 - Вскрытие флегмоны гортани
 - Коникотомия
 - Трахеотомия
 - Хирургическая обработка ран шеи
 - Вскрытие нагноившихся кист гортани
 - Удаление инородных тел пищевода
 - Парацентез барабанной перепонки
 - Пункция и вскрытие отогематомы
 - Обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях,
 - Вскрытие фурункула наружного слухового прохода,
 - Удаление инородного тела наружного слухового прохода
 - Остановка ушных кровотечений
 - Внутриносая блокада,
 - Электрокаустика, криовоздействие, ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин,
 - Конхотомия,
 - Подслизистая резекция носовых раковин,
 - Репозиция костей носа,
 - Отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях,
 - Аденоотомия
 - Тонзиллотомия

- Тонзиллэктомия
- Удаление доброкачественных образований носа, глотки, гортани, уха
- Гайморотомия
- Фронтотомия
- Вскрытие клеток решетчатого лабиринта и основной пазухи
- Трепанопункция лобной пазухи
- Антротомия
- Антромастоидотомия
- Радикальная операция на ухе
- Бужирование пищевода
- Коникотомия
- Трахеотомия
- Трахеостомия
- Взятиетканей из ЛОР - органов на гистологическое исследование
- Трактовка результатов лабораторных и инструментальных методов исследования
- Интерпретация рентгенологических снимков и томограмм (обзорных, контрастных) черепа в 2 проекциях, носа, околоносовых пазух, носоглотки, гортани, височных костей (по Шуллеру, Майеру, Стенверсу)
- Интерпретация данных компьютерной томографии черепа, структур мозга, височных костей, околоносовых пазух, носоглотки, гортани, шеи
- Расшифровка ЭКГ
- Расшифровка клинического и биохимического анализа крови,
- Исследование функции носового дыхания, функции мерцательного эпителия,
- Акуметрия, тональная пороговая и надпороговая, речевая аудиометрия, компьютерная аудиометрия,
- Исследование обонятельной, вкусовой функции,
- Исследование вестибулярной функции (калорическая, вращательная, прессорная пробы),
- Исследование дыхательной и голосовой функций гортани,
- Исследование проходимости слуховой трубы,
- Импедансметрия,
- Ларингостробоскопия, осмотр ЛОР-органов под микроскопом.

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. **Введение в оториноларингологию**

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

Актуальность Определение оториноларингологии как специальной клинической дисциплины хирургического профиля с профилактической направленностью. Взаимосвязь заболеваний ЛОР-органов с патологией других органов и систем. Значение анализаторов, расположенных в ЛОР-органах. Социальная значимость оториноларингологии. История развития специальности, ее этапы, школы отечественных оториноларингологов, их успехи и достижения, видные ученые. Задачи преподавания оториноларингологии в высших учебных заведениях.

Усвоение методики эндоскопического исследования ЛОР-органов обусловлена необходимостью использования её в практической деятельности не только оториноларингологов, но и врачей широкого профиля.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об общих принципах обследования оториноларингологических больных;

знать принципы работы с лобным рефлектором и оториноларингологическим инструментарием, методику осмотра уха, носа, глотки, гортани, описание эндоскопической картины;

уметь организовать рабочее место; знать принципы работы с лобным рефлектором и смотровым инструментарием; выработать навыки наружного осмотра ЛОР-органов, умения производить отоскопию, переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.

Место проведения занятия – тематическая учебная комната на кафедре ЛОР-болезней.

Оснащение: лобный рефлектор; носовые зеркала; шпатели; ушные воронки; носоглоточные и гортанные зеркала; ушные и носовые пинцеты и зонды; носоглоточные и гортанные зеркала; набор эндоскопических инструментов с холодным освещением (отоскоп, постриноскоп, риноскоп, ларингоскоп и т. д.); таблицы; набор слайдов, препараты и муляжи по анатомии зева и ротового отдела глотки.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

Сообщение преподавателя о плане и условиях проведения практических занятия по оториноларингологии. Обход клиники. Демонстрация преподавателем: лобного рефлектора, инструментов и аппаратов для эндоскопии, студенческих рабочих мест, методики пользования лобным рефлектором при исследовании ЛОР-органов друг на друге с максимальной помощью преподавателя.

Таблица 1

ЗАДАНИЕ НА САМОПОДГОТОВКУ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Основные анатомические понятия, необходимые для описания эндоскопической картины ЛОР-органов	Повторить, чтобы использовать при осмотре ЛОР-органов	Схематически нарисовать и обозначить основные анатомические элементы полости носа, ротоглотки, гортани
2. Оборудование и инструментарий для выполнения эндоскопических методов исследования	Знать, чтобы использовать в практической работе	Перечислить с описанием применения
3. Отоскопия	Иметь представление для выработки навыков	Нарисовать барабанную перепонку и обозначить ее опознавательные знаки

4. Передняя риноскопия	Иметь представление для выработки навыков	Назвать позиции, нарисовать и описать нормальную риноскопическую картину
5. Задняя риноскопия		Нарисовать картину носоглотки и обозначить ее анатомические элементы
6. Фарингоскопия		Назвать два момента, нарисовать и описать нормальную фарингоскопическую картину
7. Непрямая ларингоскопия		Назвать три момента, нарисовать и описать положение голосовых складок при фонации и дыхании

Одним из важнейших этапов комплексного обследования больного является анамнез - расспрос больного о его заболевании, поскольку он основан на жалобах больного не только на болевые ощущения, но и на различные нарушения многочисленных функций ЛОР-органов.

Функциональное исследование ЛОР-органов включает в себя осмотр, ощупывание, простукивание и эндоскопическое обследование (осмотр полостей с помощью специальных инструментов, в том числе с использованием эндотелевизионной техники, а также методы ультразвуковой, термографической диагностики, радионуклидные методы, рентгенография, КТ и МРТ), начинают с определения остроты слуха живой речью. При этом можно получить первые ориентиры для дифференциальной диагностики нарушений со стороны уха, горла и носа. Нарушения слуховой функции исследуют посредством субъективных методов исследования: отоскопии наружного уха и барабанных перепонки, восприятия шепотной и разговорной речи, камертональной акуметрии (опыт Швабаха, Вебера, опыты Ринне и Федеричи, Желе, проводимыми камертонами С₁₂₈ С₅₁₂) и объективных методов исследования: пороговая тональная аудиометрия в обычном (125-8000 Гц) и расширенном (10 - 20 кГц) диапазоне частот; тестов надпороговая аудиометрия - наиболее часто исследуют функцию громкости (феномен ускорения нарастания громкости) и определяют время обратной слуховой адаптации; речевая аудиометрия; исследование порогов слышимости ультразвуков и латерализации ультразвука в здоровое или лучше слышащее ухо; измерение акустического импеданса среднего уха; электрокохлеография - регистрация корковых и стволомозговых вызванных слуховых потенциалов, применяемая, при обследовании детей до 5 лет для подтверждения тугоухости или глухоты, при проведении различных видов экспертизы, а также при проведении дифференциальной диагностики с опухолью головного мозга.

ЗАНЯТИЕ №2

Тема: Слуховой анализатор

Актуальность: слуховой анализатор способствует формированию речевой функции, имеет большую социальную значимость.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об анатомо-топографических взаимоотношениях уха с соседними органами, аудиометрии, тимпанометрии, рентгенологическом исследовании уха, КТ, МРТ;

знать клиническую анатомию и физиологию слухового анализатора;

уметь провести наружный осмотр и пальпацию уха, отоскопию, методы исследования наружного, среднего уха и улитки. Определение подвижности барабанной перепонки, проходимости слуховой трубы, проведение исследования остроты слуха речью, камертонами, тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия.

Место проведения занятия - тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии или в сурдологическом кабинете.

Оснащение: лобный рефлектор, набор ушных воронок, ушной зонд, ушной пинцет, отоскоп, аудиотимпанометр GSI 38, пневматическая воронка Зигле, ушной манометр, набор камертонов, ушные трещотки, баллон Политцера, секундомер, ушной манометр, слайды, рисунки, препараты и муляжи органа слуха, схемы проводящих путей, таблицы слов, таблица акуметрической формулы, аудиограммы, рентгенограммы, КТ, МРТ.

Таблица 2

ЗАДАНИЕ НА САМОПОДГОТОВКУ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

Вопросы	Цель	Задание для самоконтроля
Детальное строение наружного, среднего и внутреннего уха	Иметь представление об анатомо-топографических особенностях при изучении патологии уха	Перечислить анатомические образования, входящие в понятие наружное, среднее и внутреннее ухо
Анатомо-топографические особенности наружного слухового прохода	Знать, чтобы использовать при изучении заболеваний наружного уха	Назвать два отдела, особенности строения их кожного покрова, клиническое значение топографии стенок наружного слухового прохода
Клиническая анатомия барабанной полости, её отделы и содержимое	Знать, чтобы использовать при изучении заболеваний наружного уха	Назвать стенки, три отдела, перечислить содержимое. Показать опознавательные знаки, разделить барабанную перепонку на квадранты, нарисовать правую и левую барабанную перепонку
Строение слуховых косточек	Знать, чтобы использовать при изучении заболеваний среднего уха и их осложнений, а также оперативных вмешательств	Назвать и показать слуховые косточки, особенности анатомии, суставы
Топография лицевого нерва	Знать, чтобы использовать при изучении заболеваний среднего уха и их осложнений, а также оперативных	Назвать два колена лицевого нерва и стенки барабанной полости, в которых они располагаются

	вмешательств	
Анатомия слуховой трубы	Знать, чтобы использовать при изучении заболеваний среднего уха	Назвать два отдела, особенности строения их слизистого покрова, клиническое значение
Сосцевидный отросток и его стенки	То же	Назвать два отдела и локализацию устья, перечислить функции
Сосцевидный отросток	-//-	Назвать типы строения
Строение костной и перепончатой улитки	-//-	Знать анатомические особенности строения
Рецепторный аппарат, проводящие пути и центры слухового анализатора	-//-	-//-
Адекватный раздражитель и закономерности, свойственные слуховому анализатору	Знать, чтобы использовать при исследовании функции слухового анализатора	Назвать и показать на таблице
Функциональные отделы слухового анализатора	Знать, чтобы использовать при исследовании функции слухового анализатора	Назвать два отдела
Механизм звукопроведения	-//-	Перечислить анатомические образования, входящие в состав звукопроводящего аппарата
Теории слуха	-//-	Перечислить
Методы исследования слуха	Топическая диагностика поражений слухового анализатора	Назвать методы исследования, перечислить необходимый инструментарий и электроакустическую аппаратуру
Слуховой паспорт	Топическая диагностика поражений слухового анализатора	Начертить схему, усвоить методику выполнения камертональных проб
Тональная пороговая аудиометрия	Диагностика звукопроведения и звуковосприятия	Перечислить степени тугоухости, типы аудиограмм
Тимпанометрия	Диагностика звукопроведения	Перечислить типы тимпанограмм (А, В, С...), акустическая рефлексометрия (ипси-, контралатеральная)
Барофункция уха	Знать, чтобы использовать в диагностике и при профессиональном отборе	

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

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

После собеседования аспиранты, пользуясь консультацией преподавателя, знакомятся с набором камертонов и другой аппаратурой для исследования слуха, а также с акуметрической формулой. Затем преподаватель показывает на одном из студентов методику исследования слуха речью и камертонами с заполнением акуметрической формулы.

Таблица 3

Слуховой паспорт		
Правое ухо	Тесты	Левое ухо
	СШ	
	ШР	
	РР	
	С128	
	С2048	
	КС128	
	R (Ринне)	
	W (Вебер)	
	S (Швабах)	
	F (Федериче)	
	G (Желе)	

I тест – субъективный шум в ушах (СШ). Оценивается по трем степеням: при первой степени (+) ощущение шума выявляется лишь при активном опросе, при второй степени (+ +) жалобы на шум в ушах предъявляются наряду с другими жалобами, при третьей степени (+ + +) ощущение шума в ушах является ведущей жалобой больного.

II тест – шепотная речь (Ш).

Используют набор двузначных чисел и слов таблицы В. И. Воячека с преобладанием в них басовых и дискантовых фонем.

При исследовании слуха необходимо определить сторону и место поражения органа слуха. При рецепторной тугоухости иногда следует определить уровень поражения звукового анализатора. Для ознакомления с методикой аудиометрии преподаватель ведёт аспирантов в аудиометрический кабинет с сурдокамерой. Демонстрируется тональная пороговая и надпороговая аудиометрия. Результаты исследования заносятся на специальную карту - аудиограмму, с трактовкой аудиометрических данных. Далее преподаватель знакомит аспирантов со способами обследования уха (осмотр, пальпация), демонстрирует технику отоскопии, пользование пневматической воронкой Зигле, проводит продувание ушей по Политцеру и показывает, как проводить манометрию при исследовании проходимости слуховой трубы, тимпанометрию, аудиометрию.

Задание на дом: клиническая анатомия, физиология, методы исследования вестибулярного анализатора.

ЗАНЯТИЕ № 3

Тема: Вестибулярный анализатор

Актуальность. Вестибулярный анализатор относится к интерорецепторам, воспринимает сигналы о положении тела и головы в пространстве, изменении скорости и направлении движения. Знание клинической анатомии и физиологии вестибулярного анализатора позволит понять механизм возникновения вестибулярных нарушений (головокружение, тошнота, рвота, расстройство равновесия и др.), возникающих при его поражении. Изучение функционального состояния вестибулярного анализатора необходимо и для профессионального отбора, особенно для решения вопроса о годности к морской или летной службе, а также в условиях невесомости при космических полетах.

Цель: иметь представление о взаимоотношениях вестибулярного анализатора с другими системами организма, современной вестибулометрии;

знать клиническую анатомию и физиологию вестибулярного анализатора;

уметь выявить спонтанные вестибулярные нарушения, составить вестибулярный паспорт и сделать вывод о состоянии вестибулярной функции.

Место проведения занятия - тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии или в ЛОР-стационаре и вестибулологическая лаборатория.

Оснащение: Слайды, рисунки и муляжи внутреннего уха, статокINETических рецепторов, проводящих путей. Гистологические препараты ампулярного и статокониевого рецепторов; микроскопы. Вращающееся кресло Барани, шприц Жане или кружка Эсмарха для калорической пробы, водяной термометр, секундомер. Оборудование вестибулологической лаборатории. Муляжи, костные препараты, таблицы, наборы слайдов.

Таблица 4

ЗАДАНИЕ НА САМОПОДГОТОВКУ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
Отделы внутреннего уха, относящиеся к вестибулярному анализатору	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии	Назвать два отдела
Анатомия полукружных каналов и строение купулярного аппарата	-//-	Нарисовать и обозначить полукружные каналы и место расположения в них рецептора
Анатомия преддверия и строение отолитового аппарата	-//-	Назвать составные части перепончатого преддверия Нарисовать строение отолитового аппарата
Проводящие пути ядра и их анатомические и функциональные связи с центральной нервной системой		Назвать пять основных анатомических и функциональных связей вестибулярного анализатора
Адекватные раздражители вестибулярного анализатора и пороги их возбудимости	Знать, чтобы использовать при исследовании функции вестибулярного анализатора в клинике и при профессиональном отборе	Перечислить и записать в рабочую тетрадь величину порогов
Вестибулярные рефлексы	-//-	Назвать три группы
Механизм возникновения спонтанного нистагма и его характеристика	-//-	Перечислить пять параметров нистагма
8. Закономерности нистагма	-//-	Сформулировать три закона Эвальда и два «железных» закона В.И.Воячека

Нагрузочные вестибулярные пробы для исследования функции полукружных каналов	Знать, чтобы использовать при исследовании функции вестибулярного анализатора в клинике и при профессиональном отборе	Записать критерии оценки возбудимости полукружных каналов при калорической и вращательной пробах
Вестибулярный паспорт	Знать, чтобы использовать при исследовании функции вестибулярного анализатора в клинике и при профессиональном отборе	Начертить схему и усвоить методику выполнения тестов
Методы исследования функции преддверия	Знать, чтобы использовать при исследовании функции вестибулярного анализатора в клинике и при профессиональном отборе	Усвоить методику выполнения
Отолитовая проба и её оценка	Знать, чтобы использовать при исследовании функции вестибулярного анализатора в клинике и при профессиональном отборе	Описать методику. Перечислить степени отолитовой реакции по Воячеку В. И.

МЕТОДИКА.

Собеседование по заданной тематике - 20 минут.

Ознакомление с рисунками и аппаратурой для исследования статокINETической функции. Демонстрации преподавателем методики исследования статокINETической функции. Освоение аспирантами этих методик под пристальным наблюдением преподавателя. Посещение вестибулометрического кабинета.

Итоговое собеседование. Заключение. Задание.

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

После собеседования аспиранты, пользуясь консультацией преподавателя, аспиранты знакомятся с вестибулометрической формулой, с инструментами и аппаратурой для исследования

статоткинетической функции, а также с рисунками по трактовке механизма возникновения статокинетических реакций.

Затем преподаватель демонстрирует на 2 - 3-х пациентах методику различных способов исследования статокинетической функции с заполнением вестибулометрической формулы.

Таблица 5

Схема исследования вестибулярной функции

Правая сторона	Тесты	Левая сторона
	СО (Субъективные ощущения)	
	Поза Ромберга	
	Походка	
	Нистагм спонтанный	
	Нистагм калорический (t воды, °С)	
	Нистагм поствращательный (10 оборотов за 20 с)	
	Нистагм прессорный	

Вывод

I тест – субъективные ощущения (жалобы). Характер головокружения (ощущения вращения окружающих предметов, мелькание «мушек» перед глазами и др.), характер и степень нарушения походки; усиление головокружения и изменение направления падения при перемене положения головы; наличие тошноты и рвоты во время головокружения.

II тест – поза Ромберга. Исследуемый стоит, носки и пятки сдвинуты вместе, руки вытянуты на уровне груди, пальцы рук раздвинуты, глаза закрыты (исследователю нужно быть готовым к тому, что больной при выполнении этой пробы может упасть).

При нарушении функции лабиринта больной будет падать в сторону, противоположную имеющемуся спонтанному нистагму. Для нарушения функции лабиринта характерно изменение направления падения при перемене положения головы. При заболевании мозжечка перемена положения головы не влияет на направление падения, больной надает только в сторону поражения.

/// *тест* — походка:

1) ходьба по прямой — обследуемый пациент проходит пять шагов вперед по прямой линии с закрытыми глазами и пять шагов назад;

2) фланговая ходьба — больной отставляет вправо правую ногу, левую — приставляет, так делает пять шагов. Затем аналогично выполняет фланговую ходьбу в левую сторону.

При нарушении функции лабиринта фланговая походка выполняется в обе стороны. При поражении мозжечка больной не может выполнить фланговую походку в больную сторону.

IV *тест* — выявление спонтанного нистагма:

1) обследующий садится напротив пациента;

2) устанавливает свой указательный палец справа (или слева) на расстоянии 60—70 см от глаз пациента под углом 45° и просит его смотреть на палец. Если спонтанный нистагм есть, определяют его характеристики (плоскость, направление, сила, амплитуда, быстрота). Сила оценивается по 3 степеням. Если нистагм отмечается только при взгляде в сторону быстрого компонента нистагма, а при взгляде прямо его нет, но это будет нистагм I степени. Если же имеется нистагм при взгляде в сторону быстрого компонента и при взгляде прямо — это нистагм II степени. Если нистагм выявляется при взгляде в сторону быстрого компонента, прямо и при взгляде в сторону медленного компонента — это нистагм III степени. Пример характеристики нистагма: спонтанный, горизонтальный нистагм вправо (или влево), II степени, мелкокоразмашистый, живой.

V *тест* — калорическая проба.

Перед исследованием необходимо выяснить, не было ли у испытуемого заболевания

среднего уха, провести отоскопию. При отсутствии перфорации барабанной перепонки можно приступить к калорической пробе:

- 1) врач набирает в шприц Жане 100 мл холодной воды температурой 18°—20°С;
- 2) испытуемый сидит с отклоненной головой назад на 60° и фиксирует взгляд на указательном пальце исследователя, установленном слева (или справа) на расстоянии 60—70 см от глаз испытуемого;
- 3) по задневерхней стенке наружного слухового прохода вливается вода до появления нистагма. При вливании холодной воды - нистагм направлен в противоположную раздражаемому уху сторону.

Калорическая проба с горячей водой ($t = 45^{\circ}\text{C}$) производится аналогично. При вливании горячей воды нистагм направлен в сторону раздражаемого уха. Врач определяет нистагм по плоскости, направлению, силе, амплитуде, быстроте.

Возбудимость лабиринта оценивается по количеству воды, влитой в ухо до появления нистагма. При нормальной возбудимости лабиринта количество воды равно 50—100 мл.

VI тест — вращательная проба:

1) испытуемого усадить на вращающееся кресло (кресло Барани) так, чтобы спина плотно упиралась в спинку кресла, ноги находились на подставке, руки — на подлокотниках, глаза должны быть закрыты, голова на 30° вниз;

2) вращение производится равномерно — 10 оборотов вправо или влево за 20 с, после чего кресло резко останавливается;

3) испытуемый открывает глаза и фиксирует взгляд на пальце врача, который держит его слева или справа на расстоянии 60—70 см от глаз испытуемого под углом в 45°.

Врач определяет нистагм по направлению, плоскости, силе, амплитуде, быстроте.

Возбудимость лабиринта оценивается по продолжительности нистагма. При нормальной возбудимости лабиринта поствращательный нистагм длится 20—30 с. Через 10 мин проводится аналогичное вращение в другую сторону.

VII тест — пневматическая проба:

1) испытуемый садится напротив врача и фиксирует взгляд на середине его лба;

2) врач указательным пальцем надавливает на козелок испытуемого справа (или слева) или сдувает воздух в наружном слуховом проходе с помощью баллона. Прессорный нистагм выявляется при наличии фистулы в латеральном полукружном канале.

При сдувании воздуха в наружном слуховом проходе (компрессии) нистагм направлен в сторону раздражаемого уха, при разрежении воздуха (декомпрессии) — в противоположную сторону.

Полученные при выполнении тестов данные заносятся в вестибулярный паспорт и оцениваются, после чего делается вывод о возбудимости вестибулярного аппарата (полукружных каналов). Далее студент должен усвоить методику выполнения отолитовой пробы и ее оценку:

1) испытуемый садится в кресло Барани, закрывает глаза и наклоняет голову вместе с туловищем на 90°;

2) производится вращение вправо (или влево) — 5 оборотов за 10 с и кресло резко останавливается;

3) через 5 с после вращения испытуемому предлагается открыть глаза и выпрямиться.

По отклонению головы и туловища в сторону вращения и вегетативной реакции оценивают состояние функции отолитового аппарата (4 степени отолитовой реакции по В. И. Воячку).

Таблица 6

ОР (по В. И. Воячку)

Соматическая реакция		Вегетативная реакция
— отсутствие реакции	0	— отсутствие вегетативных расстройств
— незначительное отклонение туловища	1	— субъективные ощущения (головокружение, тошнота)
— значительное отклонение туловища	2	— побледнение или покраснение лица, изменение сердечной и дыхательной деятельности
— падение (исследуемый не может удержаться в кресле)	3	— изменение сердечной и дыхательной деятельности, тошнота и рвота

Результат записывается в виде дроби: в числителе — степень выраженности соматических рефлексов, в знаменателе — вегетативных.

Учитывая, что в современной скоростной авиации и морском флоте резко возрастает нагрузка на вестибулярный аппарат и особенно его отолитовый отдел, однократное исследование при помощи отолитовой реакции оказывается недостаточным. Необходимо определять чувствительность его к кумуляции раздражений, для чего используется укачивание на четырехштанговых качелях. Исследуемый сидит с закрытыми глазами, качание производится в течение 15 мин. Оценка этого метода проводится с учетом быстроты появления вегетативного симптомокомплекса (тошнота, рвота, бледность, холодный пот и т. д.).

Таблица 7

Оценка кумулятивного способа исследования чувствительности отолитового аппарата на четырехштанговых качелях

Степень кумуляции	Вегетативные рефлексы
0-15-минутное качание	Отсутствие вегетативных рефлексов
1-через 11-15 мин качания	Тошнота и рвота
2-через 6-10 мин качания	Тошнота и рвота
3-в первые 5 мин качания	Рвота

Далее для освоения методик исследования статокINETической функции преподаватель вызывает трёх аспирантов, один из которых проводит исследование второго студента, а третий записывает полученные результаты в вестибулометрическую формулу. По ходу исследования преподаватель задаёт вопросы любому студенту группы. После этого 2 аспиранта исследуют статокINETическую функцию больного из стационара и дают трактовку полученных данных.

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

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

Необходимо определить не только наличие и направление нистагма, но также его плоскость и степень. Преподаватель знакомит аспирантов с нистагмографом и особенностями, которые уточняются способом нистагмографии (амплитуда, частота).

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

Некоторое преимущество имеет калорическая проба, которую следует проводить с применением холодной и лишь в особых случаях тёплой воды при различном положении головы. При этом лучше применять способы минимальных раздражений (10 мл. воды 27° вливать за 10 сек.) и определять не только длительность нистагма, но и латентный период. Может быть применено и массивное промывание (60 мл. воды).

При наличии перфорации барабанной перепонки или у больных хроническим гнойным средним отитом надо проверить ещё прессорную пробу. Сначала применяют щадящий способ путем порывистого надавливания на козелок с таким расчётом, чтобы закрыть козелком слуховой проход и повысить давление как в нём, так и через дефект барабанной перепонки - в среднем ухе. При отрицательном эффекте преподаватель демонстрирует пневматическую пробу баллоном, сначала сгущая воздух в слуховом проходе, а по мере надобности и разряжая. Анализируя данные вестибулометрического паспорта, делают вывод о возбудимости анализатора (повышенная, нормальная, пониженная).

Для решения вопроса о годности к лётной или морской службе определяют у обследуемых также отолитовую реакцию (ОР) или, как ещё называют, "двойной опыт с вращением", так как в этом опыте путём вращения проверяется возбудимость двух рецепторов (ампулярного и статокониевого) и функциональная связь между ними. С учётом полученных соматических и вегетативных реакций даётся заключение по четырём бальной системе (О, I, II, III степени) о годности или негодности обследуемого к несению лётной или морской службы или рекомендуются ему тренировки для снижения возбудимости статокINETического анализатора.

Учебные пособия: муляжи, рисунки, шприц Жанне, лотки, горячая вода секундомер, водный термометр, кресло Барани, видеомагнитофон, телевизор.

ЗАНЯТИЕ №4

Тема: Острое гнойное воспаление среднего уха. Мастоидит. Антротомия.

Актуальность. Острые воспалительные заболевания уха встречаются у лиц различного возраста, значительно распространены и могут быть причиной тугоухости и ряда тяжелых осложнений. Врач любой специальности в своей повседневной работе встречается с патологией уха, в связи, с чем необходимо знать симптомы наружных и средних отитов, тактику и принципы лечения больных с этой патологией.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление о причинах, вызывающих заболевания наружного и среднего уха, путях проникновения инфекции, методах хирургического лечения;

знать основные клинические симптомы заболеваний наружного и среднего уха, их осложнения, особенности течения острого гнойного среднего отита при инфекционных заболеваниях и в детском возрасте, принципы консервативного лечения, показания к парацентезу и антротомии;

уметь выполнить отоскопию, оценить данные рентгенографии в укладке по Шюллеру, провести дифференциальную диагностику заболеваний наружного и среднего уха, своевременно выявить осложнения (прежде всего — мастоидит), выбрать рациональную лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. Тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии, ЛОР-клиника или ЛОР-стационар.

Оснащение. Лобный рефлектор, смотровые инструменты и набор камертонов, шприц Жане, рисунки наружного и среднего уха, барабанной перепонки в норме и при средних отитах. Таблица

отостоксических препаратов, муляжи или костные препараты с выполненной антротомией. Аттиковый зонд Воячека: аттиковая канюля, увеличительное стекло в 9х; баллон Политцера с оливой; ушные манометры; секундомер; ушной пинцет, игла для парацентеза; полипная ушная петля; ушной гранулотом; порошокдуватель, набор инструментов для антротомии. Костные препараты, таблицы, рентгенограммы и слайды. Рентгенограммы и томограммы височных костей в норме и при средних отитах, растворы фурацилина, лидокаина (по требованию). Больные.

Таблица 8

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Наружный отит: 1) причины и предрасполагающие факторы:	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить правильный диагноз и назначить адекватную терапию	Указать две клинические формы воспаления наружного слухового прохода и перечислить дополнительные методы обследования больного
2) клинические проявления		Назвать симптомы
3) лечение		Перечислить физические методы воздействия. Выписать рецепт мази для лечения фурункула уха
2. Отомикоз	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить правильный диагноз и назначить адекватную терапию	Назвать основные симптомы и наиболее частую локализацию процесса
3. Серная пробка	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить правильный диагноз и назначить адекватную терапию	Назвать метод удаления и выписать рецепт ушных капель для размягчения серной пробки
4. Острый гнойный средний отит: 1) пути распространения инфекции	То же	Перечислить
2) стадии течения		Описать отоскопическую картину при II стадии
3) клинические симптомы I, II, III стадии		Перечислить. Определить характер тугоухости и внести в слуховой паспорт соответствующие данные

4) особенности течения в детском возрасте		Перечислить анатомические особенности строения височной кости, определяющие частоту возникновения и клинические проявления у детей грудного возраста. Указать, что в поведении ребенка грудного возраста позволит врачу подозревать воспаление среднего уха
5) особенности течения при инфекционных заболеваниях		Назвать заболевания и нарисовать отоскопическую картину при остром воспалении среднего уха гриппозной этиологии
5. Мастоидит, антрит	Иметь представление для установления диагноза и выбора лечебной тактики	Перечислить симптомы и методы диагностики
6. Хирургическое лечение (антротомия)	Иметь представление о методике операции	Перечислить показания

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

Каждая подгруппа в количестве 2 - 3-х аспирантов обследует одного больного. Аспиранты знакомятся с жалобами, собирают анамнез, исследуют ЛОР - органы, производят нужный туалет в слуховом проходе и после осмотра уха зарисовывают отоскопическую картину. Преподаватель осматривает больных и даёт указания в отношении необходимых дополнений и уточнении данных исследования или повторного осмотра. После проверки преподаватель разбирает больных со всей группой. Разбор строится таким образом, чтобы аспиранты принимали в нём активное участие. Путём опроса преподаватель выявляет подготовленность к занятиям.

При разборе больного следует указать, что не всегда они имеют односторонний характер, что кроме выраженного болевого симптома, могут наблюдаться жалобы на чувство давления, заложенности уха. Необходимо отметить назначение для диагноза почти одновременного появления болей и понижения слуха (в отличие от фурункула слухового прохода или от иррадиирующих болей). Необходимо остановиться на значении симптома пульсирующего шума для выявления, начинающегося мастоидита.

При сборе анамнеза и разборе полученных данных обращается особое внимание на предшествовавшие или сопутствующие отиту общие инфекционные заболевания; при этом подчёркивается роль общих заболеваний.

Отметив большое диагностическое значение жалоб больного, следует подчеркнуть, что несомненные данные для диагноза даёт только отоскопическая картина. Перед разбором последней надо остановиться и на некоторых наружных признаках отита и мастоидита, указав на значение таких симптомов, как болезненность при надавливании на козелок, припухлость за ухом и т. д. Попутно нужно коснуться дифференциальной диагностики между наружным и средним отитом и мастоидитом.

При катаральном отите необходимо отметить форму светового конуса или его отсутствие втянутость барабанной перепонки. Подвижность её при исследовании воронкой Зигле и продувании. Обязательно проведение ушной манометрии с определением проходимости слуховых труб. Далее исследуют слуховую и статокINETическую функции. После подтверждения диагноза преподавателем студенты намечают план лечебных мероприятий.

Методы лечения необходимо рассматривать по стадиям заболевания, обращая внимание на большое значение общих методов лечения (покой, диета, седативные препараты, сульфамиды, антибиотики) и местного лечения теплом (компрессы, соллюкс) или холодом, туалета наружного уха, продувание ушей, и т.д. Парацентез, показания и техника. При наличии соответствующих боль-

ных продемонстрировать парацентез, указать на эффективность дренирования гнойного очага в ухе и применяемые средства для улучшения оттока гноя (расширение разреза, снятая гранулём, сосочков и т.д.), в частности остановиться на необходимости тщательного ухода за наружным ухом, особенно у - детей, для предупреждения заболеваний наружного слухового прохода, которые могут затруднить дренаж среднего уха. С этой точки зрения нужно рассмотреть целесообразность назначения различных ушных капель.

ЗАНЯТИЕ №5

Тема: Хроническое гнойное воспаление среднего уха. Радикальная операции уха. Тимпаноластика.

Актуальность. Частота распространенности хронического гнойного воспаления среднего уха, обострения, ведущие к временной, а иногда и стойкой потере трудоспособности, развитие тугоухости и тяжелых жизненно опасных осложнений — определяют социальную значимость этого заболевания. Врач любой специальности должен знать симптоматику хронического гнойного среднего отита и его осложнений, чтобы вовремя предотвратить их развитие, а при возникновении — своевременно направить больного в ЛОР-стационар для оказания экстренной помощи. Отогенные внутричерепные осложнения относятся к тяжелым, жизненно опасным заболеваниям, летальность при которых в структуре оториноларингологической заболеваемости занимает первое место. Они могут возникать в результате проникновения инфекции из уха в полость черепа и составляют в среднем 2—3% от общего числа больных с гнойными заболеваниями среднего уха, значительно чаще — при хроническом гнойном эпитимпаните. Исход заболевания зависит от своевременного распознавания симптомов начинающегося осложнения и правильной ориентации в лечебной тактике, в связи, с чем знание этого материала является проверкой зрелости мышления студента и имеет важное значение в практической деятельности. Выраженная тугоухость, затрудняющая общение людей, в 91% наблюдений обусловлена негнойными заболеваниями уха. Потеря слуха, нередко сопровождающаяся мучительным шумом в ушах, отражается на трудоспособности человека, его моральном состоянии. Ребенок, рано потерявший слух, обычно не может научиться говорить и вырастает глухонемым. Не менее тягостны и вестибулярные расстройства, которые приводят к длительной потере трудоспособности и даже инвалидности. Все это и определяет социальную значимость проблемы негнойных заболеваний уха.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление о причинах, приводящих к хроническому течению среднего отита, холестеатоме, методах хирургического лечения; о путях проникновения инфекции из среднего и внутреннего уха в полость черепа и этапах ее распространения, методах хирургического лечения;

иметь представление об этиологии и патогенезе негнойных заболеваний уха, методах хирургического лечения; основные клинические симптомы отогенных внутричерепных осложнений (менингита, абсцесса мозга и мозжечка) и отогенного сепсиса, принципы их лечения и профилактики;

знать основные симптомы и клинические формы хронического гнойного среднего отита, его осложнения, принципы консервативного лечения и показания к хирургическому вмешательству, профилактику, диспансеризацию; основные клинические симптомы катара среднего уха, сенсоневральной тугоухости, отосклероза, болезни Меньера, принципы их лечения;

уметь выполнить отоскопию, оценить данные рентгенографии в укладке по Шюллеру и Майеру, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику клинических форм хронического гнойного среднего отита, своевременно распознать симптомы осложнения и выбрать рациональную лечебную тактику.

производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции; выполнить отоскопию, описать данные рентгенографии в укладке по Стенверсу, исследовать слуховую и вестибулярную функции и оценить их состояние, выбрать адекватную лечебную тактику, оказать помощь во время приступа болезни Меньера.

Обснащение. Лобный рефлектор, смотровые инструменты, набор камертонов, ушной зонд, ушной пинцет, канюля для промывания аттика, ушная петля, наборы инструментов для радикальной операции уха и тимпаноластики. Костные препараты, таблицы, рентгенограммы и слайды.

Место проведения занятия. Тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии, ЛОР - клиника, ЛОР - стационар.

Таблица 9

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Мезотимпанит: 1) локализация воспалительного процесса, характер перфорации барабанной перепонки и отделяемого из уха 2) клинические проявления	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Нарисовать отоскопическую картину и обозначить локализацию перфорации Перечислить и назвать тип нарушения слуховой функции
2. Эпитимпанит: 1) локализация воспалительного процесса, характер перфорации барабанной перепонки и отделяемого из уха 2) клинические проявления 3) Холестеатома. 4).Консервативное лечение хронического гнойного среднего отита Хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита: 5) Радикальная операция тимпаноластика	То же Иметь представление для диагностики Знать, чтобы использовать в практической деятельности Иметь представление о технике операций	Нарисовать отоскопическую картину и обозначить локализацию перфорации Внести в слуховой паспорт данные, характерные для левостороннего хронического гнойного среднего отита Перечислить методы диагностики Назвать принципы и этапы Перечислить показания и назвать типы
3. Лабиринтит	То же	Назвать формы и принципы лечения
4. Пути проникновения инфекции из уха в полость черепа и этапы ее распространения	Иметь представление для профилактики осложнений	Перечислить и записать в рабочую тетрадь
5. Отогенный разлитой гнойный менингит	Знать, чтобы использовать в диагностике и выбрать адекватную лечебную тактику	Назвать симптомы. Перечислить заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
6. Стадии течения абсцесса мозга и мозжечка		Перечислить и записать в рабочую тетрадь
7. Абсцесс мозга		Перечислить четыре группы основных клинических симптомов. Записать в рабочую тетрадь план обследования

8. Абсцесс мозжечка		Назвать клинические симптомы и указать заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
9. Отогенный сепсис		Назвать две его формы и перечислить общие и очаговые симптомы. Записать в рабочую тетрадь заболевания, с которыми проводится дифференциальный
10. Принципы лечения отогенных осложнений	Назвать комплекс лечебных мероприятий, указав их последовательность	Знать, чтобы использовать в практической работе
11. Катар среднего уха	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Назвать симптомы, Описать отоскопическую картину. Определить тип тугоухости. Перечислить комплекс лечебных мероприятий
12. Сенсоневральная тугоухость		Составить слуховой паспорт больного сенсоневральной тугоухостью. Перечислить комплекс лечебных мероприятий
13. Отосклероз		Назвать основные симптомы. Указать тип тугоухости в начальной стадии заболевания, назвать и оценить камертональный тест, подтверждающий диагноз. Определить лечебную тактику
14. Болезнь Меньера	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Назвать и записать в рабочую тетрадь триаду симптомов. Перечислить комплекс лечебных мероприятий, применяемых во время приступа заболевания. Назвать три вида хирургических

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

Клинические симптомы хронического гнойного среднего отита:

- 1) оторея — длительное (6 и более нед) гноетечение из уха, которое может быть постоянным или периодически возобновляющимся;
- 2) стойкая перфорация барабанной перепонки (нередко с оmozолелыми краями);
- 3) понижение слуха.

Другие симптомы (ощущение шума в ухе, головокружение, нарушение равновесия, головная боль) являются непостоянными и во многом зависят от формы и особенностей течения заболевания.

Хронический гнойный средний отит делится на две основные клинические формы — мезотимпанит и эпитимпанит. Обе формы следует рассматривать в зависимости от патоморфологических изменений, клинической картины и тяжести заболевания.

Таблица 10

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Диагностические признаки	Клиническая форма	
	Хронический гнойный мезотимпанит	Хронический гнойный эпитимпанит
Локализация процесса в барабанной полости	Средний и нижний отделы	Все отделы с преимущественной локализацией в верхнем отделе – аттике
Глубина распространения процесса	Слизистая оболочка	Слизистая оболочка и костные структуры
Жалобы больного	Гноетечение из уха, понижение слуха, наличие субъективного ушного шума	Гноетечение из уха, понижение слуха, может быть ощущение шума в ухе. Нередко головная боль, головокружение
Характер отделяемого	Слизистое или слизисто-гнойное без запаха	Гнойное с запахом
Тип перфорации	Ободковая (центральная)	Краевая
Патологическое содержимое в барабанной полости	Гной, грануляции, полипы	Гной, грануляции, полипы, холестеатома
Характер тугоухости	Басовая	Смешанная, с преобладанием басовой
Рентгенография височных костей	Склерозирование	Склерозирование, участки разрежения и деструкции в аттикоантральной области

При разборе больных следует обратить внимание на необходимость четкого анализа жалоб и анамнестических данных, позволяющих в известной мере, выявить причину длительности воспалительного процесса в ухе, его характер и динамику. При этом учёту; подлежат частота обострений, наличие лабиринтных атак, головных болей и других проявлений, характеризующих динамику течения отита и позволяющих нередко правильно решить диагностическую задачу.

При осмотре уха необходимо обратить внимание на большое дифференциально-диагностическое значение количества и характера (цвет, запах, консистенция) гнойного отделяемого.

В случаях эпитимпанита демонстрируется зондирование надбарабанного пространства (определение величины хода и наличия кариозно изменённых участков костной ткани) и его промывание при помощи канюли.

Аспирантами осматривается барабанная полость после введения в аттик зонда, после чего ими самостоятельно проводится эта манипуляция. После промывания аттика изучается характер

промывной жидкости (наличие плёнок, чешуек, эпидермиса на поверхности жидкости, её мутность, наличие в ней густого гноя, тяжёлой слизи, крошковидного гноя).

При этом отмечается большое диагностическое значение такого изучения жидкости.

Преподаватель проверяет умение аспирантов пользоваться камертонами и речью (шепотной или разговорной) для определения состояния слуха, а также правильность произведенного выключения здорового уха. Если рентгенологическое исследование височных костей больного уже производилось, то студентам демонстрируются эти рентгенограммы.

Демонстрация рентгенограмм из учебного набора с различными картинами костных изменений. После этого производится разбор больного с учётом всех данных, полученных при его обследовании в целях уточнения диагноза (мезо или эпи тимпанит, осложнённый или не осложнённый).

Остановившись на характеристике разбираемого поражения уха при эпитимпанитах необходимо активно наблюдать за больным, диспансеризации или госпитализации его.

Особое внимание уделяется возможности развития внутричерепного осложнения.

ЗАНЯТИЕ №6

Тема: Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис.

Актуальность. Отогенные внутричерепные осложнения относятся к тяжёлым, жизненно опасным заболеваниям, летальность при которых в структуре оториноларингологической заболеваемости занимает первое место. Они могут возникать в результате проникновения инфекции из уха в полость черепа и составляют в среднем 2—3% от общего числа больных с гнойными заболеваниями среднего уха, значительно чаще — при отогенных внутричерепных заболеваниях. Исход заболевания зависит от своевременного распознавания симптомов начинающегося осложнения и правильной ориентации в лечебной тактике, в связи с чем знание этого материала является проверкой зрелости мышления аспиранта и имеет важное значение в практической деятельности

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление о причинах, приводящих к проникновению инфекции из среднего и внутреннего уха в полость черепа и этапах ее распространения, методах хирургического лечения;

иметь представление об этиологии и патогенезе, основных клинических симптомах отогенных внутричерепных осложнений (менингита, абсцесса мозга и мозжечка) и отогенного сепсиса, принципы их лечения и профилактики;

знать основные симптомы и клинические формы отогенных внутричерепных осложнений (менингита, абсцесса мозга и мозжечка) и отогенного сепсиса, принципы их лечения и профилактики;

уметь выполнить отоскопию, оценить данные рентгенографии в укладке по Шюллеру и Майеру, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику клинических форм хронического гнойного среднего отита, своевременно распознать симптомы осложнения и выбрать рациональную лечебную тактику.

производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции; выполнить отоскопию, описать данные рентгенографии в укладке по Стенверсу, исследовать слуховую и вестибулярную функции и оценить их состояние, выбрать адекватную лечебную тактику, оказать помощь во время приступа болезни Меньера.

Оснащение. Лобный рефлектор, смотровые инструменты, набор камертонов, ушной зонд, ушной пинцет, канюля для промывания аттика, ушная петля, наборы инструментов для радикальной операции уха и тимпанопластики. Костные препараты, таблицы, рентгенограммы и слайды.

Место проведения занятия. Тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии, ЛОР - клиника, ЛОР - стационар.

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Пути проникновения инфекции из уха в полость черепа и этапы ее распространения	Иметь представление для профилактики осложнений	Перечислить и записать в рабочую тетрадь
2. Отогенный разлитой гнойный менингит	Знать, чтобы использовать в диагностике и выбрать адекватную лечебную тактику	Назвать симптомы. Перечислить заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
3. Стадии течения абсцесса мозга и мозжечка		Перечислить и записать в рабочую тетрадь
4. Абсцесс мозга		Перечислить четыре группы основных клинических симптомов. Записать в рабочую тетрадь план обследования
5. Абсцесс мозжечка		Назвать клинические симптомы и указать заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
6. Отогенный сепсис		Назвать две его формы и перечислить общие и очаговые симптомы.
7. Принципы лечения отогенных осложнений	Назвать комплекс лечебных мероприятий, указав их	Знать, чтобы использовать в практической работе

При разборе больных следует обратить внимание на необходимость четкого анализа жалоб и анамнестических данных, позволяющих в известной мере, выявить причину длительности воспалительного процесса в ухе, его характер и динамику. При этом учёту; подлежат частота обострений, наличие лабиринтных атак, головных болей и других проявлений, характеризующих динамику течения отита и позволяющих нередко правильно решить диагностическую задачу.

При осмотре уха необходимо обратить внимание на большое дифференциально-диагностическое значение количества и характера (цвет, запах, консистенция) гнойного отделяемого.

Демонстрация рентгенограмм из учебного набора с различными картинами костных изменений. После этого производится разбор больного с учётом всех данных, полученных при его обследовании в целях уточнения.

Остановившись на характеристике разбираемого поражения уха при отогенных внутричерепных осложнениях необходимо активно наблюдать за больным, диспансеризации или госпитализации его.

Особое внимание уделяется возможности развития внутричерепного осложнения.

ЗАНЯТИЕ №7

Тема: Негнойные заболевания уха: катар среднего уха и сенсоневральная тугоухость.

Актуальность. Частота распространенности негнойных заболеваний уха: катар среднего уха и сенсоневральная тугоухость определяет социальную значимость этих заболеваний.

Выраженная тугоухость, затрудняющая общение людей, в 91% наблюдений обусловлена негнойными заболеваниями уха. Потеря слуха, нередко сопровождающаяся мучительным шумом в ушах, отражается на трудоспособности человека, его моральном состоянии. Ребенок, рано потерявший слух, обычно не может научиться говорить и вырастает глухонемым. Не менее тягостны и вестибулярные расстройства, которые приводят к длительной потере трудоспособности и даже инвалидности. Все это и определяет социальную значимость проблемы негнойных заболеваний уха.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление о причинах, приводящих к возникновению негнойных заболеваний уха;

иметь представление об этиологии и патогенезе негнойных заболеваний уха, методах хирургического лечения; основные клинические симптомы негнойных заболеваний уха, принципы их лечения и профилактики;

знать основные симптомы и клинические формы, показания к хирургическому вмешательству, профилактику, диспансеризацию при негнойных заболеваниях уха: катара среднего уха, сенсоневральной тугоухости, принципы их лечения;

уметь выполнить отоскопию, оценить данные рентгенографии в укладке по Шюллеру и Майеру, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику клинических форм хронического гнойного среднего отита, своевременно распознать симптомы осложнения и выбрать рациональную лечебную тактику.

производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции; выполнить отоскопию, описать данные рентгенографии в укладке по Стенверсу, исследовать слуховую и вестибулярную функции и оценить их состояние, выбрать адекватную лечебную тактику, оказать помощь во время приступа болезни Меньера.

Оснащение. Лобный рефлектор, смотровые инструменты, набор камертонов, ушной зонд, ушной пинцет, канюля для промывания аттика, ушная петля, наборы инструментов для радикальной операции уха и тимпаноластики. Костные препараты, таблицы, рентгенограммы и слайды.

Место проведения занятия. Тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии, ЛОР - клиника, ЛОР - стационар.

Таблица 12

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Катар среднего уха	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Назвать симптомы, Описать отоскопическую картину. Определить тип тугоухости. Перечислить комплекс

2. Сенсоневральная тугоухость		Составить слуховой паспорт больного сенсоневральной тугоухостью. Перечислить комплекс лечебных мероприятий
-------------------------------	--	--

Преподаватель проверяет умение аспирантов пользоваться камертонами и речью (шепотной или разговорной) для определения состояния слуха, а также правильность произведенного выключения здорового уха. Если рентгенологическое исследование височных костей больного уже производилось, то аспирантам демонстрируются эти рентгенограммы.

Демонстрация КТ, МРТ, рентгенограмм из учебного набора с различными картинками костных изменений. После этого производится разбор больного с учётом всех данных, полученных при его обследовании в целях уточнения диагноза.

Диагностика

1. Сбор анамнеза
2. Отоскопия
3. Акуметрия (исследование слуха шепотной и разговорной речью, проведение камертональных проб Вебера и Ринне).
4. Аудиометрическое исследование:
 - а. Тональная пороговая аудиометрия с оценкой воздушного и костного звукопроведения в стандартном диапазоне частот.
 - б. Надпороговые тесты (SISI, Люшера).
5. Импедансометрия (тимпанометрия и акустическая рефлексометрия).
6. Речевая аудиометрия в тишине (оценка речевой разборчивости при комфортном уровне громкости) и на фоне помехи.
7. Магнитно-резонансная томография, в том числе с контрастированием, области внутренних слуховых проходов, мосто-мозжечковых углов, задней черепной ямки – при асимметрии слуха.
8. Общеклинические исследования (консультация терапевта, невролога, клинический и биохимический анализы крови) – при внезапной и острой СНТ.
9. Электрокохлеография – при подозрении на эндолимфатический гидропс.
10. Регистрация вызванной отоакустической эмиссии – для решения вопросов экспертизы тугоухости и глухоты.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Клиническая картина и классификация.

Характерными признаками острой сенсоневральной тугоухости является:

- внезапное одно или двустороннее понижение слуха (ухудшение разборчивости речи и восприятия звуков высокой частоты) вплоть до глухоты;

- в некоторых случаях (острая травма, нарушение кровотока в лабиринтной артерии, токсическое воздействие на структуры лабиринта) снижение слуха может сопровождаться субъективным шумом различной высоты в ухе, иногда острой вестибулярной и вегетативной дисфункцией в виде атаксии, головокружения, тошноты, потливости, тахикардии, изменения уровня артериального давления, появления спонтанного нистагма.

Среди жалоб больных па первом месте стоит нарушение слуха, в сочетании с шумом в ухе, чаще всего постоянного, преимущественно смешанной тональности.

В зависимости от возникновения, течения и степени выраженности клинических признаков заболевания, выделяют:

- По возникновению: внезапная, острая, подострая, хроническая
- По течению: обратимая, стабильная, прогрессирующая
- По степени выраженности поражения слуха в зоне от 0,5 до 4 кГц (см. – международную классификацию тугоухости)

Диагноз на догоспитальном этапе устанавливают на основании:

1. Жалоб и клинической картины – внезапное (острое) снижение слуха на одно или оба уха, в сочетании или без субъективного шума в ушах и вегетативного симптомокомплекса.

1. Анамнеза заболевания – наличие коморбидных форм заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, прием ототоксических лекарственных средств, травма головы и шейного отдела позвоночника, чрезмерное акустическое воздействие на орган слуха.

Рекомендуемые вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

- ✓ Как себя чувствуете?
- ✓ Какая температура тела?
- ✓ Присутствует понижение слуха или нет, если да, на какое ухо?
- ✓ Когда и как возникло ухудшение слуха?
- ✓ Была ли динамика изменения (ухудшение, улучшение) слуха?
- ✓ С чем связано снижение слуха?
- ✓ Был ли снижен слух ранее?
- ✓ Есть ли шум в ушах или одном ухе?
- ✓ Сопровождалось ли снижение слуха головокружением?
- ✓ Какой характер головокружения: может ли пациент указать в какую сторону направлено головокружение или все кружится хаотично, без четкого направления?
- ✓ Имеются ли вегетативные нарушения (тошнота, рвота, диарея, потливость)?
- ✓ Если была рвота, стало ли головокружение и шум в ушах меньше?
- ✓ Отмечал ранее эпизоды системного головокружения?
- ✓ Был ли установлен диагноз болезни (синдрома) Меньера?
- ✓ Не страдает ли пациент отитом?
- ✓ Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- ✓ Какие значения артериального давления?
- ✓ Страдает ли пациент гипертонической, ишемической, цереброваскулярной болезнью?
- ✓ Не предшествовали снижению слуха травма головы и шейного отдела позвоночника?
- ✓ Не подвергался ли пациент интенсивному звуковому воздействию?
- ✓ Не связано ли внезапное ухудшение слуха с плаванием, приемом ванны?
- ✓ Нет ли слабости в конечностях, асимметрии лица, нарушения чувствительности, произвольных движений, зрения?
- ✓ Было ли лечение у стоматолога или зубное протезирование?

Инструментальные и др. исследования на догоспитальном этапе .

-Электрокардиография

- Глюкометрия

-Определение остроты слуха разговорной речью

- Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов (для специализированных бригад)

При **дифференциальной диагностике** необходимо иметь в виду другие формы заболеваний, проявляющиеся снижением слуха – лабиринтопатии (следствие хронического гнойного воспаления среднего уха, произведенной радикальной операции среднего уха, перенесенного лабиринта), поражения внутреннего уха вследствие инфекционного заболевания, интоксикации, невриномы VIII нерва, нарушения мозгового кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне, рассеянный склероз, объемные процессы головного мозга, черепно-мозговая и спинальная травма, серная пробка, сахарный диабет, гипотиреоз, хроническая почечная недостаточность и др.

Диагноз острой сенсоневральной тугоухости на догоспитальном этапе носит предположительный характер. Учитывая особую социальную значимость функции слуха для индивида установление этого диагноза, даже в предположительной форме, диктует особую тактику – экстренную цитопротекцию нейроэпителиальных структур внутреннего уха и центральных отделов слухового анализатора в головном мозге, срочную медицинскую эвакуацию в многопрофильный стационар (имеющий ЛОР-

отделение) для дифференциальной диагностики, назначения или коррекции терапии.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Диагноз на госпитальном этапе устанавливают на основании:

1. Жалоб и клинической картины (соответствует диагностике на догоспитальном этапе).
1. Анамнеза заболевания (соответствует диагностике на догоспитальном этапе).

Оказание экстренной медицинской помощи в СтОСМП осуществляется при участии оториноларинголога и/или невролога. Проводится пороговая тональная аудиометрия, которая позволяет определить параллельность кривых костной и воздушной проводимости. Тугоухость может носить различный характер. Типичным для периферического уровня поражения (кохлеарной тугоухости) является нисходящий тип аудиограммы при отсутствии костно-воздушного разрыва, наличие признаков феномена ускоренного нарастания громкости (ФУНГ). При центральных корковых и подкорковых формах тугоухости чаще также выявляется нисходящий тип аудиограммы при отсутствии костно-воздушного разрыва при отсутствии ФУНГ. Значительно нарушается разборчивость речи в условиях шума и функция локализации слуха. (А, 1++)

Компьютерная томография пирамид височных костей и магнитно-резонансная томография головного мозга для исключения объемных образований головного мозга, невриномы VIII пары черепных нервов, воспалительно-деструктивных процессов в среднем ухе и улитке (А, 1+).

С целью дифференциальной диагностики с нарушением мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне необходимо проводить ультразвуковую доплерографию экстра- и интракраниальных брахиоцефальных сосудов (А, 1+).

Клинико-лабораторная диагностика (А, 1++).

Оценка эффективности слухопротезирования

1. Речевая аудиометрия в свободном звуковом поле в тишине и на фоне помех.
2. Анкетирование с использованием анкеты COSI.

Повторные аудиологические исследования и наблюдение

1. Тональная пороговая аудиометрия – 1-2 раза в год.
2. Речевая аудиометрия в тишине и на фоне помех – 1-2 раза в год.
3. Коррекция амплитудно-частотных характеристик усиления слухового аппарата (по результатам аудиологического обследования) – 1-2 раза в год.

СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ У ДЕТЕЙ

Золотым рекомендованным стандартом является:

1. скрининговое исследование слуха у всех новорожденных в возрасте до 1 мес.;
2. завершение диагностического этапа детям, не прошедшим универсальный аудиологический скрининг, в возрасте до 3 мес.;
3. определение индивидуальной программы реабилитации детям, у которых подтверждено снижение слуха, в возрасте до 6 мес.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ СЛУХА У ДЕТЕЙ

Выраженное снижение слуха означает нарушение слуховой функции любой степени и этиологии, препятствующее развитию слуха и речи.

Методики, используемые для исследования слуха, должны обеспечивать определение одностороннего или двустороннего повышения порогов слышимости свыше 30 дБ ПС в частотном диапазоне 2000-4000 Гц. Однако нельзя пренебрегать и меньшей степенью тугоухости.

Все дети, дважды не прошедшие скрининговое исследование слуха в одном или обоих ушах в родовспомогательных учреждениях или детских поликлиниках, должны быть направлены на повторное исследование слуха в амбулаторных условиях не позже, чем в возрасте 1 мес. В случае, если ребенок не пройдет повторное скрининговое исследование, он должен быть

направлен на расширенное аудиологическое исследование, включающее регистрацию ОАЭ, КСВП, стационарных потенциалов, акустическую импедансометрию, не позднее, чем в возрасте до 3 мес.

Рекомендуется использовать отдельный протокол скрининга у детей, требующих нахождения в палатах интенсивной терапии более 48 часов. Этим детям рекомендовано проведение автоматической регистрации КСВП без регистрации ОАЭ с целью исключения возможности не только сенсоневральной тугоухости, но и заболеваний спектра аудиторных нейропатий.

Регистрация КСВП и ОАЭ при повторном скрининге

1. Автоматическая регистрация КСВП должна проводиться при интенсивности не более 35-40 дБ нПС
2. Регистрация ОАЭ проводится по стандартному протоколу

Дети с факторами риска по тугоухости и глухоте направляются на диагностическое исследование даже при прохождении скрининга, основанного на регистрации ОАЭ.

Рекомендуется проведение повторного аудиологического исследования каждые 24-30 мес. Исключение должны составлять дети с цитомегаловирусной инфекцией, синдромами, связанными прогрессирующей тугоухостью, нейродегенеративной патологией, травмой, постнатальными инфекциями, вызывающими сенсоневральную тугоухость, после химиотерапии, которым повторное аудиологическое исследование должно проводиться чаще.

Расширенное аудиологическое исследование

Рекомендуется использовать комплексное исследование.

Дети должны исследоваться без седации. При необходимости использования седации вопрос решается педиатром, аудиологом, анестезиологом и семьей.

Аудиометрия у детей

1. Поведенческая аудиометрия – возраст от 4 месяцев до 3 лет

Ребенок усаживается вместе с родителем в звукозаглушенной камере таким образом, чтобы громкоговорители были расположены с обеих сторон от ребенка. Исследователь начинает говорить с интенсивностью в 30 дБ нПС, отмечая, локализует ли ребенок звуки. Обычно произносятся имя ребенка или интересные для него звуки. Методика же определения порогов соответствует методике, используемой при определении порогов слышимости у взрослых. Так как у ребенка используются не телефоны, а стимуляция через громкоговорители, определяемый ответ соответствует лучше слышащему уху.

2. Аудиометрия с визуальным подкреплением (Visual Reinforcement Audiometry) – возраст от 1 года до 3 лет

Ребенок усаживается вместе с родителем в звукозаглушенной камере таким образом, чтобы громкоговорители были расположены с обеих сторон от ребенка. Сверху или снизу от динамиков располагаются механические игрушки, которые могут двигаться или светиться (иногда перед исследуемым располагается монитор, на котором сменяются картинки). В свободном звуковом поле подается частотно-модулированный ("лающий") тон частотой 1000 Гц интенсивностью 50 дБ нПС и, если ребенок поворачивается в сторону динамика, приводятся в действие игрушки. Если же ребенок не обращает внимания на динамики, интенсивность повышается до тех пор, пока не будет получена реакция ребенка. Необходимо добиться того, чтобы ребенок объединял восприятие звука с началом движения (или зажиганием) игрушек или картинок. Исследование повторяется на частотах 2000, 4000, 500 и 250 Гц. Если при обследовании ребенка можно использовать телефоны, то будет получена информация, специфичная для конкретного уха, если же нет (т. е. исследование проведено в свободном звуковом поле) – полученные результаты следует считать ответом от лучше слышащего уха.

3. Игровая аудиометрия – возраст от 3 до 5 лет

Ребенка инструктируют надеть кольцо на стержень пирамидки или произвести другие аналогичные действия, когда он услышит звук. Исследование начинается с частоты 1000 Гц на интенсивностях между 30 и 40 дБ нПС. Методика определения порога слышимости соответствует

методике, используемой при традиционной аудиометрии. Пороги определяются на частотах 250-4000 Гц для каждого уха.

Диагностическое исследование должно включать:

1. Сбор анамнеза
2. Отоскопию
3. Регистрацию КСВП/СВП:
 - a. Определение порогов КВП в каждом ухе при стимуляции щелчками и/или высокочастотными тональными посылками (4000 Гц). Пороги должны определяться шагом не более 10 дБ.
 - b. Рекомендуется получение по возможности максимальной частотноспецифичной информации. Как минимум, дополнительно к щелчку или высокочастотному стимулу рекомендуется проводить регистрацию СВП на частотах 1000 Гц или менее.
 - c. С целью дифференциации сенсоневрального и кондуктивного поражения рекомендуется регистрация КСВП на костнопроведенные стимулы.
 - d. Рекомендуется проведение анализа морфологии КСВП, а также оценки абсолютных и межпиковых ЛП в ответ на высокие уровни стимуляции.
 - e. На высоких уровнях стимуляции воздушнопроведенных широкополосных стимулов (щелчков) рекомендуется использование противоположных полярностей стимуляции и запись кривых в различные сегменты памяти с целью оптимизации регистрации микрофонного потенциала. Это позволяет диагностировать аудиторные нейропатии или другие формы патологии слуховых проводящих путей. С целью исключения наложения артефакта стимула на микрофонный потенциал рекомендуется использование внутриушных телефонов.
4. Регистрацию ОАЭ в каждом ухе (ЗВОАЭ или ОАЭ на частоте продуктов искажения) с целью дальнейшей оценки функции улитки. С целью получения более частотноспецифичной информации регистрацию ОАЭ следует проводить в том числе и при нормальных порогах КСВП, зарегистрированных при стимуляции щелчками.
5. У детей в возрасте до 6 мес. наиболее корректной импедансометрической методикой можно рассматривать тимпанометрию с частотой зондирующего тона 1000 Гц..
6. Поведенческая аудиометрия может быть применена у детей в возрасте старше 4-6 мес., хотя при подозрении на снижение слуха она может рассматриваться и у детей меньшего возраста.
7. Все родители должны получать письменную информацию о ключевых этапах развития слуха, речи и языка, а также информацию о факторах риска развития прогрессирующей тугоухости или тугоухости с поздним началом. В случае возникновения вопросов о развитии слуха, речи или языка ребенка на любом этапе он должен быть направлен на соответствующее возрасту исследование слуха.

Рекомендации по ведению пациентов с подтвержденным снижением слуха

До возраста 3 мес. должны быть завершены следующие действия:

1. При подтверждении повышения порогов слышимости в одном из ушей (или обоих) свыше 30 дБ ПС должны быть начата разработка программы (ре)абилитации, в том числе, предусматривающая слухопротезирование.
2. При наличии указаний на патологию среднего уха отоларинголог определяет тактику лечения, которое должно сопровождаться исследованием слуха.
3. При значительном повышении порогов КСВП или нарушением их морфологии (удлиненные ЛП), но нормальной ОАЭ следует рассмотреть вопрос о возможности наличия ретрокохlearной дисфункции (аудиторная нейропатия, аудиторная десинхронизация).
4. При выявлении одностороннего снижения слуха с нормальными порогом в здоровом ухе информируйте родителей о возможных эффектах одностороннего снижения слуха на развитие речи, слуха и языковых навыков, а также о необходимости сохранения слуха на здоровом ухе. Необходимо проводить динамическое наблюдение за слуховой функцией, а также развитием речи и языка каждые 6 мес. до достижения ребенком возраста 3 лет.

Рекомендации по выбору параметров электроакустической коррекции

У ребенка с подтвержденной тугоухостью до достижения им возраста 6 мес. должны быть

завершены следующие мероприятия.

1. Критерии определения кандидатов на слухопротезирование

Вопрос о необходимости слухопротезирования решается на основании информации, полученной при аудиологических исследованиях, поведении ребенка дома, в детском саду (школе), наличия дополнительных специальных потребностей, информации о развитии слуховой функции, речи и языка.

Критерии определения показаний должны основываться на следующих исследованиях:

- a. электрофизиологическом исследовании слуховой чувствительности (СВП на щелчки и частотноспецифичные стимулы (в том числе на chirp), стационарные слуховые вызванные потенциалы, ОАЭ на частоте продуктов искажения).
- b. Определении поведенческих порогов при использовании стандартных аудиометрических методик, соответствующих возрасту ребенка (аудиометрия с визуальным подкреплением, игровая аудиометрия, стандартная методика тональной аудиометрии).

Ребенок может рассматриваться как кандидат на слухопротезирование, если у него определяется стойкое повышение порогов слышимости в одном или обоих ушах свыше 40 дБ ПС (на любых двух частотах в диапазоне 500-4000 Гц) при поведенческой аудиометрии или при регистрации КСВП на щелчки (2000-4000 Гц).

2. Предусловка: физические характеристики усиления

Внимание: во всех случаях при двустороннем снижении слуха должно назначаться бинауральное слухопротезирование, если не имеется противопоказаний.

a. Варианты усиления:

- i. Рекомендуется использование заушных слуховых аппаратов у детей. Использование внутриушных слуховых аппаратов у детей не рекомендуется из-за возрастных изменений наружного слухового прохода и ушной раковины, связанной с ними обратной акустической связью, а также соображений безопасности.
- ii. Слуховые аппараты костного звукопроведения и частично имплантируемые костные аппараты назначаются при наличии кондуктивного поражения или невозможности использования заушных слуховых аппаратов (медицинские, физические противопоказания).
- iii. Карманные слуховые аппараты могут назначаться только при наличии медицинских или физических противопоказаний.
- iv. Кохлеарная имплантация должна рекомендоваться детям с двусторонней глухотой или выраженным снижением слуха (см. Клинические рекомендации по реабилитации методом кохлеарной имплантации) после использования бинауральных слуховых аппаратов в течение 3-6 мес. и отсутствии эффекта от слухопротезирования, а также наличия мотиваций у семьи.
- v. Должна рассматриваться возможность использования FM систем.
- vi. Предпочтения должны отдаваться цифровым слуховым аппаратам, многоканальным, с направленным или двойным микрофоном, что способствует улучшению соотношения сигнал/шум.

b. Требования к FM-системам и другим устройствам:

- i. Наличие прямого аудиовхода
- ii. Наличие индукционной катушки
- iii. Возможность переключения между микрофоном и катушкой

c. Использование слепочной массы для временного подавления обратной связи

3. Выбор параметров электроакустической коррекции (модели слухового аппарата) и их верификация

- a. Подбор слухового аппарата у детей должен производиться в соответствии с алгоритмами, специально разработанными для детей, которые учитывают возрастные особенности акустики уха, а также степень, конфигурацию и тип снижения слуха (методика DSL). Процедура подбора должна включать методику предписания

усиления, определяет выход аппарата, соответствующий конкретному ребенку, и характеристики системы усиления (линейный или нелинейный, аналоговый или цифровой). Рекомендуется включение в процедуру верификации измерения различия между реальным ухом и соединительной камерой (RECD), ответа насыщения реального уха (RESR) и максимальных значений на выходе. Должны учитываться акустика уха ребенка, ушного вкладыша, а также система усиления.

4. *Валидация параметров коррекции должна проводиться на постоянной основе и должна включать.*

- a. Проведение измерений с использованием зондирующего микрофона с целью определения выхода слухового аппарата у барабанной перепонки
- b. Аудиологическое обследование, предусматривающее непосредственные ответы ребенка со слуховым аппаратом на речь и частотноспецифичные стимулы, предъявленные в свободном поле
- c. Функциональную оценку слуховых навыков ребенка сурдологом-оториноларингологом
- d. Оценка речи, коммуникационных способностей и развития языка сурдопедагогом
- e. Участие родителей и других специалистов

5. *Консультирование и наблюдение:*

- a. Информация обо всех возможных дополнительных устройствах должна быть предоставлена родителям до начала использования слухового аппарата
- b. Родители, члены семьи и другие лица, помогающие ребенку пользоваться слуховым аппаратом, должны получать постоянную профессиональную поддержку

6. *Рекомендуемая частота повторных аудиологических обследований:*

- a. Минимум каждые три месяца в течение первых двух лет использования слухового аппарата
- b. Каждые 3-6 месяцев после первых двух лет использования слухового аппарата

7. *Повторные аудиологические исследования и наблюдение должны включать*

- a. Поведенческое аудиологическое исследование, включающее исследование по воздушному и костному звукопроводению. Информация о состоянии слуховой функции в каждом ухе должна быть получена как можно раньше
- b. Акустическую импедансометрию для оценки функции среднего уха
- c. Настройку параметров коррекции на основании полученных данных аудиометрии и возрастных изменений ребенка
- d. Электроакустические замеры слухового аппарата
- e. Прослушивание слухового аппарата
- f. Оценка установки вкладыша
- g. Измерения с использованием зондирующего микрофона, измерения различия между реальным ухом и соединительной камерой (RECD) и основанные на этих измерениях изменения настроек (с ростом ребенка производится замена индивидуальных ушных вкладышей)
- h. Измерения функционального усиления с целью отображения развития слуховых навыков

8. *Ребенок должен находиться под наблюдением в сурдологическом центре (кабинете).*

ЗАНЯТИЕ №8

Тема: Негнойные заболевания уха: отосклероз и болезнь Меньера *Актуальность.*

Частота распространенности негнойных заболеваний уха: отосклероз и болезнь Меньера — определяют социальную значимость этого заболевания. Врач любой специальности должен знать симптоматику негнойных заболеваний уха: отосклероз и болезнь Меньера и осложнений, чтобы вовремя предотвратить их развитие, а при возникновении — своевременно направить больного в ЛОР-стационар для оказания экстренной помощи. Потеря слуха, нередко сопровождающаяся мучительным шумом в ушах, отражается на трудоспособности человека, его моральном состоянии. Ребенок, рано потерявший слух, обычно не может научиться говорить и вырастает глухонемым. Не менее тягостны и вестибулярные расстройства, которые приводят к длительной потере трудоспособности и даже инвалидности. Все это и определяет социальную значимость проблемы негнойных заболеваний уха.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление о причинах, приводящих к негнойным заболеваниям уха: отосклероз и болезнь Меньера, методах хирургического лечения;

иметь представление об этиологии и патогенезе негнойных заболеваний уха, методах хирургического лечения; основные клинические симптомы отогенных внутричерепных осложнений (менингита, абсцесса мозга и мозжечка) и отогенного сепсиса, принципы их лечения и профилактики;

знать основные симптомы и клинические формы хронического гнойного среднего отита, его осложнения, принципы консервативного лечения и показания к хирургическому вмешательству, профилактику, диспансеризацию; основные клинические симптомы катара среднего уха, сенсоневральной тугоухости, отосклероза, болезни Меньера, принципы их лечения;

уметь выполнить отоскопию, оценить данные рентгенографии в укладке по Шюллеру и Майеру, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику клинических форм хронического гнойного среднего отита, своевременно распознать симптомы осложнения и выбрать рациональную лечебную тактику.

производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции; выполнить отоскопию, описать данные рентгенографии в укладке по Стенверсу, исследовать слуховую и вестибулярную функции и оценить их состояние, выбрать адекватную лечебную тактику, оказать помощь во время приступа болезни Меньера.

Оснащение. Лобный рефлектор, смотровые инструменты, набор камертонов, аудиометр, тимпанометр. Костные препараты, таблицы, рентгенограммы и слайды.

Место проведения занятия. Тематическая учебная комната на кафедре оториноларингологии, ЛОР - клиника, ЛОР - стационар.

Таблица 14

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Отосклероз		Назвать основные симптомы. Указать тип тугоухости в начальной стадии заболевания, назвать и оценить камертональный тест, подтверждающий диагноз. Определить лечебную тактику

2. Болезнь Меньера	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Назвать и записать в рабочую тетрадь триаду симптомов. Перечислить комплекс лечебных мероприятий, применяемых во время приступа заболевания. Назвать три вида хирургических вмешательств
--------------------	---	--

Преподаватель проверяет умение аспирантов пользоваться камертонами и речью (шепотной или разговорной) для определения состояния слуха, а также правильность произведенного выключения здорового уха. Если рентгенологическое исследование височных костей больного уже производилось, то аспирантам демонстрируются эти рентгенограммы.

Демонстрация рентгенограмм из учебного набора с различными картинками костных изменений. После этого производится разбор больного с учётом всех данных, полученных при его обследовании в целях уточнения диагноза.

ЗАНЯТИЕ №9

Тема: Морфолого-физиологические особенности носа и околоносовых пазух.

Актуальность. В клинической практике врачам различных специальностей часто приходится встречаться с патологией носа, околоносовых пазух. Наружный нос является важнейшей частью косметического ансамбля лица, в связи с чем изменения его формы причиняют пациенту нередко много страданий морального плана. Знание структурных и функциональных особенностей носа и околоносовых пазух поможет врачу правильно ориентироваться в клинической картине и лечебной тактике при поражении этих органов.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

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

знать клиническую анатомию и физиологию носа, околоносовых пазух, владеть методами исследования;

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.

Таблица 15

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задание для самоконтроля
Костная и хрящевая основы наружного носа	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии носа	Назвать кости и хрящи, образующие наружный нос
Стенки полости носа, их строение	Повторить, чтобы использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	Нарисовать схему латеральной стенки полости носа, указать место сообщения околоносовых пазух с полостью носа
Особенности слизистой оболочки полости носа	Повторить, чтобы использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	На схеме латеральной стенки полости носа указать границу дыхательной и обонятельной области
Клиническая анатомия околоносовых пазух	Повторить, чтобы использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	Перечислить околоносовые пазухи, показать их проекцию на лице
Кровоснабжение полости носа, особенности оттока венозной крови и лимфы	Повторить, чтобы использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	Назвать локализацию кровотоковой зоны полости носа
Физиология носа	Знать, чтобы использовать при изучении патологии носа и исследовании его функций	Назвать основные функции носа
Методы исследования носа	Знать, чтобы применять при осмотре на занятиях и последующей практике	Назвать инструменты для передней риноскопии.
Методы исследования околоносовых пазух	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить основные методы исследования околоносовых пазух

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 студентами методик. Устное описание риноскопической картины.

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

Указать локализацию "кровооточивой зоны перегородки носа"; строение слизистой оболочки носовых раковин; структуру латеральной стенки полости носа; толщину наружной стенки нижнего носового хода; обонятельные и дыхательные отделы полости носа; сообщение её с носоглоткой через хоаны; соседство пазух с зубами, с глазницей и черепномозговой полостью; расположение тригеминальных точек на лице.

После собеседования аспиранты с помощью преподавателя знакомятся со структурой носового и носоглоточного зеркал, а также с другими новыми инструментами и аппаратами. На фантомах аспиранты знакомятся с техникой пользования этими инструментами. Демонстрация на 2 - аспирантах методики исследования носа и придаточных пазух со схематической зарисовкой эндоскопических картин.

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

Обонятельную функцию исследуют с помощью набора для ольфактометрии, состоящего из флаконов с пахучими веществами 6 групп и оценивают по 5 степеням.

Таблица 16

Одориметрический паспорт В. И. Воячека

Правая сторона	Вещество	Левая сторона
	№ 1 – 0,5% раствор уксусной кислоты	
	№ 2 – этиловый спирт	
	№ 3 – настойка корневища валерианы	
	№ 4 - 3% водный раствор аммиака	
	№ 5 - вода	
	№ 6 - бензин	

Бензин, как наиболее летучее и самое «проникающее» вещество из этого набора, В.И.Воячек обозначил № 6. При отсутствии его восприятия обоняние следует считать полностью выключенным.

Правильное проведение качественного исследования обоняния предусматривает определенную стандартизацию опыта, исключение возможности попадания паров пахучего вещества в не обследуемую половину носа, проведение оценки пахучего вещества на вдохе с задержкой дыхания, чтобы исключить ретроградное попадание пахучего вещества во вторую половину носа при выдохе. Укрепленный в расщелине лучины и смоченный в растворе пахучего вещества кусочек фильтровальной бумаги размером 0,5—1 см подносят к одной ноздре, закрыв другую, и просят больного сделать легкий вдох носом, задержать на 3—4 с дыхание и определить, какой запах он ощущает. Результаты исследования оценивают по 5-степенной системе, в зависимости от того, какие запахи воспринимает обследуемый:

- I степень — обследуемый идентифицирует самый слабый запах — № 1;
- II степень — воспринимаются запахи пахучего вещества под № 2, 3, 4, 6;
- III степень — воспринимаются запахи пахучего вещества под № 3, 4, 6;
- IV степень — воспринимаются запахи пахучего вещества под № 4, 6;
- V степень — воспринимается запах пахучего вещества под № 6.

Если ни один из запахов не воспринимается, то устанавливают диагноз *аносмии*.

При *гипосмии* исключают механическую причину ее. Для этого тщательно осматривают верхние отделы полости носа и при необходимости обрабатывают их, однократно смазывая слизистую оболочку раствором адреналина хлорида 1:1000 (но не анестетиком!) и через 5 мин проводят повторное обследование. Появление или улучшение обоняния после этой процедуры указывает на наличие «механической» гипосмии.

В кабинете функциональной диагностики могут быть использованы специальные ольфактометры.

Для исследования резонаторной функции носа надо обследуемого просить считать вслух, в какой-то момент закрыть обе половинки носа и в это время выяснить, нет ли у него открытого или

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

По демонстрируемым преподавателем на негатоскопе рентгенограммам надо возобновить студентам сведения по рентген-анатомии носа и пазух.

ЗАНЯТИЕ №10

Тема. Дефекты и деформации наружного носа. Искривление перегородки носа, носовое кровотечение, фурункул, острый ринит. Хронический ринит. Параназальный синусит. Риногенные осложнения.

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 внутриглазничных 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 заболеваний, носа и околоносовых пазух, путях проникновения инфекции, методах хирургического лечения;

знать 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 17

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Искривление перегородки носа	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Нарисовать риноскопическую картину при различных вариантах искривления перегородки носа
2. Фурункул носа	- //-	Определить тактику врача и назвать комплекс лечебных мероприятий
3. Острый ринит I	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Назвать стадии острого ринита. Выписать рецепты для его лечения

4. Хронический ринит: а) катаральный б) гипертрофический в) атрофический г) вазомоторный	Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику	Провести дифференциальную диагностику катарального и гипертрофического ринита Назвать формы и методы лечения, нарисовать риноскопическую картину Назвать формы, провести их дифференциальную диагностику. Выписать мазь для лечения. Назвать формы, провести их дифференциальную диагностику
5. Острый синусит		Назвать основные клинические симптомы, методы диагностики. Указать локализацию патологического отделяемого в полости носа при поражении различных околоносовых пазух
6. Хронический синусит		Перечислить методы лечения
7. Риногенные внутриглазные осложнения		Перечислить. Записать в рабочую тетрадь. Определить лечебную тактику
8. Риногенные внутричерепные осложнения		Перечислить. Указать лечебную тактику

ЗАНЯТИЕ №11

Тема: Морфолого-физиологическая характеристика лимфаденоидного глоточного кольца.

Актуальность. В клинической практике врачам различных специальностей часто приходится встречаться с патологией глотки, в частности её тонзиллярного аппарата и вызванными ими осложнениями. Знание структурных и функциональных особенностей глотки и её тонзиллярного аппарата поможет врачу правильно ориентироваться в клинической картине и лечебной тактике при поражении этих органов. Миндалины известны давно, операция их удаления описана ещё в начале нашей эры. Расположение миндалин в глотке обеспечивает соприкосновение с дыхательным и пище проводным путями, способствует постоянному контакту с огромным количеством разнообразных антигенов.

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;

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 18

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задание для самоконтроля
Клиническая анатомия глотки	Знать, чтобы использовать в диагностике	Глотка, её отделы и слои, паратонзиллярная и фарингеальная клетчатка, заглочное пространство.
Лимфаденоидное глоточное кольцо	Знать, чтобы использовать в диагностике	Строение, иннервация, кровоснабжение
Методы исследования глотки.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить основные методы исследования

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.

Задание на дом: анатомия, физиология и методы исследования гортани, трахеи и пищевода.

ЗАНЯТИЕ №12

Тема: Классификация тонзиллитов. Ангина. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови.

Актуальность. Заболевания глотки встречаются в клинической практике очень часто и могут быть диагностированы врачами любой специальности. Тонзиллярная патология является общемедицинской проблемой, представляющей интерес не только для оториноларингологов, но и терапевтов, инфекционистов, педиатров, ревматологов и др. Социальная значимость ее определяется высоким уровнем заболеваемости ангиной и хроническим тонзиллитом, особенно среди детей и взрослых наиболее трудоспособного возраста. Тонзиллиты могут вызывать тяжелые осложнения, способствовать возникновению и ухудшению течения многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, дающих наиболее высокую общую смертность.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об этиологии и патогенезе заболеваний глотки, методах хирургического лечения их;

знать классификацию тонзиллитов, основные клинические симптомы острого и хронического тонзиллита, их осложнения и связанные с ними заболевания, принципы консервативного лечения, профилактики и диспансеризации, клинические проявления других заболеваний глотки;

уметь выполнять фарингоскопию, поставить правильно диагноз заболевания глотки, провести дифференциальную диагностику острого первичного тонзиллита с поражениями миндалин при инфекционных заболеваниях и патологии системы крови, своевременно выявить осложнения, выбрать лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР - кабинет в поликлинике.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, глоточный ватодержатель, стерильный тампон для взятия мазка из ротоглотки, инсуффлятор, пульверизатор для орошения глотки, канюля для промывания лакун небных миндалин, гальванокаутер и криоапликаторы, скальпель для вскрытия паратонзиллярного и заглоточного абсцессов, носовой корнцанг, тонзиллотом, аденотом, конхотом.

Таблица 19

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Классификация тонзиллитов	Знать, чтобы использовать в диагностике	Начертить схему классификации по И. Б. Солдатову
2. Острый первичный тонзиллит: 1) формы 2) клинические проявления 3) дифференциальная диагностика с вторичным тонзиллитом 4) осложнения 5)	Уметь правильно поставить диагноз, назначить лечение, предупредить осложнения и поражения других органов и систем	Составить дифференциально-диагностическую таблицу лакунарной ангины и дифтерии зева. Перечислить комплекс лечебных мероприятий при остром первичном тонзиллите. Нарисовать фарингоскопическую картину при правостороннем паратонзиллярном абсцессе

3. Хронический тонзиллит: 1) клинические формы 2) местные признаки 3) методы лечения 4) профилактика и диспансеризация	Знать, чтобы правильно формулировать диагноз хронического тонзиллита в соответствии с классификацией И. Б. Солдатова, и выбрать соответствующую лечебную тактику	Назвать. Перечислить заболевания, связанные с хроническим тонзиллитом Перечислить Назвать, указать сущность диспансеризации, количество диспансерных: осмотров в течение года и сроки
4. Фарингит 1) клинические формы 2) методы лечения	Знать, чтобы правильно поставить диагноз и назначить лечение	Перечислить Назвать. Выписать рецепт для полоскания глотки при атрофическом фарингите
5. Заглоточный абсцесс	Знать, чтобы правильно поставить диагноз и назначить лечение	Назвать в каком возрасте наиболее часто встречается заглоточный абсцесс, нарисовать фарингоскопическую картину с обозначением локализации процесса
6. Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды)		Перечислить методы диагностики. Нарисовать картину носоглотки и обозначить локализацию аденоидов

КЛАССИФИКАЦИЯ ТОНЗИЛЛИТОВ (по И. Б. Солдатову)

1. Острые

1. Первичные: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая ангины.

2. Вторичные: а) при острых инфекционных заболеваниях — дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе; б) при заболеваниях системы крови — инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах.

II. Хронические

1. Неспецифические:
 - а) компенсированная форма;
 - б) декомпенсированная форма.
2. Специфические: при инфекционных гранулемах — туберкулезе, сифилисе, склероме.

Острые первичные тонзиллиты — островоспалительные заболевания, в клинической картине которых ведущим звеном являются симптомы поражения миндалин. В

зависимости от морфологических изменений выделяются определенные формы острых первичных тонзиллитов, основные из которых — катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая. Острые вторичные тонзиллиты представляют собой поражения миндалин при острых инфекционных заболеваниях (главным образом при дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе) и заболеваниях системы крови (преимущественно при инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах).

Хронический тонзиллит может быть неспецифическим и специфическим. Последний представляет собой поражение миндалин инфекционными гранулемами. При изучении симптоматиологии хронического неспецифического тонзиллита необходимо усвоить, что это заболевание инфекционно-аллергического характера со стойкими местными воспалительными изменениями миндалин.

Местные признаки хронического тонзиллита

1. Гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек.
2. Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками.
3. Разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины.
4. Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.
5. Регионарный лимфаденит — увеличение зачелюстных лимфатических узлов.

Различаются компенсированная и декомпенсированная формы хронического неспецифического тонзиллита, которые трактуются с учетом главных факторов генеза заболевания — реактивности организма и барьерной функции миндалин.

При первой форме имеются лишь местные признаки хронического воспаления миндалин, барьерная функция которых и реактивность организма еще таковы, что уравнивают, выравнивают состояние местного воспаления, то есть компенсируют его и поэтому выраженной общей реакции не возникает.

Вторая форма характеризуется не только местными признаками хронического воспаления миндалин, но и проявлениями декомпенсации в виде рецидивирующих острых тонзиллитов (ангин), паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, различных патологических реакций, заболеваний отдаленных органов и систем.

Важной особенностью рассматриваемой классификации является принцип формулировки диагноза хронического тонзиллита. В диагнозе необходимо указывать не только клиническую форму заболевания, но если она декомпенсированная, то и конкретный вид или виды декомпенсации. Это позволяет правильно ориентироваться в выборе лечения, которое может быть консервативным и хирургическим.

Примеры формулировки диагноза

Хронический тонзиллит, компенсированная форма.

Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма — рецидивы ангин.

Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма — субфебрильная температура.

Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма — рецидивы ангин, ревматизм.

Среди осложнений острых тонзиллитов наибольшее практическое значение имеют паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, латерофарингеальный абсцесс, тонзиллогенный медиастинит, тонзиллогенный сепсис.

ЗАНЯТИЕ № 13

Тема: Структурные особенности и функции гортани.

Актуальность. Гортань, являясь частью воздухоносных путей организма, участвует в осуществлении важнейших функций — дыхательной, голосовой и речевой. Нарушения нормальных анатомических и функциональных взаимоотношений в гортани приводят к развитию различных патологических процессов, проявляющихся прежде всего развитием стеноза гортани и голосовой дисфункцией. Знание анатомо-топографических особенностей гортани, нижних дыхательных путей и пищевода необходимы при изучении заболеваний этих органов и ориентации в лечебной тактике.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об анатомо-топографических взаимоотношениях гортани, трахеи, бронхов и пищевода с органами шеи и средостения, современных методах эндоскопического исследования;

знать клиническую анатомию и физиологию гортани, трахеи, бронхов, пищевода;

уметь провести наружный осмотр, пальпацию шеи и непрямую ларингоскопию.

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

Оснащение. Лобный рефлектор, набор зеркал для непрямой ларингоскопии, инструментарий для прямых методов исследования. Муляжи, анатомические препараты, таблицы, наборы слайдов, рентгенограмм и томограмм. Контрастные рентгенограммы пищевода. Трахеобронхоскопы различной конструкции. Эзофагоскоп Мезрина. Шпатель Тихомирова. Стробоскоп. Видеофильм по методике исследования ЛОР – органов.

Таблица 20

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
Анатомо топографические и структурные особенности гортани:	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии гортани	Назвать и записать в рабочую тетрадь анатомо – топографические и структурные особенности гортани
а) хрящи и связки б) мышцы		Назвать и записать в рабочую тетрадь Назвать наружные и внутренние мышцы
б) особенности слизистой оболочки		Перечислить
в) кровоснабжение и иннервация		Назвать основные сосуды и нервы, особенности иннервации гортани, ее рефлексогенные зоны
д) этажи гортани		Перечислить и схематически изобразить в рабочей тетради

Физиология гортани	Знать, чтобы использовать для оценки функционального состояния гортани	Назвать функции гортани. Перечислить и записать в рабочую тетрадь основные виды певческого детского, мужского и женского голосов
Методы исследования гортани	Знать, чтобы использовать при обследовании и лечении больных	Перечислить, описать ларингоскопическую картину при
Анатомо-топографические особенности нижних дыхательных путей	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии	Показать трахею и главные бронхи
Анатомо-топографические особенности	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии	Назвать анатомические и физиологические сужения пищевода
Методы исследования нижних дыхательных путей и пищевода	Иметь представление	Перечислить

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

При собеседовании отмечается, что гортань делится на 3 отдела. Следует обратить внимание на функцию различных групп мышц, иннервацию гортани, особенности лимфатической сети гортани и её регионарных лимфатических узлов, строение трахеи, в частности верхнего отдела, где производятся разрезы при трахеостомии, сужения пищевода и их роль в фиксировании инородных тел у детей и взрослых.

После собеседования аспиранты с помощью преподавателя знакомятся со строением эзофаго-, трахео-, бронхоскопов различной модификации, с физическим обоснованием стробоскопии. На фантоме и просмотре видеофильма с техникой пользования этими инструментами. Изучая анатомию по рисункам, препаратам, муляжам, слайдам и видеоматериалам аспиранты представляют себе картину, видимую при непрямой ларингоскопии, трахеобронхоскопии, эзофагоскопии.

ЗАНЯТИЕ № 14

Тема. Певческий голос. Отек и стеноз гортани. Ларингит. Острый ларинготрахеит у детей. Интубация и трахеостомия.

Актуальность. Острые и хронические заболевания гортани, протекающие с нарушением дыхательной и голосовой функций, часто встречаются в клинической практике. Наиболее актуальной является проблема острого ларинготрахеита у детей — одна из ведущих не только в детской оториноларингологии, но и в педиатрии вообще, что обусловлено большой частотой и тяжелым течением заболевания — 99% острого стеноза гортани у детей младшего возраста, возникшего вследствие ларинготрахеита, приходится на острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Больные острым стенозом, обусловленным различными заболеваниями гортани, требуют неотложной медицинской помощи, оказанием которой должен владеть врач любой специальности.

Цель. После изучения темы аспирант должен:
иметь представление о причинах, вызывающих острые и хронические заболевания гортани, динамике дыхательной недостаточности при стенозах гортани;

знать основные клинические симптомы заболеваний гортани, особенности течения стенозов гортани в детском возрасте, принципы консервативного лечения, показания к интубации и трахеостомии;

уметь выполнять непрямую ларингоскопию, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику, определить стадию стеноза гортани, выбрать соответствующую лечебную тактику, производить некоторые лечебные манипуляции, при показаниях выполнить трахеостомию, а в экстремальной ситуации — крикотомию или крикоконикотомию.

Место проведения занятия. ЛОР-стационар, специализированное ЛОР-отделение, ЛОР-кабинет в поликлинике.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, гортанные ватодержатели, скальпель, шприц, ларингоскоп, термопластические трубки для интубации, набор для трахеостомии.

Таблица 21

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Острый ларингит	Знать, чтобы суметь поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение	Назвать причины и основные симптомы. Перечислить и записать в рабочую тетрадь комплекс лечебных мероприятий
2. Острый ларинготрахеит у детей	То же	Нарисовать ларингоскопическую картину. Перечислить ведущие симптомы. Назвать и записать в рабочую тетрадь этапы интенсивной терапии при декомпенсированном стенозе. Перечислить и записать в рабочую тетрадь причины
3. Отек гортани	То же	То же
4. Дифтерия гортани		Перечислить и записать в рабочую тетрадь заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика
5. Хронический ларингит		Назвать основные клинические формы. Нарисовать ларингоскопическую картину одной из форм ограниченного гипертрофического ларингита. Выписать рецепт для ингаляций при
6. Парезы и параличи		Нарисовать ларингоскопическую картину при параличе левого возвратного гортанного нерва и перечислить его причины.

7. Стеноз гортани	Знать, чтобы оценить степень выраженности дыхательной недостаточности и определить лечебную тактику	Перечислить и записать в рабочую тетрадь формы и стадии, комплекс лечебных мероприятий
8. Трахеостомия	Знать, чтобы использовать в практической работе	Назвать показания и виды трахеотомии

Стеноз гортани — сужение просвета гортани, ведущее к затрудненному дыханию через нее, может быть вызвано следующими причинами:

1. Воспалительный отек гортани (острый ларинготрахеит, гортанная ангина, флегмонозный ларингит, абсцесс надгортанника, нагноительные процессы в глотке, окологлоточном и заглочном пространствах, в области шейного отдела позвоночника, корня языка и мягких тканей дна полости рта).

2. Невоспалительный отек гортани (аллергический, ангионевротический).

3. Травмы гортани (огнестрельные, тупые, колющие, режущие, термические, химические, после лучевого лечения заболеваний органов шеи, вследствие длительной интубации, продолжительной верхней трахеобронхоскопии).

4. Инородные тела гортани, верхнего отдела пищевода.

5. Нарушения иннервации гортани (Двусторонний паралич возвратного гортанного нерва).

6. Инфекционные заболевания (ОРВИ, дифтерия, корь, скарлатина, ветряная оспа).

7. Опухоли гортани (у взрослых — чаще рак, у детей — папилломатоз), инфекционные гранулемы (склерома, сифилис, туберкулез).

8. Хронический атрофический ларингит.

9. Заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и заболевания почек, осложненные уреимией.

По времени развития различаются следующие формы стенозов гортани:

1. Молниеносный — развивается в течение секунд, минут.

2. Острый стеноз — развивается в течение нескольких часов (до суток).

3. Подострый стеноз — развивается в течение нескольких суток (до недели).

4. Хронический стеноз — развивается в течение недель и дольше.

Необходимо знать 4 стадии стеноза гортани:

1-я стадия — компенсированного дыхания — характеризуется углублением и урежением дыхания, уменьшением пауз между вдохом и выдохом, урежением пульса; инспираторная одышка появляется только при физической нагрузке.

2-я стадия — неполной компенсации дыхания — характеризуется тем, что для вдоха требуется усилие, появляется инспираторная одышка в покое, дыхание становится шумным, слышным на расстоянии, кожа бледная, больной ведет себя беспокойно, в акте дыхания принимает активное участие мускулатура грудной клетки, что проявляется втяжением во время вдоха яремной, надключичных и подключичных ямок, межреберных промежутков в эпигастрия.

3-я стадия — декомпенсации дыхания — состояние больного чрезвычайно тяжелое, дыхание частое, поверхностное, кожный покров бледно-синюшного цвета (вначале — акроцианоз, затем — распространенный цианоз), больной занимает вынужденное полусидящее положение с запрокинутой головой, гортань совершает максимальные экскурсии вниз при вдохе и вверх при выдохе, появляется потливость, пульс становится частым, наполнение его — слабым.

4-я стадия — терминальная — у больного наступает резкая усталость, безразличие, дыхание поверхностное, прерывистое (типа Чейна—Стокса), кожа бледно-серого цвета,

пульс частый, нитевидный, зрачки расширены, наступает потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, дефекация и смерть.

Выбор метода лечения определяется в первую очередь стадией стеноза, а во вторую — причиной, вызвавшей стеноз. При первых двух стадиях стеноза гортани лечение направлено на патологический процесс, вызвавший удушье, и включает удаление инородного тела, дегидратацию, применение гипосенсибилизирующих и седативных средств, отвлекающих процедур (горячие ножные ванны, горчичники на грудную клетку и икроножные мышцы). Эффективны ингаляции увлажненного кислорода, а также со щелочными, гипосенсибилизирующими и спазмолитическими средствами. Необходимо произвести вскрытие абсцесса гортани или смежных с ней органов. При дифтерии гортани на первый план выступает введение противодифтерийной сыворотки. При 3-й и 4-й стадиях стеноза применяют хирургическое лечение — трахеостомию. В экстремальных ситуациях, когда нет времени делать типичную трахеостомию, производят коникотомию или крикоконикотомию. При остром ларинготрахеите у детей восстановление просвета гортани начинают с продленной интубации термопластическими трубками. Об этих вмешательствах — интубации и трахеостомии — вы услышите на следующей лекции, после рассмотрения ряда воспалительных заболеваний гортани.

Трахеостомия — операция, целью которой является создание временного или стойкого соустья полости трахеи с окружающей средой. Под термином «трахеотомия» следует понимать лишь рассечение трахеи, т. е. этап трахеостомии.

Показания к трахеостомии можно свести в три группы:

- 1 — для устранения причин, приводящих к непроходимости просвета гортани (см. выше);
- 2 — для дренирования нижних дыхательных путей и введения лекарственных веществ;
- 3 — для длительной искусственной вентиляции легких.

ЭТАПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ЛАРИНГОТРАХЕИТАХ У ДЕТЕЙ

При отсутствии эффекта консервативной терапии и появлении симптомов декомпенсации дыхания проводятся следующие этапы интенсивной терапии.

1. Лечение ингаляциями под тентом. Ребенка помещают под тент из полиэтиленовой пленки или в кислородную палатку, которая превращается в головной тент. Под тентом, в ограниченном объеме воздуха, создается микроклимат с высокой влажностью, повышенной концентрацией кислорода и различных лекарственных веществ. Сюда подаются для ингаляции следующие вещества, которые надо чередовать: 1) увлажненный кислород или гелиокислородная смесь; 2) аэрозоли (лучше при помощи ультразвукового распылителя) протеолитических ферментов, антибиотиков, гормональных, антигистаминных и спазмолитических препаратов, минеральной воды типа «Боржом»; 3) паракислородные смеси с настоями сборов лекарственных растений (шалфей, мать-и-мачеха, термопсис, календула, чебрец, валериана, эвкалипт). Высокая влажность паракислородной смеси способствует уменьшению бронхоспазма и разжижению мокроты. Температура ингаляций от +40 до +45°C. Виды ингаляций следует чередовать. Длительность их во избежание перегрева ребенка должна составлять 5—10 мин. Паровые ингаляции не показаны при тяжелых пневмониях.

2. Продленная интубация. При неэффективности лечения под тентом следует использовать продленную интубацию. Для этого необходимо руководствоваться следующими показаниями:

- 1) беспокойство ребенка, не снимаемое седативными средствами;
- 2) нарастание частоты дыхания и пульса; 3) стойкая гипертермия.

Для продленной интубации используются специальные термопластические трубки. Интубация назотрахеальная. Питание производится через естественные пути. В первые дни

интубации больной периодически «загружается» дроперидолом или оксibuтиратом натрия. Смена трубки производится каждые сутки, и ребенок, хотя бы кратковременно, переводится на дыхание через естественные пути. Неэффективность интубации в течение 7—10 сут, следует расценивать как показания к трахеостомии.

3. Трахеостомия. Трахеостомию у детей необходимо производить под общим обезболиванием с предварительной интубацией трахеи. Не рекомендуется разрезать трахею очень низко, т. к. после удаления валика из-под плеч рассеченный участок трахеи опускается за грудину, что может повести к выпадению трубки из трахеостомы, развитию пневмомедиастинума и пневмоторакса. Не следует вырезать окно в трахее и пользоваться трахеорасширителем Труссо во избежание деформации колец трахеи. Трахеостомию рекомендуется заканчивать подшиванием стенки трахеи кетгутом к коже. Следует использовать трахеоканюли из пластмассы и других синтетических материалов. Все манипуляции с трахеоканюлей следует выполнять тщательно вымытыми и обработанными спиртом руками. Для аспирации содержимого из трахеостомы каждый раз берется стерильный катетер. Внутренняя трубка трахеоканюли после отсасывания трахеобронхиального содержимого заменяется стерильной. Несоблюдение этих правил ведет к развитию гнойно-некротического трахеобронхита. Сроки деканюляции индивидуальны и зависят от общего состояния ребенка, динамики нормализации процесса в гортани, состояния трахеобронхиального дерева и легких.

ЗАНЯТИЕ №7

Тема. Опухоли верхних дыхательных путей и уха: эпидемиология и классификация, доброкачественные новообразования.

Актуальность. Среди причин смертности доброкачественные новообразования занимают значительное место. В связи с ростом частоты доброкачественных новообразований верхних дыхательных путей и многообразием их клинических проявлений практическому врачу любого профиля необходимо ориентироваться в диагностике и лечении доброкачественных новообразований ЛОР-органов, знать принципы профилактики и диспансеризации этой группы больных. Для дифференциальной диагностики опухолевых поражений необходимо знание эпидемиологии и клиники доброкачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об эпидемиологии доброкачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха, классификации опухолей верхних дыхательных путей и уха, методах хирургического лечения;

знать клинические проявления наиболее часто встречающихся доброкачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха, принципы их лечения и профилактику;

уметь выполнять эндоскопические методы исследования верхних дыхательных путей и уха, своевременно выявлять ранние симптомы новообразований и проводить дифференциальную диагностику их с инфекционными гранулемами и воспалительными заболеваниями, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР-кабинет онкологического диспансера, специализированное отделение «Опухоли головы и шеи» или ЛОР-клиника.

Оборудование. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, пульверизатор для орошения слизистой оболочки глотки и гортани, наборы гортанных кюреток, гортанная петля, набор для трахеостомии, стробоскоп, рентгенограммы, слайды.

Таблица 22

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
---------	------	--------------------------

2. Юношеская ангиофиброма носоглотки	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить, дать характеристику
3. Низкодифференцированные тонзиллярные опухоли	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить, дать характеристику
4. Доброкачественные опухоли		Назвать, описать ларингоскопическую картину, перечислить основные симптомы папилломатоза гортани у детей

Классификация опухолей верхних дыхательных путей Карпова ТИП ОПУХОЛИ

I тип. Высокодифференцированные опухоли.

1-я группа. Доброкачественные опухоли.

2-я группа. Пограничные опухоли (обладают некоторыми свойствами, присущими злокачественным опухолям: склонностью к рецидивированию, к разрушению соседних костных образований и др.).

II тип. Дифференцированные опухоли.

1-я группа. Эпителиальные злокачественные опухоли.

2-я группа. Соединительнотканые злокачественные опухоли.

3-я группа. Нейрогенные (нейроэктодермальные) злокачественные опухоли.

III тип. Низкодифференцированные тонзиллярные высокозлокачественные опухоли.

Классификация предусматривает общепринятое распределение по стадиям с отдельным обозначением трех ингредиентов опухолевого процесса: первичной опухоли — T (tumor), регионарных метастазов — N (nodulus) и отдаленных метастазов — M. (metastasis), при отсутствии последних применяется обозначение M₀, при наличии — M 1.

ЗАНЯТИЕ №8

Тема. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей и уха.

Актуальность. Среди причин смертности злокачественные новообразования занимают значительное место. В связи с ростом частоты онкологических заболеваний верхних дыхательных путей и многообразием их клинических проявлений практическому врачу любого профиля необходимо ориентироваться в диагностике и лечении злокачественных новообразований ЛОР-органов, знать принципы профилактики и диспансеризации этой группы больных. Для дифференциальной диагностики опухолевых поражений необходимо знание эпидемиологии и клиники инфекционных гранулем верхних дыхательных путей и уха.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об эпидемиологии опухолей, классификации опухолей верхних дыхательных путей и уха, методах хирургического лечения;

знать клинические проявления наиболее часто встречающихся новообразований, принципы их лечения и профилактику;

уметь выполнять эндоскопические методы исследования верхних дыхательных путей и уха, своевременно выявлять ранние симптомы новообразований и проводить дифференциальную диагностику их с инфекционными гранулемами и воспалительными

заболеваниями, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР-кабинет онкологического диспансера, специализированное отделение «Опухоли головы и шеи» или ЛОР-клиника.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, пульверизатор для орошения слизистой оболочки глотки и гортани, наборы гортанных кюреток, гортанная петля, набор для трахеостомии, стробоскоп, рентгенограммы, слайды.

Таблица 23

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Злокачественные опухоли носа	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить, назвать основные симптомы
3. Низкодифференцированные тонзиллярные опухоли	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить, дать характеристику

**Классификация опухолей верхних дыхательных путей Карпова
ТИП ОПУХОЛИ**

I тип. Высокодифференцированные опухоли.

1-я группа. Доброкачественные опухоли.

2-я группа. Пограничные опухоли (обладают некоторыми свойствами, присущими злокачественным опухолям: склонностью к рецидивированию, к разрушению соседних костных образований и др.).

II тип. Дифференцированные опухоли.

1-я группа. Эпителиальные злокачественные опухоли.

2-я группа. Соединительнотканые злокачественные опухоли.

3-я группа. Нейрогенные (нейроэктодермальные) злокачественные опухоли.

III тип. Низкодифференцированные тонзиллярные высокозлокачественные опухоли.

Классификация предусматривает общепринятое распределение по стадиям с отдельным обозначением трех ингредиентов опухолевого процесса: первичной опухоли — Т (tumor), регионарных метастазов — N (nodulus) и отдаленных метастазов — М. (metastasis), при отсутствии последних применяется обозначение М₀, при наличии — М 1.

Степень распространения первичной опухоли

1-я степень — Т1 — опухоль поражает одну анатомическую часть органа;

2-я степень — Т2 — опухоль поражает не более двух анатомических частей органа;

3-я степень — Т3 — опухоль поражает больше двух анатомических частей органа, не распространяясь за его пределы;

4-я степень — Т4 — опухоль поражает большую часть органа, распространяясь за его пределы.

Степень распространения регионарных метастазов

N₀ — регионарные метастазы не определяются;

N₁ — односторонний подвижный (сдвигаемый и в горизонтальной, и в вертикальной плоскостях) одиночный узел;

N₂ — двусторонние подвижные одиночные узлы; односторонние подвижные множественные узлы; односторонние ограниченно подвижные узлы; односторонние подвижные контрлатеральные узлы;

N₃ — односторонние неподвижные узлы; односторонние ограниченно подвижные контрлатеральные узлы; двусторонние ограниченно подвижные узлы;

№4 — двусторонние неподвижные узлы; пакеты узлов, спаянных между собой и с ближайшим костным образованием (позвонком, нижней челюстью, сосцевидным отростком, ключицей).

Стадии рака гортани:

I стадия — опухоль занимает ограниченный участок одного этажа гортани.

II стадия — опухоль располагается в пределах одного этажа, локализуясь только на слизистой оболочке и в подслизистом слое, не распространяясь на подлежащие ткани и, следовательно, не вызывая ограничения подвижности этого отдела гортани.

III стадия — опухоль распространяется за пределы одного этажа, включая преднадгортанниковое пространство, или в глубь него. При этой стадии всегда ограничена подвижность соответствующей половины гортани, имеются регионарные метастазы.

IV стадия — опухоль переходит на окружающие ткани и органы: глотку, корень языка, щитовидную железу, трахею. Если имеются несмещающиеся двусторонние регионарные или отдаленные метастазы, независимо от размеров первичной опухоли всегда диагностируется IV стадия рака гортани.

Принципы ранней диагностики рака гортани:

1. Онкологическая настороженность врачей (не только оториноларингологов, но и терапевтов, педиатров и др.), поскольку жалоб, патогномичных для рака гортани, нет.

2. Систематическое проведение в организованных коллективах профилактических осмотров лиц, имеющих по роду работы контакт с профессиональными вредностями (продукты нефтехимии, каменноугольная пыль, ядохимикаты и др.), с последующим диспансерным наблюдением за пациентами, у которых выявлены хронический гипертрофический ларингит, монохордит (специфический — туберкулезный, сифилитический или неспецифический — вазомоторный, травматический), папиллома гортани.

3. Обязательный осмотр гортани всем больным, обращающимся на прием к оториноларингологу в поликлинику, независимо от предъявляемых жалоб.

4. Детальное и тщательное обследование больных оториноларингологом в поликлинике: наружный осмотр шеи, пальпация регионарных лимфатических узлов, непрямая ларингоскопия с осмотром всех отделов, анатомических элементов гортани в определенной последовательности: сверху — вниз и сзади — наперед. Предварительное проведение анестезии гортаноглотки перед непрямой ларингоскопией, если ее выполнение затруднено в связи с повышенным глоточным рефлексом, а также в тех случаях, когда требуется оттянуть надгортанник, чтобы детально осмотреть его фиксированную часть — основание гортанной поверхности.

5. Использование в диагностике дополнительных методов: микроларингоскопии, электронной ларингостробоскопии, рентгенографии и томографии, эхолокации, термографии, радиоизотопного и флюоресцентного методов, специфических биохимических реакций, цитологического анализа мокроты, соскоба, отпечатков с опухолевого инфильтрата, аспирационного и пункционного материала, гистологического исследования кусочка опухолевой ткани (биопсии).

ЗАНЯТИЕ №9

Тема. Инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха.

Неинфекционный некротический гранулематоз (гранулематоз Вегенера). Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Актуальность. Среди причин смертности инфекционный некротический гранулематоз

(гранулематоз Вегенера) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) занимают значительное место. В связи с ростом частоты и многообразия клинических проявлений практическому врачу любого профиля необходимо ориентироваться в диагностике и лечении инфекционного некротического гранулематоза (гранулематоз Вегенера) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление об эпидемиологии инфекционного некротического гранулематоза (гранулематоз Вегенера) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), методах лечения;

знать клинические проявления инфекционного некротического гранулематоза (гранулематоз Вегенера) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), принципы их лечения и профилактику;

уметь выполнять эндоскопические методы исследования верхних дыхательных путей и уха, своевременно выявлять ранние симптомы новообразований и проводить дифференциальную диагностику их с инфекционными гранулемами и воспалительными заболеваниями, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Место проведения занятия. ЛОР-кабинет онкологического диспансера, специализированное отделение «Опухоли головы и шеи» или ЛОР-клиника.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, пульверизатор для орошения слизистой оболочки глотки и гортани, наборы гортанных кюреток, гортанная петля, набор для трахеостомии, стробоскоп, рентгенограммы, слайды.

Таблица 24

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Склерома	Знать, чтобы использовать в диагностике	Назвать наиболее частую локализацию специфических инфильтратов в дыхательных путях. Перечислить стадии развития заболевания
2. Туберкулез гортани	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика.
3. Сифилис верхних дыхательных путей	Знать, чтобы использовать в диагностике	Назвать наиболее частую локализацию процесса в третичном периоде. Перечислить заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика.
Неинфекционный некротический гранулематоз (гранулематоз)	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика.
Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика.

Классификационные критерии диагностики гранулематоза Вегенера

Таблица 25

Критерий	Определение
1. Воспаление носа и полости рта	Язвы в полости рта. Гнойные или кровянистые выделения из полости носа
2. Изменения при рентгенографическом исследовании лёгких	Узелки, инфильтраты или полости
3. Изменения мочи	Микрогематурия (>5 эритроцитов в поле зрения) или скопления эритроцитов в осадке мочи
4. Биопсия	Гранулематозное воспаление в стенке артерии или в периваскулярном и экстраваскулярном пространствах

ЗАНЯТИЕ №12

Тема. Профессиональный отбор и экспертиза в оториноларингологии.

Актуальность. Сущность профессионального отбора. Два вида медицинских противопоказаний, которые необходимо учитывать при проведении профессионального отбора. Значение профессиональных консультаций. Профессиональный отбор по слуховой и вестибулярной функции, его значение для различных видов авиации, в том числе космической и морского флота. Современные методы профилактики и лечения болезни движения. Военно-медицинская экспертиза, работа врача в призывной комиссии, способы выявления аггравации, симуляции и диссимуляции расстройства слуха и голосообразования. Врачебно-трудовая экспертиза. Определение степени и характера утраты трудоспособности в связи с ЛОР – заболеваниями. Работа КЭК и КСЭК.

Цель. После изучения темы аспирант должен:

иметь представление о сущности профессионального отбора;

знать причины, клинические проявления, основные принципы профессионального отбора. Два вида медицинских противопоказаний, которые необходимо учитывать при проведении профессионального отбора. Значение профессиональных консультаций. Профессиональный отбор по слуховой и вестибулярной функции, его значение для различных видов авиации, в том числе космической и морского флота. Современные методы профилактики и лечения болезни движения. Военно-медицинская экспертиза, работа врача в призывной комиссии, способы выявления аггравации, симуляции и диссимуляции расстройства слуха и голосообразования. Врачебно-трудовая экспертиза. Определение степени и

характера утраты трудоспособности в связи с ЛОР – заболеваниями. Работа КЭК и КСЭК;

уметь выполнять профессиональный отбор по слуховой и вестибулярной функции, его значение для различных видов авиации, в том числе космической и морского флота.

Место проведения занятия. ЛОР - кабинет в поликлинике, приемный покой ЛОР - клиники или ЛОР - стационара.

Оснащение. Лобный рефлектор, набор смотровых инструментов, набор крючков для удаления инородных тел из носа, глоточный и гортанный корнцанги, шприц Жане, тампоны для передней и задней тампонады, мягкий резиновый катетер, рентгенограммы и слайды.

Таблица 26

Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля
1. Сущность профессионального отбора. Значение профессиональных консультаций.	Знать, чтобы правильно провести профессиональный отбор и определить адекватную тактику	Перечислить сущность профессионального отбора. Значение профессиональных консультаций. и записать в рабочую тетрадь
2. Профессиональный отбор по слуховой и вестибулярной функции, его значение для различных видов авиации,	То же	Назвать виды Профессиональный отбор по слуховой и вестибулярной функции, его значение для различных видов авиации, в том числе космической и морского флота
3. Современные методы профилактики и лечения болезни движения.		Назвать основные методы профилактики и лечения болезни движения
5. Военно-медицинская экспертиза, работа врача в призывной комиссии, способы выявления аггравации, симуляции и диссимуляции		Перечислить способы выявления аггравации, симуляции и диссимуляции расстройства слуха и голосообразования.
6. Врачебно-трудовая экспертиза. Определение степени и характера утраты трудоспособности в связи с ЛОР – заболеваниями. Работа		Назвать степени и характера утраты трудоспособности в связи с ЛОР – заболеваниями.

Экспертиза.

Экспертизу применяют в социальном страховании, при трудоустройстве, в военной и судебной медицине. В социальном страховании медицинскую экспертизу осуществляют врачебно-трудовая экспертная комиссия (ВТЭК) и врачебно-консультативная комиссия (ВКК). В задачи ВТЭК входит определение степени трудоспособности, в задачу ВКК — экспертиза временной нетрудоспособности.

В настоящее время различают временную и постоянную нетрудоспособность. Первая характеризуется ухудшением здоровья, которое имеет обратимый характер. Постоянная,

или стойкая, нетрудоспособность характеризуется необратимыми нарушениями часто не только функции органа, но и его анатомической структуры. Временная нетрудоспособность чаще всего связана с острыми воспалительными заболеваниями ЛОР-органов или обострением хронических, травмами, интоксикациями и др.

Экспертизу нетрудоспособности начинает лечащий врач, который выдает больничный лист; продление его осуществляет ВКК, а в дальнейшем при необходимости ВТЭК решает вопрос о степени стойкой нетрудоспособности, руководствуясь результатами медицинского обследования лица, направленного на экспертизу. Эти данные вносят в специальную карту, форма которой утверждена Министерством здравоохранения РФ. При экспертизе учитывают функциональные нарушения органов и степень их компенсации. Следует строго индивидуально подходить к профессии лица, проходящего экспертизу, в связи с чем на ВТЭК нередко направляют дополнительную карту — так называемый санитарный маршрут. В этой карте цеховой или санитарный врач дает подробную санитарную характеристику участка работы того лица, которое направлено на экспертизу.

Другим важным методом работы ВТЭК, так же как и ВКК, является определение связи возникшего нарушения функции того или иного органа с производством. Иными словами, ВТЭК устанавливает профессиональный характер заболевания, например поражения звукового анализатора у ткачей или вибрационной болезни у шахтеров. В этих случаях решается вопрос об определении либо трудоспособности вообще (группа инвалидности), либо профессиональной инвалидности. При стойкой нетрудоспособности, как правило, устанавливают группу инвалидности, причем сроки ее зависят от характера поражения органа. В оториноларингологии стойкая нетрудоспособность наблюдается при злокачественных опухолевых поражениях ЛОР-органов, поражениях вестибулярного и звукового анализаторов и др.

Военно-медицинская экспертиза предусматривает определение состояния здоровья лиц и годности их к службе в различных родах войск. Основным документом, которым руководствуются военно-врачебные комиссии, является приказ министра обороны РФ.

Судебно-медицинская экспертиза предусматривает освидетельствование живых лиц, трупов, изучение вещественных доказательств и других материалов, необходимых для органов следствия и судопроизводства. В оториноларингологической практике в ряде случаев приходится сталкиваться с симуляцией, аггравацией и диссимуляцией. Симуляция — сознательное и преднамеренное представление несуществующей болезни, аггравация — преувеличение выраженности симптомов существующего заболевания, диссимуляция — попытка скрыть существующее заболевание или приуменьшить его выраженность.

Литература:

- 1.Альтман А.Я., Вайтулевич С.В. Слуховые вызванные потенциалы человека и локализация источника звука. СПб.: Наука, 1992 г.

2. Атлас оперативной оториноларингологии. Под ред. Погосова В.С. М.: Медицина, 1983 г.
3. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с.
 1. Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология. Руководство для врачей. - 2002 г. – 727 с.
 2. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180 с.
 3. Бобошко М.Ю. Речевая аудиометрия: учебное пособие. – СПб: Изд-во СПбГМУ, 2012. – 64 с.
 4. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях/ В.Ф. Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с.
 5. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита. /А.С.Лопатин // РМЖ, Том 9 № 16-17, 2001 – с.58-61
 6. Наседкин А.Н., Зенгер В.Г. Лазеры в оториноларингологии. М.: Медицина, 2000 г.
 7. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПб: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
 8. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, горла и уха. М. Медицина, 2003 г.
 9. Овчинников А.Ю. Острый и хронический фарингит // Вестн. оторинолар. – 1991 - №4 – с.8-10.
 10. Оториноларингология национальное руководство.- под ред. чл. кор. РАМН В. Т. Пальчун.- Москва изд. Гр. «ГОЭТАР-Медиа» 2009 г. – 954 с.
 11. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. – М. «Медицина» - 2002 г. – 571 с.
 12. Патякина О.К., Янов Ю.К., Егоров В.И. Перилимфатические фистулы лабиринта. М., 2000 г.
 13. Практическое руководство по сурдологии / А.И. Лопотко [и др.]. – СПб.: Диалог, 2008. – 274 с.
 14. 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.
 15. Таварткиладзе Г.А. Функциональные методы исследования слухового анализатора/ В кн.: Оториноларингология/ Национальное руководство / под ред. В.Т.Пальчуна В.Т. – М.: Геотар, 2008. – Гл.5. - С. 113-149.
 16. Таварткиладзе Г.А. Кохлеарная имплантация/ В кн.: Оториноларингология/ Национальное руководство / под ред. В.Т.Пальчуна В.Т. – М.: Геотар, 2008. – Гл.8. - С. 360-373.
 17. Таварткиладзе Г.А. Клиническая аудиология. – М., Медицина, 2013. - 674 с.
 18. Таварткиладзе Г.А. Сенсоневральная тугоухость. Клинические рекомендации . – М.-С.-петербург, 2014. - 21 с.
 19. Таварткиладзе Г.А., Ясинская А.А. Врожденные и перинатальные нарушения слуха/ В кн.: «Неонатология/ Национальное руководство – краткое издание. - М.: Геотар, 2013. – Гл.30. - С.804-816.
 20. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs// Pediatrics. - 2007. – V.120. – P.898–921.
 21. Antibiotics for sore throat. / C.B.Del Mar, P.P.Glasziou, A.B.Spinks / The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD 000023. pub2.

22. Balkany T, Hodges A, Telischi F, et al. William House Cochlear Implant Study Group: position statement on bilateral cochlear implantation// *Otol Neurotol* - 2008. – V.29(2). – P.107-108.
23. Bartlett J.G. IDCP guidelines: management of upper respiratory tract infections. *Pharyngitis // Infect. Dis. Clin. Pract.* – 1997. – Vol.6. – P.212 – 215.
24. Bisno A.L. Acute pharyngitis: etiology and diagnosis // *Pediatrics.* – 1996. – Vol.97, suppl. – P.949 – 954.
25. Bisno A.L., Gerber M.A., Gwaltney J.M. et al. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: a practical guideline // *Clin. Infect. Dis.* – 1997. – Vol.25. – P.574 – 583.
26. Bloomington M.N. Acute pharyngitis. / M.N. Bloomington // *Institute for Clinical Systems Improvement (SCSI), Institute for Clinical Systems Improvement (2005)* - 33 - 50p.
27. Cowan D.L. Acute and chronic infection of the pharynx and tonsils / D.L. Cowan, J. Hibbert / – *Scott-Brown's Otolaryngology*, Sixth edition – Oxford, 1997 – vol.5 – chapter 4 – p.1-24.
28. British Society of Audiology and British Academy of Audiology: Guidance on the use of Real Ear Measurement to Verify the Fitting of Digital Signal Processing Hearing Aids. July 2007. www.thebsa.org.uk
29. Christensen, L., Smith-Olinde, L., Kimberlain, J., et al. Comparison of traditional bone-conduction hearing aids with the BAHA system// *J Am Acad Audiol.* – 2010. – V.21. – P.267- 273.
30. Clinical practice guideline: sudden hearing loss// *Otolaryngol Head Neck Surg.* – 2012. – V.146(3) (Suppl). – P.1-35
31. Dagnelie C.F. Sore Throat in General Practice. A Diagnostic and Therapeutic Study. / C.F. Dagnelie // *Thesis. Rotterdam*, 1994.
32. Durieux-Smith A, Fitzpatrick E, Whittingham J. Universal newborn hearing screening: A question of
33. Evidence// *Int J Audiol.* – 2008. – V.47. – P.1–10.
34. Gerber M.A. Comparison of throat cultures and rapid strep tests for diagnosis of streptococcal pharyngitis // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 1989. – Vol.8. – P.820 – 824.
35. Gerber M.A. // *Emerging concerns of streptococcal pharyngitis. Proceedings of the 6th International Congress for Infectious Diseases*, April 26 – 30, 1994.
36. Gwaltney J.M. Pharyngitis. / J.M. Gwaltney // In: Mandell G.L., Bennet J.E., Dolin R., editors, *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 4th Edition. NY: Churchill Livingstone – 1996, 566–9.
37. Guidelines for Auditory Brainstem Response testing in babies. NHSP Clinical Group. Version 2.1, March 2013. Available at <http://hearing.screening.nhs.uk/audiologyprotocols>
38. Guidelines for the early audiological assessment and management of babies referred from the newborn hearing screening programme. NHSP Clinical Group. Version 3.1, July 2013. Available at <http://hearing.screening.nhs.uk/audiologyprotocols>
39. Guidelines for the fitting, verification and evaluation of digital signal processing hearing aids within a children's hearing aid service. Modernising Children's Hearing Aid Services (MCHAS), revised Sept 2005. www.psych-sci.manchester.ac.uk/mchas
40. Guidelines for Recommending Cochlear Implantation. Sound Partnership, n.d. at [http://www.cochlearcareers.com/ap/sound-partnership/issue3/.](http://www.cochlearcareers.com/ap/sound-partnership/issue3/)
41. Hansaker D.H. Etiology of Infectious Diseases of the Upper Respiratory Tract. / D.H. Hansaker, J.L. Boone // In: Ballenger J.J., Snow J.B., editors, *Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery*. 15th edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, 69–83.
42. Hesse G., Andreas R., Schaaf H., et al. DPOAE und laterale Inhibition bei chronischem Tinnitus// *HNO.* – 2008. – Vol. 56 (7). – P. 694-700.

43. Hyde ML. Newborn hearing screening programs: Overview// J Otolaryngol. - 2005. – V.34, (Suppl 2). – P.70–78
44. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), SIGN Publication – 1999, Number 34, p.23
45. Middle Ear Implant for Sensorineural, Conductive and Mixed Hearing Losses/ Medical Services Advisory Committee. – 2010. - 202 p.
46. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. / Cooper R.J., Hoffman J.R., Bartlett J.G. at al.// American Academy of Family Physicians; American College of Physicians — American Society of Internal Medicine; Centers for Disease Control (2001) Ann. Intern. Med., 134(6): 509—517.