

МПД-19

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

---

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ**  
**по дисциплине**  
**«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело,  
утвержденной 17.04.2024 г.

Владикавказ, 2024

УДК 616.21/28(035)

Методические материалы предназначены для обучения работы студентов 4 курса (7 семестр) медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России по дисциплине оториноларингология и составлено в соответствии с Учебными планами ОПОП ВО по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело и на основании ФГОС ВО по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденный Министерством образования и науки РФ «15» июня 2017 г.

Утверждено на заседании ЦУМК ФГБОУ ВО Северо-Осетинской государственной медицинской академии Минздрава России (протокол № 4 «02» апреля 2024)

Составитель: зав. кафедрой оториноларингологии с офтальмологией ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, доцент, д. м. н. Э. Т. Гаппоева

Рецензенты:

Заведующая кафедрой фармакологии и клинической фармакологии доктор медицинских наук, профессор Л. З. Болиева

Профессор кафедры внутренних болезней №5 д.м.н., профессор А. С. Цогоев

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России

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-методические рекомендации, в которых отражена информация по методике преподавания и контроля учебной дисциплины по оториноларингологии (разделы, темы), содержащее учебную информацию в виде иллюстративного материала, тестового контроля, ситуационных задач.

Цель учебно-методических рекомендаций — помочь преподавателям медицинских вузов в методике преподавания и проведения контроля изучения дисциплины по оториноларингологии.

## **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 студентами медицинских вузов.*

*Согласно учебному плану на всю дисциплину предусмотрено 114 часов, из них 22 часа лекций, 54 часа практических занятий и 38 часов - самостоятельной работы студентов. 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 студенты работают в перевязочной, посещают операционную, аудиологическую и вестибулологическую лаборатории, кабинеты эндоскопической техники и физических*

методов лечения. Студенты ведут амбулаторный прием больных, заполняют соответствующую медицинскую документацию, выполняют диагностические и лечебные манипуляции.

Предусматривается проведение учебно-исследовательской работы студентов — УИРС с применением различных ее форм. Проводится программированный контроль исходного и конечного уровня знаний; используются ситуационные задачи и компьютерные учебные программы, что приближает студента к реальной деятельности врача.

Некоторые разделы специальности на практических занятиях не разбираются, они получают освещение в лекционном курсе. Занятия проводятся по следующему плану: организационный этап; программированный контроль исходного уровня знаний; разбор основных вопросов темы; самостоятельная работа студентов; программированный контроль конечного уровня знаний с решением ситуационных задач и проведением тестирования; подведение итогов занятия.

Практические навыки (методики), подлежащие освоению студентами в течение цикла практических занятий:

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

## ЗАНЯТИЕ №1

### **Тема. МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ**

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

*Цель.* После изучения темы студент должен:

*иметь представление* об общих принципах обследования оториноларингологических больных;

*знать* принципы работы с лобным рефлектором 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**

<b>Вопросы</b>	<b>Цель</b>	<b>Задания для самоконтроля</b>	<b>Источники информации</b>
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	1) Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник. - 2007. С.7-77 - Лекционный материал кафедры, где обучается студент
2. Оборудование и инструментарий для выполнения эндоскопических методов	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	1) Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник. - Гриф МО РФ. - ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 584 с.
5. Задняя риноскопия		Нарисовать картину носоглотки и обозначить ее	2) Лучихин Л. А. <a href="#">Обследование оториноларингологического больного.</a> - ГЭОТАР-Медиа. - 2014 г. - 256 с.
6. Фарингоскопия		Назвать два момента, нарисовать и описать нормальную фарингоскопическую картину	3) <a href="#">Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа".</a> - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г. - 315 с.
7. Непрямая ларингоскопия		Назвать три момента, нарисовать и описать положение голосовых складок при фонации и дыхании.	

## ПЛАН РАБОТЫ НА ЗАНЯТИИ (240 мин.)

№/ №	Алгоритм деятельности		Ориентировочные признаки		
	Последовательные операции	Средства действия	Основания	Критерии контроля	Возможные осложнения
1	Основные анатомические понятия, необходимые для описания эндоскопической картины ЛОР органов	Оборудование и инструментарий для выполнения эндоскопических методов исследования	Визуальные, пальпация, перкуссия, данные объективного эндоскопического осмотра ЛОР органов, данные R-графии ЛОР органов, МРТ, КТ.	Схематически нарисовать и обозначить основные анатомические элементы полости носа, ротоглотки, гортани и уха.	Травматические повреждения слизистой оболочки полости носа, ротоглотки; кожи наружного слухового прохода; болевые ощущения и т. д., которые могут возникнуть от неумелых и неправильных действий во время осмотра ЛОР органов.
2	Методика исследования носа и околоносовых пазух –	Налобный рефлектор; или автономный источник света; эндоскопы с	Визуальные, пальпация (наружного носа; передних	Преддверие полости носа; цвет слизистой оболочки:	Травматические повреждения слизистой

	<p>передняя риноскопия</p>	<p>различным углом зрения; носовое зеркало-носорасширитель</p>	<p>нижних стенок лобных пазух; передних стенок верхнечелюстных пазух; подчелюстных и шейных лимфатических узлов) перкуссия, данные объективного эндоскопического осмотра носовой полости, данные Р-графии придаточных пазух носа, МРТ, КТ.</p>	<p>розовая; гиперемирована; с белесоватыми пятнами и т. д.; носовая перегородка: по средней линии; деформирована – гребень, шип; носовые раковины (нижние, реже средние): не увеличены; гипертрофированы; атрофированы, покрыты буроватыми или желто-зелеными корками; с гладкой, бугристой или крупнозернистой поверхностью; имеют широкое основание и значительные размеры</p>	<p>оболочки полости носа; болевые ощущения и т. д., которые могут возникнуть от неумелых и неправильных действий во время осмотра ЛОР-органов.</p>
--	----------------------------	--	--	--	--



3	Задняя риноскопия	Налобный рефлектор; или автономный источник света; эндоскопы с различным углом зрения; носоглоточное зеркало; шпатель	Визуальные, пальцевое исследование носоглотки, данные объективного эндоскопического осмотра носоглотки, данные R-графии носоглотки в аксиальной проекции, МРТ, КТ.	Свод носоглотки: свободный, заполнен аденоидными вегетациями, опухолевидным образованием и т. д.; хоаны, задние концы носовых раковин: гипертрофированы; атрофированы; с гладкой, бугристой или крупнозернистой поверхностью, глоточные отверстия слуховых труб	Травматические повреждения слизистой оболочки ротоглотки; ожоги мягкого неба, корня языка, болевые ощущения и т. д., которые могут возникнуть от неумелых и неправильных действий во время осмотра ЛОР органов.
4	Методика исследования глотки	Налобный рефлектор или автономный источник света; два шпателя	Наружный осмотр, пальпация, эндоскопия глотки	Преддверие рта (слизистая оболочка, выводные протоки околоушных слюнных желез, полость рта, зубы, десны, твердое небо, язык, выводные протоки подъязычных и поднижнечелюстных слюнных	Травматические повреждения слизистой оболочки ротоглотки; болевые ощущения и т. д., которые могут возникнуть от неумелых и неправильных

				желез, дно рта), подвижность и симметричность мягкого неба, небно-язычные и небно-глочные дужки, размер небных миндалин, содержимое лакун, задняя стенка глотки	ых действий во время осмотра ЛОР органов.
5	Методика исследования гортани – непрямая ларингоскопия	Налобный рефлектор; или автономный источник света; гортанное зеркало; эндоскопы	Наружный осмотр, пальпация гортани, хрящей, определяют хруст хрящей, болезненность, пассивную латеральную подвижность, региональные лимфатические узлы: подчелюстные, глубокие шейные, задние шейные, предгортанные, пред- и паратрахеальные, над- и подключичные, непрямая ларингоскопия - гипофарингоскопия	Корень языка с язычной миндалиной, надгортанник, валекулы, голосовые складки, вестибулярные складки, желудочки гортани, черпаловидные хрящи, межчерпаловидное пространство, черпалонадгортанные складки, грушевидные карманы, оценивается симметричность подвижность обеих половин гортани, подголосовое пространство, верхние кольца передней стенки трахеи	Травматические повреждения слизистой оболочки; ожоги мягкого неба, корня языка, болевые ощущения и т. д., которые могут возникнуть от неумелых и неправильных действий во время осмотра ЛОР органов.
6	Методика	Налобный	Наружный	Кожа	Травматич

	исследования уха - отоскопия	рефлектор; или автономный источник света; ушная воронка; отоскоп, операционный или диагностический микроскоп	осмотр, пальпация, (козелка, сосцевидного отростка, регионарных лимфатических узлов спереди, книзу, сзади от наружного слухового прохода), отоскопия	наружного слухового прохода, барабанная перепонка (цвет, короткий отросток, рукоятка молоточка, передняя и задняя молоточковые складки, световой конус, пупок барабанной перепонки)	еские повреждения кожи наружного слухового прохода; болевые ощущения и т. д., которые могут возникнуть от неумелых и неправильных действий во время осмотра ЛОР органов.
7	Эзофагоскопия	Бронхоскопы Брюнинга, Мезрина, Фриделя и волоконная оптика, электроотсос, набор щипцов для удаления инородных тел и биопсии	Техника эзофагоскопии и	Надгортанник, черпаловидные хрящи, вход в пищевод, слизистая оболочка пищевода, сужения пищевода	Травматические повреждения слизистой оболочки, перфорация стенки пищевода
8	Трахеобронхоскопия	Бронхоскопы Брюнинга, Мезрина, Фриделя и волоконная оптика, электроотсос, набор щипцов для удаления инородных тел и биопсии	Верхняя и нижняя трахеобронхоскопия	Голосовая щель, стенки трахеи, область бифуркации, главные и долевые бронхи, осмотр трахеобронхального дерева	Травматические повреждения слизистой оболочки, перфорация стенок трахеи или бронхов.

**Задание на дом:** клиническая анатомия, физиология, методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов.

## ЗАНЯТИЕ №2

**Тема: КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО И ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРОВ.**

*Актуальность:* слуховой анализатор способствует формированию речевой функции, имеет большую социальную значимость. 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.* После изучения темы студент должен:

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

о взаимоотношениях вестибулярного анализатора с другими системами организма, современной вестибулометрии;

*знать* клиническую анатомию и физиологию слухового анализатора;

*знать* клиническую анатомию и физиологию вестибулярного 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.

*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 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.

## ЗАДАНИЕ НА САМОПОДГОТОВКУ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

Вопросы	Цель	Задание для самоконтроля	Источники информации
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	1) <a href="#">Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа". - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г. - 315 с.</a> 2) <a href="#">Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Магомедов М. М. Руководство по практической оториноларингологии. - МИА. - 2011 г. - 565 с.</a>
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 перепонки	
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	1) <a href="#">Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Магомедов М. М. Руководство по практической оториноларингологии. - МИА. - 2011 г. - 565 с.</a> 2) <a href="#">Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Крюков А. И. Руководство по</a>
Топография лицевого нерва	Знать, чтобы использовать при	Назвать два колена лицевого	<a href="#">Крюков А. И. Руководство по</a>

	изучении заболеваний среднего уха и их осложнений, а также оперативных вмешательств	нерва и стенки барабанной полости, в которых они располагаются	<a href="#">очаговой инфекции в оториноларингологии</a> , - Москва изд. гр. ГЭОТАР- Медиа. - 2015 г. - С. 405-467
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	-//-	-//-	1) Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник. - Гриф МО РФ. - ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 584 с.
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 звукопроводения	-//-	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	1) Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник. - Гриф МО РФ. - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г. - 584 с. 3) Лучихин Л. А. <a href="#">Обследование оториноларингологического больного.</a> - ГЭОТАР- Медиа. - 2014 г. - 256 с.
Слуховой паспорт	Топическая диагностика поражений слухового анализатора	Начертить схему, усвоить методику выполнения камертональных проб	
Тональная пороговая аудиометрия	Диагностика звукопроводения и звуковосприятия	Перечислить степени тугоухости, типы аудиограмм	
Тимпанометрия	Диагностика звукопроводения	Перечислить типы тимпанограмм (А, В, С...), акустическая рефлексометрия (ипси-, контралатеральная)	
Барофункция уха	Знать, чтобы использовать в диагностике и при профессиональном отборе		

Отделы внутреннего уха, относящиеся к вестибулярному анализатору	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии	Назвать два отдела	1) <a href="#">Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа". - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г. - 315 с.</a>  2) Лекционный материал кафедры
Анатомия полукружных каналов и строение купулярного аппарата	-//-	Нарисовать и обозначить полукружные каналы и место расположения в них рецептора	1) <a href="#">Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа". - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г. - 315 с.</a>
Анатомия преддверия и строение отолитового аппарата	-//-	Назвать составные части перепончатого преддверия Нарисовать строение отолитового аппарата	1) Оториноларингология национальное руководство / Под ред. чл. кор. РАМН В. Т. Пальчун. - Москва изд. Гр. «ГЭОТАР-Медиа». - 2013 г. – 954 с.
Проводящие пути ядра и их анатомические и функциональные связи с центральной нервной системой		Назвать пять основных анатомических и функциональных связей вестибулярного анализатора	1) Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования,



Адекватные раздражители вестибулярного анализатора и пороги их возбудимости	Знать, чтобы использовать при исследовании функции вестибулярного анализатора в клинике и при	Перечислить и записать в рабочую тетрадь величину порогов	обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа". - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г. - 315 с.
Вестибулярные рефлексы	-//-	Назвать три группы	1) Лучихин Л. А. <a href="#">Обследование оториноларингологического больного.</a> - ГЭОТАР-Медиа. - 2014 г. - С. 248- 326
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	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	1) Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа". - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г. - 315 с.
Методы исследования функции преддверия	Знать, чтобы использовать при исследовании функции вестибулярного анализатора в клинике и при профессиональном	Усвоить методику выполнения	

Отолитовая проба и её оценка	Знать, чтобы использовать при исследовании функции вестибулярного анализатора в клинике и при	Описать методику. Перечислить степени отолитовой реакции по Воячеку В. И.	
------------------------------	---	---	--

### 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 рефлекс); 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 студенты, 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 4**

#### 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.

Далее для проведения исследования слуха речью и камертонами преподаватель вызывает трёх студентов, один из которых исследует слух у второго студента, а третий записывает полученные результаты в акустрическую формулу. По ходу исследования слуха преподаватель задаёт вопросы любому студенту группы. После этого 2 студента исследуют слух больного из стационара и дают трактовку полученным данным.

Таблица 5

**ПЛАН РАБОТЫ НА ЗАНЯТИИ (240 мин.)**

№ / №	Алгоритм деятельности		Ориентировочные признаки		
	Последовательные операции	Средства действия	Основания	Критерии контроля	Возможные осложнения
1	Субъективные и объективные методы исследования слуховой функции	Камертоны С128, С512, С2048. Электроакустическая аппаратура – аудиотимпано-метр GSI 38,	Исследование слуховой функции живой речью.  Исследование костной проводимости (камертон С128, С512) Исследование воздушной проводимости (С128, С512, С2048) Тональная пороговая аудиометрия, тональная надпороговая аудиометрия, исследование слуховой чувствительности к ультразвуку, речевая	Исследование слуховой функции разговорной (10 м) и шепотной речью (6м). Длительность восприятия звучания камертона по воздуху; продолжительность костного восприятия. Опыты Ринне (R), Вебера (W), Желе (G), Федеричи (F). Наличие субъективного шума в ушах. Пороговые кривые костной и воздушной проводимости, костно-	

			<p>аудиометрия, СВП, КСВП, ДСВП, импедансная аудиометрия, акустическая эмиссия</p>	<p>воздушный разрыв. ФУНГ – феномен ускоренного нарастания громкости, метод Люшера – определение дифференциального порога восприятия интенсивности звука, ИМПИ-тест – индекс малых приростов. Восприятие ультразвука при костном проведении в диапазоне частот до 20 кГц.</p> <p>Тимпанометрия – регистрация акустического сопротивления акустической системы наружного, среднего и внутреннего уха, акустическая рефлексометрия - регистрация изменений податливости звукопроводящей системы, происходящей при сокращении стременной мышцы</p>	
--	--	--	--	---	--

2	<p>Усвоение основных анатомо-топографических особенностей и внутреннего уха (полукружных каналов и преддверия), проводящих путей и центров</p>	<p>Повторение по муляжам, костным препаратам, таблицам, слайдам</p>	<p>Углубить знания для использования при изучении заболеваний уха</p>	<p>Тестирование, опрос, анализ и синтез полученной информации.</p>	
3	<p>Исследование функции вестибулярного анализатора</p> <p>а) Исследование функции полукружных каналов и составление вестибулярного паспорта;</p> <p>б) Исследование функции отолитового аппарата</p>	<p>Кресло Барани, шприц Жанне,</p>	<p>Проведение и оценка вестибулометрических проб.</p> <p>А) Выявление студентами друг на друге спонтанных нарушений, проведение нагрузочных вестибулярных проб. Внесение полученных данных в вестибулярный паспорт. Использовать домашние зарисовки.</p> <p>Б) Проведение студентами друг на друге отолитовой пробы с</p>	<p>Вестибулометрия – выявление спонтанной симптоматики (спонтанный нистагм, изменение тонуса мышц конечностей, нарушение походки), проведение и оценка вестибулометрических проб (тонические реакции отклонения рук – указательные, пальце-пальцевые пробы, проба Водака-Фишера, исследование устойчивости в позу Ромберга, походка по прямой линии и фланговая,</p>	<p>Вестибулосенсорные, вестибулосоматические, вестибуловегетативные реакции</p>

			оценкой её результатов по степеням	адиадохокинез. Вестибулярные пробы – вращательная, калорическая, прессорная пробы, исследование функции отолитового аппарата, отолитовая реакция, методика укачивания на четырехштанговых качелях, стабилметрия).	
--	--	--	------------------------------------	---	--

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 студентов в аудиометрический кабинет с сурдокамерой. Демонстрируется тональная пороговая и надпороговая аудиометрия. Результаты исследования заносятся на специальную карту - аудиограмму, преподаватель знакомит студентов с трактовкой аудиометрических данных. Далее преподаватель знакомит студентов 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.

Ознакомление с рисунками и аппаратурой для исследования статокINETической функции. Демонстрации преподавателем методики исследования статокINETической функции. Освоение студентами 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 студенты, пользуясь консультацией преподавателя, 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 студентах методику различных способов исследования статокинетической функции с заполнением вестибулометрической формулы.

Таблица 6

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  $45^\circ$  и просит его смотреть на палец. Если спонтанный нистагм есть, определяются 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, мелкоамашистый, 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  $18^\circ\text{—}20^\circ\text{C}$ ;
- 2) испытуемый сидит с отклоненной головой назад на  $60^\circ$  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  $30^\circ$  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  $45^\circ$ .

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 сгущает воздух в наружном слуховом проходе с помощью баллона. Прессорный нистагм выявляется при наличии фистулы в латеральном полукружном канале.

При сгущении 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 7**

**ОР (по В. И. Воячку)**

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

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 8**

**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	Тошнота и рвота

качания	
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 студентов, 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 студента исследуют статокINETическую функцию больного из стационара и дают трактовку полученных данных.

По существующему положению исследование начинается с определения спонтанных показателей состояния статокINETического анализатора. При определении состояния равновесия в покое (стояние) и в движении (походка) врач или его помощник обязательно должен быть рядом с исследуемым, чтобы 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 студентов 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. Студенты должны ознакомиться не только с надпороговым, но и пороговым способом вращательной пробы (купулометрия).

Некоторое преимущество имеет калорическая проба, которую следует проводить с применением холодной и 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 шадящий 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 четырёх 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 статокинетического анализатора.

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

### **Тестовые задания по теме «Клиническая анатомия и физиология уха».**

#### **1. ЧЕЛОВЕК ЛУЧШЕ ВСЕГО СЛЫШИТ В ДИАПАЗОНЕ ЧАСТОТ**

- 1) 50-800 Гц
- 2) 800-4000 Гц
- 3) 4000-10000 Гц
- 4) 10000 - 15000 Гц

#### **2. УШНОЙ ЛАБИРИНТ НАХОДИТСЯ В**

- 1) сосцевидном отростке
- 2) чешуе височной кости
- 3) пирамиде височной кости
- 4) скуловом отростке

#### **3. ЗВУКОПРОВОДЯЩИЙ ОТДЕЛ ЗВУКОВОГО АНАЛИЗАТОРА**

- 1) рейсснерова мембрана улитки
- 2) кортиев орган
- 3) барабанная перепонка и слуховые косточки

#### **4. ЗВУКОВОСПРИНИМАЮЩИЙ ОТДЕЛ ЗВУКОВОГО АНАЛИЗАТОРА**

- 1) барабанная перепонка и слуховые косточки
- 2) наружный слуховой проход
- 3) кортиев орган
- 4) эндолимфа

#### **5. ПЕРЕШЕЕК В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ НАХОДИТСЯ В**

- 1) костном отделе
- 2) перепончато-хрящевом отделе
- 3) переходе перепончато-хрящевого отдела в костный

#### **6. ВОДОПРОВОД УЛИТКИ ОТКРЫВАЕТСЯ В ЧЕРЕПНУЮ ЯМКУ**

- 1) переднюю
- 2) заднюю
- 3) среднюю

#### **7. СИГМОВИДНЫЙ СИНУС НАХОДИТСЯ В ЧЕРЕПНОЙ ЯМКЕ**

- 1) передней
- 2) средней
- 3) задней

#### **8. САНТОРИНИЕВЫ ЩЕЛИ НАХОДЯТСЯ НА СТЕНКЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА**

- 1) нижней
- 2) верхней
- 3) передней
- 4) задней

#### **9. СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗВУКОВЫХ КОЛЕБАНИЙ В ВОЗДУХЕ**

- 1) 332 м/с

- 2) 952 м/с
- 3) 1350 м/с
- 4) 1740 м/с

**10. ПЕРВЫЙ НЕЙРОН ЗВУКОВОГО АНАЛИЗАТОРА НАХОДИТСЯ В**

- 1) барабанной полости
- 2) улитке
- 3) внутреннем слуховом проходе
- 4) продолговатом мозге

**11. СИЛА ГРОМКОЙ РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ РАВНА**

- 1) 30 дБ
- 2) 50 дБ
- 3) 65 дБ
- 4) 80 дБ

**12. ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХА РЕЧЬЮ**

- 1) тимпанометрия
- 2) тональная аудиометрия
- 3) акуметрия
- 4) импедансометрия

**13. В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НАРУЖНЫЙ СЛУХОВОЙ ПРОХОД ПРЕДСТАВЛЕН ОТДЕЛОМ**

- 1) перепончато-хрящевым
- 2) костным
- 3) перепончато-хрящевым отделом и костным

**14. НИЖНЯЯ СТЕНКА БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ГРАНИЧИТ С**

- 1) височно-нижнечелюстным суставом
- 2) сигмовидным синусом
- 3) луковицей яремной вены
- 4) внутренней сонной артерией

**15. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОАКУСТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ НАЗЫВАЕТСЯ**

- 1) тонометрия
- 2) акуметрия
- 3) аудиометрия
- 4) эхография

**16. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЫТА РИННЕ ИСПОЛЬЗУЮТ КАМЕРТОН**

- 1) С 128
- 2) С 512
- 3) С 1024
- 4) С 2048

**17. ВЕРХНИЙ ЭТАЖ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ**

- 1) attic
- 2) antrum
- 3) aditus ad antmm
- 4) promontorium

**18. ГЛОТОЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ОТКРЫВАЕТСЯ В**

- 1) полость носа
- 2) ротоглотку
- 3) носоглотку

**19. НИЗКОЧАСТОТНЫЕ ЗВУКИ ВОСПРИНИМАЮТСЯ В УЛИТКЕ В**

- 1) области основания
- 2) области среднего отдела
- 3) области верхушки

4) всей улитке

**20. ВЫСОКОЧАСТОТНЫЕ ЗВУКИ ВОСПРИНИМАЮТСЯ В УЛИТКЕ В**

- 1) области основания
- 2) области среднего отдела
- 3) области верхушки
- 4) всей улитке

**21. ГРОМКОСТЬ ШЕПОТНОЙ РЕЧИ ПРИМЕРНО РАВНА**

- 1) 30 дБ
- 2) 40 дБ
- 3) 50 дБ
- 4) 60 дБ

**22. РЕЙССНЕРОВА МЕМБРАНА НАХОДИТСЯ В**

- 1) барабанной лестнице
- 2) лестнице преддверия
- 3) преддверии улитки
- 4) барабанной полости

**23. В НОРМЕ ЧЕЛОВЕК ВОСПРИНИМАЕТ ШЕПОТНУЮ РЕЧЬ НА РАССТОЯНИИ**

- 1) 4 м
- 2) 6 м
- 3) 10 м
- 4) 20 м

**24. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРЕССОРНАЯ ПРОБА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФИСТУЛЕ**

- 1) улитки
- 2) преддверия лабиринта
- 3) полукружных каналов

**25. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ РИННЕ НАБЛЮДАЕТСЯ**

- 1) при заболеваниях звуковоспринимающего отдела звукового анализатора
- 2) при заболеваниях звукопроводящего отдела звукового анализатора
- 3) в норме

**26. ВОЛОСЫ И СЕРНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОТДЕЛЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА**

- 1) перепончато-хрящевом
- 2) костном
- 3) перепончато-хрящевом и костном
- 4) перешейке

**27. БАРАБАННАЯ ПОЛОСТЬ ПОСРЕДСТВОМ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ СООБЩАЕТСЯ С**

- 1) носоглоткой
- 2) полостью носа
- 3) улиткой
- 4) антрумом

**28. НАТЯНУТАЯ ЧАСТЬ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ СОСТОИТ ИЗ СЛОЕВ**

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

**29. ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЗВУКОВОГО АНАЛИЗАТОРА**

- 1) тональная пороговая аудиометрия
- 2) речевая аудиометрия
- 3) тональная надпороговая аудиометрия
- 4) регистрация слуховых вызванных потенциалов

### 30. БАРАБАННАЯ СТРУНА ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ НЕРВА

- 1) слухового
- 2) вестибулярного
- 3) лицевого
- 4) тройничного

### 31. ТИМПАНОМЕТРИЯ - ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) акустического сопротивления
- 2) порогов звуковосприятия
- 3) порогов звукопроводения
- 4) слуховых вызванных потенциалов

### 32. СИЛА ЗВУКА, КОГДА ОН ПЕРЕХОДИТ В БОЛЕВОЕ ОЩУЩЕНИЕ

- 1) 80 дБ
- 2) 90 дБ
- 3) 110 дБ
- 3) 130 дБ

Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:

**«Клиническая анатомия и физиология уха».**

№	ОТВЕ	№	ОТВЕ	№	ОТВЕ	№	ОТВЕ
1	2	9	1	17	1	25	2
2	3	10	2	18	3	26	1
3	3	11	3	19	3	27	1
4	3	12	3	20	1	28	2
5	3	13	1	21	1	29	4
6	2	14	4	22	2	30	3
7	3	15	3	23	2	31	1
8	1	16	1	24	3	32	4

Тестовые задания по теме «Клиническая анатомия и физиология вестибулярного анализатора»

#### 1. ПРИ ПРОБЕ ВОЯЧЕКА МЫ НАБЛЮДАЕМ СТЕПЕНЕЙ ОТКЛОНЕНИЯ ТУЛОВИЩА

- 1) две
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять

#### 2. АДЕКВАТНЫЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ РЕЦЕПТОРОВ ПОЛУКРУЖНЫХ КАНАЛОВ

- 1) угловое ускорение
- 2) прямолинейное ускорение
- 3) ускорение силы тяжести

#### 3. АДЕКВАТНЫЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ОТОЛИТОВОГО АППАРАТА

- 1) прямолинейное ускорение, ускорение силы тяжести
- 2) угловое ускорение, прямолинейное ускорение
- 3) ускорение силы тяжести, угловое ускорение
- 4) прямолинейное ускорение, угловое ускорение

#### 4. ВНУТРЕННЕЕ УХО СОСТОИТ ИЗ

- 1) барабанной полости, преддверия, полукружных каналов
- 2) преддверия, улитки, внутреннего слухового прохода
- 3) преддверия, полукружных каналов, улитки
- 4) барабанной полости, преддверия, внутреннего слухового прохода

#### 5. ПЕРВЫЙ НЕЙРОН ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА НАХОДИТСЯ В

- 1) барабанной полости
- 2) улитке
- 3) преддверии
- 4) внутреннем слуховом проходе

**6. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ В КРЕСЛЕ БАРАНИ ГОЛОВУ БОЛЬНОГО НАКЛОНЯЮТ НА**

- 1) левый бок
- 2) правый бок
- 3) 30 градусов вперед
- 4) 30 градусов назад

**7. НАПРАВЛЕНИЕ НИСТАГМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАПРАВЛЕНИЕМ**

- 1) медленного компонента нистагма при крайнем отведении глаз
- 2) быстрого компонента нистагма при крайнем отведении глаз
- 3) медленного компонента нистагма при взгляде прямо
- 4) быстрого компонента нистагма при взгляде прямо

**8. НИСТАГМ I СТЕПЕНИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ ОТВЕДЕНИИ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК В СТОРОНУ**

- 1) медленного компонента
- 2) быстрого компонента
- 3) при взгляде прямо
- 4) не регистрируется

**9. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОТОЛИТОВОЙ ПРОБЫ БОЛЬНОГО НАКЛОНЯЮТ НА**

- 1) правый бок
- 2) левый бок
- 3) 45 градусов вперед
- 4) 90 градусов вперед

**10. НИСТАГМ КАКОЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ВЗГЛЯДЕ В СТОРОНУ МЕДЛЕННОГО КОМПОНЕНТА**

- 1) первой
- 2) второй
- 3) третьей

**11. НАПРАВЛЕНИЕ НИСТАГМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАЛОРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ХОЛОДНОЙ ВОДОЙ**

- 1) вверх
- 2) в противоположную сторону
- 3) в ту же сторону
- 4) ротаторный

**12. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ПОЛУКРУЖНЫХ КАНАЛОВ**

- 1) отолитовая проба
- 2) вращательная проба
- 3) проба на четырехштанговых качелях Хилова
- 4) электрокохлеометрия

**13. ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ОТОЛИТОВОГО АППАРАТА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ**

- 1) двухштанговых качелей
- 2) четырехштанговых качелей
- 3) вращательной пробы
- 4) калорической пробы

**14. ВО ВТОРОМ ЗАКОНЕ ЭВАЛЬДА ГОВОРИТСЯ**

- 1) направление движения эндолимфы соответствует направлению медленного компонента нистагма
- 2) направление движения эндолимфы соответствует направлению быстрого

компонента нистагма

- 3) вращение тела вправо возбуждает левый лабиринт
- 4) вращение тела влево возбуждает правый лабиринт

**15. КОЛИЧЕСТВО СТЕПЕНЕЙ НИСТАГМА**

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:  
**«Клиническая анатомии и физиология вестибулярного анализатора».**

№	ОТВЕ	№	ОТВЕ
1	2	10	3
2	1	11	2
3	1	12	2
4	3	13	2
5	4	14	1
6	3	15	3
7	2		
8	2		
9	4		

**ЗАНЯТИЕ №3**

**Тема: КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ФИЗИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ.**

*Актуальность.* В клинической практике врачам различных специальностей часто приходится встречаться с патологией носа, околоносовых пазух, глотки, в частности её тонзиллярного аппарата и вызванными ими осложнениями. 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, 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 пищепроводным путями, способствует постоянному контакту с огромным количеством разнообразных антигенов.

*Цель.* После изучения темы студент должен:

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

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

*уметь* провести наружный осмотр и пальпацию носа, стенок околоносовых пазух и регионарных лимфатических узлов, переднюю и заднюю риноскопию, мезофарингоскопию, оценить дыхательную и обонятельную функции, описать рентгенограммы, 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 9**

**Задание на самоподготовку к практическому занятию**

<b>Вопросы</b>	<b>Цель</b>	<b>Задание для самоконтроля</b>	<b>Источники Информации</b>
Костная и хрящевая основы наружного носа	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии носа	Назвать кости и хрящи, образующие наружный нос	1) Пальчун В. Т., Магамедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология учебник. - Москва изд. Гр. ГЭОТАР - Медиа. - 2011 г. - 656 с. 2) Лекционный материал кафедры, где обучается студент
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	1) Лекционный материал кафедры, где обучается студент
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	1) Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник. - Гриф МО РФ. - ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 584 с.
Клиническая анатомия	Повторить, чтобы	Перечислить	1) Атлас ЛОР-

околоносовых пазух	использовать при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух	околоносовые пазухи, показать их проекцию на лице	заболеваний. 4-е издание. Булл Т.Р. Под ред. М.Р. Богомильского. - 2007 г. - 272с.
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	1)Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа". - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г.
Физиология носа	Знать, чтобы использовать при изучении патологии носа и исследовании его функций	Назвать основные функции носа	1) <a href="#">Пальчун В.Т.</a> , <a href="#">Лучихин Л.А.</a> , <a href="#">Магомедов М.М.</a> <a href="#">Руководство по практической оториноларингологии</a> и. - МИА. - 2011 г. - С. 71-93
Методы исследования носа	Знать, чтобы применять при осмотре на занятиях и последующей практике	Назвать инструменты для передней риноскопии.	1)Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа". - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г.
Методы исследования	Знать, чтобы	Перечислить	1)Лучихин Л.А.

околоносовых пазух	использовать в диагностике	основные методы исследования околоносовых пазух	Оториноларингология. Учебник. - Гриф МО РФ. - ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 584 с.
Клиническая анатомия глотки	Знать, чтобы использовать в диагностике	Глотка, её отделы и слои, паратонзиллярная и фарингеальная клетчатка, заглоточное пространство.	1) Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник. - Гриф МО РФ. - ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 584 с.
Лимфаденоидное глоточное кольцо	Знать, чтобы использовать в диагностике	Строение, иннервация, кровоснабжение	1) Овчинников Ю. М., Гамов В. П. Болезни носа, горла и уха. - М.: Медицина. - 2003 г. - 320 с.
Методы исследования глотки.	Знать, чтобы использовать в диагностике	Перечислить основные методы исследования	1) <a href="#">Пальчун В. Т., Лучихин Л. А.</a> История болезни в ЛОР-стационаре / Методические рекомендации. - М.: Медицина. - 2004 г. - 32 с.

#### 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.

Таблица 10

#### ПЛАН РАБОТЫ НА ЗАНЯТИИ (300 мин.)

№ / №	Алгоритм деятельности		Ориентировочные признаки		
	Последовательные операции	Средства действия	Основания	Критерии контроля	Время (мин.)

1	Усвоение основных анатомо-топографических особенностей носа, околоносовых пазух	Повторение по муляжам, костным препаратам, таблицам, слайдам.	Углубить знания для использования при изучении заболеваний носа и околоносовых пазух.	Передняя, средняя, задняя риноскопия; эндоскопическое исследование; рентгенография придаточных пазух носа, МРТ, КТ.	15 – 20
2	Передняя и задняя риноскопия	Методика осмотра носа и околоносовых пазух	Выработка навыков с анализом риноскопической картины	Передняя, средняя, задняя риноскопия	30
3	Исследование основных функций носа	Освоение методик исследования дыхательной и обонятельной функций	Выработка навыков и оценка функционального состояния полости носа	Дыхательная функция – нормальная, затрудненная или отсутствует. Обонятельная функция – нормальная (нормоосмия), пониженная (гипосмия), отсутствует (аносмия), извращенная (кокосмия)	20
4	Анализ рентгенограмм, МРТ и КТ носа и околоносовых пазух.	Рентгенограммы, МРТ и КТ носа и околоносовых пазух.	Выработка навыков чтения рентгенограмм, МРТ и КТ носа и околоносовых пазух.	Устное описание рентгенограмм, МРТ и КТ носа и околоносовых пазух.	20
1	Усвоение основных анатомо-топографических особенностей глотки	Повторение по муляжам, костным препаратам, таблицам, слайдам.	Углубить знания для использования при изучении заболеваний глотки.	Эндоскопическое исследование; рентгенография придаточных пазух носа, МРТ, КТ.	15 – 20
2	Ороскопия,	Методика	Выработка	Наружный	30

	мезофарингоскопия, эпифарингоскопия, пальцевое исследование носоглотки	осмотра	навыков с анализом фарингоскопической картины	осмотр, пальпация, эндоскопия глотки	
3	Исследование основных функций глотки	Освоение методик исследования дыхательной, защитной, речевой функций, участие в акте глотания	Выработка навыков и оценка функционального состояния глотки	Дыхательная функция – нормальная, затрудненная или отсутствует. Глотательная, речевая, защитная функция – нормальная, пониженная, отсутствует	20
4	Анализ рентгенограмм, МРТ и КТ глотки	Рентгенограммы, МРТ и КТ	Выработка навыков чтения рентгенограмм, МРТ и КТ	Устное описание рентгенограмм, МРТ и КТ	20

Указать локализацию «кровооточивой зоны перегородка 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 студенты с помощью преподавателя знакомятся со структурой носового и носоглоточного зеркал, а также с другими новыми инструментами и аппаратами. На фантомах студенты знакомятся с техникой пользования этими инструментами. Демонстрация на 2 - 3-х студентах методику 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 11**

**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 рентгенанатомии носа и пазух.

**Тестовые задания по теме «Клиническая анатомия и физиология носа и околоносовых пазух».**

**1. НИЖНЮЮ СТЕНКУ ПОЛОСТИ НОСА ОБРАЗУЮТ**

- 1) крыловидный отросток клиновидной кости и небный отросток верхней челюсти
- 2) небный отросток верхней челюсти и горизонтальная пластинка небной кости
- 3) горизонтальная пластинка небной кости и крыловидный отросток клиновидной кости
- 4) сошник и крыловидный отросток клиновидной кости

**2. В ФОРМИРОВАНИИ СКАТА НОСА УЧАСТВУЕТ**

- 1) передняя стенка клиновидной пазухи
- 2) продырявленная пластинка решетчатой кости
- 3) носовая кость
- 4) лобная кость

**3. В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРХНЕЙ СТЕНКИ ПОЛОСТИ НОСА УЧАСТВУЕТ**

- 1) лобный отросток верхней челюсти
- 2) передняя стенка клиновидной пазухи
- 3) перпендикулярная пластинка решетчатой кости
- 4) продырявленная пластинка решетчатой кости

**4. В ФОРМИРОВАНИИ КОСТНОГО ОТДЕЛА НАРУЖНОГО НОСА УЧАСТВУЮТ**

- 1) перпендикулярная пластинка решетчатой кости
- 2) носовой гребешок верхней челюсти
- 3) сошник
- 4) лобные отростки верхней челюсти

**5. В ФОРМИРОВАНИИ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ПОЛОСТИ НОСА УЧАСТВУЕТ**

- 1) горизонтальная пластинка небной кости
- 2) лобные отростки верхней челюсти
- 3) носовые отростки лобной кости
- 4) перпендикулярная пластинка решетчатой кости

**6. НОСОВУЮ ПЕРЕГОРОДКУ ОБРАЗУЮТ**

- 1) треугольный хрящ, решетчатый лабиринт, сошник
- 2) небная кость, сошник, четырехугольный хрящ
- 3) перпендикулярная пластинка решетчатой кости, сошник, четырехугольный хрящ, носовой гребешок верхней челюсти
- 4) носовая кость, четырехугольный хрящ, сошник

**7. В ФОРМИРОВАНИИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ СТЕНКИ ПОЛОСТИ НОСА УЧАСТВУЕТ**

- 1) четырехугольный хрящ
- 2) сошник
- 3) решетчатая кость
- 4) клиновидная кость

**8. СЛЕЗНО-НОСОВОЙ КАНАЛ ОТКРЫВАЕТСЯ В НОСОВОЙ ХОД**

- 1) верхний
- 2) средний
- 3) нижний
- 4) общий

**9. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В НОСОВОЙ ХОД**

- 1) верхний
- 2) средний
- 3) нижний
- 4) общий

**10. ЛОБНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В НОСОВОЙ ХОД**

- 1) верхний
- 2) средний
- 3) нижний
- 4) общий

**11.РЕШЕТЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ ГРАНИЧИТ С ЧЕРЕПНОЙ ЯМКОЙ**

- 1) передней
- 2) средней
- 3) задней

**12.ПЕРЕДНИЕ КЛЕТКИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА ОТКРЫВАЮТСЯ В НОСОВОЙ ХОД**

- 1) верхний
- 2) средний
- 3) нижний
- 4) общий

**13.СРЕДНИЕ КЛЕТКИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА ОТКРЫВАЮТСЯ В НОСОВОЙ ХОД**

- 1) верхний
- 2) средний
- 3) нижний
- 4) общий

**14.ЗАДНИЕ КЛЕТКИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА ОТКРЫВАЮТСЯ В НОСОВОЙ ХОД**

- 1) верхний
- 2) средний
- 3) нижний
- 4) общий

**15. КЛИНОВИДНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В НОСОВОЙ ХОД**

- 1) верхний
- 2) средний
- 3) нижний
- 4) общий

**16. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПОЛОСТИ НОСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕРВОМ**

- 1) видиевым
- 2) тройничным
- 3) блуждающим
- 4) лицевым

**17. КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС НАХОДИТСЯ**

- 1) в передней черепной ямке
- 2) в средней черепной ямке
- 3) в задней черепной ямке
- 4) под основанием черепа

**18. МЫШЦЫ НАРУЖНОГО НОСА ИННЕРВИРУЮТСЯ НЕРВОМ**

- 1) первой ветвью тройничного
- 2) второй ветвью тройничного
- 3) третьей ветвью тройничного
- 4) лицевым

**19. КОЖА НАРУЖНОГО НОСА ИННЕРВИРУЕТСЯ НЕРВАМИ**

- 1) первой и второй ветвями тройничного
- 2) лицевым нервом и первой ветвью тройничного
- 3) второй и третьей ветвями тройничного
- 4) лицевым и второй ветвью тройничного



**20. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПОЛОСТИ НОСА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВЕТВЯМИ СОННОЙ АРТЕРИИ**

- 1) внутренней
- 2) наружной
- 3) внутренней и наружной

**21. САМАЯ ТОЛСТАЯ СТЕНКА ЛОБНОЙ ПАЗУХИ**

- 1) нижняя
- 2) задняя
- 3) передняя
- 4) медиальная

**22. ВНУТРЕННЯЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НАИБОЛЕЕ ТОНКАЯ НА УРОВНЕ НОСОВОГО ХОДА**

- 1) нижнего
- 2) среднего
- 3) верхнего

**23. ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ЗОНА В ПОЛОСТИ НОСА НАХОДИТСЯ В ОБЛАСТИ НОСОВОГО ХОДА**

- 1) нижнего
- 2) среднего
- 3) верхнего
- 4) нижнего отдела общего

**24. ВОМЕРОНАЗАЛЫШЬ ОРГАН НАХОДИТСЯ В ОБЛАСТИ**

- 1) среднего носового хода
- 2) передненижнего отдела перегородки носа
- 3) обонятельной щели
- 4) заднего конца нижней носовой раковины

**25. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ**

- 1) рентгенография
- 2) контрастная рентгенография
- 3) МРТ
- 4) РКТ

Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:

**«Клиническая анатомия и физиология носа и околоносовых пазух».**

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	2	8	3	15	1	22	2
2	3	9	2	16	2	23	3
3	4	10	2	17	2	24	2
4	4	11	1	18	4	25	4
5	4	12	2	19	1		
6	3	13	2	20	3		
7	3	14	1	21	3		

**1.2. Тестовые задания по теме клиническая анатомия и физиология глотки.**

**1. РОТОГЛОТКА ИМЕЕТ СТЕНОК**

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4

4) 5

**2. СРЕДНЯЯ ЧАСТЬ ГЛОТКИ (РОТОГЛОТКА) СООТВЕТСТВУЕТ ШЕЙНОМУ ПОЗВОНКУ**

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

**3. КРУПНАЯ АРТЕРИЯ, РАСПОЛОЖЕННАЯ ВБЛИЗИ НИЖНЕГО ПОЛЮСА НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ**

- 1) наружная сонная
- 2) внутренняя сонная
- 3) общая сонная
- 4) щитовидная

**4. ГРАНИЦЕЙ БОКОВОГО ОКОЛОГЛОТОЧНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) верхний констриктор глотки
- 2) средний констриктор глотки
- 3) шилоглоточная мышца
- 4) медиальная крыловидная мышца

**5. МЫШЦА ГЛОТКИ, СУЖИВАЮЩАЯ ПРОСВЕТ ГЛОТОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ**

- 1) поднимающая небную занавеску
- 2) напрягающая небную занавеску
- 3) небно-язычная
- 4) небно-глоточная

**6. НАРУШЕНИЕ ВКУСА НА ЗАДНЕЙ 1/3 ЯЗЫКА ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВА**

- 1) лицевого
- 2) тройничного
- 3) языкоглоточного
- 4) блуждающего

**7. НАРУШЕНИЕ ВКУСА НА ПЕРЕДНИХ 2/3 ЯЗЫКА ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВА**

- 1) лицевого
- 2) тройничного
- 3) языкоглоточного
- 4) блуждающего

**8. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ НЕБНЫХ МИНДАЛИН ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ**

- 1) наружной и внутренней сонной артерии
- 2) наружной сонной артерии
- 3) внутренней сонной артерии
- 4) лицевой артерии

**9. ГЛОТКА СООТВЕТСТВУЕТ ШЕЙНЫМ ПОЗВОНКАМ**

- 1) I - III
- 2) I - IV
- 3) I - V
- 4) I - V

**10. ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ НОСОГЛОТКОЙ И РОТОГЛОТКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) горизонтальная плоскость, проведенная через поверхность языка
- 2) верхний полюс небных миндалин
- 3) горизонтальная плоскость, проведенная через твердое небо

4) край мягкого неба

**11. КОЛИЧЕСТВО МИНДАЛИН, РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ В НОСОГЛОТКЕ**

- 1) одна
- 2) две
- 3) три
- 4) четыре

**12. ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ РОТОГЛОТКОЙ И ГОРТАНОГЛОТКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- 1) корня языка и надгортанника
- 2) нижнего края мягкого неба
- 3) нижнего полюса небных миндалин
- 4) дна полости рта

**13. ДВИГАТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ГЛОТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕРВОМ**

- 1) возвратным
- 2) языкоглоточным и подъязычным
- 3) возвратным и языкоглоточным
- 4) подъязычным и возвратным

**14. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ГЛОТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕРВАМИ**

- 1) второй веточкой тройничного нерва, блуждающим и подъязычным
- 2) второй веточкой тройничного нерва, блуждающим и языкоглоточным
- 3) первой и второй ветвями тройничного нерва, блуждающим
- 4) первой и второй ветвями тройничного нерва и языкоглоточным

**15. КОЛИЧЕСТВО МИНДАЛИН, РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ В ГЛОТКЕ**

- 1) шесть
- 2) пять
- 3) четыре
- 4) три

**16. УСТЬЕ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ОТКРЫВАЕТСЯ НА СТЕНКЕ НОСОГЛОТКИ**

- 1) верхней
- 2) задней
- 3) боковой
- 4) передней

**17. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ НОСОГЛОТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ НЕРВА**

- 1) тройничного
- 2) блуждающего
- 3) языкоглоточного
- 4) лицевого

**18. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ РОТОГЛОТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ НЕРВА**

- 1) тройничного
- 2) блуждающего
- 3) языкоглоточного
- 4) лицевого

**19. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ГОРТАНОГЛОТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ НЕРВА**

- 1) тройничного
- 2) блуждающего
- 3) языкоглоточного
- 4) лицевого

Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:

## «Клиническая анатомия и физиология глотки».

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	2	6	3	11	3	16	3
2	2	7	1	12	1	17	1
3	2	8	2	13	3	18	3
4	4	9	4	14	2	19	2
5	1	10	3	15	1		

### ЗАНЯТИЕ 4

#### **Тема: КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНИ, ТРАХЕИ, БРОНХОВ И ПИЩЕВОДА.**

*Актуальность.* Горлань, 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 студент 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 12

#### Задание на самоподготовку к практическому занятию

Вопросы	Цель	Задания для самоконтроля	Источники информации
---------	------	--------------------------	----------------------

Анатомо-топографические и структурные особенности гортани:	– Повторить, чтобы использовать при изучении патологии гортани		1) <a href="#">Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Крюков А. И. Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии</a> , - Москва изд. гр. ГЭОТАР- Медиа. - 2015 г. - С. 332-355 2) <a href="#">Богомильский М.Р. Детская оториноларингология</a> . - М.: Гэотар-Медиа. - 2006. - 432 с.
а) хрящи и связки б) мышцы		Назвать и записать в рабочую тетрадь Назвать наружные и внутренние мышцы	1) <a href="#">Лучихин Л. А. Обследование оториноларингологического больного</a> . - ГЭОТАР-Медиа. - 2014 г. - 256 с.  2) Лекционный материал кафедры, где обучается студент.
б) особенности слизистой оболочки		Перечислить	1) Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство –М. : ГЭОТАР – Медиа .2013 г.- 919 с. 2) Лекционный материал кафедры, где обучается студент.
в) кровоснабжение и иннервация		Назвать основные сосуды и нервы, особенности иннервации гортани, ее рефлексогенные зоны	1) Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник. Гриф МО РФ.- ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г.- 584 с.
д) этажи гортани		Перечислить и схематически изобразить в рабочей тетради	1) Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство –М. : ГЭОТАР – Медиа .2013 г.- 919 с. 2) Лекционный материал

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	1)Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство –М. : ГЭОТАР – Медиа .2013 г.- 919 с. 2)Лекционный материал кафедры, где обучается студент.
Методы исследования гортани	Знать, чтобы использовать при обследовании и лечении больных	Перечислить, описать ларингоскопическую картину при дыхании и фонации	1)Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство –М. : ГЭОТАР – Медиа .2013 г.- 919 с. 2)Лекционный материал кафедры, где обучается студент.
Анатомо-топографические особенности нижних	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии	Показать трахею и главные бронхи	
Анатомо-топографические особенности	Повторить, чтобы использовать при изучении патологии	Назвать анатомические и физиологические	
Методы исследования нижних дыхательных путей и пищевода	Иметь представление	Перечислить	

Таблица 13

**ПЛАН РАБОТЫ НА ЗАНЯТИИ (240 мин.)**

№ / №	Алгоритм деятельности		Ориентировочные признаки		
	Последовательные операции	Средства действия	Основания	Критерии контроля	Время (мин.)
1	Усвоение основных анатомо-топографических особенностей гортани, трахеи, бронхов и пищевода	Повторение по муляжам, анатомическим препаратам, таблицам, слайдам.	Углубить знания для использования при изучении заболеваний гортани, нижних дыхательных путей и пищевода	Описание эндоскопической и ларингоскопической картины	120
2	Непрямая ларингоскопия	Освоение исследования	Выработка навыка с анализом	Описание ларингоскопической	120

	методики исследования гортани	ларингоскопичес кой картины	картины	
--	-------------------------------------	--------------------------------	---------	--

### **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 студенты 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 студенты представляют себе картину, видимую при непрямой ларингоскопии, трахеобронхоскопии, эзофагоскопии.

**Тестовые задания по теме: «Клиническая анатомия и физиология гортани».**

#### **1. ГРАНИЦЫ ТРАХЕИ**

- 1) 4-5 шейный позвонок и 6 грудной позвонок
- 2) 6-7 шейный позвонок и 4-5 грудной позвонок
- 3) 4-5 шейный позвонок и 5-6 грудной позвонок
- 4) нижний край щитовидного хряща и 5 грудной позвонок

#### **2. ВНУТРЕННИЕ МЫШЦЫ ГОРТАНИ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ**

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

#### **3. ПАРНЫЕ ХРЯЩИ ГОРТАНИ**

- 1) щитовидный
- 2) надгортанник
- 3) перстневидный
- 4) черпаловидный

#### **4. ГОРТАНЬ ПРИ ГЛОТАНИИ**

- 1) неподвижна
- 2) перемещается кзади
- 3) поднимается
- 4) опускается

#### **5. ГОРТАНЬ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ**

- 1) III-V
- 2) IV-VI
- 3) V-VI
- 4) V-VII

#### **6. У ДЕТЕЙ ГОРТАНЬ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ**

- 1) III-IV
- 2) III-VI
- 3) IV-VI
- 4) VI-VII

**7. ПИЩЕВОД ИМЕЕТ АНАТОМИЧЕСКИХ СУЖЕНИЙ**

- 1) одно
- 2) два
- 3) три
- 4) четыре

**8. ГОЛОСОВЫЕ СКЛАДКИ ПРОЕЦИРУЮТСЯ НА ЩИТОВИДНЫЙ ХРЯЩ**

- 1) на границе верхней и средней трети
- 2) на границе нижней и средней трети
- 3) посередине щитовидного хряща
- 4) у основания щитовидного хряща

**9. ПРИ ДВИЖЕНИЯХ ЧЕРПАЛОВИДНЫХ ХРЯЩЕЙ В ПЕРСТНЕЧЕРПАЛОВИДНЫХ СУСТАВАХ**

- 1) изменяется натяжение голосовых связок
- 2) изменяется ширина голосовой щели
- 3) поднимается надгортанник
- 4) опускается надгортанник

**10. КОНИЧЕСКАЯ СВЯЗКА НАХОДИТСЯ МЕЖДУ**

- 1) щитовидным хрящом и подъязычной костью
- 2) перстневидным хрящом и трахеей
- 3) щитовидным хрящом и перстневидным хрящом
- 4) щитовидным хрящом и надгортанником

**11. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ГОРТАНИ**

- 1) дыхательная, голосообразовательная, защитная
- 2) голосообразовательная, рефлекторная
- 3) рефлекторная, защитная
- 4) дыхательная, голосообразовательная

**12. ВНУТРЕННИЕ ВЕТВИ ВЕРХНИХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРОНИКАЮТ В ГОРТАНЬ ЧЕРЕЗ**

- 1) щитоперстневидную связку
- 2) щитоподъязычную мембрану
- 3) щитовидный хрящ
- 4) перстневидный хрящ

**13. НАТЯЖЕНИЕ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК ИЗМЕНЯЕТ МЫШЦА**

- 1) задняя перстнечерпаловидная
- 2) боковая перстнечерпаловидная
- 3) щиточерпаловидная
- 4) перстнещитовидная

**14. МЫШЦЫ, ОПУСКАЮЩИЕ НАДГОРТАННИК, ПРИКРЕПЛЯЮТСЯ К ХРЯЩУ ГОРТАНИ**

- 1) перстневидному
- 2) щитовидному
- 3) черпаловидному
- 4) рожковидному

**15. ГОЛОСОВУЮ ЩЕЛЬ РАСШИРЯЕТ МЫШЦА**

- 1) щитоперстневидная
- 2) щиточерпаловидная внутренняя
- 3) задняя перстнечерпаловидная
- 4) голосовая мышца

**16. НАРУЖНАЯ МЫШЦА ГОРТАНИ**

- 1) щиточерпаловидная
- 2) щитоподъязычная
- 3) щитоперстневидная



- 4) щитонадгортанная
- 17. ЩЕЛЬ МЕЖДУ ЩИТОВИДНЫМ И ПЕРСТНЕВИДНЫМ ХРЯЩАМИ ЗАКРЫТА**
- 1) щитоподъязычной мембраной
  - 2) щитонадгортанной связкой
  - 3) конической связкой
- 18. НАЧАЛО ПИЩЕВОДА СООТВЕТСТВУЕТ ПРОЕКЦИИ**
- 1) подъязычной кости
  - 2) верхнего края щитовидного хряща
  - 3) нижнего края щитовидного хряща
  - 4) нижнего края перстневидного хряща
- 19. БИФУРКАЦИЯ ТРАХЕИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ**
- 1) III-IV
  - 2) IV-V
  - 3) V-VI
  - 4) VI-VII
- 20. У ДЕТЕЙ РЫХЛЫЙ ПОДСЛИЗИСТЫЙ СЛОЙ РАЗВИТ В ЭТАЖЕ ГОРТАНИ**
- 1) верхнем
  - 2) среднем
  - 3) нижнем
  - 4) верхнем и среднем
- 21. НАДГОРТАННИК ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ К ХРЯЩУ**
- 1) перстневидному
  - 2) щитовидному
  - 3) рожковидному
  - 4) черпаловидному
- 22. ВНУТРЕННЯЯ МЫШЦА ГОРТАНИ**
- 1) щитоподъязычная
  - 2) шилоподъязычная
  - 3) щитонадгортанная
  - 4) грудинощитовидная
- 23. ВАЛЛЕКУЛАМИ НАЗЫВАЮТСЯ**
- 1) углубления между голосовыми складками и складками преддверия
  - 2) углубления между срединной и латеральной язычно-надгортанными складками
  - 3) углубления между входом в гортань и боковыми стенками глотки
  - 4) пространство над голосовыми складками
- 24. УГЛУБЛЕНИЯ МЕЖДУ СКЛАДКАМИ ПРЕДДВЕРИЯ И ГОЛОСОВЫМИ СКЛАДКАМИ НАЗЫВАЮТСЯ**
- 1) грушевидные карманы
  - 2) гортанные желудочки
  - 3) ямки Розенмюллера
  - 4) валлекулы
- 25. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГОРТАНИ МОЖНО ПРОЩУПАТЬ ЧЕРЕЗ КОЖУ**
- 1) коническую связку гортани
  - 2) черпаловидные хрящи
  - 3) грушевидные синусы
  - 4) желудочки гортани
- 26. ВЕРХНЯЯ ГОРТАННАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ**
- 1) внутренней сонной артерии
  - 2) верхней щитовидной артерии
  - 3) подключичной артерии
  - 4) щитошейного ствола

**27. НИЖНЯЯ ГОРТАННАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ АРТЕРИИ**

- 1) внутренней сонной
- 2) наружной сонной
- 3) нижней щитовидной
- 4) подключичной

**28. ОСНОВНОЙ ОТТОК ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ИЗ ГОРТАНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ВЕНУ**

- 1) наружную яремную
- 2) переднюю яремную
- 3) внутреннюю яремную
- 4) позадичелюстную

**29. ЛИМФА ИЗ ГОРТАНИ ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ**

- 1) подчелюстные
- 2) глубокие шейные
- 3) подбородочные
- 4) заглоточные

**30. ИННЕРВАЦИЯ ГОРТАНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕРВОМ**

- 1) тройничным
- 2) языкоглоточным
- 3) блуждающим
- 4) подъязычным

**31. АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ**

- 1) валлекулы
- 2) грушевидные синусы
- 3) перстневидный хрящ
- 4) гортанные желудочки

**32. НЕПАРНЫЙ ХРЯЩ ГОРТАНИ**

- 1) перстневидный
- 2) черпаловидный
- 3) клиновидный
- 4) рожковидный

**33. КОНИЧЕСКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ СВЯЗКА**

- 1) щито-перстневидная
- 2) перстне-трахеальная
- 3) щито-подъязычная
- 4) надгортанно-щитовидная

**34. РАСШИРЯЕТ ПРОСВЕТ ГОРТАНИ МЫШЦА**

- 1) парная боковая перстнечерпаловидная
- 2) парная задняя перстнечерпаловидная
- 3) парная косая черпаловидная
- 4) непарная поперечная черпаловидная

**35. ВЕРХНИЙ И НИЖНИЙ ГОРТАННЫЕ НЕРВЫ ОТХОДЯТ ОТ НЕРВА**

- 1) языкоглоточного
- 2) тройничного
- 3) добавочного
- 4) блуждающего

**36. К НАРУШЕНИЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕГО И СРЕДНЕГО ЭТАЖА ГОРТАНИ ПРИВОДИТ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВА**

- 1) нижнего гортанного
- 2) тройничного
- 3) верхнего гортанного
- 4) языкоглоточного

**37. К ПАРАЛИЧУ ГОРТАНИ ПРИВОДИТ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВА**

- 1) нижнего гортанного
- 2) тройничного
- 3) верхнего гортанного
- 4) языкоглоточного

**38. ВЕРХНИМ ГОРТАННЫМ НЕРВОМ ИННЕРВИРУЕТСЯ МЫШЦА**

- 1) голосовая
- 2) задняя перстнечерпаловидная
- 3) черпалонадгортанная
- 4) перстнешитовидная

**39. ГРАНИЦЫ ПИЩЕВОДА СООТВЕТСТВУЮТ ПОЗВОНКАМ**

- 1) СV-TIX
- 2) С VI- T XI
- 3) TI- T X
- 4) T II-T VIII

**40. ГОРТАНЬ СОЕДИНЯЕТСЯ С ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТЬЮ СВЯЗКОЙ**

- 1) конической
- 2) щитоподъязычной
- 3) шилоподъязычной
- 4) язычнонадгортанной

Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:  
«Клиническая анатомия и физиология гортани»

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ		ОТВЕТ
1	2	11	1	21	2	31	4
2	1	12	2	22	3	32	1
3	4	13	4	23	2	33	1
4	3	14	2	24	2	34	2
5	2	15	3	25	1	35	4
6	1	16	2	26	2	36	3
7	3	17	3	27	3	37	1
8	2	18	4	28	3	38	4
9	2	19	2	29	2	39	2
10	3	20	3	30	3	40	2

**Задание на дом:** заболевания наружного уха (отомикоз, серная пробка, экзема, фурункул, разлитое воспаление кожи слухового прохода) и среднего уха (острое гнойное воспаление среднего уха, мастоидит, антрит, катар среднего уха).

**ЗАНЯТИЕ 5**

**Тема:** ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО УША (ОТОМИКОЗ, СЕРНАЯ ПРОБКА, ЭКЗЕМА, ФУРУНКУЛ, РАЗЛИТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ СЛУХОВОГО ПРОХОДА). ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УША (ОСТРОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СРЕДНЕГО УША, МАСТОИДИТ, АНТРИТ, КАТАР СРЕДНЕГО УША). ХРОНИЧЕСКИЙ ГНОЙНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ. ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. ЛАБИРИНТИТ. НЕГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УША: КАТАР СРЕДНЕГО УША,

## **СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ, ОТОСКЛЕРОЗ, БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА.**

*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. 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 студент должен:

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

*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 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;

*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, провести дифференциальную диагностику заболеваний наружного и среднего уха, своевременно выявить осложнения (прежде всего — мастоидит), выбрать рациональную лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

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.

*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 антромией. 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 антромии. Костные препараты, таблицы, рентгенограммы и слайды. Рентгенограммы и томограммы височных костей в норме и при средних отитах, растворы фурацилина, лидокаина (по требованию). Больные.

**Таблица 14**

**Задание на самоподготовку к практическому занятию**

<b>Вопросы</b>	<b>Цель</b>	<b>Задания для самоконтроля</b>	<b>Источники</b>
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	1) Оториноларингология национальное руководство / Под ред. чл. кор. РАМН В. Т. Пальчун. - Москва изд. Гр. «ГЭОТАР-Медиа». - 2013 г. – 954 с. 2) Лекционный материал кафедры, где обучается студент.
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	1) <a href="#">Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа". - ГЭОТАР-Медиа. - 2016 г. - 315 с.</a>
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	1) Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник. 2007 г. - 468-645 с. 2) Лучихин Л.А.
4. Острый гнойный средний отит: 1) пути распространения инфекции	То же	Перечислить	Оториноларингология. Учебник. - Гриф МО РФ, - ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 584 с.
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	1) <a href="#">Богомильский М.Р.: Детская оториноларингология. - М.: Гэотар-Медиа.-2006 г.- 133 с.</a>
4) особенности течения в детском возрасте		Перечислить анатомические особенности строения височной кости, определяющие частоту возникновения и клинические	
5) особенности течения при инфекционных заболеваниях		Назвать заболевания и нарисовать отоскопическую картину при остром воспалении среднего уха гриппозной этиологии	1) Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство –М. : ГЭОТАР – Медиа .2013 г.-. 2) Лекционный материал кафедры, где обучается студент.
6. Хирургическое лечение (антротомия)	Иметь представление о методике	Перечислить показания	

<p>1. Мезотимпанит: 1) локализация воспалительного процесса, характер перфорации барабанной перепонки и отделяемого из уха 2) клинические проявления</p>	<p>Знать, чтобы использовать в диагностике, уметь поставить диагноз и выбрать лечебную тактику</p>	<p>Нарисовать отоскопическую картину и обозначить локализацию перфорации</p> <p>Перечислить и назвать тип нарушения слуховой функции</p>	<p>1)Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство –М. : ГЭОТАР – Медиа.- 2013 г.-919 с.</p> <p>2)Лекционный материал кафедры, где обучается студент</p>
<p>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</p>	<p>То же Иметь представление для диагностики</p> <p>Знать, чтобы использовать в практической деятельности</p> <p>Иметь представление о технике операций</p>	<p>Нарисовать отоскопическую картину и обозначить локализацию перфорации</p> <p>Внести в слуховой паспорт данные, характерные для левостороннего хронического гнойного среднего отита</p> <p>Перечислить методы диагностики</p> <p>Назвать принципы и этапы</p> <p>Перечислить показания и назвать типы</p>	<p>1)Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.-2007г.- 468-645 с.</p> <p>2)Лекционный материал кафедры, где обучается студент</p> <p>3)<a href="#">Гуля Э.Дж.:Хирургия уха Гласскока-Шамбо. В 2-х томах (количество томов: 2),-Панфилова.- 2015 г.-864 с.</a></p> <p>3)Лайко А.А., Заболотный Д.И.- Рецидивирующий средний отит -2001 г.- 14-82 с.</p>
<p>3. Лабиринтит</p>	<p>То же</p>	<p>Назвать формы и принципы лечения</p>	
<p>4. Пути проникновения инфекции из уха в полость черепа и этапы ее распространения</p>	<p>Иметь представление для профилактики осложнений</p>	<p>Перечислить и записать в рабочую тетрадь</p>	
<p>5. Отогенный разлитой гнойный менингит</p>	<p>Знать, чтобы использовать в диагностике и выбрать адекватную лечебную тактику</p>	<p>Назвать симптомы.</p> <p>Перечислить заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз</p>	<p>1)Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология. Руководство для врачей. - 2002 г. – 727 с.</p>



6. Стадии течения абсцесса мозга и мозжечка		Перечислить и записать в рабочую тетрадь	2)Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология, руководство для врачей. - 2005 г. - 200 с.
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	Лекционный материал кафедры, где обучается студент
10. Принципы лечения отогенных осложнений	Назвать комплекс лечебных мероприятий, указав их последовательность	Знать, чтобы использовать в практической работе	1) Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. - М.: ДМКПресс, 2003. - 360 с. 2) <a href="#">Бабанов С.А.:</a> <a href="#">Профессиональная нейросенсорная тугоухость. Монография,</a> - <a href="#">Инфра-М, Вузовский учебник.</a> - 2017г.- 98 с.
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	3) Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология. Руководство для врачей. - 2002 г. – 727 с. 4) <a href="#">Бобошко М.Ю.</a> <a href="#">Слуховая труба. - СПб.: СпецЛит. - 2003. - 353 с.</a>

12. Сенсоневральная тугоухость		Составить слуховой паспорт больного сенсоневральной тугоухостью. Перечислить комплекс	5) Гаппоева Э. Т. Сенсоневральная тугоухость. Изд. СОГУ. - 2011г. – 232 с.
13. Отосклероз		Назвать основные симптомы. Указать тип тугоухости в начальной стадии заболевания, назвать и оценить камертональный тест, подтверждающий диагноз. Определить лечебную	
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	Лекционный материал кафедры, где обучается студент

### ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

Таблица 15

#### План самостоятельной работы на занятии (300 мин)

№ / №	Алгоритм деятельности		Ориентировочные признаки		
	Последовательные операции	Средства действия	Основания	Критерии контроля	Время (мин.)

1	Курация больных	Обследование тематических больных в стационаре. Оценка выявленных изменений, проведение дифференциальной диагностики, установление диагноза и выбор лечебной тактики (использовать схему истории болезни)	Выработка умения обследования больного, анализа и синтеза полученных данных	Жалобы, анамнез заболевания, данные общеклинического обследования, объективного эндоскопического исследования ЛОР-органов, R-графии височной кости по Щуллеру, Майеру, Стенверму, тональные пороговые аудиограммы, тимпанограммы	<b>100</b>
2	Отчет о самостоятельной работе по результатам курации	Студенты докладывают результаты курации больных, согласовывают диагноз и лечение	Выработка умения клинически мыслить		<b>85</b>
3	Выполнение диагностических и лечебных манипуляций	Приготовление ушных ватодержателей, взятие мазка из уха, введение турунд с лекарственными веществами, промывание уха	Выработка и тренировка навыков	Визуальные	<b>115</b>

Каждая подгруппа в количестве 2 - 3-х студентов обследует одного больного. Студенты 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 студенты принимали в нём активное участие. Путём опроса преподаватель выявляет подготовленность к занятиям.

Таблица 16

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

Клиническая форма		
Диагностические признаки	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 больного следует указать, что не всегда они имеют однотипный 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 дня 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 больных 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. 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.

Студентами 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 студентов 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, осложненный или не осложненный).

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

Особое внимание уделяется возможности развития внутричерепного осложнения.

**Тестовые задания по теме: «Заболевания наружного уха (отомикоз, серная пробка, экзема, фурункул, разлитое воспаление кожи слухового прохода). Заболевания среднего уха (острое гнойное воспаление среднего уха, мастоидит, анtrit, катар среднего уха)».**

**1. ДЛЯ НАРУЖНОГО ДИФФУЗНОГО ОТИТА У ВЗРОСЛЫХ ХАРАКТЕРНО**

- 1) болезненность при надавливании на козелок
- 2) болезненность при перкуссии сосцевидного отростка
- 3) головокружение
- 4) нистагм

**2. ПРИЧИНА ФУРУНКУЛА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА**

- 1) травма кожных покровов наружного слухового прохода
- 2) мастоидит
- 3) катаральный средний отит
- 4) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

**3. ПРИ ОТОМИКОЗЕ, ВЫЗВАННОМ ГРИБОМ ASPERGILLUSNIGER, ЦВЕТ ОТДЕЛЯЕМОГО БУДЕТ**

- 1) черно - коричневым
- 2) желтоватым
- 3) зеленоватым
- 4) бело-серым

**4. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ОБТУРАЦИИ СЛУХОВОГО ПРОХОДА СЕРНОЙ ПРОБКЕЙ**

- 1) резкая боль в ухе
- 2) нистагм
- 3) гиперacusия
- 4) односторонняя глухота

**5. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ СЕРНЫХ ПРОБОК ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ ДОЛЖНА БЫТЬ**

- 1) 27° C
- 2) 30° C
- 3) 37° C
- 4) 42° C

**6. ПРИ УДАЛЕНИИ СЕРНОЙ ПРОБКИ ИЗ УХА СТРУЮ ВОДЫ ИЗ ШПРИЦА НАПРАВЛЯЮТ ПО СТЕНКАМ**

- 1) нижнезадней
- 2) верхнезадней
- 3) передненижней
- 4) передневерхней

**7. ДЛЯ РАЗМЯГЧЕНИЯ СЕРНОЙ ПРОБКИ В УХО ЗАКАПЫВАЮТ**

- 1) дистиллированную воду
- 2) 3% раствор борного спирта
- 3) содоглицериновые капли
- 4) суспензию гидрокортизона

**8. У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ИМЕЕТ МЕСТО ТУГОУХОСТЬ**

- 1) перцептивная
- 2) смешанная
- 3) кондуктивная

**9. ПАРАЦЕНТЕЗ БАРАБАНОЙ ПЕРЕПОНКИ ДЕЛАЮТ В КВАДРАНТЕ**

- 1) передне-верхнем

- 2) передне-нижнем
- 3) задне-верхнем
- 4) задне-нижнем

**10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В СРЕДНЕЕ УХО**

- 1) через слуховую трубу
- 2) через наружный слуховой проход при травме барабанной перепонки
- 3) гематогенный путь
- 4) лимфогенный путь

**11. СУЖЕНИЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) отосклерозе
- 2) хроническом среднем отите
- 3) остром среднем отите
- 4) наружном отите

**12. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МАСТОТОМ, ВЫПОЛНЯЕТСЯ**

- 1) парацентез барабанной перепонки
- 2) антротомия
- 3) аттикотомия
- 4) антромастотомия

**13. ПРИ НАЛИЧИИ СЕРНОЙ ПРОБКИ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ТУГОУХОСТЬ**

- 1) перцептивная
- 2) смешанная
- 3) кондуктивная

**14. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

- 1) гиперемия барабанной перепонки
- 2) рубцовые изменения барабанной перепонки
- 3) укорочение рукоятки молоточка и светового конуса
- 4) грануляции в просвете наружного слухового прохода

**Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:**

**«Заболевания наружного уха (отомикоз, серная пробка, экзема, фурункул, разлитое воспаление кожи слухового прохода). Заболевания среднего уха (острое гнойное воспаление среднего уха, мастоидит, антрит, катар среднего уха)».**

№	ОТВЕ	№	ОТВЕ
	Т		Т
1	1	8	3
2	1	9	4
3	1	10	1
4	4	11	4
5	3	12	4
6	2	13	3
7	3	14	1

**Тестовые задания по теме: «Хронический гнойный средний отит. Лабиринтит. Негнойные заболевания среднего уха: катар среднего уха, сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера».**

**1. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМОТИТОМ ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) общеполостную операцию на ухе
- 2) мастоидотомию
- 3) миригнотомию
- 4) стапедэктомию

**2. ОБЩЕПОЛОСТНАЯ ОПЕРАЦИЯ НА УХЕ ПОКАЗАНА ПРИ**

- 1) адгезивном среднем отите
- 2) отосклерозе
- 3) экссудативном среднем отите
- 4) хроническом гнойно-деструктивном эпитимпаните

**3. ХАРАКТЕРНЫЙ ОТОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

- 1) рубцы на барабанной перепонке
- 2) отложение извести на барабанной перепонке
- 3) перфорация барабанной перепонки
- 4) тусклый цвет барабанной перепонки

**4. ОТОСКЛЕРОЗОМ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ**

- 1) девочки
- 2) мальчики
- 3) мужчины
- 4) женщины

**5. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОТОСКЛЕРОЗА ЛЕЖИТ**

- 1) остеодистрофический процесс
- 2) снижение внутрилабиринтного давления
- 3) повышение внутрилабиринтного давления и отек (гидропс) лабиринта
- 4) рубцовый процесс в барабанной полости

**6. ОТОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОТОСКЛЕРОЗА**

- 1) утолщение барабанной перепонки
- 2) нормальный вид ИЛИ истончение барабанной перепонки
- 3) перфорация барабанной перепонки в натянутой части
- 4) наличие рубцов и петрификатов на барабанной перепонке

**7. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТОСКЛЕРОЗОМ**

- 1) тимпаноластика
- 2) антромастоидотомия
- 3) стапедопластика
- 4) аттикоантротомия

**8. ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ ПЕРВИЧНЫЙ ОТОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ ОЧАГ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ**

- 1) овального окна
- 2) круглого окна
- 3) барабанной перепонки
- 4) барабанного отверстия слуховой трубы

**9. ПРИ ТИМПАНАЛЬНОЙ ФОРМЕ ОТОСКЛЕРОЗА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТУГОУХОСТЬ**

- 1) перцептивная
- 2) смешанная
- 3) кондуктивная
- 4) скалярная

**10. У БОЛЬНОГО С ПОРАЖЕНИЕМ ЗВУКОВОСПРИИМАЮЩЕГО ОТДЕЛА ЗВУКОВОГО АНАЛИЗАТОРА В ПРАВОМ УХЕ ЗВУК В ОПЫТЕ ВЕБЕРА БУДЕТ НАПРАВЛЕН**



- 1) вправо
- 2) влево
- 3) в обе стороны
- 4) в центр головы

**11. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОНАЛЬНОЙ ПОРОГОВОЙ АУДИОМЕТРИИ БОЛЬНОМУ С ПОРАЖЕНИЕМ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ЗВУКОВОГО АНАЛИЗАТОРА МЫ НАБЛЮДАЕМ**

- 1) снижение воздушного звукопроведения
- 2) снижение костного и воздушного звукопроведения
- 3) снижение костного звукопроведения
- 4) островки звука

**12. ДЛЯ ПЕТРОЗИТА ХАРАКТЕРНО**

- 1) парез или паралич лицевого нерва
- 2) тригемипит
- 3) двустороннее снижение слуха
- 4) боль при жевании

**13. ПОСТОЯННЫЙ СИМПТОМ ХРОНИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

- 1) повышение температуры тела
- 2) боль в ухе
- 3) перфорация барабанной перепонки
- 4) нарушение фланговой походки

**14. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА СЧИТАЕТСЯ**

- 1) гидропс лабиринта
- 2) наличие холестеатомы в барабанной полости
- 3) лабиринтит
- 4) артериальная гипертензия

**15. ХОЛЕСТЕАТОМА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) отосклероза
- 2) адгезивного отита
- 3) хронического гнойного мезотимпанита
- 4) хронического гнойного эпитимпанита

**16. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТА НАБЛЮДАЕТСЯ**

- 1) припухлость мягких тканей заушной области
- 2) усиление гноетечения из уха
- 3) нистагм
- 4) ригидность затылочных мышц

**17. МАСТОИДИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ**

- 1) острого гнойного среднего отита
- 2) хронического мезотимпанита
- 3) тубоотита
- 4) адгезивного среднего отита

**18. ПРИЗНАК ЭПИТИМПАНИТА**

- 1) перфорация в ненатянутой части барабанной перепонки
- 2) перфорация в натянутой части барабанной перепонки
- 3) интактная барабанная перепонка
- 4) центральная перфорация

**19. ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА**

- 1) 2,4% раствор эуфиллина 10 мл в вену
- 2) 0,1% раствор сульфата атропина 1 мл под кожу
- 3) 50% раствор анальгина 2 мл в мышцу

- 4) 5% раствор аскорбиновой кислоты 2 мл в вену
- 20. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ**
- 1) стапедопластика
  - 2) стапедэктомия
  - 3) дренирование эндолимфатического мешка
  - 4) атромастоидотомия
- 21. ПОКАЗАНИЕМ К СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ПОРОГОВ ВОСПРИЯТИЯ**
- 1) речевых частот на 10 дБ
  - 2) речевых частот на 20 дБ
  - 3) речевых частот на 40 дБ и более
  - 4) ультразвука
- 22. ПРИ ГНОЙНОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ ПЕРФОРАЦИЯ В**
- 1) расслабленной части барабанной перепонки
  - 2) натянутой части барабанной перепонки
  - 3) натянутой и расслабленной части барабанной перепонки
  - 4) отсутствует
- 23. ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СНИЖЕНИЕ СЛУХА ОБУСЛОВЛЕНО НАРУШЕНИЕМ**
- 1) звукопроводения
  - 2) звуковосприятия
  - 3) звукопроводения и звуковосприятия
- 24. ПРИЧИНОЙ КОНДУКТИВНОЙ ТУГОУХОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ**
- 1) тубоотит
  - 2) невринома VII пары ч.м.н.
  - 3) болезнь Меньера
  - 4) атрофия и дегенерация клеток кортиева органа
- 25. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ ПРОЦЕСС ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ЭТАЖЕ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ**
- 1) верхнем
  - 2) среднем
  - 3) верхнем и среднем
- 26. ДЛЯ АДГЕЗИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ХАРАКТЕРНО**
- 1) перфорация барабанной перепонки
  - 2) слизисто-гнойное отделяемое в слуховом проходе
  - 3) втяжение и рубцы на барабанной перепонке
  - 4) грануляции, полипы в барабанной полости
- 27. В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ**
- 1) тимпанометрия
  - 2) отоскопия
  - 3) глицерол тест
  - 4) тональная пороговая аудиометрия
- 28. ПРИЧИНОЙ РОЖДЕНИЯ ГЛУХОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ**
- 1) лечение матери в период беременности ототоксическими антибиотиками
  - 2) ультрафиолетовое облучение матери
  - 3) неправильное положение плода
  - 4) гнойный средний отит у матери
- 29. ОДИН ИЗ СИМПТОМОВ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ**
- 1) объективный шум в ухе
  - 2) субъективный шум в ухе
  - 3) паракузис Виллисии

4) аутофония

**30. ПАРАКУЗИС Willisii НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) болезни Меньера
- 2) отосклерозе
- 3) нейросенсорной тугоухости
- 4) адгезивном отите

**31. СТАПЕДОПЛАСТИКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ**

- 1) хроническом гнойном среднем отите
- 2) болезни Меньера
- 3) нейросенсорной тугоухости
- 4) отосклерозе

**32. ХАРАКТЕРНЫЙ ОБЪЕКТИВНЫЙ СИМПТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ЭПИТИМПАИТА**

- 1) перфорация барабанной перепонки и натянутой части
- 2) рубцовые изменения барабанной перепонки
- 3) гной в наружном слуховом проходе
- 4) ход в аттик

**33. БОЛЬНЫЕ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ЖАЛУЮТСЯ НА**

- 1) гноеетечение из уха
- 2) снижение слуха, субъективный шум в ухе
- 3) зуд в ухе
- 4) улучшение слуха в шумной обстановке

**34. У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИ ТОНАЛЬНОЙ ПОРОГОВОЙ АУДИОМЕТРИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТИП КОСТНОЙ И ВОЗДУШНОЙ КРИВЫХ**

- 1) нисходящий без костно-воздушного интервала
- 2) нисходящий с интервалом между ними 5 - 10 дБ
- 3) восходящий с интервалом между ними 5 — 10 дБ
- 4) горизонтальный с интервалом между ними в 35 - 40 дБ

**35. ПРИ ОТОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ВИДНА**

- 1) перфорация барабанной перепонки в ненатянутой части
- 2) рубцово-измененная барабанная перепонка
- 3) втянутая барабанная перепонка
- 4) неизмененная барабанная перепонка

**36. ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ**

- 1) инфекционные заболевания и вертебробазиллярная недостаточность
- 2) острые и хронические средние отиты
- 3) интоксикация медикаментами и травмы уха
- 4) работа в условиях шума и вибрации

**37. СИМПТОМ ЗИГОМАТИЦИТА**

- 1) тригеминит
- 2) парез или паралич лицевого нерва
- 3) боль при жевании
- 4) гиперакузия

**38. ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ УША ОБЪЕДИНЯЮТ В ОБЩУЮ ПОЛОСТЬ**

- 1) барабанную полость и наружный слуховой проход
- 2) наружный слуховой проход и антрум
- 3) барабанную полость, антрум и наружный слуховой проход
- 4) сосцевидный отросток и барабанную полость

**39. БОЛЬНЫЕ С АДГЕЗИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ЖАЛУЮТСЯ НА**

- 1) тугоухость
- 2) боль в ухе
- 3) гноеотечение из уха
- 4) головокружение

**40. ЗУБЕЦ КАРХАРТА НА АУДИОГРАММЕ БЫВАЕТ ПРИ**

- 1) болезни Меньера
- 2) адгезивном среднем отите
- 3) отосклерозе
- 4) экссудативном среднем отите

**41. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ НЕОБХОДИМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

- 1) тональная пороговая аудиометрия
- 2) тональная надпороговая аудиометрия
- 3) тимпанометрия
- 4) тональная пороговая аудиометрия и тимпанометрия

**42. ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ХАРАКТЕРЕН ТИП ТИМПАНОГРАММЫ**

- 1) A
- 2) B
- 3) C
- 4) D

**43. ДЛЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ХАРАКТЕРЕН ТИП ТИМПАНОГРАММЫ**

- 1) A
- 2) B
- 3) C
- 4) D

**44. ДЛЯ ТУБОУТИТА ХАРАКТЕРЕН ТИП ТИМПАНОГРАММЫ**

- 1) A
- 2) B
- 3) C
- 4) D

**45. ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ БУДЕТ ТИМПАНОГРАММА ТИПА**

- 1) A
- 2) B
- 3) C
- 4) As

**46. КОХЛЕАРНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ ПРОВОДЯТ ПРИ**

- 1) атрофии и дегенерации клеток кортиевого органа
- 2) нарушении движения эндолимфы внутри лабиринта
- 3) механическом сдавлении нерва
- 4) атрофии нервных клеток слуховой зоны коры головного мозга

**47. ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ШУМ В УХЕ**

- 1) физиологический вибраторный
- 2) патологический вибраторный
- 3) невибраторный
- 4) смешанный

**48. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ, ВЫЗВАННОЙ НАРУШЕНИЕМ КРОВОТОКА В ЛАБИРИНТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА**

- 1) медикаментозная терапия
- 2) флюктуоризация
- 3) гипербарическая оксигенация

4) электропунктура

**Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:**

**«Хронический гнойный средний отит. Лабиринтит. Негнойные заболевания среднего уха: катар среднего уха, сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера».**

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	3	15	4	29	2	43	1
2	4	16	2	30	2	44	3
3	3	17	1	31	4	45	4
4	4	18	1	32	4	46	1
5	1	19	2	33	2	47	3
6	2	20	3	34	1	48	1
7	3	21	3	35	4		
8	1	22	2	36	1		
9	3	23	2	37	3		
10	2	24	1	38	3		
11	1	25	2	39	1		
12	2	26	3	40	3		
13	3	27	3	41	4		
14	1	28	1	42	2		

**Тестовые задания по теме:**

**«Отогенные внутричерепные осложнения».**

**1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА ИЗ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА**

- 1) контактный
- 2) лимфогенный
- 3) гематогенный
- 4) лабиринтный

**2. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕНИНГИТОМ, ПРОВОДИТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

- 1) расширенная радикальная операция на ухе
- 2) мастоидотомия
- 3) эндоуральная аттикошггротомия
- 4) антромастоидотомия

**3. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕНИНГИТОМ, ПРОВОДИТСЯ**

- 1) отоскопия, отоневрологическое обследование
- 2) отоскопия, РКТ черепа, анализ крови
- 3) отоскопия, РКТ черепа, спинномозговая пункция, отоневрологическое обследование
- 4) отоскопия, анализ крови, сбор анамнеза

**4. СИМПТОМ ОТОГЕННОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА**

- 1) птоз
- 2) диплопия
- 3) нистагм
- 4) положительные симптомы Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц

**5. К ОТОГЕННЫМ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ**

- 1) петрозит
- 2) синус-тромбоз

- 3) зигматицит
- 4) мастоидит Бецоляда
- 6. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОТОГЕННОГО АБСЦЕССА МОЗЖЕЧКА**
  - 1) адиадохокинез
  - 2) гиперакузия
  - 3) амнестическая афазия
  - 4) положение больного в позе «легавой собаки»
- 7. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МАСТОИДИТОМ И СУБПЕРИОСТАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ, ВЫПОЛНЯЕТСЯ**
  - 1) парацентез барабанной перепонки
  - 2) антромастодотомия
  - 3) аттикотомия
  - 4) антротомия
- 8. СИМПТОМ ВЫНУЖДЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**
  - 1) субдуральный абсцесс
  - 2) синус-тромбоз
  - 3) отогенный абсцесс мозжечка
  - 4) экстрадуральный абсцесс
- 9. ПРИ СИНУС-ТРОМБОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА**
  - 1) фебрильная
  - 2) нормальная
  - 3) субфебрильная
  - 4) гектическая
- 10. СУБДУРАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС - ЭТО СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ**
  - 1) между твердой мозговой оболочкой и костью
  - 2) в глубине вещества мозга
  - 3) между твердой и паутинной мозговыми оболочками
  - 4) в мозжечке
- 11. ПРИ ОТОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПРОВОДЯТ ОПЕРАЦИЮ**
  - 1) расширенную радикальную операцию на ухе
  - 2) аттикотомию
  - 3) тимпаноластику
  - 4) антротомию
- 12. БРАДИКАРДИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ**
  - 1) абсцесс головного мозга
  - 2) синус-тромбоз
  - 3) отогенный менингит
  - 4) отогенный сепсис
- 13. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУБДУРАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ**
  - 1) мастодотомия
  - 2) антибактериальная, симптоматическая, дезинтоксикационная терапия
  - 3) расширенная радикальная операция на ухе
  - 4) расширенная радикальная операция на ухе с обязательным и вскрытием абсцесса, антибактериальная, симптоматическая и дезинтоксикационная терапия
- 14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ АБСЦЕССЕ МОЗЖЕЧКА**
  - 1) лобная область
  - 2) затылочная область с возможной иррадиацией по задней поверхности шеи
  - 3) теменная область
  - 4) височная область
- 15. ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕВОЙ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ У ПРАВШЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ**
  - 1) аграфия
  - 2) алексия
  - 3) амнестическая афазия

- 4) моторная афазия
- 16. АДИАДОХОКИНЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ**
- 1) височной доли головного мозга
  - 2) мозжечка
  - 3) лобной доли головного мозга
  - 4) лабиринта
- 17. АМНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
- 1) абсцессе лобной доли головного мозга
  - 2) абсцессе мозжечка
  - 3) менингите
  - 4) абсцессе височной доли головного мозга
- 18. СПИННО - МОЗГОВУЮ ПУНКЦИЮ ДЕЛАЮТ В ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА**
- 1) шейном
  - 2) грудном
  - 3) поясничном
- 19. В КЛИНИКЕ ОТОГЕННОГО АБСЦЕССА ГОЛОВНОГО МОЗГА ВЫДЕЛЯЮТ СТАДИЙ**
- 1) одну
  - 2) две
  - 3) три
  - 4) четыре
- 20. ГЕМИАНОПСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
- 1) абсцессе лобной доли головного мозга
  - 2) абсцессе височной доли головного мозга
  - 3) абсцессе мозжечка
  - 4) лептоменингите
- 21. СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ**
- 1) абсцессом лобной доли головного мозга
  - 2) абсцессом височной доли головного мозга
  - 3) абсцессом мозжечка
  - 4) лабиринтитом
- 22. ПРИ АБСЦЕССЕ МОЗЖЕЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕ ТОНУСА МЫШЦ**
- 1) снижение на стороне поражения
  - 2) снижение на противоположной стороне
  - 3) повышение на стороне поражения
  - 4) повышение на противоположной стороне
- 23. МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОТОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ СЛЕДСТВИЕ**
- 1) ущемления ствола мозга и мозжечка в большом затылочном отверстии
  - 2) обширных деструктивных изменений костных стенок барабанной полости и сосцевидного отростка
  - 3) воспаления вещества мозга
  - 4) отека и раздражения мозговых оболочек
- 24. ИЗ ОТОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ**
- 1) арахноидит
  - 2) менингит
  - 3) абсцесс мозга
  - 4) тромбоз сигмовидного синуса
- 25. ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ - ОДИН ИЗ СИМПТОМОВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ**
- 1) височной доли головного мозга
  - 2) лобной доли головного мозга
  - 3) мозжечка
  - 4) теменной доли головного мозга
- 26. ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ИЗ ЛАБИРИНТА В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ**
- 1) круглое окно

- 2) овальное окна  
 3) водопровод улитки  
 4) сильвиев водопровод
- 27. ДЛЯ АБСЦЕССА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНА ТЕМПЕРАТУРА**  
 1) гектическая  
 2) фебрильная  
 3) субфебрильная  
 4) нормальная
- 28. ОТОГЕННЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ**  
 1) воспаление вещества мозга, распространяющееся на значительную площадь без образования абсцесса  
 2) воспаление вещества мозга, распространяющееся на значительную площадь с образованием абсцесса  
 3) острый абсцесс мозга  
 4) хронический абсцесс мозга
- 29. СИМПТОМ ВЫПАДЕНИЯ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ НАЗЫВАЕТСЯ**  
 1) гемиплегия  
 2) сенсорная афазия  
 3) амнестическая афазия  
 4) гемианопсия

**Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:**

**«Отогенные внутричерепные осложнения».**

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	1	11	1	21	2
2	1	12	1	22	1
3	3	13	4	23	4
4	4	14	2	24	2
5	2	15	3	25	1
6	1	16	2	26	3
7	2	17	4	27	3
8	3	18	3	28	1
9	4	19	4	29	4
10	3	20	2		

Ситуационные задачи

Задача № 1

За две недели до поступления в стационар у пациента появилась боль в правом ухе, температура была 39°, головная боль. Через 2 дня из уха появилось гнойное отделяемое. Состояние пациента улучшилось. Ранее гноетечение из уха не было. 2 дня назад боль в ухе усилилась, увеличилось количество гнойных выделений, появилась припухлость в заушной области.

При отоскопии: слизисто-гнойное отделяемое в правом слуховом проходе, барабанная перепонка гиперемирована, виден пульсирующий рефлекс в задненижнем квадранте, нависание задне-верхней стенки костного отдела слухового прохода.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача № 2



К ЛОР обратился мужчина 30 лет с жалобами на постоянный зуд в наружных слуховых проходах, ощущение инородного тела, незначительное снижение слуха на оба уха. Болен 2 года, заболевание периодически обостряется..

При отоскопии: кожа слуховых проходов слегка гиперемирована, инфильтрирована. В перепончато-хрящевых отделах множественные огрубевшие чешуйки слущенного эпидермиса, на коже костных отделов хорошо видны множественные нити зеленого цвета. Барабанные перепонки слегка гиперемированы, инфильтрированы, покрыты пленками, имеющими вид намокшей промокательной бумаги.

Каков диагноз? Как лечить больного?

### Задача № 3

В ЛОР-отделение поступил больной 19 лет с жалобами на сильные боли в правом ухе и в заушной области, высокую температуру, ознобы, головную боль, понижение слуха на правое ухо. Болен 10 дней.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Температура 38,3°C. Правая ушная раковина оттопырена, кожа в заушной области слегка гиперемирована, инфильтрирована, отечна, при пальпации определяется флюктуация. Определяется нависание верхне-задней стенки костного отдела правого слухового прохода. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные пункты не дифференцируются.

Каков диагноз? Как лечить больного?

### Задача № 4

У больного острым средним отитом на 15 день после начала заболевания на рентгенограмме височной кости в укладке по Щюллеру в области сосцевидного отростка определяется значительное просветление, на дне которого прослеживаются остатки разреженных перегородок между пневматическими клетками.

Для какого заболевания характерно данная рентгенологическая картина?

### Задача № 5

Больной К., 27 лет, обратился к ЛОР врачу. Жалобы: на выделения из правого уха, боль в нем, снижение слуха.

Из анамнеза установлено, что заболел 2 дня назад, после купания в холодной воде. Появилась резкая боль в правом ухе, не мог спать ночью. После наложения компресса и введения капель камфорного масла боль несколько уменьшилась. К врачу не обращался.

Сегодня утром увидел, что из уха появилось отделяемое гнойного характера, боль уменьшилась, но слух остался сниженным.

Объективно: область сосцевидного отростка и ушная раковина не изменены, в наружном слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое. После туалета уха определяется гиперемированная, отечная, без опознавательных пунктов барабанная перепонка; в задне-нижнем квадранте которой видна перфорация, через перфорацию поступает гнойное отделяемое.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

### Задача № 6

Больной К., 24 лет жалуется на боли в левом ухе, припухлость и болезненность в левой заушной области, снижение слуха, головную боль, общую слабость.

Из анамнеза известно, что 4 дня назад, после переохлаждения ночью повысилась стреляющая боль в левом ухе. В последующие дни боль усилилась, температура повысилась до 38° С, резко ухудшилось самочувствие.

Объективно: кожа сосцевидного отростка гиперемирована, пастозна, мягкие ткани инфильтрированы, при пальпации отмечается резкая болезненность.

Отоскопия: сужение костной части наружного слухового прохода за счет опущения задне-верхней стенки, барабанная перепонка гиперемирована, отечна, опознавательные пункты отсутствуют.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

#### Задача № 7

Машиной скорой помощи в ЛОР отделение доставлен больной Н., 29 лет в тяжелом состоянии с жалобами на мучительную головную боль, усиливающуюся от шума, света, беспокоят также тошнота, неоднократно была рвота. 5 дней назад остро заболело левое ухо, отмечает понижение слуха.

Объективно: положение ребенка вынужденное (согнутые ноги и запрокинутая голова), лицо бледное, страдальческое. Иногда появляется возбуждение, повышенная раздражительность. Имеется ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернинга, Брудзинского. Выявляются патологические рефлексы Гордона, Бабинского.

Отоскопия: выраженная гиперемия и отек барабанной перепонки слева, опознавательные пункты не определяется. справа барабанная перепонка не изменена.

Анализ крови: НВ - 16,2 г%, эритроцитов - 4500000, лейкоцитов - 16000, эозинофилов - 0, базофилов - 1. палочкоядерных- 3, сегментоядерных - 67, лимфоцитов - 23, моноцитов - 6, РОЭ - 56 мм час.

Вольному произведена спинномозговая пункция : жидкость мутная, давление 400 мм водного столба, цитоз 2000 клеток за счет полинуклеаров, белка - 2,5%, сахара - 400мг, хлоридов - 400 мг, высеялся стафилококк.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

#### Задача № 8

В ЛОР отделение в порядке экстренной помощи доставлен больной Ф., 24 лет, с жалобами на головную боль справа, гнойные выделения из уха, понижение слуха, сильный озноб, повторяющийся до 2-3 раз в течение последних двух дней.

Из анамнеза выяснено, что гноетечение из уха возникло в 12 летнем возрасте.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести, сознание сохранено, легко вступает контакт.

При отоскопии видна краевая перфорация барабанной перепонки в задне-верхнем квадранте, в барабанной полости определяются грануляции, белесоватые массы и гнойное отделяемое с запахом. Оставшаяся часть барабанной перепонки гиперемирована. Отмечается болезненность при надавливании па сосцевидный отросток и по ходу сосудистого пучка под передним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Температура колеблется в течение дня от 35,5°C до 40,6°C, причем подъем температуры сопровождается ознобом, а падение температуры холодным проливным потом. В подколенной ямке справа обнаружен метастатический тромбофлебит.

Диализ крови: НВ-15,2 г/л, эритроцитов-5100000, лейкоцитов-15700, базофилов-2, эозинофилов-5, юных-2, палочкоядерных-3, сегментоядерных-56, лимфоцитов-22, моноцитов-10, РОЭ-47мм час. Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

#### Задача № 9

Больная Ф., 54 лет. Жалобы на сильную боль в левом ухе, понижение слуха, повышение температуры, головную боль. Заболела накануне ночью, появилась сильная боль в ухе, стреляющего характера, которая несколько уменьшилась после принятия анальгина и наложения теплой повязки.

Объективно: область сосцевидного отростка и ушная раковина слева не изменены,

наружный слуховой проход широкий, чистый, барабанная перепонка резко гиперемирована, выпячена в задне-верхнем квадранте, опознавательные пункты не определяются.

Поставьте диагноз? Назначьте лечение.

#### Задача № 10

К ЛОР-врачу обратился больной К., 26 лет с жалобами на головокружение, тошноту, рвоту, нарушение равновесия. Головокружение выражается в ощущении вращения окружающих предметов. При резких поворотах головы и наклонах тела указанные симптомы несколько усиливаются.

Из анамнеза выяснено, что больной страдает заболеванием левого уха около 10 лет. Периодически наблюдаются гнойные выделения из уха с неприятным запахом.

При осмотре выявляется спонтанный III степени горизонтальный мелкокрапчатый нистагм вправо.

Отоскопия: в наружном слуховом проходе слева имеется гнойное отделяемое с резким запахом, по удалении которого видна краевая перфорация барабанной перепонки с ходом в аттик. Здесь же определяются грануляции и белесоватые массы. На рентгенограмме височных костей по Щюллеру и Майеру видно расплавление кости в области антрума слева.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

#### Задача № 11

Больной м., 16 лет, жалуется на понижение слуха на левое ухо. Из анамнеза известно, что левое ухо заболело 5 лет назад после сильного охлаждения, появилось гнойное отделяемое, которое длительное время не прекращалось. Около месяца лежал в больнице - вводили антибиотики. Примерно через год заболевание повторилось.

Последние два года стал замечать, что хуже слышит левым ухом.

Объективно: правая барабанная перепонка не изменена, опознавательные пункты хорошо выражены. Левая барабанная перепонка втянута, рубцово - изменена, утолщена, на ее внутренней поверхности белесоватые бляшки.

Правое Ухо	Акуметрия	Левое ухо
-	Субъективный шум	низкого тона
6 метров	Шепотная речь	2 метра
6 метров	Разговорная речь	4 метра
6 метров	Громкая речь	6 метров
-	Латерализация звука	-
+	Соотношение костной	-
19	Костная проводимость норма С128	22

38	Воздушная проводимость С128-40	15
60	С 2048-60	30

### Задача № 12

У пациентки 29 лет, страдающей левосторонним хроническим гнойным мезоэпитимпанитом, появилась сильная головная боль, особенно в затылочной области, тошнота, рвота, нарушение походки.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура 38,4°C. Адиадохокинез. Промахивание при пальценосовой пробе. Крупноразмашистый горизонтальный нистагм влево. Слева в слуховом проходе - слизисто-гнойное отделяемое. Барабанная перепонка гиперемирована, задне - верхний отдел барабанной перепонки разрушен. В аттике - холестеатомные массы. Область сосцевидного отростка не изменена, безболезненна. На рентгенограмме височных костей по Шюллеру и Майеру - деструкция верхней стенки аттика.

Глазное дно: сосуды полнокровны, извиты. Люмбальная пункция: спинномозговая жидкость вытекает под давлением, прозрачная. Клеточные элементы 15/3.

Каков диагноз? Как лечить больного?

### Задача №. 13

В ЛОР-отделение доставлен пациент 20 лет в тяжелом состоянии, температура 39,2°C, постоянная головная боль. Страдает двусторонним хроническим отитом с детства. Обострение бывает периодически. При осмотре: больной в кровати лежит на боку, в позе «легавой собаки» (голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях и прижаты к животу), глаза закрыты, стонет. Определяется ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. Люмбальная пункция: жидкость вытекает струйно, мутная, выраженный плеоцитоз. Положительная реакция Нонне-Апельта и Панди. Содержание сахара и хлорида в крови снижено.

Каков диагноз? Ваши действия?

### Задача № 14

Решите вопрос о характере тугоухости по следующим данным

АД	Тесты	AS
0	Субъективный шум	+
6 м	Шепотная речь	Ушной раковины
>6 м	Разговорная речь	2м
Заглушено	«Крик» с трещеткой	+
115с	С128 в (норма 120)	185с
50 с	С128 к (норма 60 с)	-
45с	С2048 в (норма 50)	20с

## ЗАНЯТИЕ №6

### Тема. ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ: ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА, ФУРУНКУЛ, ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ РИНИТ, ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ СИНУИТ, ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУИТ, 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 внутри глазничных и внутричерепных осложнений, приводящих в ряде случаев к летальному исходу, необходимы врачу любой специальности.

*Цель.* После изучения темы студент 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	Источники информации
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	1)Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.-2014г -104-201с.

2. Фурункул носа	- //-	Определить тактику врача и назвать комплекс лечебных мероприятий	1)Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.-2007г 2)Лекционный материал кафедры, где обучается студент.
3. Острый ринит	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	1)Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство – М. : ГЭОТАР – Медиа.2013 г.- 919 с.

5. Острый синусит		Назвать основные клинические симптомы, методы диагностики. Указать локализацию патологического отделяемого в полости носа при поражении различных околоносовых пазух	1) <a href="#">Семизоров А. Н. Рентгенографическая и компьютерно-томографическая диагностика острых и хронических синуситов</a> , -Видар М.-2012 г.- 104 с.
6. Хронический синусит		Перечислить методы лечения	1) )Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.-2014г. – 560 с.
7. Риногенные внутриглазничные осложнения		Перечислить. Записать в рабочую тетрадь. Определить лечебную тактику	)Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.-2014г.-112 с.
8. Риногенные внутричерепные осложнения		Перечислить. Указать лечебную тактику	)Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.-2014г

## ПЛАН РАБОТЫ НА ЗАНЯТИИ (240 мин.)

№ / №	Алгоритм деятельности		Ориентировочные признаки		
	Последовательные операции	Средства действия	Основания	Критерии контроля	Время (мин.)
1.	Курация больных	Поликлинический прием больных: 1) с заболеваниями носа и околоносовых пазух; 2) с другими заболеваниями ЛОР-органов.	Подтвердить умение обследования больно-го, анализа и синтеза полученных данных	Оценка выявленных изменений, проведение дифференциальной диагностики , установление диагноза и выбор лечебной тактики. Использовать схему истории болезни	<b>120</b>
2.	Отчет о самостоятельной работе по результатам курации поликлинических больных		Выработка умения клинически мыслить	Студенты докладывают результаты курации больных, согласовывают диагноз и лечение; оформляют медицинскую документацию (амбулаторная карта, направления , рецепты)	<b>50</b>



3.	Выполнение диагностических и лечебных манипуляций	Приготовление носовых ватодержателей, смазывание полости носа, введение лекарственных веществ на тампонах, взятие мазка износа, инсуфляция лекарственных средств	Выработка и тренировка навыков		70
----	---	--	--------------------------------	--	----

**Тестовые задания по теме: «Заболевания носа и околоносовых пазух: искривление перегородки носа, фурункул, острый и хронический ринит, полипозный риносинусит, риногенные осложнения»**

**1. СИМПТОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОЛИПОЗНОМ ЭТМОИДИТЕ**

- 1) истончение слизистой оболочки полости носа
- 2) слизистые выделения из носа
- 3) выделения из носа с гнилостным запахом
- 4) рецидивирующие носовые кровотечения

**2. ДЛЯ РИНОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО РИНИТА ХАРАКТЕРНО**

- 1) гиперемия слизистой оболочки полости носа
- 2) энантемы в слизистой оболочке
- 3) истончение слизистой оболочки полости носа
- 4) сосочковая гиперплазия слизистой оболочки носовых раковин

**3. ПРИ ГНОЙНОМ СФЕНОИДИТЕ РИНОСКОПИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТДЕЛЯЕМОЕ В НОСОВОМ ХОДЕ**

- 1) среднем
- 2) нижнем
- 3) верхнем
- 4) общем

**4. НАЛИЧИЕ СИНЮШНЫХ И БЕЛЫХ ПЯТЕН НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСОВЫХ РАКОВИН ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РИНИТА**

- 1) хронического вазомоторного
- 2) хронического гипертрофического
- 3) хронического атрофического
- 4) острого неспецифического

- 5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА**
- 1) пристеночное затемнение верхнечелюстной пазухи
  - 2) негетогенное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи
  - 3) гетогенное интенсивное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи
  - 4) шаровидная тень в проекции верхнечелюстной пазухи
- 6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КАТАРАЛЬНОГО ГАЙМОРИТА**
- 1) пристеночное затемнение верхнечелюстной пазухи
  - 2) негетогенное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи
  - 3) гетогенное интенсивное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи
  - 4) шаровидная тень в проекции верхнечелюстной пазухи
- 7. К РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛА НОСА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ**
- 2) лейкоз
  - 3) тиреотоксикоз
  - 4) сахарный диабет
- 8. ГАЙМОРИТ БЫВАЕТ ЧАЩЕ**
- 1) одонтогенный
  - 2) риногенный
  - 3) травматический
  - 4) орбитогенный
- 9. БОЛЬ В ВЕРХНИХ МОЛЯРАХ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ПРИЗНАК**
- 1) острого гайморита
  - 2) кисты верхнечелюстной пазухи
  - 3) острого периодонтита
  - 4) полипозного гемисинуита
- 10. РИНОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО**
- 1) характеру болевых ощущений
  - 2) наличию изменений ткани альвеолярного отростка
  - 3) данным перкуссии зубов
  - 4) изменениям показателей клеток белой крови
- 11. ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ**
- 1) верхний носовой ход
  - 2) средний носовой ход
  - 3) нижний носовой ход
  - 4) переднюю стенку пазухи
- 12. ОСТРЫЙ НАСМОРК ИМЕЕТ СТАДИЙ**
- 1) одну
  - 2) две
  - 3) три
  - 4) четыре
- 13. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДДЯ ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**
- 1) затруднение носового дыхания
  - 2) гнилостный запах
  - 3) ринорея
  - 4) anosmia
- 14. СИМПТОМОЗЕНЫ**
- 1) широкие носовые ходы
  - 2) полипозная гиперплазия слизистой оболочки носа
  - 3) рецидивирующие носовые кровотечения
  - 4) гипертрофия носовых раковин
- 15. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА**
- 1) подслизистая вазотомия
  - 2) гальванокаустика
  - 3) подслизистая конхотомия

- 4) внутриносовые блокады
- 16. АНОСМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
- 1) простом атрофическом рините
  - 2) вазомоторном рините
  - 3) озене
  - 4) гипертрофическом рините
- 17. БАЦИЛЛУ ЛЕФЛЕРА ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИ**
- 1) озене
  - 2) дифтерии
  - 3) склероме
  - 4) сифилисе
- 18. ЗЛОВОННЫЙ НАСМОРК НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**
- 1) гипертрофическом рините
  - 2) простом атрофическом рините
  - 3) вазомоторном рините
  - 4) озене
- 19. ПОКАЗАНИЕ К РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ**
- 1) санация очага хронического воспаления
  - 2) удаление кисты
  - 3) удаление инородного тела
- 20. ТРЕПАНОПУНКЦИЮ ПРОВОДЯТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ**
- 1) верхнечелюстной пазухи
  - 2) клеток решетчатого лабиринта
  - 3) лобной пазухи
  - 4) клиновидной пазухи
- 21. ПРИ ЗАКРЫТИИ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЩЕЛИ НАСТУПАЕТ**
- 1) эссенциальная гипо- или аносмия
  - 2) респираторная гипо- или аносмия
  - 3) кокасмия
  - 4) гиперосмия
- 22. ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НАЗЫВАЕТСЯ**
- 1) полисинусит
  - 2) пансинусит
  - 3) гемисинусит
  - 4) риносинусит
- 23. ПРИ ФУРУНКУЛЕ НОСА ВОЗНИКАЕТ ТРОМБОЗ СИНУСА**
- 1) кавернозного
  - 2) сигмовидного
  - 3) поперечного
  - 4) продольного
- 24. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ ФОРМЫ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА**
- 1) конхотомия
  - 2) подслизистая вазотомия
  - 3) гальванокаустика
  - 4) подслизистая резекция носовой перегородки
- 25. АНЕМИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**
- 1) вазомоторного и атрофического ринита
  - 2) вазомоторного и катарального ринита
  - 3) вазомоторного и гипертрофического ринита
  - 4) катарального и гипертрофического ринита
- 26. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНО-ПОЛШНОЗНОГО ФРОНТИТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ**

- 1) трепанопункцию лобной пазухи
- 2) консервативную терапию
- 3) радикальную операцию на лобной пазухе
- 4) эндоназальное вскрытие лобной пазухи

**27. ТРЕПАНОПУНКЦИЮ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ДЕЛАЮТ ЧЕРЕЗ СТЕНКУ**

- 1) нижнюю
- 2) медиальную
- 3) переднюю
- 4) латеральную

**28. ПРИ ГНОЙНО-ПОЛИПОЗНОМ ГАЙМОРИТЕ ПРОВОДЯТ**

- 1) физиотерапию и антибиотикотерапию
- 2) радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе
- 3) пункцию верхнечелюстной пазухи
- 4) гайморотомию

**29. ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФУРУНКУЛА НОСА НЕОБХОДИМО**

- 1) назначить симптоматическую терапию и физиолечение
- 2) вскрыть фурункул, назначить антибиотикотерапию, дегидратационную терапию
- 3) назначить антибиотикотерапию, симптоматическую терапию и физиолечение
- 4) назначить антибиотикотерапию, дегидратационную терапию, физиолечение

**30. ДЛЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА ХАРАКТЕРНО**

- 1) рецидивирующие носовые кровотечения, затруднение носового дыхания, пароксизмальное чихание
- 2) пароксизмальное чихание, слизисто-гнойные выделения, зловонный запах из носа
- 3) пароксизмальное чихание, слизистые выделения, затруднение носового дыхания
- 4) рецидивирующие носовые кровотечения, зловонный запах из носа, затруднение носового дыхания

**31. ДЛЯ ОЗЕНЫ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ**

- 1) аносмия
- 2) гиперосмия
- 3) рецидивирующие носовые кровотечения
- 4) гипертрофия слизистой оболочки полости носа

**32. ДЛЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ХАРАКТЕРНО**

- 1) водянистые выделения из носа с приступами чихания
- 2) сухость в носу, корки
- 3) попеременное «закладывание» носа, зуд в носу
- 4) выделения из носа с гнилостным запахом

**33. РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА НАИБОЛЕЕ СПОСОБСТВУЕТ**

- 1) влажный и холодный климат
- 2) сухой и жаркий климат
- 3) искривление перегородки носа
- 4) морской климат

**34. ПРИ ПРОТАЛКИВАНИИ ЗУБА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ НЕОБХОДИМО**

- 1) удалить его через лунку
- 2) тампонировать лунку
- 3) удалить его при микрогайморотомии
- 4) провести радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе

**35. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОМ ОСЛОЖНЕНИИ ОСТРЫХ СИНУИТОВ**

- 1) контактный
- 2) гематогенный
- 3) лимфогенный
- 4) смешанный

**36. ПРИЗНАК ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ И ЗАДНИХ КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА - НАЛИЧИЕ ГНОЯ В НОСОВОМ ХОДУ**

- 1) общем
- 2) среднем
- 3) нижнем
- 4) верхнем

**37. СИМПТОМ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ**

- 1) кокасмия
- 2) гиперосмия
- 3) гипосмия
- 4) сглаженность носогубной складки

**38. ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМ ОСТРОГО ЭТМОИДИТА**

- 1) рецидивирующие носовые кровотечения
- 2) нарушение обоняния
- 3) слизистые выделения из носа
- 4) нарушение тембра голоса

**39. ПРИ ГЕМИСИНУИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

- 1) всех
- 2) одной
- 3) нескольких
- 4) всех на одноименной стороне

**40. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПНЕВМОЦЕЛЕ**

- 1) повышение вирулентности микрофлоры околоносовых пазух
- 2) травматическое повреждение околоносовых пазух
- 3) закрытие естественных отверстий околоносовых пазух
- 4) снижение местной иммунологической реактивности.

**41. ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДЯТ**

- 1) физиотерапевтическое лечение
- 2) микрогайморотомию
- 3) пункцию верхнечелюстной пазухи
- 4) радикальную операцию по Колдуэллу - Люку

**42. ГНУСАВОСТЬ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) остром рините
- 2) катаральном фарингите
- 3) гиперкератозе глотки
- 4) остром ларингите

**43. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЬНОМУ С ПОРАЖЕНИЕМ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ**

- 1) рентгенографию основания черепа в боковой проекции
- 2) РКТ
- 3) МРТ
- 4) РКТ + МРТ

**44. РИНОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ДОЛЕ**

- 1) височной
- 2) теменной
- 3) затылочной
- 4) лобной

**45. РВОТА ПРИ АБСЦЕССАХ МОЗГА ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО**

- 1) во время приема пищи
- 2) после приема пищи
- 3) на высоте головной боли
- 4) при физической нагрузке

**46. ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХИКИ В ВИДЕ НЕАДЕКВАТНОСТИ ПОСТУПКОВ, НЕОБОСНОВАННОЙ ЭЙФОРИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) абсцесса мозжечка

- 2) абсцесса лобной доли головного мозга
- 3) абсцесса височной доли головного мозга
- 4) лептоменингита

**47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ**

- 1) гайморита
- 2) фронтита
- 3) этмоидита
- 4) сфеноидита

**Правильные ответы к тестовым заданиям по теме: «Заболевания носа и околоносовых пазух: искривление перегородки носа, фурункул, острый и хронический ринит, полипозный риносинусит, риногенные осложнения»**

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	2	12	3	23	1	34	3	45	3
2	1	13	1	24	2	35	1	46	2
3	3	14	1	25	3	36	4	47	2
4	1	15	3	26	3	37	3		
5	3	16	3	27	3	38	2		
6	1	17	2	28	2	39	4		
7	4	18	4	29	2	40	3		
8	2	19	1	30	3	41	4		
9	3	20	3	31	1	42	1		
10	2	21	2	32	4	43	4		
11	3	22	2	33	2	44	4		

**Задача № 1**

В ЛОР-клинику поступил больной Ю., 18 лет, с жалобами на головную боль, насморк, припухлость правой половины лица.

Из анамнеза выяснено, что в течение трех месяцев страдает насморком. Последние две недели отмечалось лихорадочное состояние (температура до 39,5°C и ознобы), недомогание и припухлость век справа.

Объективно: веки, в особенности верхнее справа, резко инфильтрированы, кожа гиперемирована. Глазное яблоко отклонено книзу и кнаружи. Имеется экзофтальм. В среднем носовом ходе справа выявлено скопление гноя. Слизистая оболочка отечна.

На рентгенограмме вся правая глазница, правая лобная, и верхнечелюстная пазухи и передние клетки решетчатого лабиринта затемнены. При пункции правой верхнечелюстной пазухи получен гной.

Какой предположительный диагноз? Назначьте план обследования и лечения больного.

**Задача № 2**

Больной Н., 19 лет, поступил в ЛОР клинику с жалобами на головную боль, озноб, рвоту, затрудненное носовое дыхание, гнойные выделения из левой половины носа. Температура до 37.6С. Из анамнеза выяснено, что страдает стойким насморком в течение месяца, начало которого связывает с переохлаждением.

Объективно: больной вялый, отказывается от приема пищи, в контакт вступает

плохо. Имеется ослабление мышечно-суставной, тактильной, болевой, температурной чувствительности правой половины тела, гемиплегия справа, моторная афазия.

Глазное дно: застойные соски диска зрительного нерва, больше слева. Слизистая оболочка левой половины носа гиперемирована, отечна, обильное количество гноя в среднем носовом ходе, средняя и нижняя раковины соприкасаются с носовой перегородкой. На обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа имеется снижение пневматизации левой лобной пазухи, клетки решетчатого лабиринта слева не дифференцируются.

Анализ крови: эритроциты - 4 300 000, гемоглобин - П.8г%, Лейкоциты - 12 800, палочкоядерные -1%. сегментоядерные - 69%, моноциты - 5%. эозинофилы - 6%, лимфоциты - 19%, РОЭ - 52мм/час.

Поставьте диагноз. Назначьте план лечения больного.

### Задача № 3

Больной жалуется на заложенность носа, водянистые выделения из носовых ходов, чихание, слезотечение. Повышение температуры тела, гнойных выделений из носовых ходов не отмечает. Считает себя больным в течение 2 недель. В последние 4-5 лет аналогичные явления наблюдаются ежегодно, обычно в мае-июне.

Объективно: носовые раковины отечны, умеренно гиперемированы, в носовых ходах водянистое отделяемое. Конъюнктивит гиперемирована, имеется выраженное слезотечение. Диагноз? Методы лечения и профилактика.

### Задача № 4

В ЛОР-клинику обратился больной 23 лет с жалобами на отсутствие носового дыхания, боль в области носа в течение четырех дней, высокую до 38,9 С температуру по вечерам. Неделю назад со слов больного произошла травма носа. Кровотечения не было. Через день стал хуже дышать носом. К врачам не обращался.

При осмотре отмечается припухлость кожных покровов носа, резкая болезненность при пальпации наружного носа. Носовое дыхание отсутствует.

При передней риноскопии слизистая оболочка резко гиперемирована, просвет носовых ходов не определяется, флюктуация при зондировании области носовой перегородки.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

### Задача № 5

Больной жалуется на заложенность носа, чихание, слезотечение, водянистое выделение из обеих половин носа. Температура нормальная. Болен в течение 2-х недель. Подобное явление было и в прошлом году в том же месяце (август).

Объективно: носовые раковины отечны, бледно-серого цвета, в носовых ходах водянистое отделяемое. Конъюнктивит гиперемирована, имеется выраженное слезотечение.

Диагноз? Методы лечения и профилактики?

### Задача № 6

При обследовании больного с фурункулом носа выявлено: экзофтальм, хемоз, парез отводящего нерва и выраженные застойные явления соска зрительного нерва слева. В

анамнезе ознобы, высокая температура.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

#### Задача № 7

После острого насморка у больного появилась: припухлость, краснота, болезненность кожи носа, больше слева. Боли иррадируют в зубы, висок и область левой орбиты. Температура повысилась до 38°C, появилось ощущение познобливания.

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

Каков диагноз? Как лечить больного?

#### Задача № 8

У больного 16 лет через день после того, как он выдавил гнойный стержень фурункула на коже носа слева, ухудшилось общее состояние. Появились: сильный озноб, обильное потоотделение, гектическая температура (с перепадами до 4°C в течение) головная боль. Местно - фурункул левого крыла носа, отек и инфильтрация мягких тканей щеки и губы слева.

Какое осложнение можно заподозрить? Какова должна быть тактика врача?

#### Задача № 9

Пациент жалуется на ощущение заложенности в полости носа, водянистые выделения из носа, чихание, слезотечение, першение в горле, температура 37,3°C. Эти симптомы появились 3 дня назад после переохлаждения.

При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, обильные слизистые выделения в носовых ходах. Носовое дыхание затруднено, обоняние снижено. Болезненность в области носовых пазух не определяется. При фарингоскопии - гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки.

Каков диагноз? Как лечить больного?

#### Задача № 10

Больная 19 лет поступила в ЛОР-клинику с жалобами на сильную головную боль, гнойный насморк, затруднение носового дыхания. Заболевание началось 5 дней назад с болезненности в области надбровных дуг и правой верхнечелюстной пазухи, температура до 38°C.

При надавливании отмечается болезненность в области проекции лобных и гайморовых пазух с обеих сторон.

При риноскопии слизистая оболочка полости носа резко гиперемирована, инфильтрирована, сливкообразный гной в средних носовых ходах с обеих сторон.

На рентгенограмме околоносовых пазух определяется гомогенное затемнение лобных и верхнечелюстных пазух.

Каков диагноз? Как лечить больную?

#### Задача № 11

Больной жалуется на внезапные приступы заложенности носа с обильными слизисто-водянистыми выделениями, чихание, кашель, головную боль. Приступы возникают в



связи с охлаждением. Болен около трех лет.

Риноскопия: слизистая нижних носовых раковин набухшая, синюшная, местами на видны сизо-белые пятна. После смазывания 1% раствором адреналина носовые раковины резко сокращаются в объеме.

Каков диагноз? Каковы принципы лечения?

#### Задача № 12

У больного 34 лет после гриппа развился гнойный правосторонний синусит. Лечение эффекта не дает. Температура 39,4°C, слабость, недомогание, головная боль усилились.

Объективно: больной слаб, потливость кожных покровов. Определяется экзофтальм и инфильтрация тканей верхнего века справа. Подвижность правого глазного яблока ограничена.

При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, гнойное отделяемое в среднем носовом ходе справа. Болезненность при пальпации надбровной области с этой же стороны.

О каком осложнении синусита можно думать? Какие дополнительные исследования необходимы? Какова тактика врача?

#### Задача № 13

Больная 16 лет доставлена в ЛОР-клинику по поводу носового кровотечения. Такие кровотечения, более или менее обильные возникают часто в предменструальном периоде. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс ритмичный -88 ударов в минуту.

При риноскопии: кровянистые сгустки в носовых ходах, слева в передненижнем отделе перегородки, сосуды резко расширены. Другие ЛОР-органы без патологии.

Каков диагноз? Как наиболее целесообразно поступить с больной в этом случае?

#### Задача № 14

Больной 15 лет обратился с жалобами на отсутствие носового дыхания и снижение слуха на правое ухо, частые носовые кровотечения из правой половины носа. Болен более двух лет.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа набухшая, справа в задних отделах определяется ярко красное образование, которое не связано со стенкой полости носа. Носовое дыхание отсутствует.

Задняя риноскопия: полость носоглотки занята гладким образованием, которое почти целиком закрывает хоаны. При пальпации: консистенция плотна. На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется вуаль правой половины носа и смещение латеральной стенки кнаружи. На боковом снимке тень мягкотканного образования вышла за полость носоглотки, основную пазуху и внедряется в полость носа.

Каков диагноз? Нужны ли дополнительные методы исследования? Как лечить больного?

#### Задача № 15

Больной жалуется на постоянную боль в области лба. Боль появилась 4 месяца назад. Объективно: состояние больного удовлетворительное, со стороны внутренних органов отклонений от нормы не определяется.

При осмотре ЛОР-органов патологии не найдено. На рентгенограмме оклоносовых

пазух имеется округлой формы тень костной плотности с гладкими краями в области левой лобной пазухи. На боковом снимке тень достигает уровня мозговой стенки лобной пазухи.

Каков диагноз? Как лечить больного?

#### Задача № 16

Больной жалуется на периодическую заложенность носа, водянистые выделения из носовых ходов, чихание. Данные симптомы усиливаются во время уборки квартиры. В носовом секрете и в периферической крови отмечается повышенное содержание эозинофилов.

Каков диагноз? Как лечить больного?

**Задание на дом:** заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангина, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс.

### ЗАНЯТИЕ 7

#### **Тема. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ: ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ФАРИНГИТЫ, ФАРИНГОМИКОЗ, АНГИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ АНГИН, ДИФТЕРИЯ ГЛОТКИ, ПАРАТОНЗИЛЛИТ, ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ И ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕССЫ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

*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 студент 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	Источники информации
1. Классификация тонзиллитов	Знать, чтобы использовать в диагностике	Начертить схему классификации по И. Б. Солдатову	1) Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.-2007 г.-250-324с.
2. Острый первичный тонзиллит: 1) формы 2) клинические проявления 3) дифференциальная диагностика с вторичным тонзиллитом 4) осложнения 5) лечение	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	2) <a href="#">Бербом Ханс, Кашке Оливер, Навка Тадеус</a> <a href="#">Болезни уха, горла и носа.</a> - МЕДпресс-Информ. - 2016 г. - 776 с.
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 их проведения	1) <a href="#">Пальчун В.Т. Лучихин Л.А., Магомедов М.М.:</a> <a href="#">Руководство по практической оториноларингологии.</a> МИА. - 2011 г. - 565 с. <a href="#">Пальчун В.Т. Лучихин Л.А., Магомедов М.М.-</a> МИА. -2011- 344 с. 2) <a href="#">Крюков Андрей Иванович.:</a> <a href="#">Воспалительные заболевания глотки.</a> - ГЭОТАР- Медиа.- 2014.- 102-285 с.
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. Заглочный абсцесс	Знать, чтобы правильно поставить диагноз и назначить лечение	Назвать в каком возрасте наиболее часто встречается заглочный абсцесс, нарисовать фарингоскопическую картину с обозначением локализации процесса	
6. Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды)		Перечислить методы диагностики. Нарисовать картину носоглотки и обозначить локализацию аденоидов	1) <a href="#">Цветков Э.А.: Аденотонзиллиты и их осложнения у детей. - СПб.: ЭЛБИ-СПб.2003 г - 124 с.</a> 2) Лучихин Л.А.,: Оториноларингология. Учебник. Гриф МО РФ.-ГЭОТАР-Медиа.- 2016 г - 584 с.

Таблица 20

**ПЛАН РАБОТЫ НА ЗАНЯТИИ (240 мин.)**

№ / №	Алгоритм деятельности		Ориентировочные признаки		
	Последовательные операции	Средства действия	Основания	Критерии контроля	Время (мин.)
1	Курация больных	Поликлинический прием больных: 1) с заболеваниями глотки 2) с другими заболеваниями ЛОР-органов	Оценка выявленных изменений, проведение дифференциальной диагностики и выбор лечебной тактики. Использовать схему истории	Подтвердить умение обследования больного, анализа и синтеза полученных данных	120

			болезни		
2	Отчет о самостоятельной работе по результатам курации поликлинических больных		Вырабатывать умение клинически мыслить	Студенты докладывают результаты курации больных, согласовывают диагноз и лечение, оформляют медицинскую документацию (амбулаторная карта, направления, рецепты)	60
3	Выполнение диагностических и лечебных манипуляций		Выработка и тренировка навыков	Приготовление глоточных ватодержателей и смазывание глотки, инсуффляция лекарственных веществ, взятие мазка из глотки, промывание лакун небных миндалин	60

**Тестовые задания по теме: «Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангина, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс».**

**1. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА ХАРАКТЕРНО**

- 1) боль в горле
- 2) затруднение глотания

- 3) першение в горле
- 4) кашель с мокротой

**2.ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ ФАРИНГИТЕ**

- 1) яркая гиперемия
- 2) сухость
- 3) отечность
- 4) инъекция сосудов

**3. АНГИНЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ**

- 1) до 5 лет
- 2) от 5 до 30 лет
- 3) от 30 до 50 лет
- 4) от 50 и старше

**4. НАЛЕТ НА МИНДАЛИНАХ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ЗА ЕЕ ПРЕДЕЛЫ ПРИ**

- 1) дифтерии глотки
- 2) лакунарной ангине
- 3) язвенно-некротической ангине
- 4) катаральной ангине

**5. ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ МЯГКОГО НЕБА ПРИ ДИФТЕРИИ ГЛОТКИ**

- 1) отек мягких тканей глотки
- 2) токсический парез мышц небной занавески
- 3) парез языкоглоточного нерва

**6. НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МИНДАЛИНАХ БЫВАЮТ ПРИ**

- 1) агранулоцитозе
- 2) фарингите
- 3) гриппе
- 4) катаральной ангине

**7. ОТКРЫТАЯ ГНУСАВОСТЬ БЫВАЕТ ПРИ**

- 1) расщелине неба
- 2) заглочном абсцессе
- 3) хроническом тонзиллите
- 4) ларингите

**8. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АНГИНЫ СИМАНОВСКОГО - ПЛАУТА - ВЕНСАНА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) дрожжеподобные грибы и стрептококки
- 2) веретенообразная палочка и спирохета полости рта
- 3) бледная трепонема и кишечная палочка
- 4) кишечная палочка и золотистый стафилококк

**9. ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ПАРАТОЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) последний моляр верхней челюсти
- 2) последний моляр нижней челюсти
- 3) премоляр верхней челюсти
- 4) премоляр нижней челюсти

**10. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС БЫВАЕТ**

- 1) латеральным, нижним, задним, передним
- 2) медиальным, латеральным, передним
- 3) нижним, медиальным, латеральным
- 4) задним, латеральным, медиальным, передним

**11. ПРИЧИНА ПАРАТОНЗИЛЛИТА**

- 1) хронический фарингит
- 2) острый фарингит
- 3) ангина
- 4) аденоидит

**12. КОНУСООБРАЗНЫЕ ЖЕЛТОВАТО-БЕЛЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ НА НЕБНЫХ МИНДАЛИНАХ И НА ЯЗЫКЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- 1) фолликулярной ангины
- 2) лакунарной ангины
- 3) фарингомикоза
- 4) катаральной ангины

**13. РОЗОВЫЕ ГРАНУЛЫ НА ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ ГЛОТКИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ**

- 1) катаральном фарингите
- 2) субатрофическом фарингите
- 3) атрофическом фарингите
- 4) гранулезном фарингите

**14. ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- 1) фарингоскопической картиной
- 2) наличием тризма жевательной мускулатуры
- 3) болезненностью в подчелюстной и околоушной областях
- 4) типом лихорадки

**15. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АНГИНЫ ПРИНАДЛЕЖИТ**

- 1) зеленающему стрептококку
- 2) золотистому стафилококку
- 3) бета-гемолитическому стрептококку группы А
- 4) аденовирусам

**17. ДИАГНОЗ МОНОЦИТАРНОЙ АНГИНЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- 1) бактериологического
- 2) крови
- 3) цитологического

**18. РЕТРОФАРИГЕАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС РАЗВИВАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ**

- 1) детском
- 2) юношеском
- 3) пожилым
- 4) возраст значения не имеет

**19. БОЛЬНОГО С АНГИНОЙ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТ В ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ**

- 1) инфекционное
- 2) оториноларингологическое
- 3) терапевтическое
- 4) хирургическое

**21. ИССЛЕДОВАНИЕ МАЗКОВ ИЗ ГЛОТКИ НА БАЦИЛЛУ ЛЕФЛЕРА НЕОБХОДИМО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ**

- 1) озены
- 2) дифтерии
- 3) склеромы
- 4) сифилиса

**22. ПРИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ ПРОВОДЯТ**

- 1) диагностическую пункцию
- 2) вскрытие абсцесса через fossa supratonsillaris
- 3) рассечение лакун миндалин
- 4) криотерапию

**23. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА**

- 1) диагностическая пункция
- 2) вскрытие абсцесса через переднюю небную дужку
- 3) вскрытие абсцесса через fossa supratonsillaris
- 4) абсцесстонзиллэктомия

**24. ДЛЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНО**

- 1) грязно-серого цвета налет на миндалине
- 2) серовато-желтого цвета налет на миндалине

- 3) отсутствие налета на миндалине
- 4) островки творожистых масс белого цвета на миндалине

**25. ДЛЯ ДИФТЕРИИ ГЛОТКИ ХАРАКТЕРНО**

- 1) налет не выходит за пределы миндалины
- 2) отсутствие налета
- 3) налет легко снимается
- 4) налеты на миндалинах, дужках, язычке

**26. БОЛЬНЫХ С ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТ В ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ**

- 1) терапевтическое
- 2) инфекционное
- 3) оториноларингологическое
- 4) хирургическое

**27. ПЛОТНЫЕ ГРЯЗНО-СЕРОГО ЦВЕТА, С ТРУДОМ СНИМАЮЩИЕСЯ ПЛЕНКИ НА НЕБНЫХ МИНДАЛИНАХ, МЯГКОМ НЕБЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) лакунарной ангины
- 2) дифтерии глотки
- 3) язвенно-некротической ангины
- 4) ангины при скарлатине

**28. ПАРАЛИЧ МЯГКОГО НЕБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- 1) охриплостью
- 2) закрытой гнусавостью
- 3) открытой гнусавостью
- 4) затруднением носового дыхания

**29. ЗАГЛОТОЧНЫЕ АБСЦЕССЫ ЧАЩЕ БЫВАЮТ В ВОЗРАСТЕ**

- 1) до 3-х лет жизни
- 2) от 3 до 10 лет
- 3) от 10 до 20 лет
- 4) от 20 лет и старше

**30. МЕДИАСТЕНИТОМ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ**

- 1) острый тонзиллит
- 2) паратонзиллит
- 3) заглоточный абсцесс
- 4) фарингит

**31. ЛЕЧЕНИЕ ПАРАТОЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА**

- 1) физиотерапия
- 2) гипербарическая оксигенация
- 3) хирургическое
- 4) медикаментозное

**32. ЖЕЛТЫЕ «ПРОСЯНЫЕ» ТОЧКИ НА ПОВЕРХНОСТИ МИНДАЛИН НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ**

- 1) катаральной ангине
- 2) фолликулярной ангине
- 3) лакунарной ангине
- 4) герпетической ангине

**33. БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЕЙ ИЛИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИФТЕРИЮ ГЛОТКИ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ**

- 1) оториноларингологическое
- 2) реанимационное
- 3) инфекционное
- 4) терапевтическое

**34. ПРИЗНАК ДИФТЕРИЙНОГО НАЛЕТА В ГЛОТКЕ**

- 1) грязно-серый цвет
- 2) желто-зеленый цвет
- 3) рыхлая консистенция



- 4) легко снимается с поверхности слизистой оболочки
- 35. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА ХАРАКТЕРНО**
- 1) гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, выраженный сосудистый рисунок
  - 2) гипертрофия слизистой оболочки задней стенки глотки и боковых валиков
  - 3) истончение и сухость слизистой оболочки задней стенки глотки
  - 4) гипертрофия небных миндалин, гиперемия небных дужек
- 36. К ВУЛЬГАРНЫМ АНГИНАМ ОТНОСИТСЯ**
- 1) моноцитарная
  - 2) фолликулярная
  - 3) агранулоцитарная
  - 4) дифтерийная
- 37. ДИАГНОЗ ДИФТЕРИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ**
- 1) анализа крови
  - 2) бактериологического исследования
  - 3) серологического исследования
  - 4) цитологического исследования
- 38. ПРИ ВСКРЫТИИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА НЕОБХОДИМО**
- 1) обкалывание абсцесса антибиотиками
  - 2) промывание полости абсцесса
  - 3) пункция абсцесса
  - 4) разведение краев абсцесса
- 39. ПРИЧИНА ПАРАТОНЗИЛЛИТА**
- 1) фарингит
  - 2) ларингит
  - 3) ангина
  - 4) ринит
- 40. ДЛЯ АГРАНУЛОЦИТАРНОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНО**
- 1) гиперемия и резкое увеличение небных миндалин
  - 2) отек слизистой оболочки гортани
  - 3) налеты на небных миндалинах
  - 4) некрозы и глубокие язвы на небных миндалинах и других отделах глотки
- 41. УДУШЬЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АНГИНЕ**
- 1) гортанной
  - 2) фолликулярной
  - 3) катаральной
  - 4) лакунарной

**Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:  
«Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангина, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс»**

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	3	11	3	21	1	31	3	41	1
2	2	12	3	22	2	32	2		
3	2	13	4	23	4	33	3		
4	1	14	1	24	2	34	1		
5	2	15	3	25	4	35	2		
6	1	16	2	26	2	36	2		
7	1	17	1	27	2	37	2		
8	2	18	1	28	3	38	3		

9	2	19	1	29	1	39	3
10	I	20	2	30	3	40	4

**Тестовые задания по теме: «Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангина, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, хронический тонзиллит, гипертрофия небных и глоточной миндалин».**

**7. ОТКРЫТАЯ ГНУСАВОСТЬ БЫВАЕТ ПРИ**

- 1) расщелине неба
- 2) заглоточном абсцессе
- 3) хроническом тонзиллите
- 4) ларингите

**15. УДАЛЕНИЕ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ НАЗЫВАЕТСЯ**

- 1) аденотомия
- 2) тонзиллэктомия
- 3) тонзиллотомия

**20. ПРИ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ II СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПРОВОДЯТ**

- 1) промывание лакун небных миндалин
- 2) тонзиллотомию
- 3) тонзиллэктомию
- 4) физиотерапевтическое лечение

**24. ПРИЧИНА РЕЦИДИВА АДЕНОИДОВ**

- 1) технические погрешности при выполнении аденотомии
- 2) грипп
- 3) ангины
- 4) фарингит

**31. ХАРАКТЕРНЫЙ ОБЪЕКТИВНЫЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА**

- 1) открытая гнусавость
- 2) серозные выделения из носа
- 3) сглаженность носогубной складки
- 4) готическое небо

**36. АДЕНОИДАМИ НАЗЫВАЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИНДАЛИН**

- 1) небных
- 2) трубных
- 3) язычной
- 4) глоточной

**43. ОСТРЫЙ АДЕНОИДИТ - ЭТО**

- 1) гипертрофия глоточной миндалины
- 2) ангина глоточной миндалины
- 3) абсцесс глоточной миндалины

**46. ТОНЗИЛЛОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ МИНДАЛИН**

- 1) второй степени в сочетании с хроническим тонзиллитом
- 2) второй степени без хронического тонзиллита
- 3) третьей степени без хронического тонзиллита
- 4) третьей степени в сочетании с хроническим тонзиллитом

**47. СНИЖЕНИЕ СЛУХА ПРИ ОСТРОМ АДЕНОИДИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО**

- 1) нарушением носового дыхания
- 2) интоксикацией рецепторных и ганглиозных образований звукового анализатора
- 3) закрытием устьев слуховых труб

**Правильные ответы к тестовым заданиям по теме:**

**«Заболевания глотки: хронический тонзиллит, гипертрофия небных и глоточной миндалин».**

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	3	11	3	21	2	31	4	41	2
2	2	12	3	22	2	32	3	42	4
3	2	13	4	23	4	33	3	43	2
4	1	14	1	24	1	34	2	44	3
5	2	15	1	25	2	35	3	45	4
6	1	16	3	26	4	36	4	46	3
7	1	17	2	27	3	37	3	47	3
8	2	18	1	28	2	38	1	48	1
9	2	19	1	29	3	39	2		
10	I	20	3	30	1	40	2		

#### Задача № 1

Больной А., 24 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в горле, общую слабость, недомогание, запах изо рта, повышение температуры до 39° С. Болен в течение двух дней и связывает заболевание с охлаждением ног.

Объективно: выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки зева, небные миндалины сочные, отечные, устья лакун покрыты фибриноидно-некротической пленкой, которая не выходит за пределы дужек. Кроме этого, определяется гиперемия и отек слизистой оболочки язычной, глоточной миндалин и лимфогранул задней стенки глотки.

Ваш предполагаемый диагноз? Назначьте лечение.

#### Задача № 2

Больной К., 19 лет, машиной скорой помощи доставлен в приемный покой. Жалобы на резкую болезненность в горле, боли стреляющего характера в правом ухе обильное слюноотечение, запах изо рта, общую слабость, недомогание и повышение температуры до 40 С.

Из анамнеза выяснено, что примерно 10 дней тому назад возникла болезненность в горле, слабость, недомогание. Участковый врач констатировал катаральную ангину. Назначенное лечение принимал нерегулярно. Через 5 дней после начала заболевания болезненные явления исчезли. Однако через 3 дня внезапно повысилась температура, появились боли горле. Болезненность в горле и повышение температуры быстро нарастают. В течение двух дней отказывался от пищи, из-за сильных болей ночью не спит. В анамнезе ангины до 6 - 8 раз в год и беспокоят с 7 летнего возраста.

Объективно: открывание рта резко затруднено. Фарингоскопия; выраженная асимметрия зева за счет инфильтрации мягкого неба справа, при дотрагивании ватником определяется флюктуация. Небная миндалина справа резко отечная и доходит до язычка, последний смещен влево. Слева небная миндалина в размерах не увеличена. Регионарный лимфоаденит.

Поставьте диагноз? Назначьте лечение.

#### Задача № 3

Больной П., 44 лет, обратился в поликлинику с жалобами на ощущение инородного тела в горле, периодически возникает болезненность в горле. Заболевание связывает с удалением небных миндалин, которое произведено три года назад.

Первоначально возникла сухость, першения, а через полтора года стали периодически возникать боли в горле, температура при этом не повышалась.

Объективно: на слизистой оболочке задней стенка ротоглотки имеются гипертрофированные лимфогранулы, боковые валики утолщены, небные миндалины отсутствуют.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

#### Задача № 4

Больная 25 лет обратилась к ЛОР врачу с жалобой на боль в горле, недомогание, запах изо рта, повышение температуры до 39. Больна 3 дня. Заболевание связывает с переохлаждением.

При фарингоскопии: выраженная гиперемия и отек небных миндалин, устья лакун покрыты белым фибринозным налетом, который не выходит за пределы миндалин и легко снимается.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

#### Задача № 5

Больная 18 лет машиной с/п доставлена в ЛОР - отделение. Жалобы на боль в горле, усиливающееся при глотании и попытке открыть рот, обильное слюнотечение, неприятный запах изо рта, общую слабость повышение температуры тела до 40°C.

Объективно: открывание рта затруднено, голова наклонена вправо, асимметрия глотки за счет инфильтрации мягкого неба справа, правая небная миндалина отечна и доходит до язычка, смещенного влево. Слева небная миндалина в размерах не увеличена, зачелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, больше справа.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

#### Задача № 6

Больная 22 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боль в горле, общую слабость, боль в суставах, в области сердца, повышение температуры до 38°. Больна в течение 4-х дней. Заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: небные миндалины гиперемированы, отечны, с большим количеством желтоватых точек величиной с просыное зерно (картина звездного неба), значительно увеличены и болезненны при пальпации зачелюстные лимфоузлы.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

#### Задача № 7

Больная 22 лет жалуется на неприятные ощущения в глотке: першение, жжение, которые появились после того, как накануне она съела большое количество мороженого.

При фарингоскопии определяется яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная ее инфильтрация. Другие ЛОР органы без патологических изменений.

Каков диагноз? Как лечить больную?

#### Задача № 8

Девушка 17 лет жалуется на сильную боль в горле усиливающуюся при глотании, повышение температуры до 38 С, недомогание, головную боль, отсутствие аппетита.

При фарингоскопии на фоне гиперемии слизистых оболочек миндалин у устьев лакун определяются белые налеты легко снимающиеся шпателем. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

Каков диагноз? Как лечить больную?

#### Задача № 9

Пациент 16 лет поступил в ЛОР клинику с жалобами на сильную боль в горле справа, обильное выделение слюны, затруднение глотания, ночью было трудно дышать. Несколько дней тому назад переболел ангиной.

Объективно: температура 39 С. Голова наклонена вправо, рот полуоткрыт, вытекает слюна. При фарингоскопии: рот открывается на 1/3 из-за тризма жевательных мышц. Определяется резкая гиперемия и инфильтрация правой половины мягкого неба со смещением язычка в здоровую сторону. Инфильтрация мягких тканей распространяется на левую боковую стенку глотки и спускается вниз до грушевидного синуса. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Всю правую половину шеи занимает разлитой инфильтрат деревянистой плотности. Какое осложнение ангины можно предполагать? Какова врачебная тактика?

#### Задача № 10

На фоне длительной антибиотикотерапии у ослабленного больного пневмонией повысилась температура, появились боли в горле, гиперемия слизистой оболочки зева, налеты на миндалинах и дужках, боковых стенках глотки. Каков диагноз? Как лечить больного?

#### Задача № 11

Больной 16 лет доставлен в ЛОР-отделение с жалобами на общее недомогание, головную боль, боль в горле. Болен второй день. Неделю назад был в контакте с ребенком, которого госпитализировали в инфекционное отделение.

Состояние больного средней тяжести, ослаблен. Садится в постели с трудом. Кожные покровы бледные, влажные, температура 38,6°С. Слизистая оболочка глотки гиперемирована с сизым оттенком, миндалины и дужки покрыты грязно-серым налетом, снимающимся с трудом, подлежащая ткань кровоточит. Запах изо рта. В подчелюстной области определяется отечность мягких тканей и окружающих регионарных лимфоузлов, которые не увеличены.

Каков предполагаемый диагноз? Что нужно предпринять для уточнения диагноза? Какова тактика врача?

#### Задача № 12

Девушка 24 лет жалуется на боль в горле, недомогание, повышение температуры. Заболела три дня назад после нескольких дней легкого недомогания.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы влажные, температура 40 С. Гиперемия слизистой оболочки глотки. Миндалины покрыты белым налетом. Определяется увеличение надчелюстных верхних шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов.

При исследовании крови: лейкоциты  $12 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 0%, базофилы 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 23%, лимфоциты - 50%, моноциты - 26%.

Каков диагноз? Как лечить больную?

#### Задача № 13

Больной 19 лет жалуется на боль в горле при глотании, головную боль, высокую лихорадку до  $39^\circ\text{C}$ , болен неделю. Заболеванию предшествовало недомогание в течение 4-5 дней.

Общее состояние удовлетворительное. Увеличились подчелюстные, челюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Печень выступает из-под реберной дуги на два пальца.

Фарингоскопия: гиперемия слизистой оболочки глотки, на поверхности миндалин гнойные фолликулы. Глотание безболезненное.

Анализ крови: эритроциты  $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $20 \times 10^9$ /л, лимфоциты 50%, моноциты - 40%.

Каков диагноз? Как лечить больного?

#### Задача № 14

Больная жалуется на легкую боль в горле слева, запах изо рта.

Объективно: общее состояние не нарушено, температура тела  $36,6^\circ\text{C}$ . Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

При фарингоскопии: у верхнего полюса левой небной миндалины - сероватый налет, после удаления которого обнаружена довольно глубокая язва с неровным дном. Со стороны других ЛОР-органов патологии нет.

Каков предполагаемый диагноз? Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

#### Задача № 15

Пациент 25 лет жалуется на частые ангины, протекающие с высокой температурой, болью в области сердца, суставов, длительный субфебрилитет. Ангинами страдает с детства. В анамнезе перенесенный паратонзиллит.

При фарингоскопии: миндалины I степени. Ущемлены в дужках, в лакунах жидкий гной. Миндалины спаяны с окружающими тканями, передние небные дужки застойно гиперемированы. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

Каков диагноз? Как лечить больного?

### **Тема. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ: ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ, ОСТРЫЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ У ДЕТЕЙ, ОТЕК, ДИФТЕРИЯ, ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ МЫШЦ ГОРТАНИ, ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ**

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 студент 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 ларингитное 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**

<b>Вопросы</b>	<b>Цель</b>	<b>Задания для самоконтроля</b>	<b>Источники информации</b>
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	1) Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2013 -919 с. 3) Пальчун В.Т., Магамедов М.М.,

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	Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.. 355-404 с.
3. Отек гортани	То же	То же	1)Атлас ЛОР-заболеваний. 4-е издание. Булл Т.Р. Под ред. М.Р. Богомильского. - 2007. 180-200 с. 2) <a href="#">Пальчун В.Т. Воспалительные</a>
4. Дифтерия гортани		Перечислить и записать в рабочую тетрадь заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика	<a href="#">заболевания гортани и их осложнения.</a> - <a href="#">Руководство.</a> - Москва изд. Гр. ГЭОТАР - Медиа.
5. Хронический ларингит		Назвать основные клинические формы. Нарисовать ларингоскопическую картину одной из форм ограниченного гипертрофического ларингита. Выписать рецепт для ингаляций при атрофическом	- 2013. - 176 с.
6. Парезы и параличи		Нарисовать ларингоскопическую картину при параличе левого возвратного гортанного нерва и перечислить его	



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	)Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.- 2014г
8. Трахеостомия	Знать, чтобы использовать в практической работе	Назвать показания и виды трахеостомии	)Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология учебник.- 2014г

Таблица 22

**ПЛАН РАБОТЫ НА ЗАНЯТИИ (240 мин.)**

№ / №	Алгоритм деятельности		Ориентировочные признаки		
	Последовательные операции	Средства действия	Основания	Критерии контроля	Время (мин.)
1	Курация больных	Обследование тематических больных (взрослых и детей) в стационаре.	Подтвердить умение обследования больного, анализа и синтеза полученных данных	Оценка выявленных изменений, проведение дифференциальной диагностики, установление диагноза и выбор лечебной тактики. Использовать схему истории болезни	120
2	Отчет о самостоятельной работе по результатам		Выработка умения клинически мыслить	Студенты докладывают результаты курации больных. Согласовывают	60

	курации			диагноз и лечение	
3	Выполнение диагностических и лечебных манипуляций		Выработка и тренировка навыков	Приготовление гортанных ватодержателей, комплектование набора инструментов для трахеостомии, обработка трахеоканюль	60

**Тестовые задания по теме: «Заболевания гортани: острый и хронический ларингит, острый ларинготрахеит у детей, отек, дифтерия, парезы и параличи мышц гортани, острый и хронический стеноз гортани».**

**1. ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ ДЕЛАЮТ**

- 1) верхнюю трахеостомию
- 2) среднюю трахеостомию
- 3) нижнюю трахеостомию
- 4) коникотомию

**2. СРОЧНАЯ ТРАХЕОТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ**

- 1) 1-й степени
- 2) 2-й степени
- 3) 3-й степени
- 4) 4-й степени

**3. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ТРАХЕОТОМИИ**

- 1) уровень стеноза гортани
- 2) степень стеноза гортани
- 3) причины стеноза гортани
- 4) возраст пациента

**4. ПОСЛЕ КОНИКОТОМИИ СЛЕДУЕТ**

- 1) назначить противовоспалительную терапию
- 2) провести трахеотомию
- 3) провести фиброскопию
- 4) сделать томограмму гортани

**5. ПРИ КОНИКОТОМИИ РАССЕКАЕТСЯ СВЯЗКА**

- 1) перстнетрахеальная
- 2) черпалонадгортанная
- 3) перстнещитовидная
- 4) щитоподъязычная

**6. ПРИЧИНА ОСТРОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ**

- 1) хронический гипертрофический ларингит
- 2) рак гортани
- 3) склерома гортани
- 4) дифтерия гортани

**7. СТАДИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ, ПРИ КОТОРОЙ ПОКАЗАНА СРОЧНАЯ ТРАХЕОТОМИЯ**

- 1) компенсации
- 2) неполной компенсации
- 3) декомпенсации

4) терминальная

**8. ПРИ МОЛНИЕНОСНОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ В СТАДИИ АСФИКСИИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ**

1) трахеотомию

2) интубацию

3) коникотомию

4) ларинготомию

**9. ПРИ ВСЕХ ВИДАХ ТРАХЕОТОМИИ СЛЕДУЕТ РАССЕКАТЬ КОЛЬЦА ТРАХЕИ**

1) 1 и 2

2) 2 и 3

3) 3 и 4

4) 4 и 5

**10. ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ ПРОВОДЯТ**

1) нижнюю трахеостомию

2) среднюю трахеостомию

3) верхнюю трахеостомию

4) коникотомию

**11. ПРИ ПОДКОЖНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ШЕИ ПОСЛЕ ТРАХЕОСТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО**

1) введение в трахею трахеостомической трубки с раздувной манжетой

2) смена трахеостомической трубки на трубку большего диаметра

3) широкое раскрытие кожной раны

**12. ПРИСТУП ЛОЖНОГО КРУПА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

1) вечером

2) ночью

3) утром

4) днем

**13. СТЕНОЗ ГОРТАНИ НАСТУПАЕТ ПРИ ПАРАЛИЧЕ НЕРВОВ**

1) языкоглоточных

2) нижнегортанных

3) верхнегортанных

4) подъязычных

**14. ОДНОСТОРОННИЙ ПАРАЛИЧ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА ВЫЗЫВАЕТ**

1) расстройство голоса (охриплость)

2) затруднение дыхания

3) нарушение прохождения пищи

**15. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ПОДСКЛАДОЧНОГО ЛАРИНГИТА**

1) стойкая дисфония

2) острый стеноз гортани

3) астматический бронхит

4) гиперчувствительность гортани

**16. КОМПЛЕКС СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ФЛЕГМОНОЗНОГО ЛАРИНГИТА**

1) дисфония и боль в гортани

2) дисфония, дисфагия, боль в гортани, диспноэ

3) дисфагия, боль за грудиной

4) дисфагия, боль при глотании

**17. КОНИКОТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ В СТАДИИ**

1) компенсации

2) неполной компенсации

3) декомпенсации

4) терминальной

**18. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПЕВЧЕСКИХ УЗЕЛКОВ**

1) болевые ощущения

2) приступообразный кашель

- 3) стойкая дисфония
- 4) клинически не проявляются

**19. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ В СТАДИИ КОМПЕНСАЦИИ**

- 1) инспираторная одышка в покое, бледность кожных покровов, беспокойное состояние больного
- 2) урежение и углубление дыхания, выпадение пауз между вдохом и выдохом
- 3) дыхание частое и поверхностное, вынужденное положение больного, цианоз губ, частый пульс
- 4) дыхание - типа Чейн-Стокса, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и дефекация

**20. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ В СТАДИИ НЕПОЛНОЙ КОМПЕНСАЦИИ**

- 1) инспираторная одышка в покое, бледность кожных покровов, беспокойное состояние больного
- 2) урежение и углубление дыхания, выпадение пауз между вдохом и выдохом
- 3) дыхание частое и поверхностное, вынужденное положение больного, цианоз губ, частый пульс
- 4) дыхание типа Чейн-Стокса, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и дефекация

**21. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ**

- 1) инспираторная одышка в покое, бледность кожных покровов, беспокойное состояние больного
- 2) урежение и углубление дыхания, выпадение пауз между вдохом и выдохом
- 3) дыхание частое и поверхностное, вынужденное положение больного, цианоз губ, частый пульс
- 4) дыхание типа Чейн-Стокса, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и дефекация

**22. ПРИ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТЕ ГОРТАНИ ПРОИСХОДИТ**

- 1) гнойное воспаление слизистой оболочки гортани
- 2) гнойное воспаление подслизистого слоя гортани
- 3) воспаление надхрящницы с трофическими изменениями хряща
- 4) гнойное воспаление хрящей гортани

**23. БОЛЬНОГО С ДИФТЕРИЕЙ ГОРТАНИ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТ В ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ**

- 1) терапевтическое
- 2) оториноларингологическое
- 3) инфекционное
- 4) хирургическое

**24. ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ В ОТДЕЛЕ ГОРТАНИ**

- 1) преддверие
- 2) область голосовых складок
- 3) под голосовыми складками

**Правильные ответы к тестовым заданиям по теме: «Заболевания гортани: острый и хронический ларингит, острый ларинготрахеит у детей, отек, дифтерия, парезы и параличи мышц гортани, острый и хронический стеноз гортани».**

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	3	11	1	21	3
2	3	12	2	22	3
3	2	13	2	23	3

<b>4</b>	2	<b>14</b>	1	<b>24</b>	3
<b>5</b>	3	<b>15</b>	2		
<b>6</b>	4	<b>16</b>	2		
<b>7</b>	3	<b>17</b>	4		
<b>8</b>	3	<b>18</b>	3		
<b>9</b>	2	<b>19</b>	2		
<b>10</b>	3	<b>20</b>	1		

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1

К врачу обратился больной К. 26 лет с жалобами на ощущение щекотания, чувство саднения, заложенности в горле, сухой кашель, осиплость голоса. Больным себя считает в течение 2-х дней. При ларингоскопии видна гиперемия голосовых складок, припухлость их. Голосовая щель при дыхании свободная, широкая, при фонации между голосовыми складками образуется овальной формы щель.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

#### Задача № 2

КЛОР врачу обратился больной Б., 18 лет, с жалобами першение, ощущение инородного тела, кашель, приглушение голоса, боль при глотании с иррадиацией в уши. Болен в течение 6 месяцев.

Ларингоскопия: в области гортанной поверхности надгортанника обнаружена инфильтрирующей формы роста опухоль. Лимфатические узлы шеи не пальпируются.

Ваш предполагаемый диагноз? Назначьте лечение и план обследования.

#### Задача № 3

В пять часов вечера дежурная медсестра срочно вызвала дежурного врача в коридор клиники. Он увидел лежащего больного, поступившего накануне по поводу острого стеноза гортани в стадии компенсации. Обращали на себя внимание резкая цианотичность кожных покровов, полная остановка дыхания и судорожные подергивания конечностей.

Какой вид срочного горлосечения наиболее целесообразен в данной ситуации?

**Подведение итогов занятий на кафедре. 2 модуль – тестовый контроль, решение ситуационных задач, зачет по методам эндоскопического исследования ЛОР - органов.**

**Перечень наглядных пособий, средств ТСО, используемых на практических занятиях**

Слайды; рисунки; таблицы; муляжи; костные препараты; гистологические препараты; разнообразные ЛОР – инструменты; микроскопы; набор эндоскопических инструментов с холодным освещением УМЗ; набор В. И. Воячека для исследования

обоняния, ольфактометр; ринопневмометр; диафаноскоп; набор рентгенограмм; вращающееся кресло Барани; оборудование вестибулологической лаборатории; аудиотимпанометр GSI 38; пневматическая воронка Зигле; ушной манометр; набор камертонов; ушные трещотки; баллон Политцера; аудиограммы, рентгенограммы; КТ; МРТ.

#### **Формы контроля, используемые для определения готовности студентов.**

- 1) Тестовый контроль.
- 2) Собеседование.
- 3) Решение ситуационных задач.

#### **Литература:**

1. Алексеева Н.С. Головокружение. Отоневрологические аспекты.- [МедПресс-Информ](#). - 2014 г. -184 с.
2. Альтман Я. А., Таварткиладзе Г. А. Руководство по аудиологии. - М.: ДМКПресс, 2003. - 360 с.
3. [Ананьева С.В. Болезни уха, горла, носа. - Ростов на Дону: Феникс. - 2011. - 412 с.](#)
4. [Артюшкин С.А.: Хронический полипозный риносинусит и гипертоническая болезнь, -](#) Наука. - 2009 г. -112 с.
5. Атлас ЛОР-заболеваний. 4-е издание. Булл Т.Р. Под ред. М.Р. Богомильского. - 2007 г. - 272с.
6. [Бабанов С.А. Профессиональная нейросенсорная тугоухость. Монография,- Инфра-М, Вузовский учебник.- 2017 г. - 98 с.](#)
7. Бабияк В. И., Гофман В. Р., Накатис Я. А. Нейрооториноларингология. Руководство для врачей. - 2002 г. – 727 с.
8. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология, руководство для врачей. - 2005 г. - 200 с.
9. Бабияк В. И., Накатис Я. А., Пашинин А. Н., Воронов В. А. Основы отоневрологии. Пособие для врачей. - СПб.: «Знание». - 2015.-720 с.
10. [Бербом Ханс, Кашке Оливер, Навка Тадеус Болезни уха, горла и носа. - МЕДпресс-Информ. - 2016 г. - 776 с.](#)
11. [Блоцкий А.А. Феномен храпа и синдром обструктивного сонного апноэ. - СПб.: СпецЛит. - 2002. - 176 с.](#)
12. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: «Эскулап», 2009. – 175 с.
13. [Богомильский М.Р. Детская оториноларингология. - М.: Гэотар-Медиа. - 2006. - 432 с.](#)
14. [Бобошко М.Ю. Слуховая труба. - СПб.: СпецЛит. - 2003. - 353 с.](#)
15. Борк К. Болезни слизистой оболочки рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. - М.: [Медицинская литература](#). - 2011 г.448 с.
16. Брандт. Т. Головокружение, - Практика. - 2010 г. - 200 с.
17. Василенко Ю.С. Голос. Фонологические аспекты. - М: Энергоиздат, 2002. - 480 с.
18. Виганд М.Э., Иро Х. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа. - М.: мед. лит. - 2010. - 296 с.
19. Гаппоева Э. Т. Методическое пособие к практическим занятиям по оториноларингологии для студентов медицинских вузов (Издание второе, переработанное, дополненное) Владикавказ 2012 г., 260 с. УМО-584;
20. Гаппоева Э. Т. Сенсоневральная тугоухость. Изд. СОГУ. - 2011г. – 232 с.
21. Гаппоева Э.Т. Учебное пособие по оториноларингологии для студентов, обучающихся по специальности «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» и «МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО», - УМО - 17-29/481 - 2012 г. – 200с.
22. Герсдорф М., Ж.-М. Жерар Атлас Хирургия среднего уха.- Бином. - 2014 г. - 152 с.,
23. [Говорун М.И.: Повреждение ЛОР-органов и шеи в мирное и военное время. Руководство для врачей. - СпецЛит. - 2010 г. - 126 с.](#)

24. [Давудов Х.Ш. Клиническая патология гортани. Руководство - атлас для последипломного обучения специалистов научных, лечебных и учебных медицинских учреждений.](#) - МИА. - 2009 г. - 160 с.
25. Дементьев А.С., Журавлёва Н.И., Кочетков С.Ю., Чепанова Е.Ю. Оториноларингология. Стандарты медицинской терапии. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2016. - 320 с.
26. Дюннебир Э.А. Лучевая диагностика. Оториноларингология. - М.: МЕДпресс-информ. - 2013.- 360 с.
27. Епифанов В.А. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания, - ГЭОТАР-Медиа. - 2013 г. - 656 с.
28. [Иммунология и аллергология для ЛОР-врачей. Под редакцией Д. К. Новикова - Медицинское информационное агентство.](#) - 2006 г. - 512 с.
29. [Козорез Е.С. ЛОР - заболевания. - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС. - 2005. - 89 с.](#)
30. Косяков С. Я. Избранные вопросы практической отохирургии; монография / - Москва: МЦФЭР. - 2012. - 224 с.
31. Кругликов Г.Г. Патология органов дыхания. Атлас. - ЛитТерра. - 2013 г. - 272 с.
32. [Крюков А.И. Руководство по неотложной помощи при заболеваниях уха и верхних дыхательных путей.](#) - ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 386 с.
33. Крюков А.И., Федорова О.К., Антонян Р.Г. и др. Клинические аспекты болезни Менъера. М. - 2006. - 240 с.
34. Лайко А.А., Заболотный Д.И. Рецидивирующий средний отит - 2001 г. - 153 с.
35. [Лопатин А. С. Ринит: патогенетические механизмы и принципы фармакотерапии.](#) - ЛитТерра. - 2013 г. - 368 с.
36. Лопатин А.С., Александрова И.А., Варвянская А.В. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа. Руководство для практикующих врачей. - ЛитТерра. - 2013 г. - 816 с.
37. [Лучихин Л. А. Заболевания верхних дыхательных путей и уха. Справочник практикующего врача. - ГЭОТАР-Медиа.](#) - 2016 г. - 256 с.
38. Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник. - Гриф МО РФ. -ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 584 с.
39. Лучихин Л. А. [Обследование оториноларингологического больного.](#) - ГЭОТАР- Медиа. - 2014 г. - 256 с.
40. [Майоров В. А.](#) Запахи. Их восприятие, воздействие, устранение. - [Мир.](#) - 2006 г. - 366 с.
41. [Марк Ремакль, Ханс Эдмунд Эккель Хирургия гортани и трахеи.](#) - Бином. - 2015 г. - 368 с.
42. [Мартов В. Ю. Лекарственные средства в оториноларингологии.](#) - М: [Медицинская литература.](#) - 2009 г. - 496 с.
43. [Носуля Е. В.](#) Пропедевтика в оториноларингологии. - [Медицинское информационное агентство.](#) - 2009 г. -180 с.
44. Овчинников Ю. М., Гамов В. П. Болезни носа, горла и уха. - М.: Медицина. - 2003 г. - 320 с.
45. Оториноларингология национальное руководство / Под ред. чл. кор. РАМН В. Т. Пальчун. - Москва изд. Гр. «ГЭОТАР-Медиа». - 2013 г. – 954 с.
46. [Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. Учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.51 "Лечебное дело" по дисциплине "Болезни уха, горла и носа".](#) - ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 315 с.
47. [Пальчун В.Т. Воспалительные заболевания гортани и их осложнения. Руководство.](#) - Москва изд. Гр. ГЭОТАР - Медиа. - 2013. - 176 с.
48. [Пальчун В.Т. Практическая оториноларингология. - М.: Медицинское информационное агентство. - 2006. - 368 с.](#)
49. [Пальчун В. Т., Лучихин Л. А.](#) История болезни в ЛОР-стационаре / Методические рекомендации. - М: [Медицина.](#) - 2004 г. - 32 с.
50. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. -

- МИА - 2014 г. - 286 с.
51. [Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Магомедов М. М. Руководство по практической оториноларингологии.](#) - МИА. - 2011 г. - 565 с.
  52. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология учебник. - Москва изд. Гр. ГЭОТАР - Медиа. - 2011 г. - 656 с.
  53. [Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Крюков А. И. Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии.](#) - Москва изд. гр. ГЭОТАР- Медиа. - 2015 г. - 224 с.
  54. Паршин В. Д. Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение. - 2008. - 176 с.
  55. [Пискунов Г. З. Полипозный риносинусит.](#) - Москва изд. гр. ГЭОТАР- Медиа. - 2016 г. - 96 с.
  56. Пискунов И. С., Завьялов Ф. Н., Пискунов В. С., Кузнецов М. В. Диагностика и лечение риносинусогенных орбитальных осложнений. - Курск. - 2004 г. - 112 с.
  57. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей. - 2-е издание. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство». - 2006. - 560 с.
  58. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. - М.: МИА. - 2013. - 560 с.
  59. Пискунов Г. З., Пискунов С. З., Козлов В. С., Лопатин А. С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. - М.: Коллекция «Совершенно секретно». - 2003. - 208 с.
  60. Погосов В. С. Атлас по оперативной оториноларингологии. - 2003 г. - 413 с.
  61. [Потапов А. А., Лопатин А. С., Капитанов Д. Н. Эндоскопическая диагностика и лечение назальной ликвореи.](#) - [Практическая медицина.](#) - 2015 г. - 216 с.
  62. Пробст Р., Греверс Г., Иро Г. Оториноларингология в клинической практике. - М.: Практическая медицина. - 2012. - 384 с.
  63. Руководство по аудиологии и слухопротезированию / Под ред. Лятковского Я. Б. [Пер. с польск. под ред. Н. А. Дайхеса]. - М. - 2009.-240с.
  64. [Руленкова Л.И. Аудиология и слухопротезирование.](#) - М.: Академия, 208 с., 2003
  65. Рязанцев С. В., Науменко Н. Н., Захарова Г. П. Причины этиопатогенетической терапии острых синуситов / Метод реком. – СПб., 2007. - 38 с
  66. [Семизоров А. Н. Рентгенографическая и компьютерно-томографическая диагностика острых и хронических синуситов.](#) - Видар М. - 2012 г. - 104 с.
  67. [Стратиева О.В. Клиническая анатомия уха.](#) - СПб.: СпецЛит. - 2004 г. - 256 с.
  68. Томассин Дж. М. Атлас по оториноларингологии, гортань. - 2002 г. - 29 с.
  69. Томассин Дж. М. Атлас по оториноларингологии, наружное и среднее ухо. - 2002 г. - 20с.
  70. Томассин Дж. М. Атлас по оториноларингологии, нос и околоносовые пазухи. - 2002г. - 28 с.
  71. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. В 4 т. Т. 1. Подходы, мирингопластика, оссикулопластика и тимпанопластика / Пер. с англ А. В. Давыдов/ Под ред. А. В. Старохи - Томск: Сибирский гос. мед. университет. - 2004.- 412 с.
  72. [Цветков Э.А.: Аденоtonsиллиты и их осложнения у детей.](#) - СПб.: ЭЛБИ-СПб. - 2003 г. -124 с.
  73. Хирургия уха Гласскока-Шамбо: в двух томах - Э. Дж. Гуля, Л. Б. Минор, Д. С. По; пер с англ. Под ред. С. А. Карпищенко - М.: Издательство Панфилова, 2015. Т.1. - 416 с.
  74. Хирургия уха Гласскока-Шамбо: в двух томах - Э. Дж. Гуля, Л. Б. Минор, Д. С. По; пер с англ. Под ред. С. А. Карпищенко - М.: Издательство Панфилова, 2015. Т.2. - 448 с.
  75. Чиссов В. И., Дарьялова С. Л. Онкология. — Москва изд. Гр. ГЭОТАР - Медиа. - 2007 г. - 600 с.
  76. [Чумаков Ф. И., Дерюгина О. В. ЛОР-органы и туберкулез.](#) - Медицина. - 2004 г. - 160 с.



77. [Шеврыгин Б.В. Болезни уха, горла и носа. - Москва изд. Гр. ГЭОТАР - Медиа. - 2002 г. - 480 с.](#)
78. [Янфаза П. Хирургическая анатомия головы и шеи. - Издательство Панфилова / Бином. Лаборатория знаний. - 2014 г. - 896 с.](#)
79. V Paleri, J Hill: ENT Infections: An Atlas of Investigation and Management, 116 с., 2010