

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

**Область знаний: ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Специальность: ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**ТИПОВАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА
подготовки клинических ординаторов по специальности**

«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

ТАШКЕНТ - 2014

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

«УТВЕРЖДАЮ»

Первый заместитель министра
Здравоохранения РУ
_____ Худояров А.Н.
«__» _____ 2014г.

«СОГЛАСОВАНО»

Начальник Главного Управления
науки и учебных заведений
_____ У.С.Исмаилов.
«__» _____ 2014г.

«СОГЛАСОВАНО»

Директор Центра развития
Медицинского образования
_____ Алимova М.Х. .
«__» _____ 2014г.

«ВНЕСЕНО»

Ректор Ташкентского института
усовершенствования врачей
_____ Сабиров Д.М.
«__» _____ 2014г.

**Область знаний: ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Специальность: ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**ТИПОВАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА
подготовки клинических ординаторов по специальности**

«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

ТАШКЕНТ - 2014

СОСТАВИТЕЛИ:

1. Джаббаров К.Д. заведующий кафедры оториноларингологии
ТашИУВ, д.м.н., профессор
2. Маматова Т.Ш. доцент кафедры оториноларингологии
ТашИУВ, к.м.н.
3. Артикова Д.Т. ассистент кафедры оториноларингологии
ТашИУВ, к.м.н.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

1. Шайхова Х.Э. - заведующая кафедры оториноларингологии ТМА,
д.м.н. профессор
2. Арифов С.С. - профессор кафедры оториноларингологии
ТашИУВ, д.м.н.

Учебная программа рассмотрена на Центральном Методическом Совете Ташкентского института усовершенствования врачей

« _____ » _____ 2014 год Протокол собрания № _____

Учебная программа рекомендуется для утверждения Ученым Советом Ташкентского института усовершенствования врачей

« _____ » _____ 2014 год Протокол собрания № _____

Ученый секретарь _____ Гулямова М.К.

АННОТАЦИЯ

Обучение в клинической ординатуре направлено на подготовку высокопрофессиональных кадров для практического здравоохранения по специальности оториноларингология.

Развитие оториноларингологии происходило параллельно с другими клиническими специальностями, поэтому для успешного освоения данной дисциплины необходимы знания в других разделах фундаментальной и клинической медицины.

Учебная программа клинической ординатуре по оториноларингологии создана на основании Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан № 319 от 18.12.2009г, а также приложения №2 «Положение о клинической ординатуре» к данному Постановлению, приказа Министерства здравоохранения РУз №204 от 12 июля 2012г. «О требованиях к содержанию учебных программ в системе повышения квалификации и переподготовки медицинских работников и порядке их утверждения», а также в соответствии с Государственными требованиями к управлению и организации деятельности системы повышения квалификации и переподготовки работников учреждений здравоохранения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РУз №303 от 25 октября 2012 г. (O`zDSt 2854:2012). В учебную программу на основе приказа № 372 от 4 ноября 2013 года «О совершенствовании нормативных документов по подготовке специалистов в клинической ординатуре» включены также программы смежных дисциплин.

Учебная программа составлена в строгом соответствии с квалификационной характеристикой врача–специалиста - оториноларинголога с учетом освоения необходимых и достаточных знаний и навыков по специальности и в соответствии с последними достижениями науки, техники, технологии, отвечает требованиям по обеспечению непрерывности и последовательности в системе образования. В программе предусматривается обучение специалистов теоретическим и практическим навыкам, а также самостоятельной работе, умению использовать литературные источники, директивные документы, участие на семинарах и конференциях.

Данная программа разработана в свете выполнения пунктов плана мероприятия “По дальнейшему совершенствованию деятельности системы здравоохранения и высшего образования” с внесением предложений по дополнениям и изменениям программы обучения с учетом передового зарубежного опыта.

ВВЕДЕНИЕ

Типовая учебная программа предназначена для подготовки узкого специалиста по специальности «Оториноларингология» на базе бакалавриата высших медицинских учебных заведений по направлению «Лечебное дело», «Медико-педагогическое дело» и «Педиатрическое дело».

Специалист отоларинголог - врач с высшим медицинским образованием, имеющим право самостоятельно оказывать специализированную оториноларингологическую помощь населению.

Оториноларингологическая служба, занимая важное место в системе здравоохранения, обеспечивает диагностическую и лечебную помощь 15% из общего числа больных, обращающихся в амбулатории и стационары, как плановом порядке, так и по экстренной помощи.

Несвоевременно распознанные ЛОР заболевания порой представляют серьёзную угрозу для жизни больного, вызывая тяжёлые осложнения со стороны других органов и систем организма, доводя больного до инвалидизации или летального исхода.

Перед системой подготовки кадров и переподготовки ставится вопрос о подготовке и постоянном повышении квалификации врачебных кадров, внедрении в практику новейших достижений отечественной и зарубежной науки, усилении профилактической направленности работы врача оториноларинголога.

Учебная дисциплина оториноларингология относится к циклу клинических дисциплин хирургического профиля, на котором изучаются важнейшие теоретические и практические аспекты консервативного и хирургического лечения заболеваний верхних дыхательных путей и уха. Современному врачу в его практической деятельности необходимы знания в основных вопросах оториноларингологии, диагностике острых гнойных заболеваний и травмах ЛОР-органов, практические умения оказания экстренной помощи

ЦЕЛЮ учебной программы является подготовка квалифицированного специалиста, владеющего вопросами организации ЛОР – помощи, своевременными методами и, диагностики и лечения, профилактики заболеваний уха, горла и носа.

ЗАДАЧИ обучения:

- формирование клинического мышления квалифицированного врача, ориентированного в сложной оториноларингологической патологии и в смежных специальностях
- развить на современном уровне знания по этиологии, патогенезу ЛОР заболеваний;
- развить знания по использованию современных методов диагностики ЛОР заболеваний;

- развить навык самостоятельного определения необходимого объема и набора лечебно-диагностических мероприятий для ЛОР больных;
- научить осуществлять необходимые и адекватные лечебные и диагностические манипуляции ЛОР больным в амбулаторных и стационарных условиях;
- развить умение интерпретировать результаты современных лабораторных и инструментальных исследований ЛОР больных;
- развить навык оказания высококвалифицированной помощи на современном уровне при неотложных состояниях у ЛОР больных.
- развить навыки проведения интенсивной терапии при ЛОР заболеваниях
- развить знания по проведению комплекса социальных и трудовых реабилитационных мероприятий ЛОР больным;
- развить умение реализации профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости наиболее распространенных ЛОР - заболеваний и предупреждению их осложнений.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Полное освоение данной программы позволит сформировать специальные знания и умения специалиста по оториноларингологии для самостоятельно работы в практическом здравоохранении врачом-оториноларингологом, а также выполнять обязанности организатора в медицинском учреждении; использование программы в клинической ординатуре позволит подготовить высококвалифицированных специалистов-оториноларингологов для поликлиник и специализированных ЛОР- отделений; овладение современными методами обследования, диагностики и лечения оториноларингологических больных, включая и неотложную помощь; обеспечение длительного непрерывного наблюдения и оказания медицинской помощи в реабилитационном этапе лечения; эффективно использовать ресурсы здравоохранения, при необходимости взаимодействуя с другими специалистами.

Типовой учебный план по специальности – Оториноларингология

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год	
			всего	Теоретические	Практические		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Смежные дисциплины		648							
	Патанатомия		72				36	36		
	Патофизиология		90				36	54		
	Клиническая Фармакология		90				36	54		
	Валеология		36		-	-	36	-	-	-
	Нормальная физиология		36				36			
	Оперативная хирургия с топографической анатомией		54				54			
	Функциональные методы исследования		72				72			
	Лучевая диагностика		54				54			
	Микробиология		54				54			
	Инфекционные заболевания. Инфекционный контроль.		90				90			
2.	Дисциплины основной и смежных специальностей		2562							
	Оториноларингология. Сурдология. Фониатрия		2220	500	1720		888		1332	
	Офтальмология		36						36	
	Челюстно-лицевая хирургия		72						72	
	Неврология		72						72	
	Онкология		54						54	
	Пульмонология и аллергология		36						36	
	Анестезиология и реанимация		72						72	
	Всего		3210							
3.	Факультативные и дополнительные дисциплины									
	Миллийстиклолгояси		108	108	-	-	54	-	-54	
	Информационно-коммуникационные технологии							72		
	Иностранный язык							72		144
	Аттестация		30				6 (п/г)	6 (г)	6 (п/г)	12 (и)
	Итого	4164	3348			816/528	1536		1674	

Раздел № 1 НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ 36 часов

Цель – обеспечить современный уровень физиологических знаний о механизмах и процессах жизнедеятельности, составляющих основу физиологических функций организма здорового человека и принципах их регуляции, в частности ЛОР- органов.

Задачи

- развить физиологическое мышление;
- глубже изучить основы жизнедеятельности ЛОР - органов здорового и больного человека;
- осмыслить как фундаментальные, так и прикладные задачи современной медицины;

Типовой учебный план по разделу нормальная физиология 36 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам				
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год		
			всего	Теоретические	Практические		1	2	3	4	
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	Нормальная физиология		36				36				
	Физиология звукового анализатора		8								
	Физиология вестибулярного анализатора		10								
	Физиология полости носа и околоносовые пазух		6								
	Физиология глотки, пищевода		6								
	Физиология гортани, трахеи и бронхов		6								

Содержание тем раздела по нормальной физиологии

Физиология проводящие пути звукового анализатора – 8 часов. Понятие о звуке как об адекватном раздражителе звукового анализатора. Характеристика звука в физическом и физиологическом отношении. Звукопроводящая и звуковоспринимающая части звукового анализатора. Механизм передачи звуковых колебаний на звуковой анализатор. Воздушная и костная звукопроводимость. Анализ превращения звукового раздражения в слуховое ощущение в мозговом центре звукового анализатора и передача его на эфферентные пути. Теории слуха: резонансная теория, Гельм-гольца, Флетчера, Бекеша и др. Значение учения И.П.Павлова об условных рефлексах в вопросе теории слуха. Мышечная слуховая адаптация. Центральная слуховая адаптация. Охранительное торможение в процессе слуховой адаптации. Биноуральный слух и ототопика. Характеристика звуков, звуковое поле человека, речевая зона слуха человека, адаптация, маскировка. Развитие звукового анализатора у маленьких детей. Физиология слуховых труб.

Физиология и проводящие пути вестибулярного анализатора – 10 часов: понятие об адекватных раздражителях отолитового аппарата и полукружных каналов. Угловое ускорение как адекватный раздражитель ампулярного гребешка, опыт Эвальда, три закона Эвальда. Понятие о нистагме, виды, причины возникновения, характеристика по степени, амплитуде, плоскости. Преддверный нистагм и нистагм другого происхождения. Ответные реакции при раздражении полукружных каналов. Адекватные раздражители отолитового аппарата, ответные

реакции при раздражении отолитового аппарата. Особенности развития вестибулярного анализатора у маленьких детей.

Физиология полости носа и околоносовые пазух – 6 часов: дыхательная, обонятельная, защитная (согревание, увлажнение, очищение), транспортная, резонаторная, слезо - проводящая, выделительная. Обонятельный анализатор, проводящие пути, центр. Понятие о запахах и обонятельной чувствительности. Чихательный рефлекс. Связь носа с другими органами и системами.

Физиология глотки, пищевода- 6 часов. Физиология глотки: участие в акте сосания, глотания (проведение пищевого комка), дыхания, голосо- и речеобразования, защитная, вкусовая. Вкусовой анализатор, проводящие пути, центр. Физиология небных миндалин – защитная, рефлексогенная, лимфообразовательная, ферментативная, иммунологическая, информационная, элиминационная. Физиология пищевода – пищепроводная (процесс проведения жидкости и плотного пищевого комка)

Физиология гортани, трахеи и бронхов – 6 часов. Физиология гортани: дыхательная, защитная, голосообразовательная, речевая функции, грудной и фальцетные регистры, певческий голос, формирование шепота. Физиология трахеи и бронхов: дыхательная, защитная, дренажная, всасывательная функции.

должен знать

- проводящие пути звукового анализатора
- проводящие пути вестибулярного анализатора
- физиологию полости носа и околоносовые пазух
- проводящие пути обонятельного анализатора
- физиологию глотки и пищевода
- физиологию небных миндалин
- физиологию гортани, трахеи и бронхов

должен уметь

- проводить акуметрию
- проводить вестибулометрию
- определять виды нистагма
- определять функцию слуховой трубы
- определять дыхательную функцию носа
- определять обонятельную функцию носа
- определять транспортную функцию носа

Рекомендуемая литература

1. Альтман Я.А., Тваркиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. М., 2003.
2. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология. Москва., 2005.
3. Камкин А., Каменский А. Фундаментальная и клиническая физиология. -М. Академия, 2004, 1072с.
4. Орлов, Р.С. Нормальная физиология : учебник для вузов / Р.С. Орлов, А.Д. Ноздрачева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 696 с.
5. Пальчун В.Т., Крюков А.Т. Оториноларингология. Москва, 2002.
6. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Физиологическая и патофизиологическая роль перегородки носа. Росс.ринология, 2003, № 4, с 6-8
7. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М., 2000.
8. Физиология человека : учебник для вузов в 2-х т. / Н.А. Агаджанян [и др.] ; под общ. ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько. – М. : Медицина, 1998

Раздел № 2 ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ С ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ 54 часов

Цель формирование фундаментальных знаний по топографической анатомии и оперативной хирургии ЛОР-органов

Задачи

- ознакомление топографической анатомией ЛОР-органов
- ознакомление видами оперативной хирургии ЛОР-органов

Типовой учебный план по разделу оперативная хирургия с топографической анатомией 54 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Часы	Аудиторные занятия(часы)		Само Подготовка	1 год		2 год	
				всево	Теоретические		Практические	1	2	3
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Оперативная хирургия с топографической анатомией		54				54			
	Оперативная хирургия с топографической анатомией уха		14							
	Оперативная хирургия с топографической анатомией носа и околоносовые пазух		12							
	Оперативная хирургия с топографической анатомией глотки, пищевода		10							
	Оперативная хирургия с топографической анатомией гортани, трахеи и бронхов		12							
	Оперативная хирургия с топографической анатомией шеи		6							

Содержание раздела оперативная хирургия с топографической анатомией

Оперативная хирургия с топографической анатомией уха -14 часов. Топографическая анатомия височной кости: каменистая, чешуйчатая, барабанные части. Топографическая анатомия наружного уха: ушной раковины и наружного слухового прохода, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Топографическая анатомия среднего уха: барабанная полость, сосцевидный отросток, слуховая труба. Барабанная полость: стенки барабанной полости, содержимое барабанной полости (слуховые косточки, мышцы), синусы барабанной полости, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Сосцевидный отросток: топография антрума, типы строения воздухоносных клеток. Топографическая анатомия слуховых труб, кровоснабжение, иннервация, пути лимфоотток. Топографическая анатомия VII пары ЧМН, путь прохождения в сосцевидном отростке. Топографическая анатомия внутреннего уха: костный лабиринт, перепончатый лабиринт, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Топографическая анатомия венозных синусов мозга. Топографо-анатомические отношения органа слуха с оболочками мозга, синусами твердой мозговой оболочки, цистернами мозга и мозжечка, околоушно-жевательной областью и позадичелюстной ямкой. Операции на сосцевидном

отростке и при воспалении среднего уха (парацентез, антроаттикотомия). Понятие тимпаноластики.

Топографическая анатомия носа и ОНП – 12 часов: наружный нос, полость носа; околоносовые пазухи: верхнечелюстная, лобная, основная, решетчатый лабиринт. Топографо-анатомические взаимоотношения носа и ОНП, кровоснабжение, иннервация, пути лимфооттока. Топографо-анатомическое обоснование клинических симптомов и синдромов. Операции на носу и околоносовые пазух.

Оперативная хирургия с топографической анатомией глотки, пищевода – 10 часов. Топографическая анатомия глотки: части глотки - носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка; мышцы глотки, окологлоточные и позадиглоточные клетчаточные пространства. Кровоснабжение и иннервация, лимфоотток. Топографическая анатомия небных миндалин. Кровоснабжение и иннервация, лимфатическая система небных миндалин. Топографическая анатомия пищевода, скелетопия и синтопия пищевода, анатомические сужения пищевода, кровоснабжение и иннервация, лимфоотток, околопищеводные и позадипищеводные клетчаточные пространства.

Топографическая анатомия гортани и трахеи, бронхов – 12 часов; скелетопия и синтопия гортани и трахеи, бронхов; парные и непарные хрящи, связочный аппарат, наружные и внутренние мышцы гортани; кровоснабжение и иннервация, лимфоотток гортани и трахеи, бронхов. Операции на трахее (трахеоцентез, трахеобронхоскопия, интубация, трахеостомия, коникостомия, фенестрация трахеи, ларингоэктомия).

Оперативная хирургия с топографической анатомией шеи - 6 часов. Топография шеи, границы, послойная топография переднего отдела шеи, треугольники шеи, ямки и возвышения по срединной линии шеи, поверхностные вены, шейное нервное сплетение, проекция крупных сосудисто-нервных пучков, топография сонных артерий, места их перевязок, окольные пути кровообращения, подключичных сосудов, формирование венозных узлов и их топография. Грудной лимфатический проток, лимфатическая система шеи. Операции при нагноительных процессах шеи. Обнажение и перевязка сонных артерий. Удаление лимфатического аппарата шеи по поводу метастазов злокачественных опухолей

должен знать

- топографическую анатомию ЛОР-органов
- основные виды операций производимых на сосцевидном отростке и при воспалении среднего уха (парацентез, антроаттикотомия).
- основные виды операции на носу и ОНП
- основные виды операции на трахее и в гортани (трахеобронхоскопия, интубация, трахеотомия, трахеостомия, коникотомия, ларингоэктомия).
- операции при нагноительных процессах в области шеи.
- общие правила пользования хирургических инструментов
- топографическую анатомию височной кости
- топографическую анатомию наружного, среднего и внутреннего уха
- топографическую анатомию слуховых труб
- топографическую анатомию VII пары ЧМН
- топографическую анатомию венозных синусов мозга
- топографическую анатомию носа и ОНП
- топографическую анатомию глотки и пищевода
- топографическую анатомию гортани и трахеи, бронхов
- топографическую анатомию переднего отдела шеи

должен уметь

- правильно держать скальпель для разреза кожи и подкожной клетчатки, мышцы
- правильно держать иглодержатель для накладывания кожных швов
- завязывать простой, морской, двойной хирургические узлы
- снимать кожные швы
- останавливать кровотечение при повреждении мелких сосудов

Рекомендуемая литература

1. Габитов В.Х., Бейсембаев А.А., Акрамов Э.Х «Краткий курс лекций по основам оперативной хирургии и топографической анатомии / том 1.- Бишкек: Изд. НЦРВХ, 2012.- 202 с, 65 илл.
2. Габитов В.Х., Акрамов Э.Х., Бейсембаев А.А. Краткий курс лекций по основам оперативной хирургии и топографической анатомии / том 2.- Бишкек: Изд. НЦРВХ, 2012.- 227 с.197 илл.
3. Григорьев Г.М., Быстренин А.В., Новикова Н.М. Топографическая анатомия органов уха, носа, шеи и основы лор-хирургии. Екатеринбург.1998
4. Дмитренко И. Атлас клинической анатомии. Оториноларингология. 1998.
5. Зеликович Е.И. Фаллопиев канал и КТ-диагностика периферических парезов лицевого нерва. ВОРЛ, 2003, № 5, с 32-40
6. Погосов В.С. Атлас оперативной оториноларингологии. М., 2009.
7. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М., 2000.
8. Тарасов Д.И., Фелорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. М. «Медицина», 1988

Раздел № 3 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 72 часов

Цель – ознакомление с новейшими методами функциональной диагностики и применением их в оториноларингологии

Задачи

- обучить основным принципам функциональной диагностики заболеваний сердечно - сосудистой системы;
- выработка практических навыков и умений применения методов функциональной диагностики в оториноларингологии
- обучить интерпретации показателей методов функциональной диагностики

Типовой учебный план по разделу функциональные методы исследования 72 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подгото Вка	1 год		2 год	
			всего	Теорети ческие	Практи ческие		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Функциональные методы исследования		72				72			
	Основы клинической электрокардиографии		18							
	ЭКГ при нарушениях ритма сердца, инфаркте миокарда и при его осложнениях		18							
	Возрастные особенности ЭКГ; ЭКГ при различной экстракардиальной патологии, при нарушениях водно-электролитного баланса		18							
	Основы эхокардиографии, доплерографии сердца		18							

Содержание раздела функциональные методы исследования

Основы клинической электрокардиографии –18 часов. Анатомия и физиология сердца. Строение сократительного миокарда. Основные функции сердца: автоматизм, проводимость, возбудимость, сократимость, тоничность. Проводящая система сердца: анатомо-функциональная характеристика. Синусовый (С-А) узел. Внутриведсердечные и межпредсердные проводящие тракты. Центры латентного автоматизма в предсердиях. Атриовентрикулярное (AV) соединение. Система Гиса-Пуркинью. Электрофизиология миокарда. Принцип работы аппарата ЭКГ. Отведения общепринятой ЭКГ (12 отведений). Стандартные отведения: I, II, III. Усиленные однополюсные отведения от конечностей: aVR, aVL, aVF. Шестиосевая система координат. Грудные однополюсные отведения: V1–V6. Дополнительные отведения ЭКГ. Дополнительные крайние левые (задние) грудные отведения (V7). Дополнительные правые грудные отведения: (V3R–V6R). Дополнительные высокие грудные отведения (на 1–2 межреберья выше общепринятого уровня регистрации). Дополнительные низкие грудные отведения (на 1–2 межреберья ниже общепринятого уровня регистрации). Электрическая ось сердца. Понятие об электрической оси сердца (ЭОС). Способы определения положения ЭОС. Варианты направлений ЭОС (значения угла альфа QRS). ЭОС в норме и при патологии. Значение клинических сведений и телосложения пациента для правильной оценки ЭКГ. Элементы нормальной ЭКГ (зубцы, сегменты, интервалы).

Характеристика зубцов и сегментов. Электрическая ось P, QRS, T. Нормальная ЭКГ взрослых в грудных отведениях. Характеристика зубцов и сегментов. Переходная зона. Варианты нормальной ЭКГ при ротациях сердца в грудной клетке. Поворот сердца вокруг переднее - задней оси. Поворот сердца вокруг продольной оси. Поворот сердца по часовой стрелке. Поворот сердца против часовой стрелки. Поворот сердца вокруг поперечной оси. Поворот верхушкой вперед. Поворот верхушкой назад. Комбинированные повороты сердца. ЭКГ при декстрокардии у здорового человека. Нормальная ЭКГ в дополнительных отведениях.

ЭКГ при нарушениях ритма сердца, инфаркте миокарда и при его осложнениях- 18 часов. Нарушение функции автоматизма: синусовая аритмия, тахикардия, брадикардия. Слабость синусового узла. Нарушение функции проводимости. Желудочковая экстрасистолия. Фибрилляция и трепетание предсердий. Пароксизмальные и хронические тахикардии. ЭКГ признаки нарушений ритма сердца. ЭКГ при блокадах в системе левой ножки пучка Гиса. Блокада передне-верхнего (переднего) разветвления левой ножки пучка Гиса. Блокада задне-нижнего (заднего) разветвления левой ножки пучка Гиса. Блокада срединного разветвления левой ножки пучка Гиса. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Полная блокада левой ножки пучка. ЭКГ при блокадах правой ножки пучка Гиса. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭКГ при сочетанных блокадах пучка Гиса. Сочетание полной блокады правой ножки и переднее -верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса. ЭКГ синдромы, вызывающие нарушения ритма сердца. ЭКГ при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW). Атипичный синдром WPW. «Скрытый» синдром WPW. Преходящий, перемежающийся и латентный синдром WPW. ЭКГ при синдроме короткого PQ (PR) ЭКГ синдромы, вызывающие нарушения ритма сердца. Инфаркт миокарда (ИМ). Последовательность возникновения изменений ЭКГ при ОИМ. Обратная эволюция изменений ЭКГ в течении ОИМ. ЭКГ при трансмуральном, крупноочаговом, субэндокардиальном и мелкоочаговом ИМ (Q-образующем и Q-необразующем). Локализация инфарктов миокарда. ЭКГ при ИМ передней стенки левого желудочка. ЭКГ при переднеперегородочном ИМ. ЭКГ при ИМ верхушки передней стенки. ЭКГ при передне-боковом ИМ. ЭКГ при распространенном переднем ИМ. ЭКГ при высоком передне-боковом ИМ. ЭКГ при ИМ задней локализации. ЭКГ при ИМ ниже-задней локализации. ЭКГ при ИМ задне-базальной локализации. ЭКГ при ИМ боковой стенки левого желудочка. Осложненный ИМ: ранний (ограниченный) и распространенный (диффузный) перикардит, разрыв миокарда, экг-признаки предразрыва, инфаркт папиллярных мышц, острая аневризма левого желудочка, тромбоэмболия легочной артерии, нарушения ритма и проводимости сердца, внутрижелудочковые блокады, периинфарктные и интраинфарктные блокады. **Возрастные особенности ЭКГ; ЭКГ при различной экстракардиальной патологии, при нарушениях водно-электролитного баланса – 18 часов.** Нормальная ЭКГ у детей различных возрастных групп, особенности ЭКГ новорожденных, подростков. Особенности ЭКГ у пожилого возраста. ЭКГ при легочном сердце, эндокринных заболеваниях (тиреотоксикоз, гипотиреоз, ожирение), беременности, нарушение баланса электролитов (гипо-, гиперкалиемия, гипо-, гиперкальциемия) и заболевания, при которых они наблюдаются.

Основы эхокардиографии, доплерографии сердца– 18 часов. Принципы УЗИ исследования сердца. Физические основы ультразвука. Основные УЗ режимы, применяемые для УЗ исследования сердца. Определение показателей глобальной систолической функции. Определение ММЛЖ. Оценка региональной сократимости. Оценка клапанного аппарата. ЭхоКГ признаки ИБС. Заболевания перикарда. Патология клапанов сердца. Патология аортального клапана. Патология митрального клапана Недостаточность трехстворчатого клапана. Стеноз легочной артерии. Недостаточность клапанов ЛА. Эндокардит. Искусственные клапаны сердца. Эффект Допплера и расчет скорости кровотока. Исследование скорости внутрисердечных потоков крови. Виды доплеровских исследований. Постоянноволновая Допплер-ЭхоКГ. Импульснноволновая Допплер-ЭхоКГ. Цветовое доплеровское картирование потока. Основные расчетные параметры Допплер-ЭхоКГ. Линейная скорость потока. Градиент давления. Комплексные ЭхоКГ-расчеты давления в полостях сердца.

должен знать

- виды функциональных и клинических методов исследования состояния сердечно-сосудистой системы у детей и взрослых, применяемых на современном этапе;
- диагностические критерии нормы ЭКГ различных возрастных групп и патологии при различных состояниях и заболеваниях;
- методические аспекты проведения исследований;

должен уметь

- самостоятельно проводить электрокардиографические исследования сердца
- получить и правильно интерпретировать данные ЭКГ в норме, и изложить в виде заключения с использованием специальных физиологических терминов
- правильно интерпретировать ЭКГ при инфаркте миокарда и при его осложнениях
- правильно интерпретировать ЭКГ при экстрасистолиях сердца
- правильно интерпретировать ЭКГ при пароксизмальных тахикардиях
- правильно интерпретировать ЭКГ при блокадах в системе ножек пучка Гиса.

Рекомендуемая литература

1. Абдуллаев Р.Я. Клиническая эхокардиография при ИБС. – Харьков: Факт, 2001.
2. Абдуллаев Р.Я., Соболев М.Б., Шиллер Э. Современная эхокардиография. – Харьков: Фортуна Пресс, 1998.
3. Беленков Ю.Н., Терновой С.К. «Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний». М. Изд. Группа «Гэотар-Медиа» 2007г, 975с.
4. Бокерия Л.А., Машина Т.В., Голухова Е.З. Трехмерная эхокардиография. – М.: Н.Ц.ССХ им.Бакулева, РАМН, 2002.
5. Вагнер Г.С. Практическая Электрокардиография Марриота. (перев. с англ.) СПб. Невский Диалект, М., изд-во БИНОМ, 2002, 480с.
6. Джанашия П.Х., Шевченко Н.М., Маленьков В.К. Руководство по интерпретации ЭКГ. – М.: Оверлей, 2003
7. Де Луна А.Б. Руководство по клинической электрокардиографии (перев. с англ.). –М.: Медицина, 1993.
8. Зотов Д.Д., Громова А.В. Современные методы функциональной диагностики в кардиологии. Учебное пособие. – СПб, 2002.
9. Кечкер М.И. Электрокардиографические заключения с иллюстрациями и кратким описанием изменения ЭКГ. – М.: ООО «Оверлей», 2003.
10. Кушаковский М.И., Журавлева Н.Б. Атлас электрокардиограмм (аритмии и блокады сердца). – СПб.: ИКФ «Фолиант», 1999.
11. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография. Уч. пособие, 2-ое изд. –М.: Медицина, 1991
12. Хаутон Э.Р., Грэй Д. Расшифровка ЭКГ. Пер. с англ. – М.: Медицина, 2001

Раздел № 4 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА 54 часов

Цель обучить клинических ординаторов основам медицинской радиологии и рентгенологии

Задачи

- развить на современном уровне знания по лучевой диагностике заболеваний ЛОР-органов
- развить умение комплексно оценивать результаты радиологических и других методов исследования ЛОР больных

Типовой учебный план по разделу лучевая диагностика 54 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подгото вка	1 год		2 год	
			всего	Теорети ческие	Практи ческие		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Лучевая диагностика		72				72			
1	Общие вопросы медицинской радиологии. Методы и средства лучевой диагностики		18							
2	Рентгендиагностика заболеваний черепа, ЛОР-органов		18							
3	Компьютерная томография головного мозга, органов шеи		18							
4	Магнитно-резонансная томография головного мозга, органов шеи		18							

Содержание раздела лучевая диагностика

Общие вопросы медицинской радиологии – 18 часов. Основы законодательства в области здравоохранения. Медицинская радиология как научная и клиническая дисциплина. Основные этапы развития медицинской радиологии. Аналоговые и сигналы и изображения. Аналоговое переобразование. Изображение на плоскости и трехмерные изображения. Характеристики традиционных (плёночных) и цифровых приёмников рентгеновского изображения. Дозиметрические величины и единицы: активности доза, поглощенная доза и керма, грей и рад, эквивалентная доза и эффективная доза, зиверт и бэр. Нормирование излучения. Методы регистрации излучения. Индивидуальная дозиметрия. СанПиН. Определение свинцового эквивалента. Номенклатура средств радиационной защиты персонала и пациентов. Учет дозовых нагрузок персонала и пациентов. Дозы облучения персонала и пациентов для приёмников изображения разного типа. Методы и средства лучевой диагностики. Рентгенологический метод: а) *Рентгеновская техника.* Общие сведения о медицинском рентгеновском оборудовании. Рентгенодиагностические комплексы общего назначения. Флюорографы. Палатные аппараты. Передвижные аппараты. Маммографы. Рентгеновские аппараты для стоматологии, урологии. Дистанционные столыштативы. Аппараты для ангиографии инервенционных вмешательств. Аппараты для рентгеновской остеоденситометрии. Компьютерные рентгеновские томографы; б) *Рентгенологическое исследование.* Показания и противопоказания к рентгенологическому исследованию. Порядок назначения на рентгенологическое исследование. Формирование рентгеновского изображения и его особенности. Особенности цифровых изображений. Рентгенография и её виды (плёночная,

цифровая, с прямым увеличением изображения, телерентгенография, электрорентгенография). Рентгеноскопия и её виды (ортоскопия, латероскопия, трохоскопия). Флюорография как метод массового проверочного обследования. Линейная (аналоговая) томография, выбор проекции исследования, глубины и толщины выделяемого слоя. Типы контрастных веществ, определение вида и дозы контрастных преперетов в зависимости от возраста и массы пациента. Рентгеновская компьютерная томография: принципы формирования КТ изображения, общая схема компьютерного томографа; последовательное, спиральное и мультиспиральное сканирование. Матрица изображения. Единица Хаунсфильда. Артефакты изображения. Методика прямого и непрямого контрастирования при КТ. Методика проведения КТ исследования. Показания КТ. Программированные протоколы исследования. Магнитнорезонансный метод: физические основы и техника магнитнорезонансной интроскопии. Особенности МР изображения, анатомии, контрастирования. Методика МРТ изображения. Ультразвуковой метод: физические основы ультразвука, характеристика ультразвуковых волн, показания к ультразвуковому исследованию, методики ультразвукового исследования: одно-, двух-, трёхмерная эхография. Ядерная медицина: радионуклидная *in vivo* диагностическая система: источник излучения, объект исследования, приёмники излучения. Способы исследования *in vivo*: радиометрия (дистанционная, контактная), радиография. Сцинтиграфия, эмиссионная КТ. Основы интервенционной радиологии: эндовазальные рентгеновские, ультразвуковые, КТ и МР вмешательства, общие принципы, инструментарий, медикаментозное обеспечение.

Рентгендиагностика заболеваний черепа, ЛОР-органов -18 часов. Рентгеноанатомия черепа: форма черепа и ее виды, рельеф и структура свода черепа, сосудистый рисунок, рельеф черепных ямок, турецкое седло, возрастные особенности повреждения черепа. Лучевая анатомия ЛОР – органов. Синописис патологии и клиники повреждений, заболеваний органа слуха, носа и ОНП, гортани, пищевода. Лучевые методы исследования височной кости: из традиционных методов рентгенологического исследования височной кости чаще всего используют Методы Шюллера, Шумского, Майера и Стенверса. При рентгенографии по Шюллеру (боковая обзорная проекция) хорошо выявляется структура сосцевидного отростка, причем на рентгенограммах отчетливо видны пещера и периантральные клетки, четко определяется крыша барабанной полости и передняя стенка сигмовидного синуса. Это позволяет определить уровень средней черепной ямки и обнаружить предлежание синуса. На рентгенограммах по Шюллеру недостаточно четко выявляется полость холестеатомы, но обнаружение крайней степени склерозирования сосцевидного отростка при анализе этих рентгенограмм расценивают как косвенное доказательство наличия холестеатомы. Хорошо определяются заполнение клеток сосцевидного отростка экссудатом и характерная для мастоидита деструкция костных перегородок между этими клетками. На рентгенограммах в аксиальной проекции по Майеру значительно лучше, чем в проекции по Шюллеру, выявляются костная стенка наружного слухового прохода, слуховые косточки, надбарабанное углубление и сосцевидная пещера. Расширение аттикоантральной полости с четкими границами указывает на наличие холестеатомы. Четко определяются опухоли наружного слухового прохода. В косой проекции по Стенверсу отчетливо видны верхушка пирамиды, лабиринт и внутренний слуховой проход. Данную проекцию используют для получения информации о размерах холестеатомы, а также для обнаружения деструкции лабиринта и наличия опухолей преддверно-улиткового нерва. Используют и другие проекции, позволяющие выявлять отдельные детали строения височной кости, например, получить представление о состоянии стенок единственной воздухоносной клетки сосцевидного отростка-сосцевидной пещеры у грудных детей. При всех достоинствах традиционных методов рентгенографии височной кости получаемой с их помощью информации недостаточно для того, чтобы можно было судить о тяжести отосклеротического процесса, состоянии водопровода преддверия и выявлять небольшие по объему патологические изменения (доброкачественные опухоли, врожденная холестеатома) в области внутреннего слухового прохода.

Компьютерная томография головного мозга, органов шеи - 18 часов: физико-технические и биологические основы метода компьютерной томографии, аппаратура компьютерной томографии,общая схема компьютерного томографа; последовательное,спиральное и мультиспиральное сканирование. Матрица изображения. Единица Хаунсфильда. Артефакты изображения. Методика прямого и непрямого контрастирования при КТ. Методика проведения КТ исследования. Показания КТ. Программированные протоколы исследования. МРТ головного мозга, МРТ органов шеи.

Магнитно-резонансная томография головного мозга, органов шеи - 18 часов:физико-технические и биологические основы метода магнитно-резонансной томографии, аппаратура магнитно-резонансной томографии.Особенности МР изображения, анатомии, контрастирования. Методика МРТ изображения. МРТ головного мозга, МРТ органов шеи.

должен знать:

-современные методы лучевой диагностики, традиционные и новые методы визуализации в диагностике заболеваний ЛОР-органов

-приказы и нормативные акты органов здравоохранения РУз,касающиеся радиологической службы

должен уметь:

- определять объём и набор необходимых радиологических обследований ЛОР больным

- комплексно оценить результаты радиологических и дополнительных исследований ЛОР больных

- правильно интерпретировать рентгенографию, КТ, МСКТ черепа

- правильно интерпретировать МРТ головного мозга

- правильно интерпретировать рентгенографию височных костей поШюллеру, Шумскому, Майеру

- правильно интерпретировать рентгенографиюпирамиды височных костей по Стенверсу

- правильно интерпретировать КТ, МСКТвисочных костей

- правильно интерпретировать рентгенографию носа и ОНП в прямой и боковой проекциях

- правильно интерпретировать КТ,МСКТноса и ОНП

- правильно интерпретировать рентгенографию пищевода

- правильно интерпретировать КТ, МРТ,МСКТ шеи

Рекомендуемая литература

1. Закон Республики Узбекистан «О радиационной безопасности». Ташкент, 2005.
2. Нормы радиационной безопасности Республики Узбекистан. Ташкент, 2005.
3. Белова И.Б. Китаев В.М. Цифровые технологии получения рентгеновского излучения. Принцип формирования и типы. Мед. Визуализация № 1 . 2000
4. Васильев А.Ю. «Рентгенология». Карманный атлас. М., 2008 г.
5. Габуня З., Колесникова К.К. «Компьютерная томография в клинической диагностике (руководство для врачей)», М., 1995 с . 351
6. Линденбратен Л.Д. «Методы чтения рентгеновских снимков» М., 1993 г.
7. Меллер Т. «Норма при рентгенологических исследованиях», М. 2009
8. Михайлов А.Н. «Рентгенологическая энциклопедия - справочник врача-рентгенолога и рентгенлаборанта » Минск, 2004
9. Райн С., Макниколас М. «Анатомия человека при лучевых исследованиях» М., 2009 г.
10. Трофимова Т.Н. «Лучевая анатомия человека» СПб 2005
11. Флиманов В.И., Шилкин В.В. «Атлас лучевой анатомии человека». М.2010
12. Радиологические сайты: www.radiomed.ru., www.radiographia.ru. Сайт практического рентгенолога :<http://zhuravlev.info>

Раздел №5 МИКРОБИОЛОГИЯ 54 часов

Цель сформировать достаточный уровень знаний клинико-микробиологической компетентности, позволяющей правильно интерпретировать результаты микробиологических исследований

Задачи

- обучить умению составлять индивидуальный план обследования больного и интерпретировать результаты исследований с целью установления диагноза, коррекции лечения и реабилитации;
- освоить основные методы микробиологической диагностики заболеваний;

Типовой учебный план по разделу микробиология 54 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год	
			всево	Теоретические	Практические		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Микробиология		54				54			
1	Задачи и методы клинической микробиологии		18							
2	Микробиологическая диагностика инфекционных заболеваний уха, полости рта, ротоглотки, пищевода		18							
3	Оценка чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам		18							

Содержание раздела микробиология

Задачи и методы клинической микробиологии – 18 часов: *Объект, цели и задачи клинической лабораторной микробиологии.* Основные принципы классификации микроорганизмов. Морфологические особенности различных групп микроорганизмов. Характеристика основных групп микроорганизмов. Понятие «нормальная микрофлора человека». Нормальная микрофлора различных биотопов: кожи, слизистых оболочек рта, верхних дыхательных путей, пищеварительного тракта, мочеполовой системы. Роль нормальной микрофлоры для жизнедеятельности и здоровья человека: защита организма от патогенных микробов, участие в метаболических процессах и поддержание их баланса. Общие принципы диагностики инфекционных болезней. Методы микробиологической диагностики. Принципы постановки и интерпретации результатов. Бактериоскопический, культуральный (бактериологический) методы. Бактериоскопический метод. Исследование микроорганизмов в нативном виде. Исследования микроорганизмов в окрашенном состоянии. Способы фиксации препаратов. Окраска по Граму. Окраска кислотоустойчивых микроорганизмов. Окраска спор. Обнаружение капсул. Окраска по Романовскому-Гимзе. Бактериологический метод. Способы первичного посева. Качественный посев. Количественный посев. Полуколичественный посев. Способы культивирования бактерий. Идентификация бактерий по биохимической активности. Учет результатов биохимических тестов. Визуальный учет. Ускоренные и упрощенные методы идентификации микроорганизмов. Варианты лигандных методов. Радиоактивные, флюоресцентные, люминесцентные, ферментные метки. Методы индикации бактериальных антигенов в клиническом материале. Методы индикации антител в клиническом материале. Методы детекции нуклеиновых кислот в клиническом материале. *Организация работы лабораторий и подготовка материала для микробиологического исследования:* Размещение,

оборудование, правила организации, безопасность работы бактериологической лаборатории в учреждении здравоохранения; задачи, решаемые бактериологической лабораторией. Виды клинического материала. Определение вида и объема клинического материала, необходимого для исследования. Сроки взятия материала. Способы взятия материала. Условия и способы транспортировки и хранения материала. Транспортные питательные среды. Методы стерилизации лабораторной посуды и питательных сред. Основные питательные среды, применяемые при бактериологических исследованиях.

Микробиологическая диагностика инфекционных заболеваний уха, полости рта, ротоглотки, пищевода – 18 часов. Нормальная микрофлора наружного уха и слухового прохода. Роль в развитии заболеваний. Взятие материала. Микроскопия. Среда первичного посева. Возбудители острых отитов: *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus 20 pneumoniae*, *E. Coli*, *C. Diphtheriae*, *Bacteroides*. Возбудители хронических отитов: *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Escherichia*, *Pseudomonas*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Actinomyces*, плесневые грибы родов *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*. Нормальная микрофлора полости рта. Возбудители заболеваний зубов, парадонта, слизистой оболочки. Взятие отделяемого слизистой полости рта. Взятие отделяемого свищей. Взятие материала из десневых карманов и зубного канала. Выделение и идентификация. Оценка результатов. Подбор антибактериальных препаратов и определение чувствительности к ним. Контроль эффективности проводимого лечения. Транспортные питательные среды. Микробиологическая диагностика ангины Симановского-Венсана, дифтерии. Микробиологическая диагностика стрептококковых поражений полости рта. Микробиологическая диагностика кандидоза полости рта. Микробиологические методы диагностики при специфических поражениях полости рта: сифилисе, туберкулезе, ВИЧ-инфекции. Нормальная микрофлора пищевода. Материал для исследования. Правила отбора и доставки материала в лабораторию при эзофагогастроскопии.

Оценка чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам – 18 часов. Антибактериальные препараты и принципы их использования: Классификация антибактериальных препаратов. Антибактериальная активность. Бактерицидные препараты. Бактериостатические препараты. Спектры действия антибактериальных препаратов. Принципы рациональной антибактериальной терапии. Чувствительность наиболее распространенных возбудителей болезней человека к основным антимикробным препаратам. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Критерии оценки чувствительности. Минимальная ингибирующая концентрация. Группы чувствительности. Мониторинг антибиотикорезистентности. Принципы организации. Эпидемиологическое типирование штаммов. **Методы определения чувствительности к антибактериальным препаратам:** Метод серийных разведений антибиотиков в питательной среде. Метод разведений в жидкой среде. Метод разведений в плотной среде. Показания к применению. Интерпретация полученных результатов. Дискодиффузионный метод определения чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам. Понятие о класс-дисках. Контроль дисков. Контрольные типовые штаммы. Контроль качества исследования. Стандарты мутности. Оценочные таблицы. Интерпретация результатов. Определение МИК. Особенности определения чувствительности к антибиотикам у труднокультивируемых и анаэробных бактерий. Ускоренные методы определения чувствительности. Метод прямого посева. Автоматизированные методы. Метод ускоренного определения β -лактамазной активности бактерий.

должен знать

- общие правила работы с биологическим материалом для бактериологических исследований;
- методики сбора различного биологического материала для бактериологических исследований;
- современные методы клинической микробиологии;

должен уметь

- выбрать оптимальный метод исследования;
- интерпретировать результаты клинических микробиологических исследований с формулированием диагностического заключения.

Рекомендуемая литература

1. Меньшиков, В. В. Клиническая лабораторная аналитика. Том IV./ Под ред. В.В. Меньшикова. – М.: Агат-Мед, 2003. – 816 с.
2. Воробьёв А.А. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. – М.: Издательство МИА, 2008.
3. Коротяев, А.И. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология / А. И. Коротяев, С. А. Бабичев. – М.: СПЕЦЛИТ, 2000. -591 с.
4. Маянский, А.Н. Микробиология для врачей (очерки патогенетической микробиологии) / А. Н. Маянский. – Нижний Новгород: НГМА, 1999. -400 с.
5. Медицинская микробиология. О.К.Поздеев. Москва «ГЕОТАР Медицина»- 2001г.
6. Медицинская микробиология. Учеб. Пособие, Под ред. А.М. Королюка и др. Санкт-Петербург «ЭЛБИ-СПБ»- 2002
7. Определитель бактерий. Под ред. Берги, 1997г. (том 1,2)
8. Черкес Л.Б., Богоявленская Л.Б., Бельская Н.А. Микробиология – М. ООО Издательский дом Альянс, 2009.

Раздел №5 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ 90 часов

Цель приобретение знаний по диагностике, дифференциальной диагностике, лечебной тактике и профилактике инфекционных заболеваний

Задачи

- овладение приемами и методами обследования и оценки состояния инфекционного больного, вне зависимости от возраста, при основных инфекционных заболеваниях;
- овладение методами диагностики, дифференциальной диагностики, тактики ведения инфекционных больных и неотложной помощи

Типовой учебный план по разделу Инфекционные заболевания, инфекционный контроль 90 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год	
			всего	Теоретические	Практические		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Инфекционные заболевания. Инфекционный контроль		90				90			
1	Общие вопросы инфекционной патологии.		18							
2	Методы лабораторной и инструментальной диагностики инфекционных болезней		12							
3	Особо опасные инфекции, на которые распространяется действие международных медико-санитарных правил.		18							
4	Часто встречающиеся, заболевания ЛОР органов, вызываемые бактериями, вирусами и кишечными паразитами.		42							

Содержание раздела инфекционные заболевания, инфекционный контроль

Общие вопросы инфекционной патологии- 18 часов. Современные представления об инфекционном процессе. Принципы диагностики инфекционных заболеваний (эпидемиологический анамнез, клиническое обследование больного, составление рационального плана обследования). Основы рациональной терапии больных инфекционными заболеваниями (этиотропной, патогенетической, симптоматической). Оценка эффективности и переносимости лечения, критерии выздоровления. Лекарственная болезнь. Дисбактериоз. Долечивание и реабилитация реконвалесцентов инфекционных заболеваний. Эпидемиологический надзор как составляющая социально-гигиенического мониторинга. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Национальный календарь прививок. Эпидемиологический надзор за внутрибольничной инфекцией.

Методы лабораторной и инструментальной диагностики инфекционных болезней – 12 часов. Изучаются клинические, биохимические методы исследований и их показатели при различных инфекциях, серологические, бактериологические, молекулярно-биологические методы исследований. Правила забора материала, интерпретация полученных результатов. Инструментальные методы исследований: эндоскопические, радиоизотопные,

ультразвуковые, гистологические в сочетании с биопсией различных органов и тканей, рентгенологические – компьютерная томография, магнитнорезонансная томография и др.)

Особо опасные инфекции, на которые распространяется действие международных медико-санитарных правил - 18 часов. Изучению подлежат эпидемиология, экстренная специфическая диагностика, организация работы с больными и контактными лицами, экстренная профилактика. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики, лечение чумы, тропических особо опасных геморрагических лихорадок, холеры, столбняка, сибирская язва, оспа.

Часто встречающиеся заболевания ЛОР органов, вызываемые бактериями, вирусами -42 часов: Дифтерия, этиология, патогенез, классификация, дифтерия ротоглотки: токсическая, распространенная, локализованная. Дифтерия носа: катарально-язвенная, пленчатая. Дифтерийный круп: локализованный, распространенный (А и В). Дифтерия редких локализаций: тонзиллярная, фарингиальная, ларингиальная или ларинготрахеальная, назальная, ушная. Дифтерия у привитых лиц. Диагностика клиническая, бактериологическая и иммунологическая. Дифференциальный диагноз токсической формы, локализованной формы, крупа. Общие принципы лечения, Особенности лечения токсической формы дифтерии, лечение дифтерийного крупа, лечение дифтерийного миокардита. Бактерионосительство. Реабилитация. Ангины, этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика. ВИЧ-инфекция, этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика. Менингококковая инфекция, характеристика возбудителя, эпидемиологические закономерности, патогенез, классификация, клиническая диагностика и лечение назофарингита, менингококкцемия, дифференциальная диагностика менингококкцемической сыпи, менингококковый менингит, менингококковый менингоэнцефалит, венитрикулит. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции, этиология, эпидемиология, патогенез, ведущие клинические синдромы, диагностика, лечение. Ларингит, стенозирующий ларинготрахеит, подслащивающий ларингит. Вирусный гепатит А, В, С; этиология, эпидемиология, механизмы, пути, факторы передачи, патогенез, клиника гепатита, осложнения гепатита, диагностика, специфические маркеры, биохимические нарушения при, лечение больных, диспансерное наблюдение, профилактика. Аллергический ринит, вызываемый кишечными паразитами.

должен знать

- этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину и классификацию распространенных инфекционных болезней;
- варианты течения основных инфекционных болезней;
- современные методы специфической диагностики инфекционных болезней
- основные принципы лечения инфекционных болезней

должен уметь

- проводить обследование инфекционного больного (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- оценивать дифференциально-диагностическую значимость симптомов:
 - дифтерии,
 - различных форм ангин,
 - ларингита и ложного крупа,
 - стенозирующего ларинготрахеита
 - менингококковой инфекции
 - менингитов различной этиологии
 - поражение ЛОР- органов при ВИЧ – инфекции
 - инфекционных гепатитов
 - особо опасных инфекций
- проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях;

Рекомендуемая литература

1. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. М.: Медицина, 2005.- 625 с.
2. Грачева М.Н., Щетинина И.М. Клиническая химиотерапия инфекционных болезней. – Л.: Медицина, 1991.
3. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1999. – 482 с.
4. Лобзин Ю.В. Избранные вопросы терапии инфекционных больных. Руководство для врачей в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования / под ред. Лобзин Ю.В. – СПб.: 2005.- 912 с.
5. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД: клинические рекомендации/ред. Покровский В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 128 с.
6. Проценко Д.Д. Инфекционные болезни: Цветной атлас (пер. с англ. Ивановой И.А. под ред. канд.мед.наук Проценко Д.Д., Самойлова Д.В.) Серия: Цветные медицинские атласы 2003г.
- 7.Рахманова А. Г. Инфекционные болезни: руководство для врачей общей практики /Рахманова А. Г., Неверов В. А., Пригожина В. К. - Спб. 2004

Раздел № 6 ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ - ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ 2220 часов

Цель подготовка квалифицированного специалиста, владеющего вопросами организации ЛОР – помощи, своевременными методами диагностики и лечения, профилактики заболеваний уха, горла и носа.

Задачи

- развить на современном уровне знания по этиологии, патогенезу, клиники и использованию современных методов диагностики ЛОР заболеваний;
- научить осуществлять необходимые лечебные и диагностические манипуляции ЛОР больным в амбулаторных и стационарных условиях;
- развить навык оказания высококвалифицированной помощи на современном уровне при неотложных состояниях у ЛОР больных.
- развить знания по проведению комплекса социальных и трудовых реабилитационных мероприятий ЛОР больным;
- развить умение реализации профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости наиболее распространенных ЛОР - заболеваний и предупреждению их осложнений.

Типовой учебный план по специальности – Оториноларингология 2220ч.

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Часы	Аудиторные занятия(часы)		Само Подготовка	1 год		2 год	
				всего	Теоретические		Практические	1	2	3
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Оториноларингология. Сурдология. Фониатрия		2220				330	558	495	837
1	Общая оториноларингология		1932							
1.1	Клиническая анатомия ЛОР–органов		24							
1.2	Методы исследования ЛОР–органов.		36							
1.3	Заболевания ЛОР–органов:		1476							
1.3.1	Клиника, диагностика и лечение заболеваний уха		496							
1.3.2	Клиника, диагностика и лечение болезней носа и околоносовых пазух		392							
1.3.3	Клиника, диагностика и лечение болезней глотки и пищевода		294							
1.3.4	Клиника, диагностика и лечение болезней гортани, трахеи и бронхов		294							
1.4	Инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей.		36							
1.5	Новообразования верхних дыхательных путей и уха		36							
1.6	Профессиональный отбор и экспертиза в оториноларингологии		36							
1.7	Поликлиническая оториноларингология.		72							
2	Сурдология		144							
3	Фониатрия		144							

Содержание раздела по специальности оториноларингология

Общая оториноларингология -1932 часов.

Клиническая анатомия ЛОР-органов -24 часов

Эмбриология уха, сроки развития частей уха. Предпосылки пороков развития уха. Клиническая анатомия наружного и среднего уха, слуховых труб, особенности у детей. Кровоснабжение и иннервация. Клиническая анатомия внутреннего уха, особенности у детей. Клиническая анатомия носа и ОНП. Клиническая анатомия наружного носа и носовой полости. Клиническая анатомия ОНП. Особенности кровоснабжения, венозной и лимфатической системы наружного носа и носовой полости. Клиническая анатомия глотки, мышцы глотки, окологлоточные пространства, кровоснабжение и иннервация. Клиническая анатомия и топография небных миндалин, особенности кровоснабжения и иннервации небных миндалин. Клиническая анатомия пищевода, особенности у детей. Клиническая анатомия гортани, трахеи и бронхов. Клиническая анатомия гортани: хрящи и мускулатура гортани, особенности кровоснабжения и иннервации. Клиническая анатомия трахеи и бронхов.

должен знать

- клиническую анатомию уха
- клиническую анатомию носа и ОНП
- клиническую анатомию глотки, пищевода
- клиническую анатомию гортани, трахеи и бронхов

должен уметь

- проводить топическую диагностику заболеваний наружного и среднего
- проводить топическую диагностику заболеваний наружного носа и носовой полости
- проводить топическую диагностику заболеваний глотки и пищевода
- проводить топическую диагностику заболеваний гортани и трахеи

Методы исследования ЛОР-органов – 36 часов.

Методы исследования уха. Методы исследования звукового анализатора у взрослых и детей: акуметрия, пороговая аудиометрия, надпороговая аудиометрия, акустическая импедансометрия, регистрация слуховых вызванных потенциалов, отоакустическая эмиссия. Методы исследования вестибулярного анализатора у взрослых и детей: вращательная, калорическая, битермальная калорическая, прессорная пробы, координационные пробы. Чтение рентгенограмм, МРТ, КТ, МСКТ сосцевидных отростков и головного мозга.

Исследование слуха с помощью речи. После выявления жалоб и сбора анамнеза выполняют речевое исследование слуха, определяют *восприятие шепотной и разговорной речи*. Пациента ставят на расстоянии 6 м от врача, исследуемое ухо должно быть направлено в сторону врача, а противоположное помощник закрывает, плотно прижимая козелок к отверстию наружного слухового прохода II пальцем. При этом III палец слегка потирает II палец, что создает шуршащий звук, который заглушает это ухо, исключая переслушивание. Обследуемому объясняют, что он должен громко повторять услышанные слова. Чтобы исключить чтение с губ, пациент не должен смотреть в сторону врача. Шепотом, используя воздух, оставшийся в легких после нефорсированного выдоха, врач произносит слова с низкими звуками — басовые (номер, нора, море, много, дерево, трава, окно и др.), затем слова с высокими звуками — дискантные (чаща, уж, щи, заяц и др.). Больные с поражением звукопроводящего аппарата (кондуктивная тугоухость) хуже слышат низкие звуки; напротив, при нарушении звуковосприятия (нейросенсорная тугоухость) ухудшается слух на высокие звуки. Если обследуемый не слышит с расстояния 6 м, врач сокращает расстояние на 1 м и вновь исследует слух. Эту процедуру повторяют до тех пор, пока обследуемый не будет слышать все произносимые слова. В норме при исследовании восприятия шепотной речи человек слышит низкие звуки с расстояния не менее 6 м, а высокие — 20 м. Исследование разговорной речи

проводят по тем же правилам. Результаты исследования записывают в слуховой паспорт. *Исследование воздушной проводимости.* Для этого применяют камертоны C_{128} и C_{2048} . Исследование начинают низкочастотным камертоном C_{128} . Удерживая камертон за ножку двумя пальцами, ударом браншей о тенар ладони приводят его в колебание. Камертон C_{2048} приводят в колебание отрывистым сдавливанием браншей двумя пальцами или ударом щелчком ногтем. Звучащий камертон подносят к наружному слуховому проходу обследуемого на расстояние 0,5 см и удерживают таким образом, чтобы бранши совершали колебания в плоскости оси слухового прохода. Начиная отсчет времени с момента удара камертона, секундомером измеряют время, в течение которого пациент слышит звучание. После того как обследуемый перестает слышать звук, камертон отдают от уха и вновь приближают, не возбуждая его повторно. Как правило, после такого отдаления от уха камертона пациент еще несколько секунд слышит звук. Окончательное время отмечают по последнему ответу. Аналогично проводят исследование камертоном C_{2048} определяют длительность восприятия его звучания по воздуху.

Исследование костной проводимости. Костную проводимость исследуют камертоном C_{128} . Это связано с тем, что вибрация камертонов с более низкой частотой ощущается кожей, а камертоны с более высокой частотой переслушиваются через воздух ухом. Звучащий камертон C_{128} ставят перпендикулярно ножкой на площадку сосцевидного отростка. Продолжительность восприятия измеряют также секундомером, ведя отсчет времени от момента возбуждения камертона. При нарушении звукопроводения (кондуктивная тугоухость) ухудшается восприятие по воздуху низкочастотного камертона C_{128} , при исследовании костного проведения звук слышен дольше. Нарушением восприятия по воздуху высокого камертона C_{2048} сопровождается преимущественно поражение звуковоспринимающего аппарата (нейросенсорная тугоухость). При этом пропорционально уменьшается и длительность звучания камертона C_{2048} по воздуху и кости, хотя соотношение этих показателей сохраняется, как и в норме, 2:1. Качественные камертональные тесты проводят с целью дифференциальной экспресс-диагностики поражения звукопроводящего или звуковоспринимающего отделов слухового анализатора. Для этого проводят опыты *Ринне*, *Вебера*, *Желле*, *Федериче*. При выполнении всех этих опытов используют камертон C_{128} . **Опыт Ринне (К).** Он заключается в сравнении длительности воздушной и костной проводимости. Звучащий камертон C_{128} приставляют ножкой к площадке сосцевидного отростка. После прекращения восприятия звука по кости камертон, не возбуждая, подносят к наружному слуховому проходу. Если обследуемый продолжает слышать по воздуху звучание камертона, опыт Ринне расценивают как положительный (К+). В том случае, если пациент по прекращении звучания камертона на сосцевидном отростке не слышит его и у наружного слухового прохода, опыт Ринне отрицательный (К-). При положительном опыте Ринне воздушная проводимость звука в 1,5—2 раза превышает костную, при отрицательном — наоборот. *Положительный опыт Ринне наблюдается в норме, отрицательный — при поражении звукопроводящего аппарата, т.е. при кондуктивной тугоухости.* При заболеваниях звуковоспринимающего аппарата (т.е. при нейросенсорной тугоухости) проведение звуков по воздуху, как и в норме, преобладает над костным проведением. Однако при этом длительность восприятия звучащего камертона как воздушной, так и костной проводимости меньше, чем в норме, поэтому опыт Ринне остается положительным. **Опыт Вебера (W).** С его помощью можно оценить латерализацию звука. Звучащий камертон C_{128} приставляют к темени обследуемого, чтобы ножка находилась посередине головы. Бранши камертона должны совершать колебания во фронтальной плоскости. В норме обследуемый слышит звук камертона в середине головы или одинаково в обоих ушах (норма «-W-»). При одностороннем поражении звукопроводящего аппарата звук латерализуется в пораженное ухо (например, влево W-»), при одностороннем поражении звуковоспринимающего аппарата (например, слева) звук латерализуется в здоровое ухо (в данном случае вправо «-W»). *При двусторонней кондуктивной тугоухости звук будет латерализоваться в сторону хуже слышащего уха, при двусторонней нейросенсорной — в сторону лучше слышащего уха.* **Опыт Желле (O).** Метод позволяет выявлять нарушение звукопроводения, связанное с неподвижностью стремени в окне

преддверия. Этот вид патологии наблюдается, в частности, при отосклерозе. Звучащий камертон приставляют к темени и одновременно пневматической воронкой сгущают воздух в наружном слуховом проходе. В момент компрессии обследуемый с нормальным слухом почувствует снижение восприятия, что связано с ухудшением подвижности звукопроводящей системы вследствие вдавления стремени в нишу окна преддверия — опыт Желле положительный (G+). При неподвижности стремени никакого изменения восприятия звука в момент сгущения воздуха в наружном слуховом проходе не произойдет — опыт Желле отрицательный (G-). При заболевании звуковоспринимающего аппарата произойдет такое же ослабление звука, как и в норме (G+). **Опыт Федеричи (Р).** Он заключается в сравнении длительности восприятия звучащего камертона С₁₂₈ с сосцевидного отростка и с козелка при obturации им наружного слухового прохода. После прекращения звучания на сосцевидном отростке камертон ставят ножкой на козелок. В норме и при нарушении звуковосприятия опыт Федеричи положительный (F+), т.е. звучание камертона с козелка воспринимается дольше, а при нарушении звукопроводения — отрицательный (F-). Таким образом, опыт Федеричи наряду с другими тестами позволяет дифференцировать кондуктивную и нейросенсорную тугоухость. Наличие субъективного шума (СШ) и результаты исследования слуха шепотной (ШР) и разговорной (РР) речью, а также камертонами вносят в слуховой паспорт. Ниже представлен образец слухового паспорта больного с правосторонней кондуктивной тугоухостью. При необходимости в слуховой паспорт включают результаты опытов Желле (О), Федеричи (Р) и др.

Существующие в настоящее время многочисленные аудиометрические тесты можно разделить на следующие основные группы: **пороговая аудиометрия, надпороговая аудиометрия, речевая аудиометрия. Тональная пороговая аудиометрия** осуществляются при помощи аудиометров, отличающихся друг от друга функциональными возможностями и особенностями управления. В них предусмотрен набор частот 125, 250, 500, 750, 1000, 1500, 2000, 3000, 4000, 6000, и 8000 Гц (в некоторых аудиометрах дополнительно введены частоты 10000, 12000 и 16000 Гц и имеется возможность переключения частот с меньшим шагом). Стимулом является чистый тон, для маскировки используется широкополосный или узкополосный шум. Переключение интенсивности подаваемых стимулов производится в диапазоне от -10 до 100-120 дБ нПС (нПС - нормальный порог слышимости) шагом в 5 дБ. Имеются аудиометры, обеспечивающие возможность переключения интенсивностей шагом в 1 и 2 дБ. Однако во все аудиометры введено ограничение интенсивности на выходе для трех частот: 125, 250 и 8000 Гц. Аудиометры оснащены оголовьем с двумя воздушными телефонами, костным вибратором для исследования костного звукопроводения, кнопкой ответа пациента, микрофоном и имеют низкочастотный вход для подключения магнитофона (или проигрывателя компакт-дисков) с целью проведения речевой аудиометрии. Аудиограмма - это графическое отражение способности испытуемого слышать чистые тоны различных частот. Принято предъявлять тоны различных частот в следующей последовательности: 1000, 2000, (3000), 4000, (6000), 8000, 500, 250, 125 Гц. На горизонтальной оси аудиограммы отмечены частоты, соответствующие частотам аудиометра. По вертикальной оси откладывается интенсивность стимула в дБ по отношению к нормальным порогам слышимости, от -10 дБ нПС (в верхней части аудиограммы) до 110-120 дБ нПС у основания. Определение порогов на костнопроведенные звуки (КЗ) проводится так же, как и при воздушном звукопроводении (ВЗ). В норме пороги воздушного и костного звукопроводения совпадают или различаются не более, чем на 5-10 дБ. При патологии среднего уха нарушается передача звуковых сигналов от наружного уха к внутреннему, поэтому пороги слышимости при воздушном звукопроводении в той или иной степени повышаются. В то же время, при костном звукопроводении сигналы воспринимаются на нормальных уровнях интенсивности сигнала, т. к. рецепторный аппарат улитки и нервные слуховые пути сохранены. Разность между значениями порогов слышимости, определенными при воздушном и костном звукопроводении, отражается на аудиограмме в виде костно-воздушного интервала. В большинстве случаев при кондуктивной тугоухости определяется повышение порогов слышимости воздушнопроведенных звуков на низких частотах. Так, при экссудативном среднем отите пороги повышаются на низких частотах на 20-40 дБ. Нарушение порогов как по воздушному, так и по костному звукопроводению имеет место при смешанной тугоухости. Следует помнить, что пороги при КЗ не могут быть выше порогов, полученных при ВЗ. Кроме того, при значительном повышении порогов по ВЗ, а также при некоторых видах патологии костей черепа (например, сифилитический пороз) вполне допустимо отсутствие восприятия костнопроведенных звуков. Это объясняется различием

максимальной выходной интенсивности телефона (110-120 дБ) и костного вибратора (45-80 дБ, в зависимости от частоты). Аудио-грамму, характеризующуюся повышением порогов по ВЗ в пределах 45 дБ, но с отсутствием КЗ на тех же частотах, следует считать ошибочной. Ниже представлена *международная классификация* степеней тугоухости, основанная на определении средних значений порогов звуковосприятия на частотах 500, 1000, 2000 и 4000 Гц.

Степень тугоухости	Среднее значение порогов слышимости на речевых частотах (дБ)
I	26-40
II	41-55
III	56-70
IV	71-90
Глухота	свыше 90

Надпороговая аудиометрия. Сенсоневральная тугоухость, обусловленная патологией улитки, как правило, характеризуется наличием ФУНГа, или рекрутмента. Субъективно ФУНГ проявляется в виде неприятных ощущений, вызываемых громкими звуками. Наиболее часто ФУНГ встречается при воспалительной и медикаментозной интоксикации улитки, гидропсе лабиринта. Ретрокохлеарная патология (например, невринома слухового нерва), напротив, обычно не сопровождается ФУНГом, поэтому особую важность приобретает определение этого феномена у больных с односторонней сенсоневральной тугоухостью. Следует, однако, учитывать, что при сдавлении опухолью сосудисто-нервного пучка и, как следствие, нарушении кровообращения во внутреннем ухе **ФУНГ** может быть обнаружен и при ретрокохлеарном поражении. Для выявления ФУНГа предложено большое количество тестов, объединенных общим названием "*надпороговая аудиометрия*". Наиболее распространенными являются определение дифференциального порога восприятия силы звука по Люшеру, индекс малых приростов интенсивности (**ИМПИ**, или **SISI- ShortIncrementSensitivityIndex**), выравнивание громкости по Фаулеру (при односторонней тугоухости) и определение порога дискомфорта. **Дифференциальный порог (ДП)** восприятия силы звука определяется следующим образом: больному подается звук интенсивностью 40 дБ над порогом слышимости, модулируемый по интенсивности в диапазоне от 0,2 до 6,0 дБ. В норме и при кондуктивной тугоухости человек различает модуляцию глубиной около 1,0-1,5 дБ, тогда как при тугоухости кохлеарного генеза с повышением порога слышимости на исследуемой частоте не менее 40 дБ порог различаемой модуляции значительно снижен и составляет приблизительно 0,4 дБ. Рекомендуется проводить тест, постепенно увеличивая глубину модуляции. **Тест ИМПИ** проводится при интенсивности звука 20 дБ над порогом слышимости. Каждые 4 секунды происходит кратковременное (200 мс) приращение интенсивности предъявляемого тона на 1 дБ. Больного просят отмечать ощущаемые им приросты интенсивности, а затем вычисляют процент правильных ответов. С целью объяснения больному методики исследования в начале теста можно увеличить амплитуду прироста интенсивности до 3-6 дБ и лишь после этого довести его до 1 дБ и начать подсчет. В норме и при нарушении звукопроводения человек способен различить от 0 до 20% приращений интенсивности. При сенсоневральной тугоухости, сопровождающейся нарушением функции громкости, этот показатель значительно возрастает и может достигать 100% при повышении порогов слышимости на величину порядка 40 дБ. **Тест выравнивания громкости по Фаулеру** чаще всего используется для дифференциальной диагностики болезни Меньера и невриномы слухового нерва. Обычно данный тест проводится при односторонней сенсоневральной тугоухости, однако допустимо применять его и при двусторонней тугоухости, если интерауральная разница порогов слышимости превышает 30-40 дБ. Вначале на оба уха подается звук, интенсивность которого соответствует пороговым значениям (например, 5 дБ на правое ухо и 45 дБ - на левое). Затем интенсивность звука, подаваемого на больное ухо, увеличивают на 10 дБ, а на здоровом ухе подбирают интенсивность, которая вызывает равное по громкости ощущение. Далее интенсивность звука в больном ухе вновь увеличивают на 10 дБ и процедура повторяется. При наличии ФУНГа увеличению интенсивности в хуже слышащем ухе на 20-30 дБ соответствует прирост в 45-50 дБ на здоровом ухе. Тест Фаулера при этом считается положительным. В норме или при ретролабиринтном поражении равная громкость обеспечивается равными приростами интенсивности в обоих ушах. В таком случае тест Фаулера оценивается как отрицательный. **Уровень слухового дискомфорта** определяется в диапазоне частот 250-8000 Гц. Интенсивность звука постепенно увеличивают от порогового значения до появления первых

признаков дискомфорта, т. е. до оценки больным своих субъективных ощущений как "неприятных". Ни в коем случае не следует доводить интенсивность звука до болевого порога. В норме пороги дискомфорта составляют 80-90 дБ над порогом слышимости. У больных с сенсоневральной тугоухостью происходит сближение порогов дискомфорта с порогом слышимости, иногда составляющее 10-30 дБ. При кондуктивной тугоухости пороги дискомфорта существенно повышаются или могут вовсе не определяться. В дифференциальной диагностике ретролабиринтных поражений важную роль играет также тест распада тона. Он заключается в ступенчатом (по 5 дБ) увеличении интенсивности тона, начиная с порогового значения, до тех пор, пока восприятие его не станет устойчивым. При внутри-лабиринтной патологии устойчивое (в течение 1 минуты) восприятие звука достигается уже при 5-10 дБ над порогом, тогда как у больных с ретрокохлеарными поражениями для достижения устойчивого восприятия необходимо ступенчато увеличивать интенсивность тона до 35-40 дБ над порогом слышимости. Подводя итоги вышесказанному, следует еще раз подчеркнуть, что каждый из надпороговых аудиометрических тестов имеет свою, наиболее оптимальную для него, область применения. В связи с простотой выполнения наибольшее распространение получил тест ИМПИ. При наличии у больного затруднений с анализом звуков околопороговой интенсивности адекватной заменой тесту **ИМПИ** может стать тест ДП. Тест Фаулера применяется в настоящее время относительно редко. Тем не менее, он вполне может быть использован при односторонней или асимметричной тугоухости. Возможность определения величины и конфигурации слухового поля делает тест измерения порогов слухового дискомфорта крайне важным при слухопротезировании. *Тест распада тона*, не будучи информативным в отношении наличия и степени выраженности ФУНГа, тем не менее очень важен для дифференциальной диагностики ретрокохлеарных поражений слуховых проводящих путей. **Речевая аудиометрия.** В отличие от тональной аудиометрии при речевой аудиометрии используются звуковые стимулы сложной формы с непрерывно изменяющимися акустическими параметрами. **Порог восприятия речи (ПВР)** соответствует наименьшей интенсивности речи, при которой она воспринимается как звуковой сигнал: испытуемый способен определить, что кто-то говорит, однако воспринимаемой громкости явно недостаточно для понимания слов. Порог различения речи достигается при интенсивности 5-10 дБ над порогом слышимости тона 1000 Гц и не имеет отношения к разборчивости. Определяются также *пороги 20%, 50%, 80% и 100% разборчивости речи*. 50% разборчивость в норме определяется при интенсивности 25-30 дБ, 80% - при 35-40 дБ, а 100% разборчивость определяется при интенсивности 45-50 дБ. **Порог дискомфорта (ПД).** Верхней границей является порог дискомфорта, составляющий у лиц с нормальным слухом 80-120 дБ над порогом слышимости (ПС) в зависимости от характера сигнала. Звуки большей интенсивности вызывают значительный дискомфорт, а затем и боль. **Динамический диапазон (ДД).** Диапазон используемого слуха между порогом восприятия речи и порогом дискомфорта называется динамическим диапазоном, или диапазоном комфортной громкости. Для нормальных ушей он может достигать 110 дБ. **Порог комфорта.** Для нормальных ушей он соответствует в среднем 65 дБ. Диапазон между порогом слышимости и порогом комфорта отличается на различных частотах. На низких частотах необходимо использование меньших интенсивностей над порогом для достижения комфортного восприятия, по сравнению с частотой 1000 Гц и выше. Порог различения речи и дискриминационные речевые тесты заключаются в предъявлении пациенту наборов слов и регистрации его ответов в виде порогов или процента правильно данных ответов. При определении порогов комфорта и дискомфорта используется постоянное предъявление речи, хотя пороги дискомфорта могут быть определены для каждой частоты при использовании и других стимулов. При речевой аудиометрии используются регулируемый живой голос или записанные на пленке и компакт-дисках специальные наборы сбалансированных слов, предъявляемые через головные телефоны или в свободном звуковом поле через динамики. Недостатком исследования живым голосом является то, что оператор не может всегда произносить тестовые слова с одинаковой интенсивностью. Различные диалекты также оказывают влияние на результаты исследования. При использовании записей интенсивность регулируется при помощи аудиометра. На каждой кассете или компакт-диске перед речевым материалом записан калибровочный тон частотой 1000 Гц, позволяющий оператору выставить нулевой уровень предъявления сигнала для данной записи. Методика маскировки при речевой аудиометрии та же, что и при тональной по воздушному звукопроводению. Используются белый или речевой (содержащий присутствующие в речи частоты) шумы. Узкополосная маскировка при речевой аудиометрии является неэффективной. Каждое правильно повторенное слово при определении разборчивости речи соответствует 2% при использовании списка из 50 слов или 4% - при использовании списка из 25 слов. Любое

отклонение в повторении слова, например изменение единственного числа на множественное или наоборот, должно рассматриваться как неправильный ответ. *Бинауральное тестирование.* Иногда пациенты с симметричными тональными и речевыми порогами имеют достоверные отличия между ушами в дискриминационных тестах. При наличии в аудиометре двух каналов возможно исследование бинауральной разборчивости речи. При подборе слуховых аппаратов тесты определения разборчивости речи являются важным критерием для выбора протезируемого уха и принятия решения о бинауральном слухопротезировании. ***Аудиометрия у детей. Поведенческая аудиометрия*** - возраст от 4 месяцев до 3 лет. Ребенок усаживается вместе с родителем в звукозаглушенной камере таким образом, чтобы громкоговорители были расположены с обеих сторон от ребенка. Исследователь начинает говорить с интенсивностью в 30 дБ нПС, отмечая, локализует ли ребенок звуки. Обычно произносится имя ребенка или интересные для него звуки. Методика же определения порогов соответствует методике, используемой при определении порогов слышимости у взрослых. Так как у ребенка используются не телефоны, а стимуляция через громкоговорители, определяемый ответ соответствует лучше слышащему уху. ***Аудиометрия с визуальным подкреплением (VisualReinforcementAudiometry)*** - возраст от 1 года до 3 лет. Ребенок усаживается вместе с родителем в звукозаглушенной камере таким образом, чтобы громкоговорители были расположены с обеих сторон от ребенка. Сверху или снизу от динамиков располагаются механические игрушки, которые могут двигаться или светиться (иногда перед исследуемым располагается монитор, на котором сменяются картинки). В свободном звуковом поле подается частотно-модулированный ("лающий") тон частотой 1000 Гц интенсивностью 50 дБ нПС и, если ребенок поворачивается в сторону динамика, приводятся в действие игрушки. Если же ребенок не обращает внимания на динамики, интенсивность повышается до тех пор, пока не будет получена реакция ребенка. Необходимо добиться того, чтобы ребенок объединял восприятие звука с началом движения (или зажиганием) игрушек или картинок. Исследование повторяется на частотах 2000, 4000, 500 и 250 Гц. Если при обследовании ребенка можно использовать телефоны, то будет получена информация, специфичная для конкретного уха, если же нет (т. е. исследование проведено в свободном звуковом поле) - полученные результаты следует считать ответом от лучше слышащего уха. ***Игровая аудиометрия*** - возраст от 3 до 5 лет. Ребенка инструктируют надеть кольцо на стержень пирамидки или произвести другие аналогичные действия, когда он услышит звук. Исследование начинается с частоты 1000 Гц на интенсивностях между 30 и 40 дБ нПС. Методика определения порога слышимости соответствует методике, используемой при традиционной аудиометрии. Пороги определяются на частотах 250-4000 Гц для каждого уха.

Вестибулометрия включает выявление спонтанной симптоматики, проведение и оценку вестибулометрических проб, анализ и обобщение полученных данных. К спонтанным вестибулярным симптомам относятся *спонтанный нистагм, изменение тонуса мышц конечностей, нарушение походки. Спонтанный нистагм.* Его исследуют в положении сидя либо лежа на спине. При этом испытуемый следит за пальцем врача, удаленным от глаз на расстояние 60 см, палец перемещается последовательно в горизонтальной, вертикальной и диагональной плоскостях. Отведение глаз не должно превышать 40—45°, так как перенапряжение глазных мышц может сопровождаться подергиванием глазных яблок. При наблюдении нистагма целесообразно использовать очки большого увеличения (+20 диоптрий) для устранения влияния фиксации взора. Оториноларингологи для этой цели применяют специальные очки Френцеля; еще более четко спонтанный нистагм выявляется при электронистагмографии. При обследовании больного в положении лежа на спине голове и туловищу придают различное положение, при этом у некоторых больных наблюдают появление нистагма, обозначаемого как *позиционный нистагм* (нистагм положения). Позиционный нистагм чаще имеет центральный генез, в ряде случаев его связывают с нарушением функции отолитовых рецепторов, с патологической импульсацией от шейных рецепторов. В клинике нистагм характеризуют по *плоскости* (горизонтальный, сагиттальный, ротаторный), *направлению* (вправо, влево, вверх, вниз), по *силе* (I, II или III степени), *быстроте колебательных циклов* (живой, вялый), *амплитуде* (мелко-, средне- или крупноразмашистый), *ритму* (ритмичный или дизритмичный), а для индуцированного нистагма — еще и по *длительности* (в секундах). По силе нистагм считается / *степени*, если он возникает только при взгляде в сторону быстрого компонента; // *степени* — при взгляде не только в сторону быстрого компонента, но и прямо; /// *степень* наблюдается не только в первых двух положениях глаз, но и при взгляде в сторону медленного

компонента. Вестибулярный нистагм обычно не меняет своего направления, т.е. в любом положении глаз его быстрый компонент направлен в одну и ту же сторону. Об экстралабиринтном (центральном) происхождении нистагма свидетельствует его ундулирующий характер, когда нельзя выделить быструю и медленную фазы. Вертикальный, диагональный, разнонаправленный (изменяющий направление при взгляде в разные стороны), конвергирующий, монокулярный, несимметричный (неодинаковый для обоих глаз) нистагм характерен для нарушений центрального генеза. *Тонические реакции отклонения рук.* Их исследуют при выполнении указательных проб (пальценосовой, пальце-пальцевой), пробы Водака—Фишера. Указательные пробы. При выполнении *пальценосовой пробы* испытуемый разводит в стороны руки и сначала при открытых, а затем при закрытых глазах старается дотронуться указательными пальцами до кончика своего носа. При нормальном состоянии вестибулярного анализатора больной выполняет задание без затруднений. Раздражение одного из лабиринтов приводит к промахиванию обеими руками в противоположную сторону (в сторону медленного компонента нистагма). При локализации поражения в задней черепной ямке (например, при патологии мозжечка) больной промахивается одной рукой (на стороне заболевания) в "больную" сторону. При *пальце-пальцевой пробе* пациент поочередно правой и левой рукой должен попасть указательным пальцем в указательный палец врача, расположенный перед ним на расстоянии вытянутой руки. Пробу выполняют сначала с открытыми, затем с закрытыми глазами. В норме испытуемый уверенно попадает в палец врача обеими руками как с открытыми, так и закрытыми глазами. *Проба Водака—Фишера.* Испытуемый выполняет сидя с закрытыми глазами и с вытянутыми вперед руками. Указательные пальцы вытянуты, остальные сжаты в кулак. Врач располагает свои указательные пальцы напротив указательных пальцев пациента и в непосредственной близости от них наблюдает за отклонением рук испытуемого. У здорового человека отклонения рук нет, при поражении лабиринта обе руки отклоняются в сторону медленного компонента нистагма (т.е. в сторону того лабиринта, импульсация от которого снижена). *Исследование устойчивости в позе Ромберга.* Оно позволяет выявлять статическую атаксию. Обследуемый стоит, сблизив ступни, чтобы их носки и пятки соприкасались, руки вытянуты вперед на уровне груди, пальцы рук раздвинуты, глаза закрыты. Когда человек выполняет задание по сохранению равновесия в позе Ромберга, его тело постоянно совершает небольшие колебания, которые по существу являются последовательными установочными реакциями, препятствующими самопроизвольному падению. При атаксии тело больного подвержено большим колебаниям, возникающим из-за несвоевременной и неполной коррекции появляющихся отклонений. Причиной этого может быть поражение вестибулярного аппарата, мозжечка, других структур центральной нервной системы и т.д. Крайней степенью нарушения функции равновесия является невозможность сохранения вертикального положения. *Походка по прямой линии и фланговая.* 1. При исследовании походки по прямой линии больной с закрытыми глазами делает 5 шагов по прямой линии вперед и затем, не поворачиваясь, 5 шагов назад. При нарушении функции вестибулярного анализатора пациент отклоняется от прямой линии в сторону, противоположную нистагму, при мозжечковых расстройствах — в сторону поражения. 2. Фланговую походку исследуют следующим образом. Пациент отставляет вправо правую ногу, затем приставляет левую и делает таким образом 5 шагов, а потом аналогично делает 5 шагов в левую сторону. При нарушении вестибулярной функции обследуемый фланговую походку хорошо выполняет в обе стороны, при поражении мозжечка не может выполнить ее в сторону пораженной доли мозжечка. Также для дифференциальной диагностики мозжечкового и вестибулярного поражения выполняют *пробу на диадохокинез.* Обследуемый выполняет ее с закрытыми глазами, вытянутыми вперед обеими руками производит быструю смену пронации и супинации. *Адиадохокинез* — резкое отставание руки на "больной" стороне при нарушении функции мозжечка. *Вращательная проба.* Обследуемого усаживают в кресло Барани так, чтобы спина его плотно прилегала к спинке кресла, ноги располагались на подставке, а руки — на подлокотниках. Голову пациента наклоняют вперед и вниз на 30°, глаза должны быть закрыты. Вращение производят равномерно со скоростью 1/г оборота (или 180°) в секунду, всего 10 оборотов за 20 с. В начале вращения тело человека испытывает

положительное ускорение, в конце — отрицательное. При вращении по часовой стрелке после остановки ток эндолимфы в латеральных полукружных протоках будет продолжаться вправо; следовательно, медленный компонент нистагма также будет вправо, а направление нистагма (быстрый компонент) — влево. При движении вправо в момент остановки кресла в правом ухе движение эндолимфы будет ампулофугальным, т.е. от ампулы, а в левом — ампулопетальным. Следовательно, послеовращательный нистагм и другие вестибулярные реакции (сенсорные и вегетативные) будут обусловлены раздражением левого лабиринта, а послеовращательная реакция от правого уха будет наблюдаться при вращении против часовой стрелки, т.е. влево. После остановки кресла начинают отсчет времени. Испытуемый фиксирует взгляд на пальце врача, при этом проверяют степень нистагма, затем определяют характер амплитуды и живость нистагма, его продолжительность. Если изучается функциональное состояние рецепторов передних (фронтальных) полукружных протоков, то испытуемый сидит в кресле Барани с головой, запрокинутой назад на 60° , если изучается функция задних (сагиттальных) протоков, то голова наклоняется на 90° к противоположному плечу. В норме длительность нистагма при исследовании латеральных (горизонтальных) полукружных протоков равна 25—35 с, при исследовании задних и передних протоков — 10—15 с. Характер нистагма при раздражении латеральных протоков горизонтальный, передних — ротаторный, задних — вертикальный; по амплитуде он мелко- или среднеразмашистый, I—II степени, живой, быстро затухающий.

Калорическая проба. Во время этой пробы достигается более слабое, чем при вращении, искусственное раздражение лабиринта, в основном рецепторов латерального полукружного протока. Важным достоинством калорической пробы является возможность раздражать изолированно ампулярные рецепторы одной стороны. Перед выполнением водной калорической пробы следует убедиться в отсутствии сухой перфорации в барабанной перепонке исследуемого уха, поскольку попадание воды в барабанную полость может вызвать обострение хронического воспалительного процесса. В этом случае можно провести воздушную калоризацию. Калорическую пробу выполняют следующим образом. Врач набирает в шприц Жане 100 мл воды температуры 20°C (при тепловой калорической пробе температура воды равна 42°C). Испытуемый сидит с отклоненной на 60° назад головой; при этом латеральный полукружный проток располагается вертикально. В наружный слуховой проход вливают 100 мл воды за 10 с, направляя струю воды по его задневерхней стенке. Определяют время от момента окончания вливания воды в ухо до появления нистагма — это латентный период, в норме равный 25—30 с, затем регистрируют длительность нистагменной реакции, в норме составляющую 50—70 с. Характеристику нистагма после калоризации дают по тем же параметрам, что и после вращательной пробы. При холодном воздействии нистагм (его быстрый компонент) направлен в противоположную исследуемому уху сторону, при тепловой калоризации — в сторону раздражаемого уха.

Прессорная (пневматическая, фистульная) проба. Ее проводят для выявления свища в области лабиринтной стенки (чаще всего в области ампулы латерального полукружного канала) у больных с хроническим гнойным средним отитом. Пробу производят сгущением и разрежением воздуха в наружном слуховом проходе либо давлением на козелок, либо с помощью резиновой груши. Если в ответ на сгущение воздуха возникают нистагм и другие вестибулярные реакции, то прессорную пробу оценивают как положительную. Это свидетельствует о наличии свища. Следует учесть, однако, что отрицательная проба не позволяет с полной уверенностью исключить наличие свища. При обширной перфорации в барабанной перепонке на подозрительные на свищ участки лабиринтной стенки можно произвести непосредственное давление зондом с накрученной на него ватой. Для диагностики заболеваний уха широко применяют рентгенографию височных костей; наиболее распространенными являются три специальные укладки — по Шюллеру, Майеру и Стенверсу. Боковая обзорная рентгенография височных костей по Шюллеру. С ее помощью выявляется структура сосцевидного отростка. На рентгенограммах хорошо видны пещера и периантральные клетки, четко определяются крыша барабанной полости и передняя стенка сигмовидного синуса. По этим снимкам можно судить о степени пневматизации сосцевидного отростка, видна характерная для мастоидита деструкция костных перемычек

между ячейками. Аксиальная проекция по Майеру. Она позволяет значительно лучше, чем в проекции по Шюллеру, вывести костные стенки наружного слухового прохода, надбарабанное углубление и сосцевидные ячейки. Расширение аттикоантральной полости с четкими границами указывает на наличие холестеатомы. Косая проекция по Стенверсу. С ее помощью выводятся верхушка пирамиды, лабиринт и внутренний слуховой проход. Наибольшее значение имеет возможность оценки состояния внутреннего слухового прохода. При диагностике невриномы преддверно-улиткового (VIII) нерва оценивают симметричность внутренних слуховых проходов при условии идентичности укладки правого и левого уха. Укладка информативна также в диагностике поперечных переломов пирамиды, являющихся чаще всего одним из признаков продольного перелома основания черепа. Более четко структуры височной кости и уха визуализируются при использовании КТ и МРТ. Ее выполняют в аксиальной и фронтальной проекциях с толщиной среза 1—2 мм. КТ позволяет выявлять как костные, так и мягкотканые изменения. При наличии холестеатомы данное исследование дает возможность с большой точностью определить ее распространение, установить свищ полукружного канала, кариес молоточка, наковальни. КТ височной кости находит все более широкое применение в диагностике заболеваний уха. Магнитно-резонансная томография (МРТ). Она имеет преимущества перед КТ при выявлении мягкотканых образований, дифференциальной диагностике воспалительных и опухолевых изменений. Это метод выбора в диагностике невриномы преддверно-улиткового нерва.

Методы исследования носа и ОНП. Исследование дыхательной, транспортной и обонятельной функции носа. Методы исследования ОНП: диафаноскопия, эндоскопия, рентгенография, КТ, МРТ, МСКТ. *Исследование дыхательной и обонятельной функций носа.* Определение дыхательной функции носа производят попеременно сначала одной половины носа, потом другой. Для определения дыхания через правую половину носа прижимают левое крыло носа к носовой перегородке указательным пальцем правой руки, а левой рукой комочек ваты подносят к правому преддверию полости носа и просят больного сделать короткий вдох и выдох. Аналогично определяют носовое дыхание через левую половину носа. По отклонению ватки нужно оценить дыхательную функцию носа. Дыхание через каждую половину носа может быть *нормальным, затрудненным* или *отсутствовать*. Определение обонятельной функции производят поочередно каждой половины носа пахучими веществами из ольфактометрического набора или с помощью прибора ольфактометра. Для определения обонятельной функции справа прижимают указательным пальцем правой руки левое крыло носа к носовой перегородке, а левой рукой берут флакон пахучего вещества и подносят к правому преддверию полости носа, просят больного сделать вдох и определить запах данного вещества. Определение обоняния через левую половину носа производят аналогично, только правое крыло носа прижимают указательным пальцем левой руки, а правой рукой подносят пахучее вещество к левой половине носа. Обоняние может быть *нормальным* (нормосмия), *пониженным* (гипосмия), *отсутствовать* (аносмия), *извращенным* (какосмия). Транспортную функцию мерцательного эпителия исследуют несколькими способами. Наиболее распространенный метод - изучение скорости перемещения угольной пыли из передних отделов носа в носоглотку. Для этого на передний конец нижней носовой раковины пуговчатым зондом наносят небольшое количество размельченного угольного порошка или другого красителя, например метиленового синего. Больного просят не форсировать носовое дыхание и не отсмаркиваться. Появление порошка на задней стенке глотки контролируют каждую минуту, проводя фарингоскопию. Транспортную функцию оценивают по времени (в минутах), необходимому для продвижения порошка от переднего конца нижней носовой раковины до носоглотки. Каждую половину носа исследуют отдельно. В норме среднее время перемещения порошка равно $13,0 + 0,9$ мин. В практическом здравоохранении наиболее часто выполняют обзорный снимок околоносовых пазух, на котором хорошо видны верхнечелюстные и лобные пазухи, в меньшей степени пазухи решетчатой кости. Для более детального исследования пазух решетчатой кости целесообразно использовать проекцию, предложенную Я. А. Фастовским, при которой хорошо видны все группы клеток

решетчатого лабиринта, случае недоразвития лобных пазух иногда необходимо сделать их прицельный снимок. Наибольшие трудности в диагностике представляют клиновидные пазухи. При рентгенологическом исследовании обычно делается профильный снимок околоносовых пазух, однако клиновидные пазухи при этом накладываются одна на другую и трудно определить их состояние. Информацию о наличии или отсутствии патологии в клиновидных пазухах можно получить при изучении обзорного снимка околоносовых пазух, сделанного при открытом рте. Кроме традиционного рентгенологического исследования носа и околоносовых пазух, используют компьютерную томографию черепа для диагностики синуситов, инородных тел, опухолей, мукоцеле, травм околоносовых структур.

Методы исследования глотки. Эпи-, мезо-, гипофарингоскопия (прямая и непрямая). Эндоскопия. Пальцевое исследование носоглотки, рентгенография, КТ, МРТ, МСКТ, биопсия глотки. *Мезофарингоскопию* проводят бимануально двумя шпателями. Осмотр начинают с оценки состояния преддверия рта: зубов, слизистой оболочки десен, щек, губ. Затем переходят к осмотру языка, дна полости рта, твердого и мягкого неба. Для выполнения мезофарингоскопии язык необходимо отвести шпателем, уложенным на передние $\frac{2}{3}$ языка. Глубже вводить шпатель не следует, поскольку надавливание на корень языка вызывает рвотный рефлекс. Выполнение манипуляции облегчается при глубоком дыхании пациента через рот. При осмотре среднего отдела глотки обращают внимание на симметрию и подвижность (тонус) мягкого неба (пациенту предлагают произнести звук «а»), цвет и блеск слизистой оболочки боковых и задней стенок глотки, небных дужек, миндалин. Наиболее полную информацию о состоянии небных миндалин можно получить, надавив вторым шпателем, несколько отступя от края передней небной дужки. При этом небная миндалина слегка вывихивается, шире обнажается ее поверхность, несколько раскрываются лакуны и выдавливается их содержимое. Надавливание следует производить осторожно, не травмируя миндалины, чтобы не вызвать воспалительную реакцию. Наличие спаек небных дужек с миндалинами, глубину и направление лакун определяют с помощью пуговчатого зонда. Эпифарингоскопия. Осмотр носоглотки проводят подобранным по размеру (8-10 мм) и подогретым носоглоточным зеркалом, надавливая передние $\frac{2}{3}$ языка шпателем. Зеркало берут в правую руку, шпатель в левую. Для наибольшего раскрытия носоглотки и расслабления небной занавески больному предлагают в момент осмотра дышать через нос. Зеркало заводят за небную занавеску таким образом; чтобы зеркальная поверхность была обращена кверху. Изменяя угол наклона зеркала за занавеской, удается рассмотреть хоаны, глоточные отверстия слуховых труб, свод носоглотки, ее боковые стенки. При узкой носоглотке и выраженном рвотном рефлексе проводят терминальную анестезию (2% раствором лидокаина, 5% раствором тримекаина и др.) и оттягивают мягкое небо кпереди резиновым катетером, введенным через полость носа, или металлическим крючком, который врач передает помощнику. Такая манипуляция позволяет не только осмотреть носоглотку, но и произвести некоторые вмешательства (биопсия, электрокоагуляция и др.) под контролем зрения. В том случае, если у детей невозможно выполнить эпифарингоскопию, то проводят пальцевое исследование носоглотки. С этой целью ассистент усаживает ребенка к себе на колени и фиксирует ему руки и голову. Врач, проводящий исследование, заходит сзади, большим пальцем левой руки, обернутым марлей или в напальчнике, надавливая на нижний зубной ряд, удерживает рот в открытом состоянии, а указательный палец правой руки вводит в носоглотку и подушечкой ногтевой фаланги исследует купол носоглотки, сошник, задние концы носовых раковин и хоаны, глоточную и трубные миндалины. При наличии аденоидов ощущается мягкая масса тестоватой консистенции. Гипофарингоскопия. Нижний отдел глотки осматривают с помощью гортанного зеркала (зеркальная непрямая гипофарингоскопия), директоскопа Ундрица или ларингоскопа, применяемого для интубации трахеи. В случае проведения непрямой гипофарингоскопии больному предлагают открыть рот и высунуть язык. При этом поднимается подъязычная кость, корень языка уплощается, надгортанник отклоняется кпереди. Переднюю треть языка обертывают марлевой салфеткой и удерживают большим и средним пальцами левой руки (большой сверху, средний под языком). Указательным пальцем поднимают

верхнюю губу над резцами. В правую руку берут подогретое гортанное зеркало и вводят в полость глотки зеркальной поверхностью книзу. Изменяя угол наклона зеркала, последовательно осматривают корень языка с язычной миндалиной, валекулы, надгортанник, черпалонадгортанные складки, грушевидные карманы. При зеркальной гипофарингоскопии не всегда удается хорошо рассмотреть нижний отдел глотки, особенно у детей. В таких случаях проводят прямую гипофарингоскопию, применяя ларингоскопы и эзофагоскопы, различающиеся типом освещения (дистальное, проксимальное), размерами и формой шпателей (прямые, изогнутые с боковой прорезью и др.). Исследование проводят в положении больного с поднятым плечевым поясом или опущенной со стола головой, желателен под местной терминальной анестезией. Рентгенологическое исследование. Его применяют в процессе диагностики заболеваний, сопровождающихся деформацией стенок глотки, позвоночника, шиловидного отростка, при новообразованиях и инородных телах в носовой и гортанной частях глотки. Компьютерная томография (КТ)-важная ступень развития методов послойного исследования. При новообразованиях глотки применяют рентгеноангиографию: контрастное вещество вводят в наружную и внутреннюю сонную артерии и производят серию снимков в разных проекциях, на которых хорошо видны размеры опухоли и снабжающие ее кровеносные сосуды. Для диагностики заболеваний глотки настоящее время широко применяется эндоскопия глотки.

Методы исследования пищевода. Эзофагоскопия, виды, эзофагогастрофиброскопия, контрастная рентгенография. При объективном *исследовании пищевода* применяют два общепринятых метода: рентгенологический и эзофагоскопию. Рентгенологическое исследование пищевода - основной и самый ценный метод диагностики его заболеваний, поскольку он прост, удобен и безопасен. Во время рентгеноскопии (или рентгенотелевизионного просвечивания) изучают особенности прохождения контрастного вещества, состояние стенок пищевода (с помощью двойного контрастирования) и рельеф слизистой оболочки пищевода. Контрастное вещество проходит свободно по пищеводу в течение 5-6 с, несколько задерживаясь во втором и особенно в третьем физиологических сужениях. При этом наиболее рельефно пищевод просматривается в косой проекции. Противопоказаний к контрастному рентгенологическому исследованию пищевода практически нет; при подозрении на нарушение целостности стенки пищевода рекомендуется использовать водорастворимые контрастные вещества. Обзорную и прицельную рентгенографию пищевода проводят в прямой, боковых и косых проекциях. На рентгеновских снимках должен отображаться рельеф слизистой оболочки и его контуры при полном заполнении контрастной массой. В некоторых случаях наряду с контрастной рентгенографией применяют дополнительные методы исследования: томографию (включая компьютерную), рентгенокинематографию, рентгенотелевизионную кинематографию, рентгенокимографию и др. Эзофагоскопия-ценнейший метод исследования пищевода. Она позволяет не только визуально изучить пищеводную стенку, но при необходимости произвести биопсию, удалить инородное тело, выполнить некоторые хирургические манипуляции. Таким образом, эзофагоскопия может быть как диагностической, так и лечебной процедурой. В последние годы для исследования пищевода широко применяют гибкие эзофагоскопы со стекловолоконной оптикой. Эзофагофиброскопы облегчают проведение исследования. Используя имеющийся в фиброскопе канал, можно не только отсасывать содержимое пищевода, но и локально подводить либо лекарственные, либо контрастные вещества для последующего рентгенологического исследования. Кроме того, эзофагофиброскоп позволяет произвести биопсию, удалить инородное тело и т.д., с помощью специальных насадок можно сделать фото- и киноснимки.

Методы исследования гортани, трахеи и бронхов. Прямая, непрямая ларингоскопия, эндоскопия, стробоскопия, КТ, МРТ, МСКТ гортани. Верхняя и нижняя трахеобронхоскопия.

Основной метод исследования гортани - *зеркальная (непрямая, или обратная) ларингоскопия*. Исследование проводят с помощью гортанного зеркала, представляющего собой круглое зеркало (диаметр 10-40 мм), прикрепленное под углом 125° к прямому

металлическому стержню. Для того чтобы зеркало во время осмотра не запотевало, зеркальную поверхность слегка подогревают над спиртовкой. Обратная поверхность зеркала должна быть негорячей во избежание ожога глотки. Для того чтобы это проверить, прикладывают зеркало обратной стороной к тылу кисти. Горланное зеркало берут в правую руку, а пальцами левой руки удерживают кончик языка через салфетку. При этом большой палец врача находится сверху, средний-снизу кончика языка, а указательным он несколько отодвигает верхнюю губу больного. Зеркало вводят в полость рта и прижимают к мягкому небу. Не следует дотрагиваться зеркалом до корня языка и задней стенки глотки, что может вызвать рвотный рефлекс. При проведении зеркальной ларингоскопии соблюдают три момента: свободное дыхание, фонация звуков «и» или «э», глубокий вдох. Во время свободного дыхания обращают внимание на состояние надгортанника, черпалонадгортанных, преддверных и голосовых складок, грушевидных карманов, оценивают состояние корня языка, язычной миндалины, валлекул. Голосовая щель при этом имеет вид равнобедренного треугольника. При фонации звука «и» или «э» определяют степень смыкания голосовых складок. Смена фонации и вдоха позволяет установить симметричность подвижности половин гортани. В момент глубокого вдоха осматривают подскладковое пространство и верхний отдел просвета трахеи. В том случае, если результаты ларингоскопии не удовлетворяют врача, то проводят *прямую ларингоскопию*. Показаниями к прямой ларингоскопии являются: 1) осмотр гортани у детей младшего возраста, а также у взрослых, если не удастся детально осмотреть гортань при непрямой ларингоскопии; 2) эндоларингеальные вмешательства, которые в связи с их значительной продолжительностью и сложностью не могут быть произведены при зеркальной ларингоскопии; 3) введение в трахею интубационной трубки или тубуса бронхоскопа; 4) осмотр и манипуляции в гортаноглотке и области входа в пищевод; 5) осмотр трахеи, некоторые манипуляции в ней (удаление баллотирующих инородных тел). Техника прямой ларингоскопии такова. Больной лежит на спине, голова его слегка запрокинута, шея вытянута. Врач садится у его изголовья, помощник находится слева. Справа от врача стоит операционный столик. Клинок ларингоскопа вводят строго по средней линии языка до появления надгортанника, затем клинок заводят за надгортанник и оттягивают его вверх. На резцы верхней челюсти накладывают марлевую салфетку или резиновую прокладку (чаще всего кусок резиновой трубки длиной 3-4 см, рассеченный с одной стороны, по линии разреза резиновый амортизатор накладывают на зубы) для предохранения их от травмы при упоре на них шпателя. Для того чтобы провести осмотр передней комиссуры гортани, если она не видна, ассистент надавливает на щитовидный хрящ. Важное место в исследовании гортани занимает *ларингостробоскопия*. Метод основан на осмотре гортани в прерывистом свете, что позволяет видеть отдельные колебания голосовых складок. Создание электронного стробоскопа позволило использовать метод в повседневной врачебной практике. При проведении стробоскопии обращают внимание на вид колебаний голосовых складок (продольные, поперечные, волнообразные и смешанные), амплитуду колебаний, скорость колебаний. Описаны стробоскопические картины, характерные для различных патологических состояний гортани (дисфония, доброкачественные, предопухольные и инфильтративные процессы). Достижением медицинской техники последних лет является разработка фиброларингоскопии. Благодаря тому, что гибкий конец фиброскопа может поворачиваться на 270°, все отделы гортани становятся доступны осмотру. Исследование проводят под местной поверхностной анестезией. Эндофиброларингоскопия позволяет произвести прицельную биопсию и выполнить высококачественные эндофотографии гортани, также все манипуляции увидеть на экране монитора. Особое место среди методов исследования гортани занимает *рентгенодиагностика*. В оториноларинго-логической клинике используют обычную *рентгенографию* и *томографию* в переднезадней и боковой проекциях, контрастирование, ксерорадиографию и ксеротомографию. Томография - обязательный компонент рентгенологического обследования больных, у которых предполагают наличие опухоли гортани или имеется хронический стеноз гортани и трахеи. Томография позволяет получить фронтальные снимки гортани, при изучении которых можно определить состояние надгортанника, черпалонадгортанных, преддверных и голосовых складок, гортанных

желудочков, подскладкового пространства, а также шейного отдела трахеи. Преимуществом *компьютерной томографии* перед другими методами получения изображения области гортани является возможность установить взаимоотношения структур на поперечном сечении, точнее определить глубину поражения хряща, идентифицировать сосуды и мышцы. *Трахеобронхоскопия* - эндоскопическое исследование просвета и слизистой оболочки трахеи и бронхов. Это один из основных методов исследования трахеобронхиального дерева. В настоящее время применяют два типа бронхоскопии: ригидную бронхоскопию, которую выполняют с помощью полых металлических трубок, имеющих оснащение для искусственной вентиляции легких и снабженных телескопами с различными углами зрения, и фибробронхоскопию, основанную на использовании гибкого, управляемого, малокалиберного бронхоскопа, в который смонтированы световод, оптическая система и канал для гибких биопсийных инструментов. В зависимости от поставленных задач трахеобронхоскопия может быть *диагностической и лечебной*. Ее применяют для раннего распознавания заболеваний органов дыхательной системы и уточнения диагноза. Осмотр просвета трахеи и бронхов, цитологический анализ смыва и соскоба со слизистой оболочки, биопсия, рентгеноконтрастное исследование бронхиального дерева имеют большое значение в раннем выявлении опухолей нижних дыхательных путей, туберкулеза, бронхоэктазов, обнаружении инородных тел, трахеопищеводных свищей, диагностике и лечении рубцовых стенозов трахеи. С лечебной целью трахеобронхоскопию применяют для аспирации экссудата из бронхов, местного введения антибиотиков, санации бронхиального дерева. В оториноларингологии этот метод используют главным образом для извлечения инородных тел из дыхательных путей, хирургического лечения склеромы, удаления папиллом из трахеи и главных бронхов. В зависимости от пути введения трубки различают *верхнюю и нижнюю трахеобронхоскопию*. При верхней трубку вводят через ротовую полость, глотку, гортань. В случае наличия трахеостомы можно произвести нижнюю трахеобронхоскопию, при этом трубку вводят через трахеостому. Волоконный бронхоскоп имеет преимущества перед оптической трубкой к бронхоскопу: гибкость, мощное освещение, возможность производить диагностические и лечебные манипуляции через биопсийный канал. Более удобной для бронхоскопии с помощью волоконного бронхоскопа является инъекционная система вентиляции легких. Специальная инъекционная приставка, соединяемая с эндотрахеальной трубкой, позволяет вводить через эту трубку волоконный бронхоскоп. Благодаря одной приставке можно выполнять искусственную вентиляцию легких на протяжении всего исследования. Трансназальное введение волоконного эндобронхоскопа осуществляют под местной анестезией в положении больного сидя. Волоконный бронхоскоп вводят в носовой ход и под визуальным контролем продвигают в гортань. Дополнительную анестезию голосовых складок проводят через канал бронхоскопа. Затем прибор продвигают в трахею и далее в бронхи. Трансназальное введение волоконного бронхоскопа осуществляют при наличии противопоказаний к наркозу, а также в тех случаях, когда невозможно интубировать трахею.

должен знать

- методы исследования звукового анализатора у взрослых и детей;
- методы исследования вестибулярного анализатора у взрослых и детей
- методы исследования носа и ОНП.
- методы исследования глотки, пищевода.
- методы исследования гортани, трахеи и бронхов.

должен уметь проводить

- отоскопия, отомикроскопия
- передняя, средняя и задняя риноскопия;
- фарингоскопия;
- ларингоскопия (непрямая и прямая);
- эндофиброскопия верхних дыхательных путей;
- исследование верхних дыхательных путей ригидным эндоскопом;
- пальцевое исследование глотки;

- ольфактометрия;
- исследование функции носового дыхания;
- исследование транспортной функции носа;
- диафаноскопия;
- ультразвуковое исследование околоносовых пазух;
- определение проходимости слуховой трубы;
- продувание слуховой трубы по Полицеру;
- катетеризация слуховой трубы;
- акуметрия, тональная и надпороговая аудиометрия;
- вестибулометрия;

Заболевания ЛОР–органов:этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика -1476 ч.

Клиника, диагностика и лечение заболеваний уха - 496часов:

Уродства и пороки развития уха: дисплазия наружного уха, врожденная ушная фистула. Их значение в общей патологии детского возраста.

Аномалии развития ушной раковины могут заключаться в макротии, микротии или анотии, а также в существовании придатков ушной раковины. Коррекцию этих состояний проводят с помощью пластических операций. При микротии и анотии лучшие результаты дают реконструктивные операции с использованием аутогенных кожных трансплантатов и реберного хряща. Аномалии развития ушной раковины часто сочетаются с атрезией наружного слухового прохода. Если при атрезии наружного слухового прохода сохранились барабанная перепонка, цепь слуховых косточек и лабиринтные окна, то выполняют пластические операции с целью создания просвета наружного слухового прохода. Оперативное вмешательство заключается в использовании местных тканей и аутогенных свободных (кожных и фасциальных) трансплантатов. Просвет образованного во время операции наружного слухового прохода сохраняют путем длительной тампонады и использования трубок из биоинертных материалов. У некоторых больных с атрезией наружного слухового прохода барабанная перепонка частично или полностью замещена пластинкой - образованием из компактной кости, которое может вызвать иммобилизацию молоточка. В тех случаях, когда барабанная перепонка полностью замещена этой пластинкой, основной и наиболее трудной задачей для отохирурга является субтотальное удаление пластинки и пластическое воссоздание того отдела барабанной перепонки, который до операции был замещен ею. При проведении операции по поводу атрезии наружного слухового прохода после разреза мягких тканей идентифицируют сустав нижней челюсти и височную линию, которая является ориентиром для определения верхней границы сосцевидного отростка. Кость трепанируют в области, расположенной кзади от сустава нижней челюсти и книзу от височной линии. Задача облегчается при наличии воздухоносных клеток сосцевидного отростка. Если клеток нет или количество их очень небольшое, то на небольшом участке (диаметром до 0,5 см) следует обнажить твердую мозговую оболочку средней черепной ямки. Ориентируясь на нее, можно проникнуть в узкую аттикоантральную полость. Продолжая трепанацию атрезиионной пластинки, проникают сначала во вход в пещеру, а затем в надбарабанное углубление. После этого определяют состояние слуховых косточек и лабиринтных окон. В зависимости от их состояния производят оссикулопластику и стапедотомию или только стапедотомию. Восстановив целостность барабанной перепонки, устанавливают протез из биорезистентного материала между рукояткой молоточка и окном, образованным в основании стремени. В самых тяжелых случаях недоразвития наружного и среднего уха встречаются аномалии лицевого нерва, сужение просвета слуховой трубы, отсутствие или дефекты слуховых косточек, а также врожденная атрезия стремени. При поиске щелевидной барабанной полости приходится производить трепанацию кости вдоль ствола лицевого нерва, начиная с шилососцевидного отверстия. Можно использовать также транстемпоральный доступ. Производят трепанацию верхней грани пирамиды, ориентируясь на дугообразное возвышение (*eminentia arcuata*), и спускаются вдоль ампулы верхнего

полукружного канала к лицевому нерву; далее продвигаются вдоль этого нерва к тимпанальному устью слуховой трубы и окну преддверия. В техническом отношении оперативные вмешательства, предпринимаемые по поводу атрезии наружного слухового прохода и недоразвития среднего уха, относятся к труднейшим операциям в оториноларингологической практике. Операции, производимые при свищах уха, заключаются в полном иссечении свищевых ходов, которые обычно заканчиваются на уровне хряща ушной раковины.

Травмы уха. Ранение ушной раковины, наружного слухового прохода, барабанной перепонки, барабанной полости, сосцевидного отростка. Продольный, поперечный, косой переломы височной кости. Отморожение ушной раковины. Термический и химический ожоги уха.

При изолированных *травмах ушной раковины* тяжесть поражения определяется его протяженностью и глубиной, степенью вовлечения в зону повреждения надхрящницы и хряща. Очень часто наблюдаются кровоизлияния под надхрящницу ушной раковины (отгематома), которые могут привести к развитию хондроперихондритов. Этиологическим фактором при таких осложнениях обычно является синегнойная палочка. Исходом осложнения может быть тяжелая деформация (сморщивание) ушной раковины. При травматических повреждениях ушной раковины, сочетанных с поражением периаурикулярных тканей, может возникнуть значительное кровотечение из поверхностной височной или затылочной артерии. Часто наблюдаются повреждения стенок наружного слухового прохода и околоушной железы, может развиваться парез или паралич лицевого нерва. Тяжесть состояния увеличивается при повреждении височно-нижнечелюстного сустава. При комбинированных *повреждениях наружного и среднего уха* возможны кровотечения из сигмовидного синуса и луковицы яремной вены, параличи лицевого нерва. Как следствие такой травмы могут развиваться ограниченные и диффузные лабиринтиты. Легче всего протекают повреждения в области мочки уха, однако после них иногда образуются келлоидные рубцы. Обезобразивающие келлоидные рубцы, имеющие грибовидную форму, могут образоваться после прокола мочки уха для ношения серег. В подобных случаях самым эффективным способом лечения является иссечение келлоидных рубцов с помощью лазера. Особое внимание врача требуется при травмах ушной раковины в области, где имеется хрящ. При отгематоме необходимо удалить кровь путем аспирации с последующим субпери-хондральным введением антибактериального препарата. В большинстве случаев скопившуюся кровь удаётся эвакуировать без разреза. Разрезы необходимы для дренирования гнойного экссудата при хондроперихондритах ушной раковины. Необходимо учитывать то обстоятельство, что хрящ получает питание из непосредственно прилегающего к нему участка надхрящницы, поэтому субперихондральное скопление гнойного экссудата вызывает некроз хряща. При хондроперихондрите патологический процесс отличается «ползучим» характером. Эффективным методом лечения является иссечение некротизированных участков хряща, после чего назначают антибактериальные препараты, к которым чувствительна синегнойная палочка. Так же осуществляют лечение при комбинированных поражениях ушной раковины и наружного слухового прохода. Хондроперихондрит наружного слухового прохода, так же как и хондроперихондрит ушной раковины, отличается «ползучим» характером и может привести к развитию стеноза или атрезии наружного слухового прохода. Следует отметить, что синегнойная палочка нередко является этиологическим фактором при внутрибольничной инфекции и что ятрогенное инфицирование раны ушной раковины и наружного слухового прохода может произойти в лечебном учреждении. При *рубцовой деформации ушной раковины и наличии дефектов*, вызванных разможением или отрывом ее части, производят пластические операции. В случае отсутствия всей ушной раковины или большей ее части осуществляют сложные пластические операции, при которых используют свободные трансплантаты из аутогенной кожи и реберного хряща. Новым направлением в этой области хирургии является использование кожно-мышечных трансплантатов на питающей ножке, артериальный и венозный сосуды которых соединяют с кровеносными сосудами шеи с помощью микрохирургических сосудистых анастомозов. *Травматические перфорации барабанной перепонки* могут быть вследствие

внедрения инородных тел в наружный слуховой проход, резких колебаний давления в его просвете и травм черепа различной тяжести. В случае отсутствия симптомов перелома основания черепа лечение больных осуществляет оториноларинголог, который производит стерильную тампонаду наружного слухового прохода и при необходимости назначает антибактериальные препараты. В течение всего периода существования травматической перфорации барабанной перепонки больной должен воздерживаться от сморкания с зажиманием обеих ноздрей. Заживление можно ускорить, использовав перевязочный материал, имеющий гладкую поверхность, например стерильную папиросную бумагу, которую прикладывают к поверхности барабанной перепонки. Незначительная ушная ликворея у больных с травматическими перфорациями барабанной перепонки может быть вызвана повреждениями в области лабиринтных окон. В таких случаях необходимо произвести эндауральную тимпанотомию, закрыв дефект аутогенным соединительнотканным (например, фасци-альным) трансплантатом. При образовании стойкой перфорации барабанной перепонки производят мирингопластику. Травмы головы, приводящие к перелому основания черепа, нередко сопровождаются переломом или трещиной пирамиды височной кости. *Различают продольные и поперечные повреждения пирамиды;* первые встречаются в 4 раза чаще. При продольных трещинах преимущественно поражается среднее ухо, при поперечных-лабиринт. Тем и другим повреждениям могут сопутствовать кровоотечение из уха, ушная ликворея, парез или паралич лицевого нерва. Нарушения слуха при продольных трещинах характерны для басовой или смешанной тугоухости и обычно обратимы. После поперечных трещин пирамиды височной кости, как правило, остаются полная стойкая глухота и вестибулярная арефлексия на стороне поражения, нередко развивается паралич лицевого нерва. Лечение проводят в нейрохирургическом отделении с участием оториноларинголога.

Инородные тела уха у взрослых и детей. Распознавание, способы удаления. Серная пробка. *Инородные тела* часто располагаются в начальной части наружного слухового прохода и легко удаляются путем промывания уха. Это относится ко всем инородным телам мягкой консистенции и к некоторым инородным телам плотной консистенции. В качестве мягких инородных тел иногда фигурируют забытые ватные шарики и марлевые тампоны. Значительные трудности могут возникнуть при удалении из наружного слухового прохода инородных тел, имеющих очень гладкую поверхность или острые грани и шипы, а также крупного насекомого. Перед промыванием уха необходимо умертвить его с помощью растительного масла, которое одновременно уменьшает сцепление острых шипов хитинового панциря с кожей наружного слухового прохода. Если не удастся удалить твердое инородное тело путем промывания уха, то используют тупые крючки. Как промывание уха, так и очень осторожные манипуляции тупыми крючками можно осуществлять без наркоза. Манипулирование крючками с усилием, особенно у эмоционально возбудимых лиц, нужно производить под кратковременным наркозом. При удалении инородных тел плотной консистенции (под наркозом) щипцы можно использовать только на заключительном этапе операции, когда инородное тело уже удалось сместить в начальную часть наружного слухового прохода. В остальных случаях применение щипцов может привести к «вколачиванию» инородного тела. Все манипуляции с применением острых крючков осуществляют под наркозом. Применение наркоза обязательно также при удалении инородного тела после первой неудачной попытки, когда могло произойти «вколачивание» инородного тела в костную часть наружного слухового прохода и даже в барабанную полость с повреждением барабанной перепонки и слуховых косточек. В таких случаях удаление инородного тела обязательно производят в стационарных условиях. При этом, если не удастся удалить инородное тело с помощью крючков, выполняют оперативное вмешательство: производят заушной разрез и рассекают по длине перепончатую часть наружного слухового прохода, тем самым значительно облегчая осуществление всех последующих манипуляций.

Инфекционно-воспалительные заболевания уха.

Воспаление наружного уха: фурункул, диффузный наружный отит, рожа, перихондрит ушной раковины. Отомикоз: клиника, диагностика, лечение и профилактика. Воспалительные

заболевания наружного уха наблюдаются у лиц разного возраста. Их возникновение и клиническое течение в значительной степени зависят от общего состояния организма, например заболевания инсулинзависимым диабетом. Определенную роль играет тенденция к мацерации кожи в глубине наружного слухового прохода. В области ушной раковины могут развиваться *рожжа и перихондрит*. Наблюдаются аллергические дерматиты, некоторые из которых имеют сходство с рожей ушной раковины. Дерматиты могут распространяться на ушную раковину с кожи наружного слухового прохода и заушной области. Различают *ограниченные и диффузные наружные отиты*. В первом случае речь идет о фурункуле, а во втором - о большой группе воспалительных заболеваний бактериального или грибкового происхождения, которые часто протекают с выраженными аллергическими реакциями. При рожее ушной раковины проводят лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия, а при перихондрите ушной раковины осуществляют также хирургическое лечение: вскрытие субперихондральных гнойников и иссечение некротизированных участков хряща. При фурункуле наружного слухового прохода назначают антибактериальные препараты, к которым чувствителен золотистый стафилококк, а также проводят физиотерапевтические процедуры. Учитывая полиэтиологический характер диффузных наружных отитов, при их лечении наряду с антибактериальными используют противогрибковые и антиаллергические препараты. При микозных наружных отитах применяют нитрофунгин. С его помощью лечат различные формы грибковых заболеваний кожи: эпидермофитию, трихофитию, грибковые экземы и кандидоз. При наружных отитах, вызываемых дрожжеподобными грибами рода *Candida*, эффективны также нистатин и леворин, а при заболеваниях, вызванных плесневыми грибами, - амфотерицин В, амфоглюкамин и микогептин. Эффективным методом лечения диффузных наружных отитов различной этиологии является облучение наружного слухового прохода гелий-неоновым лазером. Наиболее тяжело протекает так называемый злокачественный наружный отит. Этим термином обозначают заболевание, обычно вызываемое синегнойной палочкой у пожилых лиц, страдающих инсулинзависимым диабетом. Патологический процесс характеризуется высокой активностью и быстро распространяется в глубину тканей, вызывает бурный рост грануляций и секвестрацию костной ткани. В последние годы описаны случаи возникновения этого заболевания и у молодых лиц, не страдающих инсулинзависимым диабетом, но у которых имеется иммунодефицит. При лечении злокачественного наружного отита необходимы коррекция нарушения углеводного обмена и повышение иммунной реактивности организма, использование антибиотиков, к которым чувствительна синегнойная палочка.

Острый гнойный средний отит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника (стадии). Неотложная помощь, лечение. Показания к парацентезу и тимпанопункции, шунтированию. Исходы. Клиника, особенности течения и лечения острых отитов при инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, грипп, дифтерия, туберкулез). Острый средний отит у новорожденных и детей грудного возраста. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Рецидивирующий острый средний отит у детей. Патогенез, клиника, осложнения, лечение. Профилактика гнойных средних отитов у детей.

Острое воспаление среднего уха - заболевание организма, местным проявлением которого является воспалительный инфекционный процесс в тканях барабанной полости, слуховой трубы и сосцевидного отростка. Частота острых средних отитов составляет 25-30% от общего количества заболеваний уха. Острым средним отитом болеют в любом возрасте. Специфический возбудитель острого среднего отита не установлен, заболевание вызывается различными видами патогенных микроорганизмов. В отдельных случаях определенное значение в возникновении острого среднего отита имеют ОРВИ, грипп, аэробная и анаэробная инфекции. Важную роль играют пути проникновения инфекции (тубарный, транстимпанальный, гематогенный и ретроградный). Наиболее частым из них является тубарный путь. Слуховая труба, как известно, выстлана мерцательным эпителием, в котором движения ворсинок направлены к носоглотке. Воспалительный процесс, развившийся в верхних дыхательных путях, распространяется на слизистую оболочку слуховой трубы, в результате чего защитная функция мерцательного эпителия снижается и инфекция проникает в

барабанную полость. Вторым путем проникновения микробов из наружного слухового прохода в барабанную полость через поврежденную барабанную перепонку, например при механической травме или после баротравмы. При инфекционных заболеваниях (грипп, скарлатина и др.) может отмечаться и третий, более редкий, путь-гематогенный. Определенную роль в патогенезе и клиническом течении острого среднего отита играет микрофлора, например при стафилококковой инфекции формируется типичная форма острого среднего отита, при аденовирусной - гриппозный отит, при грибковой - отомикотический. Патологоанатомические изменения, возникающие при проникновении инфекции в среднее ухо, характеризуются развитием в слизистой оболочке барабанной полости и слуховой трубы мукоидного набухания, мелкоклеточной инфильтрации и артериальной гиперемии. При дальнейшем течении процесса резко увеличивается толщина эпителиального слоя (в 15-20 раз), нарастает отек подслизистого эндостального соединительнотканного слоя, усиливается гиперемия, более интенсивной становится мелкоклеточная инфильтрация. Происходит накопление экссудата, который вначале может быть серозным, геморрагическим, а затем-гнойным. Утолщенная слизистая оболочка и экссудат заполняют все полости среднего уха, в результате чего слуховые косточки становятся почти неподвижными. Кровеносные сосуды барабанной перепонки расширяются, преимущественно по ходу рукоятки молоточка. Затем барабанная перепонка становится интенсивно гиперемированной; Кожистый слой ее мацерируется и слущивается, массы эпидермиса скапливаются в наружном слуховом проходе и часто маскируют отоскопическую картину. Количество экссудата продолжает увеличиваться, давление в барабанной полости повышается, что приводит к нарушению кровообращения, трофическим и деструктивным изменениям в барабанной перепонке, в результате чего часто происходит ее прободение и возникает гноетечение из уха. При благоприятном течении заболевания гноетечение уменьшается, вследствие репаративных процессов перфорация барабанной перепонки зарубцовывается, но иногда не закрывается и зияет. Если же инфильтрация и экссудат в барабанной полости не рассасываются, то в ней образуются спайки, которые, как правило, приводят к нарушению слуха. Все эти индивидуальные особенности течения заболевания во многом зависят от реактивности организма. В течении острого гнойного среднего отита обычно различают три стадии. Болезнь начинается внезапно, температура тела повышается до 39 °С. Больной ощущает общее недомогание, слабость. При первой (неперфоративной) стадии появляется боль в ухе и отмечается резкое снижение слуха звукопроводящего характера. При развитии воспалительного процесса слизистая оболочка в барабанной полости становится отечной и инфильтрированной. Она блокирует отверстие слуховой трубы, и в замкнутой барабанной полости воздушное давление становится ниже атмосферного за счет всасывания кислорода капиллярами. Организм компенсирует этот вакуум расширением сосудов в барабанной полости и пропотеванием жидкости (транссудат) через их стенки. Это вызывает давление на тимпанальную ветвь языкоглоточного и третью ветвь тройничного нервов, вследствие чего боль усиливается и нередко иррадирует в зубы, висок и соответствующую половину головы. В период развития заболевания такое состояние может сохраняться в течение 1-х суток. При отоскопии можно увидеть расширенные сосуды по рукоятке молоточка и по радиусам. В дальнейшем к транссудату примешиваются форменные элементы. Образуется экссудат, который заполняет всю барабанную полость и выпячивает, преимущественно в задних квадрантах, резко гиперемированную барабанную перепонку. Она становится ярко-красной, световой рефлекс исчезает, рукоятка молоточка, складки, а затем и латеральный отросток молоточка почти не определяются. Боль усиливается и иногда становится нестерпимой. Слух резко понижается, тугоухость носит кондуктивный характер. Кроме того, больные часто отмечают шум в ухе, что обусловлено самовыслушиванием тока крови в воспаленных тканях среднего уха. Все указанные местные проявления сочетаются с общими, и на основании совокупности симптомов можно судить о тяжести заболевания и характере реакции организма. Повышение температуры тела до 38-39 °С наблюдается, как правило, до перфорации барабанной перепонки. Пульс обычно соответствует температуре. Количество лейкоцитов доходит до $12 \cdot 10^9$ - $15 \cdot 10^9$ /л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево; СОЭ значительно

увеличена. Вторая стадия острого гнойного среднего отита (перфоративная) наступает через 2-4 дня от начала заболевания. Она характеризуется прободением барабанной перепонки, чаще всего в передненижнем квадранте, выделением гнойно-слизистого содержимого из наружного слухового прохода. Выраженность местных симптомов, особенно боли в ухе, уменьшается в связи со снижением давления в барабанной полости, общее состояние улучшается, снижается температура тела. Локализацию перфорации барабанной перепонки можно определить по пульсирующему рефлексу: отделяемое через перфорационное отверстие поступает из барабанной полости толчками, синхронно пульсу. При нормальном течении болезни она переходит в III (репаративную) стадию, характеризующуюся прекращением гноетечения и спонтанным закрытием перфорационного отверстия. Все субъективные симптомы стихают, гиперемия барабанной перепонки уменьшается, слух восстанавливается. Обычно процесс заканчивается через 2-3 нед. Однако могут наблюдаться и другие исходы острого гнойного среднего отита: образование спаек между краями перфорационного отверстия и медиальной стенкой барабанной полости (при формировании адгезивного отита), образование стойкой перфорации в барабанной перепонке с периодическим гноетечением из уха (при формировании хронического гнойного среднего отита), возникновение различных осложнений. Под воздействием неблагоприятных факторов воспалительный процесс в среднем ухе может активизироваться и принять рецидивирующий характер, даже при слабо выраженной местной и общеклинической симптоматике. Рецидивирующий отит чаще возникает у детей; течение его более легкое, чем при типичной форме, однако через 2-4 нед воспалительные явления в ухе возникают вновь. Это связано с тем, что в какой-то из полостей среднего уха (чаще во входе в пещеру) остается очаг инфекции. При несвоевременной диагностике и недостаточно активном лечении атипично протекающий острый средний отит нередко переходит в адгезивный процесс и тимпаносклероз, что сопровождается возникновением выраженной тугоухости и нередко развитием латентного мастоидита, а также (реже) внутричерепных осложнений. Острое гнойное воспаление среднего уха при инфекционных заболеваниях, особенно скарлатине и кори, протекает гораздо тяжелее. При них преобладают некротические процессы в костной ткани, приводящие к значительному разрушению слуховых косточек. Изменения слуховой функции могут быть смешанного характера, что обусловлено токсическим воздействием на внутреннее ухо; могут выявляться также симптомы вестибулярной дисфункции. Лечение больных острым средним отитом проводят в поликлинике. Осуществляют общее и местное лечение. Общее предусматривает проведение противовоспалительной, гипосенсибилизирующей и симптоматической терапии. Противовоспалительное лечение чаще состоит в применении антибиотиков. При этом противопоказаны антибиотики аминогликозидной группы и стрептомицины, оказывающие ототоксическое действие. Гипосенсибилизирующая терапия должна быть комплексной и неспецифической, назначают препараты, содержащие кальций, антигистаминные препараты. Местное лечение проводят в зависимости от стадии заболевания. Оно направлено на обеспечение аэрации и оттока экссудата из полостей среднего уха. В тех случаях, когда в течение 3-4 дней не отмечается улучшения в состоянии больного, производят парацентез. Его чаще применяют у детей, так как барабанная перепонка у них толще и обладает большим сопротивлением, чем у взрослых. Эта операция крайне болезненная. Ее выполняют под местным обезболиванием, которое производят путем меатотимпанального введения 1-2% раствора новокаина в количестве 1-2 мл. Слуховой проход перед этим протирают спиртом. Разрез парацентезной иглой проводят в задненижнем квадранте, где барабанная перепонка наиболее отдалена от медиальной стенки. При правильно проведенном парацентезе в наружном слуховом проходе сразу появляется гнойно-кровянистое отделяемое. В наружный слуховой проход вводят стерильную турунду, смоченную растворами антибиотиков или антисептиков. В дальнейшем 1-2 раза в день проводят гигиеническую обработку. У детей старшего возраста и взрослых профилактика острого среднего отита должна сводиться к своевременной санации носа и глотки. Учитывая, что острые средние отиты чаще всего развиваются на фоне простудных заболеваний, особое место в профилактике должно занять закаливание, которое проводят постепенно и систематически. Одной из мер предупреждения среднего отита при

развитии катара верхних дыхательных путей, в частности ринита, является осторожное сморкание. В профилактике острого среднего отита у взрослых и детей большое значение имеет нормальное носовое дыхание. По возможности должны быть устранены причины, затрудняющие его: гипертрофия носовых раковин, полипы, искривление перегородки носа, аденоиды.

Острый антрит и мастоидиты: типичные (антрит, мастоидит) и атипичные (зигоматицит, верхушечношейный мастоидит, сквамит, петрозит). Антрит явный, латентный, его распознавание и лечение. Диагностика, лечение. Показания к антропункции. Медикаментозное лечение, неотложная помощь при отоантрите, анротомии.

Мастоидит - острое гнойное воспаление клеточной системы сосцевидного отростка. В патогенезе мастоидита, кроме влияния неблагоприятных предрасполагающих факторов и ослабления общей реактивности организма, важную роль играют также возраст больного, структура сосцевидного отростка и применявшиеся ранее методы лечения острого гнойного среднего отита. У детей 3—7 лет острый мастоидит протекает бурно и развивается довольно часто, так как в этом возрасте имеется склонность к развитию заболеваний верхних дыхательных путей. В пожилом возрасте мастоидит формируется медленно, симптомы его выражены неотчетливо. Заболевание значительно чаще возникает при пневматической структуре сосцевидного отростка и гораздо реже - при диплоэтической. К развитию мастоидита нередко приводит и несвоевременное дренирование барабанной полости при остром среднем отите. Патоморфологически типичный мастоидит вначале характеризуется воспалением мукопериоста клеток сосцевидного отростка: отмечаются мукоидное набухание слизистой оболочки, мелкоклеточная инфильтрация и нарушение кровообращения с последующим заполнением клеток гнойным экссудатом. Затем в процесс вовлекается костная ткань перемычек между клетками, происходит их гнойное расплавление и слияние между собой с образованием костной полости, заполненной сливкообразным гноем. В тех случаях, когда расплавление кости идет по направлению к наружным отделам сосцевидного отростка или к скуловым клеткам, происходит прорыв гноя под периост, в результате чего формируется субпериостальный абсцесс. Если расплавление направлено к средней или задней черепной ямке, то процесс может привести к внутричерепным осложнениям. Следует отметить, что при остром мастоидите остеолиз идет одновременно с репаративным процессом. В настоящее время различают следующие формы мастоидита: 1) первичные - самостоятельное заболевание без предшествовавшего острого воспаления среднего уха (редко встречающиеся мастоидиты); 2) вторичные: а) типичные, развивающиеся на фоне острого гнойного воспаления среднего уха, в том числе верхушечно-шейный (бецольдовский); б) атипичные, при остром воспалении среднего уха, протекающем без перфорации барабанной перепонки, рецидивирующий мастоидит. К особым формам мастоидита можно отнести зигоматицит, сквамит, петрозит. Клиническая картина мастоидитов включает общие и местные симптомы. При типичных формах острого мастоидита основным субъективным симптомом является боль в ухе. Она появляется на исходе острого среднего отита - на 3-й неделе или позже, что свидетельствует о развитии мастоидита. Затем интенсивность боли в ухе с каждым днем нарастает. Она возникает при надавливании на площадку сосцевидного отростка или верхушку сосцевидного отростка. Больные ощущают снижение слуха по типу поражения звукопроводящего аппарата, но нередко затрагивается и рецепторный аппарат звуковоспринимающей системы. Объективными и ведущими симптомами являются обильное гноетечение из уха и нависание задневерхней стенки костного отдела наружного слухового прохода (передней стенки сосцевидной пещеры). Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, вследствие чего не всегда можно обнаружить ее перфорацию. При осмотре уха после промывания можно заметить, как слуховой проход буквально «на глазах» вновь заполняется жидким гноем. Этот симптом «резервуара» свидетельствует о наличии острого гнойного мастоидита. Наиболее часто местом прорыва гноя оказывается площадка сосцевидного отростка. При этом в кости образуется фистула, через которую жидкий гной прорывается под надкостницу сосцевидного отростка, отслаивая ее вместе с кожей, в результате чего формируется субпериостальный абсцесс. Ушная

раковина резко смещается кпереди и книзу, линия ее прикрепления сглаживается, кожа заушной области становится лоснящейся и гиперемированной, при пальпации определяется флюктуация. Сроки образования субпериостального абсцесса различны. Иногда гной прорывается в области скулового отростка, в результате чего развивается зигоматит. При прорыве гноя через внутреннюю стенку верхушки сосцевидного отростка возникает мастоидит Бецольда, характеризующийся наличием глубокого гнойника под шейными мышцами. Если гной прорывается в области чешуи височной кости, то развивается сквамит, а через клетки каменистой части (пирамиды) височной кости - возникает петрозит. Для последнего характерна триада Градениго: острый средний отит, тригеминит, парез или паралич отводящего нерва. При атипичных формах вторичного мастоидита клинические симптомы, выявляемые при типичных (классических) формах, отсутствуют. Для них характерна микросимптоматика: слабо выраженные местные и общие симптомы, не вызывающие значительного ухудшения состояния больного, изменений в крови почти не происходит. Больные отмечают снижение слуха различной степени выраженности, ощущения заложенности в больном ухе. Иногда может выявляться единственный симптом - боль в области сосцевидного отростка или головная боль на стороне болевшего в прошлом уха. Отоскопическая картина разнообразна: изменение цвета барабанной перепонки, сглаженность ее опознавательных знаков, значительная выраженность и распространенность инфильтрации. Иногда можно увидеть утолщение задневерхних отделов барабанной перепонки и сглаженность угла между нею и задневерхней стенкой слухового прохода (в отличие от нависания, наблюдаемого при типичных мастоидитах). При этом целостность барабанной перепонки не нарушена, несмотря на длительный срок с момента заболевания. Следует обратить внимание на то, что каждая форма атипично протекающего острого мастоидита имеет свои отличительные черты. Рецидивирующий мастоидит развивается после рецидивов острого среднего отита, поэтому каждый больной, страдающий этим заболеванием, может входить в группу риска по заболеванию острым мастоидитом. Диагностика типичной (классической) формы мастоидита, протекающего с четко выраженной симптоматикой, обычно не вызывает затруднений. Решающим фактором при установлении диагноза является клиническая картина, все дополнительные данные - рентгенологические, о состоянии крови и мочи - имеют значение, но являются лишь вспомогательными. Классическим методом хирургического лечения мастоидита является антротомия по Шварце, обоснованная анатомически и клинически более 100 лет назад. Операцию считают urgentной. У новорожденных и грудных детей сосцевидный отросток не развит и гнойный процесс из среднего уха проникает только в сосцевидную пещеру. В этом случае воспалительный процесс в пещере и в окружающих тканях обозначается как антрит. Сочетание отита с антритом у грудных детей встречается довольно часто, особенно у детей недоношенных, страдающих рахитом, диспепсией и другими заболеваниями, понижающими сопротивляемость организма. Важная особенность антрита у детей состоит в том, что образование субпериостального абсцесса происходит довольно быстро, иногда даже без разрушения костного вещества; при этом гной проникает через незаросшие щели (чешуйчато-сосцевидную или барабанно-сосцевидную). Из-за слабовыраженной местной симптоматики диагностика антрита нередко сложна. На рентгенограммах височных костей определяется понижение прозрачности сосцевидной пещеры, однако следует отметить, что рентгенологический метод исследования при распознавании антрита не имеет такого значения, как в диагностике мастоидита у взрослых, особенно если поражены одновременно обе пещеры. Подспорьем в диагностике может быть пробный парацентез, тимпано- или антропункция. *Антропункцию* производят в положении ребенка лежа на спине, голову поворачивают в сторону здорового уха. После обработки кожи позади ушной раковины 70 % этиловым спиртом и инфильтрационной анестезии 0,25 % раствором новокаина пункцию выполняют специальной толстой иглой, снабженной регулятором глубины вкола. Ориентиром является переходная складка за ушной раковиной, место вкола располагается кзади и выше на 2—3 мм от верхней стенки наружного слухового прохода. Чем меньше ребенок, тем выше располагается сосцевидная пещера. Иглу вводят по направлению кпереди и кверху на глубину 0,5—1 см. При попадании в пещеру

появляется ощущение проваливания в полость. Шприцем через иглу отсасывают содержимое пещеры (гной, слизь), после чего в нее вводят антибиотик, растворенный в изотоническом растворе хлорида натрия. Иногда через иглу в пещеру вводят тefлоновую трубку, что дает возможность регулярно промывать пещеру и вводить в нее лекарственные препараты. Осложнением антропункции может быть попадание иглой в синус или в мозг. В первом случае в шприце появляется кровь, во втором — мозговое вещество. В том и другом случае необходимо срочно выполнить антротомию с ревизией участка травмы. *Антротомия* показана при отсутствии эффекта от консервативной терапии антрита, в особенности при появлении признаков остеомиелита периантральной области на фоне токсикоза. Операцию выполняют под местной анестезией 0,5 % раствором новокаина с адреналином. Очень осторожно, послойно позади ушной раковины делают дугообразный разрез мягких тканей длиной 15 мм. В связи с тем что у грудных детей очень мягкий и тонкий корковый слой, отсепаровку мягких тканей следует осуществлять распатором крайне осторожно. Сосцевидная пещера проецируется выше и кзади от задневерхнего угла наружного слухового прохода, для вскрытия ее используют стамески Воячека или острую ложку. Следует учесть, что пещера расположена поверхностно и размеры ее больше, чем у взрослых. После вскрытия пещеры из нее удаляют гной, грануляции, и это также делают осторожно, чтобы не повредить твердую мозговую оболочку и лицевой нерв. Послеоперационную полость промывают раствором антисептика, рыхло тампонируют турундами с левосином или раствором антибиотика. В послеоперационном периоде повязку меняют ежедневно для обеспечения оптимального дренажа. Ребенку назначают парентерально антибиотики, общеукрепляющую терапию, из физиотерапевтических методов — УФО. Излечение обычно наступает через 2—3 нед после операции

Хронический гнойный средний отит. Классификация. Патогенез и патологическая анатомия, механизм и возникновение холестеатомы. Клиника. Понятие о патоморфозе хронического гнойного среднего отита. Лечение хронического гнойного среднего отита. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (аттикоантротомия, общеполостная операция уха, тимпанопластика: принципы, варианты, условия выполнения). Особенности течения и лечения хронического среднего отита у детей. Парезы и параличи лицевого нерва при острых и хронических средних отитах, при синдроме Ханта, параличе Белла, принципы лечения. Тимпаногенные лабиринты: классификация, патогенез, клиника, диагностика. Лечение воспалительных заболеваний внутреннего уха.

Хронический гнойный средний отит. Заболевание характеризуется: 1. Стойким прободением барабанной перепонки, 2. Постоянным или периодически прекращающимся и возобновляющимся гноетечением, 3. Понижением слуха. Хронический гнойный средний отит в ряде случаев развивается на почве затянувшегося острого воспаления среднего уха. Причины, препятствующие излечению острого отита, обуславливают его хроническое течение. К можно отнести патологию верхних дыхательных путей (аденоидные разрастания, гипертрофический ринит, искривление носовой перегородки, хронический синусит), состояния, затрудняющие дренирование нагноения в барабанной полости (сосочковая перфорация, грануляции), пониженную сопротивляемость организма, иммунодефицит, хронические специфические и неспецифические инфекции, сахарный диабет, рахит, авитаминоз, заболевания крови. По клиническому течению и прогнозу хронический гнойный отит делят на: 1) мезотимпанит - отит с центральным прободением барабанной перепонки, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки барабанной полости, 2) эптитимпанит (эпимезотимпанит) - отит с краевым прободением и поражением как слизистой оболочки, так и костной ткани барабанной полости, часто осложняющийся холестеатомой и нередко обуславливающий тяжелые общие осложнения. Хронический гнойный мезотимпанит. При мезотимпанитах воспалительный процесс поражает слизистую оболочку преимущественно среднего и нижнего отделов барабанной полости. Воспаление слизистой оболочки надбарабанного пространства (аттика) мало выражено и имеет реактивный характер. Обычно в процесс вовлечена слизистая оболочка слуховой трубы, набухание которой нарушает ее проходимость (следовательно, вентиляционную и дренажную функции), что является следствием патологического состояния

полости носа или носоглотки и ведет к постоянному инфицированию полости среднего уха. Воспалительные изменения со стороны антрума выражаются в утолщении и незначительной отечности слизистой оболочки. Нормальная клеточная структура сосцевидного отростка может со временем превращаться в склеротическую или спонгиозно-склеротическую. Все же при мезотимпанитах нередко сохраняются частично периантральные клетки, а изредка и полная пневматизация сосцевидного отростка. Основным отоскопическим признаком мезотимпанита является перфорация в натянутой части барабанной перепонки. Перфорация может быть в любом отделе натянутой части перепонки и иметь различную форму и величину. Чаще оно бывает округлым, овальным или почковидным, но с сохранившимся ободком. При отсутствии обострения барабанная перепонка вокруг прободения слегка утолщена и гиперемирована, но может быть бледной. Иногда в остатках барабанной перепонки видны известковые отложения (петрификаты, кальцинаты). Слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости обычно утолщена, слегка отечна. Нередко процесс осложняется образованием грануляций и полипов как на слизистой оболочке медиальной стенки барабанной полости, так и по краям перфорации. Симптомы. Выделения из уха могут быть слизистыми, слизисто-гнойными и редко — чисто гнойными и кровянисто-гнойными (при наличии грануляции и полипов). Как правило, выделения не имеют запаха. Понижение слуха обычно бывает по типу нарушения звукопроводящей системы. Оно большей частью нерезкое, но может у одного и того же больного то усиливаться, то уменьшаться в зависимости от интенсивности воспалительного процесса (набухание и отечность слизистой оболочки, усиление гнойных выделений и т. д.). Вообще же степень понижения слуха зависит от сохранности цепи слуховых косточек и нарушения их подвижности (наличие соединительнотканых сращений между косточками, между ними и стенками барабанной полости, рубцовой ткани или грануляций в области окон и т. д.). Поражение внутреннего уха наблюдается редко, в основном при мезотимпанитах с очень длительным гноетечением или при обострениях. Оно может быть следствием интоксикации внутреннего уха. Лечение. Наряду с местной терапией, важное значение имеют общеукрепляющие мероприятия (полноценное питание, закаливание, утренняя гимнастика и т. д.), лечение общих заболеваний. Показана санация верхних дыхательных путей, при необходимости проводят хирургическое лечение их. Местное лечение сводится к тщательному и систематическому удалению гноя и применению дезинфицирующих и вяжущих средств для воздействия на слизистую оболочку. При наличии грануляций выполняется их удаление. Физиотерапия входит в комплекс лечебных мероприятий (УВЧ, СВЧ, тубусный кварц, лазерное облучение). Хронический гнойный эптитимпанит встречается почти так же часто, как и мезотимпанит. Патологические изменения выражены преимущественно в аттике, причем поражаются как слизистая оболочка, так и костные стенки и слуховые косточки. Задержке оттока гноя из аттика, ведущей к переходу острого гнойного среднего отита в хронический эптитимпанит, способствуют анатомические условия — узкие и извилистые карманы, образованные складками слизистой оболочки и основной массой слуховых косточек, а также длительное закрытие слуховой трубы. Характерные отоскопические признаки хронического гнойного эптитимпанита — стойкая перфорация барабанной перепонки, преимущественно в передневерхней части (так называемая краевая перфорация), тотальный или почти тотальный дефект барабанной перепонки при эпимезотимпаните. Кроме передневерхнего квадранта, прободение может быть и в задневерхнем квадранте перепонки. Иногда дефект передневерхней части барабанной перепонки сочетается с частичным или даже полным разрушением латеральной стенки аттика. Наличие краевого дефекта задневерхнего отдела барабанной перепонки (доходящего до костного края) большей частью свидетельствует о ретротимпанальном поражении (вовлечении в процесс антрума). Иногда соединительнотканые тяжи между сохранившейся частью барабанной перепонки и промоториальной (медиальной) стенкой барабанной полости частично, или совсем отгораживают патологически измененный аттик от остальных отделов барабанной полости. В ряде случаев имеется малозаметная, очень маленькая перфорация в передневерхней части барабанной перепонки, что не исключает наличия холестеатомы. Очень часто эптитимпаниты (и эпимезотимпаниты) осложняются

кариесом (последний определяется при зондировании аттика), грануляциями и полипами. Иногда они заполняют не только аттик и барабанную полость, но и наружный слуховой проход. Через прободение в барабанной перепонке в ряде случаев видны холестеатомные массы. Холестеатома, почти в 90% случаев, осложняющая хронический гнойный эптитимпанит, является псевдо-опухолевидным образованием беловатого цвета с характерным перламутровым глянцем. Она образована концентрически наслаивающимися тонкими пластами ороговевшего эпидермиса, содержит воду, белки, липоиды и холестерин. Это образование, которое можно легко растереть пальцами, имеет соединительнотканную оболочку—матрикс, покрытую многослойным эпителием и плотно прилегающую к кости, а нередко и врастающую в нее. Ушная холестеатома является продуктом воспалительного процесса и ничего общего не имеет с редкой опухолью—истинной холестеатомой (жемчужной опухолью). Холестеатома развивается следующим образом. Эпидермис наружного слухового прохода, который утолщен на верхней стенке, врастает в виде тяжа через краевой дефект в барабанной перепонке в аттик и антрум, в костную стенку, лишенную слизистой оболочки. Нарастание эпидермиса на воспаленную слизистую оболочку сопровождается внедрением его в глубь этих тканей в виде тяжей. С поверхности образующей оболочки (матрикса) все время слущиваются слои эпителия. Постоянное слущивание ороговевших клеток и накопление их в полостях среднего уха ведет к образованию компактной массы холестеатомы. Непрерывно растущая холестеатома может заполнить все полости среднего уха. Оказывая на окружающие костные стенки постоянное давление, врастая в них своей оболочкой, она постепенно разрушает костную ткань Клиника. Нередко процесс, особенно не осложненный холестеатомой, протекает без выраженных симптомов. При незначительном отделяемом, не вытекающем из наружного слухового прохода, и одностороннем понижении слуха больной иногда не знает о заболевании уха. Холестеатомный отит сопровождается иногда ощущением тяжести в ухе или соответствующей половине головы. Выделения могут быть незначительными, засыхающими в корки, но чаще имеются зловонные гнойные выделения. При глубоком кариозном процессе, осложненной грануляциями, характерно скудное отделяемое с примесью крови и упорным, несмотря на проводимое лечение, гнилостным запахом. При недостаточном уходе за больным ухом, когда гной задерживается в полости среднего уха или в слуховом проходе и подвергается разложению при участии гнилостных микробов, появляется зловонный запах; неприятный запах гнойного отделяемого может быть и при доброкачественной форме отита. Боль в ухе и особенно головная боль могут быть следствием задержки выделений (при полипе или обильных грануляциях, заполняющих весь аттик, а иногда и барабанную полость и даже частично наружный слуховой проход), набухания холестеатомы при попадании воды в ухо. Вообще же эти симптомы сигнализируют о неблагополучии, о возможном развитии внутричерепных осложнений. Головокружение свидетельствует о возможном свище наружного полукружного канала (ограниченный лабиринт) или о внутричерепном осложнении. При появлении головной боли и вестибулярных нарушений больного немедленно госпитализируют для всестороннего обследования и операции на ухе. Это же относится к развившемуся парезу лицевого нерва. Понижение слуха может быть незначительным при небольшом прободении и сохранности цепи слуховых косточек, но чаще всего бывает более резко выраженным, иногда граничащим с глухотой. В отличие от мезотимпанитов характер нарушения слуха чаще бывает смешанным, так как вследствие токсического воздействия на лабиринт страдает и звуковоспринимающий аппарат. Характерно медленное, но прогрессирующее понижение слуха. Важное диагностическое значение имеет рентгенологическое исследование височной кости по Шюллеру и Майеру (округлая полость с уплотненными стенками). Лечение гнойных эптитимпанитов более сложно, чем лечение мезотимпанитов. Наличие краевого прободения не всегда служит показанием к операции. Показания к операции: 1) внутричерепные осложнения (экстренные показания), 2) остеомиелит сосцевидного отростка, 3) парез лицевого нерва, 4) лабиринтит (время вмешательства определяется формой лабиринта и динамикой его течения), 5) холестеатома, 6) рецидивирующие полипы, 7) не поддающиеся длительному лечению кариозные процессы. При резко выраженной тугоухости за счет поражения как

звукопроводящего, так и звуковоспринимающего аппарата, где хирургическое вмешательство в отношении слуха бесперспективно, обычно производится так называемая радикальная операция уха. Сущность радикальной операции состоит в том, что барабанную полость, надбарабанное пространство, пещеру с оставшимися клетками сосцевидного отростка и наружный слуховой проход соединяют в одну общую полость. Поэтому эту операцию называют еще и общеполостной. При этой операции удаляется большая часть задней (задневерхней) стенки костного наружного слухового прохода, сохраняется лишь кость, окружающая канал лицевого нерва. В последнее время применяются операции, преследующие цель не только удалить все патологически измененные структуры и ткани из полостей среднего уха, но и улучшить слух— так называемые слухоулучшающие операции или тимпанопластика. В зависимости от объема разрушений тканей производится восстановление цепи слуховых косточек, барабанной полости и перепонки. Абсолютные противопоказания к тимпанопластике: внутричерепные или внутрилабиринтные нагноительные осложнения, поражения лицевого нерва.

Используют различные модификации операций — как saniрующих *слухсохраняющих*, так и *слухулучшающих*. В зависимости от состояния слуховой трубы, слизистой оболочки барабанной полости, ячеистой системы сосцевидного отростка, размера и локализации перфорации может выполняться *мирингопластика, общеполостная saniрующая слухсохраняющая операция* на среднем ухе с тимпанопластикой или без нее, *раздельная аттикоантротомия, тимпанопластика с ревизией барабанной полости, надбарабанного углубления, входа в пещеру.*

Лабиринтит, его клинические формы, современные принципы лечения. Лабиринтит - группа воспалительных заболеваний внутреннего уха, при которых наблюдается ограниченное или диффузное поражение периферических отделов слухового и вестибулярного анализаторов. В настоящее время наиболее обоснованной в теоретическом плане и удобной в практическом отношении является следующая классификация лабиринтитов.

1. По этиологическому фактору:
 - а) неспецифические,
 - б) специфические (туберкулезный, сифилитический).
2. По патогенезу:
 - а) тимпаногенные (отогенные),
 - б) менингогенные,
 - в) гематогенные.
3. По течению и выраженности клинических проявлений:
 - а) острые,
 - б) хронические (явные, латентные).
4. По протяженности воспалительного процесса:
 - а) ограниченные,
 - б) диффузные.
5. По патоморфологической характеристике:
 - а) серозные,
 - б) гнойные,
 - в) некротические.

В своей практической работе отоларингологи наиболее часто встречаются с тимпаногенными лабиринтитами. Этиологическим фактором лабиринтитов могут быть все виды полиморфной флоры, обнаруживаемой в среднем ухе при его остром и хроническом гнойном воспалении. В их патогенезе существенную роль играет реактивность организма. При остром отите или обострении хронического среднего отита кольцевая связка основания стремени и вторичная мембрана окна улитки под влиянием экссудата набухают, становятся проницаемыми для токсинов, вследствие чего внутри лабиринта происходят изменения по типу диффузного серозного лабиринтита. Несколько по-иному развивается процесс при хроническом гнойном среднем отите с кариесом или холестеатомой, которые могут способствовать формированию фистулы в костной капсуле лабиринта. Наиболее часто поражается ампула латерального полу-

кружного канала, однако не исключено формирование фистулы в области мыса (промонтория) и основания стремени. Фистулы могут быть единичными или множественными, обычно они закрыты защитным грануляционным валом, поэтому такие лабиринтиты называют ограниченными. При благоприятном течении заболевания грануляционный вал может превратиться в соединительную или костную ткань. При неблагоприятном течении ограниченного лабиринтита, когда воспаление переходит с костной капсулы лабиринта на перепончатый, может развиваться хронический диффузный гнойный лабиринтит. В случае хронического среднего отита с формированием фистулы лабиринта образующийся в ней грануляционный вал препятствует проникновению инфекции в перилимфатическую жидкость. При неблагоприятных условиях прорыв этого барьера способствует поступлению инфекции из среднего уха в полость костного лабиринта, в результате чего развивается хронический диффузный гнойный лабиринтит. При этом заболевании происходит деструкция перепончатого лабиринта, сопровождающаяся гибелью его нервных образований, но медленнее, чем при остром процессе. Клиническая картина лабиринтитов складывается из симптомов нарушения слуховой и вестибулярной функций. При серозных лабиринтитах наблюдаются понижение слуха по смешанному типу, преимущественно с поражением звуковоспринимающего аппарата, и симптомы раздражения вестибулярного анализатора или угнетения вестибулярной функции. Лечение гнойного процесса в среднем ухе оказывает положительное влияние на течение заболевания, слуховая и вестибулярная функции улучшаются. Клиническая картина острого диффузного гнойного лабиринтита совершенно иная. Эта форма лабиринтитов наиболее тяжелая и опасная в смысле возникновения внутричерепных осложнений-менингита или абсцесса мозжечка. Начало болезни бурное, с выраженными симптомами острой вестибулярной дисфункции в виде головокружения, нарушения равновесия, сопровождающихся вегетативными расстройствами и спонтанным нистагмом. В течение небольшого периода времени полностью разрушаются рецепторные окончания слухового и вестибулярного анализаторов. Наиболее распространенной формой воспаления внутреннего уха является ограниченный лабиринтит. Его основным признаком считают положительный фистульный симптом. При неблагоприятном течении этого заболевания может развиваться хронический диффузный гнойный лабиринтит, который так же, как и острый, иногда приводит к внутричерепным осложнениям. После гнойных лабиринтитов обычно остается стойкая полная глухота с выпадением функции вестибулярного аппарата в отличие от серозных лабиринтитов, при которых слуховая и вестибулярная функции сохраняются. Обнаружение прессиорного нистагма у больных хроническим гнойным средним отитом, а также после радикальной операции, если полость не эпидер-мизирована, свидетельствует о фистуле лабиринта. В случаях отсутствия прессиорного нистагма диагностировать фистулу помогает отомикроскопия, при которой чаще всего около шпоры, в области проекции латерального полукружного канала, можно увидеть образование, напоминающее подушку, покрытое эпидермисом, мягкое при зондировании, иногда флюктуирующее. В момент зондирования этой области больной отмечает головокружение. При лабиринтитах проводят комплексное консервативное и хирургическое лечение. Медикаментозное лечение направлено на уменьшение внутрилабиринтного давления, предупреждение перехода серозного воспаления в гнойное и развития отогенных внутричерепных осложнений. В связи с этим обязательно должны быть назначены дегидратационные, антибактериальные и дезинтоксикационные средства. Хирургическое лечение заключается в элиминации очага в среднем ухе - выполнении так называемых разгрузочных операций типа антромастоидотомии или радикальной операции. Нет необходимости в оперативном вмешательстве на лабиринте в настоящее время почти никогда не возникает. При ограниченных лабиринтитах с фистулой лабиринта у больных хроническими гнойными отитами, а также у больных с гнойно-кариозным процессом в трепанационной полости, развившимся после перенесенной радикальной операции, в первом случае производят сначала радикальную операцию, а затем операцию на фистуле лабиринта, во втором- сразу операцию на фистуле. Что касается срока операции, то ее следует производить после предварительной медикаментозной терапии и уменьшения выраженности симптомов острой

вестибулярной дисфункции (обычно через 6-8 дней от начала лечения). При диффузном серозном лабиринтите часто ограничиваются проведением медикаментозной терапии. В случае развития диффузного гнойного лабиринтита у больных острым средним отитом целесообразно произвести антромастоидотомию, у больных хроническим средним отитом-радикальную (общеполостную) операцию. Профилактика лабиринтитов заключается в своевременной диагностике и рациональном лечении гнойных заболеваний среднего уха, чему во многом способствует правильно организованная диспансеризация больных хроническими гнойными средними отитами. При развившемся ограниченном лабиринтите ранняя диагностика и своевременное выполнение оперативного вмешательства на фистуле лабиринта способствуют сохранению слуха и функции вестибулярного анализатора. При этом не следует ожидать стихания острых проявлений раньше чем через 3-4 нед и уже через 5-6 дней от начала лечения производить оперативное вмешательство. При подозрении на диффузный серозный лабиринтит больного должны немедленно госпитализировать в ЛОР-стационар. В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения для предупреждения развития гнойного лабиринтита и сохранения слуховой и вестибулярной функций следует производить «разгрузочные» операции на среднем ухе- простую трепанацию сосцевидного отростка или радикальную операцию. При гнойных лабиринтитах оперативное вмешательство направлено на предупреждение развития внутричерепных осложнений - менингита или абсцесса мозжечка.

Отогенные внутричерепные осложнения. Патогенез и патологическая анатомия. Клинические формы: гнойный менингит, менингоэнцефалит, арахноидит, экстрадуральный и субдуральный абсцесс, синустромбоз, абсцесс мозга, мозжечка); их диагностика, принципы лечения, профилактика. Отогенный сепсис, его клинические формы, современные принципы лечения. Особенности клинического течения отогенных внутричерепных осложнений и отогенного сепсиса у детей. Обследование больного в бессознательном состоянии.

Отогенные внутричерепные осложнения относятся к тяжелым, опасным для жизни заболеваниям, летальность при которых все еще остается высокой, несмотря на совершенствование методов их диагностики и лечения. Они могут возникнуть как при острых гнойных, так и, значительно чаще, при хронических гнойных средних отитах в результате проникновения инфекции из уха в полость черепа. Среди основных видов отогенных внутричерепных осложнений на первом месте стоит менингит, на втором - абсцессы мозга и мозжечка, на третьем-синустромбоз и отогенный сепсис. В раннем и младшем детском возрасте самое частое внутричерепное осложнение - менингоэнцефалит. Нередко наблюдаются сочетания внутричерепных осложнений: синус-тромбоз и абсцесс мозжечка, менингит и абсцесс мозга. Этиологическим фактором при отогенных внутричерепных осложнениях является разнообразная бактериальная флора. При остром отите преобладает кокковая флора-стафилококки, стрептококки, реже пневмококки. При хроническом гнойном среднем отите, кроме того, выделяют протей, синегнойную и кишечную палочки и другие микробы. Пути проникновения инфекции из среднего (чаще) и внутреннего (реже) уха в полость черепа различны.

1. Контактный путь (*percontinetatem*) или по продолжению. Наиболее часто гнойная инфекция проникает в полость черепа вследствие разрушения кости кариозным процессом. Такой путь характерен для хронического гнойного среднего отита. При этом инфекция проникает в вещество мозга сравнительно неглубоко-обычно на 2-4 см.

2. По преформированным (предсуществующим) путям, т. е. местам, по которым проходят сосуды, соединяющие между собой венозную и лимфатическую системы уха и полость черепа. Наибольшее значение в распространении инфекции имеют сообщения через верхнюю стенку барабанной полости и пещеры.

3. Из лабиринта (лабиринтогенный путь) вдоль преддверно-улиткового нерва по внутреннему слуховому проходу, через перилимфатический и эндолимфатический протоки в заднюю черепную ямку. Этот путь имеет свои особенности, так как клинической картине соответствующего внутричерепного осложнения предшествуют характерные признаки

гнойного лабиринтита: головокружение, тошнота, рвота, нарушение равновесия, спонтанный нистагм, глухота.

4. Гематогенный (метастатический) путь. Ряд специалистов высказывают мнение, что этот путь утрачивает свое значение вследствие эффективности антибактериальной терапии. Однако гематогенный путь играет основную роль в возникновении внутричерепных осложнений у больных острым гнойным средним отитом. Инфекция при этом распространяется в глубинные отделы мозга.

5. Лимфогенный путь.

6. Через дегисценции - незаращенные щели в стенках барабанной полости. Это самый редкий путь распространения инфекции; если наблюдается, то чаще у детей младшего возраста.

Этапы распространения инфекции. Первый этап перехода инфекции в полость черепа - образование экстрадурального или эпидурального абсцесса, т. е. скопление гноя между внутренней поверхностью височной кости и твердой мозговой оболочкой. Такой гнойник, локализующийся в области венозной пазухи-между ее наружной стенкой и костью, носит название «перисинуозный абсцесс». В случае перехода воспалительного процесса на стенку венозной пазухи развивается синус-флебит и синустромбоз. Второй этап - проникновение инфекции между твердой мозговой и паутинной оболочками. В этом случае образуется субдуральный абсцесс. Может развиваться и интрадуральный абсцесс-нагноение эндолимфатического мешка, который находится между листками твердой мозговой оболочки на задней поверхности пирамиды височной кости. Третий этап-проникновение инфекции в субарахноидальное пространство, что приводит к развитию разлитого гнойного менингита. Наконец, четвертый, заключительный этап - вовлечение в гнойный процесс самого вещества мозга, в результате чего образуется абсцесс мозга и мозжечка. **Отогенный разлитой гнойный менингит.** Другое название этого заболевания - «лептоменингит», т. е. воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек. В клинике разлитого гнойного менингита самым частым и ранним симптомом является интенсивная головная боль. Причина ее - повышение внутричерепного давления, растяжение твердой мозговой оболочки и раздражение окончаний тройничного нерва. Головная боль усиливается при воздействии любого внешнего раздражителя- тактильного, звукового, светового, поэтому больным необходимо обеспечить максимальный покой, исключив влияние таких раздражителей. Больных беспокоят тошнота, рвота, не связанные с приемом пищи, т. е. центрального генеза. Причиной рвоты является раздражение ядер блуждающего нерва. Общее состояние больных очень тяжелое. В более поздних стадиях наступает помутнение сознания, переходящее в бред. Больные чаще лежат на боку, согнув ноги и запрокинув голову (поза «ружейного курка» или «легавой собаки»). Температура тела чаще всего имеет тип *continua* и достигает 39-40°C и выше. Пульс учащенный. При установлении диагноза основываются на менингеальных (оболочечных) симптомах, или менингеальных знаках. Главные из них: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Описаны и другие менингеальные симптомы, но они имеют меньшее значение. Менингеальные симптомы обусловлены раздражением задних корешков спинного мозга вследствие повышенного внутричерепного давления. Нередко при лептоменингите определяются пирамидные знаки (симптомы Бабинского, Россоломо, Жуковского, Гордона, Оппенгейма). Они обусловлены поражением пирамидной системы, связывающей двигательные центры коры большого мозга с двигательными клетками передних рогов спинного мозга. Наличие пирамидных знаков свидетельствует о развитии менингоэнцефалита. При тяжелом течении заболевания может наблюдаться паралич отводящего нерва. Глазное дно изменено у $\frac{1}{3}$ больных. В периферической крови определяется нейтрофильный лейкоцитоз, превышающий $20,0 \cdot 10^9/\text{л}$ - $25,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ увеличена. Большое значение в диагностике имеет исследование цереброспинальной жидкости. Для гнойного менингита характерно повышенное давление цереброспинальной жидкости, которая может вытекать даже струей (в норме она вытекает из иглы со скоростью 60 капель в минуту, давление по манометру равно 150-200 мм вод. ст.). Цереброспинальная жидкость становится мутной, иногда гнойной. Увеличивается количество

клеточных элементов (в норме 3-6 клеток в 1 мкл), если их больше 200-300, то это свидетельствует о гнойном менингите. При менингите может отмечаться высокий плеоцитоз, достигающий иногда тысяч и даже десятков тысяч клеточных элементов в 1 мкл. Повышается содержание белка (норма 150-450 мг/л), уменьшается количество сахара и хлоридов (норма сахара 2,5-4,2 ммоль/л, хлоридов 118-132 ммоль/л). Положительными становятся глобулиновые реакции Нонне-Апельта и Панди. Микробиологическое исследование (посев) цереброспинальной жидкости позволяет обнаружить возбудителя, облегчает выбор соответствующего антибиотика. Отогенный менингит необходимо дифференцировать от туберкулезного, эпидемического цереброспинального менингита и серозного вирусного менингита. Туберкулезный менингит чаще встречается у детей, характеризуется более вялым и медленным течением, сочетается с туберкулезным поражением других органов. Туберкулезный менингит- серозный. В связи с этим цереброспинальная жидкость прозрачная, количество клеток 100-500, иногда 1000-2000 в 1 мкл, преобладают лимфоциты-до 80%. Содержание сахара снижено. В 75 % наблюдений при отстаивании цереброспинальной жидкости в течение 24-48 ч выпадает нежная фибриновая пленка в виде сетки, в петлях которой обнаруживают микобактерии туберкулеза. Тем не менее установить диагноз у лиц, страдающих одновременно туберкулезом и гнойным средним отитом, несомненно, очень сложно. Эпидемический цереброспинальный менингит обычно гнойный, характеризуется бурным началом, наличие его подтверждается обнаружением в цереброспинальной жидкости менингококков. Менингококковому менингиту часто предшествует катар верхних дыхательных путей, наблюдаются herpeslabialis, петехиальная сыпь на коже. При установлении диагноза следует учитывать эпидемическую обстановку. Что же касается серозного менингита при гриппе и других инфекционных заболеваниях, то в этих случаях следует учитывать эпидемическую обстановку, клинику острого респираторного вирусного заболевания и, конечно, характер цереброспинальной жидкости, в которой плеоцитоз (обычно лимфоцитарный) не превышает 200-300 клеток в 1 мкл, содержание сахара нормальное. Неврологическая симптоматика обычно регрессирует в относительно короткий срок. Отогенный менингит может развиваться молниеносно, что наблюдается при остром гнойном среднем отите и чаще у детей. **Отогенные абсцессы мозга и мозжечка.** Отогенные абсцессы мозга встречаются чаще абсцессов мозга любой другой этиологии. Они наиболее часто локализуются в височной доле, вблизи от крыши барабанной полости и крыши сосцевидной пещеры. Основной путь распространения инфекции - контактный. Промежуточным звеном в развитии абсцессов мозжечка обычно бывают лабиринтит или синустромбоз. В отдаленных от первичного очага участках мозга абсцессы образуются как метастазы - путем переноса инфекции через кровь. Клиническая картина в значительной мере определяется локализацией абсцесса, его величиной, реакцией окружающих тканей и стадией процесса. В течении заболевания различают четыре стадии: начальную, латентную, явную и терминальную. Начальная стадия обычно длится 1-2 нед и характеризуется следующими симптомами: головной болью, вялостью, повышением температуры тела, тошнотой и рвотой. Это так называемая энцефалитическая стадия абсцесса мозга. Продолжительность латентной стадии от 2 до 6 нед. В этой стадии симптомы заболевания либо вообще исчезают, либо очень слабо выражены. Явная стадия (ее продолжительность в среднем 2 нед) характеризуется многообразием симптомов, которые удобно разделить на четыре группы. Первая группа-симптомы, свойственные нагноительным процессам вообще: слабость, отсутствие аппетита, задержка стула, обложенный язык, неприятный запах изо рта, истощение, изменения в крови, характерные для воспаления. Вторая группа- общие мозговые симптомы, развивающиеся вследствие повышения внутричерепного давления: головная боль, обычно усиливающаяся при постукивании по черепу в месте, соответствующем локализации абсцесса, брадикардия - до 45 ударов 1 мин и меньше (пульс нужно обязательно сопоставить с температурой тела), изменение глазного дна в виде застойного диска (встречается примерно у 50 % больных), ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Брадикардия объясняется влиянием повышенного внутричерепного давления на продолговатый мозг, распространением на него воспалительного процесса или токсическим воздействием абсцесса на ядра

блуждающего нерва. Третья группа-симптомы нарушения деятельности проводниковых систем и подкорковых ядер, что связано с отдаленным действием на них абсцесса. К ним относятся гемипарезы и гемипараличи на противоположной абсцессу стороне при локализации его в полушарии мозга, парез лицевого нерва по центральному типу, парез глазодвигательного нерва, судорожные припадки, пирамидные симптомы Бабинского, Оппенгейма и др. Четвертая группа-гнездные симптомы, имеющие наибольшее значение при установлении локализации абсцесса. Для абсцесса, локализующегося в левой височной доле у праворуких, характерны амнестическая и сенсорная афазия. Амнестическая афазия объясняется поражением заднего отдела височной доли и граничащего с ним заднего отдела теменной доли, т. е. места фиксации сочетаний зрительных и слуховых импульсов. Это приводит к тому, что больной теряет способность называть предметы. Вместо того чтобы назвать предмет, больной описывает его назначение. Сенсорная афазия развивается вследствие поражения центра Вернике (задний отдел верхней височной извилины) и выражается в том, что больной не понимает то, что ему говорят, хотя слух у него не нарушен. Речь больного становится непонятной и превращается в бессмысленный набор слов. При поражении центра Вернике часто страдает связанная с ним функция чтения и письма: возникает алексия и аграфия (больной «разучивается» читать и писать). У левшей сенсорно-амнестическая афазия развивается при абсцессах правой височной доли мозга. Считают, что поражение правой височной доли у правшей протекает бессимптомно. Однако некоторые гнездные симптомы можно выявить и при этой локализации абсцесса. В частности, определяется височная атаксия, так как поражается путь, связывающий височную долю с противоположным полушарием мозжечка. Она проявляется в том, что больной падает влево. Может возникать головокружение, обусловленное нарушением коркового вестибулярного представительства. По мнению А. М. Тальшинского (1987), среди симптомов абсцесса правого полушария мозга особое место занимают психические расстройства - эмоциональные и личностные. Они проявляются в виде эйфории или депрессии, отсутствия критического отношения к своей болезни, негативизма, психомоторного возбуждения. Важным очаговым симптомом при абсцессе височной доли мозга является нарушение поля зрения -гемиянопсия, чаще гомонимная с выпадением обеих одноименных половин зрения каждого глаза. При абсцессе мозжечка снижается тонус мышц на стороне поражения, что выражается рядом симптомов. Основным из них является атаксия - расстройство координации движений, которую обнаруживают при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб: рука или нога на стороне поражения движется неровно и больной заносит ее дальше, чем требуется. Показательна пальце-пальцевая проба: больному предлагают сначала с открытыми, а затем с закрытыми глазами попасть своими указательными пальцами в кончики указательных пальцев исследующего. При этом отмечается промахивание на стороне поражения. Проводят исследование равновесия в позе Ромберга: больной падает в сторону пораженного полушария мозжечка. То же происходит при ходьбе вперед и назад. Характерно, что больной не может выполнить тест с фланговой походкой в сторону поражения и падает. При абсцессе мозжечка наблюдается характерный для него симптом - адиадохокinez (резкое отставание руки на стороне поражения при выполнении пронаций и супинации). Очень показателен нистагм: крупноразмашистый, часто множественный - направлен в обе стороны и вверх, с развитием абсцесса усиливается. В крови отмечается умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. СОЭ почти всегда увеличена-от 20 мм/ч и выше. Цереброспинальная жидкость при неосложненных абсцессах вытекает под большим давлением, чаще светлая, изменения в ней обычно сводятся к умеренному повышению количества белка и иногда к незначительному плеоцитозу (до 100-200 клеток в 1 мкл). При прорыве абсцесса в субарахноидальное пространство она приобретает гнойный характер. При выполнении люмбальной пункции у больных с абсцессом мозжечка необходимо вывести небольшое количество цереброспинальной жидкости, так как резкое снижение давления ее может привести к смещению продолговатого мозга и остановке дыхания. Существенную помощь при установлении диагноза оказывают компьютерная томография. В терминальной стадии появляются дислокационные симптомы - ограничение взора вверх, анизокория, потеря

сознания, нарушения ритма дыхания. Эта стадия абсцесса мозга и мозжечка обычно длится несколько дней и заканчивается смертью при явлениях нарастающего отека мозга, паралича жизненно важных центров или прорыва абсцесса в желудочки мозга. В редких случаях прорыв абсцесса в желудочки мозга и гнойный венстри-кулит имеют благоприятный исход. Абсцесс мозга и мозжечка дифференцируют от гнойного менингита, негнойного локального энцефалита, серозного лептот менингита (арахноидита) и гнойного лабиринтита. При менингите температура тела высокая, при абсцессе нормальная или субфебрильная. Для менингита характерна тахикардия, соответствующая температуре тела, для абсцесса мозга - брадикардия, пульс не соответствует температуре. При менингите больной возбужден, при абсцессе преобладают общая вялость, заторможенность, сонливость. При абсцессе в отличие от менингита обычно имеются застойные явления на глазном дне. В случае сочетания абсцесса мозга и менингита возникают трудности в диагностике абсцесса мозга, так как проявления менингита маскируют картину абсцесса. Дифференциальную диагностику облегчает исследование цереброспинальной жидкости. При вторичном гнойном менингите в ней выявляют белково-клеточную диссоциацию, а микрофлору не обнаруживают; в процессе лечения жидкость относительно легко санируется, возникает несоответствие между санированием цереброспинальной жидкости и ухудшением общего состояния в связи с развитием абсцесса. Для отогенного менингита без абсцесса характерно соответствие изменений в цереброспинальной жидкости течению заболевания. Негнойный локальный энцефалит в отличие от абсцессов мозга характеризуется быстро проходящей и изменчивой симптоматикой. Симптомы интоксикации - специфический землистый цвет лица, сухой обложенный язык и др. - отсутствуют. При отогенном арахноидите задней черепной ямки могут отмечаться симптомы поражения мозжечка, однако арахноидит характеризуется медленным течением с ремиссиями, отсутствием изменений крови и цереброспинальной жидкости. Брадикардия и изменения на глазном дне значительно чаще наблюдаются при абсцессе. В связи с общностью многих симптомов гнойного лабиринтита и абсцесса мозжечка дифференцировать их иногда трудно. Особенно сложна диагностика при сочетании этих заболеваний. Гнойный лабиринтит развивается бурно, резко снижается слух, вплоть до глухоты, возникают систематизированное головокружение, тошнота и рвота, нарушение равновесия, спонтанный нистагм горизонтально-ротаторный, мелко- и среднеразмашистый, лишь в первые часы он направлен в сторону поражения, а затем — в здоровую. Отклонение обеих рук и туловища происходит в сторону медленного компонента нистагма. Головокружение при лабиринтите более выражено, чем при абсцессе мозжечка, и усиливается при изменении положения головы. Повышение температуры тела, появление головной боли, менингеальных симптомов и брадикардии свидетельствует о возникновении осложнения в полости черепа. Прежде всего следует заподозрить абсцесс мозжечка. Для него характерно изменение направления нистагма-вновь в сторону пораженного уха. Такое изменение направления нистагма патогномично для абсцесса мозжечка. Нистагм становится крупноразмашистым, причем если при поражении лабиринта интенсивность нистагма постепенно уменьшается, то при абсцессе мозжечка он постоянный или усиливается. При выполнении координаторных проб больной начинает промахиваться только рукой на стороне поражения, выявляется адиадохкинез. Больной падает в сторону поражения, что совпадает с направлением нистагма. На глазном дне выявляют застойные явления, которых не бывает при лабиринтите. Для диффузного гнойного лабиринтита характерно полное выпадение слуховой и вестибулярной функций. **Отогенный сепсис.** При гнойном воспалении среднего уха, как острым, так и хроническим, инфекция может проникнуть в кровоток, чаще всего по венам и через синусы твердой мозговой оболочки, иногда по лимфатическим путям. Клиническая практика свидетельствует о том, что генерализация гнойной инфекции при отитах и возникновение отогенного сепсиса чаще всего происходят вследствие тромбоза сигмовидного синуса, реже при поражении луковицы внутренней яремной вены, верхнего и нижнего каменистого и пещеристого синусов. Тромбоз синуса обычно возникает вследствие распространения воспалительного процесса с сосцевидного отростка на прилегающую к нему наружную стенку сигмовидного синуса, что, чаще связано с наличием

инфицированных грануляций, реже - с холестеатомой. При этом нередко образуется перисинуозный абсцесс. В дальнейшем возникает поражение самого синуса: перифлебит, эндофлебит, пристеночный тромб, обтурирующий тромб. Тромб может значительно увеличиваться, распространяться за пределы сигмовидного синуса как в краниальном направлении, так и в сторону сердца, заполняя яремную вену, иногда до плечевого вены. Инфицирование и распад тромба приводят к проникновению гнойной инфекции в кровотоки - в малый, а затем в большой круг кровообращения. Отогенный сепсис может развиваться и без тромбоза венозных пазух. В то же время тромбоз венозных пазух иногда может не вызвать септической реакции. Более того, известны случаи, когда даже инфицированный тромб подвергался организации. Клинические наблюдения свидетельствуют о существовании двух форм отогенного сепсиса: ранней и поздней. Ранняя форма представляет собой септическую реакцию, возникающую в первые дни после развития острого отита у больных молодого возраста. Прогностически это наиболее благоприятная форма отогенного сепсиса. Поздняя форма - это сепсис, возникающий при хроническом или остром отите намного позднее, когда уже сформировался отогенный септический очаг типа тромбофлебита. Что же касается ранней формы, то ее возникновение не может быть объяснено только характером местного процесса. По мнению Кернера, впервые описавшего эту форму отогенного сепсиса (впоследствии она была названа по его имени кернеровской формой), в основе ее лежит тромбофлебит мелких вен сосцевидного отростка. Однако такое поражение мелких вен наблюдается у большинства больных мастоидитом, тем не менее септические явления у них отсутствуют. Значит, в данном случае решающее значение имеет не характер очагового процесса, а способность организма к воспроизведению септической реакции. Такое заключение тем более оправданно, что кернеровская форма встречается чаще в детском и юношеском возрасте, а септическая реакция вообще свойственна более молодому возрасту. Ранняя форма отогенного сепсиса это сравнительно легко обратимая септическая реакция, наблюдающаяся у молодых субъектов при остром гнойном воспалении среднего уха. Выделяет три клинические формы отогенного сепсиса - септицемию, септикопиемию и бактериальный шок. Основными критериями такого деления являются различия в клинических признаках и характере патологических изменений в организме. Симптомы, наблюдающиеся при отогенном сепсисе, целесообразно разделить на две основные группы: 1) общие симптомы; 2) очаговые симптомы, обусловленные поражением крупных венозных сосудов - синусов твердой мозговой оболочки и внутренней яремной вены. Общие симптомы. Одним из наиболее ярких симптомов сепсиса является гектическая температура тела, характеризующаяся быстрым повышением до 39-40 °С, что сопровождается потрясающим ознобом; через несколько часов происходит критическое снижение температуры, сопровождающееся проливным потом. В течение суток может быть несколько таких «подскоков» температуры, поэтому у больных следует измерять температуру тела каждые 2ч. У детей гектическая температура и озноб наблюдаются редко, чаще температурная кривая имеет характер *continua*. Пульс обычно учащается в соответствии с повышением температуры тела. Характерна бледность кожного покрова, нередко он с землистым оттенком. Можно наблюдать также желтушность кожи и иктеричность склер. Механизм желтухи при сепсисе двоякий: гематогенный и гепатогенный, т. е. она является следствием ДВС-синдрома (диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови) и гепатоспленомегалии. В крови отмечаются нейтрофильный лейкоцитоз (до $15 \cdot 10^9/\text{л}$ - $18 \cdot 10^9/\text{л}$ и больше), сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ, нарастающая гипохромная анемия. Важное значение имеет посев крови, в которой обнаруживают микробов, что подтверждает диагноз сепсиса. Однако отрицательный результат посева еще не исключает этого диагноза, так как наводнение крови микробами происходит не непрерывно. В связи с этим кровь для посева следует брать во время озноба, который связан с выходом микробов в кровяное русло. При отогенном сепсисе может наблюдаться образование метастатических гнойников в легких, суставах, подкожной жировой клетчатке, мышцах. Появление метастазов ухудшает прогноз. Очаговые симптомы. Симптом Гризингера - отечность и болезненность при пальпации мягких тканей по заднему краю сосцевидного отростка, соответствующему месту

выхода эмиссариев, соединяющих сигмовидный синус с венами мягких тканей отростка. Возникновение этого симптома объясняется распространением тромба в эмиссарии сосцевидного отростка. Для поражения внутренней яремной вены характерна болезненность при пальпации вдоль переднего края грудиноключично-сосцевидной мышцы - симптом Уайтинга. При этом голова больного бывает наклонена в сторону поражения. При аускультации внутренней яремной вены отсутствует венозный шум-симптом Фосса. Проводя дифференциальную диагностику, необходимо исключить туберкулез, грипп, тифы, пневмонию, малярию, которые в некоторых случаях могут сочетаться как с острым, так и с хроническим воспалением среднего уха. Прогноз и исходы отогенных внутричерепных осложнений прежде всего зависят от того, насколько своевременно был установлен диагноз и произведено оперативное вмешательство в сочетании с мощной дегидратационной и антибактериальной терапией. **Отогенный неврит лицевого нерва.** Отогенный неврит лицевого нерва может возникнуть вследствие патологических проявлений в среднем ухе (острый и хронический отит, опухоль) и во внутреннем слуховом проходе (невринома слухового нерва). Поражение лицевого нерва может возникнуть и после выхода его из полости черепа, когда он проходит вблизи околоушной слюнной железы и может реагировать на сдавление опухолью, рубцами в этой области. Эта группа нарушений лицевого нерва относится к периферическим параличам, но возникают также и центрального характера параличи, обусловленные поражением ядер лицевого нерва. Клиническая картина зависит от уровня поражения лицевого нерва, поскольку на своем протяжении лицевой нерв отдает ряд ветвей, иннервирующих слезную железу, мышцу стремени, мимическую мускулатуру лица, подчелюстную и подъязычную слюнные железы, обеспечивающих вкусовую чувствительность на передних двух третях языка. Определение состояния перечисленных органов и указывает на уровень сдавления или перерыва ствола лицевого нерва - в канале лицевого нерва или после выхода нерва из шилососцевидного отверстия. Лечение. В зависимости от выявленного уровня поражения лицевого нерва можно предполагать причину нарушения его функций и выбирать метод лечения. Это срочное хирургическое вмешательство на среднем ухе при воспалительном процессе, декомпрессия самого лицевого нерва при идиопатическом (неясной этиологии) параличе или консервативное лечение с применением методов дегидратации, противовоспалительной терапии.

Негнойные заболевания уха.

Катар среднего уха, экссудативный средний отит у взрослых и детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. **Аэроотит.** Патогенез, клиника, диагностика, профилактика, неотложная помощь, лечение. **Адгезивный средний отит.** Патогенез, клинические формы, лечение, профилактика. **Отосклероз.** Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, современное лечение. Виды хирургических вмешательств и показания к ним. Профилактика. **Болезнь Меньера.** Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Принципы неотложной помощи при острой вестибулярной дисфункции. Внезапная и острая нейросенсорная тугоухость у взрослых и детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения.

Катар среднего уха-это негнойное воспаление слуховой трубы, сопровождающееся нарушением ее функций, что приводит к изменению давления и аэрации в барабанной полости. Часто это заболевание сопутствует острому риниту и проявляется ощущением давления в ухе, заложенности, шума в ухе и тугоухостью. Этиологическим моментом в развитии катара среднего уха являются воспалительные изменения в полости носа, носоглотке и околоносовых пазухах, которые могут вызвать отек слизистой оболочки слуховой трубы и нарушать ее проходимость, что отражается на состоянии барабанной полости. Этиология экссудативного отита еще не совсем изучена. Многие исследователи считают, что это заболевание вызывается гиповирулентными возбудителями, другие на передний план выдвигают вирусную инфекцию. При этом наряду с конституциональными особенностями организма важное значение придают предрасположенности слизистой оболочки среднего уха к аллергическим отекам, ее воспалительным изменениям, гиперсекреции. Эти факторы могут встречаться в различных сочетаниях и придавать определенную окраску клиническому течению заболевания, ведущим

симптомом которого является дисфункции слуховой трубы. В острой стадии катара среднего уха возникают гиперемия и отек слизистой оболочки слуховой трубы, просвет ее суживается. При этом барабанная полость становится замкнутой и воздушное давление в наружном слуховом проходе превышает давление в барабанной полости. Понижение давления вызывает венозный стаз, расширение сосудов и увеличение проницаемости их стенок, что приводит к транссудации. Острый катар среднего уха заканчивается выздоровлением или же постепенно переходит в хроническую форму. При экссудативном отите секрет часто становится все более вязким, причем этот процесс может поддерживаться рецидивами выпота, что приводит к соединительнотканной организации вязкой жидкости и, наконец, образованию сращений, особенно выраженных в области слуховых косточек, вплоть до облитерации барабанной полости. В результате этого существенно нарушается функция звукопроводения, а позже часто в результате распространения процесса на лабиринт развивается тугоухость, которая обусловлена поражением звуковоспринимающего аппарата. Больные острым катаром среднего уха жалуются на чувство заложенности и ощущение шума в ухе, незначительное снижение слуха, иногда аутофонию - сильный резонанс собственного голоса в больном ухе. Общее состояние больных почти не страдает. При отоскопии или микроотоскопии можно увидеть втянутую барабанную перепонку, рукоятка молоточка при этом как бы уходит внутрь барабанной полости и становится более короткой, латеральный отросток резко выступает над уровнем барабанной перепонки, одновременно в задневерхнем отделе ее четко вырисовывается задняя складка. Световой рефлекс принимает вид укороченной полоски. Вследствие того что барабанная перепонка втянута, ее блестящий серый цвет становится более тусклым. Слух снижен по типу поражения звукопроводящего аппарата: костная проводимость не изменена, воздушная снижена в зоне речевых частот до 20-40 дБ, а иногда до 60 дБ. Проподимость слуховых труб нарушена. Поскольку это заболевание чаще наблюдается у детей, которые не всегда понимают свое состояние и могут дать ему правильную оценку, то оно у них чаще переходит в хроническую форму. У взрослых при несвоевременном или неправильном лечении острый катар среднего уха также может перейти в хроническую стадию. При хроническом катаре среднего уха наблюдается растяжение барабанной перепонки вследствие истончения ее тканей. Атрофичные, истонченные участки барабанной перепонки обычно кажутся более темными. Барабанная перепонка становится настолько тонкой и дряблой, что может создаться впечатление об ее отсутствии, и только при продувании слуховой трубы она вновь частично или полностью смещается в просвет наружного слухового прохода. При длительном нарушении проходимости слуховой трубы развивается адгезивный (слипчивый) процесс в барабанной полости, характеризующийся образованием в ней рубцов и спаек. Слух при этом еще более ухудшается: может отмечаться снижение его до 40-55 дБ по типу поражения звукопроводящего аппарата. При экссудативном (секреторном) среднем отите больные жалуются на чувство полноты и переливания в ухе, остро возникшее снижение слуха, которое носит флюктуирующий характер. В то время как взрослые испытывают чувство переполнения и давления в ухе, дети иногда отмечают легкое покалывание. Боль отсутствует практически всегда. Слух изменяется при перемене положения головы. При отоскопии через барабанную перепонку в нижних отделах барабанной полости можно увидеть скопление жидкости, которая свободно переливается при изменении положения головы, одновременно происходит улучшение слуха. Это объясняют тем, что при наклоне головы вперед жидкость переливается и освобождает лабиринтные окна, вследствие чего больной начинает слышать лучше; в положении на спине жидкость, переливаясь, закрывает лабиринтные окна и больной слышит хуже. Транссудат скапливается во всей клеточной системе среднего уха, что подтверждают результаты рентгенографии. При наличии транссудата клеточная система сосцевидного отростка представляется завуалированной, а при благоприятном последующем течении заболевания вновь отмечается просветление клеточных пространств. Лечение катара среднего уха и экссудативного отита складывается из четырех последовательных этапов: устранения причин заболевания и дисфункции слуховой трубы, восстановления слуха и проведения мероприятий, направленных на предотвращение стойкой тугоухости. При этом большинство

отитов придерживаются определенной тактики, отдавая предпочтение консервативному лечению и лишь в случае его неэффективности производят оперативное вмешательство.

Адгезивный средний отит характеризуется развитием слипчивого процесса в барабанной полости с образованием спаек, формированием тугоподвижности цепи слуховых косточек, нарушением проходимости слуховой трубы, неуклонным ухудшением слуха. Адгезивный средний отит чаще развивается при хроническом катаральном или экссудативном среднем отите. Воспалительные заболевания среднего уха и процессы организации патологического содержимого приводят к развитию слипчивого процесса в барабанной полости. Клиника. Ведущие симптомы — снижение слуха и шум в ухе. В анамнезе, как правило, имеется указание на перенесенное однократно или повторно воспаление среднего уха. Отоскопическая картина адгезивного среднего отита характеризуется наличием рубцовых изменений, втяжением барабанной перепонки. Избыточное развитие рубцовой ткани может привести к деформации барабанной перепонки. Отмечается нарушение тубарной функции той или иной степени выраженности, с некоторым улучшением после продувания слуховой трубы. Иногда рубцы при адгезивном среднем отите, как заслонка, закрывают глоточное отверстие слуховой трубы, полностью нарушая ее проходимость. Развивается анкилоз суставов между слуховыми косточками, становится тугоподвижным основание стремени в окне преддверия. При сгущении и разрежении воздуха в наружном слуховом проходе с помощью пневматической воронки определяется ограничение подвижности барабанной перепонки или полная ее неподвижность, что подтверждается при тимпанометрии. При исследовании слуха выявляется кондуктивная тугоухость, однако в более отдаленные сроки может быть нарушено и звукоприятие.

Диагностика. Основана на данных анамнеза, результатах отоскопии и функционального исследования слуховой трубы и звукового анализатора. При импедансометрии выявляются малая податливость барабанной перепонки, плоская вершина тимпанограммы или ее отсутствие. Лечение. Как и при других формах среднего отита, лечение начинают с санации верхних дыхательных путей, у детей при необходимости проводят аденотомию. Хороший эффект дают повторные курсы продувания слуховой трубы по Политцеру или через катетер с одновременным массажем барабанной перепонки с помощью пневматической воронки. Рекомендуются транстубарное введение различных лекарственных препаратов: химотрипсина, гидрокортизона, лидазы, флуимуцила. Показано парентеральное введение биостимуляторов (алоэ, стекловидное тело, ФиБС, актовегин), витаминов группы В, кокарбоксылазы, АТФ; назначают антигистаминные препараты. Из физиотерапевтических методов применяют микроволновую, УВЧ-терапию, электрофорез и эндауральный фонофорез лидазы, йодида калия, грязелечение, ультразвуковой массаж трубных валиков. Обычно курсы комплексного лечения повторяют 2—3 раза в год. При резко выраженном рубцовом процессе, не поддающемся консервативным методам лечения, осуществляют тимпанотомию с рассечением спаек, мобилизацией косточек или восстановлением цепи слуховых косточек. Однако нередко операция оказывается малоэффективной, поскольку рубцовые сращения вновь образуются, а стойкое восстановление проходимости слуховой трубы трудно достижимо. При двустороннем спаечном процессе с выраженным нарушением слуха, а также лицам пожилого возраста показано слухопротезирование.

Болезнь Меньера характеризуется периодически возникающими приступами головокружения, сопровождающимися тошнотой и помутнением сознания, но без его потери; расстройством равновесия; появлением после таких приступов более или менее выраженной односторонней тугоухости и шума в ухе. Данный симптомокомплекс был описан в 1861 г. французским врачом Проспером Меньером и вскоре был признан самостоятельной нозологической формой. Приступы заболевания, как правило, неоднократно повторяются и слух медленно понижается от приступа к приступу, хотя, несмотря на это, может длительное время оставаться удовлетворительным. Было отмечено, что болезнь Меньера сопровождает иногда ряд заболеваний, в частности нервной системы, обмена веществ, эндокринных желез, различную патологию среднего уха, травмы и т.д. В связи с этим термином "синдром Меньера" некоторые авторы обозначают состояния, внешне лишь напоминающие болезнь Меньера. Однако речь в таких случаях обычно идет о единичных

приступах, но не обострениях хронически текущей болезни, как это было описано Меньером и принято всеми в настоящее время. Этиология болезни Меньера неизвестна. Наиболее распространена точка зрения, согласно которой развитие патологических симптомов при болезни Меньера связано с увеличением количества лабиринтной жидкости и вызванной им лабиринтной гипертензией. Механизм развития эндолимфатической водянки и лабиринтной гипертензии при этом сводится к трем основным моментам: *гиперпродукция эндолимфы, снижение ее резорбции и нарушение проницаемости мембранных структур* внутреннего уха. Повышение внутрилабиринтного давления ведет к выпячиванию основания стремени и мембраны окна улитки в барабанную полость. Это создает условия, затрудняющие проведение звуковой волны по жидкостным системам внутреннего уха, а также нарушает трофику рецепторов улитки, преддверия и полукружных каналов. Болезнь Меньера характеризуется классической триадой: • приступами системного головокружения, сопровождающегося расстройством равновесия, тошнотой, рвотой, разнообразными вегетативными проявлениями; • прогрессирующим снижением слуха на одно ухо; • шумом в этом же ухе. Наиболее тягостный симптом болезни Меньера — приступы головокружения. Частота приступов может быть различной — 1—2 раза в неделю или в месяц (частые), 1—2 раза в год (редкие), 1 раз в несколько лет (эпизодические). Продолжительность приступа — от нескольких минут до нескольких суток, но чаще 2—6 ч. Приступы бывают в любое время дня, но чаще ночью или утром. Провоцирующим моментом может быть физическое или психическое перенапряжение. Иногда больной ощущает приближение приступа за несколько часов или даже дней, но он может возникнуть и среди полного здоровья. Диагностика. Кохлеарные нарушения при болезни Меньера являются ведущими и имеют ряд характерных признаков. В целом нарушения слуха при болезни Меньера определяются понятием "тугоухость при эндолимфатической водянке". Шум в ухе беспокоит больного задолго до развития вестибулярных расстройств и носит преимущественно низкочастотный характер. Вначале он появляется периодически, по мере развития заболевания становится постоянным. Шум усиливается во время приступа и не прекращается от сдавления общей сонной артерии. На ранних стадиях заболевания слух нарушен по кондуктивному типу, затем — по смешанному. Одной из характерных особенностей кохлеарных расстройств при болезни Меньера является "флюктуирующая тугоухость", характеризующаяся колебаниями слуха во время болезни. Колебания слуха проявляются субъективно и обнаруживаются при аудиометрии. Ушной шум и ощущение заложенности уха также претерпевают изменения: они усиливаются перед приступом, достигают максимума во время приступа и после него заметно уменьшаются. Эндолимфатическая водянка лабиринта подтверждается с помощью различных *дегидратирующих тестов* (с глицеролом, лазиксом, ксилитом). Тональная аудиометрия проводится до приема дегидратирующего препарата и повторяется через 2—3 ч т.д. после его приема. Понижение порогов восприятия речевых частот на 10 дБ и более подтверждает наличие эндолимфатической водянки. Вестибулярные расстройства во время приступа болезни Меньера протекают по периферическому типу: системное головокружение в виде вращения окружающих предметов, горизонтально-ротаторный спонтанный нистагм, двустороннее отклонение рук в сторону медленного компонента нистагма при выполнении координационных проб. Дифференциальный диагноз проводят с сосудистым, токсическим, инфекционным, травматическим поражением лабиринта, с опухолями мостомозжечкового треугольника. Лечение. Признанная полиэтиологичность болезни Меньера и отсутствие единого взгляда на патогенез заболевания определили многообразие методов консервативного и хирургического лечения. Различают лечение болезни Меньера во время приступа и в межприступный период. Во время приступа больной нуждается в неотложной помощи; его укладывают в постель в положении, при котором сводится до минимума выраженность вестибулярных расстройств — больному предоставляют самому занять выбранную позу. Яркий свет и резкие звуки исключают, к ногам кладут грелку, на шейно-затылочную область накладывают горчичники. При консервативном лечении болезни Меньера широко применяют бетасерк (бетастин), действие которого опосредовано через H₁- и H₂-рецепторы внутреннего

уха и вестибулярных ядер. Лечение бетасерком приводит к улучшению микроциркуляции в сосудах внутреннего уха, увеличению кровотока в базилярной артерии, нормализации давления эндолимфы в лабиринте, одновременно отмечено улучшение мозгового кровотока. Для достижения терапевтического эффекта показано длительное (3—4 мес) лечение бетасерком по 16 мг 2 или 3 раза в день. На фоне лечения бетасерком удается не только купировать вестибулярные расстройства, но и достигается ослабление шума, звона в ушах, за счет чего отмечено некоторое улучшение слуха. Различные методы хирургического лечения при болезни Меньера можно разделить на три группы. 1. Операции на нервах и нервных сплетениях — перерезка барабанной струны, разрушение нервного сплетения на мысе (хордоплексустомия), разрушение шейно-грудного (звездчатого) узла. 2. Декомпрессивные хирургические вмешательства, направленные на нормализацию давления жидкостей лабиринта — вскрытие мешочков преддверия, дренирование улиткового протока; дренирование, шунтирование или декомпрессия эндолимфатического мешка. 3. Деструктивные операции на лабиринте или вестибулярной части преддверно-улиткового нерва. **Отосклероз** — заболевание, проявляющееся снижением слуха и шумом в ушах, в основе которого лежит двусторонний ограниченный остеоидистрофический процесс в костном лабиринте, сопровождающийся фиксацией стремени в окне преддверия или патологией нейросенсорного аппарата внутреннего уха. Довольно часто отосклеротический очаг располагается в области окна преддверия, чаще у переднего полюса основания стремени, и при своем росте приводит к развитию анкилоза стремени. Возможна локализация в области окна улитки, во внутреннем слуховом проходе, в полукружных каналах. Процесс часто носит двусторонний характер, однако поражение бывает первоначально более выражено на одной из сторон, впоследствии распространяясь и на другое ухо. Этим заболеванием страдают до 1 % населения, преобладающий возраст первых заболевших — от 20 до 45 лет. Чаще болеют женщины, нередко отмечается факт отягощенной наследственности, заболевание прогрессирует после беременности, родов. **Этиология.** Существуют различные теории, объясняющие этиологию отосклероза. Наиболее известна из них генетическая, согласно которой заболевание наследуется по аутосомнодоминантному типу и выявляется у 40 % лиц, являющихся носителями генетических дефектов. Ряд исследователей связывают развитие отосклероза с *метаболическими нарушениями*, в основе которых лежит дисфункция эндокринных желез. *Гормональными расстройствами* можно объяснить более частое выявление отосклероза у женщин, причем прогрессирование заболевания связывают с беременностью. Основными жалобами больных является снижение слуха и шум в ухе. Эти симптомы могут быть как односторонними в самом начале заболевания, так и двусторонними, в зависимости от скорости поражения второго уха. Крайне редко заболевание начинается с головокружения. При анализе жалобы анамнестических данных следует обращать внимание на следующие характерные признаки данного заболевания: 1) отосклероз может проследиваться в ряде поколений, т.е. является наследственным заболеванием; 2) в большинстве своем поражает людей в возрасте от 20 до 40 лет; 3) значительно чаще (80—85 %) отосклероз наблюдается у женщин, нежели у мужчин; 4) прогрессирование клинических проявлений болезни обычно приходится на периоды гормональных перестроек организма, а именно во время беременности или в период менопаузы. По характеру поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата выделяют три клинические формы отосклероза: • тимпанальную; • смешанную; • кохлеарную. При тимпанальной форме наблюдается кондуктивная тугоухость, характеризующаяся повышением порогов воздушного проведения на тональной пороговой аудиограмме от 40 дБ — I степень тугоухости — до 65—70 дБ — III степень (рис. 5.46). Пороги костного проведения находятся в пределах нормы (до 20 дБ на речевых частотах), костно-воздушный интервал составляет 30—45 дБ. Это так называемый *резерв улитки*, на который возможно улучшить слух во время хирургического вмешательства. При этом можно ожидать значительного улучшения и даже полного восстановления слуха у больного, так как нет поражения звуковоспринимающего аппарата. Эта форма заболевания является наиболее благоприятной точки зрения эффективности хирургического лечения. *Костно-воздушный*

интервал, определяемый на тональной пороговой аудиограмме, имеет большое значение и представляет функциональный резерв улитки, на величину которого может быть улучшен слух во время операции. При смешанной форме отосклероза повышены пороги как воздушного, так и костного проведения. Отмечается смешанная тугоухость. Кривая воздушного проведения снижается до 40—75 дБ, при этом снижена и кривая костного проведения (звукосприятие) до уровня 21—40 дБ. Костно-воздушный интервал сокращается. Восстановление слуховой функции в этом случае возможно лишь до уровня порогов костного проведения. И наконец, кохлеарная форма отосклероза характеризуется более значительным поражением звукоспринимающего аппарата. При этом отосклеротический процесс распространяется на внутреннее ухо. Пороги костного проведения на различных частотах превышают 40 дБ. Костно-воздушный разрыв здесь также может быть довольно большим — 25—30 дБ, однако хирургическое восстановление воздушного звукопроводения до костного, как правило, не может улучшить слух до полной социальной потребности. Вместе с тем улучшение слуха и в этих условиях приносит больному большое облегчение. В начале заболевания больной нередко жалуется на снижение слуха на одно ухо, однако уже в этот период при объективном исследовании выявляется двусторонняя тугоухость. Тугоухость при отосклерозе развивается постепенно, прогрессирует в течение многих лет. Бывают периоды обострений, проявляющиеся резким ухудшением слуха и усилением шума в ушах. Иногда наблюдается неблагоприятная форма заболевания, характеризующаяся быстрым прогрессированием нейросенсорной тугоухости. Довольно часто наблюдается патогномичный для отосклероза *симптом paracusis Willisii* — парадоксальное улучшение слуха, сопровождающееся возрастанием разборчивости речи в условиях вибрационно-шумовых воздействий, например при езде на трамвае, в метро. В дифференциальной диагностике отосклероза и нейросенсорной тугоухости определенную роль играет исследование слуха с помощью *ультразвука* (по Б.М. Сагаловичу). В последнее время все большее значение в диагностике отосклероза отводится *тимпанометрии с записью акустического рефлекса*. При этом тимпанометрическая кривая не претерпевает существенных изменений (тип А по классификации Jerger, 1970) или может быть несколько снижена по амплитуде. В тоже время акустический рефлекс часто отсутствует при стимуляции как "больного" уха, так и субъективно "здорового". Иногда он может быть *перевернут (инвертирован)*, что расценивают как патогномичный признак отосклероза. Обычно используют хирургическое лечение. Известны три типа операций для улучшения слуха у больных отосклерозом: • фенестрация лабиринта; • мобилизация стремени; • стапедэктомия со стапедопластикой. Хирургическое лечение отосклероза позволяет добиться значительного и стойкого улучшения слуха у 80—90 % больных. Стапедэктомия в настоящее время полностью вытеснила представленные выше методы хирургического лечения. Наиболее часто используют *стапедопластику с частичной и полной стапедэктомией, стапедопластику поршневым методом*.

должен знать установить диагноз и провести необходимое лечение следующих **гнойно-воспалительных заболеваний уха**:

- инородные тела уха
- травмы уха
- хондроперихондрит ушной раковины;
- рожистое воспаление ушной раковины;
- фурункул наружного слухового прохода;
- диффузный наружный отит;
- экзема наружного слухового прохода;
- отомикоз;
- острый средний отит;
- хронический средний отит;
- антрит, мастоидит;
- лабиринтит

- отогенные внутричерепные осложнения;

негнойных заболеваний уха:

- острый и хронический сальпингоотит;
- зияние слуховой трубы;
- острый и хронический катар среднего уха;
- экссудативный средний отит;
- отосклероз;
- адгезивный отит;
- тимпаносклероз;
- сенсоневральная тугоухость;
- болезнь Меньера;

должен уметь проводить

- первичная хирургическая обработка ран уха;
- парацентез барабанной перепонки;
- пункция и вскрытие отогематомы;
- обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях;
- вскрытие фурункула наружного слухового прохода;
- удаление инородного тела и серной пробки наружного слухового прохода;
- остановка ушных кровотечений;
- тимпанопункция;
- шунтирование барабанных полостей;
- антротомия;
- антромастоидотомия;
- радикальная операция на ухе;
- неотложную помощь при заболеваниях и травмах уха (ожоги, обморожения, ранения, инородные тела);

Клиника, диагностика и лечение болезней носа и околоносовых пазух - 392 ч:

Врожденные уродства и аномалии развития носа. Врожденная атрезия хоан (распознавание, методы лечения). Наружные и внутренние мозговые грыжи носа. Травмы носа и околоносовых пазух у взрослых и детей. Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации носа. **Инородные тела носа и околоносовых пазух.** Причины попадания, распознавание, способы удаления. **Носовые кровотечения** у взрослых и детей: причины, неотложная помощь, общие и местные способы остановки кровотечения. Определение источника кровотечения и степени кровопотери. Хирургические способы остановки носовых кровотечений. **Болезни перегородки носа.** Гематома перегородки носа. Абсцесс перегородки носа. Кровотокающий полип перегородки носа. Искривления перегородки носа. **Фурункул носа.** Этиология, патогенез, клинические формы, лечение и профилактика. Диагностика и лечение осложненной формы фурункула носа. **Острый риниты** у взрослых и детей старшего возраста. Этиология, патогенез, клиника (стадии), лечение и профилактика. **Острый ринофарингит** у детей грудного возраста. Симптомы, распознавание, неотложная помощь, профилактика осложнений. **Хронические риниты** у взрослых и детей (катаральный, гипертрофический, атрофический). Этиология, патогенез, клиника, принципы лечения и профилактика. Значение профессиональных факторов в развитии различных форм хронического ринита. Озена. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Современные методы лечения. Нейровегетативный ринит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Аллергический ринит, распознавание. Поллинозы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. **Острые и хронические синуситы** у взрослых и детей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, классификация. Принципы диагностики. Острый гайморит, этмоидит, фронтит, сфеноидит. Лечение и

профилактика. Острый остеомиелит верхней челюсти у детей. Хронические синуситы: клиника и принципы лечения. Острый и хронический одонтогенный гайморит, особенности лечения. Грибковый риносинусит. Клиника, принципы диагностики, специфическое и патогенетическое лечение. Дифференциальная диагностика хронического синусита и злокачественных новообразований носа и околоносовых пазух. Осложнение синуситов. Бронхолегочные осложнения. Патогенез, клинические варианты, принципы лечения. Значение совместной работы оториноларинголога и терапевта (педиатра) в диагностике и лечении этих состояний. Синдром Видаля. Синдром Картагенера. **Внутриглазничные осложнения синуситов.** Патогенез, клинические формы, отек век и клетчатки глазницы (периостит, субпериостальный абсцесс, абсцесс век, флегмона глазницы, ретробульбарный неврит), диагностика, лечение. **Риносинусогенные внутричерепные осложнения** (базальный лептоменингит, оптохиазмальный арахноидит, гнойный менингит, абсцесс мозга, тромбоз кавернозного синуса). Патогенез, симптоматология, клиническая диагностика, лечение (хирургическая тактика и интенсивная терапия).

У детей врожденные **пороки и аномалии развития носа** чрезвычайно разнообразны. К ним относятся боковой хобот носа (одно- и двусторонний), срединная расщелина носа (полная или частичная), боковая расщелина носа, раздвоение кончика носа, добавочная ноздря, свищи спинки носа, дермоидные кисты, атрезия хоан. Этиология и патогенез атрезии хоан до сих пор не установлены. Некоторые авторы связывают образование хоанальной атрезии с разрастанием вертикальной части небной кости, которая растет по направлению к средней линии и сливается с краями хоан. Различают костные, перепончатые и костно-перепончатые атрезии. Они могут быть односторонними и двусторонними, полными и частичными. Асфиксия и смерть новорожденных иногда обусловлены своевременно нераспознанной двусторонней атрезией хоан и связанным с ней полным выключением носового дыхания. При полной атрезии хоан часто изменяется форма лицевого черепа, наблюдаются неправильный рост резцов, высокое небо, голос приобретает характер закрытой гнусавости. Диагноз устанавливают на основании результатов зондирования носовых ходов, проводят рентгенологическое исследование с введением в полость носа рентгеноконтрастных веществ. Лечение — только хирургическое. В раннем детском возрасте операцию производят эндоназально, в старшем — транспалатинально, после чего в полость носа вводят полиэтиленовые трубки для предотвращения рецидива. С целью предупреждения асфиксии новорожденных рекомендуется сделать прокол мембраны троакаром и ввести через него катетер в нос. К менее выраженным дефектам относятся горбатый и седловидный нос, косоносость, асимметрия кончика носа и др. При наличии подобных дефектов производят косметические операции, чаще в юношеском возрасте. **Травмы носа и околоносовых пазух относятся к наиболее частым повреждениям не только ЛОР-органов, но и всего тела.** Это обусловлено местоположением носа и тем, что он выступает над поверхностью лицевого скелета. Различают травмы военного и бытового характера (производственные, спортивные, транспортные и др.), а также возникшие во время припадка (например, эпилепсии). В зависимости от силы действия и особенностей ранящего предмета, его направленности и глубины проникновения травмы носа могут быть **открытыми** — с повреждением кожного покрова или **закрытыми** — без повреждения кожного покрова. **Закрытые травмы** чаще всего встречаются в виде ушиба, кровоподтека в мягкие ткани, ссадины, однако при достаточно большой силе возникают переломы костей носа со смещением или без смещения стенок околоносовых пазух, глазницы, скуловой кости, ячеек решетчатого лабиринта и др. Часто при травмах лица появляются кровоизлияние в камеры глаза (гифемы), смещение глазного яблока (энофтальм), сдавление глазодвигательных мышц (диплопия), сопровождающиеся понижением зрения, вплоть до его полной потери (амавроз). **Открытые переломы** могут быть проникающими или не проникающими в полость носа, что определяют при ощупывании раны зондом. Наиболее частой причиной проникающих ранений является травма носа остроконечными предметами. При этом возникают повреждения слизистой оболочки с последующими носовыми кровотечениями, инфицированием полости носа и околоносовых пазух, образованием гематом перегородки носа с абсцедированием.

Направление проникающего предмета к верхней стенке полости носа может вызвать *повреждение решетчатой пластинки*, сопровождающееся назальной ликвореей. Наиболее часто наблюдаются боковые смещения наружного носа, сопровождающиеся разьединением шва между носовыми костями и лобными отростками верхней челюсти или переломом носовых костей. *Травмы в области проекции лобных пазух* приводят к перелому передней стенки, что обуславливает косметический дефект, западение в этой области и может сопровождаться нарушением проходимости канала лобной пазухи. Задняя стенка лобной пазухи повреждается редко. *Повреждения решетчатой кости*, как правило, сопровождаются разрывом выстилающей слизистой оболочки и появлением подкожной эмфиземы на лице в виде припухлости и крепитации, которые могут распространяться на лоб и шею. При повреждении передней решетчатой артерии может быть опасное кровотечение в ткани глазницы. *Переломы в области передней стенки верхнечелюстной пазухи* могут проявляться западением и деформацией в этой области и сочетаться с повреждением глазничной стенки, глазного яблока, скуловой кости и решетчатого лабиринта. *Перелом клиновидной кости* — по существу это перелом основания черепа, встречается редко и может сопровождаться повреждением зрительного нерва и стенки внутренней сонной артерии со смертельным кровотечением или образованием посттравматической аневризмы, требующей вмешательства нейрохирурга. Диагностика. Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, внешнего осмотра, жалоб больного, результатов пальпации, зондирования, эндоскопии, рентгенографического и КТ-исследований. При осмотре и пальпации выявляются болезненная припухлость тканей в области травмы. Внешняя деформация наружного носа со смещением в боковую сторону или вдавление определенно указывает на перелом носовых костей. В таких случаях при пальпации обнаруживают костные выступы на спинке и скатах носа (симптом ступеньки), патологическую подвижность костей; возможна крепитация костных отломков. Наличие подкожной воздушной крепитации свидетельствует о переломе решетчатой кости с разрывом слизистой оболочки. При наличии переломов со смещением костных отломков и внешних косметических дефектов основным методом лечения является репозиция (вправление) костей носа и стенок околоносовых пазух с последующей внутренней и реже внешней фиксацией отломков костных структур. Наиболее оптимальным методом считается репозиция в 1-е сутки. Все вмешательства при травмах околоносовых пазух производят под общим обезболиванием, обязательно на фоне антибиотикотерапии. Показанием к консервативному лечению являются трещины и переломы стенок околоносовых пазух без смещения отломков. **Носовое кровотечение** — очень часто встречающийся симптом ряда заболеваний. Из местных причин носового кровотечения наиболее частой является травма. В некоторых случаях даже небольшая травма может вызвать сильное кровотечение. Иногда кровотечение возникает не сразу после травмы, а несколько дней спустя. Как правило, такие кровотечения бывают бурными, часто рецидивируют и связаны с образованием травматической аневризмы решетчатых или внутренней сонной артерии. Причиной кровотечения из носа может быть хирургическая травма, особенно при выполнении вмешательств на раковинах и пазухах решетчатой кости. Фактором, предрасполагающим к возникновению носового кровотечения, могут служить риниты, чаще острые и атрофические. Кровотечения являются симптомом как доброкачественных, так и злокачественных опухолей носа. Из общих причин носового кровотечения наиболее частые гипертоническая болезнь и атеросклероз. Кровотечение наблюдается также при сердечной недостаточности, нарушениях свертывающей системы крови, болезнях крови, болезни Рандю-Ослера, болезнях печени и почек, инфекционных заболеваниях (грипп, бруцеллез, тиф) и др. Диагностика носового кровотечения не вызывает затруднений. Значительно сложнее установить причину заболевания, в связи с чем необходимо провести всестороннее обследование больного. При рецидивирующих бурных кровотечениях необходимо выполнить ангиографию для исключения аневризмы сосудов. G. Fridrich (1982) отмечает, что у 90-95% больных источником кровотечения являются передние отделы перегородки носа, где анастомозируют четыре сосуда: перегородочная (a.nasalissepti), большая небная (a.palatinamajor), передняя решетчатая (a.ethmoidalisant.) и верхняя губная (a.labialissuperior) артерии. Слизистая оболочка в этом

отделе тонкая, тесно связана с хрящом, при изменении кровенаполнения недостаточно растягивается, вследствие чего сосуды разрываются. Окружающая сосуды соединительная ткань плотная, что не способствует остановке кровотечения. У 5-10% больных наблюдаются кровотечения из средних или задних отделов носа. Особенно сильные рецидивирующие кровотечения из задних отделов полости носа наблюдаются в пожилом и старческом возрасте при варикозном расширении вен в этой области. Лечение заключается прежде всего, в устранении по возможности причин, вызывавших кровотечение (снижение артериального давления, повышение свертываемости крови, воздействие на сосудистую стенку и т.д.). Наиболее простой способ остановки кровотечения - прижать крыло носа к перегородке (при кровотечении из передних отделов). При профузных кровотечениях одновременно с общими мероприятиями проводят тампонаду носа: вначале переднюю, а в случае ее безуспешности заднюю. При рецидивах кровотечения иногда необходимо производить отслойку слизистой оболочки передних отделов перегородки носа, а при ее искривлении - подслизистую резекцию. При рецидивах кровотечения иногда необходимо производить отслойку слизистой оболочки передних отделов перегородки носа, а при ее искривлении - подслизистую резекцию. Кровотечение из решетчатых артерий можно остановить широким наружным вскрытием пазух решетчатой кости. Приходится прибегать и к остановке кровотечения с помощью перевязки сосудов (наружной сонной, верхнечелюстной, передней решетчатой). Производят также эмболизацию сосудов. **Фурункул носа.** Этиологическим фактором, как правило, является стафилококк. Факторы, предрасполагающие к возникновению фурункула, те же, что и для сикоза носа (травма кожи, инфицирование). Чаще всего фурункулы возникают у ослабленных лиц, больных диабетом, иногда фурункул развивается при стафилококковом сепсисе. Фурункулы чаще всего локализуются на кончике носа, в преддверии вблизи перегородки носа, области дна носа. Симптомы заболевания развиваются постепенно. У большинства больных процесс начинается с образования остиофолликулита, который постепенно захватывает глубже лежащие ткани. На этом участке появляется уплотнение, кожа гиперемирована, отечна, границы поражения нечеткие. Пальпация в области поражения болезненна; отмечается и спонтанная болезненность, которая резко усиливается при движении крыльев носа и верхней губы. Вокруг первичного очага воспаления волосяного фолликула формируется некроз мягких тканей; некротизированные ткани, гибнущие микробные клетки, элементы волосяного фолликула и формируют так называемый стержень фурункула. В ряде случаев образуются несколько стержней (развивается карбункул). При этом заболевание протекает тяжелее, хотя и при фурункуле течение процесса иногда бывает тяжелым, сопровождается симптомами общей интоксикации (высокая температура тела, общая слабость, головная боль и т.д.). Температура тела может быть субфебрильной, высокой, носить ремиттирующий или гектический характер. Наблюдаются изменения крови воспалительного характера. Местные изменения локализуются не только в области носа. Отек и гиперемия кожи наблюдаются в области щеки, нижней губы; носогубная складка сглаживается, развивается отек век. При глубоком расположении фурункула может отмечаться абсцедирование в области перегородки носа, верхней губы или щеки. В развитии отека принимают участие легко тромбирующиеся сосуды; присоединяется флебит лица. При благоприятном течении процесса стержень фурункула отторгается, как правило, в область преддверия носа. Из образующегося вначале небольшого отверстия на поверхность кожи выделяются скудные капли крови и гноя. В течение 2-3 дней отверстие быстро увеличивается, выделение гноя становится обильнее. В сформировавшейся язве различим стержень зеленовато-грязного цвета, все еще плотно спаянный с подлежащими тканями. Обычно к этому времени субъективные ощущения слабеют, боли утихают, температура тела нормализуется. При неблагоприятном течении процесс прогрессирует, развивается тромбоз глазничных и лицевых вен, что предшествует развитию орбитальных и внутричерепных осложнений (флегмона глазницы, тромбоз кавернозного синуса). Лечение зависит от стадии заболевания и тяжести его течения. Широко и эффективно применяется гирудотерапия при фурункуле носа. В случаях абсцедирования в области перегородки носа и верхней губы необходимо производить его вскрытие. Своевременное

правильное лечение фурункула носа обычно позволяет предотвратить нагноительные процессы в мягких тканях лица.

Классификация ринитов(С.З.Пискунов, Г.З Пискунов 1997)

I. Острый ринит

1. Инфекционный: а) специфический
 б) неспецифический
2. Аллергический (сезонный)
3. Травматический

II. Хронический ринит

1. Инфекционный: а) *специфический*
 б) *неспецифический*
2. Катаральный
3. Аллергический (круглогодичный) - патоморфологические формы:
: а) вазодилататорная;
 б) гиперсекреторная;
 в) отечная;
 г) полипозная;
 д) смешанная.
4. Вазомоторный-патоморфологические формы:
а) вазодилататорная;
б) гиперсекреторная;
в) отечная;
г) полипозная;
д) смешанная.
5. Гипертрофический – *формы гипертрофии*
 а) кавернозная;
 б) фиброзная;
 в) сосочковая;
 г) полипозная;
 д) костная;
 е) смешанная.
6. Атрофический.
7. Озена.

Острый ринит — очаг острой инфекции в полости носа, одно из самых частых воспалительных заболеваний слизистой оболочки, вызывающее нарушение ее функций. Он наблюдается как самостоятельное заболевание — неспецифическое воспаление и как сопутствующий процесс при различных инфекционных заболеваниях — специфический ринит. В этиологии острого ринита основное значение имеет нарушение местной и общей иммунной защиты организма и активация в полости носа и носоглотке сапрофитной микрофлоры. Обычно это происходит при общем или местном переохлаждении тела, быстрее развивается у лиц со сниженной резистентностью (особенно с хроническими заболеваниями или ослабленных после острых заболеваний). Кроме того, предрасполагающими факторами для развития острого ринита могут быть различные травмы слизистой оболочки и инородные тела в полости носа, после оперативных вмешательств в полости носа. Для острого ринита характерны острое начало и поражение сразу обеих половин носа. Основные симптомы: расстройство общего состояния, выделения из носа и затруднение носового дыхания. Эти симптомы могут быть выражены в различной степени в зависимости от стадии заболевания. В типичной клинической картине выделяют три стадии течения: I — сухая стадия раздражения, II — стадия серозных выделений, III — стадия слизисто-гнойных выделений. I стадия (сухая стадия раздражения) обычно продолжается несколько часов, редко 1—2 сут. Больного беспокоят сухость в носу и носоглотке, ощущение щекотания, царапанья, жжения. Одновременно появляются недомогание, познобливание, тяжесть и боль в голове. Нередко наблюдается повышение

температуры тела до 37 °С и более. При передней риноскопии отмечают гиперемию и инъекцированность сосудов слизистой оболочки, ее сухость, отсутствие отделяемого. II стадия (стадия серозных выделений) характеризуется нарастанием воспаления, появляется большое количество прозрачной водянистой жидкости, прототевающей из сосудов (транссудат). Одновременно усиливается функция бокаловидных клеток и слизистых желез, поэтому отделяемое становится серозно-слизистым. В транссудате содержатся хлорид натрия и аммиак, что обуславливает раздражающее действие на кожу преддверия полости носа, особенно у детей. Кожа становится красной, слегка припухшей, с болезненными трещинами. В этот период ощущение жжения и сухости уменьшается, однако нарушение дыхания через нос усиливается, нередко развиваются конъюнктивит и слезотечение, ощущение заложенности и шум в ушах вследствие перехода процесса на слезопроводящие пути и слуховую трубу. III стадия (стадия слизисто-гнойных выделений) наступает на 4—5-й день от начала заболевания. Характеризуется появлением густого слизисто-гнойного, желтовато-зеленоватого отделяемого, что обусловлено наличием в нем форменных элементов крови (клеток воспаления) — прототевающих лейкоцитов, лимфоцитов, отторгшегося эпителия. В последующие дни количество отделяемого уменьшается, припухлость слизистой оболочки исчезает, восстанавливается носовое дыхание, улучшается общее состояние. Спустя 8—12 дней от начала заболевания острый насморк прекращается. При остром рините умеренное воспаление распространяется и на слизистую оболочку околоносовых пазух, о чем свидетельствуют наличие боли в области лба, переносицы, а также пристеночное утолщение слизистой оболочки пазух, регистрируемое на рентгенограммах. Продолжительность острого ринита зависит от иммунологического состояния организма и состояния слизистой оболочки полости носа. При хорошей реактивности организма, а также адекватном лечении ринит может протекать abortивно в течение 2—3 дней, при снижении иммунитета может "затянуться" до 3—4 нед, со склонностью к переходу в хроническую форму. Среди *осложнений острого ринита* необходимо указать на нисходящий фаринголаринготрахеобронхит, воспаление околоносовых пазух, слуховой трубы, среднего уха и слезных путей, дерматит преддверия полости носа. **Острый ринит у детей.** Он протекает тяжелее и возникает чаще, чем у взрослых. В раннем возрасте имеется ряд особенностей, которые могут отягощать течение заболевания. К ним относятся узость носовых ходов, незрелость иммунных механизмов, наличие аденоидных вегетаций, отсутствие навыков высмаркиваться и др., что в условиях воспаления способствует увеличению заложенности носа. Поскольку у грудных детей процесс захватывает одновременно слизистую оболочку носа и носоглотки любой ринит в этом возрасте следует рассматривать как ринофарингит. Для детского возраста характерна выраженная реакция организма, сопровождающаяся высокой температурой тела (до 39—40 °С), могут быть судороги, реже менингеальные явления. Грудные дети не могут сосать, если у них заложен нос. После нескольких глотков молока ребенок бросает грудь, чтобы вдохнуть воздух, поэтому быстро утомляется и перестает сосать, недоедает, худеет, плохо спит. В этой связи могут появляться признаки нарушения функции желудочно-кишечного тракта (рвота, метеоризм, понос и др.). В детском возрасте слуховая труба короткая и широкая, что также способствует распространению воспалительного процесса в среднее ухо. Острый ринит надо дифференцировать от острого специфического ринита, который является симптомом инфекционного заболевания (гриппа, дифтерии, кори, коклюша, скарлатины, гонореи, сифилиса, ВИЧ-инфекции). Как правило, лечение амбулаторное. Основные формы **хронического ринита** - катаральная, гипертрофическая и атрофическая - представляют собой неспецифический дистрофический процесс слизистой оболочки и в ряде случаев костных стенок полости носа. Возникновение хронического ринита, как правило, связано с дисциркуляторными и трофическими нарушениями в слизистой оболочке, полости носа, что может быть вызвано такими факторами, как частые острые воспаления в полости носа, раздражающее воздействие внешней среды - пыль, газ, сухость или влажность воздуха, колебания его температуры. Существенную роль в этиологии хронического ринита могут играть общие заболевания - сердечно-сосудистые, почек, дисменорея, частый копростаз, алкоголизм, а также местные процессы - obturация хоан

аденоидами, гнойное отделяемое при воспалении околоносовых: пазух. В этиологии заболевания могут иметь значение наследственные предпосылки, пороки развития и дефекты носа. Клиническая картина - **хронический катаральный ринит** - основные симптомы - затруднение носового дыхания и выделения из носа. При риноскопии определяются пастозность и отечность слизистой оболочки, нередко с цианотичным оттенком и небольшое утолщение в области нижней: раковины и переднего конца средней раковины при этом стенка полости носа покрыты слизью, нарушение обоняния бывает временным, морфологические изменения при катаральном рините локализуются в поверхностных слоях слизистой оболочки. Мерцательный эпителий теряет реснички, эпителиальный покров нарушен или инфильтрирован круглоклеточными элементами, подэпителиальный слой отечен. Сосуды слизистой оболочки носовых раковин расширены, стенки их могут быть истончены. Для отличия простой катаральной формы ринита от гипертрофированной выполняют пробу с анемизацией - смазывают утолщенную слизистую оболочку сосудосуживающим средством (0,1% раствор адреналина); при этом значительное уменьшение припухлости слизистой оболочки свидетельствует об отсутствии истинной гипертрофии. Если сокращение слизистой оболочки выражена незначительно или совсем не произошло, это указывает на гипертрофический ринит. Необходим контроль за состоянием околоносовых пазух, чтобы исключить вторичную природу ринита. **Хронический гипертрофический ринит.** Жалобы - постоянное затруднение носового дыхания, слизистое и слизисто-гнойное отделяемое, разрастание и утолщение слизистой оболочки носа, главным образом нижней раковины. Поверхность гипертрофированных участков может быть бугристой, гладкой, крупно-зернистой. Слизистая оболочка гиперемирована, полнокровная, слегка цианотичная, покрыта слизью. Вначале отмечается понижение обоняния (гипосмия), а затем постепенно в связи с атрофией обонятельных рецепторов наступает anosmia, понижается вкус. Заложенность носа обуславливает и изменение тембра голоса - появляется гнусавость. Морфологическая картина при этой форме насморка характеризуется гипертрофией слизистой оболочки, желез, костной ткани носовых раковин. Эпителиальный слой разрыхлен, реснички отсутствуют, функция реснитчатого аппарата нарушена. У некоторых больных отмечается полипозное перерождение слизистой оболочки, чаще в области средней раковины, может также возникать застойный отек и области задних концов нижних носовых раковин. Образованию полипов и отека способствует аллергия организма. **Атрофический ринит.** Простой хронический атрофический процесс слизистой оболочки носа может быть диффузным и ограниченным. Возникновение атрофического процесса в носу обычно связывают с длительным действием пыли, газов, пара. Особенно негативное влияние оказывает минеральная пыль (силикатная, цементная), табачная пыль. Нередко атрофический ринит развивается после операции - обширной конхотомии. Диагностика - жалобы на скудное вязкое слизистое или слизисто-гнойное отделяемое, которое прилипает к слизистой оболочке и высыхает, в результате чего образуются корки. Периодически затруднение носового дыхания связано с накоплением в общем носовом ходе корок. Больные жалуются на сухость в носу, глотке, понижение обоняния. Корки носа вызывают зуд, при этом больной пытается удалить их пальцем, что приводит к повреждению слизистой оболочки, при этом проникают микробы, могут образоваться язвы и даже перфораций. В связи с отторжением корок возникает небольшое повреждение. Гистологическая картина характеризуется истончением слизистой оболочки носа, уменьшением количества желез и их гипоплазией. Многорядный цилиндрический эпителий также становится тоньше, реснички отсутствуют. Наблюдается метаплазия цилиндрического эпителия в плоский. При передней и задней риноскопии видны, широкие носовые ходы, уменьшены в объеме раковины, покрытие бледной суховатой истонченной слизистой оболочкой, на которой местами имеются корки и вязкая слизь. Обычно при передней риноскопии после удаления корок можно увидеть заднюю стенку носоглотки. Лечение: 1) устранение эндо-экзогенных факторов, вызывающих насморк, 2) лекарственная терапия, 3) хирургическое вмешательство, 4) физиотерапия. При хроническом катаральном насморке применяют вяжущие вещества 3-5-% раствор протаргола (колларгола), смазывают слизистую 3-5% раствором ляписа. Одновременно назначают УВЧ. В

нос капли пелоидные (вытяжка, из лечебной грязи), ингаляции. При хроническом гипертрофическом рините применяет щадящие хирургические вмешательства: прижигание ляписом, трихлоруксусной кислотой, хромовой кислотой, гальванокаустика, подслизистая ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин, криовоздействие, лазеродеструкция или подслизистая вазотомия. Лечение атрофического ринита симптоматическое. Больной должен следить, чтобы в полости носа не скапливались корки и отделяемое. Систематически 1-й раз в день орошают носовую полость с помощью пульверизатора, смазывают слизистую оболочку носа йод-глицерином, назначают масляные капли в нос. **Озена** - это атрофический процесс слизистой оболочки и костных стенок области носа, сопровождающийся образованием секрета, засыхающего в зловонные корки, которые плотным слоем покрывают слизистую оболочку. В отличие от простого атрофического насморка, при озене атрофический процесс характеризуется распространением на костные стенки полости носа, особенно на кость раковины, продуцированием быстро засыхающего отделяемого с сильным специфическим неприятным запахом, который не бывает при атрофическом насморке. При озене метаплазия мерцательного цилиндрического эпителия, в плоский свойственная большей части слизистой оболочки. Этиология, патогенез. В нашей стране озена встречается редко, в основном у женщин. Определенное значение в этиологии заболевания имеют социально-бытовые условия. Важным представляется тот факт, что при этом заболевании более чем у 80% больных имеет место инфицирование организма клебсиеллой озены и одновременно у большинства больных наблюдается железодефицитная анемия. Заболевание продолжается всю жизнь; в период менструаций оно обостряется, во время беременности и лактации, а также к старости симптомы его заметно смягчаются. Клиническая картина. Больные жалуются на сильную сухость в носу, образование большого количества корок, наличие неприятного для окружающих характерного запаха, затруднение носового дыхания и резкое снижение или отсутствие обоняния. При риноскопии в обеих половинах носа хорошо видны буроватые или желто-зеленые темные корки, которые покрывают слизистую оболочку носа и часто выполняют почти всю его полость, могут распространяться на носоглотку, средний отдел глотки и даже гортань и трахею. После удаления корок носовая полость представляется расширенной, местами на слизистой оболочке имеется вязкий желто-зеленый экссудат. Диагноз устанавливается на основании характерного зловонного запаха из носа, наличия обильного количества корок, атрофии слизистой оболочки и костных стенок полости носа. Часто озена сопровождается атрофическим фарингитом и ларингитом, а иногда атрофическим трахеитом, для озены характерно почти полное исчезновение запаха из носа после удаления корок. В некоторых случаях при озене бывает седловидный нос; при этом необходимо исключить сифилис носа, сопровождающийся изъязвлением слизистой оболочки, что не характерно для озены. В диагностике озены имеет значение бактериологический метод, а также серологический - реакция связывания комплимента с озенным антигеном. Лечение озены включает железотерапию препаратами для в/в или в/м введения (феррум-лек, эктофер), антимикробную терапию антибиотиками, оказывающими действие на клебсиеллу (стрептомицин, кефзол), симптоматическое лечение направленное на устранение корок и зловонного запаха. Для удаления корок необходимо орошать полость носа из пульверизатора различными растворами. Можно рекомендовать изотонический или 1% раствор хлорида натрия с добавлением йода, 2% щелочами раствор, смесь из 10 мл салициловой кислоты, 20,0 хлорида натрия. 20,0 бикарбоната натрия; также применяют раствор стрептомицина; для размягчения корок используют индифферентное масло. После промывания носа размягченные корки удаляют, а очистившуюся слизистую оболочку припудривают смесью ментола и борной кислоты. Наряду с местным лечением применяют витаминотерапию, биостимуляторы; хирургическое вмешательство сводится к сужению носовых ходов, однако оно не нашло широкого применения. В возникновении **вазомоторного ринита** имеют значение органические и функциональные изменения нервной системы, часто гипоталамуса, расстройства эндокринной функции. **Аллергический ринит** может быть сезонный и постоянный. Сезонная форма связана с пылью цветущих растений (травы, деревья), поэтому она часто называется сенным насморком. Сезонная аллергическая форма

вазомоторного ринита повторяется у больных ежегодно, в одно и то же время в период цветения какого-то одного, а иногда нескольких растений. Постоянная форма аллергического ринита обычно обусловлена различными веществами (аллергены), с которыми человек постоянно контактирует, например, домашняя пыль, шерсть животных, перо спальных подушек, бумажная пыль, те или иные пищевые продукты, различная микрофлора. Сенсibilизация нередко возникает одновременно к нескольким аллергенам, что создает дополнительные трудности в диагностике и лечении заболевания. В диагнозе аллергического ринита учитывавшейся сведения из анамнеза о непереносимости тех или иных веществ, данные аллергологического исследования, клиническая и риноскопическая картины. Основными симптомами вазомоторного ринита является пароксизмальное чихание, сопровождающееся носовой гидрореей и затруднением носового дыхания. Лечение - комплексное: специфическая и неспецифическая гипо-сенсibilизация, местные методы, включая хирургические, и воздействие на нервную систему. Специфическая гипосенсibilизация применима лишь в тех случаях, когда точно определен аллерген, вызывающий заболевание. Она проводится в условиях аллергологической лаборатории. Внутриносвая блокада производится 1 или 2% раствором новокаина в слизистую оболочку нижних носовых раковин. Назначается физиотерапия - электрофорез 5% раствором хлорида кальция, 1% раствор димедрола, фонофорез с гидрокортизоном, магнитотерапия, иглорефлексотерапия, оперативное вмешательство - подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, щадящая конхотомия, полипотомиа, криохирургия. Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух являются наиболее распространенными из заболеваний ЛОР- органов.

Классификация синуситов (З.С.Пискунов, Г.З.Пискунов 1997)

1. По течению и форме поражения

Острый катаральный, гнойный, некротический.
Хронический катаральный, гнойный, пристеночно-гиперпластический, полипозный, фиброзный, кистозный (возможны смешанные формы, например: гнойно-полипозный, кистозно-гнойный), осложненный (остеомиелит, холестеатома, пио-мукоцеле, распространение процесса на клетчатку орбиты, венозные сосуды, полость черепа).

Вазомоторный аллергический, неаллергический

2. По причине возникновения

риногенный, одонтогенный, травматический.

3. По характеру возбудителя

вирусный, бактериальный (аэробный, анаэробный), грибковый, смешанный.

4. По распространенности процесса

этмоидит, гайморит, фронтит, сфеноидит, этмоидогайморит, этмоидофронтит, этмоидогайморифронтит, этмоидогайморосфеноидит, гемисинусит, пансинусит

В этиологии как острых, так и хронических синуситов основное значение имеет инфицирование пазух различной микрофлорой. При острых синуситах, как правило, выявляют монофлору, в то время как при хронических - преимущественно полифлору. Острые синуситы, как правило, развиваются на фоне ОРВИ и гриппа. Острый синусит может возникнуть и при остром рините в результате распространения инфекции со слизистой оболочки носа на пазухи, нарушение барофункции пазух, развития патогенной флоры в полости носа. Причинами развития острого синусита могут быть тампонада носа во время кровотечения (особенно при наличии гематосинуса), травмы носа и околоносовых пазух. В этиологии гайморитов могут играть роль и заболевания зубочелюстной системы (одонтогенные гаймориты). Причиной их служат гранулемы корней зубов, граничащих с нижней стенкой пазухи. Однако в равной степени к развитию гайморитов приводят и периодонтиты, при которых инфицирование пазух, по-видимому, происходит гематогенным путем. Острые одонтогенные гаймориты очень часто переходят в хронические в связи с поздней их диагностикой, а следовательно, нерациональным лечением, а также выраженной вирулентностью флоры, являющейся причиной заболевания. В патогенезе хронических синуситов значительное место занимают рецидивирующие или

неправильно леченные острые синуситы. Способствует переходу заболевания в хроническую форму снижение сопротивляемости организма, обусловленное перенесенными тяжелыми инфекционными заболеваниями, наличием хронических заболеваний (диабет, болезни крови, желудочно-кишечного тракта и др.). В ряде случаев хронические синуситы развиваются в результате нарушения оттока вследствие анатомических изменений в полости носа: наличия *bullaethmoidalis*, гипертрофии средней носовой раковины, резкого искривления перегородки носа и т. д. В последние годы большое значение в развитии хронических форм синуситов придается аллергии. Для **острого гайморита** из местных симптомов, обусловленных поражением пазухи, характерно ощущение тяжести, напряжения в области щеки. При затруднении оттока могут наблюдаться боль в зубах на одноименной стороне, давление на глаза. Иногда отмечается боль в области лба, некоторые больные жалуются на головную боль, не указывая ее локализацию. Одновременно с болевым синдромом появляется заложенность носа. Если процесс односторонний, то отмечается затруднение дыхания с одной стороны. Одновременно появляются выделения из носа слизисто-гнойного или гнойного характера. Заложенность носа обуславливает снижение обоняния, которое, как правило, носит характер респираторного нарушения, однако вследствие токсического влияния на обонятельный нерв может развиваться и эссенциальная гипосмия. Значительное набухание слизистой оболочки носа приводит и к появлению слезотечения из-за нарушения проходимости носослезного канала. Из объективных симптомов наиболее характерным является односторонняя (или двусторонняя) гиперемия слизистой оболочки носа, наиболее выраженная в области среднего носового хода. Из-под средней носовой раковины стекает гнойное отделяемое, а после отмаркивания вновь появляется полоска гноя в среднем носовом ходе. При резком отеке слизистой оболочки гноя в полости носа может и не быть. В этих случаях после анемизации слизистой оболочки голову больного наклоняют в сторону, противоположную пораженной пазухе; в таком положении выводное отверстие пазухи оказывается внизу и гной поступает в полость носа. Пальпация передней стенки верхнечелюстной пазухи болезненна. Мягкие ткани щеки могут быть отечными, иногда наблюдается также отечность век, однако это более характерно для осложненного течения гайморита. **Острый этмоидит** по симптоматике мало отличается от острого гайморита. Боли при остром этмоидите локализуются в области корня носа и глазницы. Особенно болезненна пальпация области ската носа у внутреннего угла глаза. Гнойное отделяемое обычно наблюдается как в среднем, так и в верхнем носовом ходе, поскольку при остром воспалении поражаются все группы клеток решетчатой кости. Для **острого фронтита** характерна локализация гноя в самых передних отделах среднего носового хода. Болезненна пальпация передней и особенно нижней стенки пазухи. Болевые ощущения в области лба могут быть спонтанными или появляются при легкой перкуссии в области проекции пазухи. Головная боль особенно выражена утром из-за затрудненного ночью оттока из пазухи, поскольку лобно-носовой канал в это время находится в горизонтальном положении. При риноскопии наиболее выраженные изменения наблюдаются в области переднего конца средней носовой раковины, слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. Для **острого гайморита** из местных симптомов, обусловленных поражением пазухи, характерно ощущение тяжести, напряжения в области щеки. При затруднении оттока могут наблюдаться боль в зубах на одноименной стороне, давление на глаза. Иногда отмечается боль в области лба, некоторые больные жалуются на головную боль, не указывая ее локализацию. Одновременно с болевым синдромом появляется заложенность носа. Если процесс односторонний, то отмечается затруднение дыхания с одной стороны. Одновременно появляются выделения из носа слизисто-гнойного или гнойного характера. Заложенность носа обуславливает снижение обоняния, которое, как правило, носит характер респираторного нарушения, однако вследствие токсического влияния на обонятельный нерв может развиваться и эссенциальная гипосмия. Значительное набухание слизистой оболочки носа приводит и к появлению слезотечения из-за нарушения проходимости носослезного канала. Из объективных симптомов наиболее характерным является односторонняя (или двусторонняя) гиперемия слизистой оболочки носа, наиболее выраженная в области среднего носового хода. Из-под средней носовой раковины

стекает гнойное отделяемое, а после отсмаркивания вновь появляется полоска гноя в среднем носовом ходе. При резком отеке слизистой оболочки гноя в полости носа может и не быть. В этих случаях после анемизации слизистой оболочки голову больного наклоняют в сторону, противоположную пораженной пазухе; в таком положении выводное отверстие пазухи оказывается внизу и гной поступает в полость носа. Пальпация передней стенки верхнечелюстной пазухи болезненна. Мягкие ткани щеки могут быть отечными, иногда наблюдается также отечность век, однако это более характерно для осложненного течения гайморита. **Острый этмоидит** по симптоматике мало отличается от острого гайморита. Боли при остром этмоидите локализуются в области корня носа и глазницы. Особенно болезненна пальпация области ската носа у внутреннего угла глаза. Гнойное отделяемое обычно наблюдается как в среднем, так и в верхнем носовом ходе, поскольку при остром воспалении поражаются все группы клеток решетчатой кости. Для **острого фронтита** характерна локализация гноя в самых передних отделах среднего носового хода. Болезненна пальпация передней и особенно нижней стенки пазухи. Болевые ощущения в области лба могут быть спонтанными или появляются при легкой перкуссии в области проекции пазухи. Головная боль особенно выражена утром из-за затрудненного ночью оттока из пазухи, поскольку лобно-носовой канал в это время находится в горизонтальном положении. При риноскопии наиболее выраженные изменения наблюдаются в области переднего конца средней носовой раковины, слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При **остром сфеноидите** больные жалуются на боли в области затылка и глаза, гнойные выделения, стекающие из носоглотки по задней стенке глотки, неприятный запах. При передней риноскопии удается, особенно после анемизации слизистой оболочки, увидеть полоску гноя в самых задних отделах верхнего носового хода. При задней риноскопии выявляют скопление гноя в куполе носоглотки. Наиболее выраженные изменения слизистой оболочки наблюдаются в задних отделах полости носа: гиперемия и отечность задних концов нижних и средних носовых раковин, отечность слизистой оболочки сошника. К диагностическим (одновременно и терапевтическим) методам относятся пункции и зондирование пазух. Лечение неосложненных острых синуситов, как правило, консервативное. Клиническая картина **хронических синуситов** вне рецидива менее выраженная, чем острых. Однако характер симптомов, их выраженность во многом зависят от формы синусита, локализации процесса, объема поражения (одна или несколько пазух), этиологических факторов заболевания, проходимости выводного канала и т. д. Головная боль обычно несильная, ее характер неопределенный, правда, в ряде случаев больные точно локализуют боль в области пораженной пазухи. Заложенность носа более выражена при полипозных, аллергических и грибковых формах заболевания, при других она может быть перемежающейся. Для гнойных, катаральных, серозных форм характерно наличие отделяемого из носа различного характера. Отделяемое локализуется в среднем или верхнем носовом ходе в зависимости от пораженной пазухи. Количество отделяемого определяется проходимостью выводного отверстия пазухи, а также распространенностью процесса (заинтересованность одной или нескольких пазух). При полипозных синуситах полипы образуются и в полости носа. Аллергические риносинуситы по симптоматике близки к аллергическому риниту, и поражение пазух выявляют рентгенологически. Для грибковых синуситов характерны резко выраженная мучительная односторонняя или двусторонняя заложенность носа, невралгические боли в области пораженной пазухи, зубная боль (при гайморитах), резко выраженное ощущение давления в пазухе. Характер выделений зависит от вида возбудителя: при плесневых микозах отделяемое вязкое, бело-серое или желтоватое, иногда желеобразное, при аспергиллезе - серого цвета, иногда с черноватыми точками, в ряде случаев напоминающее холестеатому, при кандидозе - желтого цвета, напоминает творожистые массы. Чаще, чем при других формах, при грибковых синуситах наблюдается припухлость мягких тканей лица, а иногда и свищи. Они протекают преимущественно как моносинуситы, чаще поражается верхнечелюстная пазуха. Во время обострения по симптоматике синуситы напоминают острый процесс в пазухах. Клиническая картина в течение синусита в момент обострения во многом зависит от наличия или отсутствия осложнения и его характера. Диагноз хронического синусита устанавливают по

совокупности клинических и рентгенологических данных. С целью дифференциальной диагностики различных форм синусита выполняют пункцию или дренирование пазух (определяют наличие и характер отделяемого), а также проводят рентгенологическое исследование с введением в пазухи контрастных веществ. Хирургическое лечение синуситов применяют при полипозных, гиперпластических, смешанных формах, а также экссудативных формах в случае безуспешности консервативного лечения. При полипозных синуситах, сочетающихся с полипозом носа, показана полипотомия, которую осуществляют с помощью полипной петли. При наличии этмоидита одновременно конхотомом удаляют остатки полипов под средней носовой раковиной и вскрывают клетки решетчатой кости.

Риногенные глазничные осложнения. За последние годы наблюдается ее повышение, что объясняется изменением вирулентности микрофлоры под влиянием антибиотиков, а также преобладанием в этиологии острых и обострений хронических синуситов, в вирусной инфекции. У взрослых причиной риногенных осложнений чаще являются обострения хронических синуситов. Из околоносовых пазух в глазницу инфекция распространяется либо контактным путем, либо по венам. Характер патологического процесса в глазницах разнообразен. При обострении процесса в пазухах и острых синуситах может наблюдаться воспалительный отек клетчатки глазницы, обусловленный, очевидно, нарушением венозного оттока. Подобные изменения обычно удается ликвидировать с помощью рационального лечения пазух. Глазничные осложнения проявляются характерными общими и местными симптомами, выраженность которых зависит от характера процесса в пазухе, вида осложнения и локализации очага в глазнице. Наименее выраженные клинические проявления наблюдаются при периостите глазницы, причем тяжесть заболевания возрастает при прогрессировании процесса: развитии субпериостального и ретробульбарного абсцессов, абсцесса глазницы, флегмоны глазницы. При **периостите** изменения обычно ограничиваются воспалительной инфильтрацией тканей, что проявляется отеком обоих век или верхнего века и инъекцией сосудов конъюнктивы. У больных с острым воспалением глазничной клетчатки отмечается значительный отек тканей. Ткани обычно напряжены, кожа гиперемирована. Может наблюдаться небольшой экзофтальм. При отеке ретробульбарной клетчатки он более выражен. **Флегмона глазницы** - наиболее тяжелое и опасное из рассматриваемых осложнений. Ее развитие всегда сопровождается экзофтальмом с ограничением движения глазного яблока, которое часто эксцентрически смещается. К экзофтальму присоединяется общая симптоматика: повышение температуры тела, тошнота, рвота, головная боль. Боли в глазнице нарастают, так же как отек и гиперемия век, появляется хемоз. Возможно развитие слепоты вследствие нарушения кровоснабжения сетчатки. Образованию флегмоны глазницы может предшествовать тромбоз вен, который проявляется аналогичными симптомами. При наличии изменений в глазнице обязательно проводят рентгенологическое исследование пазух, так как у 60-80% больных причиной проникновения инфекции в глазницу являются синуситы. Определение характера глазничных осложнений часто затруднено из-за схожести симптомов при различных внутриглазных процессах, проводить его должны совместно оториноларинголог и окулист. Клиническая картина периостита глазницы и субпериостального абсцесса одинакова, лишь при субпериостальном абсцессе и местные, и общие симптомы выражены ярче. Иногда при поверхностной локализации абсцесса определяется флюктуация; необходимо произвести пункцию предполагаемого абсцесса. Редкое осложнение синуситов - **неврит зрительного нерва**. Чаще всего он наблюдается при сфеноидите, причем иногда это единственный симптом поражения пазухи. Заболевание развивается вследствие прямого распространения инфекции из пазухи на зрительные пути. Не исключено развитие неврита зрительного нерва и при гайморитах, воспаление распространяется по венозным и лимфатическим путям. Заболевание проявляется резким ослаблением зрения и цветоощущения, возникновением центральной скотомы, снижением зрачкового рефлекса, при воспалении переднего отдела зрительного нерва развивается отек диска зрительного нерва. Еще более редким осложнением является **панофтальмит** - воспаление всех тканей и оболочек глаза. При этом, по-видимому, первичным является тромбоз вен глазницы с развитием эндофтальмита, а затем и панофтальмита. Исход заболевания - атрофия

глазного яблока и слепота. Для предотвращения развития внутричерепных осложнений часто требуются энуклеация глаза и даже экзисцерация глазницы. Лечение таких больных должны проводить только в стационаре совместно оториноларинголог и окулист. Метод лечения выбирают в зависимости от характера поражения глазницы и околоносовых пазух. При негнойных формах глазничных осложнений (реактивный отек клетчатки, диффузное негнойное воспаление клетчатки, остеопериостит), развившихся как следствие острого синусита, проводят консервативное лечение: активную санацию пазух путем их дренирования, введение антибиотиков в пазуху, использование всего арсенала средств местного воздействия, массивную общую антибиотикотерапию, причем назначают антибиотики желателен широкого спектра действия, в максимально допустимых возрастных дозах. При обострении экссудативных форм синуситов и негнойных формах глазничных осложнений также возможно консервативное лечение при условии хорошего дренирования пораженной пазухи. Однако если через 1-2 дня не происходит выраженное улучшение, то проводят оперативное вмешательство на пазухах. В случаях гнойного характера поражения глазницы и хронического гнойного синусита необходимо в ранние сроки выполнить оперативное вмешательство на соответствующей околоносовой пазухе с одновременным элиминированием гнойного очага в глазнице, что можно произвести или через оперированную пазуху, или с помощью дополнительной орбитотомии. Оперативное вмешательство выполняют в сочетании с антибиотикотерапией. Эффективность лечения зависит от времени, прошедшего от начала заболевания, правильности избранной тактики, чувствительности микрофлоры к антибиотикам и т.д.

Риногенные внутричерепные осложнения. **Риногенный менингит** — воспаление оболочек головного мозга, развивающееся в результате распространения бактериальной инфекции из полости носа и околоносовых пазух. Встречается реже, чем при воспалениях уха. Возникает обычно при остром или обострении хронического гнойного воспаления в верхней группе околоносовых пазух — лобной, решетчатых, клиновидной. Инфекция чаще всего контактным путем проникает в переднюю черепную ямку и вызывает воспаление мозговых оболочек. Возможно возникновение гнойного менингита при травме решетчатой пластинки во время внутриносовых операций, при переломах основания черепа. Клиника и диагностика. Для гнойного менингита характерны острое начало, высокая постоянная температура тела. Повышение внутричерепного давления обуславливает диффузную головную боль, сопровождающуюся тошнотой и рвотой. Кроме того, воспалительный процесс, в той или иной мере распространяясь на головной мозг и черепные нервы, может быть причиной появления судорог, психомоторного возбуждения, потери сознания и появления патологических рефлексов — Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Брудзинского и др. Постоянными признаками менингита являются симптомы раздражения мозговых оболочек — ригидность затылочных мышц, симптом Кернига.

Диагностически достоверным и постоянным признаком менингита считают изменение спинномозговой жидкости — увеличение в ней количества клеток и содержания белка. При спинномозговой пункции жидкость вытекает частыми каплями или струей вследствие повышения внутричерепного давления, обусловленного резким увеличением продукции спинномозговой жидкости. Данные обзорных рентгенограмм или КТ позволяют выявить первичный гнойный очаг. Лечение. Заключается в срочной *расширенной радикальной операции* на пораженных околоносовых пазухах с целью элиминации гнойного очага при необходимости с обнажением твердой мозговой оболочки. Одновременно проводят массивную противовоспалительную, дегидратационную терапию, спинномозговые пункции.

Экстрадуральный абсцесс (ограниченный пахименингит) — скопление гноя между твердой мозговой оболочкой и костью. Чаще всего возникает в результате распространения инфекции контактным путем при поражении лобной, решетчатых и реже клиновидной пазух. Клиника малосимптомна, обычно абсцесс обнаруживают случайно при хирургическом вмешательстве. Возможны локальная головная боль, которая усиливается в проекции гнойника при перкуссии черепа, приступы тошноты и рвоты, затруднение отведения глазного яблока кнаружи. Общее состояние характеризуется повышением температуры тела, слабостью, плохим самочувствием, симптомами поражения околоносовых пазух. Лечение хирургическое —

радикальная операция на околоносовых пазухах с целью ликвидации гнойного очага, широкое обнажение мозговой оболочки в области поражения и дренирование гнойника. **Риногенный абсцесс головного мозга** -ограниченное скопление гноя в головном мозге, возникающее вторично при наличии очаговой инфекции в околоносовых пазухах. Чаще всего источником инфекции является лобная пазуха, реже — решетчатый лабиринт и верхнечелюстная пазуха. Абсцесс обычно локализуется в лобной доле головного мозга и почти всегда располагается на Характерны очаговые симптомы поражения лобной доли — расстройство психики, нарушение статики и походки, патологические рефлексы — хватательный и сосательный. Расстройство психики выражается в снижении интеллекта и памяти. Наблюдаются эйфория, неадекватность поведения, дурашливость, прожорливость. Судороги, парезы и зрительные нарушения также характерны для очаговой симптоматики абсцесса лобной доли. Судороги носят характер джексоновских припадков, начинаются с мимических мышц лица противоположной стороны и распространяются сначала на верхнюю, затем на нижнюю конечности. Иногда могут наблюдаться и речевые расстройства. При распространении воспалительной реакции за пределами лобной доли возникают дислокационные симптомы — чувствительные и двигательные расстройства на стороне, противоположной абсцессу. Терминальная стадия абсцесса характеризуется грубыми нарушениями функций организма, обусловленными как общей интоксикацией, так и явлениями отека мозга. Диагностика. Складывается из характерных жалоб, клинических и неврологических симптомов. При появлении первичных признаков заболевания показана КТ или МРТ, которые дадут точные данные в отношении наличия и локализации объемного процесса в черепе. пораженной пазухи. Лечение. Заключается в экстренной хирургической элиминации гнойного очага в околоносовых пазухах. Если источником абсцесса является лобная пазуха, то хирургическую санацию сочетают с декомпрессионной трепанацией мозговой (задней) стенки пазухи. После обнажения твердой мозговой оболочки обращают внимание на ее цвет, толщину, наличие фиброзных налетов, грануляций. Пункцию твердой мозговой оболочки производят после обработки ограниченного участка ее спиртовым раствором йода, специальной толстой иглой с тупым концом на глубину 3—4 см. При обнаружении гнойника мозга по игле расширяют рану и вставляют резиновую полоску в полость абсцесса. Хирургическое вмешательство необходимо сочетать с массивной противовоспалительной, антибактериальной, детоксикационной и дегидратационной терапией в условиях реанимационного отделения. **Тромбоз пещеристого синуса** — образование тромба вплоть до полной окклюзии просвета синуса, сопровождаемое воспалением его сосудистой стенки. Заболевание обусловлено распространением инфекции из области носогубного треугольника (при фурункулах носа) или при гнойном воспалении околоносовых пазух. Клиника тромбоза пещеристого синуса складывается из общих, общемозговых, оболочечных и местных симптомов. **Общая симптоматика** характеризуется тяжелым общим септическим состоянием, сопровождающимся высоким ремиттирующим подъемом температуры тела, сочетающимся с ознобами, обильным потоотделением и слабостью. **Общемозговая симптоматика** сопряжена с повышением внутричерепного давления и выражается в головной боли, тошноте, рвоте. **Менингеальная симптоматика** характеризуется ригидностью затылочных мышц при отрицательных симптомах Кернига и Брудзинского (диссоциированный симптомокомплекс). Из местных признаков отмечают двустороннюю отечность век, хемоз, экзофтальм и птоз глазных яблок, параличи глазных мышц. Через тонкую кожу век, в области лба и корня носа выступают расширенные вены. При осмотре глазного дна видны застой, отек диска зрительного нерва, резко расширенные вены, кровоизлияния на сетчатке. Диагностика тромбоза пещеристого синуса проводится на основании общеклинических данных, КТ и рентгенологического исследования околоносовых пазух. Лечение. Заключается в экстренной санации гнойного очага в околоносовых пазухах и применении массивной антибактериальной терапии в сочетании с антикоагулянтами. Ведущее место в консервативной терапии отводят введению гепарина по соответствующей схеме, также гирудотерапии. **Риногенный сепсис**. Сепсис — патологический симптомокомплекс, обусловленный постоянным или периодическим поступлением в кровь микроорганизмов из

очага гнойного воспаления. Риногенный сепсис встречается относительно редко, характеризуется тем, что первичный очаг гнойного воспаления расположен в носу и околоносовых пазухах. Возникновению риногенного сепсиса обычно предшествуют тромбозы пещеристого синуса или тромбоз вен клетчатки глазницы. При гнойных процессах в небных миндалинах и паратонзиллярном пространстве возможны случаи тонзиллогенного сепсиса, отогенный сепсис, который встречается чаще других, сопряжен, как правило, с тромбозом сигмовидного и каменистых синусов. В клинической картине преобладают тяжелые полиорганные нарушения, тогда как местные воспалительные изменения выражены слабо. Различают две формы сепсиса — *септицемическую* и *септикопиемическую*, однако их можно рассматривать и как стадии одного процесса. По длительности течения процесса различают острый сепсис — до 6 нед и хронический сепсис — более 6 нед. Септицемическая форма сепсиса не сопровождается образованием метастатических очагов гнойной инфекции, но она может более или менее быстро перейти в септикопиемическую, характеризующуюся образованием метастатических очагов гнойной инфекции. Для больных характерно тяжелое общее состояние, высокая температура тела постоянного или гектического типа, потрясающие ознобы, головная боль, слабость, потеря аппетита. Падение температуры сопровождается обильным потоотделением. Частота пульса, как правило, меняется соответственно температуре тела. Возможны изменения психоэмоционального статуса до грубых общемозговых расстройств (коматозное состояние). В последующем присоединяются воспалительные изменения со стороны внутренних органов — почек, эндокарда, печени, кишечника, селезенки. Местные изменения характеризуются отеком, гиперемией и инфильтрацией век и параорбитальной области одного или обоих глаз с образованием плотных сосудистых тяжей. Наблюдается экзофтальм (глазное яблоко смещено вперед), подвижность глаза резко ограничена, болезненна. Иногда нарушается зрение. **Диагностика.** Подозрение на наличие сепсиса возникает при продолжительности лихорадки более 5 дней и появлении немотивированных подъемов температуры тела до фебрильных значений с последующим падением до субфебрильных. Для лабораторных анализов крови характерны лейкоцитоз или лейкопения, тромбоцитопения; положительные результаты бактериологического исследования крови — обнаружение гемокультуры. Для получения достоверного результата необходим трехкратный забор крови в объеме 20—30 мл с интервалами 1 ч во время подъема температуры тела, по возможности до начала антибиотикотерапии. **Лечение.** Необходима интенсивная терапия, включающая хирургическую санацию причинного очага и этиопатогенетическое медикаментозное воздействие. До получения результатов бактериологического исследования проводят эмпирическую антибактериальную терапию в максимальной дозировке.

должен знать установить диагноз и провести необходимое лечение следующих **заболеваний носа и его околоносовых пазух:**

- фурункул и карбункул носа;
- рожистое воспаление носа;
- сикоз преддверия носа;
- острый ринит;
- хронический катаральный, гипертрофический и атрофический ринит;
- озена;
- аллергический ринит;
- ринит
- различные проявления искривления перегородки носа;
- гематомы и абсцесса перегородки носа
- аномалии строения полости носа;
- кровоточащий полип носа
- искривления перегородки носа
- атрезия хоан;

- острое и хроническое воспаление околоносовых пазух;
 - риногенные глазничные и внутричерепные осложнения, сепсис
- должен уметь проводить**
- первичная хирургическая обработка ран носа;
 - прижигание кровоточащего сосуда полости носа;
 - электрокоагуляция кровоточащего сосуда полости носа;
 - передняя и задняя тампонада полости носа;
 - репозиция костей носа;
 - вскрытие фурункула и карбункула носа;
 - вскрытие гематомы и абсцесса перегородки носа;
 - удаление инородных тел носа;
 - пункция верхнечелюстной пазухи;
 - зондирование околоносовых пазух через естественное соустье;
 - внутриносовая блокада;
 - криовоздействие, лазерное воздействие, ультразвуковая, радиоволновая, холодноплазменная дезинтеграция носовых раковин;
 - конхотомия;
 - подслизистая резекция носовой перегородки;
 - отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях;
 - вазотомия;
 - вскрытие верхнечелюстной пазухи;
 - вскрытие лобной пазухи;
 - вскрытие клеток решетчатого лабиринта;
 - вскрытие основной пазухи;
 - трепанопункция лобной пазухи;
 - неотложную помощь при острых заболеваниях и травмах носа

Клиника, диагностика и лечение болезней глотки и пищевода – 294 часов:

Острый фарингит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Острый тонзиллит. Этиология, патогенез, клинические формы, лечение, профилактика. Дифференциальная диагностика первичного острого тонзиллита и дифтерии глотки. Ангина язычной миндалины. Ангина носоглоточной миндалины. Клиника, диагностика, лечение. Ангины при инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови. Грибковые поражения глотки. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс. Патогенез, клинические формы, отличия от других воспалительных заболеваний глотки, клиническая картина в зависимости от локализации гнойника. Осложнения. Неотложная помощь, принципы лечения и профилактика. Латерофарингеальный абсцесс (флегмона). Тонзиллогенный медиастенит. Пути и условия проникновения инфекции в латерофарингеальное пространство и медиастинум. Врачебная тактика, принципы лечения. Тонзиллогенный сепсис. Патогенез, клинические формы, диагностика хирургическая тактика и интенсивная терапия. Заглочный абсцесс. Этиология, патогенез, клиническая картина с учетом локализации гнойника. Дифференциальная диагностика. Лечение. **Хронический тонзиллит** у взрослых и детей. Определение, этиология, патогенез, клиническая классификация, клиника, диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение: абсолютные и относительные показания, противопоказания, осложнения. Выбор метода хирургического лечения: тонзиллэктомия, ультразвуковая, крио-, лазерная деструкция. Профилактика. Связь хронического тонзиллита с патологией внутренних органов и нервной системой у взрослых и детей. Связанные с тонзиллитом заболевания. Значение иммунотерапии в комплексном лечении и профилактике хронического тонзиллита. **Хронический фарингит.** Причины, клинические формы, лечение и профилактика. Гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца. Этиология и

патогенез. **Аденоидные разрастания.** Клиника, диагностика, лечение. Влияние аденоидов на состояние дыхательной, нервной, зубочелюстной системы у детей. Острый и хронический аденоидит. Клиника, диагностика, лечение. Аденоотомия, показания, подготовка, техника операции, осложнения. **Гипертрофия небных миндалин.** Клиника, дифференциальная диагностика с новообразованиями глотки. Лечение. Аномалии развития глотки, пищевода (дивертикулы), врожденные свищи и кисты шеи. Диагностика, принципы лечения. **Травмы глотки** у взрослых и детей. Неотложная помощь, лечение, профилактика. **Инородные тела глотки.** Диагностика, удаление инородных тел. **Инородные тела пищевода** у взрослых и детей. Клиническая картина, осложнения, клиническая и рентгенологическая диагностика. Неотложная помощь. **Химические ожоги полости рта, глотки и пищевода** у взрослых и детей. Патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Неотложная помощь. Лечение рубцовых стенозов пищевода.

Возникновение **острого ринофарингита** обусловлено распространением инфекции из нижней части глотки и носовой полости при остром и обострениях хронического воспаления глотки, носа и околоносовых пазух. Этиологическими факторами являются - переохлаждения, вирусная, бактериальная инфекция. Чаще всего это заболевание встречается у детей, особенно при наличии аденоидных вегетаций, а также страдающих различными формами диатеза. Морфологические изменения характеризуются отеком, инфильтрацией клеточными элементами слизистой оболочки, расширением сосудов, десквамацией эпителия, гиперемией. Воспалительная реакция больше выражена в местах скопления лимфоидной ткани. Клиническая картина. Неприятные ощущения в носоглотке - жжение, покалывание, сухость, скопление слизистого отделяемого, беспокоит головная боль. Часто возникает затруднение носового дыхания и гнусавость. Лечение. 2 - 5 % раствор протаргола, колларгола в нос, физиотерапия. Чаще возникает как нисходящее острое воспаление полости носа и носоглотки или сочетается с воспалением полости рта и миндалин. Общее охлаждение организма или местное переохлаждение глотки, холодным воздухом, раздражение ее слизистой оболочки газами или запыленным воздухом, курение, а также раздражение выделениями, стекающими по задней стенке глотки при воспалении околоносовых пазух, могут явиться причиной острого ларингита. При **остром фарингите** слизистая оболочка инфильтрирована мелкоклеточными элементами, возникает ее отечность и гиперемия, слизистые железы увеличивают продукцию секрета, лимфоидные фолликулы отекают, боковые валики глотки, состоящие из лимфаденоидной ткани, инфильтрированы, отечны. Клиническая картина. При остром фарингите наиболее частыми симптомами являются: ощущение сухости, саднения и болезненности в глотке, гиперемия ее слизистой оболочки. Боль усиливается и иррадирует в ухо при глотании. На задней стенке часто бывает слизисто-гнойное отделяемое. Гиперемия и припухлость распространяется с задней стенка глотки на задние небные дужка и язычок. Утолщенные и гиперемированные фолликулы выступают над поверхностью слизистой оболочки. При непрямой ларингоскопии отмечается гиперемия верхнего кольца гортани - надгортанника, черпало-надгортанных складок и наружной поверхности черпаловидных хрящей. Выраженные формы острого фарингита сопровождаются регионарным лимфаденитом, а у детей и повышенной температурой тела. Продолжительность болезни до 2-х недель, переход в хроническую форму обычно обусловлен длительным воздействием на слизистую оболочку тех или иных раздражающих факторов. Диагностика. Дифференцировать острый фарингит у детей с гонорейным ларингитом. Анамнез и соответствующие бактериологические и серологические исследования помогут установить диагноз. Лечение. Исключение раздражающей пищи, назначение ингаляций и пульверизация теплых щелочных и антибактериальных растворов при повышенной температуре тела доказаны антибактериальные препараты и ацетилсалициловая кислота внутрь. **Ангиной** называется общее острое инфекционное заболевание, при котором местное острое воспаление поражает лимфаденоидную ткань различных миндалин глотки. В подавляющем большинстве случаев бывает ангина небных миндалин, в то время как другие миндалины вовлекаются в воспалительный процесс значительно реже. Поэтому во врачебной практике принято под термином "ангина" подразумевать ангину небных миндалин. Ангина не является однородным

заболеванием, она различается по этиологии, патогенезу и форме клинического течения. Общие цифры заболеваемости населения ангиной достаточно велики; среди взрослых она составляет 4-5 %, а среди детей - более 6%. В борьбе с ангиной нужно учитывать, что она может вызывать такие осложнения, как ревматизм, неспецифический инфекционный полиартрит, нефрит и др., а также отягощать течение этих и других заболеваний организма она может переходить в хронический тонзиллит. Этиология и патогенез. Среди разнообразных возможных микробных возбудителей ангины - кокков, палочек, вирусов, спирохет, грибов и другие - в большинстве случаев основная этиологическая роль принадлежит бета-гемолитическому стрептококку группы А. Этот возбудитель, по данным ряда авторов, обнаруживается при ангине более чем в 80%, по сведениям других - в 50-70% случаев. К частым возбудителям ангины следует отнести также золотистый стафилококк. Известны вспышки ангины элементарного происхождения, вызванные зелеными стрептококком. Вирусологические и клинические исследования показали, что аденовирусы также могут вызывать различные формы ангины, которые фарингоскопические неотличимы от микробных ангин. Экзогенным источником инфицирования является не только больной ангиной, но и бактерионоситель вирулентной инфекции. В основе аутоинфицирования лежит либо ослабление естественных защитных механизмов организма, либо повышение патогенности условно-патогенной или патогенной микрофлоры, носителем которой является человек. Чаще всего аутоинфицирование происходит при хроническом тонзиллите. Следует различать три основных формы возникновения ангин: 1) эпизодическая, возникающая как аутоинфекция при ухудшении условий внешней среды, чаще всего в результате заражения от больного человека; 2) эпидемическая в результате заражения от больного; 3) ангина, возникающая как обострение хронического тонзиллита. В большинстве случаев ангины являются обострением хронического тонзиллита, в основе которого лежат токсико-аллергические процессы. В патогенезе ангин определенную роль может играть пониженные адаптационные способности организма к холоду, резкие сезонные колебания условий внешней среды (температура, влажность, питание, поступление в организм витаминов и др.). Травма миндалин, конституциональная предрасположенность к ангинам, состояние центральной и вегетативной нервной системы. Предрасполагающими к ангинам факторами являются хронические воспалительные процессы в полости рта, носа и околоносовых пазух. Развитие ангины происходит по типу аллергической - гиперергической реакции, что является предпосылкой для возникновения у ангины таких осложнений, как ревматизм, острый диффузный небрит и других заболеваний, имеющих лекционно-аллергический характер.

Классификация ангин. Для классификации ангин предложено несколько схем, в основе которых положены различные критерии - клинические, морфологические, патофизиологические, этиологические и др. В практике наибольшее распространение получала классификация Б.С. Преображенского, основанная на фарингоскопических признаках, дополненная данными, полученными при лабораторных исследованиях, иногда сведениями этиологического и патогенетического характера. Данная классификация включает следующие **формы ангин: 1 - катаральная, 2 - фолликулярная, 3 - лакунарная, 4 - фиброзная, 5 - герпетическая, 6 - флегмонозная, 7 - язвенно-некротическая (гангренозная), - смешанная формы.** К этому основному диагнозу после получения соответствующих данных могут быть добавлены название микроба, вызвавшего ангину (стрептококковая, стафилококковая) или иные характерные черты (травматическая, токсическая, моноцитарная). Среди клиницистов принято подразделять все имеющиеся ангины на вульгарные (банальные и атипические). Для вульгарных ангин характерно наличие четырех общих признаков: 1) имеется выраженная симптоматика общей интоксикации организма; 2) имеются патологические изменения в небных миндалинах; 3) длительность вульгарных ангин не превышает 7 дней; 4) первичным фактором в этиологии названных ангин является бактериальная или вирусная инфекция. Патологоанатомические изменения, возникающие при ангине, характеризуются резко выраженным в паренхиме миндалин расширением мелких кровеносных и лимфатических сосудов, тромбозом мелких вен и стазом в лимфатических капиллярах. При катаральной ангине миндалины гиперемированы, слизистая оболочка набухшая, пропитана серозным секретом,

эпителиальный покров миндалин на зевной поверхности и в криптах густо инфильтрирован лимфоцитами и лейкоцитами. В некоторых местах эпителий разрыхлен и десквамирован. При фолликулярной ангине присоединяются более глубокие изменения в паренхиме миндалин. Возникают лейкоцитарные инфильтраты в фолликулах, в некоторых из них появляется некроз. Те из фолликулов, которые располагаются под эпителием, просвечивают через него в виде желтых "просяных" точек, которые хорошо определяются при фарингоскопии. Слияние таких нагноившихся фолликулов ведет к образованию многочисленных мелких абсцессов. При лакунарной ангине в лакунах скапливается вначале серозно-слизистое, а затем, по мере вскрытия в просвет крипт некротизировавшихся фолликулов, гнойное отделяемое. Экссудат в лакунах состоит из лейкоцитов, лимфоцитов, слущенного эпителия и фибрина: постепенно он выступает через устья лакун на поверхность миндалин в виде беловато-желтых точечных налетов, создавая фарингоскопическую картину лакунарной ангины. Налеты из устьев лакун могут распространяться и соединяться с соседними, образуя более широкие сливные налеты, которые легко, без повреждения слизистой оболочки, снимаются шпателем. Лакунарная и фолликулярная ангины сопровождаются увеличением миндалин. При фибринозной ангине эпителиальный покров на какой-то части миндалин отсутствует, его заменяет фибриновый пласт, который с трудом снимается шпателем, оставляя эрозивную поверхность. При герпетической ангине серозный экссудат образует подэпителиальные небольшие пузырьки, которые, лопаясь, оставляют дефекты эпителиальной выстилки, одновременно такие же пузырьки могут появиться на слизистой оболочке мягкого неба, щек и губ. При флегмонозной ангине (интратонзиллярный абсцесс) нарушается дренаж лакун, паренхима миндалин вначале отекает, затем инфильтрируется лейкоцитами, некротические процессы в фолликулах, сливаясь, образуют гнойник внутри миндалин. Язвенно-некротическая ангина характеризуется распространением некроза на эпителий и паренхиму миндалин. На миндалинах, а нередко и на небных дужках и стенках глотки, возникают язвенные дефекты с грязно-серым налетом. *Клинические формы вульгарных ангин.* Эти ангины распознаются при фарингоскопической картине. *Катаральная ангина* - встречается редко, Заболевание начинается остро, в горле появляются ощущения жжения, сухости, першения, а затем небольшая боль при глотании. Беспокоят общее недомогание, разбитость, головная боль. Температура тела субфебрильная, имеются небольшие воспалительного характера изменения периферической крови. Фарингоскопически определяется разлагающая гиперемия миндалин и краев небных дужек, миндалины увеличены, местами могут быть покрыты тонкой пленкой слизисто-гнояного экссудата. Язык сухой, обложен. Часто имеется увеличение регионарных лимфатических узлов. *Фолликулярная ангина.* Болезнь начинается с повышением температуры тела до 38-39 °С, однако она может быть и субфебрильной. Появляется сильная боль в горле при глотании; часто иррадиирующая в ухо; повышена саливация. В связи с выраженной интоксикацией организма возникает головная боль, иногда боль в поясничной области, лихорадка, озноб, общая слабость. У детей могут быть рвота, явления менингизма, помрачение сознания. Реакция крови чаще значительная - нейтрофильный лейкоцитоз до 1200-1500, умеренный палочкоядерный сдвиг влево, эозинофилия, СОЭ 30-40 ммч, появляются следы белка в моче. Ангина вирусной этиологии может протекать без лейкоцитоза. Увеличены регионарные лимфатические узлы, пальпация их болезненна, может быть увеличена селезенка. Изменен тембр голоса - гнусавость, однотонность: на высоте заболевания могут быть боли в сердце. Фарингоскопически - определяется разлитая гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек, увеличены и гиперемированы миндалины, на их поверхности видны многочисленные круглые, несколько возвышающиеся над поверхностью желтоватые или желтовато-белые точки величиной от 1 до 3 мм. Эти образования представляют собой нагноившиеся фолликулы миндалин, они вскрываются на 2-3-й день болезни, после них остаются быстро заживающие эрозии. *Лакунарная ангина.* Начало болезни и ее общие симптомы такие же, как и при фолликулярной ангине. Фарингоскопически при лакунарной ангине отмечается на гиперемированной поверхности увеличенных миндалин островки желто-белого налета. Иногда отдельные участки налета сливаются и покрывают большую часть миндалин, не выходя за ее пределы. Налеты легко

снимается без повреждения эпителиального покрова. *Фибринозная (фибризно-пленчатая) ангина*. В ряде случаев фолликулярная или лакунарная ангина может развиваться по типу фибринозной, когда основой для образования пленки, являются лопнувшие нагноившиеся фолликулы при лакунарной ангине фибринозные налеты распространяются из области некротизации эпителия в устья лакун соединяются с соседними участками, образуя сплошной налет, который может выходить за пределы миндалина. Фибринозную ангину иногда называют псевдодифтерической, ложнопленочной, дифтероидной, подчеркивая тем самым, несмотря на внешнее сходство, что это не дифтерийный процесс. Диагностика основывается только на бактериологическом исследовании мазков из различных отделов глотки, рта и носа. Фибринозная ангина, агранулоцитарная, Симановского-Венсана и др. не сопровождается значительной общей воспалительной реакцией и увеличением регионарных лимфатических узлов. Лечение. Соблюдение щадящего режима, местная и общая терапия. Обязательным является постельный режим в первые дни заболевания, а затем - домашний без физических нагрузок, вольного отгораживают, ему выделяют отдельную посуду и предметы ухода. Госпитализация осуществляется в инфекционное отделение только в случаях тяжелого течения заболевания. Назначают нераздражающую, мягкую питательную пищу, полезно обильное питье. Основу медикаментозного лечения ангины составляет применение антибактериальных препаратов, прежде всего антибиотиков. Антибиотики дают внутрь или в\м в зависимости от тяжести состояния больного. Для предупреждения кандидоза необходимо назначение циститина. Назначаются сульфаниламидные препараты, целесообразно также назначение гипосенсибилизирующих препаратов. Помимо общей терапии назначают полоскание растворами соды или поваренной соли, фурациллина, перманганата калия, перекиси водорода, настойкой календулы, отваром ромашки; накладывают согревающий компресс на подчелюстную область. *Флегмонозная ангина (интратонзиллярный абсцесс)*. Внутриминдаликовые абсцессы встречаются редко. Их возникновение связано с гнойным расплавлением участка миндалина; поражение одностороннее. Этиологическую роль в возникновении флегмонозной ангины могут играть вульгарные ангины и травмы мелкими пищевыми инородными телами. При флегмонозной ангине миндалина гиперемирована, поверхность ее напряжена, пальпация болезненна. Небольшие внутриминдаликовые абсцессы могут протекать бессимптомно или сопровождаться незначительными местными и общими явлениями, протекает с бурной клинической симптоматикой. Созревший абсцесс часто прорывается через лакуну в полость рта или паратонзиллярную клетчатку. Лечение - широкое вскрытие абсцесса. *Герпетическая ангина* - вызывается аденовирусами, вирусом гриппа, вирусом Коксаки. Наиболее часто герпетическая ангина бывает у детей. Заболевание обличается большей заразностью, передается воздушно-капельным и редко, фекально-оральным путем. Герпетическая ангина начинается остро, появляется лихорадка, температура повышается до 38-40°C., возникают боли в горле при глотании, головная боль. Мышечные боли в области живота; могут быть рвота и понос. В крови умеренные изменения - небольшой лейкоцитоз, но чаще всего лейкопения. При фарингоскопии в первые часы заболевания определяется диффузная гиперемия слизистой оболочки глотки. В области мягкого неба, язычка, на небных дужках реже на миндалинах и на задней стенке глотки видны небольшие красноватые пузырьки. Через 3-4 дня пузырьки лопаются или рассасываются, слизистая оболочка приобретает нормальный вид. Увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов, выраженные в начале болезни, уменьшаются, температура тела становится нормальной. *Язвенно-некротическая ангина Симановского-Венсана*. Возбудителем этой ангины считают симбиоз веретенообразной палочки (*V.fuseiformis*) и спирохеты полости рта (*Spirochaeta buccalis*), которые часто вегетируют в полости рта у здоровых людей в авирулентном состоянии. Факторами, предрасполагающими к заболеванию этой формой ангины, является снижение общей и местной резистентности организма, особенно после перенесенных острых и хронических инфекций, болезни кровеносных органов, недостаток в пище витаминов С и В ухудшение общих гигиенических условий жизни, а также местные причины - кариозные зубы, болезни десен, ротовое дыхание и др. Ангина Симановского-

Венсена встречается редко, спорадически, однако в годы бедствий и войн увеличивается частота заболевания и усиливается тяжесть его течения. Морфологические изменения характеризуются некрозом зевной поверхности одной миндалины с образованием язвы и формированием на ее дне рыхлой фибринозной мембраны, под которой имеется зона некроза лимфаденоидной ткани. По периферии некроза располагается демаркационная зона реактивного воспаления, где преобладающей флорой являются веретенообразные бациллы и спирохеты. Клиническая картина. Жалобы на ощущение неловкости и инородного тела при глотании, гнилостный запах изо рта, повышение слюноотделения. Температура тела обычно нормальная; повышение ее может указывать на появление осложнений. В редких случаях заболевание начинается с лихорадки и озноба. В крови умеренный лейкоцитоз. Регионарные лимфоузлы увеличены на стороне поражения миндалины, умеренно болезненны при пальпации. Глотание обычно безболезненное, При фарингоскопии в области верхней половины или всей поверхности миндалины видны серовато-желтые массы, после их снятия обнаруживается изъязвление, слегка кровоточащая поверхность, некроз обычно захватывает толщу миндалины, образуя кратерообразную язву с неровными краями, дна которой покрыто грязновато серо-желтым налетом. Продолжительность заболевания от 1 до 3 недель, иногда может продолжаться несколько месяцев. Затяжное течение сопровождается распространением некроза на более глубокие ткани и соседние участки с разрушением десен, твердого неба, обычно заживают без больших рубцовых деформаций. Диагноз. Устанавливается на основании описанной картины заболевания и подтверждается обнаружением в свежем мазке большого количества веретенообразных палочек и спирохет. Дифференцировать нужно с дифтерией глотки, сифилисом, туберкулезной язвой, системными заболеваниями кровеносных органов, сопровождающихся образованием некроза в области миндалин, с опухолями миндалин. Лечение. Уход за полостью рта, осторожное очищение язвы от некроза, назначение дезинфицирующих полосканий растворами фурациллина. Поверхность язвы обрабатывают раствором йода, ляписа, однако более эффективным считают обработку язвы нео-сальварсаном, новарсенолом. Эти препараты можно втирать, присыпать или смазывать ими область язвы. Необходима общеукрепляющая терапия, борьба с авитаминозом. При тяжелом течении заболевания рекомендуется в\в вливание новарсенола, а также применение пенициллина, который оказывает спирохетоцидное действие. *Ангина носоглоточной миндалины (острый аденоидит)*. В большинстве случаев острый аденоидит встречается у детей. Этиология острого аденоидита связывается как с микробной, так и с вирусной инфекцией. Патологические процессы при ангине носоглоточной миндалины, такие как и при остром воспалении других миндалин. Клиническая картина. Наблюдается небольшое нарушение общего состояния, субфебрильная температура тела; в начале беспокоит жжение в носоглотке, затем явления острого ринита - затруднение носового дыхания, водянистые, слизистые, а затем гнойные выделения из носа. Появляются боли в ушах, гнусавость. В ряде случаев присоединяется острый средний отит, регионарные лимфатические узлы увеличиваются. При фарингоскопии и задней риноскопии отмечается яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, по которой из носоглотки стекает слизисто-гнойное отделяемое. Носоглоточная миндалина резко набухает, становится гиперемированной, на ее поверхности могут быть точечные или сплошные налеты. Лечение - общее или местное лечение проводится так же, как и при ангине, остром рините и катаре верхних дыхательных путей. *Ангина язычной миндалины*. Острое воспаление язычной миндалины является относительно редким заболеванием; встречается в среднем и пожилом возрасте. В этиологии играет травма во время приема пищи или другой природы. Протекает часто с фебрильной температуры, сильной болью при глотании и нарушением речеобразования. Высосывание языка и пальпация его корня резко болезненны, иногда появляется спазм жевательной мышцы. При осмотре с помощью гортанного зеркала отмечаются увеличение и гиперемия язычной миндалины, иногда образуются точечные налеты. В редких случаях возникает абсцедирование корня языка, которое протекает тяжело. Опасным осложнением могут быть отек и стеноз гортани. Редко наблюдается глоссит (гнойное воспаление языка), флегмона дна полости рта. Лечение проводится по тем же принципам, что и

при других ангинах; при абсцедировании показано срочное вскрытие. **Осложнения ангины.** Различают общие и местные осложнения ангины. Наиболее тяжелыми и грозными являются общие осложнения, поскольку они вызывают стойкие поражения жизненно важных органов и систем организма. Среди них на первом месте стоит ревматизм с его атаками и поражениями сердца и суставов, нередко встречаются на менее тяжелые осложнения ангины на почки, на кроветворные органы, желудочно-кишечный тракт, сепсис и т.д. Наиболее частым местным осложнением ангины является паратонзиллит и паратонзиллярный абсцессы. Из других местных осложнений необходимо помнить о возможности развития заглоточного и окологлоточного абсцессов, острого шейного лимфаденита с исходом в нагноение, острого среднего отита, отека гортани, кровотечения из миндалины при язвенной форме их поражения. Очень редким осложнением ангины является острое воспаление щитовидной железы, иногда ангина осложняется аппендицитом. *Паратонзиллит* - появление воспаления в околоминдаликовой клетчатке - между миндалиной и мышцами-сжимателями глотки. Паратонзиллит возникает в результате проникновения вирулентной инфекции из области небной миндалины в паратонзиллярную клетчатку при наличии неблагоприятных местных и общих факторов реактивности организма. В большинстве случаев паратонзиллит развивается как осложнение ангины у больных хроническим тонзиллитом, более редко как очередное обострение хронического тонзиллита. Паратонзиллит относится к частым заболеваниям, основную роль в возникновении этого заболевания отводят хроническому тонзиллиту, который диагностируется более чем у 80% больных паратонзиллитом. Проникновению инфекции из миндалины в паратонзиллярную клетчатку способствуют глубоко пронизывающие миндалину крипты, особенно в области верхнего полюса, где инфекционный очаг при хроническом тонзиллите практически всегда больше выражен. По клинико-морфологическим изменениям выделяют три формы паратонзиллита: отечную, инфильтративную, абсцедирующую. Клиническая картина. В подавляющем большинстве случаев процесс односторонний. *Паратонзиллярный абсцесс* локализуется в переднем или передневерхнем отделе между капсулой миндалины и верхней частью передней небной дужки, захватывая область и выше миндалины эта супратонзиллярная локализация процесса является частой. Задняя паратонзиллярная локализация между миндалиной и задней дужкой, нижняя - между нижним полюсом миндалины и боковой стенкой глотки, боковая локализация - между средней частью миндалины и боковой стенкой глотки. Если на первом по частоте месте стоит супратонзиллярный и передний абсцесс - более 70%, то на втором - задний 16%, затем нижней - 7% и латеральный - 4%. Наиболее тяжелым является боковой абсцесс, поскольку условия для спонтанного опорожнения здесь худшие. Заболевание начинается с появления односторонней боли при глотании, которая в дальнейшем становится постоянной и резко усиливается при попытке проглотить слюну. Появляются головная боль, общая разбитость, температура тела повышается до фебрильных цифр. Спонтанная боль в горле нарастает, иррадирует в зубы и настолько усиливается при глотанием, что больной отказывается от пищи и питья, а слюна стекает из угла рта. Возникает выраженный в разной степени тризм - тонический спазм жевательной мускулатуры. Речь становится невнятной и гнусавой. В результате воспаления мышц глотка и частично мышцы шеи, а также шейного лимфаденита возникает болевая реакция при поворотах головы, больной держит голову на боку и поворачивает ее при необходимости вместе со всем корпусом. В крови лейкоциты, формула крови сдвигается влево, повышается СОЭ. Общее состояние больного становится тяжелым не только потому что имеется гнойное воспаление в глотке и интоксикация, но и в связи с мучительной болью в горле, нарушением сна, невозможностью проглотить жидкость и голоданием. Самостоятельно абсцесс может вскрыться на 4-6 день заболевания. Однако спонтанное вскрытие не происходит в основном вследствие глубокого залегания или распространения нагноения в парафарингеальное пространство. Фарингоскопия затруднена из-за тризма, рот обычно открывается не полностью, а часто всего на 2-3 см. При передневерхнем или переднем паратонзиллите отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалины вместе с небными дужками и мягким небом к средней линии. Половина мягкого неба вместе с верхним полюсом

миндалины и верхней частью дужек представляет собой шаровидное образование, поверхность которого напряжена, и гиперемия язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена книзу и кзади. Язык обложен толстым налетом и вязкой слюной. Флюктуация намечается в области наибольшего выпячивания и здесь же происходят прорыв гнойника. Достаточное опорожнение абсцесса сопровождается стиханием всех симптомов заболевания. Задний паратонзиллит, локализуясь в клетчатке между задней дужкой и миндалиной, может распространяться на дужку и боковую стенку глотки. При фарингоскопии в этой же области отмечается припухлость. Небная миндалина и передняя дужка могут быть мало изменены, язычок и мягкое небо отечны и инфильтрованы. Отек может распространяться на верхний отдел гортани, что может сопровождаться стенозом. При этой локализации абсцесса тризм меньше выражен, течение заболевания длительное. Нижний паратонзиллит - отмечается отек и инфильтрация нижней части передней дужки, однако субъективные проявления болезни при этой локализации значительны. При непрямой ларингоскопии отмечается припухлость нижнего полюса миндалины, в процесс вовлекается и прилежащая часть корня языка, иногда бывает отек язычной поверхности надгортанника. Наружный и боковой, паратонзиллит встречается реже остальных форм, однако является наиболее тяжелым в связи с малоблагоприятными условиями для спонтанного вскрытия. При этой локализации выражена отечность инфильтрации мягких тканей шеи на стороне поражения, -кривошея, тризм, фарингоскопически - умеренное набухание всей миндалины и отечность окружающих ее тканей. Помимо парафарингеального абсцесса может развиваться диффузная флегмона шеи, грудной медиастенит, аррозивные кровотечения. . Диагностика. Острое начало заболевания после очередного обострения хронического тонзиллита, односторонняя и в редких случаях двусторонняя локализация процесса, мучительная боль в горле, усиливающаяся при глотании, вынужденное положение головы, часто с наклоном в больную сторону, гнусавость, резкий запах изо рта - все это дает основание предположить паратонзиллит. При фарингоскопии - асимметрия зева вследствие выпячивания чаще надминдаликовой области, гиперемия, инфильтрация этих тканей. С помощью шпателей можно обнаружить участок флюктуации. Лечение. При созревании абсцесса - вскрыть. Рекомендуются жидкая теплая пища. обильное питье антибиотиков в\м, сульфаниламиды, полоскание горла. *Заглочный абсцесс* представляет собой гнойное воспаление лимфатических узлов и рыхлой клетчатки между фасцией глоточной мускулатуры и предпозвоночной фасцией. Ретрофарингеальное пространство отделено от окологлоточного фасциальной перегородкой. Заболевание встречается почти исключительно в детском возрасте в связи с тем, что лимфатические узлы и рыхлая клетчатка в этой области хорошо развиты до 4-летнего возраста, а затем претерпевают инволюцию. В младшем возрасте заглочный абсцесс возникает в результате заноса инфекции в лимфатические узлы при остром ринофарингите, ангине, острых инфекционных заболеваниях, у старших детей в этиологии заболевания большую роль приобретают травмы задней стенки глотки. Ослабленные дети чаще болеют заглочным абсцессом, у новорожденных он встречается редко. Клиническая картина. Первыми признаками заболевания являются боль в горле при глотании и затруднение носового дыхания. Ребенок отказывается от пищи, становится плаксивым, беспокойным, нарушается сон. Температура повышается до 38°C. При локализации абсцесса в носоглотке затрудняется носовое дыхание, появляется гнусавость, понижается звучность голоса. При расположении гнойника в средней части глотки может появиться фарингеальный стридор, голос становится хриплым, дыхание - шумным. При опускании абсцесса в нижние отделы глотки появляются приступы удушья и цианоза, может наступить сужение входа в гортань. Распространение абсцесса книзу, что ведет к сдавливанию пищевода и трахеи. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Припухлость и боль заставляют ребенка держать голову в вынужденном положении, наклоненной в больную сторону. Фарингоскопически - отмечается выпячивание и гиперемия слизистой оболочки, асимметрия занимает одну половину задней стенки глотки. Верхнее расположение гнойника можно обнаружить с помощью отведения кверху мягкого неба, а нижнее - при отдавливании языка. Ретрофарингеальный абсцесс дифференцируют о ложным крупом, холодным натечным

абсцессом при туберкулезном спондилите, который развивается медленно. Лечение - хирургическое - вскрывается абсцесс. Назначают антибиотики, сульфадимиды. Полоскание горла. **Патология глотки при системных заболеваниях крови. Инфекционный мононуклеоз или моноцитарная ангина.** Заболевание является инфекционным, однако возбудитель его пока не найден. Клиническая картина. Обычно инфекционный мононуклеоз бывает у детей и в молодом возрасте. Для заболевания характерны лихорадка, ангиоподобные изменения в глотке, аденоспленомегалия и гематологические изменения - лейкоцитоз и большое количество мононуклеаров при серологическом исследовании обнаруживаются гетерофильные антитела. Инкубационный период длится 4-5, иногда до 10 дней. В начале заболевания температура тела повышается до 38-40°C и держится от 5 дней до 2-4 недель. Ранним и постоянным признаком болезни является увеличение лимфатических узлов на шее паховых, подмышечных, абдоминальных и др. Они плотные, безболезненные при пальпации, не нагнаиваются, обратному развитию подвергаются лишь в конце болезни после нормализации температуры тела. С увеличением лимфатических узлов увеличивается селезенка и печень. Изменения в глотке обычно наступают после увеличения лимфатических узлов и напоминают одну из форм ангины. Налеты на миндалинах остаются долго иногда переходят на слизистую оболочку небных дужек языка, глотки. К наиболее характерным признакам заболевания относится появление в крови большого количества (от 15-30 до 65%) измененных мононуклеаров (моноцитов и лимфоцитов) Мононуклеары обнаруживаются: в периферической крови, на 2-3 день болезни, постепенно их количество снижается, но они могут оставаться в крови месяцы и даже годы; СОЭ повышена до 20-30 мм\ч. Для детского возраста характерным является вовлечение в процесс в начале болезни носоглоточной миндалины, что вызывает заложенность носа, но без выделений, голос гнусавый. Другой особенностью раннего возраста является увеличение небных миндалин, или увеличение носоглоточной и небных миндалин значительное, возникает затруднение дыхания; стридор увеличивается в горизонтальном положении. В этой связи необходимо проведение трахеостомии. Диагностика. Устанавливается после исследования крови. Лечение. Постельный режим богатая витаминами и калорийная диета. Антибактериальные препараты применяют для предотвращения вторичной инфекции, на возбудителя заболевания они не действуют. Назначают полоскание, тушируют некротические участки 10% раствором ляписа, производят общее УФ -облучение. В тяжелых и осложненных случаях при угрозе жизни больного применяют кортикостероиды, а в ряде случаев - тонзиллэктомию и аденотомию. **Ангина агранулоцитарная.** Поражение миндалины при агранулоцитозе является одним из характерных симптомов этой болезни. Агранулоцитоз не считают отдельным нозологическим заболеванием, а рассматривают его как агранулоцитарную реакцию гемопоэза на различного рода раздражение - инфекционные, токсические, лучистой энергии или как результат поражения кроветворного аппарата при системных заболеваниях крови. Агранулоцитоз бывает у женщин чаще, чем у мужчин. Встречается редко, в основном в зрелом возрасте. Клиническая картина. Различают молниеносные, острые и подострые формы агранулоцитоза. При первых двух заболевание начинается с высокой лихорадки до 40°C, озноба, общее состояние тяжелое. Одновременно появляются некротические и язвенные изменения в глотке, в основном области небных миндалин, некроз распространяется на слизистую оболочку глотки, десен, гортани; некротический процесс может распространяться вглубь мягких тканей и на кость. Больные жалуются на сильную боль в горле, нарушение акта глотания, повышенное слюноотделение и гнилостный запах изо рта. Общее состояние тяжелое. Температура септическая, появляются боли в суставах, желтушное окрашивание склер, может наступить брод. В крови выраженная лейкопения с резким уменьшением или полным отсутствием полиморфноядерных лейкоцитов. В течение нескольких дней число нейтрофильных гранулоцитов нередко падает до нуля, в этом случае лейкоциты периферической крови представлены только лимфоцитами и моноцитами. Диагноз устанавливается при исследовании крови. Лечение. Основные усилия гематологи направляют на активацию кроветворной системы и борьбу с вторичной инфекцией. Прекращают прием медикаментов, которые: способствуют развитию агранулоцитоза (амидопирин, стрептоцид,

сальварсан и др.). Производят переливание крови, в инъекции 5% раствора нуклеината натрия по 5-10 мл 2 раза в день 2 недели. Положительный эффект дает применение кортизона, атианамина, камполона, витаминов С, В12. Необходим тщательный уход за полостью рта и глотки: удаление некротических масс из глотки и обработка этих участков 5% раствором перманганата калия, назначают щадящую диету, полоскание горла. **Ангина при лейкозе.** При остром лейкозе ангина может быть одним из первых проявлений заболевания. Катаральная ангина сопровождается значительной отечностью слизистой оболочки глотки, протекает длительно и не поддается обычной терапии. Может наблюдаться тяжелая ангина по типу лакунарной или фибринозной, с развитием язвенно-некротических изменений, иногда сочетающихся с острым и подострым гингивитом. Налеты в глотке - беловато-серовато-желтые, трудно отделяемые, оставляющие после себя длительно кровоточащие участки. Глотание затруднено, изо рта ощущается гнилостный запах. Язвенно-некротическое проявление обычно свидетельствует о злокачественном течении острого лейкоза и сопровождается геморрагическими высыпаниями на коже конечностей, иногда в виде обдирых кровоизлияний. При хроническом лимфолейкозе наблюдается значительная гиперплазия лимфоидных образований глотки, которая в разгар заболевания выражена. Увеличение регионарных лимфатических узлов более выражено при хронической форме заболевания. Пальпаторно лимфоузлы тестоватые, безболезненны. Одновременно отмечается, увеличение селезенки, печени, особенно выраженное при миелолейкозе. Картина крови характеризуется высоким содержанием лейкоцитов от 3 тыс. до 20 тыс. и выше, выражена анемия. Возможна лейкопеническая форма острого лейкоза, когда количество лейкоцитов снижается до 1 тыс. - 3 тыс. Наиболее верным диагностическим признаком лейкоза является появление в крови большого количества молодых и атипичных клеток (гомобластов, миелобластов, лимфобластов). Лечение. Проводится под наблюдением гематолога. Назначается антибиотикотерапия, цитостатики (допан), кортикостероиды, трансфузии лейкоцитарной массы или цельной крови, рентгенотерапия. **Хронический тонзиллит.** Среда миндалин лимфаденоидного глоточного кольца хроническое воспаление небных миндалин встречается намного чаще, чем всех остальных вместе взятых. По данным разных авторов, хронический тонзиллит среди взрослого населения встречается в 4-10% случаев, а среди детского - в 12-15%. Предпосылками к возникновению и развитию хронического тонзиллита является анатомо-топографическое и гистологические особенности миндалин, наличие условий вегетирования в их лакунах микрофлоры, нарушение биологических процессов и защитно-приспособительных механизмов и миндалинковой ткани. Это выражается тем, что в небных миндалинах имеются глубокие лакуны, они ветвятся, просветы их всегда содержат отторгнувшиеся эпителиальные клетки, лимфоциты, микрофлору. Часть зевных отверстий лакун прикрыта треугольной складкой Гиса, а часть сужена для закрыта, рубцовой тканью после острых воспалений в глотке, эти условия способствуют задержке дренирования лакун, что в свою очередь ведет к активации постоянно имеющейся в лакунах микрофлоры а множественному нагноению в них. Понижение общей и местной реактивности часто является начальными причинами хронического тонзиллита. Под влиянием неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды снижается сопротивляемость организма, нарастает вирулентность и патогенность микрофлоры в лакунах миндалин, что ведет к возникновению ангины и хронического воспаления в миндалинах. При хроническом тонзиллите в миндалинах обнаружено около 30 сочетаний различных микробов. При хроническом тонзиллите в миндальных могут встречаться ассоциация непатогенных микроорганизмов. Таким образом, хронический тонзиллит следует относить к собственно инфекционным заболеваниям, обусловленным в большинстве случаев аутоинфекции. Наиболее часто хронический тонзиллит начинается после ангины. В редких случаях хронический тонзиллит начинается без ангины. Возникновению и развитию его часто способствуют постоянные ауто-инфекции их хронических очагов инфекций, кариозные зубы, хроническое воспаление в области носа и околоносовых пазух, а также бактериальная и тканевая местная и общая аутоаллергия. Патологоанатомические изменения при хроническом тонзиллите локализируются в эпителиальном покрове зевной поверхности и стенок лакун

миндалин, в их паренхиме и строме, а также в паратонзиллярной клетчатке. Клиническая картина и классификация. Наиболее достоверным признаком хронического тонзиллита являются частые ангины в анамнезе. Среди больных хроническим тонзиллитом "безангинная форма", по данным разных авторов, встречается у 2-4%. Следует отметить, что ни один из активных признаков хронического тонзиллита не является полностью патогномоничным. Для диагностики заболевания необходима совокупная оценка всех симптомов, так как каждый признак в отдельности может быть обусловлен другим заболеванием - глотки, зубов, челюстей, носа и др. Современным представлениям о хронической очаговой инфекции, о токсических и аллергических процессах при хроническом тонзиллите соответствует классификация Б.С.Преображенского (1970), несколько измененная и дополненная В.Т.Пальчуном (1974). Чаще всего обострения хронического тонзиллита бывают 2-3 раза в год, однако нередко ангины возникают 5-6 раз в год.

Классификация хронического тонзиллита по Б.С.Преображенскому - В.Т.Пальчуну

Хронический тонзиллит

Простая форма

Сопутствующие заболевания

Простая форма характеризуется местными признаками и у 96% больных-ангинами в анамнезе

Местные признаки

1. Жидкий гной или казеозно-гнойные пробки в лакунах, подъэпителиального расположения гнойных фолликулов, разрыхленной поверхности миндалин.
2. Признак Гизе - стойкая гиперемия краев передних дужек.
3. Признак Зака - отечность краев верхних отделов небных дужек.
4. Признак Преображенского - инфильтрация и гиперплазия краев передних дужек.
5. Сращение и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой.
6. Увеличение регионарных лимфоузлов.
7. Болезненность при пальпации регионарных лимфатических узлов.

Сопутствующие заболевания не имеют единой этиологической и патогенетической основы с хроническим тонзиллитом, патогенетическая связь осуществляется через общую и местную реактивность.

Токсико-аллергическая форма

1 степень II степень

Сопутствующие

Сопутствующие

Сопряженные

Заболевания

заболевания

заболевания

1 степень характеризуется признаками простой формы и общими токсико-аллергическими явлениями

Токсико-аллергические признаки I степени

1. Субфебрильная температура
2. Тонзиллогенная интоксикация, периодическая или постоянная слабость, разбитость, недомогание, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, плохое самочувствие.
3. Периодические боли в суставах.
4. Местный лимфаденит.
5. Функциональные нарушения сердца в виде болей выявляются только в период обострения хронического тонзиллита и не определяются при объективном исследовании ЭКГ.
6. Отклонения в лабораторных данных неустойчивы, нехарактерны.

II степень характеризуется симптомами

1 степени с более выраженными токсико-аллергическими явлениями; при наличии сопряженного заболевания всегда диагностируется II степень

Токсико-аллергические признаки II степени

1. функциональные нарушения сердечной деятельности, регистрируемые на ЭКГ.
2. Боли в области сердца.

3. Сердцебиение, нарушение сердечного ритма.

4. Субфебрильная температура.

5. функциональные нарушения острого и хронического инфекционного характера почек, сердца, сосудистой системы, суставов, печени и других органов и систем, регистрируемые клинически и с помощью функциональных и лабораторных исследований.

Сопряженные заболевания

Сопряженные заболевания имеют единные с хроническим тонзиллитом этиологические и патогенетические факторы.

Местные	Общие
1) Паротонзиллярный	1) Острый и хрон. абсцесс
2) Парафарангит	
3) Фарингит	2) Ревматизм, инфектарит, приобретенные заболеваний сердца, мочевиделительной системы, суставов и других органов и систем инфекционно-аллергической природы

Жалобы больных на частые ангины неприятный запах изо рта, ощущение неловкости или инородного тела в горле при глотании, сухость, покалывание. Чаще дети жалуются на покалывание в ухе при нормальной отоскопической картине. Нередки жалобы на быструю утомляемость вялость, головную боль, понижение трудоспособности, субфебрильную температуру. Фарингоскопическими признаками хронического тонзиллита являются местные проявления длительного воспаления в миндалинах. Простая форма хронического тонзиллита характеризуется местными признаками при отсутствии явлений интоксикации и аллергизации организма. При простой форме в период между ангинами хронический тонзиллит не проявляется видимым нарушением общего состояния больного. Вторая форма хронического тонзиллита - токсико-аллергическая - диагностируется при возникновении клинически регистрируемых нарушений защитно-приспособительных механизмов организма. Симптомы интоксикации и аллергизации - периодическое появление субфебриальной температуры тела, повышение утомляемости, ухудшение работоспособности, периодические боли в суставах и сердце, функциональные расстройства почек, нервной и других, систем. При этой форме могут периодически наступать гематологические, биохимические, иммунологические и другие патологические изменения. Выраженность токсико-аллергических изменений, степень их тяжести могут быть разными, поэтому различают I и II степени токсико-аллергических явлений. Такое деление на степени характеризует лишь количественную сторону токсико-аллергических реакций, что важно с точки зрения практической и научной характеристики заболевания. Одновременно с хроническим тонзиллитом у больного могут быть и другие заболевания - сопряженные. Сопряженность общих заболеваний с хроническим тонзиллитом определяют по наличию или отсутствию таких факторов, как хронический тонзиллит и ревматизм - хорошо известен один этиологический фактор - стрептококк. Если у больного хроническим тонзиллитом имеется сопряженное с тонзиллитом заболевание, то хронический тонзиллит следует всегда классифицировать как токсико-аллергический II степени. Течение сопутствующих заболеваний отягощается наличием хронического инфекционного очага в миндалинах, здесь патогенетическая связь осуществляется через общую реактивность организма. Лечение и диспансеризация. Тактика лечения хронического тонзиллита в основном обуславливается его формой: при простом тонзиллите начинают с консервативной терапии и лишь отсутствие эффекта после 3-4 курсов указывает на необходимость удаления миндалин. При токсико-аллергической форме показана тонзиллэктомия, однако I степень этой формы позволяет провести консервативное лечение, которое должно быть ограничено 1-2-курсами. Если отсутствует положительный эффект, назначают тонзиллэктомию. Токсико-аллергические

явления II степени являются прямым показанием для тонзилэктомии. Все больные хроническим тонзиллитом подлежат диспансерному наблюдению. Основа диспансеризации - раннее выявление заболевания и своевременное систематическое лечение. Необходимы также профилактика вредных воздействий условий труда и быта, проведение санитарно-просветительной работы. Критерием эффективности консервативного лечения, хронического тонзиллита должны основываться на наблюдения после него. Такими критериями являются: а) прекращение обострений хронического тонзиллита, б) исчезновение объективных местных признаков хронического тонзиллита или значительное уменьшение их выраженности, в) исчезновение или уменьшение общих токсико-аллергических явлений, обусловленных хроническим тонзиллитом. Необходимо учитывать, что улучшение состояния организма не может считаться основанием для снятия больного с диспансерного учета и прекращения лечения. Только полное излечение, регистрируемое в течение 2-х лет, позволяет прекратить активное наблюдение. Основа консервативного лечения хронического тонзиллита - местное воздействие на миндалины и общеукрепляющая терапия. Для местной терапии применяется одновременно несколько методов лечения, то есть проводится комплексная терапия. Методы консервативного лечения хронического тонзиллита многочисленны. К наиболее распространенным относятся следующие. Промывание лакун миндалин различными антисептическими растворами. Она вымывают содержимое лакун и изливаются в полость рта и глотку, а затем отплеваются больным. Курс лечения состоит из 10-15 промываний лакун обеих миндалин. После промывания смазывают поверхность миндалин раствором Люголя. Повторный курс проводится через 3 месяца. К физиотерапевтическим методам лечения хронического тонзиллита относятся: облучение, электромагнитные колебания, ультразвуковая терапия. В ряде случаев применяются полихирургические методы - гальванокаустика небных миндалин и рассечение лакун криохирургия. Отсутствие эффекта после двух курсов консервативного лечения диктует необходимость назначения тонзиллэктомии. Токсико-аллергическая форма I и II степени является показанием для проведения тонзиллэктомии. Тонзиллэктомия - полное удаление миндалин. Противопоказаниями являются тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, почечная недостаточность, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, гемофилия. Временным противопоказанием являются кариозные зубы, воспаление десен, гнойничковые заболевания, во время менструаций, последние дни беременности. При хирургическом лечении хронического тонзиллита больного следует подготовить. Наиболее частым осложнением тонзиллэктомии является кровотечение. Среди других осложнений встречаются флегмона шеи, подкожная эмфизема, парезы черепных нервов, внутричерепные осложнения. **Гипертрофия небных миндалин**, так же как и носоглоточной, чаще бывает в детском возрасте, при этом сочетается с аденоидами. Миндалины имеют мягкую консистенцию, гладкую поверхность, а при гистологическом исследовании обнаруживается большое количество фолликулов с многочисленными митозами. Увеличенные миндалины могут мешать ротовому дыханию и проглатыванию пищи бывает затруднена речь, кашель, у ребенка возникают явления нервной и психической дистонии и расстройства. Диагностика. Диагноз устанавливается при фарингоскопии. Увеличенные миндалины 1/3 от краев передней дужки считается гипертрофированными. Простую гипертрофию небных миндалин дифференцируют с хроническим гипертрофическим тонзиллитом, который характеризуется ангинами в анамнезе и фарингоскопическими признаками хронического воспаления. Лечение. Производят частичное удаление - тонзиллэктомию. **Гипертрофия носоглоточной миндалины**. Аденоиды встречаются в возрасте от 3 до 15 лет. Аденоиды наблюдаются одинаково часто у мальчиков и девочек, примерно 3-8%. Аденоидные разращения локализируются в области заднего отдела свода носоглотки, но могут заполнять весь купол и распространяться по боковым стенкам книзу к глоточным устьям трубы. Обычно аденоиды мягкой консистенции, имеют бледно-розовую окраску. Основными признаками являются нарушение носового дыхания, серозные выделения из носа, нарушение функций слуховых труб, частое воспаление в носоглотке, носу. Различают три степени аденоидных разращений. Дети, страдающие аденоидами, плохо едят, часто храпят, может

беспокоить удушье с западением языка. Ребенок вялый, апатичный. У детей с аденоидами может нарушаться формирование грудной клетки "куриная грудь", развивается малокровие. Диагностика - жалобы, задняя риноскопия, пальпаторное исследование. Лечение. Хирургическое - аденотомия. **Хронические фарингиты.** Заболевание подразделяется на хронический простой, гипертрофический гранулезный и хронический атрофический фарингит. Этиология - обусловлена местным раздражением слизистой оболочка глотки. В ряде случаев причиной заболевания могут быть болезни обмена веществ, застойные явления при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, болезни кроветворных органов, мочеполовой системы. Среди местных причин встречаются повторные острые воспаления глотки, хронические воспаления небных миндалин, носа и околоносовых пазух, кариес зубов, повреждение глотки, длительное исключение носового дыхания. Гипертрофическая форма характеризуется утолщением и отеком разрыхлением слизистой оболочки. Серозный экссудат, пропитывающий слизистую оболочку. Кровеносные и лимфатические сосуды расширены. Слизистые и бокаловидные железы увеличены, секреция их повышена. При атрофическом хроническом фарингите слизистая истончена. Количество сосудов уменьшено. Клиническая картина. *Простой и гипертрофический фарингит* характеризуется ощущением саднения, першения, щекотания, повышенным слезотечением, покашливанием, отхаркиванием, иногда отмечается закладывание ушей. Основной жалобой при атрофическом фарингите является ощущение сухости в глотке, затрудненное глотание, неприятный запах изо рта. Простой хронический катаральный фарингит - фарингоскопически гиперемия, отечность, утолщение слизистой оболочки. Местами поверхность покрыта прозрачной или мутноватой слизью. При *гипертрофическом гранулезном* - слизистая гиперемирована утолщена, имеется припухлость язычка и мягкого неба, на задней стенке глотки видны ветвящиеся вены, отечность и слизь. Для гранулезного фарингита характерно наличие округлых или продолговатых образований красного цвета. Для бокового фарингита характерна гиперемия, гипертрофия лимфаденоидной ткани наводящейся в боковых складках глотки позади небных дужек и параллельно им. *Атрофический фарингит* - характеризуется истончением и сухостью слизистой оболочки бледно-розового цвета может быть блестящей и иметь лакированный вид. Местами покрыта вязкой, гнойной слизью или коркам. Лечение - устранение причин. Местное лечение - орошение слизистой оболочка глотки с целью очищения ее от слизи и корок. Лекарство можно подавать на слизистую оболочку в виде ингаляций, аэрозолей, смазывания, вливания капель в нос.

Инородные тела пищевода нередко встречаются у лиц с пониженной чувствительностью слизистой оболочки рта вследствие ношения больших зубных протезов и у пожилых людей, у которых отсутствуют все зубы. Зубные протезы (чаще их часть) могут попасть в пищевод при их плохом качестве, небрежном пользовании и эпилептических припадках, во время сна и при других обстоятельствах. Следует особо подчеркнуть действие алкоголя как ведущего фактора, предрасполагающего к попаданию инородных тел в пищевод вследствие снижения осознания в полости рта, небрежности во время еды и т.д. Инородные тела нередко встречаются у лиц с различной патологией пищевода (рубцовое сужение, дивертикулы, опухоли, кардиоспазм и др.). При некоторых психических заболеваниях и старческом слабоумии может возникнуть склонность к преднамеренному проглатыванию разных предметов с целью членовредительства. Кроме экзогенных путей попадания инородных тел, в отдельных случаях не исключается и эндогенный путь (из желудка, дыхательных путей, при хирургических вмешательствах и др.). Характер инородных тел весьма разнообразен. В зависимости от размеров, характера и формы инородные тела либо проскальзывают в желудок, либо застревают в просвете пищевода. Нередко, проходя по пищеводу, они травмируют его стенки, вплоть до их прободения. В связи с этим к больным с положительным анамнезом, предъявляющим жалобы на боли и ощущение инородного тела, у которых при эзофагоскопии обнаруживают травмы стенки пищевода, необходимо отнестись с большим вниманием. Задержка инородных тел в пищеводе зависит не только от их размеров, формы и характера, но и от различных патологических изменений в пищеводе, при наличии которых значительно

повышается риск задержки в нем инородных тел, даже небольших. Немалую роль в том, что инородные тела застревают в пищеводе, играет состояние его мышечного тонуса. Клиническая картина. Клиническая симптоматика при инородных телах пищевода разнообразна и характеризуется многочисленными, нередко тяжелыми и даже смертельными осложнениями, чему могут способствовать несвоевременная диагностика и неправильно оказанная первая помощь. Клиническая картина определяется характером, формой и величиной инородного тела, уровнем его расположения, длительностью пребывания в пищеводе и индивидуальной особенностью организма больного. В случае отсутствия осложнений общее состояние пострадавшего обычно не нарушено. По его внешнему виду можно косвенно судить о характере, локализации инородных тел и возникших осложнениях. Так, при острых инородных телах, находящихся в шейном отделе, больной испуган, голова выдвинута вперед и вниз, движения головы и шеи резко ограничены, больной поворачивается всем телом, разговаривает тихо и медленно и т. д. Основная жалоба большинства пострадавших - боли в горле, в области яремной ямки и за грудиной, нередко усиливающиеся при глотании. Иногда боли сохраняются и в покое. Болевой синдром может отсутствовать, если инородное тело имеет гладкую поверхность и, не причиняя особых беспокойств больному (в отсутствие обтурации просвета пищевода), длительное время находится в пищеводе, чему способствуют большая выносливость и приспособляемость пищевода. Следующими по частоте симптомами инородного тела пищевода являются затрудненное глотание (дисфагия) и усиленная саливация. В диагностике инородных тел пищевода большую роль играет тщательно собранный анамнез, однако он не всегда полностью удовлетворяет врача. Немаловажное значение имеют характер жалоб больных, результаты наружного осмотра и пальпации. Рентгенологический метод диагностики инородных тел пищевода прост, безопасен и относительно достоверен. Для определения объективной достоверности результаты рентгенологического исследования необходимо сопоставлять с клиническими данными и результатами других исследований пищевода. Большинство инородных тел рентгеноконтрастные и хорошо определяются при обычной рентгеноскопии. Однако мелкие инородные тела (рыбьи и мясные кости, хрящи и др.), которые составляют основную массу инородных тел пищевода, выявляются с трудом, так как плохо задерживают рентгеновские лучи. В связи с этим требуется обязательное исследование в двух проекциях (фас и профиль) с производством рентгенограмм. В некоторых случаях оправдано применение томографического метода исследования, особенно при осложнениях. Основным методом удаления инородных тел из пищевода является эзофагоскопия (эзофагофиброскопия), которую можно проводить под местным (преимущественно у взрослых) и общим обезболиванием с применением миорелаксантов (у детей, при осложненных формах, вклинившихся и остроконечных инородных телах у взрослых). **Ожоги пищевода** - нередкое, тяжелое, особенно у детей, заболевание, при лечении которого медицинским работникам необходимо решить много сложных задач. Ожоги пищевода у детей, особенно в возрасте от 1 до 3 лет, занимают первое место по частоте среди всех заболеваний пищевода (у взрослых - второе место). Летальность среди больных с ожогами пищевода, несмотря на применение современных методов диагностики и интенсивной терапии, остается высокой. Ожоги пищевода возникают вследствие случайного проглатывания жидкости высокой температуры или оказывающей разъедающее действие, что чаще происходит в детском возрасте или в случаях суицидальных попыток, которые наиболее часто встречаются среди молодых женщин. Немаловажную роль играют сильное алкогольное опьянение и похмельный синдром. Наиболее часто ожоги пищевода вызываются растворами едких щелочей, из которых наиболее выраженное разрушительное действие на ткани оказывает каустическая сода. В последние годы значительно изменилась экологическая структура ожогов: значительно сократилось количество тяжелых ожогов пищевода, вызванных каустической содой, и увеличилась частота ожогов, обусловленных искусственной эссенцией. Хотя в литературе нет единого мнения о локализации наиболее тяжелых ожогов пищевода, большинство исследователей считают, что наиболее сильно поражаются область надкардиального сфинктера, отдел глоточно-пищеводного соединения и уровень бифуркации, чему способствует задержка едкого вещества вследствие

спазма стенок пищевода в ответ на сильное раздражение слизистой оболочки. В зависимости от количества выпитой жидкости, ее концентрации и вязкости возникают поражения ткани различной глубины, соответствующие трем степеням ожога: I степень - повреждаются поверхностные слои эпителия; II - отмечаются поражение и омертвление более глубоких слоев слизистой оболочки и подслизистого слоя; III степень - некротизируются все слои стенки пищевода (вплоть до его перфорации). Патологические изменения, развивающиеся при ожоге пищевода, принято делить на четыре стадии. Стадия I – слизистая оболочка на месте ожога резко гиперемирована, разрыхлена и отечна. Стадия II-быстро наступает некроз стенки пищевода, она отторгается участками, в результате чего образуются язвы. Поверхностные изъязвленные участки довольно быстро эпителизируются, глубокие язвы заживают с образованием грануляций. Стадия III - развивающаяся соединительная ткань постепенно рубцуется и сморщивается. В зависимости от степени ожога рубцы бывают поверхностными и глубокими, склерозированными и очень плотными, сопровождаются сужением просвета пищевода. Стадия IV-в течение нескольких недель в нескольких местах могут образоваться глубокие рубцы, которые затем сморщиваются, нередко вовлекая окружающую клетчатку, в результате чего образуются сращения и возникает деформация пищевода. Продолжительность стадии рубцевания и сужения от 2 мес до нескольких лет. С образованием рубцов патоморфологические изменения в пищеводе не заканчиваются. После возникновения сужения мышцы над стенозом гипертрофируются, с течением времени образуется супрастенотическое расширение. Клиническая картина. Общая и местная симптоматика при ожогах пищевода зависит от количества, концентрации и продолжительности действия на ткань принятого вещества и ответной реакции организма. Первоначально у больных появляется сильное жжение во рту, глотке и пищеводе, затем умеренные боли, особенно выраженные при глотании. Боли могут локализоваться за грудиной, в спине и эпигастральной области, затем возникают дисфагия, усиленная саливация, рвота с примесью крови, появляются жажда, охриплость, повышаются температура тела и артериальное давление и т. д. Ожоги сопровождаются значительными нарушениями жизненно важных функций организма: возникают шок, коллапс, внутрисосудистый гемолиз, функциональные и структурные поражения почек, печени, нарушение обмена веществ, повреждение периферических и центральных звеньев нервной регуляции пищевода, способствующие развитию спазма и сужению просвета пищевода, нарушаются параметры гомеостаза и др. Больной бледен, артериальное давление падает, пульс малый. Вследствие нарастания клинических симптомов шока и острой сосудистой недостаточности может наступить смерть. Из ранних осложнений, которые могут развиваться в этом периоде в тяжелых случаях, следует упомянуть о перфорации пищевода с развитием диффузного медиастинита, перфорации желудка, осложненной перитонитом, отеке гортани, требующем трахеостомии, и выраженных явлениях интоксикации (почечная недостаточность и др.). При благоприятном течении через 10-15 дней после ожога боли при глотании уменьшаются или исчезают, восстанавливается проходимость пищевода, температура тела нормализуется и общее состояние больного улучшается. Однако это мнимое благополучие, и если оставить больного без лечения, то через 1-2 мес появятся первые признаки сужения пищевода: дисфагия, срыгивание сразу после еды, пищеводная рвота, гиперсаливация и др. Рентгенологическое исследование с контрастным веществом, проводимое в начальной стадии ожога, позволяет выявить отечность слизистой оболочки, атонию и локальные спазмы пищевода. В более поздние сроки (стадии рубцевания и сужения) при исследовании с жидким контрастным веществом обнаруживают сужение просвета в виде узкой длинной полоски, обычно с ровными контурами, над сужением пищевод расширен. При рентгенологическом исследовании точно устанавливают место, степень и протяженность сужения пищевода, деформации, расположение отверстия, а также контролируют и оценивают результаты лечебных мероприятий, направленных на их устранение. На сегодняшний день проблемами ожогов пищевода занимаются торакальные хирурги.

должен знать установить диагноз и провести необходимое лечение следующих заболеваний глотки и пищевода:

- острые и хронические фарингиты;
- рожистое воспаление глотки;
- фарингомикоз;
- аденоидные вегетации;
- гиперплазия небной и язычной миндалин,
- воспаление язычной миндалины,
- острый (ангина) и хронический тонзиллит;
- местные и общие осложнения воспалительных заболеваний глотки: паратонзиллиты и паратонзиллярные, парафарингеальные абсцессы, медиастенит, сепсис
- заглоточные абсцессы
- дифтерия глотки
- аномалии строения глотки;
- травмы глотки
- инородные тела глотки
- инородные тела пищевода

должен уметь проводить

- первичная хирургическая обработка ран глотки;
- вскрытие перитонзиллярного абсцесса;
- вскрытие заглоточного абсцесса;
- удаление инородных тел глотки и носоглотки;
- удаление инородных тел пищевода
- аденотомия;
- тонзиллотомия;
- тонзиллэктомия;
- неотложную помощь при острых заболеваниях и травмах глотки
- эзофагофиброскопию

Клиника, диагностика и лечение болезней гортани - 294 часов

Врожденный стридор гортани. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Дефекты развития гортани (кисты, мембраны); распознавание, принципы лечения. **Острый ларингит.** Острый катаральный ларингит у взрослых и детей. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение и профилактика. Флегмонозный ларингит, гортанная ангина, перихондрит гортани. Этиология, патогенез, клиника, осложнения. Диагностика. Неотложная помощь, лечение. **Стенозы гортани.** Причины и патогенез. Классификация. Клиника острого и хронического стеноза гортани. Особенности стенозов гортани у детей. Дифференциальная диагностика стенозов гортани с другими нарушениями внешнего дыхания (ларингоспазм, бронхоспазм, стеноз трахеи). Неотложная помощь и интенсивная терапия при стенозах гортани у взрослых и детей. Интубация гортани, показания, техника, возможные осложнения. Современные показания к трахеостомии. Осложнения во время и после операции, их профилактика. Упрощенные виды горлосечения (конико-крикотомия): показания, техника, возможные осложнения, профилактика. Ларингоспазм у детей. Причины, клиника, неотложная помощь, лечение. **Аллергический отек гортани.** Причины, патогенез, клиника. Неотложная помощь. Лечение и профилактика. **Острый ларинготрахеит.** Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Клинические формы. Дифференциальная диагностика с дифтерией, инородным телом гортани. Неотложная помощь. Этапное лечение. Профилактика. **Хронический ларингит** у взрослых и детей. Причины, патогенез, клинические формы, принципы лечения и профилактика. Паралич гортани. Этиология, патогенез, симптомы, диагноз, принципы лечения. Инородные тела гортани, трахеи и бронхов. Причины попадания инородных тел в дыхательные пути у взрослых и детей, осложнения.

Рентгенодиагностика инородных тел бронхов. Врачебная тактика, неотложная помощь, способы удаления. Профилактика.

Врожденный стридор гортани (stridorlaryngiscongenitus). Это патологическое состояние встречается у детей 1-го года жизни. Врожденный стридор гортани может быть следствием как функциональных нарушений, так и анатомических изменений. Некоторые специалисты считают, что в основе врожденного стридора лежит ларингомаляция. Термин «ларингомаляция» был введен Джексоном для обозначения необычной врожденной мягкости хрящей, вследствие чего возникает склонность к спадению детской гортани. Причиной же ларингомаляции является запоздалое развитие гортани во внутриутробном периоде. Однако в настоящее время господствует точка зрения, согласно которой в основе врожденного стридора лежит врожденная слабость связочного аппарата преддверия гортани, что приводит к западанию надгортанника, черпалонадгортанных складок или черпаловидных хрящей на вдохе. При выдохе нормальное положение структур гортани восстанавливается. Заболевание проявляется шумным дыханием, обычно только в определенном положении ребенка. При этом внешнее дыхание не нарушено (нет одышки, цианоза, втяжения «уступчивых» мест грудной клетки), голос звучный, питание ребенка не страдает. Врожденный стридор гортани может проявиться сразу после рождения, однако нередко его клинические симптомы возникают на 2-3-м месяце жизни ребенка. Это можно объяснить тем, что постепенно происходит декомпенсация функционального состояния связочного аппарата гортани, что способствует выявлению его врожденной слабости. Решающее значение в диагностике заболевания имеет эндоскопическое исследование. Обычно таким детям с диагностической целью производят прямую ларингоскопию. Отсутствие какой-либо визуальной патологии гортани подтверждает диагноз врожденного стридора гортани. Такие дети нуждаются в лечении. Спонтанное излечение наступает к 1-2 годам.

Врожденная мембрана гортани (membranalaryngiscongenita). Врожденные мембраны могут располагаться между голосовыми складками, в подскладковом пространстве, у входа в гортань или в межчерпаловидном пространстве. Наиболее частой локализацией является уровень голосовых складок. Размеры мембран могут варьировать от небольшой перепонки в передней комиссуре до полной атрезии гортани. Поверхность мембраны гладкая, серого или розового цвета. Толщина перепонки чаще всего небольшая, сравнительно редко это довольно плотное образование. Небольшие мембраны могут ничем клинически не проявляться. Мембраны большого размера на уровне голосовых складок сопровождаются охрипостью и нарушением внешнего дыхания, возникающим обычно при физической нагрузке или на фоне присоединившейся острой респираторной вирусной инфекции. Для мембран, расположенных в подскладковом пространстве, характерно нарушение дыхания разной степени выраженности, в то время как голос может быть не изменен. Диагноз устанавливают во время осмотра гортани путем прямой ларингоскопии. Лечение сравнительно небольших врожденных мембран гортани заключается в их эндоларингеальном (эндоскопическом) удалении. Однако нередко возникают рецидивы. Для того чтобы предотвратить сращение в передней комиссуре, вводят дилататор (полая трубка), который фиксируют леской через коническую связку к передней поверхности шеи. Этот же прием используют при эндоскопическом удалении приобретенных рубцовых мембран.

Воздушная киста гортани (laryngocele). Воздушная киста гортани (ларингоцеле) относится к редко встречающимся заболеваниям. Воздушные кисты желудочков гортани по отношению ко всем кистам гортани составляют 16,1%. Причинами возникновения воздушной кисты гортани являются аномалии развития гортанных желудочков, травмы, повышенное внутригортанное давление, различные формы ларингитов. Ларингоцеле обычно является односторонним дивертикулом гортанного желудочка. При воспалении гортани и повышении воздушного давления они могут увеличиваться и выходить в мягкие ткани шеи, образуя воздушные опухоли. Развитию ларингоцеле способствуют нарушение сообщения между гортанью и полостью желудочка гортани, а также выраженное повышение внутригортанного давления. Ларингоцеле чаще возникает у мужчин. Стенка воздушной кисты состоит из волокнистой соединительной ткани, изнутри выстлана многоядным мерцательным эпителием. Иногда

наблюдается образование ларингогидроцеле, когда киста наполнена не воздухом, а серозной жидкостью. Различают истинные, ложные и симптоматические воздушные кисты гортани. Истинные-проявление врожденной аномалии развития желудочка гортани. Ложные кисты обусловлены разрушением щитовидного хряща патологическим процессом, при этом воздух будет поступать в ткани, окружающие гортань. Симптоматические кисты - результат возникновения клапанного механизма из-за опухоли или рубцового процесса. Клиника ларингоцеле определяется направлением распространения кисты: внутрь, наружу или в том и другом направлении. Соответственно различают внутреннее, наружное и комбинированное ларингоцеле. Чаще встречаются комбинированные кисты. Внутреннее ларингоцеле распространяется в толщу вестибулярной складки и приводит к нарушению голосообразования, а при больших размерах-к нарушению дыхания. При осмотре гортани на месте вестибулярной складки можно увидеть образование округлой формы, которое прикрывает голосовую складку. Слизистая оболочка над ним не изменена. Рентгенологически выявляется воздухоносное образование с гладкими округлыми контурами. Наружное ларингоцеле проникает через щитоподъязычную мембрану и распространяется в мягких тканях шеи латерально, или кверху от вырезки щитовидного хряща, или вниз, в область перстневидного хряща. Иногда ларингоцеле выходит через вал-лекулу. Наружное ларингоцеле внешне проявляется возникновением припухлости в верхнем отделе шеи, кнутри от кивательной мышцы. При пальпации припухлость безболезненная, эластической консистенции, кожа над ней не изменена. При глотании припухлость двигается вместе с гортанью, увеличивается при натуживании и кашле. При пальпации образование уменьшается, так как из него выходит воздух. Рентгенологически выявляется воздухоносная полость. Комбинированная воздушная киста проявляется сочетанием симптомов наружного и внутреннего ларингоцеле. Лечение ларингоцеле - хирургическое, заключающееся в удалении мешка. Операцию следует производить тогда, когда имеется выраженная симптоматика. Наружное ларингоцеле удаляют через наружный разрез, внутреннее - через ларингофиссуру. **Острое воспаление слизистой оболочки гортани** наблюдается как самостоятельное заболевание. Оно также может являться катаральным воспалением слизистой оболочки носа, глотки, в том числе при кори, коклюше, гриппе, тифе, ревматизме. Как самостоятельное заболевание острый катаральный ларингит возникает в результате активизация флоры, сапрофитирующей в гортани, под влиянием таких факторов, как переохлаждение, курение, злоупотребление алкоголем, перенапряжение голосовых складок в момент крика под воздействием некоторых вредностей (пыль, пары, газы). **Острый ларингит**. Клиническая картина. Заболевание характеризуется появлением охриплости, першения, саднения и сухости в горле. Температура тела субфебрильная. В начале болезни появляется сухой кашель, а затем с мокротой. Нарушение голосообразования выражается в виде различной степени дисфонии вплоть до афонии. Диагностика основывается на данных опроса и клинического обследования. При ларингоскопии определяется гиперемия слизистой оболочки гортани. Гиперемия выражена также в области голосовых складок. Здесь бывают иногда точечные кровоизлияния в толщу слизистой оболочки. По мере развития воспалительного процесса в гортани появляется слизь, которая высыхает, быстро становится вязкой, а затем превращается в корки. В детском возрасте для осмотра гортани прибегают к прямой ларингоскопии. У детей ларингит необходимо дифференцировать от дифтерии. У взрослых катаральный ларингит следует отличать от начальной формы туберкулеза, сифилиса, рожистого воспаления. Лечение. Больному необходимо соблюдать голосовой режим - режим молчания - и стихания острых воспалительных явлений. Необходимо прекратить прием острой, холодной пищи, спиртных напитков, курение. Применяют согревающий компресс на шею. Назначают аэрозоль или ингаляций растворов антибиотиков. В ряде случаев добавляется суспензия гидрокортизона. Вливание в гортань растительного масла. **Флегмонозный (инфильтративно-гнойный) ларингит**. Флегмонозный ларингит - инфильтративно-гнойное воспаление подслизистого слоя, мышечного и связочного аппаратов и надхрящницы гортани. Этиологическим фактором является инфекции, проникающая в ткани гортани при травме или после перенесенного инфекционного заболевания. Понижение местной и общей реактивности

также имеет значение. Встречается в виде двух форм: инфильтративной и абсцедирующей. Клиническая картина. Жалобы на боль при глотании, нарушение дыхания вплоть до асфиксии. Температура высокая. При ларингоскопии определяется гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки гортани, видны участки некроза. Подвижность отдельных элементов гортани ограничена. Диагностика основывается на клинике заболевания, ларингоскопической картине. Лечение Госпитализация больных. При нарастающем стенозе - трахеостомия. Общая и местная антибактериальная и противовоспалительная терапия. При наличии абсцесса его вскрывают. Когда флегмона распространяется на мягкие ткани шеи делают наружные разрезы.

Абсцесс гортани. Возникает абсцесс на язычной поверхности надгортанника или в области, черпаловидных хрящей. Причиной являются инородные тела. Абсцесс развивается постепенно, на фоне общей воспалительной реакции. Жалобы на боли при глотании, нарушение дыхания и голоса. При ларингоскопии определяется ограниченный участок воспаления слизистой оболочки, в центре которой виден абсцесс. Подвижность надгортанника или черпаловидных хрящей ограничена. В начальной стадии заболевания проводится антибактериальная и противовоспалительная терапия. Нужно следить за функцией дыхания: при появлении признаков нарастающего стеноза показана трахеостомия. Аэрозоль, ингаляции.

Хондроперихондрит гортани. Возникновение заболеваний связано с проникновением гноеродной флоры в надхрящницу или на хрящ. Нередко хондроперихондрит наступает после травмы хряща, после лучевой терапии. В результате воспаления наступает некроз хрящевой ткани, в последующем здесь образуется рубец. Такие рубцы приводят к деформации скелета гортани и вызывают стеноз. По течению различают острые и хронические процессы. Клиническая картина связана с локализацией процесса. Вокруг воспаленного участка хряща возникает твердая инфильтрация мягких тканей, периодически образуются наружные и внутренние гнойные свищи. При ларингоскопии определяются участки инфильтрации и отека слизистой оболочки, суживающие просвет гортани. Течение заболевания длительное.

Хондроперихондрит щитовидного хряща. При воспалении наружной поверхности хряща на стороне поражения определяется боль, твердая припухлость, кожа в этом месте легко берется в складку. При ларингоскопии изменений не бывает. При поражении внутренней стороны щитовидного хряща ларингоскопически определяется припухлость слизистой оболочки, она гиперемирована, отечна, в воспалении участвует черпалонадгортанная складка. Такая припухлость прикрывает голосовую щель и возникает удушье. Через гнойный свищ и при вскрытии абсцесса выделяются кусочки хряща. Хондроперихондрит надгортанника: возникает его утолщение и ригидность. Припухлость бывает только на гортанной поверхности. Она прикрывает вход в гортань. При этом возникает поперхивание при глотании за счет попадания кусочков пищи в гортань: боль бывает при поражении черпаловидных хрящей. В этом случае область пораженного хряща становится похожей на жар; отек распространяется на черпалонадгортанную складку, грушевидный синус, при этом нарушается дыхательная и голосообразовательная функций.

Воспаление перстневидного хряща. Процесс локализуется в подголосовом пространстве. В этом месте возникает концентрическое сужение просвета гортани, в результате чего нарушаются все ее функции. Для восстановления дыхания требуется трахеостомия. При поражении всех хрящей гортани возникают гиперемия и припухлость мягких тканей всей гортани. Вход в гортань резко сужен, у передней комиссуры видны грануляции, свищ, из которого выделяется гной. При вовлечении в воспалительный процесс тканей гортаноглотки отмечается вынужденное положение головы. Диагностика основывается на анамнезе и клинике заболевания. Лечение. Введение больших доз антибиотиков и сульфаниламидов. Физиотерапия, УФ, УВЧ, СВЧ, ионогальванизация на гортань с хлоридом кальция, йодидом калия и др. Согревающие компрессы. Лазеротерапия. Используется также ультрафиолетовое облучение крови. Больному рекомендуется нераздражающая пища. В случае образования гнойника показана хирургическое лечение с целью опорожнения абсцесса и удаления некротических тканей. Наличие свищей также является показанием к операциям.

Отек гортани. Отек гортани является симптомом определенного заболевания. Он может быть воспалительным и невоспалительным. Воспалительный отек чаще возникает как проявление

различных заболеваний глотки, гортани и других органов, может появляться при некоторых острых и хронических инфекционных болезнях, когда в гортани возникает воспаление, например, при кори, скарлатине, гриппе, туберкулезе, склероме, сифилисе. Отек наблюдается при аллергии, травмах шеи, ожоге гортани, после трахеобронхоскопии. Особую разновидность представляют отеки после рентген- и радиотерапии при опухолях шеи. Клиническая картина. Признаки отека гортани зависят от степени сужения просвета гортани, и быстрого распространения. При воспалительном отеке надгортанника появляются боль при глотании, ощущение инородного тела, может быть небольшое затруднение дыхания, которое может усиливаться. Симптомы усиливаются при распространении отека на слизистую оболочку черпаловидных хрящей, черпалонадгортанных складок, голосовых складок и подголосового пространства. В таких случаях при быстром нарастании отека может наступить острый стеноз гортани. При ларингоскопии определяется отечность пораженных участков гортани в виде водянистой или желеобразной припухлости. Надгортанник утолщен, а область черпаловидных хрящей имеет вид шаров. Голосовая щель резко сужена. Диагностика при ларингоскопии не вызывает затруднений. Лечение. Больной с отеком гортани должен быть срочно госпитализирован. Появление декомпенсаций или асфиксии требует немедленной трахеостомии, и при асфиксии вначале производят коникотомию, а затем трахеостомию. Антибактериальная терапия, десенсибилизирующая терапия, противоотечная терапия, отвлекающая терапия, внутриносые блокады, отхаркивающие и разжижающие средства, ингаляции, гормональные препараты в\м. **Подскладочный ларингит.** Ложный круп - развивается в подголосовой полости, наблюдается у детей от 2 до 5 лет, что связано с особенностями анатомического строения гортани - узостью ее просвета и обилием рыхлой клетчатки в подголосовом пространстве. Начало заболевания связано с острым воспалением слизистой оболочки носа или глотки. Ложный круп чаще бывает у детей, склонных к ларингоспазмам, страдающих диатезом. Клиническая картина. Ложный круп начинается внезапно, среди ночи, приступом лающего кашля. Ребенок просыпается, мечется в постели. В этот момент дыхание становится свистящим, резко затрудненным, выражена инспираторная одышка. Ногти и видимые слизистые оболочки становятся цианотичными. От испуга у ребенка кашель усиливается. При осмотре определяется втяжение мягких тканей яремной ямки, над- и подключичных пространств, эпигастральной области. Подобное состояние длится от нескольких минут до получаса, после чего появляется потливость, дыхание становится нормальным и ребенок засыпает, а утром просыпается здоровым. Нарушение дыхания и кашель могут носить более постоянный характер. Диагностика. Основывается на клинической картине заболевания и данных ларингоскопии - под голосовыми складками отмечается ва-ликообразная припухлость гиперемизированной слизистой оболочки, эти валики выступают из-под голосовых складок, значительно суживая просвет гортани и тем самым затрудняя дыхание. Лечение - вентиляция и увлажнение воздуха комнаты, где находится ребенок. Ребенку дают теплое молоко, боржоми. На шею ставят горчичники, горячие ножные ванны, отхаркивающие средства. Приступ удушья можно остановить, прикоснувшись шпателем к задней стенке глотки и вызвав рвотный рефлекс. В случае, когда, указанные мероприятия бессильны, а удушье становится угрожающим, показана трахеотомия. Иногда делают прямую ларингоскопию, обрабатывают слизистую оболочку подскладочного отдела сосудосуживающими средствами. **Гортанная ангина.** Острое воспаление лимфоидной ткани гортани в области черпалонадгортанных складок, межчерпаловидного пространства, в морганиевых желудочках в грушевидных синусах, заболевание возникает в результате переохлаждения, после гриппа при травме гортани инородным телом. Клиническая картина. Беспокоит боль при глотании болезненность при поворотах шеи, охриплость, затруднение дыхания. Температура тела повышена до 38 С, пульс учащен, бывают ознобы, потливость. При пальпации шеи увеличены лимфатические узлы. При ларингоскопии определяются гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки гортани. Иногда видны точечные фолликулы с точечными налетами. Диагностика основывается на данных анамнеза и осмотра. Гортанную ангину дифференцируют с дифтерией. При гортанной ангине воспалительный процесс чаще всего занимает ограниченный

участок. Лечение- массивная антибактериальная терапия. При значительном стенозе показана трахеостомия. На шею кладут тепло, назначают щелочные ингаляции. **Острый стенозирующий ларинготрахеит** возникает у детей, больных ОРВИ, и является ее синдромом. Проблема острого стенозирующего ларинготрахеита - одна из ведущих не только в детской оториноларингологии, но и в педиатрии вообще. В настоящее время большинство исследователей выделяют двойную природу острого ларинготрахеита: 1) как клиническое проявление вирусной инфекции; 2) как осложнение ОРВИ, вызванное вторичной бактериальной микрофлорой. Первичным всегда является этиологический фактор- респираторные вирусы, а бактериальная флора часто присоединяется к ним, изменяя течение заболевания и определяя его исход. Патогенез острого ларинготрахеита неразрывно связан с патогенезом ОРВИ. Для синдрома острого ларинготрахеита характерны три основных симптома: изменение голоса, грубый лающий кашель, стенотическое дыхание. Стенозирование просвета гортани и трахеи обусловлено тремя компонентами: отеком и инфильтрацией слизистой оболочки; спазмом мышц гортани и трахеи; гиперсекрецией желез слизистой оболочки трахеи и бронхов, скоплением густого слизисто-гноя. Таким образом, патогенез острого ларинготрахеита есть патогенез обструкции дыхательных путей, развившейся на фоне вирусной и бактериальной инфекции. Не следует считать анатомо-физиологические особенности гортани (в том числе узость просвета) у детей основной предпосылкой для развития острого ларинготрахеита. Клинические наблюдения подтверждают это. У детей до 6 мес острый ларинготрахеит встречается крайне редко, а до 4 мес это почти казуистические наблюдения, хотя голосовая щель у детей данного возраста наиболее узкая. Мальчики болеют острым ларингитом в 2—3 раза чаще, чем девочки, что также невозможно объяснить только анатомо-физиологическими особенностями гортани и трахеи. Кстати, и постинтубационные поражения этих органов у мальчиков и девочек встречаются примерно в том же соотношении. Все виды ОРВИ чаще возникают у мальчиков. В начале развития острого ларинготрахеита возникает воспаление слизистой оболочки гортани и трахеи, наиболее ярким проявлением которого в гортани является отек в ее нижнем этаже, а в трахее — гиперсекреция желез. Сужение подголосовой полости приводит к нарушению дренажной функции дыхательных путей, скопленю трахеобронхиального содержимого, вследствие чего усиливается кашель, который вызывает спазм мышц гортани и в итоге нарастает гипоксия. На этом этапе определяется такая ларингоскопическая картина: валики под голосовыми складками, гнойное содержимое в трахеобронхиальном дереве, и, следовательно, нет оснований для выделения «фибриноз-но-язвенной», «некротической» и тому подобных форм заболевания. В связи с неэффективностью консервативной терапии возникает необходимость в лаваже трахеобронхиального дерева, продленной интубации, трахеостомии. Следствием этих вмешательств являются травмы слизистой оболочки и, возможно, развитие обтурирующего стенозирующего ларинготрахеобронхита. Подтверждением этой точки зрения является тот факт, что до выполнения продленной интубации и трахеостомии патологический процесс, обозначаемый как «обтурирующий, стенозирующий ларинготрахеобронхит», а точнее «трахеобронхит», не определяется, т. е. одного присоединения бактериальной флоры для этого мало, как правило, нужна искусственная травма. В 1979 г. на I Всесоюзной конференции по детской оториноларингологии принята клиническая классификация острого ларинготрахеита, разработанная Ю. В. Митиным. В ее основу положены только клинические проявления заболевания, при этом учтены следующие моменты.

1. Ларинготрахеит является синдромом ОРВИ.

2. Он может возникнуть впервые или повторно (первичный и рецидивирующий).

3. Ларинготрахеит может протекать по одному из следующих клинических вариантов: а) острое начало, когда признаки ларинготрахеита (затрудненное дыхание, лающий кашель, охриплость) проявляются внезапно, в отсутствие других симптомов ОРВИ; б) острое начало на фоне ОРВИ; в) постепенное нарастание симптомов ларинготрахеита на фоне ОРВИ. Рецидивирующая форма острого ларинготрахеита протекает также по одному из этих вариантов.

4. Течение каждого из описанных вариантов может быть непрерывным или волнообразным.
5. Выраженность ведущего симптома ларинготрахеита определяется стадией стеноза гортани.

Клиническая классификация острого ларинготрахеита у детей

I. Вид ОРВИ:

- 1) грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция;
- 2) ОРВИ указывается в случае невозможности клинической расшифровки и отсутствия экспресс-диагностики.

II. Форма и клинический вариант:

Первичная форма. Рецидивирующая форма.

Первый вариант — внезапное начало в отсутствие других симптомов ОРВИ.

Второй вариант - внезапное начало на фоне ОРВИ.

Третий вариант-постепенное нарастание симптомов на фоне ОРВИ.

III. Течение:

- 1) непрерывное;
- 2) волнообразное.

IV. Стадия стеноза гортани:

- 1) компенсированная;
- 2) неполной компенсации;
- 3) декомпенсированная;
- 4) терминальная.

У большинства больных установить окончательный диагноз можно после ларингоскопии. Характерна следующая ларингоскопическая картина: гиперемия и некоторая инфильтрация слизистой оболочки гортани, просвет гортани сужен в основном на уровне подскладчатого пространства за счет отека инфильтративных валиков ярко-красного цвета (рис. 4.15), в трахее-густое гнойное содержимое. Дифференциальную диагностику проводят по основному симптому острого ларинготрахеита - стенотического дыханию, при этом дифференцируют от следующих заболеваний: дифтерии гортани, заглоточного абсцесса, инородного тела гортани, бронхиальной астмы, пневмонии с астматическим компонентом, стеноза гортани при кори, скарлатине, ветряной оспе, уремиического стеноза гортани, папилломатоза гортани. В лечении больных острым ларинготрахеитом следует выделить пять направлений: 1) организация помощи; 2) лечение больных острым ларинготрахеитом, сопровождающимся стенозом гортани в стадии компенсации и неполной компенсации; 3) интенсивная терапия больных острым ларинготрахеитом, осложнившимся стенозом гортани в стадии перехода от неполной компенсации к декомпенсации (проведение ингаляций под тентом); 4) интенсивная терапия больных острым ларинготрахеитом, сопровождающимся стенозом гортани в стадии декомпенсации (продленная интубация и трахеостомия); 5) реабилитация детей, перенесших продленную интубацию и трахеостомию. **Хронический катаральный ларингит.** Заболевание в большинстве случаев является следствием острого воспаления слизистой оболочки гортани. У лиц, профессия которых связана с нагрузкой на голосовой аппарат - певцы, чтецы, лекторы, основную этиологическую роль в данной патологии играет длительное его перенапряжение. Имеют значение профессиональные факторы запыленность, загрязненность помещений. Клиническая картина- расстройство голосообразования, быстрая утомляемость голоса, суметь, постоянное ощущение инородного тела в гортани. Ларингоскопически определяется застойная гиперемия слизистой оболочки гортани, выражена в области обеих голосовых складок. Видны расширенные кровеносные сосуды, местами на стенке гортани скапливается слизь. Диагностика. Основывается на данных анамнеза, жалобах, ларингоскопической картине. Лечение. Устранение этиологического фактора, соблюдение больным голосового режима, применение местной терапии в виде вливания в гортань раствора антибиотиков с суспензией гидрокортизона.

Используются ингаляция. Курс лечения - 10 дней. **Хронический гиперпластическая ларингит** характеризуется различного рода гиперплазией слизистой оболочки; до распространенности различают ограниченную и диффузную формы заболевания. Клиническая картина. жалобы на охриплость или даже афонию, что обуславливается обычно неравномерным утолщением голосовых складок, ограничением их подвижности и неправильной фонацией вестибулярными складками. При обострении присоединяются жалобы и симптомы катарального ларингита. Непрямая и прямая ларингоскопия позволяют обнаружить гипертрофию слизистой оболочки, как правило, симметричную с обеих сторон и межчерпаловидном пространстве в виде поперечного валика с зазубренным краем, выступающего в просвет гортани. Нередко определяется гипертрофия слизистой оболочки гортанных желудочков, при этом слизистая выступает между вестибулярными и голосовыми складками. Разновидностью гиперпластического ларингита является бородавчатое утолщение плоского эпителия в виде чашеобразного выступа, располагающегося в области межчерпаловидного пространства и получившего название пахидермии. Охриплость возникает при гипертрофическом процессе в области голосовых складок. У певцов, чтецов возникает один или два небольших остроконечных а округлых выступа величиной 1-2 мм, расположенных симметрично на свободных краях обеих голосовых складок на границе передней и средней их трети-, эти так называемые певческие узелка представляют собой фиброзное образование, такие утолщения могут возникать и по одиночке на том или ином участке голосовой складки. Они не относятся к истинным опухолям и имеют гиперпластическими узелками. Диагностика - распознается на основании жалоб и ларингоскопической картины. Лечение- устранение вредных факторов, соблюдение голосового режима. Проводятся лечение как при катаральной форме. При значительной гиперплазии слизистой оболочки производится туширование пораженных участков 1-2% раствором ляписа, криовоздействием, ингаляций или аэрозоль 2% масляным раствором цитрала, щелочно-масляным, изотоническим раствором хлорида натрия. Гипертрофические узелка удаляют, а место прикрепления тушируют контактным лазером.

Хронический атрофический ларингит. Чаще всего атрофический-ларингит этиологически и патогенетически связан с атрофией слизистой оболочкой носа и глотки. Условия запыленности и загазованности окружающей среды способствуют развитию атрофии слизистой оболочка гортани так же, как курение и злоупотребление алкоголем. Клиническая картина- жалобы на ощущение сухости, першения, инородного тела, прогрессирующую дисфонию. В начале процесса при ларингоскопии определяется яркая гиперемия слизистой оболочки, она выглядит блестящей. Гиперемия в дальнейшем исчезает, появляется вязкий секрет, корки в гортани темно-зеленого цвета. При откашливаний в мокроте бывают прожилка крови вследствие нарушения целостности эпителия слизистой оболочка гортани в момент кашлевого толчка. Диагностика. Основывается на жалобах и ларингоскопической картине. Лечение - устранение причин, назначают средства, способствующие разжижению мокроты и легкому ее отхаркиванию: ингаляции щелочно-масляные, также назначают ингаляции 1-2% раствора ментола в масле, под слизистую задней стенки глотки вводят коктейли (новокаин 2% - 2,0, алоэ 2,0). Для усиления железистого аппарата слизистой оболочка назначают 20% раствор йодида калия по 8 капель 3 раза внутрь 2 недели.

Острый и хронический стеноз гортани. Стеноз гортани - сужение ее просвета, которое препятствует проникновению воздуха в нижележащие дыхательные пути. **Острый стеноз гортани.** Острый стеноз возникает внезапно. Он является симптомом многих заболеваний. Основными патофизиологическим факторами немедленной врачебной оценки при остром стенозе гортани являются: степень недостаточности внешнего дыхания и реакции организма на кислородное голодание. При стенозе гортани начинают действовать приспособительные механизмы (компенсаторные и защитные). В основе патологии лежат гипоксия и гиперкапния, которые нарушают трофику тканей, в том числе мозговой и нервной, что приводит в возбуждение хеморецепторы кровеносных сосудов, верхних дыхательных путей и легких. Это раздражение концентрируется в соответствующих отделах центральной нервной системы и как ответная реакция происходит мобилизация резервов. Резервы имеют меньше возможностей сформироваться при остром стенозе, что может

обусловить паралич той или иной жизненной функций. К приспособительным реакциям относятся дыхательные, гемодинамические, кровяные и тканевые. Дыхательные проявляются одышкой, проходит углубление или учащение дыхания, привлечение к выполнению дыхательного акта дополнительных мышц - спины, плечевого пояса, шея. К гемодинамическим компенсаторным реакциям относятся тахикардия, повышение сосудистого тонуса, что увеличивает минутный объем крови в 4-5 раз, ускоряет кровоток, повышает АД, выводит из депо кровь. Все это усиливает питание мозга и жизненно важных органов, тем самым уменьшает дефицит кислорода, улучшает выведение шлаков; возникает в связи со стенозом гортани. Кровяными и сосудистыми приспособительными реакциями являются мобилизация эритроцитов из селезенки, повышение проницаемости сосудов и способности гемоглобина полностью насыщаться кислородом, усиление эритропоэза, Увеличивается способность ткани поглощать из крови кислород, отмечается частичный переход на анаэробный тип обмена в клетках. Все эти механизмы могут в определенной степени уменьшать гипоксию и гиперкапнию, недостаточность легочной вентиляции может компенсироваться при условии поступления в легкие какого-то минимума объема воздуха, который является индивидуальным для каждого больного, нарастание стеноза в этих условиях быстро ведет к возникновению патологических реакций: нарушается механическая функция левого желудочка сердца, появляется гипертензия в малом круге, истощается дыхательный центр, резко нарушается газообмен. Возникает метаболический ацидоз, парциальное давление кислорода падает, снижаются окислительные процессы, гипоксия и гиперкапния не компенсируются. Причиной острого стеноза гортани могут быть местные воспалительные заболевания: отек гортани, острый инфильтративный и абсцедирующий ларингит, хондроперихондрит гортани, гортанная ангина; местные невоспалительные процессы; различные виды травм, инородные тела; острые инфекционные заболевания: грипп, корь, скарлатина, дифтерия; общие заболевания организма: болезни сердца, сосудов, почек, легких. В зависимости от степени стеноза появляется шумное напряженное дыхание; при осмотре наблюдается западение надключичных ямок, втяжение межреберных промежутков, нарушение ритма дыхания. Все это связано с нарастанием отрицательного давления в средостении при вдохе. У больного с выраженным стенозом появляются страх, двигательное возбуждение - мечется, стремится бежать, наступает гиперемия лица, потливость, нарушается сердечная деятельность, секреторная функция желудка и мочевыделительная функция почек. В случае продолжения стеноза возникает учащение пульса, цианоз губ, носа и ногтей. Это связано с накоплением в организме углекислоты. Одновременно наступает инспираторная одышка. В течении **острого стеноза можно выделить 4 стадии:**

- I - компенсации,
- II - субкомпенсации,
- III - декомпенсаций,
- IV - асфиксии.

В стадии компенсации наблюдается урежение и углубление дыхания, укорочение или выпадение пауз между вдохом и выдохом, уменьшение числа пульсовых ударов, ширина голосовой щели в пределах 6-7 мм. В покое недостатка дыхания нет, при ходьбе появляется одышка.

В стадии субкомпенсации появляется в покое инспираторная одышка с включением в акт дыхания вспомогательных мышц: при этом отмечается втяжение межреберных промежутков, мягких тканей яремной и надключичная ямок, стридор- дыхательный шум, бледность кожи, беспокойное состояние больного. Пульс учащен, напряжен, АД в норме или повышено, ширина голосовой щели в пределах 4-5 мм.

В стадии декомпенсации дыхание становится поверхностным, частым, больной занимает вынужденное полу сидячее положение, руками старается держаться за спинку кровати или другой предмет. Гортань совершает максимальные экскурсии. Лицо приобретает бледно-синюшный цвет, появляются потливость, цианоз губ, кончика носа, ногтевых фаланг, пульс становится частым, нитевидным, Д снижено. Ширина голосовой щели 2 -3 мм.

В стадии асфиксии при остром стенозе гортани дыхание становится прерывистым или прекращается совсем. Ширина голосовой щели до 1 мм. Отмечается резкое падение сердечной деятельности, пульс частый, нитевидный, нередко на прощупывается, кожные покровы бледно-серого цвета за счет спазма мелких артерий. В короткое время 13 мин наступает потеря сознания, экзофтальм, непроизвольное мочеиспускание, дефекация и быстро наступает остановка сердца. Быстрое наступление стенозирования усугубляет тяжесть общего состояния, так как не успевают развиваться конденсаторные механизмы. Диагностика. При наличии анамнестических данных, указывающих на причину затрудненного дыхания, а также соответствующая ларингоскопическая картина. У детей гортань осматривают с помощью прямой ларингоскопии. Лечение. Проводится в зависимости от причины и стадий острого стеноза. При компенсированной и субкомпенсированной: стадиях возможно применение медикаментозного дестенозирования. При декомпенсированном стенозе необходима срочная трахеостомия, в стадии асфиксии срочно производят коникотомию, а затем трахеостомию. Осложнениями трахеостомии. могут быть: 1) геморрагия с последующей аспирационной пневмонией; 2) формирование трахео.-пищеводного свища ; 3). подкожная эмфизема.

Хронический стеноз гортани. Хронические стенозы возникают в результате стойких морфологических изменений в гортани или соседних областях. Развиваются они медленно и постепенно. Причины хронического стеноза разнообразны, наиболее частыми являются: 1) хондроперихондрит травматический инфекционный, лучевой; 2) нарушение подвижности перстне-черпаловидных суставов; 3). нарушение функция нижнегортанных нервов в результате токсического неврита, после струмэктомии, сдавления опухоли; 4) рубцовые мембраны гортани; 5) опухоль, туберкулез, сифилис, склерома. Клиническая картина. В основном соответствует стадии стеноза; при этом физическая нагрузка увеличивает затруднение дыхания, к исходному состоянию оно возвращается в покое. Однако в большинстве случаев медленное и постепенное нарастание стеноза способствует увеличению приспособительных возможностей организма, что больному в условиях недостаточности дыхания (III стадия стеноза) обходиться без трахеостомы. При хроническом стенозе на почве рубцового процесса нарушается голосообразовательная функция; при этом охриплость со временем может перейти в агонию. Срединное положение голосовых складок, как правило, не изменяет звучности голоса. При хроническом стенозе гортани у больных развиваются бронхит, эмфизема, у детей - бронхопневмония. Наблюдается расширение границ и гипертрофия мышцы сердца. Более или менее длительное ношение трахеотомической трубки вызывает в ряде случаев по краю трахеостомы или в трахее на уровне нижнего конца трахеотомической трубки пролежни, грануляция или рубцы, которые суживают просвет трахеи и поэтому представляют опасность. Ларингоскопическая картина зависит от этиологии и патогенеза заболевания. При осмотре уточняется ширина просвета и подвижность каждой половины гортани, особенности нарушения ее контуров и внешний вид патологического процесса. Диагностика. Основывается на анамнезе и данных ларингоскопии, рентгенологическом исследовании. Лечение. При хроническом рубцовом стенозе представляет нередко исключительные трудности и далеко не во всех случаях в короткий срок удается добиться восстановления просвета гортани. Для этой цели рекомендуется длительное расширение суженной гортани специальными дилататорами. Когда просвет гортани делается достаточно широким и стойким, введение трубок прекращают и переднюю стенку гортани восстанавливают пластическим путем.

Инородные тела гортани. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов чаще всего бывают у детей. В дыхательные пути они попадают, если ребенок неосторожно принимает пищу, а взрослые не контролируют поведение детей. Среди инородных тел чаще встречаются семечки подсолнуха, арбуза, тыквы, кусочки моркови, монеты, булавки, части авторучки, игрушек. Инородные тела, попавшие в дыхательные пути, как правило, не откашливаются, это связано с тем, что в момент выхода инородное тело ущемляется между стенками бронха (в момент входа бронх расширяется, при вдохе суживается). Однако в ряде случаев инородное тело может либо внедриться в стенку, либо баллотировать в трахее. Механизма баллотирования состоит в том, что в момент кашлевого толчка гладкое инородное тело поднимается и ударяется в нижнюю поверхность

голосовых складок. В это время моментально возникает спазм голосовой щели и инородное тело не проходит наружу, возникает хлюпающий шум. При опускании инородного тела вследствие его тяжести возможно попадание в один из бронхов - чаще правый. Клиническая картина. При попадании инородного тела в гортань возникает судорожный кашель. При полном закрытии просвета голосовой щели наступает моментальная асфиксия и смерть, при частичном закрытии - охриплость, кашель, отек слизистой оболочки. Инородные тела проникают в мелкие бронхи, obtурируя просвет и вызывая тем самым ателектаз части легкого. Закупорка главного, долевого или сегментарного бронха приводит к ателектазу всего легкого или большей его части. В результате в другом легком возникает эмфизема, органы средостения смещаются в больную сторону. Объем и функция здорового легкого уменьшается, у больного появляются одышка и симптомы сердечно-сосудистой недостаточности. Длительный ателектаз легкого, поддерживаемый инородным телом, ведет к развитию пневмонии и абсцесса. Диагностика основывается на данных анамнеза, физикального и рентгенологического исследования легких, ларингоскопии. Инородное тело, попавшее в дыхательные пути, должно быть удалено. Удаляют при ларингоскопии и трахеобронхоскопии. Различают **чувствительные и двигательные расстройства иннервации гортани**. Чувствительные расстройства встречаются в виде гиперестезии, гипестезии и анестезии. Гиперестезия возникает при воспалительных заболеваниях, неврастении, истерии, у лиц, злоупотребляющих курением и алкоголем. Клинически гиперестезия проявляется судорожным кашлем, доходящим до рвоты. Гипестезия и анестезия встречаются при некоторых заболеваниях нервной системы. Они могут проявляться снижением или отсутствием защитных рефлексов, в том числе кашлевого, что может повести к аспирации инородных тел. Лечение чувствительных расстройств иннервации гортани включает прежде всего лечение основного заболевания, а также применение симптоматических средств. При гиперестезии назначают электрофорез на область гортани, ингаляции новокаина и анестезина. Внутрь можно принимать кодеин и дионин. При гипестезии и анестезии назначают инъекции биостимуляторов (алоэ, ФиБС, гумизоль, стекловидное тело), прозерина, галантамина, стрихнина, витаминов группы В, дарсонвализацию и фарадизацию на область гортани. Несомненно, врачу чаще приходится сталкиваться с двигательными расстройствами иннервации гортани в виде парезов, параличей внутренних мышц гортани, а также ларингоспазмами - судорогами мышц гортани. **Парезы и параличи**. Различают миопатические и нейропатические (нейропаралитические) парезы и параличи внутренних мышц гортани. Миопатические парезы обусловлены изменениями во внутренних мышцах гортани при остром и хроническом ларингите, перенапряжением голосового аппарата, возникают во время мутации голоса и как следствие перенесенных инфекционных заболеваний (грипп, тиф, туберкулез). Эти парезы обычно двусторонние. Чаще поражаются голосовые мышцы. Миопатические парезы проявляются в утомляемости голоса, изменении его звучности и тембра. Диагноз устанавливают при ларингоскопии: слизистая оболочка и элементы гортани не изменены, но голосовые складки при фонации смыкаются не полностью. В случае пареза голосовой мышцы голосовая щель имеет овальную форму, при парезе латеральной перстнечерпаловидной мышцы - ромбовидную, при парезе поперечной черпаловидной мышцы голосовые складки во время фонации смыкаются, но образуется треугольная щель в заднем отделе голосовой щели. При сочетании поражения голосовой и поперечной черпаловидной мышц голосовая щель имеет вид песочных часов с перетяжкой на границе задней и средней третей. Миопатические парезы других внутренних мышц гортани почти не встречаются. Лечение миопатических парезов включает голосовой режим, противовоспалительную терапию, электростимуляцию и общую стимуляцию (инъекции 0,1% раствора стрихнина, биостимуляторов). Нейропатические параличи бывают органическими и функциональными. Органические в свою очередь подразделяются на параличи центрального и периферического происхождения. Органические центральные параличи возникают при поражениях центральной нервной системы (преимущественно ствола мозга). Это может быть следующая патология: опухоли, кровоизлияния, гуммы, сирингобулбия, множественный склероз, острый полиомиелит, клещевой энцефалит. Параличи X нерва центрального происхождения могут сочетаться с

одновременным поражением IX, XI и XII черепных нервов. Парез может развиваться при сдавлении блуждающего нерва в яремном отверстии при прорастании в него гломусной опухоли. Значительно чаще наблюдаются органические парезы и параличи возвратного нерва периферического происхождения. Причинами повреждения возвратного гортанного нерва могут быть: 1) травмы гортани и трахеи, сопровождающиеся отрывом трахеи от гортани, ее разрывом; 2) струмэктомия; 3) сдавление в грудной полости опухолью средостения или легкого, увеличенными лимфатическими узлами, аневризмой аорты; 4) инфекционные заболевания: грипп, тиф, малярия, туберкулез, дифтерия, вирусный гепатит, рожистое воспаление головы и лица, сифилис; 5) интоксикация свинцом, мышьяком, атропином, алкоголем, никотином; 6) так называемые идиопатические параличи, этиология которых не выяснена. Диагноз устанавливают при ларингоскопии. При одностороннем параличе голосовая складка находится в промежуточном, или интермедиальном, положении (среднее между глубоким вдохом и фонацией) и совершенно неподвижна. При длительном параличе развиваются дегенеративные процессы, голосовая складка атрофируется, ее свободный край становится полулунным, а черпаловидный хрящ слегка смещается кпереди и внутрь. Непораженная голосовая складка при фонации компенсаторно переходит среднюю линию и приближается к парализованной. Это приводит к почти полному закрытию голосовой щели. Черпаловидный хрящ на здоровой стороне при фонации оказывается позади черпаловидного хряща на пораженной стороне, а надгортанник может несколько отклоняться в здоровую сторону. Описанные изменения способствуют улучшению голоса, поэтому их и рассценивают как компенсаторные. При фонации возможно некоторое напряжение и приведение к средней линии парализованной голосовой складки за счет работы щитоперстне-видной мышцы, которая иннервируется наружной ветвью верхнего гортанного нерва. При повреждении блуждающего нерва выше места отхождения верхнего гортанного нерва возникает паралич и щитоперстневидной мышцы, что обычно сочетается с потерей чувствительности и рефлексов слизистой оболочки гортани. Нарушение чувствительности клинически проявляется поперхиванием. При двустороннем параличе голосовая щель резко сужена, обе голосовые складки неподвижны, позиция их медиальная или парамедиальная, а при фонации - интермедиальная или латеральная; страдает голосовая функция, дыхание особенно сильно нарушается при физической нагрузке. При ларингостробоскопии выявляют вялые колебания голосовых складок с небольшой амплитудой движений их свободного края. Паралич обычно развивается постепенно, поэтому больной привыкает к кислородному голоданию. При физической нагрузке появляется одышка. Декомпенсация может наступить при появлении воспалительных изменений в гортани. При быстром развитии двустороннего паралича больной может погибнуть от асфиксии. В этом случае необходимо произвести трахеостомию. Функциональные параличи гортани (дисфония, фонастения) возникают при нервно-психических расстройствах вследствие нарушения взаимоотношений между процессами возбуждения и торможения в коре большого мозга. Для них характерны, с одной стороны, афония, а с другой - звучный кашель. При ларингоскопии выявляют нестабильность положения голосовых складок, а при стробоскопии определяют сохранность их колебательных движений. Объективно дифференцировать парез от паралича гортани позволяет электромиография. При парезе наблюдается снижение электрической активности соответствующих мышц гортани, а при параличе она отсутствует. Лечение функциональных нарушений голоса включает суггестивное воздействие, специальные голосовые и дыхательные упражнения, седативные или тонизирующие средства по показаниям. Обычно лечение проводит фониатр, иногда совместно с невропатологом и психиатром. Лечебную тактику выбирают в зависимости от причины паралича гортанных нервов и основного заболевания. В острых случаях инфекционно-токсического паралича проводят ротивовоспалительное, дезинтоксикационное и стимулирующее лечение. В лечении двигательных расстройств гортани существенное место занимают фонетические упражнения (дыхательная и голосовая гимнастика), которые сочетают (в отсутствие противопоказаний) с инъекциями стрихнина, прозерина, галантамина, витаминов группы В, кокарбоксилазы, АТФ и биостимуляторов, а также с физиотерапией

(дарсонвализация, диадинамические токи, электростимуляция, электрофорез йодида калия и гепарина). Для **инородных тел гортани** характерно острое, бурное начало заболевания, выраженный стеноз, инспираторная одышка, цианоз, приступообразный кашель. Степень выраженности дыхательных нарушений во многом зависит от размеров инородного тела, выраженности отека слизистой оболочки гортани, спазма голосовой щели. Охриплость или афония указывают на расположение инородного тела в подскладковом пространстве или непосредственно в голосовой щели. Инородные тела гортани представляют большую опасность для жизни ребенка. При осмотре ребенка обращают на себя внимание выраженная инспираторная одышка и втяжение податливых участков грудной клетки. Результаты перкуссии и аускультации малохарактерны: возможны жесткое дыхание и хрипы. При рентгенологическом исследовании выявляют равномерную повышенную прозрачность легочных полей. Диагноз инородного тела гортани устанавливают при ларингоскопии (у детей-при прямой ларингоскопии), с помощью которой его и удаляют. В редких случаях при стремительно нарастающей асфиксии, угрожающей жизни ребенка, показана экстренная трахеостомия. Иногда крупное инородное тело у входа в пищевод может вызвать тяжелый стеноз гортани, причем при прямой ларингоскопии не удается обнаружить инородное тело. В таких случаях следует с помощью ларингоскопа произвести прямую гипоф-рингоскопию, включающую осмотр входа в пищевод. **Инородные тела трахеи**, так же как и инородные тела гортани, обычно сопровождаются бурными проявлениями. Характерен длительный, многократный, приступообразный, «лающий», мучительный кашель, нередко переходящий в рвоту. Дети старшего возраста иногда отмечают тупую за грудиной боль. Аспирированные инородные тела могут перемещаться в трахее, но иногда они фиксированы к ее стенке. Клинические проявления в этих случаях различны. Перемещения инородного тела могут обусловить нарушение дыхания и спазм голосовых складок вследствие удара о них аспирированного инородного тела. Патогномоничным признаком перемещения инородного тела в трахее является симптом «хлопанья» при дыхании. Хлопающий звук может быть слышен на расстоянии, при этом интенсивность его изменяется при перемене положения ребенка. Инородные тела в области бифуркации трахеи, перемещаясь, нарушают вентиляцию то в одном, то в другом бронхе, что находит отражение в «перемежающейся» клинической картине. Физикальные данные быстро изменяются. Больным с инородными телами трахеи показана экстренная трахеоскопия с последующим удалением инородного тела. Если инородные тела локализируются в нижнем отрезке и бифуркации трахеи, то трахеостомия никакого облегчения больному не принесет. Методом выбора является неотложное эндоскопическое исследование трахеи (верхняя трахеоскопия) и удаление инородного тела. В некоторых случаях возможно удаление инородного тела трахеи при прямой ларингоскопии.

должен знать установить диагноз и провести необходимое лечение следующих **заболеваний гортани, трахеи:**

- острый и хронический ларингит;
- острый и хронический трахеит;
- хондроперихондриты гортани;
- аномалии строения гортани;
- парезы и параличи гортани;
- функциональные дисфонии;
- истинный и ложный круп;
- острые стенозы гортани
- хронический стеноз гортани.
- инородные тела гортани, бронхов
- травмы гортани, бронхов

должен уметь проводить

- первичная хирургическая обработка ран гортани;
- удаление инородных тел гортани;
- вскрытие абсцесса надгортанника;
- коникотомия;
- трахеотомия;
- трахеостомия
- интубация
- эндоскопия гортани
- хирургическая обработка ран шеи;
- вскрытие нагноившихся кист гортани;
- неотложную помощь при острых заболеваниях и травмах гортани, трахеи

Инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей – 294ч.

Туберкулез, волчанка, сифилис, склеромы дыхательных путей. Этиология, патогенез, морфология, клиника, диагностика, принципы лечения. Гранулематоз Вегенера. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Оториноларингологическая симптоматика синдрома приобретенного иммунодефицита человека (СПИД). Клиническая и лабораторная диагностика. Эпидемиология, группы риска. Вопросы медицинской деонтологии при работе с носителями ВИЧ. Меры эпидемиологической и социальной защиты медицинских работников от ВИЧ. Принципы лечения и профилактика СПИДа.

Туберкулез носа. При туберкулезе носа поражение первоначально чаще локализуется в передних отделах полости носа — в преддверии, на перегородке, на слизистой оболочке носовых раковин. В начальной стадии заболевания наблюдаются обильные выделения из носа, образование корок и ощущение заложенности. Появляется узелковый инфильтрат, сравнительно быстро изъязвляющийся, нередко с формированием перфорации хрящевой части перегородки носа. При распаде инфильтратов и образовании язв наблюдается гнойное отделяемое с примесью крови. Риноскопически язвы определяются как дефект слизистой оболочки, на дне которого расположены вялые грануляции. Диагностика. При наличии у больного туберкулезного поражения легких, гортани, суставов диагностика не представляет затруднений. Дифференцировать необходимо от сифилитического поражения носа (третичный сифилис). Для сифилиса характерно поражение не только хрящевого отдела перегородки носа, но и костного; возможно также при сифилисе поражение носовых костей (седловидный нос), что сопровождается выраженными болевыми ощущениями в области спинки носа. Определенную помощь в дифференциальной диагностике оказывают серологическая реакция Вассермана, реакция Пирке у детей. Инфильтрат в полости носа может иметь форму опухоли (туберкулема); для дифференцирования его с опухолевым (саркоматозным) процессом выполняют биопсию и гистологическое исследование. **Туберкулез глотки.** Туберкулезные поражения в глотке разнообразны: от поверхностных ограниченных язвочек с незначительной инфильтрацией до обширного бугристого папилломатозного инфильтрата с характерными язвами. При язве появляется патогномичный признак — резкая болезненность при глотании не только твердой пищи, но и воды. Присоединение вторичной инфекции приводит к возникновению неприятного гнилостного запаха изо рта. Туберкулезные язвы располагаются в основном на небных дужках и на слизистой оболочке задней стенки глотки, имеют неровные фестончатые подрытые края бледно-розовую окраску; поверхность их довольно часто покрыта гнойным налетом, под которым определяются бледные, вялые грануляции. Язвы могут увеличиваться в размерах, захватывая большие участки слизистой оболочки и распространяясь в глубину. Хронические формы туберкулезного процесса глотки характеризуются продуктивными плотноватыми бугристыми инфильтратами, изъязвления их обычно бывают поверхностными. Диагностика. В начале заболевания установить диагноз относительно трудно. В первую очередь необходимо обращать внимание на состояние

легких, как место первичной локализации. Следует дифференцировать от сифилиса, рака. В более поздней стадии диагноз устанавливают на основании клинической картины заболевания, реакции Пирке, микроскопического исследования грануляций из области язвы и данных общего обследования больного. **Туберкулез гортани.** Это наиболее частая локализация туберкулезного процесса в верхних дыхательных путях. Инфицирование гортани туберкулезными микобактериями происходит *гематогенным* (лимфогенным) либо *контактным* путем, когда выкашливаемая мокрота прилипает к слизистой оболочке гортани и мацерирует ее, вследствие чего инфекция проникает в подслизистую основу. В развитии туберкулезного процесса в гортани различают три стадии: • образование инфильтрата; • формирование язвы; • поражение хрящей. Поражаются обычно задние отделы гортани: межчерпаловидное пространство, черпаловидные хрящи и прилежащие к ним участки голосовых складок. Инфильтрация проявляется утолщением слизистой оболочки, появлением бугорков, похожих на папилломы. При дальнейшем развитии процесса образуется туберкулема с последующим изъязвлением. Неблагоприятное течение заболевания и присоединение вторичной инфекции сопровождаются вовлечением в процесс надхрящницы и хряща. Клиника. Характерны жалобы на боль при глотании, которая наиболее выражена при локализации процесса на черпаловидном хряще, в области надгортанника и на черпалонадгортанных складках. Голосовая функция бывает нарушена при поражении голосовой и вестибулярной складок и межчерпаловидного пространства. При образовании инфильтратов в подголосовой полости иногда наблюдается нарушение дыхания. *Ларингоскопическая картина* при туберкулезе гортани соответствует стадии развития процесса. Вначале появляются гиперемия и инфильтрация на отдельных участках голосовых складок, преимущественно в задних отделах. Затем инфильтрат изъязвляется, в результате образуется чечевицеобразная лентиккулярная язва с бледносерым дном. Возможно краевое изъязвление голосовых складок, в этом случае края их неровные, как бы изъеденные. Частой локализацией туберкулезного процесса является также межчерпаловидное пространство, в котором формируются инфильтраты с сосочковыми разрастаниями грануляций. Последние могут достигать больших размеров, имея вид опухоли — туберкулемы, вдающейся в голосовую щель. Вестибулярные складки при развитии туберкулезных инфильтратов приобретают подушкообразную форму, поверхность их гладкая или бугристая. При распаде инфильтратов образуются глубокие изъязвления. Пораженный туберкулезным процессом надгортанник резко увеличивается и в виде опухоли с отечной слизистой оболочкой нависает над входом в гортань. хряща, голосовой складки и надгортанника. Типичные туберкулезные язвы, прогрессируя, углубляются и поражают надхрящницу и хрящ. Однако некроз и секвестрация хрящей гортани являются редким осложнением туберкулеза гортани. Следует учитывать, что туберкулезный процесс в гортани у больного с легочным туберкулезом протекает значительно тяжелее, чем при другой локализации основного очага. При ликвидации туберкулезного процесса в гортани (обычно в стадии инфильтрации) восстанавливается и голосовая функция. Диагностика. Для туберкулезного ларингита характерно одностороннее поражение, гиперемия или инфильтрация голосовой складки. Однако при такой картине возможен и опухолевый процесс. В этих случаях основой дифференциальной диагностики являются результаты биопсии. При неспецифическом воспалении гортани обычно наблюдается двустороннее поражение ее, которое бывает и при сифилитическом поражении гортани. Причинами позднего распознавания туберкулеза гортани может быть недооценка отоларингологом и фтизиатром данных анамнеза и ранних субъективных признаков, характерных для специфического поражения, а также несвоевременное проведение исследования мокроты на микобактерии туберкулеза и рентгенологического исследования органов грудной клетки. При необходимости выполняют биопсию из участка поражения гортани. Лечение. Общее и местное. Основой местного лечения является прижигание инфильтратов и язв 30—40 % раствором нитрата серебра. Положительный эффект дает облучение пораженного участка слизистой оболочки кварцем через тубус. Назначают частые полоскания ротоглотки теплым отваром ромашки, шалфея или перекисью водорода. С целью уменьшения болевых ощущений при глотании следует

применять смазывание язвенных поверхностей мазью с анестезином. Пища должна быть теплой, жидкой, не раздражающей. При поражении гортани и выраженной болевой симптоматике показана новокаиновая блокада верхнего гортанного нерва или внутрикожная новокаиновая блокада по А.Н. Вознесенскому, вагосимпатическая блокада по А.В. Вишневскому.

Туберкулезный отит характеризуется своеобразием отличием от течения неспецифического воспаления среднего уха. Начало заболевания обычно безболезненное, с образованием множественных перфораций барабанной перепонки, которые, сливаясь, приводят к быстрому ее распаду. Лишь в редких случаях прободение барабанной перепонки может быть единичным. Выделения из уха сначала скудные, затем становятся обильными, с резким гнилостным запахом. При вовлечении в процесс височной кости возникают обширные некрозы в барабанной полости и сосцевидном отростке с обильными гнилостными выделениями и резким снижением слуха. При этом наблюдается распространенный кариес кости, образование секвестров и симптомы пареза или паралича лицевого нерва. Лечение. Активное общее противотуберкулезное лечение проводят в соответствии с рассмотренными выше принципами. При наличии кариозно-грануляционного процесса в ухе производят радикальную операцию уха, как правило, на фоне общей противотуберкулезной терапии. В послеоперационном периоде местно применяют противотуберкулезные препараты. Прогноз при туберкулезном поражении верхних дыхательных путей и уха, как правило, благоприятный: в большинстве случаев наступает выздоровление. Профилактика заключается в предупреждении и своевременном рациональном лечении туберкулеза легких.

Волчанка верхних дыхательных путей (обыкновенная). Это разновидность туберкулезного процесса с характерными изменениями со стороны кожи и слизистой оболочки. Заболевание встречается редко, бывает главным образом у детей в возрасте от 5 до 15 лет, нередко сочетается с другими туберкулезными поражениями. Течение медленное, безболезненное, характерна склонность к рубцеванию. Клиника. В области кожи щек, носа, губы, слизистой оболочки полости носа, глотки и реже гортани появляются безболезненные узелковые высыпания коричнево-розовой окраски. Сливаясь, бугорки образуют инфильтраты зернистого вида, серо-желтого или красного цвета. В редких случаях наблюдается изъязвление инфильтрата; при этом язва бывает покрыта серовато-белыми или красными вялыми, легко кровоточащими грануляциями. Как правило, при рубцевании этих язв одновременно по периферии образуются новые узелки. Процесс рубцевания изъязвленных инфильтратов приводит к образованию в области кончика и крыльев носа дефектов, обезображивающих лицо. Аналогичная картина наблюдается при образовании рубцов в области перегородки носа и переднего отдела свода носа. При рубцевании язв в глотке возникают рубцовые деформации мягкого неба, в частности язычка; образование рубцов на задней стенке глотки в некоторых случаях приводит к развитию дисфагических явлений. В гортани волчаночные инфильтраты чаще поражают надгортанник, при этом разрушается его хрящевой остов и на месте надгортанника образуется рубцовый валик. Если процесс распространяется на черпало надгортанные складки, возможно сужение входа в гортань за счет инфильтратов и рубцов. Диагностика. Основывается на анамнезе, данных эндоскопии и гистологического исследования инфильтратов. Лечение аналогично лечению туберкулеза верхних дыхательных путей. Косметические дефекты наружного носа и лица могут быть устранены с помощью пластических операций после излечения от туберкулеза.

Сифилис верхних дыхательных путей. Сифилис является хроническим инфекционным заболеванием, вызываемым бледной трепонемой (бледная спирохета). При сифилисе поражаются все ткани и органы человека, в том числе и ЛОР-органы. Заражение происходит в результате проникновения бледной трепонемы через микроскопические повреждения слизистых оболочек и кожи; чаще бывает половой путь заражения, реже возможен неполовой, в частности в результате заноса инфекции плохо дезинфицированными инструментами, ранее использованными при обследовании больного сифилисом. Инкубационный период в среднем 3 нед, затем на месте внедрения инфекции появляется красноватое пятно или папула, которая в течение нескольких дней увеличивается и уплотняется — формируется первичный очаг — твердый шанкр. В центре его образуется язва. Через 5—7 дней после появления твердого шанкра

увеличиваются регионарные лимфатические узлы; бледные трепонемы, интенсивно размножаясь, распространяются по всей лимфатической системе, в результате чего развивается полиаденит. **Сифилис носа.** Бывает в виде *твердого шанкра, вторичных и третичных проявлений*. Твердый шанкр (первичный сифилис) встречается редко и может локализоваться у входа в нос, на его крыльях или на кожной части перегородки носа. При осмотре определяется гладкая безболезненная эрозия размером 0,2—0,3 см, красного цвета. Край эрозии имеет валикообразное утолщение, дно покрыто салынм налетом, в основании пальпируется плотный инфильтрат. Через 6—7 нед после развития твердого шанкра появляются признаки вторичного сифилиса — специфические сифилитические высыпания в виде розеолезных, папулезных и пустулезных образований на коже и слизистых оболочках. Вторичные сифилиды в области носа обнаруживаются в виде эритемы и папул. Эритема сопровождается припухлостью слизистой оболочки и появлением кровянисто-серозного или слизистого секрета. Папулезные высыпания появляются позже и локализуются на коже входа в нос, реже в полости носа. При распаде папул слизистый секрет постоянно раздражает язвенную поверхность, и это препятствует заживлению. Появление у новорожденных и детей раннего возраста упорного насморка, сопровождающегося густыми выделениями, имеющими тенденцию к образованию корок, должно вызвать подозрение на врожденный сифилис. Третичная форма сифилиса носа диагностируется чаще, чем две предыдущие. Она характеризуется образованием диффузных инфильтратов или гуммы с распадом. Гумма может локализоваться в слизистой оболочке, в кости, надкостнице и хряще; при этом происходит некроз костной ткани с образованием секвестров. Наиболее часто процесс при третичном сифилисе локализуется в костном отделе перегородки и дне носа. В последнем случае при распаде гуммы может возникнуть сообщение с полостью рта. В третичный период сифилиса характерен болевой синдром. Появляются сильные боли в носу, в области лба, глазниц. При костном поражении к болевому ощущению присоединяется зловонный запах, а в отделяемом из носа нередко обнаруживаются костные секвестры. Нос часто приобретает седловидную форму. Диагностика. Твердый шанкр преддверия носа следует дифференцировать от фурункула. При фурункуле носа определяются ограниченные гнойнички с распадом в центре. Вторичный сифилис характеризуется появлением папул на губах, в области рта и заднего прохода. В третичной стадии развития процесса основой является серологическая диагностика (положительная реакция Вассермана), учитывают также результаты гистологического исследования. Необходимо помнить, что в начальном периоде первичного сифилиса серологические реакции отрицательны, вследствие чего он обозначается как серонегативный. **Сифилис глотки и гортани.** Наблюдается как проявление общего заболевания организма и может возникнуть в любой стадии процесса. Твердый шанкр проявляется в виде эритематозной, эрозивной и язвенной форм. Процесс в глотке, как правило, односторонний и сопровождается односторонним лимфаденитом регионарных лимфатических узлов. Во второй стадии поражение слизистых оболочек глотки и гортани чаще возникает одновременно и нередко сопровождается кожными высыпаниями в виде розеол и папул. При вторичных сифилидах обычно не бывает субъективных проявлений, поэтому они могут остаться незамеченными и больной продолжительное время является источником заражения. Специфический процесс в небной миндалине отличается от банальной ангины нормальной или незначительно повышенной температурой тела, отсутствием болезненности при глотании. При фарингоскопии вторичный сифилис глотки характеризуется разлитой припухлостью на фоне гиперемии меднокрасного цвета, которая распространяется на небные дужки, слизистую оболочку мягкого и твердого неба. В гортани вторичная стадия проявляется в виде эритемы, симулирующей катаральный ларингит, с вовлечением в процесс голосовых складок, черпаловидных хрящей и надгортанника. Возможно также образование папул с локализацией в различных отделах глотки и гортани. Папулы представляют собой серовато-белые высыпания округлой или овальной формы, возвышающиеся над поверхностью и окруженные по краю красной каймой. Такие высыпания или бляшки, нередко с изъязвленной поверхностью, располагаются на кончике и по краям языка, на слизистой оболочке щек и твердого неба, на голосовых,

вестибулярных, черпалонадгортанных складках и на надгортаннике. Третичный сифилис проявляется ограниченной гуммозной опухолью, причем гуммы в глотке локализуются в основном в области твердого и мягкого неба, а в гортани — на надгортаннике, реже в межчерпаловидном пространстве и на вестибулярных складках. Располагаясь в подголосовой полости, гумма имеет вид симметричного инфильтрата. При распаде гуммы появляется язва с ровными краями и сапальным дном, покрытая некротическим налетом. Присоединение вторичной инфекции сопровождается выраженной воспалительной реакцией с отеком, развитием флегмоны, хондроперихондрита. Специфическое воспаление хрящей ведет к образованию эндоларингеальных свищей. При своевременном проведении лечения на месте гумм образуются плотные рубцы звездчатой формы, беловато-желтого цвета. Рубцевание может привести в глотке к сращениям мягкого неба с задней стенкой, а в гортани — к деформации, вызывающей стенозирование. Жалобы больного в стадии образования гуммы зависят от ее размеров, локализации и вторичных реактивных процессов. Рубцы в глотке вызывают появление закрытой гнусавости, ухудшение слуха в результате поражения слуховых труб, нарушение носового дыхания и обоняния. Процесс в гортани сопровождается охриплостью или афонией; при развитии рубцового процесса появляется затруднение дыхания. Диагностика. Поражение глотки и гортани сифилисом распознается на основании данных осмотра, положительной серологической реакции Вассермана, обнаружения в отделяемом язв и папул бледной трепонемы. При вторичном сифилисе глотки проводят дифференциацию с катаральной, фолликулярной, язвенно-пленчатой ангиной, туберкулезом и лейкоплакией. Лейкоплакия — ограниченное уплотнение эпителия серовато-белого цвета, располагающееся на слизистой оболочке щек и языка, возникает в результате длительного воздействия неспецифических раздражителей (курение и т.д.). Третичный сифилис гортани следует дифференцировать от туберкулеза, злокачественной опухоли. В этом случае определенную помощь оказывает обследование больного на туберкулез, реакция Вассермана, гистологическое исследование кусочка ткани из пораженного участка. Лечение специфическое, под наблюдением дерматовенеролога. Проводят этиотропную терапию препаратами пенициллина, эритромицином, тетрациклином, цефазолином, при поздних формах используют препараты висмута (бийохинол, бисмоверол). Местно при поражении носа рекомендуются носовые души раствором гидрокарбоната натрия, промывание полости носа 0,1 % раствором перманганата калия. При поражении глотки применяют полоскание слабыми дезинфицирующими растворами перекиси водорода, отвара ромашки и др. Деформация наружного носа может быть ликвидирована посредством пластических операций, которые производят после полного излечения сифилиса. При появлении стеноза гортани проводят хирургическое вмешательство на трахее или в гортани с целью восстановления дыхания.

Сифилис уха. Вторичный сифилис (розеола, папула) наблюдается на коже наружного уха одновременно с поражением других участков кожи. Наибольшее значение имеет локализация сифилитического процесса во внутреннем ухе. Различают врожденную и приобретенную формы. При врожденной форме поражение внутреннего уха обнаруживается в возрасте 10—12 лет и проявляется триадой симптомов (*триада Гетчинсона*): особая форма зубов, паренхиматозный кератит и нейросенсорная тугоухость. При этом поражение слуха играет первостепенную роль, оно всегда бывает двусторонним. Нередко при сифилисе наблюдается положительный фистульный симптом при отсутствии гнойного процесса в ухе. В ряде случаев сифилис уха наблюдается внезапно: возникает головокружение, появляются нистагм, шум в ушах и тугоухость. Кохлеовестибулярные расстройства могут быть проявлением не только позднего, но и раннего сифилиса — первичного, вторичного свежего и вторичного рецидивного. Они обусловлены, как правило, двусторонним поражением лабиринта и по клинико-функциональной характеристике имеют определенное сходство с поражением внутреннего уха при болезни Меньера и серозном лабиринтите. Диагностика. Основывается на данных анамнеза, клинической картины, результатах лабораторного и рентгенологического исследования. Лечение. Специфическое противосифилитическое. Прогноз. Сифилис излечивается, однако возможны стойкие нарушения слуха, рубцовые изменения и др. **Склерома верхних**

дыхательных путей — это хроническое инфекционное заболевание, при котором наряду с атрофическими изменениями слизистой оболочки отмечается образование ограниченных или диффузных инфильтратов, на месте которых впоследствии формируется рубцовая ткань, приводящая к сужению различных отделов дыхательного тракта. Склерома вызывается капсульным диплококком — клебсиеллой склеромы (палочка Фриша—Волковича). Это эндемическое заболевание, наиболее распространенное в Западной Белоруссии и Украине, в Польше, Италии и Германии; очаги склеромы отмечены в Индонезии, Бразилии, Мексике и т.д. Существуют данные, подтверждающие контагиозность склеромы. Патоморфологическим субстратом заболевания является инфильтрат, состоящий из фиброзной соединительной ткани с большим количеством плазматических клеток и сосудов. Среди этих образований находятся специфические для склеромы клетки Микулича, в вакуолях протоплазмы и вне их располагаются палочки Фриша—Волковича. Кроме того, в инфильтрате встречаются гиалиновые шары — тельца Русселя (фуксинофильные тельца). В рубцовой ткани отмечается большое количество фиброзных волокон, среди которых встречаются плазматические клетки и единичные клетки Микулича; бактерии здесь отсутствуют, гиалиновых шаров нет, сосудов мало. Инкубационный период заболевания длительный, при внедрении инфекции возникают катаральные явления, а через 3—5 лет обнаруживаются признаки заболевания, причем у молодых этот период короче, чем у людей старшего возраста. Наиболее частая локализация поражения при склероме — передние отделы носа, область хоан, подголосовая полость гортани, бифуркация трахеи и бронхов. Клиника. Заболевание развивается медленно, с самого начала принимая хроническое течение, без болей и повышения температуры тела; специфические склеромные изменения располагаются, как правило, симметрично и не проявляют склонности к распаду и изъязвлению, а подвергаются рубцеванию. Различают три основные формы склеромы, которые в определенной степени отражают стадийность течения процесса:

- атрофическую;
- инфильтративную;
- рубцовую, или регрессивную.

Кроме того, выделяют также смешанную и атипичную формы склеромы. В типичных случаях при наличии соответствующих анамнестических данных диагноз нетруден. Как правило, эндоскопическая картина весьма характерна. Определенную помощь в диагностике оказывает трахеобронхоскопия. Обычно прибегают к постановке серологических реакций Вассермана и Борде—Жангу со склеромным антигеном. Подспорьем в диагностике является гистологическое исследование удаленного инфильтрата, в ткани которого обнаруживаются палочки Фриша—Волковича и клетки Микулича. На слизистой оболочке верхних дыхательных путей наряду с инфильтратами имеется рубцовая ткань. Атрофическую форму склеромы следует дифференцировать от озы и атрофического ринофарингита. Эти заболевания имеют три общих симптома: атрофия слизистой оболочки, образование корок и неприятный запах. Однако при озе инфильтративные и рубцовые процессы отсутствуют; атрофия касается более глубоких отделов слизистой оболочки носа; имеется резкое истончение раковин и костной ткани. Корки при озе бывают в виде слепков и располагаются в глубине, у средней раковины и удаляются легче, чем при склероме. Специфический приторный нестерпимый запах при озе иногда ощущается даже на расстоянии от больного, причем сам больной его обычно не ощущает из-за anosмии. При атрофической форме склеромы также иногда бывает сладковатый запах, но выражен он значительно меньше. Окончательный диагноз устанавливают по результатам бактериологического (клебсиелла склеромы и клебсиелла озы) и серологического (со склеромным и озенозным антигенами) исследований. Инфильтративную форму склеромы следует дифференцировать от туберкулеза и сифилиса. При туберкулезе инфильтраты бывают в хрящевом отделе перегородки носа с последующим распадом, изъязвлением и перфорацией. В гортани поражение асимметричное и практически не бывает изолированным, первичным, сопровождается туберкулезом легких. При сифилисе в гортани чаще поражается верхний этаж, надгортанник; гуммозный инфильтрат подвергается распаду, образуя язвы с салым дном. Выявляются увеличенные лимфатические узлы, что не характерно для склеромы.

Диагноз подтверждают с помощью серологических реакций. Лечение. Применяют консервативное и хирургическое лечение. Среди средств этиотропной терапии ведущее место занимает стрептомицин — его применяют внутримышечно по 0,5 г 2 раза в сутки, на курс 40—80 г. Назначают и другие антибиотики (левомицетин, тетрациклин, олеандомицин и др.). Для лучшего проникновения антибиотика в глубь пораженных тканей одновременно применяют препараты гиалуроновой кислоты: лидазу, гиалуронидазу, ронидазу. Для удаления корок и увлажнения слизистой оболочки назначают масляные капли (оливковое, шиповниковое масло и др.), смазывание раствором Люголя, ингаляции растворов протеолитических ферментов, щелочных растворов. Хирургическое лечение заключается в иссечении инфильтратов, рубцов и удалении их путем электрокоагуляции, лазерного воздействия, криодеструкции жидким азотом и т.д. При стенозах применяют бужирование гортани. Прогноз начальной стадии заболевания благоприятный, в более поздних стадиях серьезный, особенно при поражении трахеи и бронхов.

Гранулематоз Вегенера — это системный некротический гранулематозный васкулит с преимущественным первичным поражением верхних дыхательных путей и последующим вовлечением в процесс внутренних органов (чаще — легких и почек). Этиология. Изучена недостаточно, предполагается важная роль хронической инфекции, в частности вирусов или золотистого стафилококка, первоначально фиксированных на слизистой оболочке дыхательных путей. Сенсибилизация к бактериальным токсинам, нередко выявляемая у этих больных, может вызвать патологические изменения в стенках кровеносных сосудов, способствуя образованию аутоаллергенов. Их появление приводит к выработке антител не только к измененным, но и к нормальным белковым компонентам. В патогенезе болезни Вегенера доказаны иммунные механизмы, гиперчувствительность замедленного типа бактериального, медикаментозного и другого происхождения. Патоморфология. При болезни Вегенера имеется своеобразное поражение сосудов среднего и мелкого калибра. Гранулематозные узелки, охватывающие сосуды наподобие муфт, отличаются клеточным полиморфизмом. Наряду с лимфоидными, эпителиоидными и плазматическими клетками там находятся гистиоциты, эозинофилы и нейтрофилы. Важным отличием этих гранулематозных узелков являются гигантские многоядерные клетки типа Пирогова—Лангханса, расположенные беспорядочно по периферии. Особенностью их является склонность к развитию некрозов ишемического типа. В зависимости от темпов нарастания клинической симптоматики болезни Вегенера различают острое, подострое и хроническое течение заболевания. Обычно чем острее начало заболевания, тем тяжелее его дальнейшее течение, быстрее наступает генерализация процесса. Кроме того, в развитии гранулематоза выделяют три периода: 1) начальный, с локальными изменениями верхних дыхательных путей, иногда уха и глаз; 2) период генерализации с поражением внутренних органов (чаще легких и почек); 3) терминальный — с развитием почечной или легочно-сердечной недостаточности. Начальные проявления гранулематоза Вегенера могут иметь различную локализацию, но чаще они связаны с поражением верхних дыхательных путей. Больной обычно обращается с жалобами на затруднение носового дыхания, как правило, одной половины носа, отмечает сухость, скудные слизистые выделения, которые вскоре становятся гнойными, а затем кровянисто-гнойными. Наиболее постоянным симптомом при болезни Вегенера на ранней стадии является образование гнойно-кровянистых корок на слизистой оболочке носа. Корки имеют буро-коричневый цвет и удаляются из полости носа в виде слепков. Слизистая оболочка после удаления корок имеет довольно характерный вид: она истончена, красно-синюшного цвета, в отдельных местах покрыта кровоточащими грануляциями. Характерным является наличие изъязвленной слизистой оболочки в передних отделах перегородки носа, нередко здесь возникает перфорация с поражением хрящевого, а затем и костного отделов перегородки, развивается седловидная деформация носа. В процесс вовлекаются и околоносовые пазухи, чаще верхнечелюстная на стороне поражения. Костная стенка между полостью носа и пазухой, а также носовые раковины нередко разрушаются и образуется единая полость, стенки которой покрыты некротизированной слизистой оболочкой и корками. Следует отметить, что при гранулематозе Вегенера деструктивный процесс с перегородки не распространяется на твердое небо, как это наблюдается при сифилисе и

наиболее выражено при летальной срединной гранулеме Стюарта. Прогрессирование процесса может привести к появлению язвенно-некротических и гранулематозных изменений слизистой оболочки глотки, гортани, трахеи. Возможно поражение среднего уха, иногда оно осложняется парезом или параличом лицевого нерва, распространением процесса на лабиринт. Наблюдающееся, примерно у 15 % больных поражение глаз объясняется общностью кровоснабжения околоносовых пазухи глазницы. Образование периорбитальной гранулемы сопровождается экзофтальмом, ограничением подвижности глазного яблока, развиваются кератит, хемоз, отек и последующая атрофия зрительного нерва. Общие симптомы характерны для развернутой стадии гранулематоза Вегенера и проявляются нередко лишь через несколько месяцев, а у отдельных больных через несколько лет после первых местных признаков заболевания — наблюдается лихорадка, больной отмечает слабость, недомогание, похудание, развиваются артралгии и миалгии, реже артриты. При вовлечении в процесс легких (что встречается более чем у 80 % больных) появляются кашель, одышка, боль в груди, кровохарканье. Характерна диссоциация между скудными аускультативными данными и выраженными рентгенологическими изменениями. Рентгенологические признаки поражения легких весьма многообразны: одиночные или множественные инфильтраты, образование полостей, очаговые ателектазы, экссудативный плеврит, пневмоторакс. Поражение почек наблюдается у 80—90 % больных, причем появление соответствующих симптомов нередко оказывается признаком генерализации болезни. Изменения в анализах мочи соответствуют таковым при остром гломерулонефрите (гематурия, протеинурия). У некоторых больных гломерулонефрит быстро прогрессирует с развитием азотемии, нарушением функции почек. Больные гранулематозом Вегенера умирают от азотемической уремии, при нарастающих явлениях легочной недостаточности, от септических осложнений. В диагностике гранулематоза Вегенера, особенно на ранних стадиях заболевания, крайне важной является адекватная оценка изменений со стороны верхних дыхательных путей, особенно носа и околоносовых пазух. Это определяет нередко ведущую роль отоларинголога в ранней диагностике заболевания. Необходимо учитывать изменения в легких, устанавливаемые при рентгенографии: узелки, легочные инфильтраты или полости. При поражении почек характерны изменения мочи: микрогематурия (более 5 эритроцитов в поле зрения) или скопления эритроцитов в осадке мочи. Среди лабораторных исследований важное значение для диагностики гранулематоза Вегенера имеет *определение антинейтрофильных, цитоплазматических антител (АНЦА)*, которые обнаруживаются у 40—99 % больных; чаще — у больных с активным генерализованным процессом, реже — в период ремиссии при локализованной форме заболевания. В ряде случаев информативными являются результаты гистологического исследования грануляционной ткани, биопсированной с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Основой гистологического диагноза при этом служит сочетание признаков некротического васкулита и гранулематозного воспаления. Дифференцировать гранулематоз Вегенера необходимо от заболеваний, относящихся к системным аллергическим васкулитам (системная красная волчанка, геморрагический васкулит, узелковый периартериит и др.); при появлении перфорации в хрящевом отделе — от туберкулеза, а в костнохрящевом отделе — от сифилиса. Дальнейшее прогрессирование язвенно-некротического процесса в полости носа и в околоносовых пазухах требует дифференциальной диагностики со злокачественными новообразованиями. Основу терапии гранулематоза Вегенера составляет применение цитостатиков. Назначают циклофосфамид в суточной дозе 2 мг/кг около 4 нед, затем дозу препарата постепенно снижают в течение 1—2 мес и переводят больного на альтернирующий прием препарата (по 60 мг через день). Лечение циклофосфамидом продолжают не менее 1 года после достижения стойкой ремиссии, затем его дозу снижают на 25 мг каждые 2—3 мес. У больных с быстро прогрессирующей формой заболевания препарат в первые дни после начала лечения вводят внутривенно. Как правило, прием циклофосфамида сочетают с назначением преднизолона в дозе 1 мг/кг в день, после явного улучшения дозу преднизолона постепенно снижают с попыткой последующей отмены. Для лечения гранулематоза Вегенера в качестве базисной терапии используют также метотрексат в дозе 0,15—0,3 мг/кг в

неделю. Прогноз. При отсутствии лечения средняя продолжительность жизни составляет 5 мес, а летальность в течение первого года достигает 80 %. Прогноз значительно улучшается при раноначатой терапии заболевания. На фоне сочетанного лечения циклофосфамидом и преднизолоном более чем у 90 % больных отмечена стойкая ремиссия продолжительностью около 4 лет, а у некоторых — до 10—15 лет.

Поражение ЛОР-органов при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция вызывается ретровирусами, поражающими лимфоциты, макрофаги и нервные клетки, что проявляется медленно прогрессирующим иммунодефицитом — от бессимптомного носительства до развития СПИДа, сопровождающегося тяжелыми заболеваниями, заканчивающимися смертельным исходом у 100 % больных. Частым проявлением инфицирования ВИЧ являются различные поражения ЛОР-органов. Они возникают практически при всех клинических формах заболевания и имеют важное диагностическое и прогностическое значение. Клиника острого начала ВИЧ-инфекции обычно неспецифична, характеризуется мононуклеозоподобным (наиболее часто) или гриппоподобным синдромом, полиаденитом, поражением нижних отделов дыхательных путей, могут наблюдаться гастроэнтерит, серозный менингит, энцефалопатия, нефропатия, тромб-боцитопеническая пурпура. Проявления мононуклеозоподобного или гриппоподобного синдрома при физикальном обследовании больного трудно отличить от соответствующих заболеваний. Мононуклеозоподобный синдром протекает с повышением температуры тела до 38—39 °С, ангиной по типу мононуклеарной, увеличением лимфатических узлов, гепато- и спленомегалией, нередко наблюдаются артралгия, миалгия, диарея. В этот период может появиться эритематозная макулопапулезная сыпь с локализацией на туловище и отдельными элементами на лице, шее; геморрагические пятна до 3 мм в диаметре, напоминающие высыпания при геморрагическом аллергическом васкулите. Гриппоподобный синдром характеризуется внезапным началом, высокой лихорадкой с ознобами, выраженными признаками интоксикации с головной болью, миалгией, артралгией, анорексией; могут быть полиаденопатия, спленомегалия, экссудативный фарингит. Слизистая оболочка глотки умеренно гиперемирована, пастозна, миндалины гиперемированы. Возможно волнообразное течение гриппоподобного синдрома, напоминающее аденовирусную инфекцию. При ВИЧ-инфекции могут возникать вирусные поражения кожных покровов лица и шеи — герпетическая инфекция. *Опportunистической называется инфекция, возбудителем которой является условно-патогенный микроорганизм, не представляющий угрозы для лиц с нормальной иммунной системой, но вызывающий тяжелое поражение в условиях иммунодефицита.* Из опportunистических инфекций, поражающих ЛОР-органы, чаще всего отмечается кандидоз глотки и пищевода. Стойкий фарингомикоз у молодых людей, никогда ранее не получавших лечение антибиотиками, кортикостероидами или цитостатиками, должен насторожить врача на предмет возможной ВИЧ-инфекции. Крайне тяжелой опportunистической инфекцией при поражении ВИЧ является пневмоцитоз (пневмоцистная пневмония), развившаяся на фоне резкого подавления иммунной защиты организма. Пневмоцитозом легких поражается до $\frac{2}{3}$ больных СПИДом, гораздо реже возможно также поражение среднего уха. Важным признаком СПИДа является развившаяся при отсутствии других причин иммунодепрессии и длящаяся более 1 мес герпетическая инфекция, поражающая слизистую оболочку полости рта и глотки, кожу. Простой герпес, начавшийся с высыпаний на лице (например, лабиальная форма), может приобретать диссеминированный характер. Возможно развитие herpes zosteroticus с герпетическими высыпаниями в наружном слуховом проходе, резкими болями в пораженной половине лица, поражением лицевого (VII) и преддверно-улиткового (VIII), реже тройничного (V), блуждающего (X) и добавочного (XI) нервов. У больных СПИДом отмечается так называемая "волосатая лейкоплакия" с типичной локализацией по краю языка, на слизистой оболочке щек в виде утолщенной слизистой оболочки белого цвета с неровной сморщенной поверхностью. Вызывается она вирусами Эпштейна—Барр или папилломавирусами. Цитомегаловирусная инфекция приводит к развитию у больных СПИДом эзофагита, колита, гастрита, энтерита. Наряду с желудочно-кишечным трактом цитомегаловирус поражает также глаза (хориоретинит), центральную нервную систему, легкие. Разнообразные острые и

хронические гнойные заболевания ЛОР-органов обусловлены активацией пиогенной инфекции на фоне резкого снижения иммунитета. Характерной особенностью данной патологии является отсутствие должного эффекта от проводимого лечения, переход синусита или отита в хроническую форму с частыми обострениями. Нередко у больных СПИДом развиваются фурункулы и карбункулы с локализацией в области головы и шеи. Течение воспалительного процесса обычно длительное, лечение малоэффективно. Среди опухолевых проявлений СПИДа чаще обнаруживается саркома Капоши — злокачественная опухоль кровеносных сосудов. На коже головы появляются красные или гиперпигментированные пятна, которые в последующем трансформируются сначала в папулы и бляшки, а затем сливаются и образуют инфильтраты. Образование локализуется чаще в области ушных раковин и заушных складок, в полости рта на твердом и мягком небе, на слизистой оболочке щек, на миндалинах, в гортани, что сопровождается осиплостью. Установление диагноза ВИЧ-инфекции производится на основании клинических данных, эпидемиологического анамнеза и лабораторных исследований. Методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции основаны на определении специфических анти-ВИЧ-антител в биологических жидкостях организма. Стандартной и наиболее доступной процедурой является выявление антител к ВИЧ серологическим методом реакции иммуноферментного анализа с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммуноблоттинга. Антитела к ВИЧ появляются в период от 2 нед до 3 мес с момента заражения. В последнее время для диагностики ВИЧ-инфекции стали применять метод полимеразной цепной реакции, позволяющий оценить "вирусную нагрузку", которая резко возрастает по мере прогрессирования заболевания. Лечение. Средств, позволяющих радикально излечивать больных ВИЧ-инфекцией, в настоящее время не существует. Лечебные мероприятия направлены на предупреждение или замедление прогрессирования болезни. Основу составляют специфические противовирусные препараты, в том числе антиретровирусные: зидовудин, диданозин, лозинавир, ритонавир, индинавир и др. Лечение антиретровирусными препаратами необходимо начать до развития сколько-нибудь существенного иммунодефицита и проводить пожизненно. Эффективность лечения контролируется систематическим измерением величины вирусной нагрузки и динамикой количества CD4⁺ Т-лимфоцитов. Применяют также разнообразные средства для лечения оппортунистических инфекций, заболеваний крови, опухолей и т.д. Прогноз. При ВИЧ-инфицировании прогноз в целом неблагоприятный, поэтому наиболее важное значение имеет общественная и индивидуальная профилактика заболевания. Своевременно начатая комплексная терапия позволяет отсрочить манифестацию патологических проявлений в виде СПИДа иногда на десятилетие и более.

должен знать установить диагноз и провести необходимое лечение следующих **инфекционных гранулем**:

- сифилис;
- склерома;
- туберкулез;
- болезнь Вегенера;
- поражение ЛОР – органов при СПИДе

должен уметь

взятие биопсии из ЛОР - органов на гистологическое исследование

Новообразования верхних дыхательных путей и уха -36 часов:

Новообразования носа и околоносовых пазух. Доброкачественные опухоли носа и околоносовых пазух (папилломы, ангиомы, хондромы, остеомы). Клиника, диагностика, лечение. Псевдоопухолевые процессы (кисты). Злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух (рак, саркома, меланобластома). Клиника, принципы клинической и рентгенологической диагностики, лечение. **Новообразования глотки.** Доброкачественные опухоли глотки (фибромы, папилломы,

ангиомы, лимфангиомы, невриномы). Клиника, диагностика, лечение. Ангиофиброма основания черепа. Клиническая картина в зависимости от вариантов направления роста и стадии процесса. Диагностика. Лечение. Злокачественные опухоли глотки (рак, лимфоэпителиома, ретикулосаркома). Клиническая картина в зависимости от структуры и локализации процесса. Диагностика, принципы лечения. **Новообразования гортани.** Доброкачественные опухоли гортани (папилломы, гемангиома, полип гортани). Симптомы, диагностика, лечение. Рак гортани. Распространенность, гистологическая картина, факторы, способствующие заболеваемости раком гортани. Предраковые заболевания гортани. Классификация. Клиническая картина. Ранние симптомы с учетом локализации первичного очага. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика рака гортани. Принципы лечения рака гортани с учетом локализации и стадии развития. Профилактика. Особенности клинического течения рака гортани у детей и подростков. **Новообразования уха.** Доброкачественные опухоли уха (папиллома, гемангиома, хондрома, остеома). Диагностика, принципы лечения. Невринома преддверно-улиткового нерва. Клиника (стадии). Диагностика (ранние симптомы). Принципы организации обследования больных с подозрением на новообразование VIII нерва. Лечение. Гломусная опухоль среднего уха. Морфология, клиника. Диагностика и лечение. Рак наружного и среднего уха. Симптомы. Диагностика и лечение.

Новообразования носа и околоносовых пазух. К доброкачественным опухолям носа и околоносовых пазух относятся папилломы, фибромы, ангиомы, хондромы и остеомы, невромы, невусы (пигментные опухоли), бородавки. **Папиллома.** Сравнительно редкая опухоль, одинаково часто выявляется у мужчин и женщин в возрасте старше 50 лет, однако бывает и в раннем возрасте. Различают грибовидные, инвертированные и переходно-клеточные папилломы. Грибовидная папиллома локализуется в преддверии носа (перегородка носа, дно, внутренняя поверхность крыльев носа) и повнешнему виду напоминает цветную капусту. Инвертированная и переходно-клеточная папилломы исходят из слизистой оболочки глубокорасположенных отделов полости носа, чаще располагаются на боковой стенке. Поверхность такой опухоли гладкая и при осмотре новообразование может быть принято за обыкновенный полип. Два последних типа папилломы способны разрушать мягкие ткани и костные стенки, проникая в околоносовые пазухи и даже за их пределы. Инвертированная и переходноклеточная папилломы склонны к малигнизации, которая отмечается у 4—5 % больных. Лечение хирургическое. После экцизии грибовидной папилломы производят криовоздействие или гальванокаустическое воздействие места опухоли. Инвертированную и переходноклеточную папилломы удаляют с использованием доступа по Денкеру, а при необходимости и по Муру, при этом следует стремиться к полному удалению опухоли. **Сосудистые опухоли** полости носа (гемангиомы — капиллярная и кавернозная, лимфангиомы) встречаются относительно редко, развиваются на перегородке носа, нижних носовых раковинах, в области свода полости носа. Растут они медленно, периодически кровоточат, постепенно увеличиваются и могут заполнять полость носа, прорастать в решетчатый лабиринт, глазницу и верхнечелюстную пазуху, чаще имеют вид округлой бугристой синюшной опухоли. Следует иметь в виду, что гемангиомы, располагающиеся на латеральной стенке полости носа, имеют повышенную склонность к малигнизации. Лечение хирургическое. **Остеома.** Доброкачественная опухоль, исходящая из костной ткани и отличающаяся медленным ростом. Чаще располагается в лобных пазухах и в решетчатой кости, реже — в верхнечелюстных пазухах. Остеомы маленьких размеров часто остаются незамеченными и обнаруживаются случайно на рентгенограмме околоносовых пазух. При отсутствии функциональных, косметических и иных нарушений нет оснований к немедленному хирургическому лечению остеомы. В таком случае проводят длительнонаблюдение; заметный рост остеомы является показанием к ее удалению. Следует отметить, что иногда маленькие остеомы, особенно на церебральной стенке лобной пазухи, являются причиной упорной головной боли. После исключения других причин головной боли показано удаление такой остеомы. Иногда остеомы достигают больших размеров, могут распространяться в полость черепа, в глазницу, деформировать лицевой скелет и являться причиной мозговых расстройств, головной боли,

понижения зрения, нарушения носового дыхания и обоняния. Лечение хирургическое. Остеомы средних и больших размеров даже при отсутствии тяжелых симптомов подлежат полному удалению. **Злокачественные опухоли носов и околоносовых пазух.** Рак и саркома носа и околоносовых пазух встречаются сравнительно редко и составляют 1—3 % от злокачественных опухолей всех локализаций. Первичным злокачественным процессом чаще поражаются верхнечелюстные, затем решетчатые пазухи, на третьем месте по частоте — полость носа, затем лобные и клиновидные пазухи. **Рак.** Наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль носа и околоносовых пазух. В области наружного носа чаще развивается базально-клеточный рак, в полости носа — плоскоклеточный ороговевающий, реже в этой области встречается аденокарцинома. Опухоли околоносовых пазух относительно быстро прорастают в соседние органы и ткани: в основание черепа, крылонебную ямку, глазницу, полость рта. Метастазирование обычно наступает поздно, вначале в затылочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы, малодоступные для клинического исследования, а затем и в шейные, хорошо определяемые пальпаторно. **По распространенности в течении злокачественных опухолей полости носа выделяют четыре стадии.**

В I стадии новообразования не выходят за пределы полости носа, метастазы отсутствуют; во II — опухоль прорастает стенки полости носа или имеет единичные подвижные регионарные метастазы;

в III — опухоль прорастает основание черепа с метастазами в регионарные узлы;

в IV — опухоль имеет отдаленные метастазы или прорастает в полость черепа.

Симптоматика при опухоли носа нарастает постепенно, вначале она носит неопределенный характер. Больных беспокоит постепенно усиливающееся затруднение дыхания через одну половину носа, головная боль различной интенсивности и ощущение тяжести в определенной половине лица. Выделения из носа первоначально слизистые, затем с примесью крови, позже могут быть носовые кровотечения, заложенность уха, оталгия. Опухоль в полости носа бугристая, иногда полиповидная. Удаление таких полипов сопровождается обильной кровоточивостью, что должно насторожить хирурга; гистологическое исследование помогает установить точный диагноз. Прорастание опухоли через решетчатый лабиринт в глазницу вызывает экзофтальм и смещение глазного яблока; распространение к основанию черепа и в лобную пазуху также сопровождается соответствующей симптоматикой. Опухоли, локализующиеся в задних отделах полости носа, быстро проникают в носоглотку, нарушая носовое дыхание. При этом часто отмечаются гнойные выделения с примесью крови, возможны профузные носовые кровотечения, снижается слух на стороне поражения. Первичная локализация опухоли в верхнечелюстной пазухе характеризуется длительным отсутствием клинических симптомов. Первыми признаками нередко являются невралгические боли, вторичное поражение зубов, деформация лицевого рельефа, вторичный воспалительный процесс в пазухе, экзофтальм. Из верхнечелюстной пазухи опухоль может прорасти через соустье в полость носа и решетчатую кость, а затем и в основание черепа. По степени распространенности опухоли с метастазами выделяют также четыре стадии ее развития. Первичное поражение опухолью лобных и клиновидных пазух встречается редко; возникающая при этом симптоматика соответствует локализации опухоли. На первый план обычно выступают неврологические признаки. При распространенных, распадающихся новообразованиях развиваются общие признаки воспаления: повышение температуры тела, снижение аппетита, изменение состава крови. **Диагностика.** Раннее выявление злокачественных опухолей носа и околоносовых пазух представляет значительные трудности. Проявляя онкологическую настороженность, следует всякий болезненный процесс в области верхних дыхательных путей оценивать с точки зрения возможности развития злокачественного процесса. Опухоли этой локализации очень часто проявляются симптомами обычных, неопухолевых заболеваний. Лишь тщательное выявление точных и полных причин возникновения того или иного симптома поможет заподозрить опухоль и не пропустить ранние стадии ее развития. Если опухоль заподозрена, с помощью существующих диагностических методик ее уже нетрудно распознать. Помимо эндоскопических методов, для диагностики применяют пункцию

и зондирование околоносовых пазух с аспирацией содержимого и введением в них контрастного вещества, рентгенографию в различных проекциях, КТ и МРТ пазух. С целью определения границ злокачественного опухолевого процесса используют радионуклидную диагностику, ангиографию, термографию в сочетании с ультразвуковой биолокацией. Для окончательного уточнения диагноза производят биопсию и гистологическое исследование подозрительной на опухоль ткани. **Лечение.** При злокачественных опухолях носа и околоносовых пазух используют хирургический, лучевой и химиотерапевтический методы лечения, чаще в комбинации. При ограниченных новообразованиях полости носа применяют наиболее щадящий хирургический доступ при операции по Денкеру. При более распространенных опухолях этот доступ может обеспечить необходимой широты обзора и свободы действий хирурга. В этих случаях производят вмешательства снаружи, через разрезы на лице. Используют разнообразные доступы, в частности челюстно-носовой, небный, небоальвеолярный и лицевой. Операцию проводят под интубационным наркозом. Косметические дефекты лица устраняют затем с помощью пластических операций и индивидуальных протезов. Прорастание опухоли в основание черепа, глубоко в крылонебную ямку делает невозможным радикальное иссечение опухоли. Таким больным проводят лучевое лечение и общую регионарную химиотерапию. **Новообразования глотки.** Среди различных новообразований верхних дыхательных путей опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли носо-, рото- и гортаноглотки по частоте находятся на третьем месте после гортани и носа. **Доброкачественные опухоли глотки.** Наиболее распространенными являются папиллома, ювенильная (юношеская) ангиофиброма и ангиома. **Папилломы.** Обычно мягкие, чаще располагаются на небе и небных дужках, иногда на задней или боковой стенках глотки язычной поверхности надгортанника. Обычно мало беспокоят больного. Имеют характерный вид: серовато-розового цвета, на широком основании или на ножке. Диагностика по внешнему виду опухоли и данным гистологического исследования трудностей не представляет. Лечение заключается в удалении одиночных папиллом с последующей гальванокаустикой; возможно криодействие на участки папилломатозного перерождения. Иногда папилломы удаляют с помощью ультразвукового дезинтегратора, хирургического лазера. При рецидивировании папиллом показано повторное удаление, после чего — аппликации 30 % проспидиновой мази на раневую поверхность ежедневно в течение 10—15 дней. **Юношеская (ювенильная) ангиофиброма.** Это опухоль носоглотки, исходящая из ее купола или области крылонебной ямки, по гистологическому строению имеющая доброкачественный характер, однако по клиническому течению (деструктивный рост, сильные кровотечения, частые рецидивы после операции, прорастание в околоносовые пазухи и даже в полость черепа) проявляющая себя как злокачественное образование. Ангиофиброма встречается чаще всего у юношей в возрасте 10—18 лет, поэтому она называется юношеской; после 20 лет она обычно претерпевает обратное развитие. Считается, что фиброма носоглотки возникает из аномально отшнуровавшихся в эмбриональном периоде остатков мезенхимы в носоглотке. Строма фибромы состоит из разнообразно расположенных соединительнотканых волокон и очень большого количества кровеносных сосудов. Источником роста опухоли может быть тело клиновидной кости, глоточноклиновидная фасция и задние ячейки решетчатой кости — это *сфеноэтмоидальный тип* фибромы. Отсюда опухоль может прорасти в решетчатый лабиринт, клиновидную пазуху, полость носа, глазницу и верхне-челюстную пазуху. Если опухоль растет из области свода носоглотки — *базальный тип фибромы*, она может прорасти по направлению к ротоглотке. Когда фиброма начинается из области крыловидного отростка клиновидной кости — *птеригомаксиллярный тип опухоли*, она может прорасти в ретромаксиллярное пространство, крылонебную ямку, внутрь черепа, глазницу и полость носа. В соответствии с направлением роста фибромы возникает асимметрия лица, сдавливаются и деформируются окружающие костные и мягкие ткани, что может привести к смещению глазного яблока, нарушению кровоснабжения различных отделов мозга, сдавлению нервных

образований. *Клиника*. Зависит от стадии распространения процесса. В практической работе удобна следующая **классификация юношеских ангиофибром** [Погосов В.С. и др., 1987]:

I стадия — опухоль занимает носоглотку и(или) полость носа, костная деструкция отсутствует;

II стадия — опухоль соответствует I стадии, но распространяется в крыловидную ямку, околоносовые пазухи, возможна костная деструкция;

III стадия — опухоль распространяется в глазницу, головной мозг;

IV стадия — опухоль соответствует III стадии, но распространяется в пещеристый синус, зрительный перекрест и гипофизарную ямку.

В начале заболевания больной отмечает небольшое затруднение носового дыхания, першение в горле, незначительные катаральные явления. В дальнейшем дыхание через одну половину носа полностью прекращается и затрудняется через другую, нарушается обоняние, изменяется голос, лицо приобретает вид аденоидного. Наиболее тяжелый и часто встречаемый симптом — рецидивирующие носовые кровотечения, вызывающие анемию и ослабление организма. Опухоль может сопровождаться гнойным синуситом, гнойным средним отитом, что затрудняет своевременную диагностику. При передней и задней риноскопии можно видеть округлую, гладкую или бугристую опухоль яркочерного цвета, плотную при пальцевом исследовании или при ощупывании зондом. Фиброма обычно заполняет носоглотку и может свисать в средний отдел глотки. При пальпации опухоль может обильно кровоточить, основание ее определяется в верхнем отделе носоглотки. **Диагностика**. Осуществляется на основании отмеченных симптомов с учетом данных эндоскопического (в том числе с использованием фиброэндоскопа), рентгенологического, а в ряде случаев и ангиографического исследования. При определении распространения опухолевого процесса решающая роль принадлежит КТ и МРТ. Дифференцировать юношескую ангиофибром следует от аденоидов, хоанального полипа, папилломы, саркомы, раковой опухоли, аденомы. Окончательный диагноз устанавливают на основании биопсии, которая представляет определенные трудности и должна производиться только в ЛОР-стационаре, где имеются все условия для остановки кровотечения. **Лечение**. Только хирургическое и по возможности радикальное, так как наблюдаются рецидивы. Учитывая быстрый рост опухоли, операция должна быть произведена как можно раньше. Вмешательство выполняют под наркозом; хирургические подходы — *эндооральный, эндоназальный и трансмаксиллярный*. Можно использовать модификации радикальных операций по Муру, Денкеру. Во время операции обычно наблюдается сильное кровотечение, ввиду чего необходимо массивное переливание крови. Перед удалением опухоли производят перевязку наружной сонной артерии, что значительно уменьшает кровопотерю. В послеоперационном периоде проводят инфузионную, гемостатическую, антибактериальную терапию; при необходимости — лучевую дистанционную гамматерапию. По месту жительства больному оформляется группа инвалидности. **Злокачественные опухоли глотки**. В глотке чаще встречаются *карциномы* и *саркомы*, реже наблюдаются *лимфоэпителиомы, цитобластомы, ретикулоцитомы, смешанные опухоли*. Мужчины болеют чаще, чем женщины, обычно в среднем возрасте. Ранняя симптоматика злокачественных опухолей глотки скудна и малохарактерна. Появляется легкое ощущение неловкости или инородного тела в горле, першение, иногда распирание. В более поздних стадиях отмечается нарушение носового дыхания и заложенность уха, если опухоль в носоглотке; ощущение инородного тела и затруднение проглатывания пищи, а затем и слюны при наличии опухоли в ротоглотке; нарушение проходимости вначале для густой, а затем и для жидкой пищи и нарушение дыхания, если опухоль в гортаноглотке. Эти явления вначале расцениваются больным как малозначимые, а врач нередко относит их за счет хронического фарингита или невроза. Среди ранних симптомов опухоли *носоглотки* часто отмечается гиперсекреция слизи с сукровичной примесью; выделения возможны через ротоглотку или нос. Из носоглотки опухоль часто дает регионарные метастазы, прорастает в полость черепа, что сопровождается возникновением болей в челюсти, зубах и ухе одноименной стороны, появлением двоения в глазах, косоглазия. При распаде опухоли отмечаются сильные носовые кровотечения. Диагноз

опухоли носоглотки устанавливаются на основании отмеченных признаков и данных эндоскопического, пальпаторного и рентгенологического исследований. Хирургическое лечение при злокачественных опухолях носоглотки малоприменимо; эффективность лучевого и химиотерапевтического воздействия зависит от чувствительности к ним опухоли. При локализации опухоли в *среднем отделе глотки* (чаще — рак или саркома) выраженность симптомов зависит от величины опухоли, ее расположения и наличия или отсутствия распада. Появление болевых ощущений, дисфагии, поперхивания пищей, гнилостный запах изо рта являются признаками поздней стадии опухоли. Метастазирование такого новообразования наступает рано, нередко бывает сразу двусторонним. Дифференцировать злокачественную опухоль среднего отдела глотки нужно от доброкачественных новообразований, паратонзиллита, ангины при заболеваниях крови, ангины Симановского—Плаута—Венсана. Лечение в раннем периоде комбинированное — хирургическое (диатермокоагуляция) и лучевое, в поздних стадиях — только лучевое и химиотерапия. *Гортаноглотка* чаще поражается злокачественными опухолями, чем вышележащие отделы глотки. Здесь обычно бывают эпителиальные новообразования — карциномы, иногда смешанные опухоли. Первыми признаками опухоли гортаноглотки могут быть различные неприятные ощущения в глотке; при осмотре можно отметить застой слюны в том или ином грушевидном кармане. Относительно быстро возникает дисфагия, и это является показанием для прямой гипофарингоскопии и рентгеноконтрастного исследования. Если опухоль сдавливает черпаловидные хрящи и закрывает часть входа в гортань, появляются грубые признаки дисфагии, нарушение голоса, иногда и дыхания. Рак гортаноглотки рано изъязвляется, появление в мокроте примеси крови указывает на распад новообразования. При лечении опухолей гортаноглотки предпочтение отдается комбинированной терапии, при этом на первое место выступает хирургическое удаление опухоли с применением диатермокоагуляции и в дальнейшем лучевого воздействия на пути лимфооттока. Подходы к опухоли осуществляются посредством боковой или передней фаринготомии. При значительном поражении опухолью передней стенки гортаноглотки иногда приходится удалять и гортань.

Новообразования гортани. Среди доброкачественных опухолей гортани наиболее распространенными являются папилломы и сосудистые опухоли. Папиллома. Доброкачественная фиброэпителиальная опухоль верхних дыхательных путей, представляющая собой одиночные или чаще множественные сосочковые выросты; приводящая к нарушению голосообразовательной и дыхательной функций и часто рецидивирующая. Этиологическим фактором папилломатоза является вирус папилломы человека из семейства паповавирусов; в настоящее время определено более 70 типов этого вируса, однако при папилломатозе чаще обнаруживают типы 6, 11 или их сочетание. Заболевание встречается у детей до 10-летнего возраста, чаще всего — на 2—5-м году жизни. Папиллома, как и ряд других доброкачественных опухолей, растет неравномерно: периоды интенсивного роста сменяются периодами относительного спокойствия. При половом созревании нередко наблюдается прекращение роста папиллом, однако если опухоль сохраняется у взрослого, то вероятность ее малигнизации резко возрастает и составляет 15—20 %. Гистологически папилломы состоят из соединительнотканной стромы и многослойного плоского эпителия, четко отграниченных друг от друга базальной мембраной. В зависимости от количества соединительной ткани в строме опухоли различают твердые и мягкие папилломы. Папилломы обычно имеют широкое основание и лишь изредка — небольшую ножку. Наиболее часто локализуются они в области комиссуры и передней трети голосовых складок. Из среднего отдела папилломатоз может распространяться навсю гортань и за ее пределы. По форме и виду поверхность папилломы напоминает тутовую ягоду или цветную капусту, обычно имеет бледно-розовый цвет, иногда с сероватым оттенком. Основными симптомами заболевания являются охриплость, доходящая до афонии, и постепенное затруднение дыхания, которое может перейти в удушье в результате обтурации просвета гортани опухолью.

Диагностика. Основывается на характерной эндоскопической картине и результатах гистологического исследования биопсийного материала. Осмотр и манипуляции в гортани у детей выполняют под наркозом при прямой

ларингоскопии у взрослых основным методом осмотра является непрямая ларингоскопия. В настоящее время высокоинформативным методом исследования гортани является микроларингоскопия.

Лечение. Папилломы могут быть удалены у взрослых под местной анестезией эндоларингеально при непрямой ларингоскопии, у детей — обязательно под контролем прямой микроларингоскопии с последующим гистологическим исследованием. Иногда при поражении всех отделов гортани не удается за один раз удалить опухоль полностью, поэтому вмешательства производят в несколько этапов. Следует стремиться к выполнению вмешательства в гортани до появления необходимости наложения трахеостомы, так как трахеальное канюленосительство способствует распространению папиллом на трахею и даже бронхи. Эффективной оказалась лазерная фотодеструкция, для проведения которой применяют хирургический CO₂-лазер, ИАГ-неодимовый и ИАГ-гольмиевый лазеры. Отмечены высокая точность воздействия луча лазера, возможность удаления папиллом из труднодоступных отделов гортани, малая кровоточивость, хороший функциональный эффект. С целью урежения рецидивов папилломатоза используют довольно значительный арсенал лечебных средств: проспидин внутримышечно, внутривенно и местно в виде мази; препараты интерферона (реаферон, виферон, интрон-А); лейкомакс, зовиракс (ацикловир), дискретный плазмаферез и др.

Ангиома. Доброкачественная сосудистая опухоль гортани, формирующаяся из расширенных кровеносных (гемангиомы) или лимфатических (лимфангиомы) сосудов, локализуясь на поверхности голосовых, вестибулярных или черпалонадгортанных складок. Растет медленно, обычно бывает единичной, небольших размеров. Цвет гемангиомы синюшный или красный; лимфангиома имеет бледножелтую окраску. Гемангиомы могут быть диффузными и инкапсулированными.

Клиника. Проявления ангиомы зависят от локализации и распространенности опухоли. При локализации в верхнем отделе гортани беспокоит ощущение инородного тела, иногда покашливание. Постепенно, в течение нескольких лет, симптоматика нарастает: появляются охриплость, болезненность, а затем и примесь крови в мокроте. Если опухоль исходит из голосовой складки, то первым симптомом является постепенное изменение голоса от незначительной слабости до афонии. Нарушение дыхания характерно для крупных опухолей, исходящих из нижнего отдела гортани.

Лечение ангиом хирургическое, чаще выполняется эндоларингеальным доступом. Следует учитывать возможность возникновения интраоперационного кровотечения. Распространенные гемангиомы удаляют при наружном доступе с предварительной трахеостомией. При диффузных гемангиомах проводят повторное криовоздействие. Среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей и уха первое место по частоте занимает **рак гортани** — злокачественное новообразование эпителиального происхождения, поражающее различные отделы гортани, способное к экзофитному или инфильтративному росту и в процессе развития дающее регионарные и отдаленные метастазы. Рак гортани составляет от 2 до 8 % злокачественных образований всех локализаций и до 2/3 всех злокачественных образований ЛОР-органов. Чаще эта опухоль бывает в возрасте 60—70 лет, но появление ее возможно также в детском и старческом возрасте. У мужчин рак гортани встречается более чем в 10 раз чаще, чем у женщин, однако частота поражения увеличивается у курящих женщин. Городские жители болеют несколько чаще, чем жители села. Среди факторов, способствующих развитию рака гортани, в первую очередь следует отметить курение, некоторые производственные вредности (загазованность и запыленность воздуха и др.), определенное значение имеют голосовая нагрузка и злоупотребление алкоголем. Нередко раковый процесс развивается на фоне разнообразных патологических процессов в слизистой оболочке гортани. Так, у 60 % больных возникновению рака гортани предшествовал хронический ларингит, чаще гиперпластический. Понятием «предрак» обозначают те патологические состояния, которые могут дать начало развитию злокачественной опухоли. Предраковые опухоли принято делить на факультативные и облигатные. К факультативной форме предрака относят редко малигнизируемые опухоли, а к облигатной — те, которые часто (не менее чем в 15 % наблюдений) переходят в рак. Так, к облигатному предраку относят твердую папиллomu, которая озлокачивается у 15—20 % больных. По гистологическому строению рак гортани может

быть представлен ороговевающим или неороговевающим плоскоклеточным эпителием (97 %); реже встречается аденокарцинома, крайне редко саркома (0,4 %). Раковая опухоль может развиваться по типу зрелой, дифференцированной, что относится к ороговевающим формам, и незрелой, малодифференцированной и более злокачественной, свойственной неороговевающей форме. Рост и метастазирование раковой опухоли находятся в прямой зависимости от ее дифференциации. Более дифференцированная опухоль растет медленнее, метастазирует реже и в более позднем периоде. Плоскоклеточный неороговевающий малодифференцированный рак распространяется быстро и метастазирует рано, в то время как плоскоклеточный ороговевающий дифференцированный рак растет медленно, а метастазирует в позднем периоде. По локализации различают: • рак верхнего отдела гортани; • рак среднего отдела; • рак нижнего отдела. *Чаще всего поражается верхний, реже — средний, еще реже — нижний отделы.* С учетом возможностей распространения раковой опухоли в гортани и за ее пределами, а также метастазирования по регионарным лимфатическим путям наиболее благоприятной в прогностическом отношении считается верхняя (вестибулярная) локализация рака гортани. Эта область наиболее богата рыхлой клетчаткой и жировой тканью, лимфатическая сеть преддверия гортани широко связана с яремными и надключичными лимфатическими узлами. При раковой опухоли преддверия гортани наблюдается наиболее раннее и обширное метастазирование. Следует учесть также, что формирование опухоли преддверия гортани сопровождается на ранних стадиях весьма скудной субъективной симптоматикой, напоминающей проявления банального катаралотки (фарингита), и это приводит к тому, что заболевание нередко распознается лишь на более поздних стадиях. *Рак нижнего отдела гортани* встречается реже, чем верхнего и среднего отделов. Нижний отдел гортани значительно менее богат лимфатической сетью, которая связана с предгортанными, предтрахеальными и надключичными лимфатическими узлами, из которых отток осуществляется в глубокую яремную лимфатическую сеть. Для опухолей нижнего отдела характерен эндофитный рост, они почти не возвышаются над слизистой оболочкой. Еще одно отличие от новообразований верхнего и среднего отделов, склонных расти впереди и кверху, состоит в том, что опухоли нижнего отдела чаще растут книзу. *Рак среднего отдела гортани* встречается приблизительно у 35—40 % больных, уступая по частоте лишь верхнему отделу. Это наиболее «благоприятная» в прогностическом отношении локализация рака гортани. Чаще опухоль возникает в передних $\frac{2}{3}$ голосовой складки, поражая ее верхнюю поверхность и свободный край. На голосовой складке могут быть экзофитные и инфильтративные формы, причем последние встречаются несколько реже. В процессе роста опухоль вначале ограничивает подвижность голосовой складки, а затем полностью иммобилизует ее. Опухоль, как правило, плотная, бугристая, чаще бледно-розового цвета. В поздних стадиях наступает изъязвление, которое покрывается беловатым фибринозным налетом. Экзофитно растущая раковая опухоль постепенно уменьшает ширину просвета гортани, приводя к стенозу. Область голосовых складок имеет всего 1 или 2 лимфатических капиллярных сосуда, поэтому метастазирование здесь наблюдается значительно реже и позже, чем при других локализациях рака гортани. Рак гортани в отличие от других локализаций метастазирует в отдаленные органы и ткани сравнительно редко и, как правило, лишь в поздних стадиях. Возможно метастазирование в область лимфатических узлов трахеи и корня легкого; очень редко в печень, позвоночник, почки, желудок. Метастазирование зависит не только от дифференциации злокачественной опухоли, экзофитного или эндофитного роста и локализации, но и от возраста больного, вторичного инфицирования, различных вмешательств (биопсия, манипуляции в гортани и т.д.). У лиц молодого возраста опухоли растут и метастазируют обычно быстрее, чем у пожилых. Существует **Международная классификация рака гортани по стадиям в системе TNM**, где T (тумор) — величина, степень распространения первичного процесса, N (нодуль узел) — регионарные метастазы, M — отдаленные метастазы (эта классификация не применима для саркомы). Каждый орган, в том числе гортань, разделен на анатомические элементы для того, чтобы оценить рост (величину) первичной опухоли по распространенности ее в пределах этих частей. Гортань применительно к системе TNM имеет такие анатомические части: а —

гортанная поверхность лепестка надгортанника, б — стебелек, в — гортанная поверхность черпаловидного хряща, г — гортанная поверхность черпалонадгортанной складки, д — вестибулярная складка, е — голосовая складка, ж — межчерпаловидное пространство, з — подголосовая полость и др. Первичная опухоль характеризуется следующим образом: Т1 — опухоль ограничивается одним анатомическим элементом гортани, не захватывая его границы; Т2 — опухоль полностью занимает один анатомический элемент и доходит до его границы; Т3 — опухоль распространяется за пределы одного анатомического элемента; Т4 — опухоль распространяется за пределы гортани, имеются отдаленные метастазы. Поражение раком регионарных лимфатических узлов: N0 — узлы не увеличены и не пальпируются; N1 — имеются увеличенные односторонние смещаемые узлы; N2 — пальпируются увеличенные односторонние фиксированные лимфатические узлы или односторонние крупные пакеты узлов, прорастающих в окружающие ткани. Клиника. Рак гортани долгое время может развиваться бессимптомно или же симптомы бывают так слабо выражены, что сам больной не придает им должного значения и не обращает на них внимания. Симптоматика рака каждого из отделов гортани имеет свои особенности. При локализации опухоли в верхнем отделе гортани клинические проявления заболевания довольно скудные. Ранняя диагностика основывается не на патогномичных и постоянных симптомах, а на сочетании ряда банальных признаков, которые позволяют заподозрить опухоль. Например, у многих больных в течение нескольких месяцев до установления диагноза отмечаются сухость, першение, ощущение инородного тела в глотке. Несколько позже появляются утомляемость и глухота голоса, неловкость при глотании, а затем и болезненность. Боли вначале возникают только по утрам при глотании слюны, впоследствии они усиливаются, становятся постоянными, могут иррадиировать в ухо. Схожесть указанной симптоматики с признаками хронического фарингита или ларингита нередко является причиной диагностической ошибки. Эти и другие, так называемые малые признаки, позволяют насторожить врача и заподозрить опухоль в самом раннем периоде. Опухоль среднего отдела гортани уже в начальной стадии проявляется нарушением голосообразования, возникают слабость голоса, легкая утомляемость при голосовой нагрузке, а затем охриплость и позже афония. Сравнительно часто при локализации процесса в среднем отделе развивается затруднение дыхания. Изъязвление опухолей среднего отдела отмечается реже, чем при вестибулярной локализации, поэтому появление кровянистой примеси в мокроте и гнилостного запаха изо рта при поражении голосовых складок наблюдается обычно более поздних стадиях. Дисфагия при поражении среднего отдела гортани свидетельствует обычно о распространении опухоли на верхний отдел гортани или же о прорастании на переднюю поверхность щей. Рак нижнего отдела гортани в ранней стадии имеет довольно скудную симптоматику. Первым симптомом может быть приступообразный кашель с кратковременным затруднением дыхания. Такие приступы постепенно учащаются, затруднение дыхания усиливается и становится постоянным. Нередко данную симптоматику первоначально принимают за проявление воспалительного заболевания, больного обследуют и в течение нескольких месяцев лечат по поводу бронхита или астмы. При локализации опухоли в нижнем отделе вблизи нижней поверхности голосовой складки возможно появление охриплости уже в начальной стадии заболевания. Дисфагия при данной локализации рака развивается лишь при распространении новообразования на все отделы гортани. Нарушение дыхания чаще связано с разрастанием опухоли в области голосовых складок, однако большие опухоли преддверия гортани, черпаловидных хрящей, надгортанника и др. могут также привести к стенозированию гортани. Нередко опухоль нарушает двигательную иннервацию, что вызывает паралич соответствующей половины гортани, а при наличии опухоли в ее просвете ведет к стенозу. В поздних стадиях заболевания у больного развивается апатия, ухудшается аппетит, нарастает кахексия. Наружные изменения гортани зависят от распространенности ракового процесса. Болевые ощущения при пальпации возникают в связи с перихондритом гортани. Может исчезнуть определяемый в норме хруст хрящей гортани при смещении ее в сторону. Увеличение и подвижность регионарных лимфатических узлов (шейные, подбородочные, надключичные) выявляют пальпаторно. Известно, что острый или хронический воспалительный процесс

вышерасположенных органов и тканей — полости носа, зубов, околоносовых пазух, глотки и гортани — также может быть причиной увеличения регионарных лимфатических узлов. Основным ларингоскопическим признаком рака гортани является наличие на стенках ее опухоли (часто говорят «плюсткань»). Величина и расположение опухоли могут быть различны. Характерна бугристая опухоль, однако при эндофитном росте слизистая оболочка может быть гладкой и неизменной, лишь инъецированность ее сосудами иногда бывает признаком злокачественного процесса. В более поздней стадии на поверхности опухоли могут быть видны блюдцеобразные углубления, иногда покрытые белесоватым налетом — это распад опухоли в виде изъязвлений. При фонации можно наблюдать ограничение подвижности только голосовой складки либо всей половины гортани вплоть до полной их неподвижности.

Диагностика. Усилия врача должны быть направлены на раннее выявление злокачественной опухоли гортани, потому что начальные формы рака хорошо излечиваются. Очень важным является тщательное выяснение жалоб, сбор анамнеза и *правильная оценка ранних признаков заболевания*. Охриплость, изменение голоса, неприятные ощущения в горле, кашель — все эти признаки бывают при раке гортани, особенно в сочетании. Однако они же могут наблюдаться и при других заболеваниях верхних дыхательных путей, поэтому при обследовании больного следует определенно установить причину той или иной жалобы и при оценке эндоскопической картины необходимо исключить наличие опухоли. Ценным вспомогательным методом ранней диагностики опухолей является микроларингоскопия, для осуществления ее используют микроскопы с фокусным расстоянием 300—400 мм. Непрямую микроларингоскопию применяют преимущественно с диагностической целью. Если предполагается необходимость какого-либо вмешательства, производят прямую микроларингоскопию. При исследовании гортани широко применяют рентгенографию и томографию, в том числе КТ и МРТ. КТ в отличие от обычной томографии позволяет исследовать гортань в горизонтальных срезах, что дает возможность определить состояние не только передней и боковой стенок гортани, но также гортаноглотки и шейной части пищевода. *Гистологическое исследование имеет решающее значение при установлении диагноза злокачественной опухоли*. Биопсию желательнее производить непосредственно перед началом лечения, для исследования берут кусочек на видимой границе здоровой и опухолевой ткани. Метастазы рака гортани в регионарные лимфатические узлы широко определяются пальпаторно — сам факт увеличения этих узлов необходимо оценивать как метастазирование. Папилломатоз гортани отличается по ларингоскопической картине от рака тем, что разрастается по поверхности без изъязвления и инфильтрации подлежащей ткани и имеет вид сопочковой опухоли, напоминая цветную капусту. Раку более свойственна бугристая поверхность, гладкая и ровная характерна для эндофитного роста, который встречается относительно редко. Гиперпластический ларингит, как правило, поражает обе половины гортани симметрично, а рак локализуется обычно в одном участке. При подозрении на озлокачествление гиперплазированной ткани показана биопсия. Пахидермия представляет собой разрастание и ороговение плоского эпителия обычно в межчерпаловидном пространстве и является по существу ограниченным гиперпластическим ларингитом. Поверхность пахидермии, как правило, плоская; при появлении здесь значительных утолщений возникает подозрение на озлокачествление, поэтому необходима биопсия. Такой больной должен находиться на диспансерном наблюдении. Не всегда просто при осмотре дифференцировать рак от туберкулеза и сифилиса. Правильной диагностике помогут тщательно собранный анамнез и соответствующие лабораторные исследования, включая биопсию.

Лечение. Основными методами лечения рака гортани являются хирургический, лучевой и химиотерапевтический. Первые два метода могут применяться самостоятельно, химиотерапия — лишь в качестве вспомогательного. Выбор метода зависит от стадии заболевания, гистологического строения раковой опухоли и в определенной степени от ее локализации. В I стадии многие предпочитают лучевой метод, в то же время эндоларингеальное удаление, а затем лучевое воздействие кажутся более надежными. Во II стадии наиболее обоснованным является сочетание хирургического и лучевого методов, хотя тот и другой могут быть применены раздельно. Опухоль удаляют в пределах здоровых тканей и

затем осуществляют лучевое воздействие на пути лимфооттока. В III стадии ведущим является комбинированный метод: сначала проводят хирургическое лечение, а затем лучевое. При лучевом воздействии поражаются отдельные раковые клетки и их небольшие скопления, в то время как крупные раковые образования под влиянием актинотерапии обычно не подвергаются полной резорбции. При хирургическом лечении больных раком гортани применяют три основных вида операций: • *полное удаление гортани (ларингэктомию)*; • *различные варианты резекции*; • *реконструктивные вмешательства*. Тактика хирургического лечения вырабатывается в зависимости от стадии рака гортани, локализации опухоли, ее гистологического строения, общего состояния больного. Основные принципы, которыми руководствуется хирург, — обязательная абластичность удаления опухоли и максимальное сохранение органа. Во II—III стадии заболевания врач, ориентируясь по ларингоскопической картине, оценивает возможность абластичного удаления не всей гортани, а ее части (резекция), чтобы сохранить дыхательную и голосовую функции органа.

Новообразования уха. Среди доброкачественных новообразований наружного уха редко встречается *папиллома* — опухоль эпителиального происхождения, располагающаяся обычно на коже наружного слухового прохода и на ушной раковине. Растет папиллома медленно, редко достигает больших размеров. Лечение хирургическое, диатермокоагуляция, крио или лазерная деструкция. **Остеома.** Локализуется в костном отделе наружного слухового прохода; развивается из компактного слоя задней, реже верхней или нижней стенок. Она может быть в виде *экзостоза* тонкой ножке, распознавание и удаление которого обычно не представляет сложности. В других случаях это *гиперостоз*, имеющий широкое плоское основание, частично или полностью закрывающий просвет наружного слухового прохода; иногда гиперостоз располагается в области барабанного кольца и даже распространяется на стенки барабанной полости. В этих случаях его хирургическое удаление осуществляется зашным доступом. Возможен эндофитный рост остеомы в толщу сосцевидного отростка. **Гемангиома.** В области уха она встречается нечасто. Наблюдаются преимущественно кавернозные инкапсулированные, капиллярные (поверхностные и глубокие), ветвистые (артериальные и венозные) гемангиомы. Гемангиомы могут локализоваться в любом отделе уха, однако несколько чаще они возникают в наружном ухе. Сосудистые опухоли среднего уха растут медленно, способны разрушать окружающие ткани и выходить далеко за пределы уха. Некоторые из них могут изъязвляться и сопровождаться интенсивным кровотечением. Лечение хирургическое. Из доброкачественных опухолей среднего уха заслуживает внимания *хемодектома*, развивающаяся из гломусных телец, содержащихся в слизистой оболочке барабанной полости и располагающаяся по ходу нервных волокон и сосудов. Гломусные скопления локализуются в адвентициальной оболочке верхней луковичи внутренней яремной вены и в толще пирамиды височной кости. Если хемодектома развивается из гломусных телец барабанной полости, то субъективно она уже в ранней стадии проявляется пульсирующим шумом в ухе и снижением слуха; эти симптомы быстро нарастают. По мере роста хемодектома постепенно заполняет среднее ухо и просвечивает через барабанную перепонку, затем может разрушить ее и в виде ярко-красного «полипа» появляется в наружном слуховом проходе. Следует отметить, что начальные признаки гемангиомы и хемодектомы барабанной полости во многом сходны, однако при гемангиомах отмечаются кровотечения из уха, для хемодектомы не характерные. Опухоли способны разрушить костные стенки барабанной полости и распространиться на основание черепа или проникнуть в его полость. О распространении опухоли в полость черепа свидетельствует появление признаков раздражения мозговых оболочек и поражения языкоглоточного (IX), блуждающего (X) и добавочного (XI) нервов. Эти признаки появляются довольно рано, если опухоль первично возникает в области яремной ямки (из яремных гломусов). При гемангиомах и хемодектомах описана положительная проба Брауна: повышение давления воздуха в наружном слуховом проходе сопровождается пульсацией опухоли, а больной при этом отмечает появление или усиление пульсирующего шума в ухе. При сдавлении сосудов на шее пульсирующий шум уменьшается или прекращается, при этом гемангиома иногда бледнеет, уменьшается в размерах. Дополнительным методом диагностики указанных

опухолей является селективная ангиография. Она позволяет уточнить границы опухоли, состояние верхней луковичной внутренней яремной вены, выявить сосуды, снабжающие кровью опухоль. Надежным методом диагностики является КТ и МРТ. Лечение больных с доброкачественными опухолями среднего уха в основном хирургическое. Своевременное удаление этих новообразований следует рассматривать как эффективную меру профилактики их малигнизации. Операции по поводу хемодектом и гемангиом сопровождаются интенсивным кровотечением. Предварительная перевязка наружной сонной артерии и эмболизация мелких кровеносных сосудов для опухолей данной локализации оказались малоэффективными. Кровоостановление в ходе операции также не оправдало первоначальных надежд на возможность бескровного удаления опухоли. При опухолях, не выходящих за пределы барабанной полости, ограничиваются эндауральной тимпанотомией или аттикоантротомией. Если новообразование выходит в наружный слуховой проход, то выполняют трепанацию сосцевидного отростка.

Злокачественные опухоли уха. Среди злокачественных опухолей наружного уха чаще встречаются *плоскоклеточный* или *базально-клеточный рак*. В том и другом случае новообразование вначале имеет вид «пятнышка» или «прыщика» и постепенно увеличивается, в течение нескольких месяцев не причиняя больному каких-либо беспокойств. Затем опухоль изъязвляется, образуется неглубокая язвочка, прикрытая сухой корочкой, после удаления которой появляется капелька крови. Опухолевому процессу сопутствует воспаление, поражение надхрящницы и хряща сопровождается хондроперихондритом, появляются боли, интенсивность которых постепенно усиливается. Надхрящница и хрящ препятствуют проникновению опухоли вглубь, поэтому она распространяется в основном по поверхности. Плоскоклеточный рак растет быстрее, чем базально-клеточный, и проявляет склонность к метастазированию. Злокачественную опухоль в наружном слуховом проходе диагностировать труднее. Иногда первым ее признаком является снижение слуха вследствие обтурации наружного слухового прохода, позже появляются гнойные выделения, нередко с примесью крови. Новообразования нижней стенки слухового прохода могут через санториниевы щели распространяться на околоушную слюнную железу, а опухоли костного отдела быстро прорастают в барабанную полость. Определить первичную локализацию процесса иногда очень трудно или просто невозможно. Диагноз устанавливают на основании результатов гистологического исследования. Злокачественные опухоли среднего уха чаще развиваются у больных, длительно страдающих хроническим гнойным средним отитом с явлениями пролиферации. Наиболее распространенным видом опухоли височной кости у взрослых является *рак*, у детей — *саркома*. Ранняя диагностика таких опухолей чрезвычайно сложна. Симптоматика сходна с тем, что наблюдается при обострении хронического отита: больной отмечает усиление гноетечения из уха, постепенно нарастают болевые ощущения, в гнойных выделениях появляется примесь крови. Затем может развиться парез мышц, иннервируемых лицевым нервом, возможно головокружение и приступообразная головная боль. С распространением опухоли на основание черепа вовлекаются языкоглоточный (IX), блуждающий (X) и добавочный (XI) нервы. Все эти симптомы развиваются в течение нескольких месяцев. При отоскопии у большинства больных злокачественную опухоль первоначально принимают за грануляции или полипы. При установлении диагноза учитывают форму хронического гнойного среднего отита, неуклонное нарастание симптоматики независимо от проводимого лечения. Рентгенография и КТ височных костей позволяют определить границы процесса в пределах костных структур черепа; подспорьем в диагностике являются радионуклидное исследование и ангиография. Окончательный диагноз устанавливают на основании результатов гистологического исследования, нередко опухолевые клетки удается выявить лишь после повторных биопсий. Сложность диагностики является причиной того, что злокачественные опухоли среднего уха выявляют в поликлинике в раннем периоде менее чем у 10 % больных, и большинство поступают в стационар с распространенным (III—IV стадия) опухолевым процессом. Лечение больных со злокачественными опухолями наружного уха — хирургическое и лучевое, а также их комбинация. Лучевой метод успешно применяют при поражении ушной раковины, опухоли наружного слухового прохода плохо поддаются лучевому воздействию, в этом случае высокой

эффективностью отличается хирургический метод. Даже при опухолях I—II стадии с поражением хрящевого отдела слухового прохода этот отдел желательнее удалить полностью, а при локализации процесса на нижней и передней стенках показана резекция прилежащей части околоушной слюнной железы. Если опухоль переходит на кожу костного отдела слухового прохода, то следует произвести общеполостную операцию. У больных со злокачественными опухолями среднего уха выполняют радикальное вмешательство, при котором удаляют большую часть височной кости (за исключением внутренней части пирамиды) и прилегающей к ней чешуи затылочной кости, околоушную слюнную железу, височнонижнечелюстной сустав и клетчатку бокового отдела шеи с глубокими шейными лимфатическими узлами. Через 2 нед после операции проводят облучение. Излечение или продление жизни возможно у части больных в незапущенных случаях. **Невринома преддверно-улиткового (VIII) нерва.** Заболевание составляет до 13 % от всех опухолей головного мозга, чаще бывает у женщин среднего возраста. По гистологическому строению это опухоль доброкачественная, исходящая из шванновской оболочки преддверной части преддверно-улиткового нерва, обычно она имеет капсулу и потому сдавливает, но не инфильтрирует окружающие ткани. В поздних стадиях невринома достигает больших размеров и вызывает тяжелые церебральные осложнения. Ранним проявлением невриномы является одностороннее постепенное снижение слуха вплоть до глухоты. Тугоухость иногда развивается незаметно для больного, и ее обнаруживают случайно, когда слух уже отсутствует. Нередко у больного диагностируют одностороннюю нейросенсорную тугоухость, и в течение 5—6 лет он продолжает сохранять трудоспособность. Во всех подозрительных на невриному случаях необходимо делать КТ и МРТ. Выраженность симптомов при невриноме зависит от размеров опухоли, соответственно различают три стадии заболевания. В I стадии (начальной) заболевания, которую называют отоларингологической, размер опухоли не превышает в диаметре 1,5 см. Характерна нейросенсорная тугоухость или глухота на одно ухо, сопровождающаяся отсутствием феномена ускоренного нарастания громкости. Характерным признаком невриномы является отсутствие латерализации звука в опыте Вебера при четкой латерализации ультразвука в здоровую сторону. Обращает на себя внимание тонально-речевая диссоциация: полностью или почти полностью утрачивается разборчивость речи, в то время как чистые тоны, в том числе на речевых частотах, еще воспринимаются. Одновременно наблюдается нарушение или выпадение вестибулярной возбудимости и вкусового восприятия на передних $2/3$ языка; отмечается снижение чувствительности роговицы, слизистой оболочки носа, полости рта и глотки на стороне поражения. Во II стадии (отоневрологической) размер невриномы 1,5—4 см. В связи с давлением на мозговой ствол выявляется множественный спонтанный нистагм, ослабевает оптокинетический нистагм во всех направлениях, нарушается статика. Появляются признаки сдавления ствола лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе. Внутричерепная гипертензия в этой стадии выражена резко, так как ликворные пути расположены латеральнее, но отек зрительного нерва уже может быть. В этой стадии больной еще операбелен. В III стадии (неврологической) невринома уже больше 4 см в диаметре. Симптоматика обусловлена резким сдавлением мозга, окклюзией водопровода среднего мозга (сильный водопровод). Выявляется грубый тоничный множественный спонтанный нистагм, который возникает из-за давления невриномы на мозговой ствол; гидроцефалия вызывает нарушение психики, может наступить слепота в связи со сдавлением зрительных нервов. Больные в этой стадии обычно неоперабельны. Проявления невриномы зависят и от направления роста опухоли. Так, при преимущественно каудальном росте возникает одностороннее поражение ядра блуждающего нерва, которое проявляется, в частности, парезом голосовой складки, соответствующей половины мягкого неба, нарушением глотания. Лечение в I и II стадии хирургическое; как правило, оно приводит к выздоровлению или значительному улучшению с восстановлением трудоспособности. В III стадии возможно лишь паллиативное воздействие, направленное на снижение гипертензионного синдрома.

должен знать установить диагноз и дифф. диагностику следующих опухолях ЛОР-органов:

- предраковые состояния;
- опухелеподобные образования ЛОР-органов;
- доброкачественные опухоли гортани и трахеи;
- злокачественные опухоли гортани и трахеи;
- доброкачественные опухоли носа и околоносовых пазух;
- злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух;
- злокачественные опухоли глотки;
- доброкачественные и злокачественные опухоли уха.
- невринома преддверно-улиткового (viii) нерва.

должен уметь проводить

- взятие биопсии из ЛОР – органов на гистологическое исследование
- удаление доброкачественных образований носа, глотки, гортани, уха,

Профессиональный отбор и экспертиза в оториноларингологии–36 часов:

Врачебно-трудовая экспертиза. Классификация нетрудоспособности при заболеваниях уха и верхних дыхательных путей. Методы определения степени нетрудоспособности. Временная, стойкая нетрудоспособность. Причины инвалидности (общая, профессиональная, трудовое увечье, военная травма) Группы инвалидности. Экспертное заключение и показания к трудоустройству ЛОР-больных. Работа экспертных комиссий, профессиональный отбор. Военно-медицинская экспертиза. Положение о медицинском освидетельствовании в Вооруженных силах Руз в мирное и военное время.

Врачебно-трудовая экспертиза является неотъемлемой частью работы врача любой специальности. Она начинается при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров на производстве, при приеме больных в поликлинике, выдаче листка нетрудоспособности и продолжается при направлении больного на ВКК и на ВТЭК. Поэтому понятна необходимость знания врачами любой специальности, в том числе и оториноларингологами, основных положений врачебно-трудовой экспертизы. Нетрудоспособность больного определяется не только основным диагнозом, но и состоянием всего организма. При формулировке диагноза имеет значение вид представляемого документа (листок нетрудоспособности, соответствующая справка, амбулаторная карта, история болезни, направление на ВТЭК, направление профпатолога на экспертное заключение). Лечащий врач, осуществляя экспертизу временной нетрудоспособности больного, в первичных документах фиксирует жалобы больного, анамнез заболевания и объективные клинично-функциональные показатели состояния как локального, так и общего статуса больного. Формулируются полный диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести, обуславливающих общую нетрудоспособность. Заключение врача определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей, течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах. При последующих осмотрах отражается динамика заболевания, эффективность проводимого лечения и обосновывается продление сроков освобождения пациента от работы.

Определение ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при ЛОР-заболеваниях.

Ангина и обострение хронического тонзиллита. Ангина (острый тонзиллит) в структуре заболеваемости занимает одно из первых мест. Ангина представляет собой общее инфекционное заболевание с выраженным аллергическим компонентом и местными проявлениями лимфаденоидного глоточного кольца и изменениями, возникающими во многих органах и системах организма, в первую очередь в сердечно-сосудистой системе, органах

дыхания, почках. Поэтому явно недостаточен для суждения о динамике патологического процесса при ангине учет только изменений в глотке. Необходимо учитывать анамнез, температурную реакцию, данные осмотра глотки, исследования сердечно-сосудистой системы, результаты анализов крови и мочи. Для правильной оценки состояния больного и определения сроков нетрудоспособности все эти данные необходимо сопоставлять при исследовании в различные периоды заболевания. Без изменений в глотке и миндалинах, неотъемлемых факторов ангины, диагноз ангины не может быть поставлен. Обычно принятое деление ангин на отдельные формы (катаральную, лакунарную, фолликулярную) и диагностирование той или иной формы не влияют на срок временной нетрудоспособности. Судить о тяжести течения ангины, а следовательно, и о сроках нетрудоспособности можно лишь на основании всего комплекса симптомов, свойственных этому заболеванию. Постоянными симптомами любой ангины являются гиперемия небных миндалин и регионарный шейный лимфаденит, которые в отличие от повышения температуры и других симптомов держатся довольно долго (2-4 нед) и при отсутствии других признаков не могут служить причиной к продлению больничного листа и противопоказанием к выписке больного на работу. При ангине наряду с поражением небных миндалин нарушаются функции многих органов и систем организма и восстановление их, как правило, происходит не ранее 6-го дня. Этот срок и следует считать минимальным для лечения больного ангиной. В ряде случаев болезнь может продолжаться 5-9 дней. Более длительное течение указывает на наличие явных или скрытых осложнений или снижение сопротивляемости организма. Если течение ангины осложняется развитием паратонзиллярного абсцесса, то это удлиняет срок нетрудоспособности в среднем до 8-12 дней. **Травмы носа.** Наиболее характерными признаками травм носа являются припухлость, боль, кровоизлияние в область носа и прилежащих участков лица, носовое кровотечение, нарушение носового дыхания. Если перелом костей носа распространяется на кости, образующие дно передней черепной ямки, то может наблюдаться носовая ликворея. Тяжелая травма может сопровождаться шоком. Определяя сроки нетрудоспособности при травмах носа, как и при травмах вообще, следует пользоваться инструкцией «О порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан». Если травма носа ограничена только мягкими тканями и сопровождается небольшим носовым кровотечением или переломом носовых костей без смещения, то срок до 3-4 дней вполне достаточен для восстановления дыхательной функции носа. Если пострадавший работает в сфере обслуживания населения и по роду деятельности должен общаться с посетителями, то срок нетрудоспособности необходимо продлить до исчезновения кровоподтеков (синяков), которые нередко сопровождают подобный вид травмы. В более тяжелых случаях сроки нетрудоспособности должны диктоваться восстановлением функции носа, главным образом дыхательной, и прохождением реактивных явлений, сопровождающих травму (набухлость слизистой оболочки носа, отек окружающих тканей, наличие кровоизлияний). **Вазомоторный и аллергический ринит.** Больные вазомоторным и аллергическим ринитом подлежат освобождению от работы, как правило, только в период обострения заболевания на срок до 3 дней. **Острый гайморит.** При достаточной сопротивляемости организма и рациональном лечении острые симптомы проходят спустя 6-9 дней. Этот период следует считать средним сроком временной нетрудоспособности при обычно текущем неосложненном остром гайморите. К этому времени обычно уже нет гнойного содержимого в полости, а следовательно, и выделения его из носа. Исчезает отечность слизистой оболочки носа, восстанавливается носовое дыхание, общее состояние больного нормализуется. Как правило, данные рентгенологического исследования и нарушение обонятельной функции не соответствуют клинической картине, в связи с чем понижение прозрачности пазух на рентгенограмме и снижение обоняния не могут служить основанием к продлению больничного листа. Нормализация СОЭ может затянуться на довольно длительное время. Следует принять за основу, что если к 4-5-му дню болезни не наступает значительного улучшения, то больной должен быть госпитализирован. **Острый фронтит.** Даже при правильно проводимом комплексном лечении для выздоровления требуется более длительный срок, чем при гайморите. Это объясняется затрудненным оттоком гноя из лобной пазухи через

узкий и относительно длинный лобно-носовой канал. При остром, неосложненном фронтите больные нетрудоспособны в течение 7-10 дней. **Острый этмоидит.** Оно обычно сочетается с острым гайморитом или острым фронтитом, реже со сфеноидитом. Сочетается с острым гайморитом или острым фронтитом, реже со сфеноидитом. В подавляющем большинстве случаев после ликвидации воспалительного процесса в верхнечелюстной или лобной пазухе обычно проходят и явления этмоидита, поэтому решать вопрос о временной нетрудоспособности в связи с этмоидитом не приходится. При развитии внутриорбитальных и внутричерепных осложнений вопрос о сроках нетрудоспособности следует решать особо, в зависимости от тяжести осложнений и объема оперативных вмешательств совместно с окулистом, нейрохирургом и невропатологом. **Острый сфеноидит** как самостоятельное заболевание встречается редко. Больной с острым неосложненным сфеноидитом нетрудоспособен в течение 5-7 дней. Для рабочих, пребывающих в атмосфере повышенной запыленности, этот срок должен быть продлен до 10—12 дней. **Хроническое воспаление околоносовых пазух.** Признать больного нетрудоспособным при каждом обострении на 7-9 дней, а в случае оперативного вмешательства – в зависимости от его объема и послеоперационного течения, в среднем на 14 дней. Исключение составляют лица тяжелого физического труда и труда, связанного с неблагоприятными метеорологическими условиями, где срок пребывания на больничном листе удлиняется еще на 5-7 дней. При **фурункуле носа и верхней губы** возможно распространение инфекции по венам лица в пазухи твердой мозговой оболочки. Учитывая возможность внутричерепных и общих осложнений, такие больные, как правило, должны лечиться в стационарных условиях в течение 6-10 дней. При множественных фурункулах или карбункуле необходимо продлить лечение до полного исчезновения всех проявлений заболевания, тем самым предупредить возможность развития осложнений. Если заболевание протекало без явлений общей интоксикации, поражения пазух твердой мозговой оболочки и оболочек мозга, то на 12-14-й день от его начала больной может быть выписан на работу. **Острый ларингит**-чаще всего проявление острого катара верхних дыхательных путей, однако может встречаться изолированно или в сочетании с поражением слизистой оболочки трахеи (острый ларинготрахеит). Общее состояние больного, как правило, страдает мало при правильном режиме и лечении. Заболевание проходит через 4-7 дней. На этот период больной освобождается от работы. **Химические ожоги и инородные тела глотки, пищевода и дыхательных путей.** Ожоги глотки, входа в гортань и пищевода едкими химическими веществами относятся к числу тяжелых и довольно частых поражений этих органов со сравнительно высокой летальностью и осложнениями, нередко приводящими к инвалидности больного. Клиническая картина отравлений различными кислотами и щелочами довольно стереотипна. С первого же момента обращения за медицинской помощью больного госпитализируют. В первые дни при наличии общерезорбтивных явлений больной должен находиться в терапевтическом стационаре для снятия интоксикации, а затем спустя 5-7 дней его переводят в ЛОР-отделение для лечения ожога и профилактики рубцового стеноза. Во время лечения (30-45 дней) больной нетрудоспособен. **Инородные тела дыхательных путей, глотки и пищевода.** Инородные тела носа, как правило, удаляются без особого труда и только иногда могут служить причиной временной нетрудоспособности. В подавляющем большинстве случаев после удаления инородного тела больной может приступить к работе. При обнаружении крупных ринолитов, а также инородных тел, проникающих в полость носа и околоносовые пазухи через наружные покровы и ткани лица, требуется оперативное вмешательство. Вопрос о сроках временной нетрудоспособности решается в соответствии с характером и объемом оперативного вмешательства, возможным в процессе операции или после нее, осложнениями, но обычно сроки нетрудоспособности не превышают 12-18 дней. Если инородное тело небольших размеров, находящееся в толще слизистой оболочки гортани, без труда удалено гортанными щипцами при непрямой ларингоскопии, то после того, как явления, связанные с анестезией и травмой, пройдут, больной может быть выписан из стационара и приступить к работе через 1-3 дня. Более травматичным методом является верхняя трахеобронхоскопия, применяемая при извлечении инородных тел из трахеи и бронхов.

Если вмешательство проведено без излишней травмы, то спустя 4-5 дней после удаления инородного тела реактивные явления, как правило, проходят и больной может приступить к работе. Если же инородное тело длительное время находилось в бронхе и вызвало воспаление в стенке бронха с разрастанием грануляций, то такой больной должен лечиться в условиях стационара до полного стихания патологического процесса. В неосложненных случаях инородные тела пищевода при их удалении без дополнительных травм глотки и стенок пищевода не приводят к длительной нетрудоспособности. Обычно боль, связанная с эзофагоскопией, а также реактивные явления слизистой оболочки глотки и пищевода относительно быстро проходят, а больной через 2-3 дня после удаления инородного тела может быть выписан на работу. Большую опасность представляют инородные тела с острыми краями, травмирующие стенку пищевода и внедряющиеся в ее толщу. Такая травма пищевода, даже если не травмированы все стенки пищевода, чревата очень серьезными, нередко смертельными осложнениями: абсцессами различной локализации и флегмонами околопищеводного пространства-медиастинитами. Такие больные находятся на стационарном лечении до полного заживления стенки пищевода с восстановлением его проходимости и до восстановления общего состояния здоровья. Сроки временной нетрудоспособности у таких больных равны 20-40 дням, а в случае медиастинотомии увеличиваются до 2-4 мес. **Травма наружного уха.** Изолированные травмы наружного уха встречаются сравнительно редко. Чаще они сочетаются с травмой головы или лица. При резаных ранах или ранах другого происхождения, но без раздробления хряща экономная хирургическая обработка каждой раны с последующим наложением частых швов атравматическими иглами и тонким шелком на надхрящницу и кожу обеспечивает заживление в 5-7 дней. Этот срок и является оптимальным для пребывания больного на больничном листе. **Отогематома и перихондрит ушной раковины.** Небольшие отогематомы могут самостоятельно рассосаться под влиянием давящей повязки в течение 7-14 дней. При своевременно и правильно произведенной пункции отогематомы выздоровление обычно наступает на 10-14-й день. Если же возникает необходимость оперативного вмешательства, срок лечения может затянуться на 4-6 нед и более. Сроки же временной нетрудоспособности определяются, кроме характера местных изменений, также и условиями труда больного. **Острый наружный отит.** Для лечения ограниченного острого наружного отита-фурункула-достаточно 5-7 дней от начала заболевания. В ряде случаев, если позволяют условия работы, больной может быть выписан на работу с остаточными явлениями наружного отита и продолжать лечение амбулаторно. Значительно труднее поддается лечению острый диффузный наружный отит, но и здесь при рациональной терапии можно добиться выздоровления к 8-12-му дню. **Острый катаральный средний отит.** Обычно своевременно начатое рациональное лечение спустя 4-6 дней приводит к выздоровлению при остром катаре среднего уха, чем и определяются сроки нетрудоспособности. **Острое гнойное воспаление среднего уха и мастоидит.** В течении острого гнойного среднего отита различают три периода. При неосложненном течении, своевременном и правильно проведенном лечении длительность первого периода 3-6 дней, второго-4-8 дней и третьего-5-10 дней. Таким образом, общая длительность острого гнойного среднего отита колеблется в пределах от 12 до 18 дней. Это и есть оптимальный срок пребывания больного на больничном листе. Больной острым отитом, осложненным мастоидитом, после операции нетрудоспособен в течение 30-40 дней. Критериями могут служить прекращение гноетечения из уха и заушной раны, закрытие перфорационного отверстия в барабанной перепонке, заживление заушной раны и тенденция к восстановлению слуха. **Обострение хронического гнойного воспаления среднего уха (эпитимпанит),** то такого больного необходимо госпитализировать в стационар, чтобы провести полное обследование и комплекс лечебных мероприятий, включающих оперативное вмешательство, а также не пропустить грозных внутричерепных и общих осложнений. Вопрос о сроках временной нетрудоспособности в таких случаях решается индивидуально в зависимости от характера лечения основного процесса, наличия или отсутствия осложнений. При малейшем подозрении на внутричерепное осложнение больной подлежит оперативному вмешательству, объем которого удастся определить только на операционном столе. Рецидив хронического

гнояного мезотимпанита протекает более благоприятно. При соответствующем правильно проводимом лечении больной нетрудоспособен в течение 5-7 дней. **Сроки временной нетрудоспособности после хирургических вмешательств** зависят от многих причин: характера оперативного вмешательства, общего состояния больного, выполняемой им работы, возможности после выписки из стационара находиться под наблюдением квалифицированного врача и ряда других факторов.

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после некоторых операций на ЛОР-органах

№ п/п	Характер оперативного вмешательства	Общие сроки временной нетрудоспособности, в днях		
		для лиц, занимающихся тяжелым физическим трудом или работающих в неблагоприятных условиях	для остальных больных	в том числе в условиях стационара
1	Вскрытие абсцесса перегородки носа	6-9	5-7	5-7
2	Подслизистая резекция перегородки носа	15-17	10-12	5-6
3	Конхотомия	6-8	4-6	3-5
4	Репозиция костей носа после травмы	10-14	8-10	5-8
5	Гайморотомия	14-18	12-15	6-7
6	Фронтотомия	23-30	22-24	20-21
7	Сфеноидотомия	10-15	10-12	4-6
8	Аденоидэктомия	4-6	2-3	1-2
9	Тонзиллэктомия	18-20	14-16	6-7
10	Вскрытие паратонзиллярного абсцесса	8-10	6-8	3-5
11	Удаление фибромы голосовой складки	6-10	6-10	3-5
12	Трахеостомия	6-10	6-10(в зависимости от причин стеноза)	3-5
13	Хордотомия	18-24	18-24	10-12
14	Экстирпация гортани	90-120	90-120	24-30
15	Антротомия	30-45	25-30	12-15
16	Общеполостная операция на ухе	45-60	40-45	20-30
17	Тимпаноластика	30-40	26-28	12-18
18	Операция на стремени	20-24	16-18	10-12
19	Резекция барабанной струны и барабанного сплетения	21-28	21-28	7-10
20	Операции на эндолимфатическом мешке	45-60	30-45	20-30
21	Операция по поводу отогенных внутричерепных осложнений	60-120	45-90	45-60

Экспертиза трудоспособности при профессиональных заболеваниях уха, горла и носа.

Распространенность профессиональных заболеваний изучается на основе официальных статистических данных, полученных в результате периодических медицинских осмотров. Сложность и большая практическая значимость правильной постановки диагноза профессионального заболевания и связанного с ним правильного решения вопросов экспертизы трудоспособности данного больного определяют необходимость специальной подготовленности врачей-экспертов по вопросам клиники, диагностики профессиональных заболеваний и гигиены труда. При решении вопросов трудоспособности и врачебно-трудовой

экспертизы существуют следующие формы рекомендаций для лечебных учреждений и врачебных комиссий ВКК и ВТЭК.

1. При начальных формах заболеваний без заметных нарушений функций отдельных органов и систем (например, при легкой степени снижения слуха у рабочего шумовой профессии) назначают амбулаторное лечение. Вопрос о прекращении работы во вредных условиях или оставлении на прежней работе под динамическим наблюдением оториноларинголога решают индивидуально. При временном снижении трудоспособности.¹

2. При выраженных хронических профессиональных заболеваниях рекомендуется временное освобождение от работы по больничному листку с направлением на стационарное или амбулаторное лечение (например, у больного с эрозией слизистой оболочки перегородки носа). Вопрос о дальнейшей трудоспособности больного решается в зависимости от степени наступившего восстановления.

3. При тяжелых, малообратимых формах профессиональных заболеваний с выраженными нарушениями функций отдельных органов и систем, приводящими к стойкому снижению или потере трудоспособности, необходимо полное устранение от прежней работы и направление на ВТЭК для определения соответствующей группы инвалидности по профессиональному заболеванию (например, у больного со значительной степенью снижения слуха шумовой этиологии).

Периодические медицинские осмотры. Основной задачей периодических медицинских осмотров является своевременное выявление начальных, ранних признаков профессионального заболевания и обеспечение наблюдения в динамике за состоянием здоровья работающих в условиях профессиональных вредностей. На основании данных клинического обследования с помощью соответствующих функциональных проб и лабораторных исследований нередко можно установить начальные формы профессионального заболевания, когда сам обследуемый еще не ощущает никакого дискомфорта в состоянии и считает себя практически здоровым. Ранняя диагностика очень важна, так как лечение любого профессионального заболевания в начальных, ранних стадиях его проявления легче и более эффективно, чем в запущенных случаях, когда лечение представляет трудную, порой непосильную задачу. В задачи периодических медицинских осмотров входит также установление заболеваний, способствующих развитию профессиональных болезней, даже если они и не связаны с воздействием производственных факторов данной профессии.

Врачебно-трудовая экспертиза профессиональных заболеваний в оториноларингологии. Для решения вопросов врачебно-трудовой экспертизы необходимо прежде всего установить принадлежность выявленных патологических изменений ЛОР-органов к числу профессиональных заболеваний. Профессиональная патология уха, горла и носа тесно связана с гигиеной труда. Профпатолог-оториноларинголог не может поставить диагноз профессионального заболевания без конкретного знания профессиональных вредностей, воздействию которых подвергается заболевший, без данных профессионального маршрута за годы работы обследуемого. В случаях установления профессионального заболевания составляют экстренное извещение, которое заполняет врач того лечебного учреждения, в котором впервые установлен профессиональный характер заболевания. Заболевания верхних дыхательных путей, вызванные различными химическими веществами и промышленной пылью, наиболее часто наблюдаются и воздействию веществ, обладающих раздражающим, прижигающим, канцерогенным и сенсибилизирующим действием. При воздействии некоторых неблагоприятных факторов производственной среды (токсичные вещества раздражающего действия, различные виды производственной пыли) могут развиваться как острые, так и хронические заболевания верхних дыхательных путей. Острые заболевания верхних дыхательных путей могут наблюдаться при воздействии определенных концентраций токсичных, химических веществ из группы раздражающих или удушающих (хлор, аммиак, сернистый газ, диметил-сульфат, окислы азота, фосген, треххлористый фосфор и др.). В зависимости от характера действия и от концентрации

действующего агента возможны различные преимущественная локализация и интенсивность патологического процесса. В связи с этим в клинике интоксикаций могут наблюдаться и острые поражения верхних дыхательных путей, вызванные перечисленными выше раздражающими веществами. Назофаринголаринготрахеит в легких случаях протекает с гиперемией слизистой оболочки верхних дыхательных путей, некоторой пастозностью нижних носовых раковин и голосовых складок. Процесс обычно легкообратим и не отражается на трудоспособности больного. В редких случаях, при авариях, когда в воздух рабочих помещений попадает значительное количество раздражающих веществ, что приводит к их высоким концентрациям, могут развиваться более выраженные изменения: резкая гиперемия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, на фоне которой отмечаются участки с некрозами, особенно в области преддверных складок и черпаловидных хрящей. При этом сроки временной нетрудоспособности удлиняются до 4-6 нед и более. После ликвидации патологических явлений больной может быть направлен на прежнюю работу. При легких остаточных явлениях патологического процесса больного следует по трудовому больничному листку перевести на работу без контакта с раздражающими токсичными веществами сроком до 2 мес. При этом следует учитывать, что токсическим поражениям верхних дыхательных путей, как правило, сопутствуют изменения и других органов, вызванные воздействием тех же раздражающих веществ, например поражения кожи в виде остро возникающих дерматитов, поражения глаз (конъюнктивиты, блефариты), острый бронхит и т.д. Наиболее актуальной для клиники профессиональных заболеваний является в настоящее время проблема хронических заболеваний верхних дыхательных путей, так как при современных производственных условиях острые интоксикации, обусловленные воздействием высоких концентраций, встречаются только при аварийных ситуациях и несоблюдении правил техники безопасности. Как показывают клинические наблюдения, развитие хронических заболеваний верхних дыхательных путей нередко имеет место при длительных контактах с различными видами производственной пыли, а также при воздействии химических веществ. Проведение экспертизы трудоспособности у больных, имеющих дистрофические поражения верхних дыхательных путей, требует от врача-эксперта знания не только основ диагностики, особенностей течения заболевания, условий труда в данный момент, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на течение патологического процесса, но и тех конкретных профессий и производственных условий, при которых больной может продолжить свой труд. Указание на наличие в процессе работы контакта с угольной пылью, раздражающими или прижигающими веществами не является решающим для установления связи заболевания с профессией, например субатрофического рино-фарингита с воздействием этих веществ на верхние дыхательные пути. В каждом случае необходимо выяснить степень контакта, сроки и интенсивность воздействия и возможность влияния других факторов. Эксперт-оториноларинголог, помимо решения общих вопросов экспертизы трудоспособности, при профессиональных заболеваниях должен учитывать и прогностические данные. Степень утраты трудоспособности зависит не только от выраженности морфологических и функциональных изменений верхних дыхательных путей, но и от общего состояния организма

должен знать

- влияние производственных факторов на состояние ЛОР-органов;
- методы реабилитации больных с ЛОР-патологией;
- положение о медицинском освидетельствовании в Вооруженных силах РФ в мирное и военное время.

должен уметь установить диагноз и провести необходимое лечение следующих профессиональных заболеваний:

- профессиональные заболевания уха (шумовая и шумовибрационная травма, сенсоневральная тугоухость, лабиринтопатия).

- профессиональные заболевания верхних дыхательных путей (острые и хронические токсические поражения вредными веществами, поражение термическими факторами, аллергические заболевания);
- функциональные и органические заболевания голосового аппарата.

Поликлиническая оториноларингология – 72ч.

Общие вопросы организации оториноларингологической помощи в стране. Работа лечебно-профилактических учреждений. Организация работы ЛОР кабинета. Тактика ведения больного в условиях поликлиники. Назначение необходимых обследований, консультаций других специалистов. Проведение дифференциального диагноза. Лечебные мероприятия. Установление диагноза при инородных телах уха, носа, глотки и гортани, носовом кровотечении, стенозе гортани. Организация лечебной помощи при инородных телах трахеи, бронхов, пищевода, при отогенных и риносинусогенных, тонзиллогенных осложнениях инфекционно-воспалительных заболеваний уха, носа и околоносовых пазух, глотки. Организация и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации оториноларингологических больных. Оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению. Составление отчета о работе.

должен знать

- организацию отоларингологической помощи в стране, организационную работу скорой и неотложной помощи;
- особенности сан – эпид. режима в отделениях оториноларингологического стационара, поликлиники;
- показания к госпитализации ЛОР-больных;
- основы патогенетического подхода лечения заболеваний ЛОР-органов;
- основы фармакотерапии в оториноларингологии;
- основы физиотерапии и лечебной физкультуры в оториноларингологии; методы обезболивания в оториноларингологии;
- оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой, хирургический инструментарий, применяемый при различных оториноларингологических операциях, принципы работы с мониторами;
- основы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных
- вопросы асептики и антисептики в оториноларингологии;
- основы иммунологии и генетики в оториноларингологии;
- показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- современные методы профилактики оториноларингологической патологии

должен уметь проводить

- оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению.
- составление отчета о работе.

Сурдология – 144ч..

Объективные методы исследования слуха. Нейросенсорная тугоухость. Внезапная и острая нейросенсорная тугоухость у взрослых и детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения. Хроническая стадия нейросенсорной тугоухости у взрослых и детей. Диагностика, лечение, профилактика. Тугоухость, глухота, глухонмота у детей. Этиология, патогенез. Классификация тугоухости и глухоты. Распознавание глухоты и тугоухости. Влияние

остатков слуха на развитие речи. Особенности аудиологического обследования у детей. Отоакустическая эмиссия. Особенности проведения теста у детей раннего возраста. Тональная пороговая аудиометрия. Особенности проведения у детей. Игровая аудиометрия. Импедансометрия. Коротко латентные слуховые вызванные потенциалы. Реабилитация слабослышащих и глухих людей (медикаментозная, физиотерапевтическая, хирургическая, социальная). Слухопротезирование. Организация помощи тугоухим, глухим, глухонемым. Кохлеарная имплантация. Показания и противопоказания. Основные принципы операции (подготовка пациента, ход операции, настройка импланта и ведение в послеоперационном периоде). Наблюдение и реабилитация пациентов с кохлеарными имплантами. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных форм поражения органа слуха, осложнения. Профессиональные поражения внутреннего уха. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Объективные методы исследования слуха основаны на безусловных и условных рефлексах. Такое исследование имеет значение для оценки состояния слуха при поражении центральных отделов звукового анализатора, при проведении трудовой и судебно-медицинской экспертизы. При сильном внезапном звуке безусловными рефлексами являются реакции в виде расширения зрачков (улитково-зрачковый рефлекс, или аурупуппилярный), закрывания век (ауропальпебральный, мигательный рефлекс). Чаще всего для объективной аудиометрии используют кожно-гальваническую и сосудистую реакции. Кожно-гальванический рефлекс выражается в изменении разности потенциалов между двумя участками кожи под влиянием, в частности, звукового раздражения. Сосудистая реакция заключается в изменении тонуса сосудов в ответ на звуковое раздражение, что регистрируется, в частности, при помощи плетизмографии. У маленьких детей чаще регистрируют реакцию при *игровой аудиометрии*, сочетая звуковое раздражение с появлением картинки в момент нажатия ребенком кнопки. Подаваемые вначале громкие звуки сменяют более тихими и определяют слуховые пороги. Наиболее современным методом объективного исследования слуха является аудиометрия с регистрацией *слуховых вызванных потенциалов* (СВП). Метод основан на регистрации вызванных в коре большого мозга звуковыми сигналами потенциалов на ЭЭГ. Его можно использовать у детей грудного и младшего возраста, у психически неполноценных лиц и лиц с нормальной психикой. Поскольку ответы на ЭЭГ на звуковые сигналы (обычно короткие — до 1 мс, называемые звуковыми щелчками) очень малы — меньше 1 мкВ, для их регистрации пользуются усреднением с помощью компьютера. Более широко применяют *коротколатентные слуховые вызванные потенциалы* (КСВП), дающие представление о состоянии отдельных образований подкоркового пути слухового анализатора (преддверно-улитковый нерв, улитковые ядра, оливные ядра, латеральная петля, холмики пластинки крыши среднего мозга). Но КСВП не дают сколько-нибудь полного представления о реакции на стимул определенной частоты, так как сам стимул должен быть коротким. В этом отношении более информативны *длиннолатентные слуховые вызванные потенциалы* (ДСВП). Они регистрируют ответы коры большого мозга на сравнительно длительные, т.е. имеющие определенную частоту, звуковые сигналы. Их можно использовать для выведения слуховой чувствительности на разных частотах. Это особенно важно в педиатрии, когда обычная аудиометрия, основанная на осознанных ответах пациента, не применима. *Импедансная аудиометрия* — это один из методов объективной оценки слуха, основанный на измерении акустического сопротивления звукопроводящего аппарата. В клинической практике используют два вида акустической импедансометрии — тимпанометрию и акустическую рефлексометрию. *Тимпанометрия* заключается в регистрации акустического сопротивления, которое встречает звуковая волна при распространении по акустической системе наружного, среднего и внутреннего уха, при изменении давления воздуха в наружном слуховом проходе (обычно от +200 до —400 мм вод.ст.). Кривая, отражающая зависимость сопротивления от давления, получила название тимпанограммы. Различные типы тимпано-метрических кривых отражают нормальное или патологическое состояние среднего уха. *Акустическая рефлексометрия* основана на регистрации изменений податливости звукопроводящей системы, происходящих при

сокращении стременной мышцы. Вызванные звуковым стимулом нервные импульсы по слуховым путям доходят до верхних оливных ядер, где переключаются на моторное ядро лицевого нерва и доходят до стременной мышцы. Сокращение мышц происходит с обеих сторон. В наружный слуховой проход вводят датчик, который реагирует на изменение давления (объема). В ответ на звуковую стимуляцию генерируется импульс, проходящий по описанной выше рефлекторной дуге, в результате чего сокращается стременная мышца и начинает двигаться барабанная перепонка, меняется давление (объем) в наружном слуховом проходе, что и регистрирует датчик. В норме порог акустического рефлекса стремени составляет около 80 дБ над индивидуальным порогом чувствительности. При нейросенсорной тугоухости, сопровождающейся ФУНГ, пороги рефлекса значительно снижаются. При кондуктивной тугоухости, патологии ядер или ствола лицевого нерва акустический рефлекс стремени отсутствует на стороне поражения. Для дифференциальной диагностики ретролабиринтного поражения слуховых путей большое значение имеет тест распада акустического рефлекса. Таким образом, существующие методы исследования слуха позволяют ориентироваться в выраженности тугоухости, ее характере и локализации поражения слухового анализатора. Принятая *международная классификация степеней тугоухости* основана на усредненных значениях порогов восприятия звуков на речевых частотах.

Степень тугоухости	Среднее значение порогов слышимости на речевых частотах (дБ)
I	26-40
II	41-55
III	56-70
IV	71-90
Глухота	≥91

В широком смысле **нейросенсорная (звукоспринимающая, перцептивная) тугоухость** — это поражение различных отделов слухового анализатора — от кохлеарных рецепторов до слуховой зоны коры большого мозга. Нейросенсорная тугоухость наблюдается почти у 3/1 всехстрадающих расстройством слуха больных. В зависимости от уровня поражения слухового анализатора различают кохлеарную (рецепторная, периферическая), ретрокохлеарную (поражение спирального узла или преддверноулиткового нерва) и центральную (стволовая, подкорковая и корковая) тугоухость. У больного может наблюдаться смешанная тугоухость, когда сочетается нарушение звукопроводения и звукосприятия, т.е. имеет место одновременно и кондуктивная, и нейросенсорная тугоухость. В этих случаях важно установить преобладание той или иной формы тугоухости и определить причинно следственные отношения между ними. Для практических целей важно также разграничение видов нейросенсорной тугоухости на:

- внезапную (с начала возникновения прошло не более 12 ч);
- острую (до 1 мес);
- хроническую (более 1 мес).

Этиология. Причины нейросенсорной тугоухости разнообразны, однако чаще всего это инфекционные заболевания, расстройство кровообращения в сосудах, питающих внутреннее ухо, интоксикации, воспаление в среднем и во внутреннем (лабиринтит) ухе, травма. Причиной нейросенсорной тугоухости являются также возрастные изменения слухового анализатора, невринома преддверно-улиткового нерва, аллергия, общесоматические заболевания и т.д. Среди *инфекционных заболеваний*, при которых развивается тяжелое поражение слуха, следует отметить прежде всего вирусные инфекции: грипп, паротит, корь,

краснуха, герпетическое поражение. Затем следуют менингококковый менингит (эпидемический цереброспинальный менингит), скарлатина, тифы, сифилис. При инфекционном поражении изменения локализуются преимущественно в рецепторных клетках внутреннего уха и преддверно-улитковом (VIII) нерве. Различные виды инфекции отличаются своеобразием патологических изменений. Так, вирус гриппа характеризуется вазо- и нейротропностью. Инфекция распространяется гематогенно, поражаются волосковые клетки и кровеносные сосуды внутреннего уха, нередко развивается буллезно-геморрагический или гнойный средний отит. Также преимущественно в улитке и стволе преддверно-улиткового нерва локализуется поражение при опоясывающем герпесе (*herpes zoster*), при этом нередко в процесс вовлекается и вестибулярный отдел лабиринта. При эпидемическом паротите развивается одно- или двусторонний лабиринтит с поражением сосудов внутреннего уха, в результате наступают выраженная тугоухость или глухота и выпадение вестибулярной возбудимости. Нейросенсорная тугоухость *дисциркуляторного генеза* чаще связана с нарушением кровообращения в сосудах вертебробазиллярной системы, поскольку питание улитки осуществляется из бассейна передней нижней мозжечковой артерии, отходящей от базилярной или позвоночной артерии. Спазм, тромбообразование или геморрагический инсульт может развиваться в результате сердечнососудистой патологии, при обменных нарушениях, на фоне повышенной агрегации тромбоцитов и гиперкоагуляции и т.д. *Интоксикационное поражение* слухового анализатора является причиной нейросенсорной тугоухости примерно у 20 % больных. Повреждающее воздействие на слуховой анализатор оказывают различные лекарственные препараты: в первую очередь *ототоксичные антибиотики* (стрептомицин, гентамицин, мономицин, неомицин, канамицин, тобрамицин, амикацин, нетилмицин), цитостатики (эндоксан, цисплатин и др.), хинини его производные, "петлевые" диуретики (лазикс, бринальдикс, урегит), производные ацетилсалициловой кислоты. Причиной поражения слухового анализатора могут быть бытовые (никотин, алкоголь) и промышленные (бензин, ртуть, мышьяки др.) токсичные вещества. Следует отметить, что ототоксический эффект проявляется в первую очередь у больных с нарушением функции печени и почек, а также у детей первых лет жизни и у лиц пожилого и старческого возраста. Довольно часто нейросенсорная тугоухость развивается *при воспалительном процессе в среднем ухе*. Это объясняется тем, что анатомическая связь среднего и внутреннего уха, общность лимфоотока и кровоснабжения обуславливают соответствующую реакцию лабиринта на воспаление в среднем ухе. Временная тугоухость может возникнуть при остром среднем отите или обострении хронического за счет интоксикации внутреннего уха; при этом поражается преимущественно основной завиток улитки. Адгезивный процесс, рубцы в области окон вряд ли приводят к нарушению гидродинамики и кровообращения во внутреннем ухе, что в свою очередь ведет к ослаблению раздражения нейроэпителлия вследствие изменения условий проведения к нему звуковых колебаний. При отосклерозе нейросенсорные расстройства могут возникать как результат распространения отосклеротического процесса во внутреннее ухо и как следствие воздействия токсичных продуктов начувствительные образования улитки. Разнообразные *травматические воздействия* (механическая, аку-, вибро-, баротравма, воздушная контузия) также могут быть причиной нейросенсорной тугоухости. При механической травме может возникнуть перелом основания черепа с трещиной пирамиды височной кости, при этом повреждается преддверно-улитковый нерв. Интенсивный шум и вибрация при длительном воздействии могут привести к поражению рецепторов прежде всего в основном завитке улитки. Сочетанное воздействие обоих факторов дает неблагоприятный эффект в 2,5 раза чаще, чем один шум или вибрация. *Возрастная тугоухость (пресбиакузис)* развивается как следствие дегенеративных и атрофических процессов в улитке спиральном узле, в улитковых ядрах, а также в слуховой зоне коры большого мозга. Большую роль в развитии процессов возрастной инволюции играют атеросклеротические изменения сосудов, в частности в спиральной связке. Возрастные изменения слуха начинаются уже с 30-летнего возраста, но быстро прогрессируют после 50 лет. При всем многообразии причин нейросенсорной тугоухости в патогенезе ее ведущую роль играют нарушения микроциркуляции вплоть до капиллярного стаза, что

приводит к ишемии и нарушению питания чувствительных клеток и других нервных элементов, а также к развитию в них дегенеративных изменений. При интоксикационном поражении, в частности лекарственном, на первый план выступают дегенеративные изменения клеток спирального органа. Было показано, что ототоксичные антибиотики избирательно накапливаются в эндо- и перилимфе. Они действуют на составляющие соединительной ткани (кислые гликозаминогликаны), о чем свидетельствуют экспериментальные исследования Б.М. Сагаловича и соавт. "Петлевые" диуретики (этакриновая кислота, фуросемид) нарушают проницаемость клеточных мембран, и потому сочетание в лечебной практике ототоксичных антибиотиков и диуретиков вызывает особенно выраженные и, как правило, необратимые поражения нейросенсорных структур внутреннего уха.

Клиника. При нейросенсорной тугоухости типичны жалобы больного на снижение слуха и субъективный шум в ушах различной высоты и интенсивности. В некоторых случаях к этим жалобам присоединяются головокружение и расстройство равновесия. Шум при нейросенсорной тугоухости обычно высокочастотный (писк, свист, звон и др.), иногда он очень беспокоит больного и становится его основной жалобой. Снижение слуха может наступить внезапно, среди полного здоровья, без каких-либо предвестников в виде заложенности и шума. Происходит неожиданная, или точнее мгновенная, потеря слуха и тогда говорят о *внезапной нейросенсорной тугоухости*. Принято считать, что ее развитие происходит в течение 12 ч и связано с вирусной инфекцией. Если же снижение слуха происходит в сроки до одного месяца, то заболевание обозначается как *острая нейросенсорная тугоухость*. Для нее характерно постепенное развитие, когда больной сначала отмечает ощущение заложенности уха, которое может пройти и повторяться в течение некоторого периода времени, прежде чем разовьется стойкое снижение слуха. Нередко пациент отмечает появление сначала шума в ушах, а затем присоединяется тугоухость. Выделяют также *прогрессирующую тугоухость*, когда на фоне имевшегося уже ранее снижения слуха оно по ряду причин начинает прогрессировать. В последнее время появились исследования, свидетельствующие о вирусной природе внезапной нейросенсорной тугоухости. Эта форма тугоухости является прогностически более благоприятной по сравнению с острой нейросенсорной тугоухостью и при патогенетически направленном лечении у $\frac{3}{4}$ больных позволяет добиться полного восстановления слуха или значительного его улучшения. Все указанные выше формы нейросенсорной тугоухости (внезапная, острая и прогрессирующая) следует своевременно выявлять с целью ранней госпитализации больного в стационар и проведения полноценного лечения. Недопустимо лечение больного с выявленной ургентной патологией в амбулаторных условиях, так как очень быстро тугоухость может перейти в глухоту — полное отсутствие способности восприятия звуков.

Диагностика. В диагностике нейросенсорной тугоухости важную роль играет тщательно собранный анамнез и клинические данные. В топической диагностике ведущее значение имеют методы аудиометрического исследования. При камертональном исследовании отмечается укорочение времени восприятия преимущественно высокочастотных камертонов на стороне хуже слышащего уха при исследовании как воздушной, так и костной проводимости. Опыты Ринне, Федеричи, Желле, Бинга положительны, наблюдается латерализация звука в опыте Вебера в лучше слышащее ухо. При отоскопии барабанная перепонка не изменена, подвижность ее нормальная. Вентиляционная функция слуховой трубы не нарушена, после продувания ушей улучшение слуха не отмечается. При тональной пороговой аудиометрии тональные пороги воздушной и костной проводимости повышены, параллельны друг другу и не имеют костновоздушного интервала. В зависимости от уровня порогов восприятия речевых частот (500—4000 Гц) определяют тугоухость различной степени выраженности. Нарушение функции улитки или ствола нерва имеет различные характерные признаки. Локализация патологического процесса в улитке проявляется преимущественным нарушением восприятия высоких тонов. При прогрессировании процесса диапазон поражаемых частот расширяется, захватывая почти всю тоншкалу. Для ототоксической и возрастной тугоухости характерен нисходящий тип аудиологической кривой с преимущественным нарушением восприятия высоких частот. Иногда наблюдается выпадение восприятия отдельных частот, так как сенсорные клетки имеют

пространственное распределение на протяжении улиткового протока. Характерным для кохлеарной формы тугоухости (поражение рецепторов спирального органа) является выявление при надпороговой аудиометрии феномена ускоренного нарастания громкости (ФУНГ). Он отсутствует при поражении ствола преддверно-улиткового нерва (ретрокохлеарная тугоухость) и это важно для дифференциальной диагностики. Однако иногда при невриноме преддверно-улиткового нерва — доброкачественной опухоли, растущей из шванновской оболочки нерва, — может наблюдаться положительный ФУНГ. Это происходит, когда невринома, достигнув определенного размера, сдавливает артерию лабиринта, питающую структуры внутреннего уха. Лечение нейросенсорной тугоухости имеет особенности при внезапной, острой и хронической прогрессирующей формах заболевания. При внезапной и острой нейросенсорной тугоухости лечение должно быть начато как можно раньше, в период обратимых изменений нервной ткани. Пациенты, у которых диагностирована внезапная или острая нейросенсорная тугоухость, подлежат экстренной госпитализации. Лечение должно быть направлено в первую очередь на устранение или нейтрализацию причин заболевания. При тугоухости инфекционной природы воздействуют главным образом на процесс воспаления, включая источник и пути проникновения инфекции. С этой целью назначают неототоксичные антибиотики: пенициллин по 1 000 000 ЕД внутримышечно 4 раза в день; рулид по 0,15 г внутрь 2 раза в день; верцеф по 0,375 г внутрь 2 раза в сутки. Лечение токсических форм тугоухости включает в первую очередь проведение мероприятий по прекращению поступления токсинов и срочному выведению их из организма. В первые 3 дня назначают реополиглюкин или гемодез по 250 мл внутривенно капельно; наряду с детоксикационным и дегидратационным действием эти препараты обладают также свойствами уменьшать вязкость крови, улучшать капиллярное кровообращение. Некоторые авторы сразу после введения этих препаратов назначают также внутривенно капельно 500 мл 0,9 % раствора хлорида натрия с добавлением в него 60 мг преднизолона, 5 мл 5 % аскорбиновой кислоты, 4 мл солкосерила, 50 мг кокарбоксылазы, 10 мл панангина. Этиотропным средством при токсической нейросенсорной тугоухости является антидот унитиол, который вводят внутримышечно (из расчета 1 мл 5 % раствора на 10 кг массы тела больного) в сочетании с витаминами группы В (милльгамма). В 1-е сутки унитиол вводят 3 раза, на 2-е — 2 раза, в последующие 7 дней — по 1—2 раза. Если причина острой тугоухости не установлена, то ее рассматривают чаще всего как тугоухость сосудистого генеза. Для улучшения кровоснабжения внутреннего уха назначают ежедневно 2 % раствор трентала по 5 мл внутривенно капельно в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы. С этой же целью применяют кавинтон, стугерон, вазобрал. Для улучшения общей церебральной гемодинамики используют парентерально эуфиллин, папаверин, дибазол, никошпан, спазмолитин, компламин. По показаниям применяют противовоспалительные неспецифические средства, кортикостероиды. Для улучшения синаптической передачи используют прозерин, галантамин в инъекциях и с помощью электрофореза. Патогенетическая терапия включает также средства, обеспечивающие улучшение и восстановление обменных процессов и регенерацию нервной ткани. С целью нормализации метаболизма нейронов при гипоксии и ишемии назначают предуктал (по 0,02 г внутрь 3 раза в сутки во время еды), милдронат (по 0,25 г в капсулах для приема внутрь 3 раза в сутки). Препараты метаболического действия (ноотропил, солкосерил, церебролизин) оказывают положительное влияние на обменные процессы и кровоснабжение мозга, усиливают кровоток в ишемизированных его участках. К безлекарственным методам лечения нейросенсорной тугоухости относятся гипербарическая оксигенация, лазерное воздействие, стимуляция переменными токами, квантовая гемотерапия, плазмаферез, иглорефлексотерапия, гомеопатические средства, методика трансплантации эмбриональных тканей человека и др. С целью уменьшения ушного шума применяют интрамеатальные или заушные новокаиновые (или лидокаиновые) блокады, различные методы иглорефлексотерапии. Для купирования вестибулярной симптоматики, сопровождающей слуховые нарушения, используют антагонист Н-рецепторов внутреннего уха бетасерк. Одним из эффективных методов лечения сосудистых и ототоксических нейросенсорных расстройств являются методы эндаурального

фармакофизического воздействия: эндауральный фонофорез, фоноэлектрофорез, суперфонофорез.

Слухопротезирование — улучшение слуха с использованием слуховых аппаратов. Показанием для слухопротезирования являются двусторонняя тугоухость или глухота на одно ухо и снижение слуха на другое, затрудняющие речевое общение. При повышении порогов восприятия речевых частот (500—4000 Гц) на 40 дБ и более больному индивидуально подбирают слуховой аппарат, усиливающий внешние звуки. Слуховые аппараты — это электроакустические устройства, предназначенные для приема звуковых сигналов, их преобразования, усиления и передачи человеку. Аппарат обычно снабжен регулятором громкости и телефоном — костным или воздушным. Используют различные виды слуховых аппаратов: заушные в очковой оправе или без нее, карманные и внутриушные (рис. 5.49). Современные миниатюрные слуховые аппараты выполнены в виде ушного вкладыша. Внутриушные аппараты обеспечивают акустическое усиление в 20—30 дБ, заушные — 40—75 дБ, карманные — 50—80 дБ. Эффективность слухопротезирования зависит от технического совершенства слухового аппарата (наличие или отсутствие автоматической регуляции громкости и ограничения частотного спектра звуков, типа источника питания и время его непрерывной работы, габариты и масса, наличие устройства для подключения к телефонному аппарату и т.д.). Аппарат подбирается индивидуально в специальных слухопротезных пунктах врачом-сурдологом. После подбора слухового аппарата пациент проходит обучение у сурдопедагога, при этом больной адаптируется к условиям восприятия окружающих звуков через слуховой аппарат. Наибольший положительный эффект слухопротезирования бывает у лиц с кондуктивной тугоухостью, меньший — при нейросенсорной тугоухости. При нейросенсорной тугоухости более 80 дБ, а также при наличии выраженного ФУНГ эффективность слухопротезирования резко снижается, так как у больного при этом оказывается значительно сужен динамический диапазон слухового поля. При данной форме тугоухости между порогом ощущений звука и порогом дискомфорта очень маленький разрыв. Усиление звука при этом ограничивается пределом переносимости, за которым дальнейшее усиление вызывает боль, неприятное ощущение, а с ним и ухудшение разборчивости. Социальная глухота — это потеря тонального слуха на уровне 80 дБ и более, когда человек не воспринимает крик ушной раковины и становится невозможным общение с окружающими. Если слуховой аппарат неэффективен, а общение затруднено, затруднено или невозможно, человека обучают чтению с губ и контакту с людьми с помощью мимики и жестов. Одной из отличительных черт тугоухости является тесная связь ее с возникновением речевых расстройств, поскольку слух и речь представляют собой единый процесс в речевом общении людей. Если у ребенка врожденная глухота или она развилась в период, когда он еще не начал говорить, то ребенок является глухонемым. Дефекты слуха у детей следует выявлять как можно раньше, до трехлетнего возраста, тогда реабилитация слуха и речи происходит более успешно. Для выявления тугоухости и глухоты в раннем детском возрасте используют прежде всего объективные методы — импедансную аудиометрию, регистрацию слуховых вызванных потенциалов, отоакустическую эмиссию. В последние десятилетия разрабатывается и внедряется в практику новый метод слуховой реабилитации больных с тяжелой степенью тугоухости и глухотой периферического типа — **кохлеарная имплантация**. Это хирургический метод протезирования улитки с целью восстановления утраченной функции восприятия и переработки звуковой информации периферическим отделом слухового анализатора. Звуковой сигнал перерабатывается в электрические импульсы с последующей стимуляцией улитковой части преддверно-улиткового нерва через электроды, введенные в барабанную лестницу улитки. Воспринимаемый микрофоном звук передается по кабелю к голосовому процессору. Здесь голосовой сигнал смешивается с имеющейся в памяти информацией о пациенте и преобразуется для формирования радиосигнала, который по кабелю передается к радиопередатчику. Сигнал посылается в виде радиоволн на датчик имплантата. Информация воспринимается и приводит к раздражению пары электродов. Тем самым электрически активизируется нерв и пациент получает звуковое раздражение. Показанием к кохлеарной

имплантации является глухота, обусловленная поражением волосковых клеток спирального органа. При поражении спирального узла и улиткового корешка преддверно-улиткового нерва кохлеарная имплантация мало перспективна. Кохлеарный имплантат состоит из наружной и имплантируемой частей. Наружная — это микрофон, речевой процессор и передатчик. Микрофон воспринимает и передает сигналы речевой процессору, который крепится на одежде пациента. Здесь осуществляется преобразование речевого сигнала в электрические импульсы, которые по проводу передаются на передатчик, фиксируемый за ухом пациента. Передатчик по радиоканалу передает информацию на приемник. Имплантируемая часть включает в себя приемник и цепочку электродов — до 22. Приемник имплантируется под кожу в углубление, сделанное в височной кости, а цепочка электродов вводится в барабанную перепонку на глубину до 30 мм через отверстие около окна улитки. Имплантируемая часть не имеет никаких внешних размеров, питание ее и передача информации происходят по радиоканалу. Преобразование звукового сигнала в электрические импульсы производится с использованием различных методов кодирования, при этом решается задача максимального приближения картины электрической стимуляции к частотной, амплитудной и временной структуре речи. После протезирования некоторые пациенты быстро начинают воспринимать живую речь, однако большинство нуждается в длительных занятиях с сурдопедагогом.

должен знать установить диагноз следующих

- нейросенсорная тугоухость
- глухота
- слухопротезирование
- показания к кохлеарной имплантации
- противопоказания к кохлеарной имплантации
- виды слуховых аппаратов
- основы подбора слуховых аппаратов
- реабилитацию после кохлеарной имплантации

должен уметь проводить

- импедансометрия;
- регистрация отоакустической эмиссии;
- регистрация коротколатентных вызванных потенциалов;
- лечение нейросенсорной тугоухости

Фониатрия - 144ч

Общие вопросы фониатрии. Связь фониатрии с другими дисциплинами. Влияние биологических факторов на формирование голоса. Изменение голоса в зависимости от возраста. **Акустический анализ вокальной речи.** Особенности спектра вокальных гласных у детей. Спектр вокальных гласных и слуховая функция. Типы певческих голосов. Физиология голосообразования. Формирование речи. Свойства певческого и разговорного голоса. Возрастная эволюция голосовой функции. **Методы функционального исследования голосового аппарата** Различные виды дисфоний; функциональные, на почве патологических изменений в нервно-мышечном аппарате гортани, после эндоларингеальных вмешательств, резекций гортани по поводу злокачественных опухолей, ларингэктомий, реконструктивных операций на гортани, патологических процессов в продолговатом мозге, промежуточном мозге, кортикальных центрах. Дифференциальная диагностика. Методы лечения. Основы вокальной фонопедии. Гигиена певческого голоса. Гигиена речевого голоса. **Физио- и аэрозольтерапия в фониатрии.** Физиолечение заболеваний голосового аппарата, функциональных дисфоний, органических дисфоний. Аэрозольтерапия заболеваний голосового аппарата, функциональных дисфоний и органических дисфоний. **Диспансерное наблюдение и экспертиза трудоспособности**

профессионалов голоса. Диспансерное наблюдение профессионалов голоса, больных с функциональными дисфониями, наблюдение больных с органическими дисфониями. Экспертиза трудоспособности профессионалов голоса. Определение временной нетрудоспособности, неполной потери трудоспособности, полной потери трудоспособности. Вопросы трудоустройства. Важное место в исследовании гортани занимает ларингостробоскопия. Метод основан на осмотре гортани в прерывистом свете, что позволяет видеть отдельные колебания голосовых складок. Впервые в России стробоскопия была применена для исследования гортани Д. И. Кошлаковым (1884) и Н.П. Симановским (1911). В дальнейшем этот метод получил распространение в фониатрии, где требуется тонкое исследование голосовой функции. Создание электронного стробоскопа позволило использовать метод в повседневной врачебной практике. При проведении стробоскопии обращают внимание на вид колебаний голосовых складок (продольные, поперечные, волнообразные и смешанные), амплитуду колебаний, скорость колебаний. Описаны стробоскопические картины, характерные для различных патологических состояний гортани (дисфония, доброкачественные, предопухольевые и инфильтративные процессы). Разработана методика, предусматривающая использование операционного микроскопа в комбинации с электронным стробоскопом, - микроларингостробоскопия. Импульсную лампу стробоскопа помещают на место обычной лампы накаливания микроскопа. В режиме непрерывного (постоянного) свечения лампы стробоскопа микроскоп можно использовать как обычный операционный. Достижением медицинской техники последних лет является разработка фиброларингоскопии. Благодаря тому что гибкий конец фиброскопа может поворачиваться на 270° , все отделы гортани становятся доступны осмотру. Исследование проводят под местной поверхностной анестезией. Фиброларингоскопия позволяет произвести прицельную биопсию и выполнить высококачественные эндифотografie гортани. Кроме стробоскопии, разработаны и другие функциональные методы исследования гортани. Благодаря успехам электроакустики возможен точный анализ всех физиологических характеристик человеческого голоса - акустический анализ голоса. При этом обращают внимание на основную частоту, интенсивность, спектрографический анализ звуков. Результаты электроакустического анализа голоса используют с диагностической целью, они являются документальным подтверждением эффективности лечения. Электромиография наружных мышц гортани позволяет изучить их биоэлектрическую активность, диагностировать функциональные расстройства голосового аппарата у лиц голосовых профессий, особенно ранние формы дисфонии, не выявляемые клинически, а также ранние стадии рака гортани. Биопотенциалы отводят с помощью двух пар накожных металлических электродов от шеи пациента с обеих сторон. Для проведения электромиографии используют двух-канальный катодный осциллограф, например ОБ-2, в полосе пропускаемых частот от 2,8 до 500 имп/с. Электромиографическое исследование внутренних мышц гортани осуществляют путем отведения биопотенциалов с помощью погружных биполярных игольчатых электродов, присоединяемых к усилителям с большим коэффициентом усиления и широкой полосой пропускаемых частот. Электроды вводят непосредственно в мышцу. Электроглоттография - объективный метод изучения макро- и микроструктуры колебательных движений гортани и голосовых складок. Она позволяет определить типы установочной активности гортани, находящейся в прямой зависимости от состояния нервно-мышечного тонуса и эмоционального состояния обследуемого, а также виды функциональных колебаний гортани. Результаты данного исследования относительно сравнимы с данными рентгено- и томографии, кино- и фотоларингостробоскопии, электромиографии. Исследование функции внешнего дыхания позволяет установить уровень обструкции дыхания на том или ином отрезке дыхательных путей, определить степень этой недостаточности, характер взаимозависимости, взаимообусловленности факторов нарушения внешнего дыхания, преобладание одного из них в этиологии легочной недостаточности. Особое место среди методов исследования гортани занимает рентгенодиагностика. В оториноларингологической клинике используют обычную рентгенографию и томографию в переднезадней и боковой проекциях, контрастирование, ксерорадиографию и ксеротомографию

.Томография - обязательный компонент рентгенологического обследования больных, у которых предполагают наличие опухоли гортани или имеется хронический стеноз гортани и трахеи. Томография позволяет получить фронтальные снимки гортани, при изучении которых можно определить состояние надгортанника, черпалонадгортанных, преддверных и голосовых складок, гортанных желудочков, подскладкового пространства, а также шейного отдела трахеи. В последние годы сравнительно широко стали использовать электрорентгенографию и электротомографию гортани. Для этого используют селеновые пластины, которые заряжают в специальном аппарате. После экспонирования на обычном рентгеновском аппарате изображение переносят на бумагу и закрепляют. Компьютерную томографию, которую широко используют при изучении различных органов и систем, еще мало применяют в диагностике заболеваний гортани. Преимуществом компьютерной томографии перед другими методами получения изображения области гортани является возможность установить взаимоотношения структур на поперечном сечении, точнее определить глубину поражения хряща, идентифицировать сосуды и мышцы.

Гортань участвует в дыхательной, защитной, голосовой и речевой функциях.

Дыхательная функция. Количество воздуха, поступающего в нижние дыхательные пути, регулируется посредством расширения и сужения голосовой щели с помощью нервно-мышечного аппарата гортани. При входе сокращается задняя перстнечерпаловидная мышца, расширяющая голосовую щель. Дыхательный центр находится в продолговатом мозге и связан с блуждающим нервом, который осуществляет иннервацию гортани. М. В. Сергиевский (1953) показал, что проходящий через гортань воздух играет роль раздражителя рецепторного аппарата этого органа, вызывающего рефлекторное изменение ритма и глубины дыхательных движений. При раздражении рецепторов гортани и трахеи возникают импульсы, идущие к дыхательным мышцам, в первую очередь к межреберным и диафрагме, что также оказывает влияние на состояние голосовой щели. Гортань, регулируя функцию внешнего дыхания, влияет на наполнение альвеол воздухом, диффузию в них газов, кровенаполнение полостей сердца.

Защитная функция. При глотании надгортанник и другие элементы преддверия гортани прикрывают вход в нее и тем самым изолируют дыхательные пути от пищеводных. При каждом глотательном движении изменяется положение гортани: она движется снизу вверх и сзади наперед, в результате чего вход в гортань оказывается выше пищевого комка, который проходит по ее боковым поверхностям и через грушевидные карманы попадает в пищевод, а не в дыхательные пути. Язык при этом надавливает на надгортанник, который отклоняется назад и закрывает вход в гортань, а вестибулярные и голосовые складки смыкаются.

Разделительная функция филогенетически, очевидно, самая древняя функция гортани. Из нее развился и другой защитный механизм: спазм входа в гортань и голосовой щели при поступлении с вдыхаемым воздухом инородных тел и вредных примесей. Важным защитным механизмом гортани является также рефлекторный кашель (форсированный выдох), который, как и откашливание, способствует эвакуации наружу твердых, жидких и газообразных частиц. Барьерную функцию выполняют мерцательной эпителий, лимфаденоидная ткань гортани, а также слизь, обладающая бактерицидными свойствами.

Голосообразовательная (фонаторная) функция. Гортань напоминает язычковый духовой инструмент, причем длина и форма голосовых складок может изменяться. Образование звуков происходит на выдохе при смыкании голосовых складок. Не воздух колеблет голосовые складки, а они, ритмически сокращаясь, придают воздушной струе колебательный характер. Колебание голосовых складок - причина образования звуков. В этом процессе принимает участие весь дыхательный аппарат - от легких до носа: легкие, бронхи и трахея выполняют роль мехов, а глотка, полости носа и рта - резонаторов. Голосовые складки колеблются благодаря воздействию на них голосовых мышц, которые сокращаются под влиянием ритмических импульсов, поступающих из центров головного мозга со звуковой частотой. Это согласуется с нейро-хронаксической теорией образования голоса, предложенной французским исследователем R. Husson. Его теория возникла в противовес ранее существовавшей миоэластической теории фонации, согласно которой голосовые складки колеблются пассивно как упругие перепонки при прохождении между их сомкнутыми краями тока воздуха, создаваемого дыхательным аппаратом. Однако

нейрохро-наксическая теория, хотя и является в настоящее время ведущей, не может объяснить некоторых явлений. Так, передача раздражений высокой частоты (1000-2000 Гц) к голосовым складкам не может быть обеспечена только описанным выше путем ввиду наличия рефрактерной фазы нерва. При этом лабильность нерва не превышает 400-500 Гц. Однако «связочный» звук совершенно не похож на звуки живого голоса. Свой естественный тембр голос приобретает лишь благодаря системе резонаторов, т. е. складывается из основного тона и обертонов. Роль резонаторов выполняют воздухоносные полости, важнейшими из которых являются глотка, носовая и ротовая полости. Речевая функция. В гортани образуется основной звук, речь же формируется в «надставной» трубе и становится возможной вследствие артикуляционных движений губ, мягкого неба, языка, нижней челюсти, гортани. Каждому гласному звуку соответствует особое положение органов резонаторных полостей—мягкого неба, языка, губ и т.д. Согласные звуки образуются оттого, что на пути выдыхаемого воздуха отдельные части ротовой полости смыкаются и воздушная струя, прорываясь через эти препятствия, воспроизводит звук. Индивидуальные особенности в работе артикуляционного аппарата, зависящие от его анатомических особенностей, обуславливают особый, индивидуальный характер разговорной речи у каждого человека. Деятельность голосообразующего и артикуляционного аппаратов находится под регулирующим влиянием коры головного мозга. Речь формируется благодаря функционированию слухового анализатора и составляет деятельность второй сигнальной системы. В связи с этим частотный диапазон голоса укладывается в частотный диапазон слухового восприятия, составляя его часть. Так, если диапазон воспринимаемых человеком передающихся через воздух звуков охватывает область от 16 до 20 000 Гц, то диапазон звуков, применяемых в пении, приблизительно находится в интервале от 64 до 1356 Гц. Голос характеризуется силой, высотой и тембром. Сила голоса определяется мощностью выдыхаемого воздуха, степенью напряжения голосовых складок, амплитудой их колебаний. Высота голоса характеризуется количеством колебаний голосовых складок в одну секунду, которое зависит от длины, упругости и толщины последних. Тембр определяет окраску голоса (теплоту, мягкость, благозвучность). Он формируется за счет призвуков, или гармоник, образующихся в резонаторах. В вокале различают постоянные и меняющиеся резонаторы. К постоянным относятся полости глотки, рта и носа, которые составляют так называемую надставную трубу. Меняющиеся резонаторы - это эмоции, под влиянием которых изменяется голос во время разговора или пения. Тембр голоса имеет возрастные особенности. Певческий голос. Различают дискантовые и альтовые детские певческие голоса: дискант - высокий детский голос, альт - низкий (выше тенора). Длина гортани у мальчиков и у девочек до 3 лет одинакова. Просвет ее у детей воронкообразный, у взрослых цилиндрический. Отмечается выраженный рост гортани в возрасте 5-7 лет и в период полового созревания: у девочек в 13-14 лет, у мальчиков в 14-16 лет. Это период наиболее интенсивного роста гортани: у мальчиков она увеличивается на 60%, а у девочек на 50%; отмечаются физиологическая гиперемия гортани и «беспричинная» охриплость. В конечном итоге такой физиологический процесс влечет за собой изменение голоса так называемую мутацию. В результате мутации изменяются тембр, сила и высота голоса: дискант может стать тенором, альт - баритоном или басом. Во время мутации у мальчиков голос понижается на октаву, у девочек -на два тона. Примером того, как в результате мутации изменяется голос, может служить итальянский певец Робертино Лоретти. Гортань-гормонально-зависимый орган, о чем свидетельствуют те изменения, которые происходят в ней в период полового созревания и климактерическом периоде. На фонаторную функцию гортани оказывают влияние гормоны щитовидной и половых желез, надпочечников и гипофиза. При нарушении гормональной сферы изменяются тонус гортанных мышц и функциональные свойства гортани, прежде всего фонаторная функция. У мужчин различают три типа певческого голоса: тенор, баритон и бас. Тенор - высокий голос: длина голосовых складок 15-17 мм, количество их колебаний в секунду 122-580. Баритон-голос средней высоты: длина голосовых складок 18-21 мм, количество колебаний 96-426 в секунду. Бас-низкий голос: длина голосовых складок 23-25 мм, количество колебаний 81-325 в секунду. Тенор может быть лирическим, драматическим (пиано дается с

трудом, но сильно звучит на верхах и низах) и легким, баритон и бас-низким и высоким. У женщин различают: сопрано (драматическое, лирическое и колоратурное)-высокий голос: длина голосовых складок 10-12 мм, количество их колебаний 258-1304 в секунду; меццо-сопрано-голос средней высоты: длина голосовых складок 12-14 мм, 217-1034 колебания в секунду; контральто-низкий голос: длина голосовых складок 13-15 мм, 145-690 колебаний в секунду. В приведенной классификации невозможно было учесть все без исключения разновидности голоса, учитывая возможности, тесситуру и тембровые характеристики голоса исполнителей. Всегда были и будут исполнители с «промежуточными голосами», кстати, очень качественными. Диапазон разговорного голоса равен одной октаве, певческого - двум октавам, однако встречаются певческие голоса и большего диапазона-до четырех октав. В механике воспроизведения звуков и *формировании речи* участвуют все отделы дыхательного аппарата: 1) легкие, бронхи и трахея (*нижний резонатор*); 2) голосовой аппарат гортани; 3) полость рта, глотки, носа и околоносовых пазух, в которых происходит резонирование звука и которые могут изменять свою форму движениями нижней челюсти, губ, неба и щек (*верхний резонатор*). Для образования звука голосовая щель должна быть закрыта. Под напором воздуха из нижнего резонатора голосовая щель открывается за счет эластичности и упругости голосовых складок. Благодаря этим силам после растяжения и отклонения кверху наступает фаза возврата и голосовая щель вновь смыкается, затем цикл повторяется. При этом происходит вибрация струи воздуха над голосовыми складками и одновременно вибрируют сами голосовые складки. Они совершают колебательные движения в поперечном направлении, кнутри и кнаружи, перпендикулярно к струе выдыхаемого воздуха. Частота колебательных движений голосовых складок соответствует высоте издаваемого тона, т.е. создается звук. Желая произнести звук определенной высоты, человек, сокращая определенным образом гортанные мышцы, рефлекторно придает голосовым складкам необходимую длину и напряжение, а верхним резонаторам — определенную форму. Схема колебания голосовых складок похожа на вибрацию стальной пластинки в виде линейки, у которой один конец зажат, а другой свободен. Если отклонить и отпустить ее свободный конец, то она будет колебаться и издавать звук. В гортани та же схема, только вызывающая колебания сила (давление воздуха в трахее) действует произвольно долго. Все это относится к нормальному образованию звука — *грудному регистру*. Название это происходит от того, что при произнесении звука можно рукой ощутить дрожание передней стенки грудной клетки. В отличие от этого при *фальцете* голосовая щель не полностью закрывается, остается узкая щель, через которую с усилием проходит воздух, приводя в колебательные движения лишь края сближенных между собой складок. Таким образом, если при грудном регистре голосовые складки напряжены, утолщены и сомкнуты, то при фальцете они представляются плоскими, сильно растянутыми и несомкнутыми полностью. Поэтому при фальцете звук высокий, но слабее грудного. Среди заболеваний нервного аппарата гортани различают: • чувствительные; • двигательные расстройства. В зависимости от локализации основного процесса расстройства иннервации гортани могут быть центрального или периферического происхождения, а по характеру — функциональными или органическими. *Расстройства чувствительности гортани* могут вызываться центральными (корковыми) и периферическими причинами. Центральные нарушения, вызванные, как правило, нарушением соотношения процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, носят двусторонний характер. В основе нарушения чувствительной иннервации гортани лежат нервно-психические заболевания (истерия, неврастения, функциональные неврозы и др.). Истерия, по И.П. Павлову, является результатом срыва высшей нервной деятельности у людей с недостаточной слаженностью работы сигнальных систем, выражающегося в преобладании деятельности первой сигнальной системы и подкорки над деятельностью второй сигнальной системы. У легковнушаемых лиц нарушение функции гортани, возникшее под влиянием нервного потрясения, испуга, может зафиксироваться, и эти расстройства принимают длительный характер. Нарушение чувствительности проявляется *гипестезией* (понижением чувствительности) различной выраженности, вплоть до *анестезии*, или *гиперестезией* (повышенной чувствительностью) и *парестезией* (извращенной

чувствительностью). *Гипестезия* или *анестезия* гортани чаще наблюдается при травматических повреждениях гортани или верхнего гортанного нерва, при хирургических вмешательствах на органах шеи, при дифтерии, при анаэробной инфекции. Понижение чувствительности гортани обычно вызывает незначительные субъективные ощущения в виде першения, неловкости в гортани, дисфонии. Однако на фоне понижения чувствительности рефлексогенных зон гортани возникает опасность попадания кусочков пищи и жидкости в дыхательные пути и как следствие этого — развитие аспирационной пневмонии, нарушение внешнего дыхания, вплоть до асфиксии. *Гиперестезия* может быть различной выраженности и сопровождается болезненным ощущением при дыхании и разговоре, нередко возникает потребность отхаркивания слизи. При гиперестезии затрудняется осмотр ротоглотки и гортани из-за выраженного рвотного рефлекса. *Парестезия* выражается самыми разнообразными ощущениями в виде покалывания, жжения, ощущения инородного тела в гортани, спазма и т.д. **Диагностика.** Основывается на данных анамнеза, жалобах больного и ларингоскопической картине. В диагностике можно применить метод оценки чувствительности гортани при зондировании: касание слизистой оболочки стенки гортаноглотки зондиком с ватой вызывает соответствующую ответную реакцию. Наряду с этим необходима консультация невропатолога, психотерапевта. **Лечение.** Проводят его совместно с невропатологом. Поскольку в основе расстройств чувствительности лежат нарушения центральной нервной системы, лечебные мероприятия направлены на их ликвидацию. Назначают седативную терапию, хвойные ванны, витаминотерапию, санаторно-курортное лечение. В некоторых случаях эффективны новокаиновые блокады как в области нервных узлов, так и по ходу проводящих путей. Из физиотерапевтических средств при периферических поражениях назначают внутри- и внегортанную гальванизацию, иглорефлексотерапию, гомеопатические средства. **Двигательные расстройства гортани** проявляются в виде частичного (парезы) либо полного (параличи) выпадения ее функций. Такие нарушения могут возникнуть в результате воспалительного и регенеративного процесса как в мышцах гортани, так и в гортанных нервах. Они могут быть *центрального* и *периферического* происхождения. Различают *миогенные* и *неврогенные парезы* и *параличи*. **Параличи центрального** (коркового) происхождения развиваются при черепно-мозговых травмах, внутримозговых кровоизлияниях, множественном склерозе, сифилисе и т.д.; могут быть одно- или двустороннего характера. Параличи центрального происхождения чаще связаны с поражением продолговатого мозга и сочетаются с параличом мягкого неба. **Клиника.** Характеризуется расстройствами речи, иногда нарушением дыхания и судорогами. **Двигательные расстройства центрального происхождения** развиваются часто в последней стадии тяжелых мозговых нарушений, на излечение которых трудно рассчитывать. **Диагностика.** Основывается на характерных симптомах основного заболевания. При непрямой ларингоскопии наблюдается нарушение подвижности одной или обеих половин гортани. **Лечение.** Направлено на устранение основного заболевания. Местные расстройства в виде затруднения дыхания иногда требуют хирургического вмешательства (производят трахеостомию). В некоторых случаях возможно применение физиопроцедур в виде электрофореза лекарственных препаратов и электростимуляции мышц гортани. Благоприятное действие оказывает климатическое и фонопедическое лечение. **Периферические параличи гортани**, как правило, односторонние и обусловлены нарушением иннервации мышц гортанными, в основном возвратными, нервами, что объясняется топографией этих нервов, соседством со многими органами шеи и грудной полости, заболевания которых могут вызывать нарушения функции нерва. Паралич мышц, иннервируемых возвратными гортанными нервами, обусловлен чаще всего опухолями пищевода или средостения, увеличенными окологортанными и средостенными лимфатическими узлами, сифилисом, Рубцовыми изменениями в области верхушки легкого. Причинами поражения возвратного нерва могут быть также аневризма дуги аорты для левого нерва и аневризма правой подключичной артерии для правого возвратного гортанного нерва, а также хирургические вмешательства. Наиболее часто поражается левый возвратный гортанный нерв. При дифтерийных невритах параличи гортани сопровождаются параличом мягкого неба. **Клиника.** Охриплость и слабость голоса

различной выраженности являются характерными функциональными симптомами параличей гортани. При двустороннем поражении возвратных гортанных нервов наблюдается нарушение дыхания, в то время как голос остается звучным. В детском возрасте возникает поперхивание после приема пищи, связанное с потерей защитного рефлекса гортани. При ларингоскопии определяются характерные нарушения подвижности черпаловидных хрящей и голосовых складок в зависимости от степени двигательных расстройств. В начальной стадии одностороннего пареза мышц, иннервируемых возвратным гортанным нервом, голосовая складка бывает несколько укороченной, но сохраняет ограниченную подвижность, отходя при вдохе от средней линии. В следующей стадии голосовая складка на стороне поражения становится неподвижной и фиксируется в срединном положении, занимает так называемое трупное положение. В дальнейшем появляется компенсация со стороны противоположной голосовой складки, которая заходит за среднюю линию и приближается к голосовой складке противоположной стороны, что сохраняет звучный голос с небольшой охрипкостью.

Диагностика. При нарушении иннервации гортани необходимо выявить причину заболевания. Проводят рентгенологическое исследование и компьютерную томографию органов грудной клетки. Для исключения сифилитического неврита необходимо исследовать кровь по Вассерману. Паралич голосовой складки, сопровождающийся спонтанным ротаторным нистагмом на одной стороне, свидетельствует о поражении ядер продолговатого мозга.

Лечение. При двигательных параличах гортани в первую очередь проводят лечение основного заболевания. При параличах воспалительной этиологии проводят противовоспалительную терапию, физиотерапевтические процедуры. При токсических невритах, например при сифилисе, проводят специфическую терапию. Стойкие нарушения подвижности гортани, вызванные опухолями или рубцовыми процессами, лечат оперативно. Эффективны пластические операции — удаление одной голосовой складки, иссечение голосовых складок и др.

Миопатические параличи обусловлены поражением мышц гортани. При этом поражаются преимущественно констрикторы гортани. Наиболее часто наблюдается паралич голосовой мышцы. При двустороннем параличе этих мышц во время фонации между складками образуется овальной формы щель. Паралич поперечной черпаловидной мышцы ларингоскопически характеризуется образованием в задней трети голосовой щели пространства треугольной формы за счет того, что при параличе этой мышцы тела черпаловидных хрящей не сближаются полностью по средней линии. Поражение латеральных перстнечерпаловидных мышц приводит к тому, что голосовая щель приобретает форму ромба.

Диагностика. Основывается на данных анамнеза и ларингоскопической картине.

Лечение. Направлено на устранение причины, вызвавшей паралич гортанных мышц. Местно применяют физиотерапевтические процедуры (электролечение), иглорефлексотерапию, пищевой и голосовой режим. Для повышения тонуса мышц гортани эффект оказывают фарадизация и вибромассаж. Хороший эффект дает фонопедическое лечение, при котором с помощью специальных звуковых и дыхательных упражнений восстанавливаются или улучшаются речевая и дыхательная функции гортани.

Ларингоспазм. Судорожное сужение голосовой щели, в котором участвуют почти все мышцы гортани — ларингоспазм, встречается чаще в детском возрасте. Причиной ларингоспазма является гипокальциемия, недостаток витамина D, при этом содержание кальция в крови снижается до 1,4—1,7 ммоль/л вместо нормального — 2,4—2,8 ммоль/л. Ларингоспазм может быть истероидного характера.

Клиника. Ларингоспазм обычно возникает внезапно после сильного кашля, испуга. Вначале отмечается шумный, неровный длительный вдох, сменяющийся прерывистым поверхностным дыханием. Голова ребенка запрокинута назад, глаза широко раскрыты, мышцы шеи напряжены, кожные покровы цианотичны. Могут появляться судороги конечностей, мышц лица. Через 10—20 с дыхательный рефлекс восстанавливается. В редких случаях приступ кончается смертью вследствие остановки сердечной деятельности. В связи с повышенной мышечной возбудимостью производство оперативных вмешательств — аденотомии, вскрытия заглоточного абсцесса и др., у таких детей сопряжено с опасными осложнениями.

Диагностика. Спазм голосовой щели распознается на основании клиники

приступа и отсутствия каких-либо изменений в гортани в межприступном периоде. В момент приступа при прямой ларингоскопии можно видеть свернутый надгортанник, черпалонадгортанные складки сходятся по средней линии, черпаловидные хрящи сближены и вывернуты. Лечение. Ларингоспазм может быть ликвидирован каким-либо сильным раздражителем тройничного нерва — укол, щипок, надавливание на корень языка шпателем, опрыскивание лица холодной водой и др. При длительном спазме благоприятно внутривенное введение 0,5 % раствора новокаина. В угрожающих случаях следует прибегнуть к трахеотомии или коникотомии. В послеприступном периоде назначают общеукрепляющую терапию, препараты кальция, витамина D, пребывание на свежем воздухе. С возрастом (обычно к 5 годам) эти явления ликвидируются.

должен знать

- клиническую анатомию гортани
- теории голосообразования
- мутацию голоса
- методы исследования головного аппарата
- функциональные и органические заболевания голосового аппарата

должен уметь проводить

- диагностировать функциональные и органические заболевания голосового аппарата
- диагностировать органические заболевания голосового аппарата
- непрямую ларингоскопию
- стробоскопию
- чтение КТ, МРТ гортань
- вливание в гортань
- паратрахеальные блокады

Рекомендуемая литература

1. Альтман Я.А., Тваркиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. М., 2003.
2. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология. Москва, 2005.
3. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. Москва, 1990.
4. Бессараб Т.П. Аспекты ВИЧ- инфекции и СПИДа в оториноларингологии. ВОРЛ, 2007, № 1, с 32-40
5. Богомильский М.Р. Чистякова Г.Н. Детская оториноларингология. В 2-х томах. М., 2005.
6. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Национальное руководство. Москва, 2008.
7. Булл Т.Р. Атлас ЛОР заболеваний. 2007.
8. Вахидов Н.Х., Хасанов С.А. Болаларда уткир ларинготрахеит. Ташкент, 2007.
9. Говорун М.И., Гофман В.Р., Парфенов В.Е. Кохлеопатии. М, 2003.
10. Говорун М.И., Горохов А. Повреждения ЛОР – органов и шеи в мирное и военное время. М., 2010.
11. Град Г. Эндоскопическая диагностика и хирургия при заболеваниях ОНП и передней части основания черепа. Австрия. 2001.
12. Дайхес Н.А. и со авт. Клиническая патология гортани. Руководство –атлас. 2009.
13. Джафек Х.Д. Секреты оториноларингологии. М, 2006.
14. Дмитренко И. Атлас клинической анатомии. Оториноларингология. 1998.
15. Зарубин М. Лечение болезней ЛОР - органов. 2007.
16. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. Хирургические повреждения трахеи и гортани. 2007.
17. Зеликович Е.И. Фаллопиев канал и КТ-диагностика периферических парезов лицевого нерва. ВОРЛ, 2003, № 5, с 32-40
18. Козлов А.В., Калина В.О, Гамбург Ю. Л. Опухоли ЛОР- органов. Москва, 1980.
19. Красильникова С. Лечение заболеваний уха, лечение и профилактика. Москва, 2005.

20. Круглов А.В. Кохлеарная имплантация. ВОРЛ, 2003, № 6, с 29-31
21. Крюков А., Лучихин Л., Пальчун В.П. Воспалительные заболевания глотки. Ск.-Петербург, 2006.
22. Ланцов А.А и соавт. Проблемы кохлеарной имплантации. Новости оториноларингологии и логопатологии. 1998, № 4(16), с 3-9
23. Лучихин Л.А. Справочник болезней уха, горла и носа. М.,2009.
24. Маматова Т.Ш. и со авт. Болезнь Менъера. Метод.рекомендации Ташкент, 2009.
25. Мартов В. Лекарственные средства в оториноларингологии. М., 2009.
26. Накатис Я., Говорун., Бабияк В. Оториноларингология. В 2-х томах. 2009.
27. Овчинников Ю.М., Морозова С.В. Оториноларингология. М., 2002.
28. Овчинников Ю.М. Справочник по оториноларингологии. М.,2007.
29. Омонов Ш. , Хасанов С.А. Хронический гнойный средний отит у детей. Ташкент,2008.
30. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство. Москва, 2008.
31. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А. ЛОР болезни. Учиться на чужих ошибках. М.,2009.
32. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Физиологическая и патофизиологическая роль перегородки носа. Росс.ринология, 2003, № 4, с 6-8.
33. Пискунов Г.З. Лекарственные препараты в ЛОР практике. М, 2005
34. Пискунов Г.З и соавт. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. Курск, 2003.
35. Пискунов С.З., Пискунов И. С., Лудин А.М. Изолированные поражения клиновидной пазухи. Курск, 2004.
36. Пискунов И.С., Завьялов Ф.Н., Пискунов В.С., Кузнецов М.В. Диагностика и лечение риносинусогенных осложнений. Курск, 2004.
37. Пискунов Г.З, Пискунов С.Г. Клиническая ринология. Москва, 2006.
38. Пискунов Г.З, Пискунов С.Г. Руководство по ринологии. М, 2011.
39. Плужников В.С. Заболевания наружного уха. М., 2000.
40. Погосов В.С. Атлас оперативной оториноларингологии. М., 2009.
41. Рудольф Пробст, РерхартГреверст, Генрих Ипо. Оториноларинго-логия в клинической практике. 2012.
42. Сергеев М.М., Ланцов В.Д., Воронин В.Ф. Руководство по поликлинической оториноларингологии. М.,1999.
43. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М., 2000.
44. Страчиева О.В. Клиническая анатомия уха. Москва, 2004
45. Сухоруков В.П. Трахеостомия. Современные технологии. 2006.
46. Тарасов Д.И., Фёдорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. Москва, 1988.
47. ТомассинДж.М. Атлас по оториноларингологии. В 3-х томах. 2002.
48. Ходжаева К.А., Воробьёва А. Практическая оториноларингология. Ташкент, 2004
49. Шадиев Х.Д. Хлыстов Ю.А. Практическая оториноларингология. Руководство для врачей. Москва, 2002.
50. Шадиев П, Шадиев Х, Ульянов Ю. Хронический гнойный средний отит. Москва, 2008.
51. Шустер М.А. и соавт. Неотложная помощь в оториноларингологии. Москва, 1989.
52. Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана, Ташкент.
53. Вестник оториноларингологии, Москва.
54. Журнал теоретической и клинической медицины, Ташкент.
55. Медицинский журнал Узбекистана, Ташкент.
56. Медицинский экспресс
57. Российская оториноларингология, Санкт-Петербург.

58. Российская ринология, Москва.
59. Стоматология, Ташкент.
60. Сборники научных трудов, конференций, съездов, конгрессов
61. www.lorvrach.ru.
62. www.lor.ru.
63. www.medinks.ru.
64. www.lornii.ru.

Раздел №7 ОФТАЛЬМОЛОГИЯ 36 часов

Цель формирование знаний в области этиологии, патогенеза, клиники и лечения офтальмологической патологии сочетающейся с ЛОР патологией

Задачи

- ознакомить с вопросами развития нормальной анатомии, физиологии органа зрения у детей и взрослых;
- ознакомить с видами функциональных и клинических методов исследования органа зрения у детей и взрослых, применяемые на современном этапе;
- ознакомить с клиникой, диагностикой и принципами лечения заболеваний органа зрения, орбиты, слезных органов у детей и взрослых;

Типовой учебный план по разделу офтальмология 36 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год	
			всего	Теоретические	Практические		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Офтальмология		36						36	
1	Анатомо-физиологические особенности органа зрения и его придаточного аппарата, слезного аппарата. Методы определения остроты зрения.		12							
2	Заболевания вспомогательных органов глаза и глазницы		24							

Содержание раздела офтальмология

Анатомо-физиологические особенности органа зрения и его придаточного аппарата, слезного аппарата. Методы определения остроты зрения – 12 часов. Анатомия органа зрения. Двигательная и чувствительная иннервация глаза и его вспомогательных органов. Форма и размеры глазного яблока. Глазодвигательный нерв, топография деление на ветви. Ресничный узел. Парасимпатические и симпатические ветви ресничного узла. Блоковой нерв. Особенности расположения самых тонких нервов (вызывает удвоение предметов). Влияние тройничного нерва на глазное яблоко (носоресничный нерв). *Анатомия придаточного аппарата органа зрения.* Анатомия орбиты (форма, размеры, стенки, фасции, жировое тело, кровеносные сосуды и нервы орбиты). Анатомия век (функция, слои, свободный край, особенности кровоснабжения и иннервации). Анатомия конъюнктивы. Анатомия мышц орбиты, глазного яблока, век. Мышца, поднимающая верхнее веко. Анатомия слезного аппарата. Слезная железа, её топография, строение, кровоснабжение, иннервация. Значение слезного аппарата для нормального функционирования глаза. Субъективные, объективные, контрольные *методы определения остроты зрения.* Субъективные, объективные, контрольные методы определения поля зрения. Статическая компьютерная периметрия. Определение характера зрения, корреспонденции сетчаток, фузионной способности, функциональной скотомы. Методика проведения электроретинографии. Методика проведения электроокулографии. Нормальная кривая электроокулографии. Показания к электроокулографии. Оценка арденского коэффициента. Электроокулография. Экспресс-зрительный вызванный потенциал. С-ЭРГ. С-

ЗВП. Минимальный объём электроретинографии в соответствии со стандартом Международного общества клинической электрофизиологии в офтальмологии.

Заболевания вспомогательных органов глаза и глазницы – 24 часов. *Заболевания век.* Общая семиотика и классификация заболеваний век. Врожденные заболевания век. Птоз. Опухоли век. Диагностика. Лечение. Наиболее распространенные заболевания век. Диагностика. Вопросы этиопатогенеза. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. *Этиология, патогенез, клиника, лечение воспалительных заболеваний век.* Воспалительные заболевания век. Фурункул, абсцесс. Флегмона. Рожистое воспаление. Дифтерия. Простой герпес. Опоясывающий лишай. Аллергические заболевания. Блефарохалазис. Заболевания реберного края. Болезненные состояния ресниц. Ячмень века. Изменения положения век, заворот выворот, виды. Заболевания мейбомиевых желез. *Травмы век.* Общая семиотика и классификация травм век. Тупые травмы век: гематомы, эмфиземы, травматический птоз. Ранения век: без и с повреждением реберного края, отрыв века, травматическая ампутация век. Тактика хирургической реабилитации пациентов с повреждениями век. Первичная хирургическая обработка ран век. Устранение травматического птоза. Блефаропластика. *Заболевания конъюнктивы.* Общая семиотика. Острые инфекционные и бактериальные конъюнктивиты. Вирусные конъюнктивиты. Трахома. Неинфекционные конъюнктивиты. Синдром Шегрена. Аллергический конъюнктивит. Дистрофические заболевания конъюнктивы. Опухоли конъюнктивы. Биомикроскопия конъюнктивы. Цитологическое исследование соскоба конъюнктивы. *Заболевания слезных путей.* Общая семиотика. Специальные методы исследования. Острое воспаление слезной железы. Хроническое воспаление слезной железы. Опухоли и кисты слезной железы. Синдром Шегрена. Заболевания слезных точек и канальцев. Заболевания слезного мешка и слезно-носового канала. Хронический дакриоцистит. Опухоли слезного мешка. Слезотечение при изменениях в полости носа. Медико-социальная реабилитация при заболеваниях слезных органов. Проба Ширмера. Капиллярная и канальцевая проба. Носовая проба. Зондирование слезных канальцев. Промывание слезных путей. Рентгенография слезных путей. *Травмы слезных путей.* Механические повреждения слезных путей. Уровни повреждения слезных путей. Клиника. Диагностика. Лечение. Химические повреждения слезных путей. Клиника. Диагностика. Лечение. Медико-социальная реабилитация при повреждениях слезных органов. *Заболевания глазницы.* Гранулемы орбиты. Опухоли орбиты. Вторичные и метастатические опухоли. Бластомы глазницы. Лечение больных с опухолями орбиты: хирургические, лучевая и химиотерапия. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Сосудистые заболевания орбиты. Специальные виды исследования глазницы. Компьютерная томография. Ангиография. Эхография. Радиоизотопное исследование. Диагностическая орбитотомия. *Травмы глазницы.* Ранения глазницы. Рентген-диагностика повреждений костных стенок и инородных тел орбиты. Компьютерная томография орбит. Тактика лечения и показания к хирургическому вмешательству при травмах орбиты. Контузии глазницы, клиника, диагностика, осложнения, тактика лечения и показания к орбитотомии. *Этиология, патогенез, клиника, лечение воспалительных заболеваний орбиты.* Этиология, патогенез, клиника, лечение воспалительных заболеваний орбиты. Симптоматология. Специальные виды исследования орбиты. Бактериальные заболевания орбиты. Флегмона. Грибковые заболевания орбиты. Паразитарные поражения орбиты.

должен знать

- анатомо-физиологические особенности органа зрения
- анатомо-физиологические особенности придаточного аппарата глаза, слезного аппарата.
- анатомо-топографические связи органа зрения с ЛОР органами
- методы определения остроты зрения

должен уметь

- проводить обследование и определять лечебную тактику при заболеваниях век, конъюнктивы, слезных органов:

- фурункуле, абсцессе, флегмоне век.
- ячмене века.
- первичная хирургическая обработка ран век.
- острые инфекционные и бактериальные конъюнктивиты.
- аллергический конъюнктивит.
- слезотечение при изменениях в полости носа.
- носовая проба.
- определять основные симптомы при поражении тканей орбиты различной этиологии:
- ранения глазницы
- рентген-диагностику повреждений костных стенок и инородных тел орбиты
- флегмону орбиты
- тромбоза кавернозного синуса
- оказывать экстренную первую (догоспитальную) офтальмологическую помощь при ургентных состояниях (при травмах органа зрения, острых нарушениях кровообращения в сосудах глаза, острой потере зрения, острой офтальмогипертензии и пр.)

Рекомендуемая литература

1. Астахов Ю.С. и др. Глазные болезни. СПб., 2004.
2. Атлас глазных болезней / под редакцией Н.А.Пучковской/, М., 1981.
3. Бровкина А.Ф. Руководство по офтальмоонкологии. М., 2001.
4. Бровкина А.Ф., Пачес А.И. Болезни орбиты. М., 1995.
5. Ванштейн Е.С. Основы рентгенодиагностики в офтальмологии. М., 1967.
6. Глазные болезни / под редакцией В. Г. Копаевой/, М., 2003.
7. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М.. Травмы глаза. М., Медицина, 1986.
8. Коровенков Р.И.. Глазные симптомы, синдромы, болезни (справочник). СПб., 1999.
9. Петров С.Ю. Анатомия глаза и его придаточного аппарата, М., 2003 г.
10. Сёмина Е.А.. Синдром ретробульбарного неврита. М.: Издат., 1994.
11. Сомов Е.Е.. Клиническая анатомия органа зрения. – М., 2005.
12. Федоров С.Н. и др. Глазные болезни, учебник, М., 2000.

Раздел №8 ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ 72 часов

Цель обучение основам теории и практики челюстно-лицевой патологии, способности квалифицированному решению вопросов диагностики, лечения сочетанной патологии ЛОР органов и челюстно-лицевой области

Задачи

- своевременная диагностика, оказание экстренной помощи при неотложных состояниях челюстно-лицевой патологии;
- оказание консультативной помощи больным челюстно-лицевой патологии;

Типовой учебный план по разделу челюстно-лицевая хирургия 72 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам				
			Часы	Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год	
				всего	Теоретические	Практические		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	Челюстно-лицевая хирургия		72						72		
1	Одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области в амбулаторной практике		36								
2	Травматические повреждения лицевого скелета в амбулаторной практике		36								

Содержание тем раздела

Одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области в амбулаторной практике – 36 часов. Современная классификация гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика острых одонтогенных периоститов челюстей, особенности течения на верхней и нижней челюсти. Планирование лечения при сохранении и без сохранения причинного зуба. Особенности предоперационной подготовки причинного зуба, обоснование анестезии. Варианты проведения ПХО при периоститах верхней и нижней челюсти с вестибулярной и оральной поверхности, вертикальные, горизонтальные рассечения десны. Изучаются схемы общего лечения одонтогенных периоститов в разные фазы воспалительного процесса. Остеомиелиты челюстей. Современная классификация. Этиология и патогенез. Методики первичной хирургической обработки гнойного очага при острых одонтогенных остеомиелитах. Схемы лечения острых одонтогенных остеомиелитов в разные фазы воспалительного процесса. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей, остеорадионекроз. Клиника, диагностика. Планирование лечения, медикаментозная терапия, методики хирургического лечения хронического одонтогенного остеомиелита челюстей, сроки проведения секвестрэктомии, послеоперационное ведение раны. Абсцессы, флегмоны челюстно-лицевой области, воспалительные заболевания слюнных желез, воспаление верхнечелюстной пазухи, артриты ВНЧС, специфические воспалительные заболевания. Этиология, патогенез, особенности клинической картины. Диагностика, микробиологическое исследование, комплексное лечение на догоспитальном и послегоспитальном этапах лечения. Одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, планирование лечения, медикаментозное и хирургическое лечение. Гнойные лимфадениты челюстно-лицевой области. Диагностика, хирургическое и медикаментозное лечение. Особенности первичной хирургической обработки,

диагностическая пункция, общее и местное медикаментозное лечение. Хронические лимфадениты, дифференциальная диагностика лимфоаденопатий челюстно-лицевой области. Экспертная оценка временной утраты трудоспособности.

Травматические повреждения лицевого скелета в амбулаторной практике - 36 часов. Классификация травм челюстно-лицевой области: травмы мягких тканей, костей лицевого скелета, периферических нервов, слюнных желез и их выводных протоков, ВНЧС. Общие вопросы диагностики, травматический шок. Этапы хирургической обработки ран мягких тканей челюстно-лицевой области. Устранение дефектов мягких тканей при травмах. Особенности огнестрельных ранений в челюстно-лицевой области. Морфология раневого канала, этапы первичной хирургической обработки на амбулаторном этапе. Осложнения при травмах мягких тканей челюстно-лицевой области и их профилактика. Классификация травматических переломов нижней челюсти, основные и дополнительные методы исследований, особенности клинической картины в зависимости от локализации перелома в различных отделах нижней челюсти. Ортопедические методы лечения с помощью назубных лигатур, назубных проволочных и пластмассовых шин, комбинированных шин на амбулаторном приеме. Переломы верхней челюсти по Ле Фор 1,2,3. Диагностика ликвореи, неврологическая симптоматика, проведение лучевой диагностики, транспортная иммобилизация.

должен знать

- основные вопросы этиологии и патогенеза заболеваний челюстно-лицевой области
- виды клинической патологии челюстно-лицевой области, методы ее исследования;
- современные методы лечения воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области;

должен уметь

- проводить обследование и дифференциальную диагностику пациентов с патологией челюстно-лицевой области;
- острых одонтогенных периоститов челюстей
- хронического одонтогенного остеомиелита челюстей, остеорадионекроз.
- абсцессы, флегмоны челюстно-лицевой области,
- воспалительные заболевания слюнных желез,
- воспаление верхнечелюстной пазухи,
- артриты ВНЧС,
- одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области
- Выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях челюстно-лицевой области:
- травмы мягких тканей, костей лицевого скелета, периферических нервов, слюнных желез и их выводных протоков, ВНЧС.
- осложнения при травмах мягких тканей челюстно-лицевой области
- травматических переломов нижней челюсти,
- переломы верхней челюсти

Рекомендуемая литература

1. Бельченко, В.А. Черепно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / В.А.Бельченко. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 340 с.
2. Бернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И.Бернадский. – Витебск: Белмедкніга, 1998. – 404 с.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Под ред. В.Н. Балина. – С.-Пб., 1999.
4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шок/ под ред. А.Г.Шаргородского. М.: Медицина . 1985- 250 с.

5. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / В.К.Леонтьев, А.Ф.Несин — М.: ОАО Стоматология, 2001. — 271 с
6. Муковозов, И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. — М.: МЕДпресс, 2002. — 224 с.
7. Походенько-Чудакова, И.О. Руководство по традиционным и современным способам и методам рефлексотерапевтических воздействий при болезнях челюстно-лицевой области / И.О.Походенько-Чудакова, О.П.Чудаков. — Мн.: Асобныдах, 2003. — 352 с.
8. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия 2002
9. Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 128 с.
10. Рузин, Г.П. Основы технологий операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П.Рузин, М.П.Бурых. — Харьков, 2000. — С.269–273.
11. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. — М.: Медицина, 2000. — В 2 т. — 520 с.
12. Тимофеев, А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А.Тимофеев. — Киев, 2002. — 946 с.

Раздел №9 НЕВРОЛОГИЯ 72 часов

Цель – ознакомить с основами диагностики и лечения часто встречающихся неврологических заболеваний в ЛОР практике.

Задачи

- обучение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных с заболеваниями нервной системы;
- ознакомление с методиками исследования неврологического статуса, интерпретацией дополнительных методов исследования;

Типовой учебный план по разделу неврология 72 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Часы	Аудиторные занятия(часы)		Само Подготовка	1 год		2 год	
				всего	Теоретические		Практические	1	2	3
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Неврология		72						72	
1	Методы исследования нервной системы. Координация движений и ее расстройств		12							
2	Симптомы и синдромы поражения ствола мозга и черепных нервов.		18							
3	Высшие мозговые функции и их расстройства. Синдромы поражения отдельных долей головного мозга и полушарий		24							
4	Инфекционные заболевания нервной системы.		18							

Содержание раздела неврология

Методы исследования нервной системы. Координация движений и ее расстройств – 12 часов. Нейровизуализационные методы исследования: КТ и МРТ головы, КТ и МРТ позвоночника, ПЭТ, ОФЭТ. Электроэнцефалография. Электромиография и электронейромиография. Эхоэнцефалоскопия. Вызванные потенциалы нервной системы. Магнитная стимуляция головного мозга с определением вызванных двигательных ответов. Биопсия мышц и нервов. Лабораторные методы исследования крови, мочи, цереброспинальной жидкости. Методология построения неврологического диагноза: топический и нозологический диагнозы. Анатомо-физиологические характеристики мозжечка и вестибулярной системы, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Клинические и инструментальные методы исследования координации движений. Симптомы и синдромы поражения мозжечка, вестибулярной системы и их связей: атаксия, диссинергия, нистагм, мышечная гипотония. Атаксии: мозжечковая, вестибулярная, лобная, сенситивная. Патофизиология и фармакология и фармакологические методы коррекции.

Симптомы и синдромы поражения ствола мозга и черепных нервов – 18 часов.Строение ствола головного мозга (продолговатого мозга, моста и среднего мозга).Черепные нервы: анатомо-физиологические характеристики, клинические методы исследования и симптомы поражения. I пара – обонятельный нерв и обонятельная система; симптомы и синдромы поражения. II пара - зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения зрительной системы на разных уровнях (сетчатка, зрительный нерв, перекрест, зрительный тракт, зрительный бугор, зрительная лучистость, кора). Нейроофтальмологические и параклинические методы исследования зрительной системы (исследование глазного дна, зрительные вызванные потенциалы). III, IV, V пары – глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения; медиальный продольный пучок и межъядерная офтальмоплегия; регуляция взора, корковый и стволовый парез взора; окуло-цефалический рефлекс; зрачковый рефлекс и признаки его поражения; виды и причины анизокории; синдром Аргайла Робертсона, синдром Эйди. VI пара – тройничный нерв, синдромы расстройств чувствительности (периферический, ядерный, столовый и полушарный); нарушения жевания. VII пара – лицевой нерв, центральный и периферический парез мимической мускулатуры, клиника поражения лицевого нерва на разных уровнях. Вкус и его расстройства. VIII пара – преддверно-улитковый нерв, слуховая и вестибулярная системы; роль вестибулярного аппарата в регуляции координации движений, равновесия и позы; признаки поражения на разных уровнях; нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия, синдром Меньера, доброкачественное позиционное головокружение. Отоневрологические методы исследования вестибулярной функции. IX и X пары – языкоглоточный и блуждающий нерв, вегетативные функции блуждающего нерва; признаки поражения. XI пара – добавочный нерв, признаки поражения. XII пара – подъязычный нерв, признаки поражения; центральный и периферический парез мышц языка. Синдромы поражения ствола мозга на различных уровнях, альтернирующие синдромы, бульбарный и псевдобульбарный синдромы.

Высшие мозговые функции и их расстройства. Синдромы поражения отдельных долей головного мозга и полушарий - 24 часов.Кора больших полушарий головного мозга: принципы строения и функции, проблема локализации функций в мозге. Функциональная асимметрия полушарий мозга. Представление о системной организации психических функций. Высшие мозговые (психические) функции и методы их исследования: гнозис, праксис, речь, чтение, письмо, счет, память, внимание, интеллект и их расстройства: дислалия, афазии (моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая); апраксия (конструктивная, пространственная, идеомоторная), дисграфия, агнозии (зрительные, слуховые, обонятельные), дислексия, астереогнозис, анозогнозия, аутопагнозия; дисмнестический синдром, корсаковский синдром; деменция, олигофрения. Синдромы поражения лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.

Инфекционные заболевания нервной системы – 18 часов. Патогенез инфекционных поражений нервной системы, гематоэнцефалический барьер. Параклинические методы в диагностике инфекционных заболеваний нервной системы: ликворологические и серологические исследования, КТ и МРТ головы. Энцефалиты. Герпетический энцефалит. Клещевой энцефалит. Гриппозный параэнцефалит. Параинфекционные энцефалиты при кори, ветряной оспе, краснухе. Ревматические поражения нервной системы, малая хоррея. Менингиты. Первичный (менингококковый) и вторичные гнойные менингиты. Первичные и вторичные серозные менингиты. Туберкулезный менингит. Полиомиелит. Особенности современного течения полиомиелита, полиомиелитоподобные заболевания. Абсцесс мозга. Спинальный эпидуральный абсцесс. Опоясывающий лишай (герпес). Дифтерийная полинейропатия. Нейросифилис. Особенности современного течения нейросифилиса. Поражение нервной системы при СПИДЕ. Прионовые заболевания. Болезнь Крейтцфельда-Якоби.

должен знать

- причины возникновения патологических процессов, клиническую симптоматику часто встречающихся неврологических заболеваний, их профилактику, диагностику, лечение.
- общие и функциональные методы обследования в неврологии

должен уметь

провести дифференциальную диагностику основных неврологических заболеваний, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного:

- симптомы и синдромы поражения мозжечка, вестибулярной системы и их связей,
- симптомы и синдромы поражения ствола мозга и черепных нервов
- синдромы поражения лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.
- энцефалиты.
- менингиты
- полиомиелит.
- абсцесс мозга
- нейросифилис
- поражение нервной системы при СПИДЕ

оценивать тяжесть состояния неврологического больного, предупреждать возможные осложнения, осуществлять их профилактику с помощью методов:

- КТ и МРТ, МСКТ головы,
- КТ и МРТ позвоночника.
- Электроэнцефалография.
- Электромиография и электронейромиография.
- Эхоэнцефалоскопия.
- Спинальная пункция

Рекомендуемая литература

1. Болезни нервной системы. Руководство для врачей //Под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана. – М., 2003. – Т. 1-2.
2. Бурцев Е.М., Трошин В.Д., Трошин О.В. Основы неврологии. Руководство. – Н.Новгород, 1998. – Т. 1-3.
3. Вейнер Г., Левитт Л. Неврология. – М., 1998.
4. Виберс Д., Фейгин В., Браун Р. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям. – М., 1999.
5. Голубев В.Л. Неврологические синдромы. – М, 2006.
6. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. – М., 1999.
7. Гусев Е.И. и др. Методы исследования в неврологии и нейрохирургии. – М., 2000.
8. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. – М., 1999.
9. Неврология. /Под ред. М.Самсуэльса. – М., 1997.
10. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. – СПб., 2003

Раздел №10 ОНКОЛОГИЯ 54 часов

Цель информировать об основных видах доброкачественных и злокачественных опухолей головы и шеи, их клинической симптоматике и ранней диагностике

Задачи

- обучение основам теории и практики опухолей головы и шеи
- формулирование диагноза онкологического заболевания с учетом данных клинико-инструментального обследования в соответствии с требованиями классификации МКБ и TNM.

Типовой учебный план по разделу онкология 54 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год	
			всего	Теоретические	Практические		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Онкология		54						54	
1	Общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей головы и шеи		18							
2	Доброкачественные и злокачественные опухоли головы и шеи		36							

Содержание раздела онкология

Общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей головы и шеи – 18 часов. Топографическая и клиническая анатомия области головы и шеи в онкологическом аспекте. Анатомические области и части различных органов головы и шеи. Особенности кровообращения и лимфооттока в данной области, вероятные пути метастазирования. Анатомические отделы шеи, наиболее часто поражаемые первичными и вторичными опухолевыми процессами. Особенности и пути распространения злокачественных опухолей головы и шеи. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных органов головы и шеи; их место в структуре онкологических заболеваний. Современные представления о причинах возникновения различных опухолей головы и шеи, первичная и вторичная профилактика. Причины, предрасполагающие к развитию опухолей верхних дыхательных путей и полости рта, группы повышенного риска. Связь различных заболеваний щитовидной железы с онкопатологией данного органа, предрасполагающие факторы к развитию данных заболеваний. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли органов головы и шеи. Наиболее часто встречающиеся предраковые заболевания верхних дыхательно-пищеварительных путей, особенности их развития, клиника и оптимальные методы лечения. Гиперпластические процессы в щитовидной железе и доброкачественные опухоли данного органа: клиника, основные методы выявления и дифференциальной диагностики со злокачественными опухолями, оптимальные методы лечения. Воспалительные заболевания и доброкачественные опухоли слюнных желез: клинические проявления, основные методы выявления и дифференциальной диагностики со злокачественными опухолями, оптимальные методы лечения. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания шеи: клинические проявления, основные методы выявления и дифференциальной диагностики, оптимальные методы лечения. Современные методы обследования больных с опухолями головы

и шеи. Диагностические возможности и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики. Диагностические возможности и показания к использованию радиоизотопных методов. Диагностические возможности и показания к использованию ультразвуковых методов. Диагностические возможности и показания к использованию эндоскопических методов. Методы морфологической верификации диагноза. Современные методы лечения больных со злокачественными опухолями головы и шеи. Хирургический: основные виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания к их использованию. Различные методы физического воздействия лазерное, ультразвуковое, плазменное, криодеструкция; показания и противопоказания к их применению. Лучевая терапия: виды излучения, механизмы их действия и особенности применения при данных заболеваниях, показания и противопоказания к их использованию. Химиотерапия: различные варианты применения, основные лекарственные препараты, показания и противопоказания к их применению. Особенности комбинированного и комплексного лечения различных опухолей головы и шеи.

Доброкачественные и злокачественные опухоли головы и шеи – 36 часов. Опухоли губы, полости рта, языка, нижней челюсти, ротоглотки, глотки, гортани, гортаноглотки, полостей носа, придаточных пазух носа, верхней челюсти, щитовидной железы, слюнных желез, внеорганные опухоли шеи и опухоли уха. **Рак губы.** Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей губы, их место в структуре онкологических заболеваний; современные представления о причинах развития злокачественных опухолей губ; Современные классификации: клинические (отечественная, по системе TNM), морфологические; Клинические проявления ранних форм. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения. **Злокачественные опухоли полости рта, ротоглотки и нижней челюсти.** Заболеваемость, смертность, запущенность. Современные классификации. Клинические проявления ранних и распространенных форм. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. Современные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения. **Злокачественные опухоли полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.** Современные классификации. Клинические проявления ранних и распространенных форм. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов. **Злокачественные опухоли носоглотки.** Заболеваемость, смертность, запущенность. Современные классификации. Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации и распространения. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения. **Рак гортани и гортаноглотки.** Заболеваемость, смертность, запущенность. Современные классификации. Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации и распространения. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов. Основные ошибки в диагностике и лечении. Осложненные формы течения. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения. **Злокачественные опухоли щитовидной железы.** Заболеваемость, смертность, запущенность. Современные классификации. Частота и связь с доброкачественными изменениями данного органа и различными факторами риска. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования. Современные

принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения. **Опухоли слюнных желез.** Заболеваемость, смертность, запущенность. Особенности локализации и частота поражения. Современные классификации и факторы прогноза. Особенности клинических проявлений на ранних стадиях развития и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями слюнных желез. Оптимальные методы ранней и уточняющей диагностики и порядок их использования. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения. **Внеорганные опухоли шеи.** Заболеваемость, смертность, запущенность. Современные классификации. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

должен знать

- распространенность опухолевого процесса и установление стадии заболевания по классификации МКБ и в системе TNM.
- адекватный план лечения при опухолевом поражении ЛОР органов с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

должен уметь

- Квалифицированно осмотреть различные отделы полости рта, глотки, гортани и шеи.
- Произвести пальпаторное обследование шеи, щитовидной и слюнных желез, полости рта и глотки и носоглотки.
- Взятие биоптата для морфологической верификации диагноза (цитологической, гистологической) из опухолей полости рта, ротоглотки, увеличенных лимфатических узлов подчелюстной, затылочной и шейно-надключичных групп.
- Оценить данные лучевых методов обследования ЛОР органов.

Рекомендуемая литература

1. Раковые опухоли гортани. М.И. Светлаков. Л., "Медицина " 1964
2. Опухоли шеи. Г.М. Фалилеев. " Медицина ", 1978
3. Опухоли ЛОР - органов. А.В. Козлова, В.О. Калина, Ю.Л. Гамбург. М., " Медицина ", 1979
4. Опухоли головы и шеи. Пачес А-И., М., " Медицина ", 1983
5. Специальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей головы и шеи. Под ред. В.И. Чиссова, В.О. Ольшанского, 1991
6. Рак щитовидной железы. А.И. Пачес, Р.М. Пропп. Москва 1995
7. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. А.И. Пачес, В.О. Ольшанский, В.Л. Любаев, ТХ. Туок.
8. Опухоли головы и шеи. А.И. Пачес. М., " Медицина ", 1983, 1997

Раздел №11 ПУЛЬМАНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ 36 часов

Цель: научить клиническим основам диагностики, терапии и предупреждению пульмонологических, аллергических болезней.

Задачи

- дать современные представления о причинах, механизмах развития, лечения и профилактики заболеваний бронха - лёгочной системы, аллергических болезней
- сформировать методологические основы постановки аллергологического диагноза.

Типовой учебный план по разделу пульманология и аллергология 36 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год	
			всего	Теоретические	Практические		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Пульманология и аллергология		36						36	
1	Общая и частная пульмонология		18							
2	Общая и частная аллергология		18							

Содержание раздела пульманология и аллергология 36 часов.

Общая и частная пульмонология – 18 часов. Обследование больных с заболеваниями органов дыхания: анамнез, осмотр. Инструментальные методы обследования в пульмонологии. Этиологическая диагностика заболеваний органов дыхания. Классификация заболеваний органов дыхания. Диспансеризация пульмонологических больных. Общие принципы лечения бронхо- легочных заболеваний. Острые респираторные заболевания. Бронхит: острый, хронический. Внебольничная пневмония: современное определение, подходы к классификации внебольничной пневмонии, этиология внебольничной пневмонии. чувствительность основных возбудителей к антибактериальным препаратам, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение. Хронические обструктивные болезни легких. Бронхиальная астма: распространенность, смертность от бронхиальной астмы, социальный и экономический ущерб; этиология, факторы риска развития астмы: предрасполагающие факторы, причинные факторы, повышающие риск болезни, триггеры: факторы, вызывающее утяжеление астмы; патогенез, классификации, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика с бронхообструктивным синдромом при других заболеваниях, особые формы бронхиальной астмы, лечение и профилактика. Плевриты. **Общая и частная аллергология – 18 часов.** Взаимодействия аллергии и иммунитета. Распространенность аллергических заболеваний и их этиология. Патогенез аллергических процессов. Классификация аллергических реакций. Псевдоаллергические реакции. Принципы диагностики: аллергологический анамнез, кожные пробы, провокационные пробы, лабораторные методы исследования. Медикаментозная аллергия. Инсектная и пищевая аллергия. Этиология. Патогенез, клинические проявления. Профилактика и лечение. Анафилактический шок. Этиология, патогенез, клиника. Неотложных мероприятий. Профилактика анафилактического шока. Крапивница и отек Квинке. Классификация,

диагностика и лечение. Поллиноз. Аллергические риниты. Атопические формы бронхиальной астмы. Диагностика и дифференциальная диагностика, роль СИТ в лечении. Экзогенные аллергические альвеолиты. Классификация, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика. Общие принципы лечения аллергических заболеваний. Роль антигистаминных средств при пульмонологических заболеваниях.

должен знать

диагностику, дифференциальную диагностику часто встречающихся бронха – легочной патологии:

- острые респираторные заболевания.
- бронхит: острый, хронический.
- внебольничная пневмония
- бронхиальная астма
- плевриты

принципы аллерген-специфической иммунотерапии, иммунокорректирующей терапии

должен уметь

- получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки часто встречающихся бронха - легочных заболеваний;
- проводить спирометрию
- проводить ринопневмометрию
- производить сбор аллергологического анамнеза;
- проводить диагностику аллергических заболеваний:
 - медикаментозная аллергия.
 - инсектная и пищевая аллергия
 - анафилактический шок.
 - крапивница и отек Квинке
 - атопические формы бронхиальной астмы.
 - поллиноз
 - аллергические риниты

Рекомендуемая литература

1. Авдеев С.Н., Хроническая обструктивная болезнь легких: Карманное руководство для практических врачей.- М., Издательство Атмосфера, 2006.
2. Айсанов З.Р. и др. Хронические обструктивные болезни легких: Федеральная программа.- М.: Медицина, 2001.- 40 с.
3. Аллергология. /Под ред.Р.М.Хаитова, Н.И.Ильиной.- 2-е изд., испр. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 256 с. (серия «Клинические рекомендации»).
4. Болезни органов дыхания. / Под ред. Н.А.Палеева. - М.: Медицина, 2000.-728 с
5. Зильбер З.К. Неотложная пульмонология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 264 с.
6. Пульмонология. Клинические рекомендации / под ред. А.Г. Чучалина. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 336 с.
7. Пульмонология. Справочное руководство. /Под ред. Ю.Б. Белоусова. - М.: Ремедиум, 2006.
8. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. /Под ред. А.Г. Чучалина.– М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2004.
9. Клиническая аллергология / Под ред. Р.М. Хаитова. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 627 с.
10. Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. А.В. Караулова. М.: МИА, 2002. – 651
11. Убайдуллаев А.М. Нафас органлари касалликлари. 2004, стр.60-84.
12. Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В. Хронические обструктивные заболевания легких в Узбекистане // Фтизиопульмонология.-Алматы.-2003.-№1(3).-С.105-107.

Раздел №11 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ 72 часов

Цель – ознакомить общими и клиническими методами анестезиологии и реаниматологии

Задачи

- применение всех видов общего и местного обезболивания во всех возрастных группах;
- дифференциальная диагностика, патогенетическое и посиндромное лечение, интенсивная терапия, реанимация больных с тяжелыми заболеваниями и критическими состояниями во всех возрастных группах: острая дыхательная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения ритма сердца, коагулопатии

Типовой учебный план по разделу анестезиология и реанимация 72 часов

№	Наименование блоков и дисциплин	Общая трудоемкость Часы	Общая учебная нагрузка обучающегося				Распределение аудиторных часов по семестрам			
			Аудиторные занятия(часы)			Само Подготовка	1 год		2 год	
			всего	Теоретические	Практические		1	2	3	4
1.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Анестезиология и реанимация		72						72	
1	Общие вопросы реаниматологии и интенсивной клинической реаниматологии.		36						36	
2	Общие вопросы анестезиологии, клиническая анестезиология		36						36	

Содержание раздела анестезиология и реанимация

Общие вопросы реаниматологии и интенсивной терапии, клиническая реаниматология – 36 часов. Определение реаниматологии как раздела медицины, изучающего теорию и разрабатывающего методы восстановления жизненно важных функций организма после остановки дыхания и кровообращения, после клинической смерти, обеспечивающей клиническое замещение, управление и восстановление жизненно важных функций - лечение больных, находящихся в терминальных состояниях. Организация реаниматологической службы. Деонтологические и правовые аспекты реаниматологической службы. Показания для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и перевода больных в профильное отделение. Анатомо-топографические основы в практике реаниматологии и интенсивной терапии: особенности строения носовой полости (назотрахеальная интубация, проведение назогастрального или назоэнтерального зонда), гортани (прямая ларингоскопия, строение гортани у детей). Анатомо-топографические основы крикотиреоидотомии, трахеотомии. Строение трахеобронхиального дерева. Анатомические причины затруднения при интубации трахеи. Сосуды и сердце: доступы к магистральным сосудам конечностей. Топографические основы пункции и катетеризации центральных вен, аорты. Топография сердца (для реанимации). Нервная система: головной мозг, отделы. Спинной мозг сегменты. Оболочки и пространства головного и спинного мозга. Сплетения, магистральные нервы

конечностей. Черепно-мозговые нервы. Классификация терминальных состояний. Патологические сдвиги при терминальных состояниях. Клиническая смерть. Остановка кровообращения. Причины, предвестники, симптомы, диагностика. Виды остановки сердца, клинические признаки, диагностика. Методы сердечно-легочной реанимации на догоспитальном, и госпитальном этапах. Простейшие методы сердечно-легочной реанимации при оказании помощи одним и двумя реаниматологами. Последовательность проведения реанимационных мероприятий и методов интенсивной терапии при выведении больного из состояния клинической смерти. Массаж сердца – прямой (открытый), непрямой (закрытый), методика, показатели эффективности, осложнения. Электроимпульсная терапия: дефибрилляция, кардиоверсия, электрическая стимуляция. Показания, методика, показатели эффективности, осложнения, медикаментозная терапия. Инфузионная терапия при проведении сердечно-легочной реанимации. Зависимость лечебных мероприятий от вида остановки сердца. Клинические признаки, свидетельствующие о наступлении "мозговой смерти", биологической смерти. Показания для прекращения реанимационных мероприятий. Вопросы деонтологии при прекращении реанимации. Этические и социально- правовые проблемы, связанные с прекращением реанимации. **Клиническая реаниматология.** Этиология, патогенез, патологические и клинические признаки острой дыхательной недостаточности. Классификация, диагностические критерии. Методы реанимации и интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности (синдром частичной трахеобронхальной непроходимости, расстройство биомеханики дыхания, патологические состояния легких центрального происхождения и др.). Обеспечение и поддержание проходимости дыхательных путей. Показания к интубации трахеи и техника ее выполнения (оротрахеальная и назотрахеальная), осложнения. Чрескожная катетеризация трахеи, показания, техника проведения. Санация трахеобронхиального дерева. Микротрахеостомия. Показания и техника проведения к трахеостомии. Осложнения трахеостомии. Уход за трахеостомированным больным. Методика лечебной бронхоскопии. Ротоглоточные и носоглоточные воздуховоды. Лицевая маска и методика масочной вентиляции. Ларингеальная маска и методика её применения. Эндотрахеальные трубки. Ларингоскопы. Методика прямой ларингоскопии. Трудная интубация, прогноз и алгоритм действия. Осложнения во время ларингоскопии и интубации: неправильное положение эндотрахеальной трубки (интубация пищевода, бронха, расположение манжетки в гортани), травма дыхательных путей, физиологические реакции на манипуляции в дыхательных путях, повреждение эндотрахеальной трубки. Осложнения во время пребывания трубки в трахее: неправильное положение эндотрахеальной трубки, травма дыхательных путей, нарушение функции эндотрахеальной трубки. Показания к экстубации. Методика экстубации. Осложнения после экстубации: отек и стеноз голосовых связок, охриплость, нарушение функции глотания, аспирация ларингоспазм. Тактика при появлении этих осложнений. Состояния осложняющие интубацию трахеи (опухоль, инфекции, врожденные аномалии, инородные тела, травмы и ожоги дыхательных путей, ожирение, анатомические особенности и заболевания ведущие к неадекватному разгибанию шеи). Шок. Классификация шока по этиопатогенезу и степени тяжести. Гиповолемический шок (геморрагический, травматический, ожоговый, дегидратационный) - патология (нарушение центральной гемодинамики и микроциркуляции), клиника (стадии течения), реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Особенности реанимационных мероприятий и интенсивной терапии при синдроме длительного раздавливания, при сдавлении грудной клетки. Особенности патологии, биохимических сдвигов, реанимационных мероприятий и интенсивной терапии ожогового шока. Интенсивная терапия афибриногенемии.

Общие вопросы анестезиологии, клиническая анестезиология – 36 часов. Предмет анестезиологии. Задачи анестезиологии, Предоперационная оценка состояния больного. Анестезиологическое оборудование и мониторы. Премедикация. Препараты для проведения премедикации. Схемы премедикаций в зависимости от основной патологии, возраста, сопутствующей патологии вредных привычек. Возможные осложнения. Вводный наркоз. Показания. Схемы проведения индукции в анестезию в зависимости от основной и

сопутствующей патологии. Возможные побочные эффекты и осложнения. Ингаляционная анестезия. Недостатки и преимущества. Осложнения. Эфирный наркоз, стадии течения. Фармакодинамика и фармакокинетика. Преимущества недостатки, влияние на организм. Дозировка. Показания и противопоказания. Возможные осложнения и последствия. Сравнительная характеристика ингаляционных анестетиков. Неингаляционные анестетики, сравнительная характеристика. Недостатки и преимущества. Миорелаксанты (деполяризующие и недеполяризующие). Механизм действия. Деполяризующие: метаболизм и экскреция, механизм действия, взаимодействие с лекарственными средствами, дозировка, побочные эффекты и особенности их применения. Местная и регионарная анестезия. Клиническая фармакология местных анестетиков. Виды местной и регионарной анестезии и их характеристика. Эпидуральная, спинномозговая анестезия. Анестезия сплетений и крупных нервов. Показания и противопоказания. Возможные осложнения и их профилактика и ликвидация. **Клиническая анестезиология** (выбор метод обезболивания при различных оперативных вмешательствах) Выбор метода обезболивания и особенности анестезии у больных с сопутствующими заболеваниями (органов кровообращения, дыхания, желудочно-кишечного тракта, эндокринных органов и др.). Анестезия при нарушении AV-проводимости (особенности и проблемы). Анестезия при гипертензии (особенности, предоперационные рекомендации). Анестезия при легочной гипертензии (особенности, проблемы, рекомендации). Анестезия при сопутствующей ИБС. Анестезия при нарушениях свертывающей системы крови. Анестезия при ожирении (особенности, анестезиологические рекомендации, искусственная вентиляция). Анестезия при бронхиальной астме (особенности, премедикация, анестезия). Анестезия при сахарном диабете (инсулинозависимые и инсулиннезависимые пациенты, тактика, критерии для медикаментозного регулирования диабета инсулином). Анестезия при эпилепсии анестезиологические рекомендации. Анестезия при сопутствующей печеночной или почечной недостаточности. Анестезия при миастении. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии в в оториноларингологии, при операциях на голове и шее: операции на глотке, колото резаные ранения шеи, операции по поводу переломов челюстно-лицевой области, флегмон шеи, операции на наружном и среднем ухе).

должен знать

- общие вопросы реаниматологии и интенсивной терапии
- клиническая реаниматология
- общие вопросы анестезиологии
- методика прямой ларингоскопии
- показания к интубации трахеи
- показания к экстубации
- показания к коникотомии, трахетомии, трахеостомии
- выбор метод обезболивания при различных оперативных вмешательствах
- этиологию, патогенез, диагностику, клинику неотложных состояний

должен уметь

- оказать необходимую помощь при следующих состояниях:
 - анафилактический шок,
 - острая кровопотеря,
 - острая сердечная и дыхательная недостаточность,
 - острые интоксикации.
- проводить прямую ларингоскопию
- проводить интубацию
- лечение осложнений после экстубации: стеноз голосовых связок, охриплость, нарушение функции глотания, аспирация, ларингоспазм.
- проводить трахетомию, трахеостомию
- проводить местную аппликационную, инфильтрационную анестезию

Рекомендуемая литература

1. Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия. Справочник. Оборудование, расходные материалы, нормативные документы под ред. И.В.Молчанова и В.Е.Алексеева. М.2005
2. Анестезиология и интенсивная терапия .Справочник практикующего врача (под ред Б.Р.Гельфанда) М.И. Литтерра. 2005
3. Анестезиология. (Под ред. Акад А.А. Бунятяна, проф. В.М. Мизикова) Москва. 2011.
4. Грицук С.Ф. Клиническая анестезиология и неотложная терапия SG-ART. М.2004.
5. Мартынов А.И., Москвичев А.М., Яснецов В.В. Интенсивная терапия (пер.с англ.) М.1998.
6. Малышев В.Д. (Ред.) Интенсивная терапия. Медицина. М.2002.
7. Малышев В.Д., Свиридов С.В.(Ред.) Анестезиология и реаниматология.Медицина М.2003.
8. Михельсон В.А. Детская анестезиология и реаниматология. Медицина.М. 1985.
9. Мороз В.В., Лукач В.Н., Шифман Е.М., Долгих В.Т, Яковлева И.И. Сепсис. Клинико-патофизиологические аспекты интенсивной терапии. Руководство для врачей. Петрозаводск. 2004.С 292.
10. Неговский В.А. Основы реаниматологии Медицина. М.1997.
11. Основы анестезиологии и интенсивной терапии (в схемах и таблицах) .Пособие для врачей (под ред. Кирова М.Ю.). Издание 2-е дополненное. Архангельск. 2007.
12. Острейков И.Ф., Васильев Я.И., Пивоваров С.А. Общее обезболивание оториноларингологических операций у детей в стационаре одного дня. М.2004.
13. Сумин С.А Неотложные состояния.М.2000.
14. Сумин С.А., Руденко М.В., Бородинов И.М. Анестезиология и реаниматология, Учебное пособие в 2-х томах М.МИА.2010.

Методические рекомендации по преподаванию специальности Оториноларингология.

Последипломное профессиональное образование врачей имеет свои существенные особенности, которые откладывают свой отпечаток на всю организационную работу учебного процесса, формы и методы проведения учебных занятий.

Основными формами учебной работы являются: лекции, семинары, практические занятия, контроль и оценка знаний, анализ конкретных ситуаций, самостоятельная работа слушателей, написание рефератов

Учебная лекция – одна из форм систематических учебных занятий. На лекции выносятся наиболее сложные теоретические разделы курса. Объем лекций в часах определяется учебным планом и программой обучения.

Одной из форм систематических учебно-теоретических практических занятий является семинар, распространенной формой семинара является утренняя конференция. Проведение утренних конференций фиксируется в расписании. На семинары предпочтительно выносить более сложные разделы, требующие глубокого осмысливания и логических действий. В подготовке к семинару следует четко определить цели и задачи семинара, дать название его в строгом соответствии с учебным планом и программой предмета, составить методическую разработку семинара, содержащую порядок работы семинара, перечень вопросов для дискуссии и литературу, необходимую для предварительной проработки. При этом необходима предварительная самостоятельная работа обучающихся к семинару.

Одной из форм семинара является клинический разбор, целью которого является развитие клинического мышления, формирование дифференцированного подхода к лечению больного, умение применить свои знания на практике. Одной из форм проведения семинара является "Деловая игра". Это активная форма организации учебной работы, при которой знания, умение, навыки приобретаются путем самостоятельного решения тех или иных учебных проблем. В задачу деловой игры входят процесс выработки и принятия решения конкретной ситуации в условиях поэтапного уточнения необходимых факторов и анализа информации. Одна из форм проведения семинара – работа в "малых группах". Работа в малых группах включает в себя информационную и контролирующую функции.

Практическое занятие – одна из форм систематических учебных занятий, на которых обучающиеся приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу й дисциплины. Одной из форм практических занятий является клинический обход. Клинический обход осуществляют заведующие кафедрами, профессора и доценты кафедр. Клинический обход проводится не реже одного раза в неделю. Одной из форм практических занятий на

являются поликлинические занятия. Объем поликлинических занятий определяется учебным планом и программой обучения.

Курация больных одна из форм систематических практических учебных занятий, которая способствует более глубокому и детальному усвоению предмета, овладению необходимыми умениями и навыками, предусмотренными учебным планом и программой. Одной из форм практического занятия являются дежурства, которые являются обязательными для клинических ординаторов. Целесообразно сочетать дежурства клинических ординаторов с дежурствами преподавателей кафедры. Дежурства проводятся еженедельно

Одной из форм организации учебного процесса является самостоятельная работа обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя работу с учебной литературой и учебными пособиями, работу со справочной литературой, подготовку рефератов, научных докладов, курацию больных и др.

В процессе подготовки врача-специалистаоториноларинголога (ординатура) обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков обучающихся перед началом обучения (входной контроль). Текущий контроль знаний осуществляется в процессе изучения учебной темы. По окончании изучения каждого раздела проводится промежуточный контроль. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль, защита квалификационных работ, устный экзамен.

Тесты по разделу Нормальная физиология

Какие волокна слухового нерва проводят низкие тоны?

1. центральные (внутренние)
- +2. периферические
3. все волокна
4. не проводят низкие тоны
5. слуховой нерв

Что является периферическим рецептором звукового анализатора?

1. criculaterminalis в полукружных каналах
2. macula в мешочке преддверия
- +3. кортиева орган
4. Рейснерова мембрана /membraneReissneri/
5. водопровод улитки /aqueus cochlearis/

Где расположен периферический рецептор вестибулярного анализатора?

1. в эндолимфатическом мешке
- +2. в ампулах полукружных каналов и мешочках преддверия
3. улитке
4. в водопроводе преддверия /aqueus vestibularis/
5. в водопроводе улитки /aqueus cochlearis/

Что относится к отолитовому аппарату уха?

- +1. мешочки преддверия
2. полукружные каналы
3. кортиева орган
4. эндолимфатический мешок
5. улитка

Где расположен корковый отдел звукового анализатора?

1. в затылочной доле мозга
2. в лобной доле мозга
- +3. височной доле мозга
4. в теменной доле мозга
5. в мозжечке

Где расположен центр речи у правшей?

1. в затылочной доле мозга
2. в лобной доле мозга
3. в правой височной доле мозга
- +4. в левой височной доле мозга
5. в мозжечке

Какое раздражение вестибулярного анализатора используется при вращательной пробе?

1. сила земного притяжения
2. Сила Кариолиса
3. прямолинейное ускорение
4. центробежная сила
- +5. угловое ускорение

Какое направление нистагма при калорический пробе холодной жидкостью?

- +1. в противоположную сторону
2. в сторону исследуемого уха
3. в обе стороны
4. правое ухо
5. левое ухо

Какое направление нистагма при калорической пробе горячей жидкостью ?

1. в обе стороны
- +2. в сторону исследуемого уха
3. в противоположную сторону
4. правое ухо
5. левое ухо

Какое направление прессиорного нистагма?

1. в сторону здорового уха
2. в обе стороны
- +3. в сторону больного уха
4. правое ухо
5. левое ухо

У больного методом тональной аудиометрии обнаружено резкое повышение порога восприятия звуков в диапазоне 15000-20000 Гц. Какой диагноз более вероятен?

- повреждение всей улитки
- + повреждение части улитки
- повреждение одного из полукружных канальцев
- повреждение маточки
- повреждение мешочка

Если воздушная звуковая проводимость нарушена, а костная – нетто поражение может локализоваться в

- + среднем ухе
- улитке
- преддверии
- слуховых нервах
- височной доле коры

Тесты по разделу Оперативная хирургия с топографической анатомией

На какой стенке барабанной полости открывается барабанное устье слуховой трубы?

1. медиальной
2. верхней
- +3. передней
4. латеральной
5. нижней

Канал лицевого нерва проходит в:

- +1. задней стенке барабанной полости
2. передней стенке барабанной полости
3. верхней стенке барабанной полости
4. нижней стенке барабанной полости
5. латеральной стенке барабанной полости

На какой стенке барабанной полости располагаются лабиринтные окна?

1. верхней
2. нижней
3. латеральной
- +4. медиальной
5. задней

Где расположено носоглоточное устье слуховой трубы?

1. На боковой стенке носоглотки на уровне средней носовой раковины
2. На боковой стенке носоглотки на уровне верхней носовой раковины
- +3. На боковой стенке носоглотки на уровне нижней носовой раковины
4. На границе носоглотки и ротоглотки
5. На задней стенке носоглотки

Emissarium mastoideum имеет связь с:

1. внутренней яремной веной
2. лицевым нервом
3. антрумом
4. наружной сонной артерией
- +5. сигмовидным синусом

Отолитовый аппарат расположен в:

1. улитке
2. горизонтальном полукружном канале
3. фронтальном полукружном канале
4. сагиттальном полукружном канале
- +5. мешочках преддверия

Кортиев орган расположен в:

- +1. перепончатом отделе улитки
2. барабанной полости
3. мешочках преддверия
4. костном отделе улитки
5. полукружных каналах

Отток венозной крови от носа происходит:

- +в кавернозный синус
- в *vena jugularis interna*
- в *vena facialis anterior*
- в *vena jugularis posterior*
- в поперечный синус

Граница между дыхательной и обонятельной областями проходит:

по общему носовому ходу

+по средней раковине

по верхней раковине

по нижней раковине

по дну носовой полости

Верхнечелюстная пазуха открывается в полости носа:

+в задний отдел среднего носового хода

в нижний носовой ход

в верхний носовой ход

в передний отдел среднего носового хода

в средний отдел среднего носового хода

Лобная пазуха открывается в полости носа:

в задний отдел среднего носового хода

+в передний отдел среднего носового хода

в верхний носовой ход

в нижний носовой ход

в средний отдел среднего носового хода

Ко дну верхнечелюстной пазухи ближе всего подходят зубы:

I-й и II-й премоляры

Коренные

+ II-й премоляр, I-й моляр

латеральный резец

клык, I-й премоляр

На каком уровне расположена гортань?

2-3 шейных позвонков

6 шейного- 1 грудного позвонка

+ 4-6 шейных позвонков

2-4 шейных позвонков

3-7 шейных позвонков

В какой венозный синус твердой оболочки головного мозга возможен гематогенный перенос инфекции при фурункуле области носогубной складки?

+ sinus cavernosus

sinus sagittalis inferior

sinus sigmoideus

sinus petrosus major

sinusrectus

При переломе какой кости возникает кровотечение и ликворея из наружного слухового прохода?

+ височной

крыловидной

верхнечелюстной

затылочной

решетчатой

Назовите синус твердой оболочки головного мозга, который можно повредить при трепанации сосцевидного отростка

сагиттальный

пещеристый

+сигмовидный

большой каменистый

прямой

Назовите инструмент, используемый для расширения раны трахеи при трахеостомии

кусачки Листона
кусачки Дальгрена
+трахеорасширитель Труссо
однозубые крючки
зажим Долнотти-Вишневого

По отношению к какому анатомическому образованию различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию?

по отношению к перстневидному хрящу
по отношению к щитовидному хрящу
по отношению к подъязычной кости
+ по отношению к перешейку щитовидной железы
по отношению к кольцам трахеи - верхним, средним и нижним

Какой нерв может быть поврежден во время резекции щитовидной железы?

truncus simpaticus
nervus vagus
nervus frenicus
nervushipoglossus
+nervuslaringeusrecurens

Объясните, почему кровотечение из синусов твердой оболочки головного мозга не имеет тенденции к самопроизвольной остановке:

из-за пониженной свертываемости крови
+ из-за треугольной формы синуса
из-за повышенного давления ликвора
из-за высокого венозного давления
из-за высокого артериального давления

Тесты по разделу **Функциональные методы исследования**

Изменения ЭКГ, характерные для синусовой тахикардии

- Удлинение интервала Q-T
- Расширение зубца Р.
- Уменьшение интервала R-R и P-P. +
- Увеличение зубца Р +
- Удлинение интервала P-Q интервала

Отличительные ЭКГ признаки экстрасистолии и парасистолии одинаковый интервал сцепления.

- Наличие сливных комплексов+
- Кратность отношений межэктопических интервалов.
- Наличие компенсаторной паузы.
- Отсутствие компенсаторной паузы*

ЭКГ признаки желудочковой пароксизмальной тахикардии.

- Частота желудочковых сокращений - 90-140 в 1 минуту+
- «Желудочковый захват» синусовых комплексов+
- Частота желудочковых сокращений - 140-220 в 1 минуту
- Частота желудочковых сокращений – 250-400 в 1 минуту
- Частота желудочковых сокращений – 60-40 в 1 минуту

Диагностическое значение снижения сегмента ST

- Может быть признаком острого инфаркта миокарда.
- Может быть признаком ОКС.
- Может быть признаком реципрокных изменений при инфаркте миокарда+
- Является критерием положительной пробы ВЭМ.
- Может быть признаком субэндокардиального инфаркта миокарда +

R тип ЭКГ в грудных отведениях характерен для:

- При А типе синдрома WPW.
- При инфаркте миокарда заднее-базальной области+
- При гипертрофии правого желудочка+
- При гипертрофии обоих желудочковых
- При эмфиземе легких

Подъем сегмента ST характерен

- Для острого инфаркта миокарда+
- Для стенокардии принцметала+
- Для миокардита.
- Для кардиосклероза.
- Для сердечной недостаточности.

Показания к проведению пробы ВЭМ:

- Диагностика инфаркта миокарда.
- Диагностика скрытой коронарной недостаточности+
- Определение тактики лечения.
- Определение толерантности к физической нагрузке+

При какой патологии встречается “S”- тип ЭКГ:

- При инфаркта миокарда
- При остром легочном сердце+
- При гипертрофии правого желудочка +
- При гипертрофии левого желудочка
- При субэндокардиальном повреждении

ЭКГ изменения, характерные для острого перикардита

- Инверсия зубца Т

Депрессия сегмента ST в большинстве отведений
Подъем сегмента в большинстве отведений+
Отсутствие реципрокных изменений +
Наличие стабильной ЭКГ

Для атриовентрикулярной блокады характерно:

Зубец P фиксирован.
Зубец P не фиксирован+
R-R интервал одинаковый+
P-Q интервал постепенно удлиняется.
P-Q не изменен.

Острый инфаркт миокарда с зубцом Q передне-перегородочной области левого желудочка.

Появление на ЭКГ зубца QS в отведениях V₁₋₃ +
Появление на ЭКГ подъема сегмента ST на отведениях V₁₋₃ и отрицательного зубца T.+
Появление на ЭКГ депрессии сегмента ST в V_{3R-4R}
ЭКГ без динамических изменений.
Подъем сегмента ST в отведениях V₁₋₆

ЭКГ признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса:

Уширение комплекса QRS до 0,11'.+
Увеличение амплитуды зубца R в отведениях V₁₋₂.+
Подъем STV₁₋₂.
Положительный зубец T в отведениях V₁₋₂.
Патологический зубец Q или QS, подъем сегмента ST в отведениях «D», V_{7, 8, 9}.

ЭКГ признаки инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка:

Патологический Q в отведениях II, III, avf. +
Подъем сегмента ST в отведениях II, III, avf.+
Подъем сегмента ST в V₁₋₂ с отрицательным зубцом T.
Подъем сегмента ST в V_{3R-4R}
Патологический Q в «D», V_{7, 8, 9}.

Использование дополнительных отведений ЭКГ V₅₋₆ А два ребра выше используется для диагностики:

Инфаркта миокарда правого желудочка .
Инфаркта миокарда заднебазальной области.
Инфаркта миокарда высокой боковой стенки левого желудочка+
Инфаркта миокарда высоких отделов левого желудочка+
Инфаркта миокарда нижне-боковой стенки.

ЭКГ признаки желудочковой тахикардии:

R-R интервалы одинаковые+
Наличие синусовых и сливных комплексов
Удлинение интервала R-R
Наличие отрицательного зубца P за комплексом QRS.
QRS уширен, деформирован с дискордантным расположением ST и T.+

Удлинение интервала Q-T характерно при приеме антиаритмических препаратов:

Амиодарона +
Атенолола+
дигоксина.
Соталола.
Новокаинамида

К жизнеопасным аритмиям относится:

Частая желудочковая экстрасистолия.
Частая групповая желудочковая экстрасистолия +
Фибрилляция предсердий.

Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия.

Механизм развития аритмий желудочковой пароксизмальной тахикардии

Нарушение образования импульса.

Повторный вход волны возбуждения.+

Может быть вариант А и Б.

Электрическая неоднородность миокарда.

Повышение активности эктопического очага+

Причины относительной недостаточности митрального клапана:

Инфаркт миокарда с вовлечением папиллярных мышц +

Инфаркт миокарда межжелудочковой перегородки.

Инфаркт миокарда (при объеме поражения сердечной мышцы более 30%) и дилатация полости левого желудочка +

Инфаркт миокарда (объем поражения 10%).

Ишемия миокарда.

ЭХО-критерии диагностики инфекционного эндокардита:

Вегетации на створках клапанов +

Внутрисердечный абсцесс +

Утолщение клапана.

Клапанная регургитация

Неподвижные образования на клапанах

ЭХОКГ данные характерны для экссудативного перикардита

Увеличение левого предсердия и левого желудочка.

Наличие жидкости в полости перикарда+

Аномальное движение межжелудочковой перегородки+

Уменьшение размеров правого предсердия и правого желудочка.

Увеличение полости только левого желудочка

Увеличение полости только левого желудочка.

Диагностика сердечной недостаточности у больных проводится с помощью ЭВМ.

Суточного мониторирования ЭКГ.

ЭХОкардиография+

Допплер ЭХОкардиография.+

Радиоизотопная сцинтиграфия.

Диагностика сердечной недостаточности на втором этапе обследования проводится

С целью выявления скрытой систолической дисфункции+

С целью выявления диастолической дисфункции.+

С целью выявления безболевого ишемии миокарда.

С целью выявления нарушения локальной сократимости

С целью выявления нарушения глобальной сократимости миокарда.

Какие из перечисленных данных ЭКГ имеют диагностическое и прогностическое значение.

Подъем сегмента ST_{II, III, AVF}/ +

Появление патологического зубца Q/+

Нарушение атриовентрикулярной проводимости .

Нарушение проводимости по левой ножке пучка Гиса

Суправентрикулярная тахикардия.

Какие из перечисленных ЭХОКГ данных характерны для миокардита.

Раннее ремоделирование полости левого желудочка.

Преходящее увеличение толщины стенки миокарда+

Дилатация полостей сердца.

Нарушение диастолической функции.

Снижение общей сократимости+

Диастолическая дисфункция 2-го типа характерна

Для инфаркта миокарда.

Острого коронарного синдрома.

Сердечной недостаточности.+

Аневризмы левого желудочка.

Артериальной гипертонии.

ЭХОКГ изменения, свидетельствующие о наличии ишемии миокарда

Гиперкинез стенок левого желудочка.

Акинезия 3-х и более сегментов левого желудочка.+

Гипокинез не менее 2-х сегментов левого желудочка.

Наличие парадоксальной пульсации в некоторых сегментах левого желудочка+

Отсутствие нарушений локальной сократимости.

Прямые признаки гипертрофии левого желудочка регистрируются в отведениях:

II, III, avf.

avf, I.

В левых отведениях+

V₅₋₆ и V₁₋₂

В отведениях по Небу

Систолическая перегрузка левого желудочка диагностируется при:

Расположении сегмента ST на изолинии.

Расположении сегмента ST ниже изолинии дугой, обращенной вверх на ≥ 3 мм +

Расположении сегмента ST горизонтальной ниже изолинии на 1 мм

Дистрофической депрессии сегмента ST на ≥ 3 мм+

«Корытообразной» депрессии сегмента ST

При гипертрофии левого желудочка наиболее характерно расположение электрической оси:

Нормальное.

Вертикальное.

Отклонение влево+

Горизонтальное.+

Отклонение вправо

Диастолическая перегрузка левого желудочка встречается при :

Аортальном стенозе+

Гипертоническом кризе+

Митральном стенозе.

Митральной недостаточности

Дефекте межпредсердной перегородки

К косвенным признакам гипертрофии левого желудочка относится :

Гипертрофия левого предсердия.+

Гипертрофия правого предсердия.

Дополнительный r в отведении avf

Дополнительный Rв отведении V₁₋₂

Отклонение ЭОС влево+

Для гипертрофии левого предсердия характерно изменения изменения зубца:

-«P»

-«T»

-«R»

- предсердного комплекса. +

-«q»

Полная блокада левой ножки пучка Гиса диагностируется в отведениях:

I, avL, V₅₋₆+

II, III, aVF

V₁₋₂

В левых отведениях +

Для полной блокады левой ножки характерно уширение комплекса QRS до:

0,10 сек

0,08 сек.

$\geq 0,12$ сек+

0,06 сек

= 0,12 сек +

При полной блокаде левой ножки пучка Гиса сегмент ST:

Дискордантный основному комплексу +

Корытообразная депрессия

Депрессия дугой вверх

Косонисходящая депрессия +

Элевация сегмента ST

При полной блокаде левой ножки пучка Гиса зубец T:

Отрицательный неглубокий .+

Положительный

Отрицательный несимметричный+

Не меняется

Высокий симметричный

Зубец Q при полной блокаде ЛН:

Не регистрируется в левых грудных отведениях+

Не регистрируется $V_{5-6, I, AVL}$

регистрируется I, Avl

Регистрируется в правых грудных отведениях

Регистрируется в отведениях III, Avf.

Наиболее информативным отведением ЭКГ при проведении проб с дозированной физической нагрузкой с целью диагностики ИБС является:

I.

II, III, avF.

V1-V2.

V5-V6+

Avl.V2 .

Тесты по разделу Лучевая диагностика

Основной методикой выявления инородных тел гортаноглотки считается

- обзорная рентгенография шеи под контролем экрана
- контрастное исследование с бариевой взвесью
- + обзорная телерентгенография в боковой проекции
- обзорная рентгеноскопия органов шеи
- нет правильного ответа

Малодоступными при ларингоскопии, но хорошо выявляемыми при рентгенологическом исследовании, отделами гортани являются

- преддверье
- голосовые и желудочковые складки
- + подскладочное пространство
- гортанные желудочки
- надскладочное пространство

К симптомам, позволяющим дифференцировать первичное и вторичное поражение турецкого седла, относятся

- понижение прозрачности клиновидной пазухи
- + деструкция элементов седла
- изменение формы седла
- изменение размеров седла
- остеопороз спинки седла

Наиболее частой причиной возникновения среднего отита является травматическое повреждение уха

- евстахиит
- инфекционные заболевания
- + наружный отит
- лабиринтит

Наиболее целесообразными методиками выявления локализации инородных тел пазухи являются

- контрастное исследование пазух
- зонография в прямой проекции
- томография мозгового черепа в прямой проекции
- + обзорная рентгенограмма черепа в прямой и боковой проекциях
- рентгеноскопия

К вариантам переломов костей черепа относятся

- по типу «зеленой ветки»
- + вдавленный
- косой с расхождением отломков
- поперечный

Термин «штопорообразный пищевод» отражает

- порок развития
- + нейромышечное заболевание
- аномалию развития
- воспалительное заболевание
- опухолевое заболевание

Смещение пищевода кзади не характерно

- для увеличения бифуркационных лимфоузлов
- для опухоли щитовидной железы
- + для праволежащей аорты
- для увеличения левого предсердия

нет правильного ответа

Складки слизистой пищевода лучше выявляются

при тугом заполнении барием

+ после прохождения бариевого комка, при частичном спадении просвета

при двойном контрастировании

при использовании релаксантов

для изучения патологии пилоро-дуоденальной области

В чем заключается методика «усиления» при компьютерной томографии?

+ томографию выполняют в условиях внутривенного введения рентгенконтраста

в получении изображения очень тонких слоев объекта

в повышении напряжения генерирования рентгеновского изображения

в ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг снимаемого объекта

томография выполняют в нативном режиме.

Наименьшую дозу облучения за 1 процедуру больной получает при проведении:

рентгеноскопии без УРИ

+ рентгенографии

флюорографии

рентгеноскопии с УРИ.

Все перечисленные.

С уменьшением оптического фокуса рентгеновской трубки изображение:

Увеличивается

Не изменяется

Уменьшается

+ Становится более резким

Исчезает

Колба рентгеновской трубки заполнена:

воздухом

криптоном

+ вакуумом

водородом

кислородом

Слой половинного ослабления зависит

от энергии рентгеновских фотонов

от плотности вещества

от атомного номера элемента

+ все ответы правильны

от энергии протонов.

Источником электронов для получения рентгеновских лучей в трубке служит

вращающийся анод

вольфрамовая мишень

фокусирующая чашечка

+ нить канала

фиксированный катод.

Женщина в возрасте 40 лет пришла на рентгенологическое исследование. Врач должен задать ей, с точки зрения радиационной защиты, следующий вопрос:

+ когда были последний раз месячные

когда пациентка заболела

когда ожидаются следующие месячные и продолжительность гормонального цикла

в каком возрасте появились месячные

когда и кем назначено исследование

Каковы преимущества цифровой (дигитальной) флюорографии перед обычной флюорографией?

Уменьшение лучевой нагрузки на исследуемого

Отсутствие фотопроцесса

+ Все перечисленные факторы

Отсутствие потребности в рентгеновской (флюорографической) пленке
наличие цифрового архива изображения.

Действительный фокус рентгеновской трубки имеет форму

+ прямоугольника

круга

треугольника

квадрата

овала.

Наклон луча при обзорной рентгенографии затылочной кости:

+ каудально 30-45 град.

Краниально 45 град.

Каудально 15 град.

Краниально 15 град.

Полуаксиально 15 град.

Для искусственного контрастирования в рентгенологии применяются

газы (кислород, закись азота, углекислый газ)

органические соединения йода

+ все перечисленное

сульфат бария

рентгено-контрастное вещество.

Наименьшую разрешающую способность обеспечивают

безэкранный рентгенография

усиливающие экраны для рентгенографии

экраны для рентгеноскопии

+усилители яркости рентгеновского изображения

все перечисленные.

Какие виды рентгенографии относятся к цифровой (дигитальной) рентгенографии?

+ все указанные выше способы рентгенографии

основанная на снятии электрических сигналов с экспонированной селеновой пластины

основанная на использовании запоминающего изображения люминесцентного экрана

рентгенография, основанная на использовании аналогово-цифровых преобразователей

В и Г

Единицей измерения экспозиционной дозы является:

+ рентген

бэр

рад

зиверт

грей

Как должна располагаться плоскость физиологической горизонтали при рентгенографии черепа в прямой задней проекции?

Параллельно плоскости стола

+ перпендикулярно плоскости стола

под углом 20 градусов к плоскости стола

под углом 45 градусов к плоскости стола

под углом 60 градусов к плоскости стола

При увеличении расстояния фокус – объект в два раза интенсивность облучения

не изменяется

+ уменьшается в 4 раза

уменьшается на 50%

увеличивается в 2 раза
все перечисленные правильно.

Дополнительный фильтр на энергию излучения действует следующим образом:

+ жесткость излучения увеличивается

жесткость излучения может и увеличиваться и уменьшаться

жесткость излучения не меняется

жесткость излучения увеличивается или уменьшается в зависимости от величины напряжения

жесткость излучения уменьшается

\\

Тесты по разделу Микробиология

Какая из оболочек содержит жизненноважных для существования бактерий гетерополимер – пептидогликан?

- цитоплазматическая мембрана;
- капсула
- спора
- циста
- клеточная стенка+

При приготовлении мазка из гноя обнаружены грамположительные бактерии, расположенные в виде виноградных гроздьев. К какой группе микроорганизмов они относятся?

- Стрептококки
- пневмококки
- энтерококки
- гонококки
- стафилококки.+

При приготовлении мазка из гноя обнаружены грамположительные бактерии расположенные в виде цепи. К какой группе микроорганизмов они относятся?

- Стафилококки
- пневмококки
- энтерококки
- гонококки
- стрептококки+

При приготовлении мазка из гноя обнаружены грамотрицательные диплококки бобовидной формы. К какой группе микроорганизмов они относятся?

- Стафилококки
- пневмококки
- энтерококки
- стрептококки
- гонококки+

При микроскопии материала обнаружены булавовидные, полиморфные палочки. К какому виду возбудителя характерна данная картина?

- B.cereus*
- B.subtilis*
- L.monocytogenes*
- H.Influenzae*
- C.diphtheriae*+

При приготовлении мазка из гноя обнаружены грамположительные диплококки, ланцетовидной формы. К какой группе микроорганизмов они относятся?

- Стафилококки
- гонококки
- энтерококки
- стрептококки
- пневмококки+

У больного эпидемиологический цереброспинальный менингит. (Больному поставлен диагноз – эпидемический цереброспинальный менингит) Что вы знаете о возбудителе?

- Грамположительные стрептококки
- грамотрицательные коккобактерии
- грамотрицательные палочки
- грамположительные диплококки

грамотрицательные диплококки+

У больного пневмония пневмококковой этиологии. Что вы знаете о возбудителе?

Бета-гемолитические грамположительные стрептококки
оксидаза отрицательные, грамотрицательные коккобактерии
оксидаза положительные, грамотрицательные палочки
оксидаза положительные, грамотрицательные диплококки
альфа-гемолитические, грамположительные диплококки+

При исследовании больного с пневмонией легких микроскопически обнаружены грамотрицательные капсульные бактерии. Выберите с нижеперечисленного списка предполагаемого возбудителя.

E.coli

S.aureus

N.meningitides

H.influenzae

K.Pneumoniae+

В мазке обнаружены грамотрицательные палочки с капсулой. Какой метод окраски был использован?

Окраска по Грамму

Окраска по Романовскому-Гимзе

Окраска по Ожешко

Окраска по Цилю-Нильсену

Окраска по Бурри-Гинса+

В мазке обнаружены споровые бактерии. Диаметр споры превышает диаметр клетки. Как называется данный вид микроорганизмов?

Бациллы

Спириллы

Сарцины

Цисты

Клостридии+

При исследовании материала у больного с менингитом в мазке обнаружены грамотрицательные коккобактерии. К какому микроорганизму они относятся?

Neisseriameningitides

Streptococcus189neumonia

Pseudomonas aeruginosa

Acinetobacter anitratum

Haemophilus influenzae+

Приготовленмазоккровибольногосменингококцемией. Как расположены возбудители этой болезни в мазке?

Грамположительные диплококки ланцетовидной формы

грамположительные полиморфные стрептококки

грамположительные палочки расположенные в виде стога сена, «полисадиком»

грамотрицательные коккобактерии беспорядочно расположенные

грамотрицательные диплококки, бобовидной формы+

При микроскопии материала обнаружены булавовидные полиморфные палочки, с характерным расположением зерен волютина. Какой метод окраски позволяет увидеть эти включения Бабеша-Эрнста?

Метод Грама

Метод Ожешко

Метод Бурри-Гинса

Метод Романовского-Гимзе

Метод Нейссера+

В лабораторию доставлен материал от больного туберкулезом. Какой метод окраски используют для выявления возбудителя данного заболевания?

Метод Грамма

Метод Ожешко

Метод Бурри-Гинса

Метод Романовского-Гимзе

Метод Циля-Нильсена+

Обратился больной с явной клиникой дифтерии. Какая из дифференциально-диагностических сред используется для изолирования данного вида возбудителя?

Полужидкая среда Гиса

среда Левина

среда Ресселя

среда Дригальского

среда Клауберга+

Огромное количество коринебактерий находящихся на пленке слизистой носа и зева продуцируют токсин. Как называется токсин, вырабатываемый этим видом возбудителя?

Нейротоксин

эндотоксин

энтеротоксин

гемолизин

экзотоксин+

Обнаружен токсигенный штамм дифтерии. Какой метод определения токсигенности данного возбудителя чаще используют в бактериологической практике?

Испытания на морских свинках

испытания на котятках

внутрикожное введение токсигенных штаммов дифтерии на экспериментальных животных

люминесцентная микроскопия с флуоресцирующими сыворотками

реакция преципитации на пластинчатом фосфатно-пептонном агаре+

Поступил больной с острой инфекцией дыхательных путей, характерными образованиями серовато-белых пленок в зева и слизистой носа, спаянных с подлежащей тканью. Какие методы исследования используются для выявления возбудителя?

Пункция СМЖ, окраска по Граму, посев материала на обогащенные среды

исследование крови, окраска по Граму, посев на обогащенные среды

мазок из задней стенки глотки, окраска по Лефлеру, посев на селективные среды

мазок из носа, посев на селективные среды

мазок из зева, окраска по Нейссеру и Граму, посев на селективные и дифференциально-диагностические среды+

Больному поставлен диагноз дифтерия. Какой метод лечения является целесообразным?

Антибиотики широкого спектра действия

антибиотики узкого спектра действия

этиотропное и патогенетическое лечение

лечение антибиотиками и пробиотиками

лечение антитоксической сывороткой и антибиотиками+

Выберите из приведенного списка клетки, обладающие фагоцитирующей способностью

эозинофилы

В-лимфоциты

Т-лимфоциты

базофилы

макрофаги+

Больному поставлен диагноз менингит. Как вы думаете, какие инфекции могут вызвать данную инфекцию?

Стафилококки, стрептококки, неферментирующие бактерии

стафилококки, кишечная группа бактерий, энтерококк
гемофилы, менингококки, дрожжевые грибы
менингококки, стрептококки, кишечная группа бактерий
менингококки, стрептококки, гемофилы+

Многие бактерии, как нормальные обитатели тела, так и патогенные, имеют поверхностные макромолекулы, важные органы для прикрепления бактерий к субстратам. Укажите структуру бактериальной клетки, которая способствует для прикрепления.

Капсула

жгутики

мезасомы

клеточная стенка

ворсинки+

Сложные системы иммунной защиты организма позволяют человеку в большинстве случаев оставаться не восприимчивым к различным патогенам. Иммунная недостаточность приводящая к снижению резистентности к вирусам и грибковым инфекциям часто бывает результат преимущественного дефицита:

макрофагов

нейтрофилов

В-клеток

комплемента

Т-клеток+

В клинику доставлен больной ребенок, с тяжелой формой инфекционной болезни. Выберите оптимальный метод определения антибиотикочувствительности для более эффективного и менее токсичного лечения больного.

Диско-диффузионный метод

метод серийных разведений в агаре

метод серийных разведений в бульоне

глубинный метод

методом Е-теста+

Обратился больной с сильным кашлевым приступом. При клиническом исследовании больного поставлен диагноз коклюш. Что вы знаете о возбудителе данной инфекции?

Хорошо окрашиваются по Граму, неприхотливы, устойчивы во внешней среде

хорошо окрашиваются по Граму, прихотливы, строгие анаэробы

плохо окрашиваются по Граму, требуют наличие X, V и XV факторов тоста

хорошо окрашиваются по Граму, неприхотливы, строгие аэробы

плохо окрашиваются по Граму, прихотливые, строгие аэробы, не устойчивы во внешней среде+

Репликация ДНК бактерий это-

связана с делением клетки

начинается в единичном уникальном сайте

требует синтеза РНК

зависит от синтеза белка

регулируется плазмидами+

Какие признаки характерны для цитоплазматических мембран бактерий?

Проницаемы для питательных веществ

включает цепь транспорта электронов

являются важнейшим барьером между внутренним содержимым клетки и внешней средой

сохраняют форму бактериальной клетки в осмотически сбалансированной среде при разрушении клеточной стенки

1,2,3+

Что опосредует резистентность микроорганизмов к лекарственным препаратам?

Наличие плазмид лекарственной устойчивости

уменьшение числа либо отсутствие рецепторов для взаимодействия препарата с микробной клеткой

индуцированная применением антимикробных препаратов селекция устойчивых штаммов спонтанные мутации генома бактерии и/или хозяина

1,2,3,4+

Препарат широкого спектра действия, подавляющий активность топоизомеразы ДНК, ингибируя ее спирализацию и приводящая к гибели клетки это –

бацитрацин

рифампицин

тетрациклин

амфотерицин В

хинолоны+

Нарушая синтез компонентов клеточной стенки, блокирующий синтез пептидогликана – основного компонента клеточной стенки грамположительных бактерий препарат это-

рифампицин

тетрациклин

амфотерицин В

хинолоны

бацитрацин+

Препарат ингибирующий синтез белка, взаимодействуя с 30S субъединицей рибосом, препятствуя присоединению транспортной РНК комплексу рибосома – матричная РНК с последующим блокированием встраивания аминокислот в белковую цепочку это-

амфотерицин В

хинолоны

бацитрацин

рифампицин

тетрациклин+

Определите иммуноглобулин входящий в состав секрета молочных, слезных, слюнных желез.

IgG

IgM

IgD

IgE

IgA+

Определите иммуноглобулин который переходит через плаценту матери к ребенку.

IgM

IgD

IgE

IgA

IgG+

Какие параметры используются для выявления общего микробного числа?

Содержание патогенных микроорганизмов в исследуемом образце

содержание микроорганизмов в 1 кг или 1 л образца

общее содержание жизнеспособных и нежизнеспособных микроорганизмов в исследуемом образце

общее содержание жизнеспособных микроорганизмов в исследуемом образце

содержание микроорганизмов в 1 г или 1 мл образца+

Тесты по разделу Инфекционные заболевания, Инфекционный контроль

Серотипы и подтипы вирусов гриппа:

+A, A1, A2

+B, C

A, D

E, F

C, F

Варианты вируса гриппа А повсеместно циркулируют в коллективах людей:

+H1 N1

H2 N2

+H3 N2

H1 N4

H2 N1

Особенности иммунитета при гриппе:

+Иммунитет типоспецифичен, может длиться несколько лет

Иммунитет очень нестойкий ко всем вирусам гриппа

+Постинфекционный иммунитет при гриппе А сохраняется 1-3 года

+Иммунитет к гриппу определяется антителами и факторами неспецифической защиты организма

Постинфекционный иммунитет при гриппе В сохраняется 3-6 лет

Отличительные особенности вируса гриппа А:

+Имеет изменчивую антигенную структуру

+Обладает тропностью к эпителию верхних дыхательных путей

+Имеет гемагглютинин

Устойчив к ремантадину

Чувствителен к антибиотикам

Эпидемиология гриппа А:

+Источник инфекции – больной человек

сезонность – летняя

восприимчивость низкая

+иммунитет типоспецифичен

+механизм заражения – воздушно-капельный

Укажите ведущие клинические синдромы гриппа

+интоксикации

гепатолиенальный

+респираторный

диарейный

+ДВС

Острое начало с быстрого подъема температуры до 39 С, с длительностью лихорадки до 5 дней, головная боль, боль при движении глазами, боли в мышцах, костях, суставах, гиперемия лица, инъекция склер – это клинические признаки гриппа

легкого течения

+средней тяжести

тяжелого течения

хронического течения

рецидивирующего течения

Острейшее начало, лихорадка, головные и мышечные боли, гиперестезия, геморрагическая сыпь, одышка, нестабильность АД, акроцианоз, судороги, менингизм, нарушение сознания - это клинические признаки гриппа

легкого течения

средней тяжести
+тяжелого течения
хронического течения
рецидивирующего течения

Ранние осложнения гриппа:

+острая дыхательная недостаточность,
+инфекционно-токсический шок,
+острая сердечно-сосудистая недостаточность
острая печеночная недостаточность
острая почечная недостаточность

Поздние осложнения гриппа:

+пневмония
токсический гепатит
+менингоэнцефалит
острая диарея
+пиелонефрит

Инфекционные заболевания клинически сходные с гриппом

+геморрагические лихорадки
+менингококковая инфекция и другие нейроинфекции
ротавирусная инфекция
туберкулез
+другие ОРВИ

Эпидемиология респираторно-синцитиальной инфекции:

чаще болеют взрослые
восприимчивость у детей низкая
+с возрастом восприимчивость снижается
+заболеваемость увеличивается в зимний сезон
+источник инфекции – больной человек

Умеренное повышение температуры тела, катаральные явления, слабая интоксикация, быстрое вовлечение в патологический процесс мелких бронхов, бронхиол, незначительное поражение мягкого неба и задней стенки глотки, часто осложняется пневмонией, бронхиолитом, обструктивным бронхитом, острой дыхательной недостаточностью – это признаки:

+респираторно-синцитиальной инфекции
гриппа
дифтерии
гриппа
коклюша

Ринорея, затрудненное носовое дыхание, нормальная или субфебрильная температура тела, часто чихание, слезотечение, боль в горле, кашель. Могут развиваться такие осложнения как отиты, синуситы, ангины – это признаки:

+риновирусной инфекции
респираторно-синцитиальной инфекции
гриппа
дифтерии
гриппа

Укажите клинические формы аденовирусной инфекции:

+ринофарингит, ринофаринготрахеит, ринофаринготрахеобронхит
+фарингоконъюнктивальная лихорадка
+пленчатый или фолликулярный конъюнктивит
ларингит
обструктивный бронхит

Обильные серозные отделения из носа, отек задней стенки глотки с гиперплазией лимфатической ткани, увеличение регионарных лимфатических узлов, иногда полиаденит, симптомы конъюнктивита, дисфункция кишечника у детей, гепатолиенальный синдром, длительная волнообразная лихорадка – это общие признаки

+аденовирусной инфекции
риновирусной инфекции
респираторно-синцитиальной инфекции
парагриппа
гриппа

Особенности дифтерийного возбудителя:

+Грам+, расположенная в виде римской цифры V палочка
строгий анаэроб
+имеет типы Gravis, Mitis, Intermedius
+растет на сыровоточном агаре, средах Ру, Леффлера, Клауберга
не инактивируется кипячением

Продолжительность инкубационного периода при дифтерии

до 24 часов
до 2 суток
+2-10 дней
16-21 день
более 20 дней

Признаки островчатой формы дифтерии ротоглотки

+кратковременный субфебрилитет
+умеренная или незначительная боль при глотании
+на слизистой островки налетов беловато-серого цвета, трудно снимаются шпателем
на слизистой островки желто-зеленого цвета, легко снимаются шпателем
сильная боль при глотании

Признаки локализованной пленчатой формы дифтерии глотки

+на отечной миндалине появляется новый налет на месте ранее снятого
+пленка серо-перламутрового цвета, трудно снимается, слизистая кровоточит
пленка рыхлая и легко снимается
пленка не воспринимает натуральных красок, растирается предметными стеклами
пленка не тонет

Признаки токсических форм дифтерии ротоглотки (укажите неверный ответ)

выраженная общая интоксикация
отек шеи, спускающийся книзу
местные поражения прогрессируют
+кожа над отеком гиперемирована, болезненна
часто развивается ИТШ, миокардит, полиневрит

Что не характерно для дифтерии глаз:

пленка на конъюнктиве
+атрофия зрительного нерва
процесс чаще односторонний
веки отечны, уплотнены
гнойное отделяемое с примесью крови

Что не характерно для дифтерии кожи

развивается при повреждении эпителиального покрова
+отличается тяжелым течением с развитием ИТШ
плотная пленка и отечность кожи
у девочек могут поражаться наружные половые органы
может быть дифтерия пупочной раны

Признаки раздражения мозговых оболочек у больных генерализованной менингококковой инфекцией:

+головная боль, тошнота, рвота

+нарушение сознания

симптом Курвуазье

+симптом Кернига

отсутствие менингеальной позы

Признаки менингококкового назофарингита

+незначительные катаральные явления со стороны носоглотки

+умеренная интоксикация

+головная боль

ларингит

гайморит

Специфические осложнения менингококкового менингита

+параличи, парезы

гормональная дисфункция надпочечников

персистирующая генерализованная лимфоаденопатия

острая печеночно-почечная недостаточность

+гидроцефалия

Укажите заболевание, с которым не дифференцируют менингококцемию:

анафилактоидная пурпура

тромбоцитопеническая пурпура

септицемия, корь, гипертоксические формы гриппа

геморрагические лихорадки

+безжелтушный лептоспироз

Возможные исходы перенесенной генерализованной менингококковой инфекции

+полное выздоровление

аневризма внутренней сонной артерии

+гидроцефалия

+снижение интеллекта

нейрофиброматоз

Из каких биологических сред можно выделить менингококк

+ликвор

желчь

+слизь из носоглотки

+соскоб из сыпи

рвотные массы

Особенности клинического течения туберкулезного менингита

+постепенное развитие болезни

+менингеальный синдром определяется с 5-6 дня, поражения ЧМН выявляются с 8-10 дня

гиперлейкоцитоз, эозинофилия

острое начало

постоянные клонико-тонические судороги

В приемное отделение поступает больной с лихорадкой, головной болью, светобоязнью, менингеальным синдромом и умеренным цитозом за счет лимфоцитов в цереброспинальной жидкости и признаками общемозгового синдрома (головная боль, рвота). На теле высыпания с серозной жидкостью (пузырьки). В крови обнаружен высокий титры ВПГ Ig G .Ваш диагноз?

+Герпетический менингит

ЦМВ менингит

Туберкулезный менингит

Менингококковый менингит

Энтеровирусный менингит

В приемное отделение поступает больной с лихорадкой, головной болью, светобоязнью, менингеальным синдромом и умеренным цитозом за счет лимфоцитов в цереброспинальной жидкости и признаками общемозгового синдрома (головная боль, рвота). На теле высыпания с серозной жидкостью (пузырьки). В крови обнаружен высокий титры ВПГ Ig G . лечение?

+Ацикловир

Цефтриаксон

Гентамицин

Ганцикловир

Рибавирин

В приемное отделение поступает больной с общемозговыми симптомами - сильная головная боль, рвота. Начало острое с озноба и лихорадки. У больного отмечается общая гиперестезия - светобоязнь, гиперракузия, гиперестезия кожи, возбуждение, двигательное беспокойство. Менингеальные симптомы, которые быстро нарастают: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского. Наряду с этим наблюдается оживление сухожильных и кожных рефлексов с последующим их снижением. На коже отмечается геморрагическая сыпь с синюшным оттенком и некрозом в центре. Кожа бледная, акроцианоз, местами окраска кожи багрово-цианотичная, напоминает трупные пятна. Ваш диагноз?

+Менингококковый менингит

Герпетический менингит

Туберкулезный менингит

Стрептококковый менингит

Энтеровирусный менингит

В приемное отделение поступает больной с общемозговыми симптомами - сильная головная боль, рвота. Начало острое с озноба и лихорадки. У больного отмечается общая гиперестезия - светобоязнь, гиперракузия, гиперестезия кожи, возбуждение, двигательное беспокойство. Менингеальные симптомы, которые быстро нарастают: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского. Наряду с этим наблюдается оживление сухожильных и кожных рефлексов с последующим их снижением. На коже отмечается геморрагическая сыпь с синюшным оттенком и некрозом в центре. Кожа бледная, акроцианоз, местами окраска кожи багрово-цианотичная, напоминает трупные пятна.

Лечение

+бензилпенициллин

цефтриаксон

гентамицин

рокситрамицин

цефураксим

В приемное отделение поступает больной с общемозговыми симптомами - сильная головная боль, рвота. Начало острое с озноба и лихорадки. У больного отмечается общая гиперестезия - светобоязнь, гиперракузия, гиперестезия кожи, возбуждение, двигательное беспокойство. Менингеальные симптомы, которые быстро нарастают: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского. Кожа бледная, акроцианоз, местами окраска кожи багрово-цианотичная. Анализ

+Бактериологический СМЖ

ИФА СМЖ

ПЦР СМЖ

РПГА СМЖ

Вирусологический СМЖ

Жидкость необходимая для бактериологического анализа при менингитах.

+Спинальная жидкость

Кровь

Кал

Моча

Промывные воды

Укажите характерное количество клеток в спинно мозговой жидкости при бактериальных менингитах.

+Более 500

Более 100

Более 50

Более 120

Более 70

Больная Б., 43 года. Диагноз ВИЧ инфекции установлен 3 года назад. Жалобы на кашель с выделением мокроты, лихорадку до 37,5 С, потливость, слабость. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

+ Определение количества CD4 клеток, посев мокроты, флюорография легких

Определение количества CD4 клеток, рентгенография легких, бактериологический посев мокроты

Определение количества CD4 клеток, рентгенография легких.

Определение количества CD4 клеток, УЗИ органов брюшной полости.

Рентгенография легких.

Больной К., 32 года. Диагноз ВИЧ инфекции установлен год назад. Жалобы на одышку, сухой кашель, слабость. Рентгенологически облаковидное снижение прозрачности обоих легких. CD4 180 мкл⁻¹. Какую оппортунистическую инфекцию следует заподозрить у больного?

+ Пневмоцистная пневмония.

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

Туберкулез легких

Крупозная пневмония.

Острый инфаркт миокарда.

Болеет в течение 3-4 дней. Температура тела 37-37,5 С, общее самочувствие неплохое. На 3-4 день появляются грубый лающий кашель, голос становится сиплым, затем постепенно развивается афония. Лающий кашель постепенно становится беззвучным, дыхание становится затрудненным, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, стеноз. Ваш предварительный диагноз.

+ Дифтерия

ложный круп

респираторно-синцитиальная инфекция

пневмоцистная инфекция

энтеровирусная инфекция

Ребенок заболел остро. Температура тела 37,5-38 С, явления интоксикации выражены умеренно, насморк, умеренный грубый, лающий кашель. Голос звонкий, иногда перемежается с осиплостью. Внезапно ночью во время сна возникает приступ стеноза – кратковременно, редко длительно. При прямой ларингоскопии резко выраженные признаки подвязочного ларингита. Ваш диагноз

Дифтерия

+ ложный круп

респираторно-синцитиальная инфекция

пневмоцистная инфекция

энтеровирусная инфекция

Тесты по специальности – Оториноларингология

Назовите заболевания уха, ведущие к внутричерепным осложнениям:

- а) хронический гнойный эпитимпанит, б) мастоидит, в) лабиринтит, г) острый средний отит
 1. а,б,в
 2. б, в, г
 3. а, б,в, г +
 4. а, в, г

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

- а) постельный режим
 б) затемнение палаты, изоляция от шума
 в) sol. Glucosae 40%- 20,0 в\в
 г) sol. Aminasini 2,5%- 1,0 в\м
 д) sol. Atropini 0,1- 1,0 п\к
 е) sol. Coffeiniп.в. 10%- 1,0п\к
 1. а,б,в, д,е
 2. а,б,в, г, д, е +
 3. а, б,в, г, д
 4. а, в, г,е

Мышцы глотки по функциональному признаку: а) констрикторы, б) дилататоры, в) поднимающие,
 г) опускающие

1. а,б
 2. а, б, в
 3. в, г
 4. а, в +

Носоглотка сообщается с: а) носовой полостью, б) ротовой полостью, в) гортанью
 г) средним ухом

1. а,б, в
 2. а, б, г +
 3. в, г
 4. а, в

Какие лимфаденоидные образования находятся в носоглотке: а) небные миндалины
 б) глоточная миндалина, в) язычная миндалина, г) трубные миндалины

1. а,б
 2. а, б, в +
 3. б, г
 4. а, в

Выберите полостные анатомические образования, с которыми сообщается глотка:

- а) нос, б) среднее ухо, в) гортань, г) пищевод
 1. а,б,г
 2. а, б, в, г +
 3. а, б, г,
 4. а, в, б

Назовите крупные сосуды и нервы, проходящие через парафаренгиальное пространство:
 а) внутренняя сонная артерия, б) внутренняя яремная вена, в) блуждающий нерв, г) наружная сонная артерия

1. а,б,в +
 2. а, б, г
 3. б,в, г

4. а, в, г

Для лечения острого фарингита применяют: а) полоскание глотки настоями трав, б) щелочное полоскание глотки в) орошение глотки ингалиптом или его аналогами, г) общая антибактериальная терапия

1. а, б

2. а, б, в+

3. а, б, г

4. а, в, г

Формы гипертрофического фарингита: а) гранулезный, б) катаральный, в) боковой, г) отечный

1. а, б+

2. а, б, в

3. б, г

4. а, в

Формы хронического фарингита: а) боковой, б) катаральный, в) атрофический, г) гипертрофический

1. а, б, г

2. б, в, г +

3. б, г

4. а, в

При лакунарной ангине:

а) налеты не переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку глотки

б) налеты и пленки переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку небных дужек

в) имеются островковые налеты

г) характерна картина «звездного неба»

1. а, б, г

2. а, б, в

3. б, г

4. а, в+

Фолликулярная ангина:

а) является контагиозным заболеванием

б) требует соответствующих мер профилактики

в) не является контагиозной

г) никогда не передается от больного к здоровому воздушно-капельным или контактным путем

1. а, б+

2. а, б, в

3. а, б, г

4. а, в

При дифтерии

а) налеты не переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку глотки

б) налеты переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку небных дужек в) налеты легко отделяются, г) трудно отделяемые налеты

1. а, б

2. а, б

3. б, г +

4. а, в

Укажите клинические формы вульгарных ангин: а) катаральная,

б) фолликулярная, в) лакунарная, г) некротическая

1. а, б, в

2. а, б, в, г+

3. а, б, г

4. а, в

Перечислите признаки II степени тосико -аллергической формы хронического тонзиллита

- а) частые ангины, б) паратонзиллярные абсцессы в анамнезе
- в) аутоиммунные заболевания, г) хроническая тонзиллогенная интоксикация

- 1. а,б,в
- 2. а, б, в, г +
- 3. а, б, г
- 4. а, в, г

К формам хронического тонзиллита, подлежащим консервативному лечению относятся

- а) тосико -аллергической форма II степени
- б) тосико -аллергической форма I степени
- в) все перечисленное
- г) простая форма

- 1. а,б,в
- 2. а, б, в, г
- 3. б, г +
- 4. а, в, г

При хроническом тонзиллите тосико -аллергической формы II степени операция тонзилэктомия:

- а) настоятельно рекомендована, б) нецелесообразна
- в) зависит от сопутствующих соматических заболеваний
- г) не зависит от сопутствующих соматических заболеваний

- 1. а, г
- 2. а, б
- 3. б, г
- 4. а, в +

Перечислите консервативные методы лечения хронического тонзиллита

- а) промывание лакун миндалин
- б) пломбировка миндалин лекарственными препаратами
- в) физиотерапия, г) гипосенсибилизирующая терапия

- 1. а,б,в
- 2. а, б, в, г +
- 3. а, б, г
- 4. а, в, г

При прорыве нагноившихся фолликулов в околоминдаликовую клетчатку развивается

- а) гематома, б) паратонзиллярный абсцесс, в) парофарингеальный абсцесс, г) медиастенит

- 1. а
- 2. б
- 3. в
- 4. г

.К симптомам паратонзиллярного абсцесса относятся

- а) повышение температуры тела до 38-40 градусов
- б) тризм жевательной мускулатуры
- в) боль в глотке преимущественно на стороне поражения
- г) инфильтрация паратонзиллярной клетчатки и гиперемия слизистой оболочки на стороне поражения

- 1. а,б,в
- 2. а, в, г
- 3. а,б, г
- 4. а, б, в, г

После вскрытия паратонзиллярного абсцесса края раны следует:

- а) ушить, б) раздвинуть корцангом, в) поставить дренаж, г) подшить дренаж

1. а
2. в
3. б+
4. г

Сочетание каких методов наиболее эффективно при лечении паратонзиллярного абсцесса:

а) вскрытие абсцесса, б) антибактериальная терапия, в) щелочные полоскания, г) физиотерапия

1. а, б, в +
2. а, б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г

Укажите наиболее характерные признаки хронического аденоидита:

а) «сизые» и «белые» пятна Воячека на слизистой носа
б) слизистое и слизисто-гнойное отделяемое в носу
в) утолщение боковых валиков, г) сглаженность центральной борозды

1. а, б +
2. а, б, в
3. б, г
4. а, в, г

Хронический аденоидит это

а) хроническое воспаление небных миндалин
б) хроническое воспаление глоточной миндалины
в) хроническое воспаление слизистой оболочки глотки
г) хроническое воспаление язычной миндалины

1. а
2. б +
3. в
4. г

Указать механизм раскрытия голосовой щели : состоит из 4 этапов

а) вдыхаемый воздух раздражает слизистую оболочку гортани
б) раздражение по блуждающему нерву передается в дыхательный центр
в) происходит обработка информации
г) из центра двигательные импульсы поступают к мышцам гортани

1. а, б, в
2. а, б, в, г +
3. а, б, г
4. а, в, г

Перечислите жалобы характерные для больных с ожогами гортани::

а) боли в гортани, б) жжение, в) кровотечение, г) изменение голоса

1. а, б, в
2. а, б, в, г
3. б, г
4. а, в, г+

Характерен ли симптом "крепитации" для перелома хрящей гортани?

а) да, б) нет, в) чаще всего, г) очень редко

1. а, б
2. а, г
3. б, г
4. а, в +

Закрытые повреждения гортани бывают

а) внутренние, б) наружные, в) с кровотечением, г) без кровотечения

- 1. а, б, г +
- 2. а, б, в, г
- 3. в, б, г
- 4. а, в, г

Показано ли зондирование ран в острых случаях травматизма гортани?

а) да, б) нет, в) при открытой травме, г) при закрытой травме

- 1. а, б
- 2. а, в +
- 3. б, г
- 4. а, в, г

Флегмонозный ларингит характеризуется:

а) стенозом, б) болью в горле, в) выраженной интоксикацией, г) дисфонией

- 1. а, б, в
- 2. а, б, в, г +
- 3. а, б, г
- 4. а, в, г

Какие анатомические образования гортани составляют ее вестибулярный (верхний отдел):

а) надгортанник, б) черпаловидные хрящи, в) черпало-надгортанные складки, г) вестибулярные складки

- 1. а, б, в, г +
- 2. а, б, в
- 3. а, б, г
- 4. а, в, г

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

а) надгортанник, б) черпаловидные хрящи, в) голосовые складки, г) голосовая щель

- 1. а, б
- 2. а, в
- 3. б, г
- 4. в, г +

Выбрать парные хрящи гортани хрящ :

а) черпаловидный, б) надгортанный, в) щитовидный, г) клиновидный

- 1. а, б
- 2. а, г +
- 3. б, г
- 4. а, в

Укажите наружные мышцы гортани:

а) поперечная межчерпаловидная мышца, б) грудино-подъязычная мышца

в) грудино-щитовидная мышца, г) щитоподъязычная мышца

- 1. а, б, в
- 2. б, в, г +
- 3. б, г
- 4. б, в

Укажите мышцы гортани, суживающие голосовую щель:

а) задняя перстне-черпаловидная мышца, б) поперечная межчерпаловидная мышца

в) косая черпаловидная мышца, г) боковая черпаловидная мышца

- 1. а, б, в
- 2. б, в, г +
- 3. а, б, г
- 4. а, в, г

Особенности строения гортани у новорожденных:

а) надгортанник имеет длинный стебель, б) лепесток надгортанника свернут в полутрубку

в) расположена на уровне III-V шейных позвонков, г) невозможно провести непрямую ларингоскопию

1. а, б, в

2. а, б, в, г +

3. а, б, г

4. а, в, г

Для отомикоза характерно:

а) зуд в слуховом проходе, б) бело-серое крошковидное отделяемое из уха

в) снижение слуха на больное ухо, г) общее состояние страдает мало

1. а, б, в, г +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

.Формы лабиринтита

а) тимпаногенный, менингогенный, гематогенный, травматический

б) острый, хронический, в) серозный, некротический, г) ограниченный, диффузный

1. а, б, в

2. б, в, г +

3. а, б, г

4. а, в, г

Носовое кровотечение бывает следствием:

а) гипертонической болезни, б) ОРВИ, в) опухоли носа, г) травмы носа

1. а, б, в, г +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

К хроническим ринитам относятся:

а) катаральный ринит, б) гипертрофический ринит, в) атрофический ринит

г) вазомоторный ринит

1. а, б, г

2. а, б, в +

3. а, б, г

4. а, в, г

Отток крови по венам наружного носа в кавернозный синус осуществляется через

а) переднюю лицевую вену, б) вену спинки носа, в) заднюю лицевую вену

г) угловую вену

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, г +

В состав остеомаентального комплекса входят

а) крючковидный отросток, б) выводные протоки решетчатых клеток

в) решетчатая булла, г) выводные протоки лобной и верхнечелюстной пазух

1. а, б, в

2. а, б, в, г +

3. а, б, г

4. а, в, г

Для лечения аллергического применяют

а) стабилизаторы мембран тучных клеток, б) антигистаминные препараты

в) глюкокортикостероиды, г) НПВС

1. а, б, в +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

Триада симптомов при вазомоторном рините

а) пароксизмальное чихание, б) ринорея

в) затруднение носового дыхания, г) гнойное отделяемое

1. а, б, г

2. а, б, в +

3. а, б, г

4. а, в, г

Для озоны характерно:

а) резкая атрофия слизистой и костного скелета носа, б) наличие в носу корок с неприятным запахом

в) аносомия, г) кровотечения

1. а, б, в +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

Эссенциальная аносомия подразумевает:

а) нарушение функции веретенообразных клеток

б) нарушение проводящей системы обонятельного тракта

в) нарушение функции гипокампа, коры аммониева рога, передней перфоративной субстанции

г) механическую obturацию обонятельной щели

1. а, б, в +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

Перечислить защитные механизмы носа

а) чихание, б) слезотечения, в) выделение слизистой лизоцима, г) согревание и увлажнение воздуха

1. а, б, в

2. а, б, в, г +

3. а, б, г

4. а, в, г

Перечислить функции носа

а) дыхательная, б) обонятельная, в) защитная, г) респираторная

1. а, б, в, г +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

Отделы перегородки носа

а) хрящевой, б) костный, в) кожно-перепончатый, г) слизистый

1. а, б, г

2. б, в, г

3. а, б, в +

4. а, в, г

В средний носовой ход открываются ОНП

а) лобная, б) верхнечелюстная, в) передние и средние клетки решетчатого лабиринта

г) основная

1. а, б, в +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

К орбитальным осложнениям чаще приводят воспаления каких пазух

а) верхнечелюстной, б) решетчатого лабиринта, в) лобной, г) основной

1. а, б, в

2. б, в +

3. а, б, г

4. а, в, г

Выберите из перечисленных методов исследования методы исследования носа

а) передняя риноскопия, б) задняя риноскопия, в) мезофарингоскопия

г) гипофарингоскопия

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б +

4. а, в, г

Укажите лимфоидные образования ротоглотки

а) небные миндалины, б) глоточная миндалина, в) трубные миндалины, г) язычная миндалина

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, г +

Указать уровни физиологических сужений пищевода

а) аортальное, б) кардиальное, в) диафрагмальное, г) в области бифуркации трахеи

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б +

4. а, в, г

Указать уровни анатомических сужений пищевода

а) вход в пищевод, б) уровень бифуркации трахеи, в) уровень дуги аорты, г) уровень диафрагмы

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, г +

4. а, в, г

Выберите риногенные орбитальные осложнения

а) риногенный менингоэнцефалит, б) флегмона орбиты, в) абсцесс лобной доли, г) отек век

1. а, б, в

2. б, г +

3. а, б, г

4. а, в, г

Укажите рецепторные образования вестибулярного анализатора

а) кортиев орган, б) ампулярный аппарат, в) отолитовый аппарат, г) кортиколимфа

1. а, б, в

2. б, в +

3. а, б, г

4. а, в, г

При раздражении вестибулярного анализатора возникает

а) нистагм, б) головокружение, в) тошнота, г) рвота

1. а, б, в, г +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

Рефлекторные виды реакций вестибулярного анализатора на адекватные раздражители

а) сенсорные, б) вегетативные, в) соматические, г) окуломоторные

1. а, б, в +
2. б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г

Для лечения фурункула слухового прохода в ст. абсцедирования показано

а) повязка с гипертоническим раствором, б) физиолечение, в) вскрытие, г) дренирование

1. а, б, в
2. б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г +

Отоскопические симптомы наружного отита

а) нависание задне-верхнего свода слухового прохода в костной части

б) гиперемия барабанной перепонки, в) гиперемия слухового прохода, г) оторрея

1. а, б, в
2. б, в, г
3. а, б, г
4. в, г +

Стадии отогенного абсцесса мозга

а) начальная, б) латентная, в) явная, г) терминальная

1. а, б, в
2. а, б, в, г +
3. а, б, г
4. а, в, г

При отогенном гнойном менингите изменения в спинномозговой жидкости

а) повышено давление, б) изменена прозрачность, в) повышено содержание белка г) повышено количество клеточных элементов

1. а, б, в, г +
2. б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г

Выбрать симптомы отогенного гнойного менингита

а) интенсивная головная боль, б) ригидность мышц затылка

в) положительный симптом Кернига, г) крайне тяжелое общее состояние

1. а, б, в
2. б, в, г
3. а, б, в, г +
4. а, в, г

Гиалиновые хрящи гортани

а) надгортанный, б) щитовидный, в) перстневидный, г) черпаловидный

1. а, б, в
2. б, в, г +
3. а, б, г
4. а, в, г

Суставы гортани

а) перстнечерпаловидный, б) перстнещитовидный, в) щитонадгортанный, г) черпалонадгортанный

1. а, б, в
2. б, в, г
3. а, б +
4. а, в, г

При инородном теле бронха развивается

а) ателектаз части легкого, б) абсцесс легкого, в) кровотечение, г) медиастенит

1. а, б, в +
2. б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г

К симптомам боковогоглочного абсцесса относятся

- а) повышение температуры тела до 38-40 градусов, б) затруднение открывания рта
- в) кривошея, г) инфильтрация боковогоглочной области на стороне поражения

1. а, б, в
2. б, в, г
3. а, б, в, г +
4. а, в, г

Объем движений в перстнечерпаловидном суставе

- а) вперед, б) назад, в) латерально, г) медиально

1. а, б, в, г +
2. б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г

Ведущие теории слуха

- а) резонансная, б) гидродинамическая, в) изменения микрофонного потенциала улитки
- г) медиаторная

1. а, б, в +
2. б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г

Колликвационный некроз слизистой оболочки пищевода возникает при ожоге:

- а) горячей пищей, б) уксусной кислотой, в) нашатырным спиртом,
- г) каустической содой

1. а, б, в
2. б, в, г
3. б, г
4. в, г +

Для острого ринита характерны следующие симптомы:

- а) слизистые выделения из носовых ходов, б) затрудненность носового дыхания в)
- значительное снижение обоняния, г) повышение температуры до 39-40С

1. а, б, в +
2. б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г

При лечении острого ринита рекомендуется применять:

- а) сосудосуживающие капли в носовые ход, б) антибиотикотерапию
- в) физиотерапевтическое лечение, г) мазь сунорэф в носовые ходы

1. а, б, в
2. б, в, г
3. а, б, г
4. а, в, г +

Предрасполагающими факторами к возникновению острых синуситов являются:

- а) наличие инфекции в носовых ходах
- б) нарушение дренажной и вентиляционной функции естественных соустьей околоносовых пазух в) снижение общей резистентности организма, г) кариозно измененные зубы на верхней челюсти

1. а, б, в
2. а, б, в, г +

3. а, б, г

4. а, в, г

При лечении острых фарингитов применяют:

а) полоскание глотки настоями и отварами трав, б) щелочные полоскания глотки в) орошение (пульверизацию) глотки ингалятором или аналогичными препаратами г) УВЧ глотки

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, б, в, г+

К симптомам поллиноза относятся:

а) обильные водянистые выделения из носовых ходов, б) частое многократное чихание в) сопутствующие аллергические конъюнктивиты, г) гнойные выделения из носовых ходов

1. а, б, в +

2. б, в, г

3. а, б, г

4. а, в, г

Укажите местные признаки хронического тонзиллита:

а) гиперемия и валикообразное утолщение свободного края небных дужек

б) рубцовые спайки между дужками и небными миндалинами

в) регионарный лимфаденит

г) наличие казеозно-гнойных пробок и жидкого гноя в лакунах небных миндалин

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, в, г +

4. а, в, г

Перечислите симптомы острого гнойного диффузного тимпаногенного лабиринтита:

а) характерное (системное) головокружение, б) нарушение равновесия,

в) тошнота, рвота г) отсутствие слуха на больное уха, д) шум в ухе,

е) спонтанный нистагм в здоровую сторону

1. а, б, в, д

2. б, в, г, е

3. а, б, в, г, д, е +

4. а, в, г, д, е

Укажите как классифицируются инородные тела уха:

а) живые, б) неживые, в) органические, г) неорганические

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, в, г +

4. а, в, г

Перечислите осложнения, которые могут наблюдаться при неправильном удалении инородного тела из наружного слухового прохода:

а) кровотечение, б) проталкивание инородного тела за сужение слухового прохода в) разрыв барабанной перепонки, г) воспаление слухового прохода

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, в, г +

4. а, в, г

Назовите инструменты, при помощи которых удаляют инородные тела из носа:

а) специальный крючок, б) штыкообразный пинцет, в) петля, г) аттиковый щуп

1. а, б +

2. б, в, г

3. а, б, в, г

4. а, в, г

Перечислите возможные последствия неизвлеченного инородного тела полости носа:

а) воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, б) образование ринолита

в) попадание в пищевод, г) попадание в дыхательные пути

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, в, г +

4. а, в, г

Назовите симптомы инородного тела гортани:

а) кашель, б) затрудненное дыхание, в) боль (при остроконечном инородном теле), г) изменение голоса

1. а, б, в

2. а, б, в, г +

3. а, б, в

4. а, в, г

Какими методами осмотра пользуются при удалении инородного тела гортани?

а) непрямая ларингоскопия, б) прямая ларингоскопия, в) передняя риноскопия, г) задняя риноскопия

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б +

4. а, в, г

Перечислите методы диагностики инородного тела бронха:

а) анамнез, б) физикальные данные, в) рентгенологический метод, г) эндоскопия

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, в, г +

4. а, в, г

Выберите характерные анамнестические эндоскопические данные инородного тела основного бронха при полной обструкции его просвета:

а) притупление перкуторного звука на стороне поражения

б) там же- резкое ослабление или отсутствие дыхательного шума

в) там же- усиление голосового дрожания

1. а, б

2. б, в, г

3. а, б, в +

4. а, в, г

Перечислите клинические формы отогенных внутричерепных осложнений:

а) экстрадуральный абсцесс, б) субдуральный абсцесс, в) гнойный менингит,

г) абсцесс височной доли мозга, д) абсцесс мозжечка, е) тромбоз сигмовидного синуса, сепсис

1. а, б, в, д

2. б, в, г, е

3. а, б, в, г, д, е +

4. а, в, г, д, е

Назовите методы диагностики и лечения инородного тела пищевода:

а) анамнез, б) рентгенологическое исследование

в) диагностическая эзофагоскопия, г) извлечение инородного тела посредством эзофагоскопии (лечебная)

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, в, г +

4. а, в, г

Назовите причины носового кровотечения:

а) травма, б) заболевание ССС и крови, в) злокачественные опухоли, г) доброкачественные опухоли

1. а, б, в, г +

2. б, в, г

3. а, б, в

4. а, в, г

Назовите методы остановки носового кровотечения:

а) передняя тампонада в сочетании с медикаментозной терапией, б) задняя тампонада
в) перевязка наружной сонной артерии, г) перевязка передней решетчатой артерии

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, в, г +

4. а, в, г

Назовите возможные осложнения при длительной передней и задней тампонаде носа:

а) воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, б) острое воспаление среднего уха

в) острое воспаление глотки, г) острое воспаление гортани

1. а, б +

2. б, в, г

3. а, б, в, г

4. а, в

Назовите ушные симптомы продольного перелома височной кости

а) ликворея и кровотечение из уха, б) разрыв барабанной перепонки, в) понижение слуха

1. а, б, в +

2. б, в

3. а, г

Назовите ушные симптомы поперечного перелома височной кости

а) парез или паралич лицевого нерва

б) вестибулярные нарушения сенсорного, соматического и вегетативного характера

в) глухота

1. а, б

2. б, в

3. а, б, в, +

106. Назовите виды переломов костей носа:

а) открытый, б) закрытый, в) со смещением костных отломков, г) без смещения костных отломков

1. а, б, в

2. б, в, г

3. а, б, в, г +

4. а, в, г

Назовите характерные симптомы открытого перелома костей носа:

а) нарушение целостности кожи, б) деформация носа, в) кровотечение, г) нарушение носового дыхания, д) боль

1. а, б, в, г

2. б, в, г, д

3. а, б, в, г, д +

4. а, в, г, д

Назовите характерные симптомы закрытого перелома костей носа:

а) деформация носа, б) кровотечение, в) боль, г) нарушение носового дыхания

1. а, б, в

2. б, в, г
3. а, б, в, г +
4. а, в, г

Ситуационная задача №1

Больной жалуется на понижение слуха на правое ухо, неприятные ощущения, которые усиливаются при перемене положения головы и субъективный шум в правом ухе. Из анамнеза известно, что 10 дней назад он переохладился, появился насморк, но продолжал работать. По производственной необходимости был срочно направлен в командировку. Самолет, на котором летел больной, дважды производил посадку, и в обоих случаях больной испытывал резкую заложенность в ушах. При обратном возвращении эти явления вновь повторились, но на протяжении последних 4—5 дней отмечает резкое ухудшение слуха на правое ухо. Объективно: в наружном слуховом проходе справа отделяемого ист. Барабанная перепонка втянута, световой конус отсутствует, по ходу рукоятки молоточка видны инъецированные сосуды. Через барабанную перепонку просматривается горизонтальный уровень жидкости. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №2

Больная жалуется на понижение слуха на оба уха, изредка появляющийся шум в ушах и ощущение (заложенности и потрескивания) во время жевания. Все эти явления начались после купания в бассейне А месяца назад. Вначале решила, что в уши при купании попала вода. Пыталась несколько раз удалить из ушей влагу, но ощущение присутствия воды в ухе не проходило. Звуки по-прежнему доходили с большим трудом. Обратилась в поликлинику. Было назначено лечение: капли Ивнос, продувание ушей. Стала замечать, что кратковременно наступило улучшение слуха (чаще всего при жевании и глотании), но затем вновь слух ухудшается. Временами появляется шум, в тишине он становится особенно мучительным и беспокоит больную. Объективно: наружные слуховые проходы свободные. Барабанные перепонки резко втянуты, утолщены, световой конус отсутствует, имеются рубцы, хорошо виден короткий отросток молоточка. Слизистая оболочка задних концов нижних носовых раковин гиперемирована. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №3

Больной направлен в ЛОР - отделение с жалобами на сильную боль в левом ухе, повышение температуры, головную боль. Заболел 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 заднее - верхнем квадрате, опознавательные пункты не определяются. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №4

К ЛОР-врачу обратилась больная с жалобами на снижение слуха на правое ухо, периодически появляющиеся выделения из уха. Из анамнеза установлено, что выделение из уха впервые появились два года назад, обострения процесса повторялись 1—2 раза в год. Проводимое амбулаторное лечение давало временный положительный эффект. Лечилась не систематически. Объективно: в наружном слуховом проходе не большое количество отделяемого слизистого характера, без запаха. Центральная перфорация барабанной перепонки, через которую видна гиперемированная и отечная слизистая оболочка барабанной полости. При риноскопии — гребень носовой перегородки. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Ситуационная задача №5

Больной предъявляет жалобы на гноетечение из левого уха, снижение слуха. Из анамнеза известно, что гноетечение из уха у больного наблюдается с детского возраста. Периодически выделение гноя усиливается, появляются головные боли. Лечился амбулаторно. При обострениях назначались антибиотики, туалет уха, введение капель борного спирта. Объективно: заушная область и ушная раковина слева не изменены, в наружном слуховом проходе небольшое количество гнойного отделяемого с неприятным запахом, в задневерхнем квадрате барабанной перепонки видна краевая перфорация не больших размеров, при зондировании зондом Воячека определяется ход в аттик, при промывании борным спиртом вымываются чешуйки холесте-атомы. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №6

Больной предъявляет жалобы на боль в левом ухе, припухлость и болезненность в левой заушной области, снижение слуха, головную боль, общую слабость.

Анамнезом установлено, что 4 дня назад после охлаждения ночью появилась стреляющая боль в левом ухе. 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 нависания задневерхней стенки, барабанная перепонка гиперемирована, отечна, опознавательные пункты отсутствуют. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №7

В ЛОР-отделение по скорой помощи доставлен больной 17 лет. Из анамнеза выявлено, что заболевание началось 2 недели назад, когда появились боли стреляющего характера в левом ухе, гнойные выделения из него. Лечился в поликлинике, после чего наступило улучшение. Три дня назад состояние больного резко ухудшилось. Вновь появилась температура до 38°С; значительно увеличилось количество гнойного отделяемого из уха, появилась боль с иррадиацией в заушную область и затылок. При объективном исследовании определяется: значительная припухлость в области сосцевидного отростка слева, ушная раковина оттопырена. При пальпации поверхности сосцевидного отростка определяется флюктуация, резкая болезненность; в левом наружном слуховом проходе обильное сливкообразное гнойное отделяемое, после удаления которого видно нависание задневерхней стенки костного отдела слухового прохода. Видимые участки барабанной перепонки отечны, гиперемированы, виден пульсирующий рефлекс. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №8

Больная, 35 лет, жалуется на боль и зуд в правом ухе, заложенность этого уха. Больна 2 дня, заболевание связывает с удалением серы из уха шпилькой. Объективно: ушная раковина не изменена, гиперемия и диффузная инфильтрация кожи наружного слухового прохода более выраженные в перепончато-хрящевом отделе. Наружный слуховой проход сужен, кожа его гиперемирована, мацерирована, покрыта слущенным эпидермисом. Пальпация козелка болезненна. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №9

Ребенок 8 мес, после перенесенной ОРВИ в течение двух дней стал беспокоен, часто плачет, качает головой из стороны в сторону, тянется ручкой к правому уху, отказывается сосать грудь. Температура тела 39° С. Из расспроса матери установлено, что у ребенка были кратковременные судороги, многократная рвота, понос. При отоскопии — правая барабанная перепонка гиперемирована, несколько выпячена, опознавательные пункты не определяются, надавливание на козелок безболезненно. Левая барабанная перепонка интактна. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача №10

К ЛОР-врачу обратился больной 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. Страдает заболеванием левого уха около 10-ти лет. Периодически наблюдаются гнойные выделения из уха с неприятным запахом. При осмотре выявляется спонтанный III степени горизонтальный, мелкокоразмашпетый 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 Шюллеру и Манеру видно расплавление кости в области антрума слева. Слух на левое ухо — 4 м. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Тесты по разделу Офтальмология

Местная анестезия применяется при:

- *гониоскопии, тонометрии, удалении инородных тел роговицы
- периметрии, визометрия
- взятии мазка с конъюнктивы
- эрозии роговицы офтальмоскопия

Неотложная помощь при флегмоне орбиты:

- *устранение причины, вскрытие и дренирование орбиты
- сухое тепло
- консервативная терапия
- консультация лор – специалистов

Травматический отек век сопровождается:

- *обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком
- блефароспазмом и слезотечением
- гиперемия
- крепитация

К клиническим признакам абсцесса века относятся:

- * разлитая гиперемия и инфильтрация век
- отсутствие флюктуации.
- гематома век;
- кожные покровы обычной окраски

Перелом медиальной стенки глазницы обычно характеризуется:

- *смещением слезного мешка, эмфизема век
- смещением слезной железы
- отсутствием кожной чувствительности в надбровной зоне
- экзофтальмом

Хроническое воспаление мейбомиевых желез - это:

- *халазион;
- внутренний ячмень
- абсцесс века
- папилома

При халазионе века необходимо:

- проводить лечение токами УВЧ, электрофорез;
- *ввести кеналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение
- проводить инсталляции дезинфицирующих капель
- заложить гидрокортизоновую мазь
- витаминотерапия

При поражении кожи век простым герпесом наблюдается:

- *на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью
- появление резко гиперемированных участков кожи и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела
- пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд;
- гиперемия и отек

При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:

- *пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд
- появление резко гиперемированных участков и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры
- на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью
- гиперемия и отек век

При язвенном блефарите изменения век носят характер:

- *кровооточающих язвочек с гнойным налетом
- пузыревидных высыпаний
- заворота век
- выворота века;

Ведущим хирургическим методом лечения бельма является

- *кератопластика
- рефракционная кератотомия
- лазеркоагуляция
- фистулизирующая кератэктомия

Эпикантус — это:

- *кожная складка, соединяющая верхнее и нижнее веко
- плотное образование на верхнем веке
- узкая глазная щель
- опущение верхнего века

Для переднего склерита характерно:

- *смешанная инъекция, боли, припухлость, длительное течение
- смешанная инъекция
- боли, слизистое отделяемое
- характеризуется длительным течением

Глазничный нерв является:

- * чувствительным нервом;
- двигательным нервом;
- смешанным нервом;
- парасимпатическим нервом;
- симпатическим нервом.

Иннервация слезной железы осуществляется:

- *лицевым и тройничным нервами
- симпатической нервной системой;
- по смешанному типу;
- парасимпатической нервной системой;
- отводящим нервом

При ранах век регенерация тканей:

- высокая;
- низкая;
- существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица;
- ниже, чем других областей лица.
- * выше чем других областей лица

Диск зрительного нерва располагается:

- * в центре глазного дна;
- в носовой половине глазного дна;
- в височной половине глазного дна;
- в верхней половине глазного дна
- за пределами глазного дна.

Зрительный нерв выходит из орбиты через:

- верхнюю глазничную щель;
- * for. opticum;
- нижнюю глазничную щель
- круглое отверстие
- верхнечелюстную пазуху

При лагофтальме возможно возникновение:

- эрозии роговицы из-за трихиаза;
- uveита;

экзофтальма;
*ксероза роговицы;
неврита.

Травматический отек век сопровождается:

*обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком;
блефароспазмом и слезотечением;
зудом;
крепитация;
гиперемия.

К клиническим признакам абсцесса века относятся:

кожные покровы обычной окраски;
гематома век;
* разлитая гиперемия и инфильтрация век;
крепитация;
отсутствие флюктуации.

Показаниями к вскрытию абсцесса века является:

* появление флюктуации;
выраженная гиперемия век;
уплотнение ткани века;
болезненность при пальпации;
температурная реакция.

При абсцессе века необходимо:

консервативная терапия;
магнитотерапия;
*при наличии симптома «флюктуации» — вскрыть и дренировать гнойник;
динамическое наблюдение;
введение стероидов.

Ложный экзофтальм наблюдается при:

ретробульбарной гематоме;
* односторонней высокой миопии;
псевдотуморе;
эндокринной офтальмопатии;
лимфоме.

Пониженное зрение при экзофтальме может быть вследствие:

*непосредственного давления на зрительный нерв;
давления на кровеносные сосуды;
хемоза конъюнктивы;
отека век;
покраснения кожи век.

Пульсирующий экзофтальм наблюдается при:

*артерио-венозном соустье между внутренней сонной артерией и кавернозным синусом;
мукоцеле;
абсолютно болящей глаукоме;
дакриoadените;
остеосаркоме.

Неотложная помощь при флегмоне:

*вскрытие и дренирование орбиты;
тепло;
местно — кортикостероиды;
динамическое наблюдение;
ограничится пункцией орбиты.

Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки — это:

остеопериостит;
*флегмона;
абсцесс;
фурункул;
ячмень.

Преобладающим источником стрептококковой инфекции при увеите является:

язвенный колит;
афтозный стоматит;
двусторонняя пневмония;
*хронический тонзиллит;
пиелонефрит.

Наиболее часто генерализованные и двусторонние поражения сосудистой оболочки глаза отмечаются при:

гельминтозах;
стрептококковых заболеваниях;
стафилококковых заболеваниях;
*системных и синдромных заболеваниях;
аденовирусной инфекции.

При невритах зрительного нерва зрение:

не изменяется;
снижается незначительно;
*снижается значительно и быстро;
снижается медленно но значительно
имеет волнообразный тип течения

Сочетанное повреждение глаза характеризуется:

проникающим ранением глазного яблока с внутриглазным инородным телом;
* повреждением органа зрения и травмой других органов;
контузией глазного яблока, осложненной гемофтальмом и сублюксацией хрусталика;
контузией глазного яблока в сочетании с проникающим ранением;
всем перечисленным.

Комбинированное повреждение глаза характеризуется:

контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика;
проникающим ранением глазного яблока и век;
*одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов;
повреждением глазного яблока и других органов;
ожогом конъюнктивы и роговицы.

При первичной хирургической обработке раны края века в первую очередь должно быть соблюдено:

достижение полной герметизации раны;
*восстановление маргинального края века;
восстановление иннервации и кровоснабжения травмированного участка века;
установление дренажа;
восстановление слезного канальца.

Перелом медиальной стенки глазницы обычно характеризуется:

экзофтальмом;
отсутствием кожной чувствительности в надбровной зоне;
*смещением слезного мешка;
смещением слезной железы;
всем перечисленным.

Первая помощь в поликлинике при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек заключается в:

вправлении выпавших оболочек;

в обильном промывании раны и инъекции антибиотиков;

иссечении выпавших оболочек и герметизации раны;

* наложении асептической повязки и срочной транспортировки в офтальмологическое отделение;

необходимы все перечисленное

Основной признак эмфиземы века:

*Крепитация

Отек

Гематома

Инфильтрация

Гиперемия

. При аллергическом дерматите наблюдается:

Герпетические высыпания.

Сосудистые «звездочки»

*Зуд, отек, гиперемия

Петехиальные кровоизлияния

Шелушение.

При параличе лицевого нерва развивается:

спастический выворот века

*паралитический выворот века

Атонический выворот

Спастический выворот

Врожденный выворот век.

Сочетание признаков - светобоязнь, слезотечение, блефароспазм - характерно для:

катаракты;

*кератита;

отслойки сетчатки;

атрофии зрительного нерва;

тромбоза центральной вены сетчатки.

Неотложная помощь при флегмоне:

*Вскрытие и дренирование орбиты

Тепло

Местно кортикостероиды

Динамическое наблюдение

Ограничится пункцией орбиты

Какая стенка орбиты наиболее уязвима для развития орбитальной патологии?

* Внутренняя

Нижняя

Верхняя

Наружная

Задняя

Какие мышцы обеспечивают подвижность глазного яблока?

*. Верхняя и нижняя косые и 4 прямые

Мышца, поднимающая верхнее веко

Круговая мышца века

Мышца Риолани

Мышца Горнера

Каким сосудом кровоснабжаются все ткани орбиты

* Глазничной артерией

Надглазничной артерией

Наружной сонной артерией

Нижней глазничной артерией

Внутренней сонной артерией

Для ретробульбарного неврита характерно:

* Концентрическое сужение, центральные и парацентральные скотомы

Клиновидное выпадение поля зрения

Гомонимные гемианопсические скотомы

Гетеронимные гемианопсические скотомы

Скотома Бьерума

Пульсирующий экзофтальм:

* Возникает в результате артерио-венозного соустья между внутренней сонной артерией и пещеристой пазухой

Возникает в результате артерио-венозного соустья между внутренней сонной артерией и глазничной артерией

. Возникает в результате артерио-венозного соустья между глазничной артерией и пещеристой пазухой

Возникает в результате артерио-венозного соустья между наружной сонной артерией и пещеристой пазухой

При каком синдроме одновременно с поражением глаз наблюдаются увеличение слюнных и слёзных желёз

* Саркоидоз

Синдром Бехтерева

Синдром Фогта-Коянаги-Харада

Синдром Стерджа-Вебера

Тромбоз пещеристой пазухи:

* Все перечисленное

Возникает при распространении инфекции из инфицированной раны лица

Вызывает отек области сосцевидного отростка

Дается общая антикоагулянтная терапия с антибиотиками

Является последствием септического тромбоза пазухи

Укажите последовательность неотложной помощи при ожоге щёлочью

1. Обильное промывание
2. Удаление частиц химического вещества
3. Промывание слабокислотными растворами
4. Мази с антибиотиком

1234

1342

2134

2314

Причиной безболезненной внезапной потери зрения не является:

Острая непроходимость ЦАС

Отслойка сетчатки

Неврит зрительного нерва

Кровоизлияние в стекловидное тело

*Острый приступ глаукомы

Тромбоз пещеристой пазухи:

Является последствием септического тромбоза пазухи

Возникает при распространении инфекции из инфицированной раны лица

Вызывает отек области сосцевидного отростка

Дается общая антикоагулянтная терапия с антибиотиками

*Все вышеперечисленное

Гемианопсия – это

*Двустороннее выпадение половин поля зрения

Выпадение поля зрения в одном из глаз

Отсутствие поля зрения в одном из глаз

Двустороннее сужение поля зрения

При битемпоральной гемианопсии поражается

Зрительный нерв

Наружные отделы хиазмы

*Внутренние отделы хиазмы

Зрительный тракт вблизи хиазмы

В области шпорной борозды

Дневное зрение осуществляется

Палочками

* Колбочками

Ганглиозными клетками

Колбочками, палочками

Сумеречное зрение осуществляется

*Палочками

Колбочками

Ганглиозными клетками

Колбочками, палочками

Исследуемый неправильно называет знаки в таблицах Рабкина, Какое у него расстройство цветоощущения

Врожденное

Приобретенное

*Может быть и то и другое

По этим данным установить невозможно.

Тесты по разделу Челюстно-лицевая хирургия

Наиболее частой локализацией перелома нижней челюсти при травматическом удалении зуба является

- а) альвеолярный отросток +
- б) тело челюсти
- в) мышцелковый отросток
- г) угол нижней челюсти +

К признакам повреждения дна гайморовой пазухи относятся

- а) обильное кровотечение из лунки
- б) выраженный болевой синдром
- в) бессимптомно
- г) обильное кровотечение из лунки, прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа +
- д) кровотечение из носа

Тактика при попадании корня в гайморовую пазуху

- а) лечение не проводить
- б) пластика соустья местными тканями без удаления корня
- в) радикальная гайморотомия, ревизия гайморовой пазухи с пластикой соустья в условиях стационара +
- г) гайморотомия в поликлинике
- д) удаление корня через лунку

Первая помощь при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба

- а) наложение пращевидной повязки +
- б) вправление вывиха, наложение пращевидной повязки
- в) вправление вывиха
- г) обезболивание, наложение пращевидной повязки
- д) направить больного в стационар

При удалении моляров на верхней челюсти необходима

- а) инфильтрационная анестезия
- б) небная проводниковая анестезия
- в) резцовая инфильтрационная анестезия
- г) туберальная анестезия
- д) туберальная, небная, инфильтрационная анестезии +

К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов относятся

- а) повреждение сосудов
- б) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови +
- в) перелом коронки зуба
- г) травматическое удаление зубов +

Признаками коллапса являются

- а) двигательное и речевое возбуждение, запавшие неподвижные глаза, расширенные зрачки, резкая бледность, поверхностное дыхание, резкое падение артериального давления
- б) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, учащение дыхания, частый пульс, умеренное падение артериального давления +
- в) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, резкое побледнение кожи, тошнота, иногда рвота
- г) повышение артериального давления, частый пульс, общая слабость, двоение в глазах

- д) потеря сознания, вегетативные симптомы, судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены

К симптомам обморока, возникшего во время удаления зуба, относятся

- а) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, спадение век, учащение дыхания, частый пульс, снижение артериального давления
- б) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов +
- в) двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи, расширение зрачков, дыхание поверхностное
- г) потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены
- д) повышение артериального давления, головокружение, общая слабость, двоение в глазах

Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов

- а) 12-14 дней
- б) 1 месяц
- в) 7-10 дней
- г) 1 год
- д) 3-4 месяца +

К общим противопоказаниям к удалению зубов относятся

- а) острый лейкоз
- б) заболевания крови, сердечно-сосудистой системы +
- в) хронический периодонтит в стадии обострения
- г) гипертоническая болезнь легкой степени
- д) общая слабость

Подготовка больного к операции удаления зубов заключается

- а) в предупреждении больного о длительности вмешательства, медикаментозной подготовке (премедикации), обезболивании +
- б) в измерении артериального давления
- в) в снятии зубного камня
- г) в измерении температуры тела
- д) в снятии электрокардиограммы

Метод полярографии позволяет определить

- а) напряжение кислорода в тканях +
- б) напряжение углекислоты в тканях +
- в) избыток углекислоты в тканях
- г) избыток кислорода в тканях
- д) нарушение окислительного-восстановительных процессов в тканях

Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти

- а) увеличивается
- б) уменьшается+

Методами выбора материала для цитологического исследования являются

- а) пункционный +
- б) аспирационный +
- в) соскоб +
- г) мазок, отпечаток +

Виды контрастных веществ

- а) жирорастворимые +
- б) водорастворимые +

- в) кислоторастворимые
- г) щелочнорастворимые

Возможно ли выполнение ангиографии без введения контрастных веществ?

- а) да
- б) нет +

Ангиография используется при следующей патологии челюстно-лицевой области

- а) при гемангиоме +
- б) при лимфангиоме
- в) при злокачественных опухолях
- г) при переломе верхней челюсти
- д) при ушибе головного мозга

При обследовании каких органов челюстно-лицевой области используется томография?

- а) височно-нижнечелюстного сустава +
- б) придаточных пазух носа
- в) слюнных желез
- г) нижней челюсти
- д) костей носа

Аускультация патологически измененных тканей применяется

- а) при флегмоне челюстно-лицевой области
- б) при гемангиоме +
- в) при переломе верхней челюсти
- г) при переломе нижней челюсти
- д) при лимфангиоме +
- е) при злокачественных опухолях

Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области

- а) при наличии свищей +
- б) при наличии резанных и колотых ран +
- в) при переломах челюстей
- г) при заболеваниях слюнных желез +
- д) при флегмонах челюстно-лицевой области
- ж) при патологии слезоотводящих путей +

Бужирование применяется

- а) при травматическом остеомиелите нижней челюсти
- б) при стенозе выводного протока околоушных желез +
- в) при неполном свище слюнных желез
- г) при стенозе слезоотводящих путей +
- д) при дакриоцистите +
- е) при гайморите
- ж) при ретенционных кистах нижней губы
- з) при радикулярной кисте нижней челюсти

Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются следующие проекции

- а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях +
- б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы +

На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?

- а) в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот +
- б) бактерии гибнут от повышения температуры в тканях

Для уменьшения спаечных процессов и келлоидных рубцов ультразвук назначается

- а) сразу после операции
- б) через 3-5 дней после операции +
- в) через 4-6 дней после снятия швов

Физиотерапевтическое лечение больных острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается

- а) с 1-3 дня +
- б) с 4-6 дня
- в) с 7-10 дня

Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?

- а) не предавать этому значения
- б) задавать наводящие вопросы
- в) вызвать на беседу родственников +
- г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось

Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

- а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
- б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи +
- в) история болезни заполняется после нормализации состояния

В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается

- а) локализация изменений +
- б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)+
- в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания) +
- г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемизированные) +

Пальпация относится

- а) к клиническому методу обследования больного +
- б) к дополнительному методу обследования больного
- в) к лабораторному методу обследования больного

Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?

- а) да
- б) нет +

Как правильно проводить пальпацию?

- а) от "здорового" к "больному" участку тела +
- б) от "больному" к "здоровому" участку тела

Перкуссия грудной клетки при обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области

- а) не применяется
- б) проведение перкуссии грудной клетки у больных с патологией челюстно-лицевой области не обязательно
- в) можно применять по показаниям
- г) обязательно применяется, как один из методов обследования больного +

В челюстно -лицевом отделении НХГ для раненых в голову, шею и позвоночник объём помощи не входит:

Формирование стебля Филатова*

Остеосинтез спицей Киршнера

Наложение аппарата Рудько

Наложение костного шва

Наложение аппарата Соловьёва*

Затрудняет лечение при комбинированных поражениях ЧЛЮ:

Синдром взаимного отягощения*

Нагноение раны

Сочетание раны с сотрясением головного мозга

Сочетание раны с ушибом головного мозга*

Позднее поступление больного

Военная медицинская комиссия временно освобождает призывника от военной службы при отсутствии:

6-7 зубов*

1-2 зубов

2-3 зубов

4-5 зубов*

3-4 зубов

Основной задачей первой врачебной помощи челюстно-лицевым раненым являются все кроме:

Борьбы с шоком

Окончательной остановки кровотечения*

Борьбы с асфиксией

Введения антибиотиков, сыворотки*

Утоления жажды

Объём специализированной помощи челюстно-лицевым раненым составляет все, кроме:

Оказания зубоврачебной помощи

Закрепления отломков челюстей

Радикальной хирургической обработки костных тканей*

Лечения раненых с обширными дефектами ЧЛО*

Радикальной хирургической обработки ран мягких тканей

Характер и объём хирургической обработки ран лица должны быть направлены на предупреждение....

Развития инфекции в ране*

Рубцевания раны

Расхождение краев раны*

Развития ложного сустава

Развития келоидного рубца

Ирригацию полости рта перед хирургической обработке раны лучше производить раствором....

Фурациллина 1:5000*

Каля перманганата 1:10008

Хлорамина (1%)

Люголя (2%)

Перекиси водорода (3%)

Во время хирургической обработки раны лица, кожу обрабатывают:

1-2 % йодной настойкой*

1 % раствором хлорамина

3 % раствором перекиси водорода

5 % раствором перманганата калия

1% раствором Люголя.*

Для остановки кровотечения из носа не применяется:

Тампонада йодоформным тампоном

Холодные примочки

Передняя и задняя тампонада

Перевязка наружной сонной артерии*

Перевязка челюстной артерии*

Тупой звук в области малых коренных зубов верхней челюсти при переломах скуловой кости связан с:

Гематомой подглазничной области

Повреждением зубов

Гемосинусом*

Ушибом мягких тканей данной области

Повреждение передней стенки гайморовой пазухи*

Симптом не имеющий диагностического значения при переломах основания черепа:

Перелом альвеолярного отростка в\ч.*

Симптом носового платка

Симптом очков

Симптом "ступеньки"*

Одутловатое и лунообразное лицо

Наименее характерный признак при переломах нижней челюсти:

Болезненность при нагрузке

Крепитация отломков

Симптом "ступеньки"*

Нарушение прикуса

Кровоизлияние в местные ткани*

Симптом характерный для перелома основания черепа на верхней челюсти:

Нарушение прикуса*

Гематома лобной области

Подкожная эмфизема ткани лица

Кровоизлияние в ткани мягкого неба

Симптом "очков"*

Каков механизм появления истинного симптома "очков"

Излияние крови из мягких тканей лица*

Излияние крови из решетчатого лабиринта

Попадание крови из гайморовой пазухи

Попадание крови через верхнюю глазничную щель*

Попадание крови через нижнюю глазничную щель

Наиболее надежное свидетельство перелома нижней челюсти

Боль при движении челюсти*

Смещение челюсти в сторону перелома

Неправильный прикус

Патологическая подвижность кости*

Тризм

Симптомы характерные для перелома скуловой кости

Онемение кожи верхней губы и кровотечение из носа*

Ограничение открывания рта и симптом "носового платка"

Симптом "ступеньки"*

Симптом "очков и " западение скуловой области

Диплопия, потеря обоняния

Основной симптом перелома костей носа

Патологическая подвижность костей носа, деформация*

Деформация носа, гематома

Подкожная эмфизема, кровотечение

Затруднение носового дыхания, гематома

Деформация носа, кровотечение из носовых ходов*

Репозиция костей носа при западении отломков производится

Крючком Лимберга

Носовым зеркалом

Элеватором Волкова*

Прямым элеватором

Зажимом Кохера *

Наиболее полноценный метод фиксации при переломах костей носа

Тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса*

Остеосинтез с минипластинками

Наложение пращевидной повязки

Тампонада носовых ходов

Наружная повязка из коллодия*

Основным симптомом перелома основания черепа является

Симптом очков

Кровотечение из носа

Ликворея*

Патологическая подвижность верхней челюсти

Кровотечение из наружного слухового прохода*

Основные симптомы перелома скуловой кости

симптом "ступенки", затрудненное открывание рта*

гематома скуловой области

деформация носа, гематома

кровоизлияние в нижнее веко

кровотечение из носа, головокружение*

Больной предъявляет жалобы на припухлость, боли, чувство жара в области левой щеки, озноб, температуру 38,6°C. Нарастающие воспалительные явления отмечает в течение 3 дней. Причину заболевания назвать затрудняется. Объективно: на коже левой щечной области определяется очаг гиперемии с четкими неровными краями, выдающимися в сторону видимо неизмененных кожных покровов. В центре очага пиогенные корки, при удалении которых выделяется небольшое количество мутной жидкости. Определяется отек кожных покровов в области очага поражения, пальпация болезненна. Инфильтративные изменения мягких тканей отсутствуют. Открывание рта в полном объеме, слизистая оболочка без изменений. У второго верхнего моляра - глубокая кариозная полость. Болевые ощущения в зубе отсутствуют, перкуссия его безболезненна. Пальпируются увеличенные, болезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы слева. Ваш диагноз?

одонтогенная флегмона левой щечной области

аденофлегмона левой щечной области

сиалоаденит левой околоушной железы

рожистое воспаление лица+

актиномикоз челюстно-лицевой области, подкожно-межмышечная форма

У больного профузное кровотечение из распадающейся опухоли корня языка, в связи с чем показана экстренная операция - перевязка наружной сонной артерии. В ходе операции рассечен поверхностный листок собственной фасции шеи, отодвинута кзади грудино-ключично-сосцевидная мышца, сразу под которой расположены внутренняя яремная вена, глубже - блуждающий нерв, еще глубже - сонная артерия с бифуркацией внутренней яремной вены, затем сонная артерия, затем блуждающий нерв+ блуждающий нерв, затем яремная вена, затем сонная артерия сонная артерия, затем нерв, затем вена блуждающий нерв, затем сонная артерия, затем вена

У больного тяжелая сочетанная травма, ушиб головного мозга, перелом верхней челюсти по типу Ле Фор III. Отмечается носовое кровотечение и ликворея. Артериальное давление - 90/60 мм рт. ст., пульс - 76 в минуту. Число дыхательных движений - 20. Когда Вы считаете необходимым проводить иммобилизацию верхней челюсти?

в течение ближайших 3-4 часов +

после полного купирования явлений черепно-мозговой травмы

после прекращения явлений кровотечения и ликвореи

спустя 10 суток после травмы

иммобилизация не требуется

Больной жалуется на внезапно появившиеся сильные распирающие боли, припухлость в боковом отделе лица, сухость во рту, болезненное открывание рта. Объективно: лицо асимметрично за счет глубокого инфильтрата околоушно-жевательной области. Кожа над ним в цвете не изменена, однако напряжена, растянута. Очагов размягчения, флюктуации

нет. Мочка уха приподнята, пальпация инфильтрата резко болезненна. Слизистая оболочка полости рта сухая, в щечной области на уровне жевательной поверхности второго верхнего моляра определяется участок ее отека и гиперемии. Отделяемого из устья выводного протока околоушной слюнной железы нет. Секреторная активность остальных слюнных желез значительно снижена. Ваш диагноз?

эпидемический паротит+
бактериальный сиалоаденит
калькулезный сиалодохит
флегмона околоушно-жевательной области
болезнь Шегрена

Назовите наиболее вероятный путь распространения гнойно-воспалительного процесса из крылонебной ямки

на клетчаточное пространство шеи
в верхнечелюстную пазуху
в наружный слуховой проход
в орбиту+
на околоушную слюнную железу

У больного, перенесшего обширную операцию на органах брюшной полости, в ближайшем послеоперационном периоде появились распирающие боли, припухлость в области угла нижней челюсти слева, привкус гноя во рту. Объективно: в задних отделах поднижнечелюстной определяется четко ограниченный инфильтрат, резко болезненный при пальпации. Кожа над ним не напряжена, в складку собирается. При глубокой пальпации из полости рта в задних отделах подъязычной области определяется инфильтрат, соответствующий верхнему полюсу подчелюстной слюнной железы. Явлений гиперемии, инфильтрации по ходу подъязычного валика нет. Из выводного потока левой подчелюстной слюнной железы - гнойное отделяемое. На боковой рентгенограмме нижней челюсти патологических изменений не определяется. Ваш диагноз?

эпидемический паротит
бактериальный сиалоаденит +
калькулезный сиалодохит
флегмона поднижнечелюстной области слева
актиномикоз челюстно-лицевой области

Больной 20 лет предъявляет жалобы на резкие боли при глотании слева, выраженные настолько, что он практически не в состоянии проглотить слюну. Изменился тембр голоса, который стал неестественно хриплым, отмечается затрудненное дыхание при попытке принять горизонтальное положение. В анамнезе боли в области "зуба мудрости" на нижней челюсти слева. Объективно: конфигурация лица не изменена, в левой поднижнечелюстной области определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы, открывание рта резко болезненно, Жевательная поверхность 3-го нижнего моляра почти полностью скрыта отечной, гиперемированной слизистой оболочкой, при надавливании из под нее выделяется гной. Крыло-челюстная складка слева гиперемирована, пальпация резко болезненна. Ваш диагноз?

фолликулярная ангина, осложнившаяся паратонзиллярным абсцессом
периконарит, осложнившийся флегмоной крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства слева+
абсцесс заглотоочного пространства
дифтерия
актиномикоз

Тесты по разделу Неврология

При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:

- А. Динамическая
- Б. Вестибулярная
- В. Статическая
- Г. Сенситивная

При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется:

- А. В левом мосто-мозжечковом углу
- Б. В правом полушарии мозжечка
- В. В мосту мозга слева
- Г. В области верхушки пирамиды левой височной ко

Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции являются признаком поражения узла:

- А. Вестибулярного
- Б. Крылонёбного
- В. Коленчатого
- Г. Гассерова

Больной с моторной афазией:

- А. Понимает обращенную речь, но не может говорить
- Б. Не понимает обращенную речь и не может говорить
- В. Может говорить, но не понимает обращенную речь
- Г. Может говорить, но речь скандированная

Больной с сенсорной афазией:

- А. Не может говорить и не понимает обращенную речь
- Б. Понимает обращенную речь, но не может говорить
- В. Может говорить, но забывает названия предметов
- Г. Не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
- Д. Не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

Акустико-мнестическая афазия чаще всего наблюдается при поражении:

- А. Лобной доли
- Б. Теменной доли
- В. Стыка лобной и теменной доли
- Г. Стыка височной и теменной доли

Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого нёба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:

- А. Ножек мозга
- Б. Моста мозга
- В. Продолговатого мозга
- Г. Покрышки среднего мозга

Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении:

- А. Теменной доли
- Б. Височной доли
- В. Лобной доли
- Г. Затылочной доли

Слуховая агнозия наступает при поражении:

- А. Теменной доли
- Б. Лобной доли
- В. Затылочной доли
- Г. Височной доли

Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов:

- А. Языкоглоточного, блуждающего, добавочного
- Б. Блуждающего, добавочного, подъязычного
- В. Добавочного, языкоглоточного, подъязычного
- Г. Блуждающего, лицевого, тройничного

Парез горизонтального взора может быть связан с поражением доли:

- А. Лобной
- Б. Височной
- В. Теменной
- Г. Затылочной

Периферический парез нёба, язычка, голосовой связки с одной стороны и спастический гемипарез с гемианестезией с другой стороны называют син-дромом:

- А. Джексона
- Б. Шмидта
- В. Гасперини
- Г. Авеллиса

Конструктивная апраксия возникает при поражении:

- А. Лобной доли доминантного полушария
- Б. Лобной доли недоминантного полушария
- В. Теменной доли доминантного полушария
- Г. Теменной доли недоминантного полушария

Расстройство схемы тела отмечается при поражении:

- А. Височной доли доминантного полушария
- Б. Височной доли недоминантного полушария
- В. Теменной доли доминантного полушария
- Г. Теменной доли недоминантного полушария

Сенсорная афазия Вернике возникает при поражении:

- А. Верхней височной извилины
- Б. Средней височной извилины
- В. Верхнетеменной дольки
- Г. Нижней теменной дольки

Противопоказанием к проведению магнитно-резонансной томографии является:

- А. Беременность
- Б. Повышенная чувствительность к природным магнитным полям
- В. Установленный кардиостимулятор
- Г. Металлические зубные имплантаты

Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы:

- А. На постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- Б. На короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
- В. На приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
- Г. На длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения

Что чаще всего происходит с уровнем глюкозы при гнойном менингите:

- А. Снижается
- Б. Повышается
- В. Остается в пределах нормы
- Г. Снижается, затем повышается

Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком:

- А. Ретробульбарной опухоли орбиты
- Б. Тромбоза глазничной артерии
- В. Каротидно-кавернозного соустья
- Г. Супраселлярной опухоли гипофиза
- Д. Арахноидэндотелиомы крыла основной кости

Двусторонний экзофтальм является признаком:

- А. Гиперпродукции тиреотропного гормона
- Б. Опухоли перекреста зрительных нервов
- В. Роста краниофарингиомы вперед и вверх (в сторону передних клиновидных отростков турецкого седла)
- Г. Всего перечисленного
- Д. Верно Б и В

У больного обнаруживается горизонтальный нистагм, при отведении глазных яблок в стороны. Походка шаткая, с нарастанием шаткости при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечается промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой пробы справа, адиадохокinez справа, изменение почерка (мегалография). Снижен мышечный тонус справа. Парезов конечностей нет. Где локализуется очаг поражения?

- 1. Левое полушарие мозжечка
- 2. Червь мозжечка
- 3. Лобная доля слева
- 4. Правое полушарие мозжечка+
- 5. Лобная доля справа

У больной после простуды возникли стреляющие боли в левой половине лица и в ухе, с последующим присоединением отека, пузырьковых высыпаний и гиперестезии на одноименной половине. Определите уровень поражения тройничного нерва и назовите диагноз:

- 1. Невралгия тройничного нерва
- 2. Ядра моста
- 3. Гассеров узел+
- 4. Ветви тройничного нерва
- 5. Ганглионит+
- 6. Неврит тройничного нерва

Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, склонен к плоским шуткам, неопрятен. Где локализуется патологический очаг и как называется нарушение?

- 1. Лобная доля+
- 2. Теменная доля
- 3. Височная доля
- 4. Апраксия
- 5. Лобная психика+

Больному 7 лет. Заболел остро. Внезапно среди полного здоровья возникла сильная диффузная головная боль, рвота, озноб, боли в мышцах, повысилась температура до 39,5° С. . В классе карантин по менингококковому менингиту. Неврологически: заторможен, зрительная гиперестезия, выраженные менингеальные симптомы, парезов и патологических рефлексов нет. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ. Спиналномозговая пункция: ликвор мутный, вытекает под повышенным

давлением, белок – 3‰, цитоз – 20000 в мкл., преимущественно нейтрофилы. Поставьте диагноз:

1. Лимфоцитарный хориоменингит
2. Субарахноидальное кровоизлияние
3. Туберкулезный менингит
4. Первичный гнойный менингит+
5. Вторичный гнойный менингит

Ребенок 10 лет. Заболел остро: повысилась температура, появилась сильная головная боль, многократная рвота, вялость. Перед этим, в течении 5 дней, лечился по поводу паротита. Объективно: определяется незначительная припухлость в околоушных областях, лежит на боку с приведенными к животу ногами, положительные симптомы Кернига, верхний Брудзинский. Парезов и чувствительных расстройств не выявлено. Спинномозговая пункция: ликвор прозрачный, вытекает под повышенным давлением, белок – 0,6 г/л, цитоз – 200 в мкл. (лимфоциты). Поставьте диагноз:

1. Вторичный гнойный менингит
2. Субарахноидальное кровоизлияние
3. Первичный серозный менингит+
4. Первичный гнойный менингит
5. Вторичный серозный менингит

Тесты по разделу Онкология

Что такое комбинированное лечение

- а) паллиативная операция в сочетании с пред- либо послеоперационной лучевой терапией
- б) радикальная операция в сочетании с пред- либо послеоперационной лучевой терапией +
- в) лучевая терапия. Операция через 3 месяца по поводу продолженного роста опухоли
- г) операция, лучевая терапия через 8 месяцев по поводу рецидива

Патогенез поздних лучевых повреждений

- а) асептическое воспаление
- б) запустевание сосудов, гипоксия+
- в) изменение иннервации
- г) дистрофические изменения тканей

Что относят к лучевым реакциям

- а) эпителииты +
- б) дерматиты +
- в) фиброзы подкожно-жировой клетчатки
- г) лучевые язвы

Что относят к лучевым повреждениям

- а) эпителииты
- б) дерматиты
- в) телеангиоэктазии +
- г) фиброзы подкожно-жировой клетчатки +
- д) лучевые язвы +

Основные причины «запущенности» онкологической патологии

- а) позднее обращение больных к врачу
- б) неполное обследование больных +
- в) отсутствие онкологической настороженности врачей+
- г) ошибки при морфологическом исследовании +

Рак какого отдела гортани протекает наиболее агрессивно

- а) надскладковый
- б) складковый
- в) подскладковый +

Термин «феохромоцитома» означает

- а) доброкачественная опухоль почки
- б) злокачественная опухоль почки
- в) доброкачественная опухоль надпочечника +
- г) злокачественная опухоль надпочечника

Наиболее частой локализацией рака в полости рта является

- а) дно полости рта
- б) мягкое небо
- в) язык +
- г) щека

Наиболее частая морфологическая структура злокачественных опухолей слюнных желез

- а) аденокарцинома +
- б) плоскоклеточный рак
- в) мукоэпидермоидный рак
- г) лимфосаркома
- д) аденокистозный рак

Какие методы диагностики необходимо использовать для диагностики рака гортани

- а) непрямая ларингоскопия +
- б) фиброларингоскопия +

- в) боковая рентгенография +
- г) томография +
- д) компьютерная томография +

Какие методы лечения надскладкового отдела гортани III стадии

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химио-лучевой
- г) комбинированный +

Симптомы рака складкового отдела гортани

- а) охриплость +
- б) боль при глотании
- в) чувство дискомфорта при глотании
- г) затрудненный вдох
- д) поперхивание

Доброкачественные опухоли характеризуются

- а) способностью метастазировать
- б) неконтролируемым инфильтративным ростом
- в) высокой дифференцировкой клеток +
- г) наличием капсулы +

Злокачественные опухоли характеризуются

- а) наличием капсулы
- б) инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани +
- в) снижением силы сцепления клеток +
- г) оттеснением окружающих тканей

Характерные клинические проявления начальных форм рака пищевода

- а) чувство царапания за грудиной или прилипания при проглатывании пищи +
- б) осиплость голоса
- в) мучительный кашель, сопровождающийся кровохарканьем
- г) гиперсаливация
- д) дисфагия II-III степени

Методы первичной диагностики рака пищевода

- а) компьютерная томография
- б) рентгенография пищевода +
- в) эзофагоскопия с биопсией +
- г) морфологическое исследование биопсийного материала

Наиболее частой локализацией рака в полости рта является

- а) дно полости рта
- б) мягкое небо
- в) язык +
- г) щека

Наиболее частая морфологическая структура злокачественных опухолей орофарингеальной зоны

- а) аденокарцинома
- б) плоскоклеточный рак +
- в) мукоэпидермоидный рак
- г) лимфосаркома

Какие методы лечения надскладкового отдела гортани III стадии

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химио-лучевой+
- г) комбинированный

У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, метастазы в печень. При глотании с трудом проходит жидкость. Ваша тактика?

- а) бужирование опухоли
- б) эндоскопическая реканализация опухоли
- в) эзофагостома
- г) гастростома+
- д) еюностома

У больного 50 лет обнаружен рак средне-грудного отдела пищевода. Рентгенологически протяженность участка поражения до 8 см, смещаемость его по отношению к телам позвонков при глотании, перемене положения тела ограничена. По данным компьютерной томографии имеются единичные регионарные метастазы, отдаленных нет. Заключение гистологического исследования - плоскоклеточный рак. Общее состояние: относительно удовлетворительное, астеничен, за время болезни похудел на 15 кг. Сопутствующих заболеваний не выявлено. Ваша лечебная тактика?

- а) лучевая терапия, операция не показана
- б) наложение гастростомы через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишкой
- в) операция Добромыслова-Торека, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишкой+
- г) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофаго-гастроанастомозом)
- д) бужирование опухоли с последующим эндопротезированием

Больной 45 лет был прооперирован по поводу гипертиреозного зоба. Сразу же после операции у больного появились осиплость голоса, стал поперхиваться. Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного?

- повреждение трахеи
- повреждение возвратного гортанного нерва+
- инородное тело гортани
- гематома
- тиреотоксический криз

Тесты по разделу Пульманология и аллергология

Экспираторная одышка наиболее характерна для:

Экссудативный плеврит
 Приступ бронхиальной астмы +
 Сердечная астма
 Бронхоэктатическая болезнь
 Туберкулез легких

Сухой кашель наиболее характерен для:

Вторая стадия крупозной пневмонии
 Период после прорыва абсцесса легкого
 Обострение хронического бронхита
 Ларингит +
 Бронхоэктатическая болезнь

Боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании и кашле, возникают при:

Сухой плеврит +
 Бронхоэктатическая болезнь
 Экссудативный плеврит
 Хронический бронхит
 Бронхиальная астма

Частота дыхания у здорового человека в покое составляет:

До 10 дыхательных движений в минуту
 10-12 дыхательных движений в минуту
 14-20 дыхательных движений в минуту +
 20-25 дыхательных движений в минуту
 Более 25 дыхательных движений в минуту

Причиной экспираторной одышки является

стеноз гортани
 пневмония
 бронхоспазм +
 трахеит

Для синдрома Картагенера характерны

хронические синуситы
 бронхоэктазы
 обратное расположение внутренних органов
 все перечисленное +

Ведущий фактор, обуславливающий переход острого легочного воспаления в хроническое:

предшествующее вирусное поражение респираторного аппарата;
 изменение свойств микрофлоры;
 бронхиальная обструкция;
 хронические воспалительные процессы верхних дыхательных путей и придаточных пазух носа;
 поздно начатое и неадекватное лечение пневмонии. +

Важнейший критерий диагностики хронического бронхита:

кашель с мокротой не менее 3 месяцев в году подряд не меньше 2 лет;
 усиленное везикулярное (жесткое) дыхание;
 сухие басовые и дискантовые хрипы;
 влажные мелко- и крупнопузырчатые хрипы;
 исключение других заболеваний верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы. +

Важнейший метод верификации хронического бронхита:

общеклиническое физическое (физикальное) исследование;

рентгенография органов грудной клетки;
исследование крови на общий анализ;
бронхологическое исследование (бронхоскопия, щеточковая биопсия, цитологическое и бактериологическое исследование бронхиального содержимого). +

Для дифференциальной диагностики хронического бронхита с раком легкого необходимо использовать:

рентгенологические (рентгенография, компьютерная томография, бронхография) методы;
бронхофиброскопию;
цитологические и гистологические методы;
лабораторные методы;
все перечисленные. +

У больных острым бронхитом обязательно отмечается следующий симптом:

кашель +
кровохарканье
боли в грудной клетке
ознобы
миалгии

Важнейшим критерием для диагностики хронического бронхита является:

наличие бронхиальной обструкции
кашель с мокротой не менее 3 месяцев в году на протяжении последних двух лет +
изменение газового состава крови
появление у больного одышки при обычной физической нагрузке
похудание

Больной во время бронхиальной астмы обычно занимает положение:

активное
пассивное
горизонтальное с приподнятыми ногами
лежа на боку
сидя, опираясь о колени +

Характер мокроты при бронхиальной астме:

стекловидная +
слизисто-гнойная или "ржавая"
слизистая
гнойная
нет мокроты

Для приступа бронхиальной астмы наиболее характерен перкуторный звук:

ясный, легочный
с коробочным оттенком +
тимпанический
притупленный
укорочение перкуторного звука

У больного во время приступа бронхиальной астмы обнаруживаются следующие аускультативные признаки:

ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы
жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы +
бронхиальное дыхание, крепитация
амфорическое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы
ослабленное везикулярное дыхание

В мокроте больного бронхиальной астмой после приступа обнаруживаются следующие патологические элементы:

эластические волокна
пробки Дитриха

спирали Куршмана +
эритроциты
эпителиальные клетки

Характерным осложнением бронхиальной астмы является:

пневмоторакс
гидроторакс
эмфизема +
легочное кровоотечение
воспаление легочной ткани

Факторами, располагающими к развитию бронхиальной астмы, являются все, кроме одного

вирусы и вакцины +
атопия
наследственность
гиперактивность бронхов

Бронхиальная астма, обусловленная сенсбилизацией к грибковым аллергенам характеризуется следующими признаками, кроме одного

обострение в сырых помещениях
тяжелым течением с частыми рецидивами
учащение приступов в морозное время года
возникновение приступов при употреблении сыра, дрожжевого теста, лечение пенициллином
Для диагностики бронхиальной астмы не используется

спирометрия
пикфлоуметрия
Рентгенография +
определение IgE в крови

Для бронхиальной астмы характерны все перечисленные признаки, за исключением

приступа бронхоспазма с экспираторной одышкой
повышения хлоридов поте и моче +
гиперпродукции вязкой прозрачной мокроты
рассеянных непостоянных сухих и влажных хрипов
Для атопической бронхиальной астмы не характерно
повышенный уровень медиаторов аллергических реакций
высокий уровень иммуноглобулинов E
наличие эозинофилов в мокроте
лейкоцитоз с выраженным палочкоядерным сдвигом +

С целью профилактики кандидоза полости рта при использовании ингаляционных глюкокортикоидов больной должен:

периодически принимать противогрибковые препараты
обрабатывать полость рта противогрибковыми мазями
полоскать рот водой или содовым раствором после ингаляции препаратов +
делать профилактические перерывы в лечении этими препаратами

Укажите на глюкокортикоид длительного действия (> 36 часов):

гидрокортизон
преднизолон
метилпреднизолон
триамцинолон
дексаметазон +

Для купирования затянувшегося приступа удушья при бронхиальной астме необходимо:

увеличить дозу бета₂-агонистов
увеличить дозу ингаляционных глюкокортикоидов
ввести глюкокортикоиды внутривенно +

выполнить все вышеуказанные мероприятия в указанной последовательности

Для аспириновой бронхиальной астмы характерны следующие признаки:

непереносимость аспирина

вазомоторная риносинусопатия

наличие приступов удушья

все вышеперечисленное. +

Астматический статус II-III степени требует немедленного применения

антигистаминных препаратов

кортикостероидов +

интала

адреналина

Больной в возрасте 15 лет с жалобами на слабость, кашель с отделением большого количества мокроты (100-150 мл в сутки) желто-зеленого цвета, обильное гнойное отделяемое из носа. Температура тела 38,7. Из анамнеза: в течении 2 лет отмечаются обострения бронхита 4-5 раз в год, обострения протекают тяжело, требуется длительная антибактериальная терапия. Ремиссия хронического бронхита нестойкая, сохраняется продуктивный кашель, умеренная одышка. Обострения хронического гайморита до 6 раз в год. Перенес 3 острых пневмонии. Какой предположительный диагноз:

а. Аспириновая бронхиальная астма, тяжелого течения, гнойный гайморит-этмоидит

б. Первичный иммунодефицит. Общая переменная иммунная недостаточность: агаммаглобулинемия. Хронический бронхит. Хронический гайморит*

в. Первичный иммунодефицит. Изолированный дефицит Ig A. Обструктивный бронхит, в стадии обострения.

г. Первичный иммунодефицит. X-сцепленная агаммаглобулинемия. Хронический бронхит. Хронический гайморит

д. Хронический бронхит в стадии обострения. Хронический гайморит, в стадии обострения

В отделение поступил ребенок, 12 лет, с диагнозом: отек Квинке. Из анамнеза: страдает бронхиальной астмой, перед поступлением принимал антибиотики, антипиретики, поливитамины по поводу очаговой бронхопневмонии. На фоне бронхопневмонии наступило обострение астмы, в результате чего была увеличена доза принимаемых базисных глюкокортикоидов. Какие препараты могли вызвать развитие отека Квинке :

а. поливитамины, антибиотики*

б. глюкокортикоиды, антибиотики

в. поливитамины, антипиретики

г. антипиретики, антибиотики

д. глюкокортикоиды, поливитамины

Ребенок 10 лет, мальчик, жалобы на заложенность носа, чихание, зуд, выделения из носа.

Указанные симптомы появляются, когда ребенок приходит домой из школы. Какие факторы являются причиной описанных жалоб:

а. домашняя пыль*

б. клещи домашней пыли*

в. холодный воздух

г. пыльца комнатных растений

д. пищевые продукты

У мальчика 12 лет жалобы на заложенность носа, чихание, выделения из носа. Из анамнеза: страдает в течении 2 недель, облегчение наступает после приема лоратадина.

Поставлен диагноз – аллергический сезонный ринит, легкой степени тяжести. Какие препараты необходимо включить в схему лечения:

а. Системные антигистаминные препараты*

б. Препараты кромогликата натрия*

в. Топические глюкокортикоиды

г. Топические антигистаминные препараты*

д. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

На приеме у педиатра ребенок, мальчик 10 лет, с жалобами на заложенность носа, зуд в носу, выделения из носа, свистящие хрипы, кашель с трудноотделяемой мокротой, нарушение сна. Из анамнеза: страдает в течении 5 дней, указанные симптомы появились после перенесенного ОРЗ. С детства страдает частыми простудами, хроническим тонзиллитом. Аллергические реакции на продукты и лек препараты не отмечались. Отец ребенка страдает атопическим дерматитом. Какой диагноз можно предположить:

а. Острая респираторная вирусная инфекция. Острый ринит

б. Бронхиальная астма. Аллергический ринит*

в. Очаговая бронхопневмония. Острый ринит

г. Экзогенный аллергический альвеолит. Аллергический ринит

д. Хронический обструктивный бронхит стадии обострения. Аллергический ринит

Мужчина 23 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5°C, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: температура тела 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧД-16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС- 72 в мин, АД-120/80 мм рт. ст. Каков наиболее вероятный диагноз:

Острый бронхит. +

Хронический бронхит.

ХОБЛ.

Бронхиальная астма.

Пневмония.

Больная В., 34 лет, обратилась к врачу с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин. Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД- 26 в мин. Тоны сердца ритмичные 92 в мин., АД 110/80 мм рт.ст. Сформулируйте предположительный диагноз.

Бронхиальная астма. +

ХОБЛ.

Пневмония.

Хронический обструктивный бронхит.

Хронический простой бронхит.

Тесты по разделу Анестезиология и реанимация

Лидокаин относится к фармакологической группе:

- эфиров
- аминов
- амидов+
- эстеров
- циклоспоринов

Новокаин относится к фармакологической группе:

- Эфиров+
- аминов
- амидов
- эстеров
- производных изохинолина

Какое утверждение неправильно касательно лидокаина при внутривенном введении:

- подавляет фарингеальные рефлекс
- угнетает дыхание+
- подавляет ларингеальные рефлекс
- вызывает конвульсии
- снимает ларингеальный спазм

Повышенное внутричерепное давление уменьшается под действием

- маннитола внутривенно+
- фторотана
- кетамина
- недеполяризующих миорелаксантов
- сукцинилхолина

К типичным симптомам повышенного ВЧД относятся

- потеря периферического зрения
- рвота, отек соска зрительного нерва+
- головокружение, вертикальный нистагм
- верно а) и б)
- верно б) и в)

Антибактериальную терапию в первые дни после черепно-мозговой травмы назначают с учетом():**

- проницаемости через гемато-энцефалический барьер+
- предполагаемой микрофлоры
- нейротоксичности и широты спектра действия препаратов+
- верны все ответы

Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на

- расслаивающую аневризму аорты+
- тромбоэмболию легочной артерии
- инфаркт миокарда
- кардиоспазм
- синдром Титце

Возникновение болей за грудиной после еды при принятии горизонтального положения наиболее характерно для

- кардиоспазма
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы+
- язвенной болезни желудка
- вариантной стенокардии

обострения хронического холецистита

Эффективность нитроглицерина в купировании приступа загрудинных болей помимо стенокардии отмечается также при

кардиоспазме+

нейроциркуляторной дистонии

пролапсе митрального клапана

остром перикардите

грыже пищеводного отверстия диафрагмы

Рефлекторный (болевого) коллапс при остром инфаркте миокарда купируют

мезатоном

строфантином

нейролептаналгезией+

баралгином

анальгином

При остром инфаркте миокарда с болевым синдромом повторное внутривенное введение фентанила возможно

через 10 мин

через 30 мин+

через 1 ч

через 4 ч

повторное введение не проводится

Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным АД является

строфантин

нитроглицерин+

маннитол

преднизолон

пентамин

К препаратам выбора при отеке легких на фоне артериальной гипотензии у больных острым инфарктом миокарда относятся

норадреналин

сердечные гликозиды

допамин + нитроглицерин+

кортикостероиды + лазикс

все перечисленные препараты

Препаратом выбора при истинном кардио-генном шоке является

кортикостероиды

мезатон

сердечные гликозиды

допамин+

все перечисленное

При остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, используют фентанил + дроперидол (в/в капельно), гепарин (в/в), реополиглюкин (в/в капельно)+

фентанил + дроперидол (в/в струйно), мезатон (в/в струйно)

преднизолон (в/в), нитроглицерин (в/в)

полиглюкин (в/в струйно), мезатон (в/в)

допустимы все перечисленные варианты

Глоточный рефлекс в большей степени подавляет:

Кеталар.

Эфир.

Оксибутират натрия.

Пропофол +

Фторотан

У хирургических больных с сопутствующей стабильной стенокардией какую тактику выбираете:

Особых опасений не вызывает.

Нуждается в специальной подготовке.

Особых опасений не вызывает, только при надобности используется нитроглицерин. +

Проводятся все мероприятия для профилактики инфаркта миокарда

консультация кардиолога

У планового хирургического больного обнаружены единичные ранние экстрасистолы, определите тактику:

Операция отменяется.

Проводится специальная подготовка. +

Опасений не вызывает.

Операция не отменяется, выбирается наиболее адекватный метод анестезии.

Оперативное вмешательство только по жизненным показаниям

После перенесенного инфаркта миокарда плановая операция отменяется:

На 1-2 месяца.

На 2-3 месяца.

На 4-5 месяцев. +

На один месяц.

Не отменяется вовсе

Какое состояние после перенесенного инфаркта миокарда вызывает тревогу у анестезиолога:

Осложнения отсутствуют.

Стенокардия.

Левожелудочковая недостаточность. +

Единичные экстрасистолы.

Хронический бронхит

Определите тактику анестезиолога у экстренных хирургических больных при наличии острого инфаркта миокарда:

Оперативное вмешательство откладывается.

Проводится подготовка сердечными гликозидами.

Операция без подготовки и обеспечивается адекватная анестезия.

Кардиозащита и адекватная анестезия. +

Обычная тактика как для планового больного

Во время анестезии при операции на среднем ухе

бета-адреноблокаторы не должны применяться

нередко развивается воздушная эмболия

дачу закиси азота надо прекратить перед прикреплением трансплантата +

верны все ответы

верны а) и в)

Касательно анестезии у больного с одонтогенным воспалительным процессом (абсцессом, флегмоной)

метод региональной анестезии в сочетании с седативными и центральными анальгетиками является оптимальным

водный наркоз барбитуратами и введением сукцинилхолина противопоказан

при наличии острых нарушений дыхания показана общая анестезия с интубацией через предварительно наложенную трахеостому

интубация через нос вслепую противопоказана

правильны все ответы +

У 5-летнего ребенка кровотечение после плановой адено-тонзиллэктомии

шок вряд ли будет тяжелым

следует избегать седации, чтобы минимализировать сердечнососудистую де-прессию
сыворотка больного должна быть подготовлена и исследована на групповую принадлежность до индукции

предпочтительна (ингаляционная) газовая индукция+

анестезия должна быть дана в положении лежа, чтобы обеспечить быструю эндотрахеальную интубацию

Целесообразная анестезиологическая техника при микрохирургических операциях на гортани может включать:

эндотрахеальную интубацию трубкой уменьшенного размера с манжетой

нейролептаналгезию

инсуфляцию во время апное

верны ответы а) и б)

верны все ответы +

Ребёнок в возрасте 1 года с массой тела 9 кг был направлен на бронхоскопию по поводу аспирированного им инородного тела. Признаки дыхательной недостаточности отсутствовали, но прослушивались выраженные шумы на вдохе и выдохе. Частота дыхания составила 40 в мин., температура тела была в пределах нормы. При перкуссии грудной клетки отмечался коробочный оттенок звука над левым лёгким, на рентгенограмме грудной клетки - перераздутие левого лёгкого со смещением средостения вправо.

- Какова оптимальная анестезия для такого ребёнка?

- Каковы основные проблемы при анестезии и извлечении инородного тела через бронхоскоп?

Девочка в возрасте 10 лет с массой тела 21 кг, страдавшая рецидивирующим двусторонним серозным отитом, направлена на операцию мириготомии и восстановления проходимости слуховых труб. В анамнезе есть указание на врождённую патологию сердца (синдром Айзенменгера с двунаправленным шунтированием через дефект в межжелудочковой перегородке, гипертензией в малом круге, незаращением аортального протока и незначительной регургитацией митрального клапана). Из других заболеваний отмечались рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей и несчастный случай в прошлом с сосудистыми и мозговыми нарушениями. Во время плача у девочки обычно появляется цианоз. Гематокрит перед операцией составляет 55%.

- Какие показатели следует оценивать перед проведением наркоза у данной больной?

- Каково влияние врождённой патологии сердца на скорость введения в наркоз?

У пациента 68 лет в послеоперационном периоде сохраняется выраженный болевой синдром. Кроме этого, у больного развилась клиника дыхательной недостаточности 2-й степени, больной вял, несколько заторможен. Какой наркотический анальгетик можно применить у данного больного с целью обезболивания?

морфии 10 мг

промедол 20 мг

ноर्फин 0,3 мг

дипидолор 7,5 мг+

фентанил 0,1 мг

Перед плановыми и экстренными оперативными вмешательствами пациентам проводится премедикация. Назовите основные цели премедикации

анальгезия и профилактика вагусных реакций

нейровегетативная стабилизация, профилактика вагусных рефлексов, устранение страха перед операцией

создание фона анальгезии, парасимпатолитическое действие, нейровегетативная защита

снятие психоэмоционального напряжения, нейровегетативная стабилизация, потенцирование анестетиков, профилактика вагусных реакций+