

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**Выделения из носа. носовое кровотечение. особенности клиники,
течение у детей**

*Учебно-методическое пособие для студентов 6-курса и преподавателей
медицинских ВУЗов, врачей общей практики*

Ташкент – 2012

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАНА**

Ташкентская медицинская академия

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по научной работе
Профессор Тешаев О.Р.

« » _____ 2012год
Протокол № _____

**ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА. НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ**

*Учебно-методическое пособие для студентов 6-курса и преподавателей
медицинских ВУЗов, врачей общей практики*

Ташкент – 2012

Составители:

Шайхова Х.Э. – заведующий кафедрой ЛОР болезней ТМА, д.м.н., проф.

Хасанов У.С. – доцент кафедры ЛОР болезней ТМА, д.м.н.

Хакимов А.М. – профессор кафедры ЛОР болезней ТМА, д.м.н.

Маткулиев Х.М. - профессор кафедры ЛОР болезней ТМА, д.м.н.

Ходжанов Ш.Х. – доцент кафедры ЛОР болезней ТМА, к.м.н.

Шамсиев Д.Ф. – доцент кафедры ЛОР болезней ТМА, д.м.н.

Махкамова Н.Э. – доцент кафедры ЛОР болезней ТМА, д.м.н.

Абдуллаева Н.Н. – ассистент кафедры ЛОР болезней ТМА, д.м.н.

Ахунжанов Н.О. – ассистент кафедры ЛОР болезней ТМА, к.м.н.

Махамадаминова Ш.А. – ассистент кафедры ЛОР болезней ТМА, к.м.н.

Шарипова А.У. – ассистент кафедры ЛОР болезней ТМА, к.м.н.

Хайдарова Г.С. – ассистент кафедры ЛОР болезней ТМА, к.м.н.

Джаббаров Н.Н. – ассистент кафедры ЛОР болезней ТМА

Исматов Х.Х. – ассистент кафедры ЛОР болезней ТМА

Рецензенты:

Хасанов С.А. – профессор кафедры Оториноларингологии, детской оториноларингологии и курса детской стоматологии ТашПМИ, д.м.н.

Джаббаров К.Д. – зав.кафедрой ЛОР заболеваний ТашИУВ, д.м.н., проф.

Обсуждено и утверждено Ученым Советом ТМА

«_____» _____ 2012 г. Протокол № _____

Секретарь Ученого Совета ТМА,
доктор медицинских наук, доцент

Саломова Ф.И.

Тема: ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА. НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ.

1. Место проведения занятия, оснащение

- кафедра ЛОР болезней

Оснащение практического занятия:

1. Таблицы:

- строение носа и околоносовых пазух;
- заболевания носа;
- передняя риноскопия;
- риногенные орбитальные осложнения;
- передняя тампонада носа
- задняя тампонада носа
- рентген изображение носа и околоносовых пазух;
- риногенные внутричерепные осложнения;
- острый и хронический гайморит;
- лечебные манипуляции при воспалении околоносовых пазух носа

2. Рентгенограммы носа и околоносовых пазух по данной патологии.

3. Слайды:

- Инородное тело носа;
- Искривление носовой перегородки ;
- Специфические заболевания носа;
- хронический гайморит, гайморотомия;
- хронический фронтит, фронтотомия;
- носовое кровотечение и способы его остановки;
- рентгенограмма больного хроническим гнойным гайморитом;
- пункция и промывание верхнечелюстной пазухи (схема);

4. Муляжи и костные препараты

5. Демонстрация больных с данной патологией в смотровом кабинете и в операционной.

2.Продолжительность изучения темы

Количество часов – 5 ч 30 мин.

Особенности клиники, течение у детей – 1 час.

3. Цель занятия:

научить студентов диагностировать острые и хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух, определять причины носового кровотечения, знать их этиопатогенез и принципы лечения и профилактики, состояние ЛОР органов у детей, их особенности, пропаганда здорового образа жизни, охрана окружающей среды.

Задачи занятия

- обсудить этиологию, предрасполагающие факторы, пути распространения инфекции при острых и хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух;
- изучить субъективные и объективные симптомы, дифференциальную диагностику, специальные методы исследования при острых и хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух;
- рассмотреть принципы консервативной терапии и показания к операциям, а также профилактику острых и хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух;
- выявить причины носовых кровотечений;
- рассмотреть методы остановки носового кровотечения;

Студент должен знать:

- Этиологию, патогенез, предполагающие факторы острых и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух; возрастные особенности течения;
- Особенности клиники и течения различных форм острых и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух и их осложнения;
- Методы остановки носового кровотечения;
- Проведение лечебно-профилактических мероприятий, диспансерных наблюдений больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух, после перенесенных оперативных вмешательств.

Студент должен уметь:

- Обследовать больного, интерпретировать полученные данные, провести дифференциальную диагностику и поставить диагноз
- при необходимости провести переднюю и заднюю риноскопию. При необходимости пункцию верхнечелюстной пазухи
- Оказать экстренную помощь, проведение лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от категории услуг, и при необходимости направить больного к специалисту.

-

4. Мотивация

Эндоскопические методы исследования ЛОР органов является одной из основных навыков в деятельности врача ВОП и других специальностей. Знание и овладение методами исследования ЛОР органов способствует установление основных причин тех или иных патологических состояний, проведение дифференциальной диагностики заболеваний, определение адекватной тактики лечения и профилактики органов зрения, головного мозга, патология ЛОР органов.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях студентами анатомии и физиологии слухового и вестибулярного анализатора, носа и придаточных пазух глотки и гортани полученных при изучении предметов анатомии гистологии, нормальной и патологической физиологии, патологической анатомии, микробиологии. Овладение студентами эндоскопических методов исследования ЛОР органов – отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, широко используется при изучении других клинических дисциплин, а также при изучении патологии ЛОР органов и является неотъемлемой частью практических навыков с которыми должен овладеть врач ВОП.

6. Содержание занятия.

Острые и хронические заболевания носа и околоносовых пазух (этмоидит, гайморит, фронтит, сфеноидит), этиопатогенез, клиника, диагностика, методы консервативного и хирургического лечения (разбор операций), осложнения (риногенные осложнения), профилактические мероприятия.

Практические навыки: а) осмотр больных; б) разбор операций; в) закрепление навыков передней риноскопии, введение лекарственных средств в полость носа.

6.1. Теоретическая часть.

Острый насморк (острый ринит)

Острый насморк представляет собой острое неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа. Это заболевание часто встречается как у детей, так и у взрослых. В клинике различают:

- 1). острый катаральный ринит, 2) острый катаральный ринофарингит,
- 3). острый травматический ринит.

В этиологии острого катарального насморка основное значение имеет понижение местной и общей реактивности организма и активация микрофлоры в полости носа. Обычно это происходит при общем или местном переохлаждении, которое нарушает защитные нервно-рефлекторные механизмы. Воздействие простуды быстрее проявляется у лиц со сниженной резистентностью, особенно при наличии хронических заболеваний, Острый травматический насморк обычно обусловлен травмой слизистой оболочки инородными телами или манипуляциями, в том числе хирургическими, в полости носа. В ряде случаев причиной острого травматического насморка бывает профессиональный фактор.

Патологоанатомические изменения слизистой оболочки носа в основном соответствуют классической картине развития острого воспаления.

Клиническая картина. В клинике острого катарального ринита выделяют три стадии течения, последовательно переходящие одна в другую: 1) сухая стадия раздражения, 2) стадия серозных выделений, 3) стадия слизисто-гнойных выделений (разрешения).

1. Сухая стадия продолжается несколько часов. Начинается с ощущения сухости, напряжения, жжения, царапания, щекотания и носу, часто в глотке и гортани, беспокоит чиханье. Одновременно появляется недомогание, познобливание, тяжесть и боль в голове, чаще в области лба, повышение температуры. В этой стадии слизистая оболочка гиперемирована, суха, она постепенно набухает, а носовые ходы суживаются. Дыхание через нос постепенно нарушается, ухудшается обоняние, понижается вкус, появляется гнусавость

2. Стадия серозных выделений характеризуется нарастанием воспаления, появляется большое количество прозрачной водянистой жидкости. В водянистой слизистой жидкости содержится хлорид натрия и аммиак, что обуславливает раздражающее действие на кожу и слизистую оболочку. В этой связи могут появиться краснота, припухлость кожи входа в нос и верхней губы. У больного появляется слезотечение, часто конъюнктивит, резко нарушается дыхание через нос, продолжается чиханье, беспокоит шум и покалывание в ушах. При передней риноскопии гиперемия слизистой оболочки, она резко отечна с цианотичным оттенком.

3. Стадия слизисто-гнойных выделений наступает на 4-6 день от начала заболевания, характеризуется появлением слизисто-гнойного, вначале сероватого, потом желтоватого и зеленоватого отделяемого, что обусловлено наличием в нем форменных элементов крови - лейкоцитов, лимфоцитов, а также отторгшихся эпителиальных клеток и муцина.

В последующие несколько дней количество отделяемого уменьшается, припухлость слизистой оболочки исчезает, носовое дыхание и обоняние восстанавливается а спустя 10-14 дней от начала заболевания острый насморк прекращается.

При остром рините умеренное раздражение распространяется и на слизистую оболочку околоносовых пазух. Воспаление может переходить и на слезовыводящие пути, слуховую трубу, нижележащие дыхательные пути.

Диагностика. Острый катаральный ринит распознается на основании перечисленных симптомов, однако в каждом случае необходимо дифференцировать его от острого специфического ринита, который является симптомом инфекционного заболевания - гриппа, дифтерии, кори, коклюша, скарлатины, а также гонореи, сифилиса. В ряде случаев необходимо также дифференцировать с вазомоторным ринитом,

Лечение - амбулаторное. Назначают горячую общую или ножную (ручную, поясничную) ванну, чай, 0,5-1,0 аспирина или 1,0 парацетамола, ультрафиолетовое облучение подошв, горчичники на икроножные мышцы. В носовую полость закладывают 2% р-р протаргола, 1% р-р эфедрина, 0,1% р-р адреналина, 20% р-р альбуцида.

Хронический насморк(хронический ринит)

Основные формы хронического насморка - катаральная, гипертрофическая и атрофическая - представляют собой неспецифический дистрофический процесс слизистой оболочки и в ряде случаев костных стенок полости носа.

Этиология и патогенез. 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 - хроническое катаральное 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 покрыта 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 отечности 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 применяют 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 или зловонный насморк .

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 озеным 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.

Вазомоторный ринит

Различают две формы вазомоторного ринита: аллергическую и нейровегетативную.

В этиологии аллергической формы решающую роль играет аллерген - вещество, к которому имеется повышенная чувствительность (сенсбилизация) организма. Попадание такого вещества на слизистую оболочку верхних дыхательных путей и всасывание его немедленно вызывает приступ ринита.

В возникновении нейровегетативной формы 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 (аллергенами), 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.

Нейровегетативная форма вазомоторного ринита имеет в своей основе нарушение нервных механизмов, обуславливающих нормальную физиологию носа, в результате чего обычные раздражители вызывают гиперергические реакции слизистой оболочки носа. У больных с нейровегетативной формой ринита в анамнезе заболевания и при специальном аллергологическом исследовании не обнаруживается этиологическая роль каких-либо веществ - аллергенов.

Клиническая картина. Основными симптомами обеих форм вазомоторного ринита является пароксизмальное чихание, сопровождающееся носовой гидрореей и затруднением носового дыхания.

Риноскопическими признаками обеих форм возможного ринита являются отечность и бледность слизистой оболочки, сизые или белые пятна на ней. Нередко аллергический ринит сопровождается образованием полипов, обычно в области решетчатого лабиринта.

Для аллергической формы заболевания характерно увеличение количества эозинофилов в крови и появление их в носовой слизи. Постоянное затруднение носового дыхания, часто пониженное обоняние (гипосмия) довольно тягостны, ухудшают самочувствие, нарушают трудоспособность.

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

Методы неспецифической гипосенсibilизации используются как при аллергической, так и при вазомоторной формах ринита и включают применение антигистаминных препаратов (димедрол, тавегил, диазолин, фенкарол, задитен), гормональных средств (гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон, гистоминовую гипосенсibilизацию). Целесообразно также назначать препараты кальция, серы, витамины.

Внутриносвая блокада производится 1 или 2% растворами новокаина в слизистую оболочку нижних носовых раковин, можно к новокаину добавлять 1% - 1,0 раствор димедрола, можно применять препарат визомы. Назначается физиотерапия - электрофорез 5% раствором хлорида кальция, 1% раствор димедрола, фонофорез с гидрокортизоном, магнитотерапия, иглорефлексотерапия, оперативное вмешательство - подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, щадящая конхотомия, полипотомия, криохирургия.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух

Воспалительные заболевания околоносовых пазух составляют 25-30% стационарной патологии ЛОР-органов. Наиболее часто воспаление возникает в верхнечелюстной пазухе

и это обусловлено тем, что эвакуация содержимого из пазухи затруднена в связи с расположением соустья с полостью носа в верхней трети ее медиальной стенки, а также тем, что воспаление корней четырех задних верхних зубов может переходить на пазуху, кроме того, верхнечелюстные пазухи самые большие и расположены ниже других.

На втором месте по частоте стоит воспаление клеток решетчатого лабиринта (этмоидит), затем лобной пазухи (фронтит) и клиновидной пазухи (сфеноидит). Однако воспаление может распространиться не на одну пазуху, а на несколько - возникает полисинусит. В ряде случаев возникает воспаление всех околоносовых пазух носа - пансиунит, или пазух, расположенных на одной стороне - гемисинусит

Причинами острого воспаления пазух чаще всего являются острые респираторные заболевания, грипп, переохлаждение, простуда, общие острые микробные инфекции, травмы.

Хронические синуситы возникают в результате затяжного течения или частого повторения острого процесса под влиянием различных общих и местных неблагоприятных факторов, таких, как понижение реактивности и общее ослабление организма, нарушение оттока из пазух, при гипертрофии или полипозе слизистой оболочки в области соустьев с полостью носа, искривлений перегородки носа, а также заболевания зубов.

В этиологии и патогенезе воспалений околоносовых пазух существенную роль играет патогенная микрофлора, хотя в некоторых случаях отмечаются асептические синуситы. Гнойные формы заболевания чаще всего вызываются стрепто- и стафилококками, пневмококками, грибами и другой микрофлорой.

Патологические изменения при остром синусите протекают в форме катарального или гнойного воспаления.

Патологические изменения при хронических синуситах разнообразны и соответствуют форме заболевания. Различают экссудативные, продуктивные, альтернативные и смешанные типы морфологических изменений при параназальных синуситах.

Воспалительный процесс может проникать через костные стенки синусов по сосудам и околососудистым пространствам. Чаще вследствие внедрения инфекций возникает тромбирование вен, перфорирующая костную стенку, после расплавления тромба и сосуда появляются грануляции и остеокласты, которые разрушают кость, образуя перфорацию стенок.

Проникая через такие перфорации, инфекция вызывает местные и общие осложнения - флегмону орбиты, субпериостальный или экстрадуральный абсцесс, менингит и др. Распространение инфекций из синусов возможно и по многочисленным венозным анастомозам, что объясняет в ряде случаев возникновение тяжелых внутриглазных и внутричерепных осложнений.

Наиболее рациональной для клинической практики является модифицированная классификация хронического синусита по Б.С.Преображенскому.

Соответственно этой классификации различают следующие формы воспаления околоносовых пазух.

А. Экссудативная форма:

1) катаральная; 2) серозная; а) идиопатическая (чисто серозная), б) ретенционная (облитерация выводного протока, водянка пазуха); 3) гнойная.

Б. Продуктивная форма:

1) пристеночно-гиперпластическая, 2) полипозная 3) Кистозная.

В. Альтернативная форма:

1) холестеатомная, 2) казеозная; 3) некротическая; 4) атрофическая).

Г. Смешанные формы:

гнойно-полипозная, серозно-катаральная, серозно-полипозная, пристеночно-гиперпластическо-полипозная.

Острое воспаление верхнечелюстной пазухи

Субъективные и объективные признаки острого гайморита могут быть местными и общими. К местным симптомам относятся боль в области пораженной пазухи, лба, корня носа, скуловой кости. Она может быть различной интенсивности, усиливаться при пальпации, иррадиировать в висок или на всю половину лица. Иногда возникает разлитая головная боль. Обычным местным симптомом является нарушение носового дыхания на стороне пораженной пазухи и редко с обеих сторон. Оно наступает вследствие набухания слизистой оболочки носа и резкого снижения носовых ходов. Иногда возникает слезотечение вследствие закупорки слезоносового канала. Выделения из носа жидкие, серозные, затем становятся мутными, вязкими и гнойными. Обоняние нарушается.

Клиническая картина. Общими симптомами являются повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных цифр, плохое самочувствие, если нарушается носовое дыхание, больной вынужден дышать ртом.

Диагностика. Объективным симптомом острого гнойного гайморита является поступление гноя из верхнечелюстной пазухи в виде полоски в средний носовой ход. Гной поступает именно из верхне-челюстной пазухи, если после удаления его из среднего носового хода он вновь появляется после наклона головы в противоположную сторону. Нужно учитывать, что отделяемое может стекать из лобной пазухи - в этом случае оно появляется в среднем носовом ходе ближе кпереди при наклоне головы вниз. По данным анамнеза, жалоб и объективного осмотра не всегда можно дифференцировать острый гайморит от фронтита и этмоидита и тем более установить форму заболевания. Поэтому необходимо провести дополнительные исследования; рентгенографию, диагностическую пункцию и промывание верхнечелюстной пазухи.

Лечение - сосудосуживающие капли в нос, физиотерапия, общая антибактериальная терапия. При пункции пазухи вводят антибиотики. Можно назначать физиотерапию, УВЧ и СВЧ ежедневно.

Показаниями к срочному хирургическому вмешательству являются местные и общие осложнения. Нередко хирургическое лечение показано при остром одонтогенном гайморите, когда он протекает с остеомиелитом верхнечелюстной кости.

Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи

Наиболее часто встречается гнойная, гнойно-полипозная, полипозная, пристеночно-гиперпластическая форма хронического гайморита, несколько реже - катаральная, серозная, аллергическая, редко - холестеатомная, казеозная, некротическая и озеозная формы. Хроническое воспаление пазухи, является продолжением острого процесса, который у больных повторялся.

Клиническая картина. Характерным признаком экссудативных форм хронического гайморита является различного вида и качества отделяемое. При гайморите гнойное отделяемое может быть густым или жидким, часто с запахом; слизисто-гнойное отделяемое плохо отсмаркивается, насыхает корками. Катаральный гайморит сопровождается обильными слизистыми тягучими выделениями. При серозном и аллергическом гайморите обычно бывает жидкое серозное отделяемое. На стороне пораженной пазухи отмечается нарушение обоняния.

Головная боль, ограниченная или диффузная, появляется обычно лишь в период обострения процесса или при затруднении оттока содержимого из пазухи. В период ремиссии общее состояние и самочувствие больного остаются обычно вполне удовлетворительными. В этот период больные редко обращаются за помощью.

Обострение хронического процесса сопровождается повышением температуры, ухудшением самочувствия, появлением боли, припухлости щека и отека век, локальной или разлитой головной болью.

При риноскопии в среднем носовом ходе имеется полоска гноя.

Диагностика - при хроническом воспалении верхнечелюстной пазухи основывается на данных анамнеза, жалоб, осмотра и рентгенограмм околоносовых пазух, производится диагностический прокол пазуха.

Консервативные методы лечения. Лечение начинают с устранения причин. При одонтогенном гайморите следует вначале санировать зубы, после чего проводить лечение. В детском возрасте при наличии аденоидов необходимо санировать носоглотку, а затем проводить лечение гайморита. Когда имеются полипы в носовой полости их удаляют.

При хроническом гнойном гайморите следует начать с применения консервативных методов, среди которых эффективна пункция пазухи с промыванием и введением в пазуху раствора антибиотика, раствора ферментов. К этому можно добавить 2,0 мл суспензии гидрокортизона или преднизолона. Пункции проводятся через день.

Широкое распространение нашел безпункционный метод аспирации содержимого из околоносовых пазух, промывание дезинфицирующими растворами и введение в пазухи лекарственных веществ. Этот метод осуществляется с помощью синус-катетера "ЯМИК". Назначают УВЧ и СВЧ, сосудосуживающие препараты в нос. Хирургические методы: лечение осуществляется с помощью двух подходов - эндоназального и экстраназального.

Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе производится по методу Колдуэлла-Люка.

Острое воспаление лобной пазухи

Этиология, патогенез, а также морфологические изменения при воспалении лобной пазухи сходны с таковыми при гайморите. Клиническая картина - локальная боль в области лба, головная боль и гнойные выделения из носа. Боль в области лба может быть различной интенсивности; обычно она усиливается, при пальпации и перкуссии. Выделения из носа вначале серозные, жидкие, затем приобретают гнойный характер. Дыхание нарушается на стороне пораженной пазухой. Больные жалуются на слабость, плохое самочувствие, температура повышается. В области проекций пазуха появляются припухлость и гиперемия кожи, которые распространяются на внутренний угол орбиты и верхнего века, что свидетельствует о некрозе костной стенки пазухи.

Диагностика. При риноскопии определяется выделение гноя из-под переднего конца средней раковины, здесь же имеется утолщение слизистой оболочки и гиперемия. С диагностической целью специальную канюлю для зондирования пазухи вводят в лобно-носовой канал и промывают пазуху.

Для диагностики острого фронтита применяют рентгенологическое исследование и трепанопункцию лобной пазухи, которая является также эффективным лечебным методом.

Лечение. Чаще всего консервативное. Лишь в случае затяжного течения, а также при появлении внутриорбитальных, внутричерепных и общих осложнений показано хирургическое вмешательство с целью элиминации гнойного очага и восстановления проходимости лобно-носового канала. Местно применяются сосудосуживающие капли в нос.

Хроническое воспаление лобной пазухи

Причиной перехода острого фронтита в хронический является стойкое нарушение проходимости лобно-носового канала, понижение реактивности организма, особенно после общих инфекционных заболеваний. Этому способствуют гипертрофия средней раковины, искривление носовой перегородки, узость и изогнутость лобно-носового канала, полипы в полости носа.

Клиническая картина. В период ремиссии жалоб может не быть, однако в большей части случаев заболевание сопровождается головной болью, локализованной в области

лба или диффузной. В пораженной половине носа имеется гнойное отделяемое, нарушено носовое дыхание и обоняние, особенно при двустороннем процессе. У внутреннего угла орбиты нередко возникает болезненность при ощупывании, припухлость. Закупорка лобно-носового канала при отсутствии микрофлоры в пазухе приводит к скоплению в ней отделяемого и образованию мукоцеле, содержимое которого состоит из секрета слизистых желез, бокаловидных клеток, лимфы. При наличии инфекции может привести к образованию субпериостального абсцесса, формированию гнойного свища, ближе к внутреннему углу глаза.

Диагностика. При выраженной симптоматике заболевания трудностей не вызывает.

Лечение. При отсутствии местных и общих осложнений проводят консервативное лечение.

Длительное и упорное течение хронического фронтита, несмотря на активное лечение, а также появление признаков осложнений является основанием для хирургического вмешательства.

Наиболее распространенный хирургический метод – фронтотомия по методике Риттера-Янсена, а также Белоголова.

Острое воспаление клеток решетчатого лабиринта

Острое воспаление клеток решетчатого лабиринта наблюдается чаще всего после острого насморка, гриппа, нередко в сочетании с острым воспалением других околоносовых пазух.

Патологоанатомической особенностью острого этмоидита является то, что рыхлая строма слизистой оболочки клеток решетчатой кости легко образует отечное набухание, которое суживает и выполняет просвет костных клеток и выводных отверстий из них. Эти особенности способствуют быстрому развитию воспаления, распространению его на кость и возникновению абсцессов и свищей у внутреннего угла орбиты, которые часты у детей.

Клиническая картина. Признаками острого этмоидита являются давящая боль в области спинки носа и переносицы, различной локализации головная боль, значительное затруднение носового дыхания. В детском возрасте часто появляются отек и гиперемия в области верхнего и нижнего век и конъюнктивит на стороне воспаления, отмечается гипосмия или anosmia. Температура тела 37,5-38,0 С; более высокая гектического характера свидетельствует о начавшемся осложнении.

Риноскопическая картина характеризуется резким увеличением за счет отека и гиперемией средней носовой раковины; отделяемое обычно стекает из-под нее. В некоторых случаях, особенно в детском возрасте при скарлатинозном или гриппозном этмоидите разрушается часть костных клеток решетчатого лабиринта, здесь может образоваться закрытый гнойник (закрытая эмпиема), который увеличивается при отсутствии оттока, вызывая деформации в полости носа и в области внутренней стенки глазницы. Из абсцесса гной может прорваться в клетчатку глазницы, что сопровождается отклонением наружу глазного яблока, экзофтальмом, сильной болью в глазнице, головной болью, резким повышением температуры тела. Образование свища у внутреннего угла глазницы уменьшает воспалительные явления, прорыв же гноя в полость черепа через глазницу резко утяжеляет состояние.

Диагностика, основывается на описанных симптомах. Рентгенологическое исследование, а в необходимых случаях офтальмологическое и неврологическое обследование, осмотр инфекциониста помогут уточнить диагноз.

Ранняя диагностика заболевания, особенно его осложнений, является основой для своевременного эффективного лечения.

Лечение. При остром этмоидите консервативное, а при начинающихся или развивающихся осложнениях - хирургическое. Назначают вливание сосудосуживающих капель в нос, аппликации этих же препаратов на среднюю раковину, УВЧ или СВЧ на область решетчатого лабиринта. При этмоидите с помощью синус-катетера "ЯМИК" можно произвести отсасывание содержимого и введение лекарственных препаратов в клетки решетчатого лабиринта. При появлении закрытой эмпиемы или глазничного осложнения следует произвести вскрытие клеток решетчатого лабиринта и гнойника в глазнице.

Хроническое воспаление клеток решетчатого лабиринта

Хронический этмоидит обычно начинается после острого заболевания, нередко острое и хроническое воспаление верхнечелюстных, лобных и клиновидных пазух ведет к вторичному поражению клеток решетчатого лабиринта, поскольку они занимают центральное положение по отношению к этим пазухам. В связи с этим хронический этмоидит редко встречается изолированно; обычно в сочетании с воспалением других околоносовых пазух.

Хронический этмоидит характеризуется значительным утолщением слизистой оболочки, образованием полипозных раздражений. Причиной возникновения полипозной дегенерации слизистой оболочки считают длительное раздражение ее патологическим отделяемым, другой причиной может явиться местная аллергическая реакция. Полипы бывают одиночные, но чаще множественные. Когда имеются множественные полипы, они могут оказывать давление на стенки носа и вызывать его наружную деформацию.

Клиническая картина. Больного периодически беспокоит головная боль, чаще в области корня носа, переносицы, иногда диффузная. У больного отмечается гнойное отделяемое из носа: если в процесс вовлекаются задние клетки, отделяемое отмечается в носоглотке. Обоняние нарушено в различной степени.

При риноскопии под средней раковиной имеется слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Полипы локализируются в средних и верхних отделах носа.

Лечение. При неосложненных формах хронического этмоидита чаще консервативное, в ряде случаев его сочетают с внутриносовыми операциями (полипотомия, вскрытие клеток решетчатого лабиринта, частичная резекция носовых раковин), целесообразно применение синус-катетера "ЯМИК".

Наиболее часто производят частичное вскрытие клеток решетчатого лабиринта и полипотомию внутриносовым подходом; обычно эти операции выполняются одновременно.

Острое и хроническое воспаление клиновидной пазухи

Изолированное заболевание клиновидных пазух - сфеноидит - встречается редко: воспаление сочетается с поражением задних клеток решетчатого лабиринта.

Клиническая картина острого сфеноидита сопровождается резким отеком слизистой оболочки. Процесс бывает одно или двусторонним. Наиболее субъективным признаком является головная боль в области затылка или в глубине головы, иногда в глазнице, реже в темени и висках. Выделение из носа обычно отсутствуют, так как они стекают по задней стенке носоглотки, где их легко увидеть при стомафарингоскопии. Слизисто-гнойное отделяемое скапливается в задних отделах носа над средней раковиной, между ней и носовой перегородкой. Температура тела субфебрильная, общее состояние удовлетворительное; могут отмечаться слабость, подавленность, раздражительность.

Диагностика основывается на клинической картине. Большое значение при этом имеет R-исследование в аксиальной и боковой проекциях. С диагностической и лечебной целью производят зондирование или пункцию клиновидной пазухи через ее переднюю стенку.

Лечение чаще всего консервативное. Назначают сосудосуживающие средства в нос и антибиотики. При затянувшемся течении показано зондирование и промывание пазухи. Появление признаков осложнения – септического, внутричерепного, глазничного – является основанием для безотлагательной операции на пазухе.

Клиническая картина хронического сфеноидита возникает при тех же условиях, что и хроническое поражение других околоносовых пазух. Признаками заболевания являются локализованная в затылке и реже в темени боль, стекание отделяемого через хоаны в носоглотку по задней стенке глотки, чаще на стороне поражения, запах из носа, чаще ощущаемый самим больным.

При передней и задней риноскопии определяется скопление отделяемого в верхних и задних отделах носа. Характерна жалоба больных на трудность удаления отделяемого из носоглотки, которое скапливается чаще по утрам.

Иногда поводом для осмотра больного является нарастающее снижение зрения, причиной которого для офтальмологов остается неясной. При хроническом сфеноидите воспалительный процесс может распространиться на область перекреста зрительных нервов, так как верхняя стенка пазухи, на которой располагается перекрест, тонкая. В таких случаях наступает прогрессирующее ухудшение зрения. С боковыми стенками пазухи граничат кавернозный синус, стволы блоковидного, отводящего, тройничного и блуждающего нервов. Эти анатомо-топографические особенности обуславливают возможность распространения воспаления из пазухи на соседние образования, что приводит к развитию тяжелых осложнений.

Лечение. Чаще применяют хирургическое лечение. Операцию проводят через гайморову пазуху.

Риногенные осложнения.

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух могут приводить к различным осложнениям как в соседних с ними областях (глазница, череп) так и отдаленных (bronхи, легкие). Возникновение последних осложнений вызвано комплексом причин: нарушением нормального носового дыхания, что приводит к снижению вентиляции в легких; рефлекторным влиянием патологических изменений ВДП на нижние, распространением инфекции сверху вниз, аллергическим фактором, вызывающим сенсибилизацию организма.

Бронхолегочные осложнения, связанные с заболеваниями носа и околоносовых пазух и носоглотки, развивается у детей и протекает в три стадии: начальная – синобронхит, промежуточная – затяжная или рецидивирующая пневмония, завершающая – хроническая пневмония.

Возникновение внутричерепных и орбитальных осложнений обусловлено рядом обстоятельств. Во-первых, анатомической близостью с пазухами носа, во-вторых – сосудисто-нервными связями: некоторые вены наружного носа, полости носа, каждой из околоносовых пазух впадают в одну из глазничных вен, несущих кровь в пещеристую пазуху, либо анастомозируют с венозными сплетениями твердой мозговой оболочки; периневральные лимфатические пути обонятельного нерва обводят лимфу из полости носа в субарахноидальное пространство головного мозга.

Частота внутриглазных осложнений у детей выше, чем у взрослых и колеблется от 0,5 до 14,7% от -всех больных синуситами, у взрослых - от ,5 до 8,5%.

Внутриглазные осложнения делятся так:

- периостит (негнойный, гнойный),
- субпериостальный абсцесс,

- отек век и клетчатка глазницы,
- абсцесс век,
- флегмона глазницы,
- ретробульбарный неврит.

Лечение больных с негнойными внутриглазничными осложнениями может ограничиваться применением медикаментозных средств, физиотерапевтическими процедурами, активным и эффективным дренированием пораженной пазухи. При гнойных внутриглазничных осложнениях требуется срочное хирургическое вмешательство. В послеоперационном периоде назначают антибактериальную, дегидратационную, дезинтоксикационную, гипосенсибилизирующую терапию.

Внутричерепные риногенные осложнения встречаются реже отогенных, составляя не более 10% всех внутричерепных осложнений. Частота риногенных внутричерепных осложнений равна 1,6% заболеваний носа и околоносовых пазух. Смертность при них очень высока и достигает 30%.

Внутричерепным осложнениям относятся:

- арахноидит,
- экстрадуральный абсцесс,
- субдуральный абсцесс,
- серозный и гнойный менингит,
- абсцесс мозга,
- тромбоз синусов твердой мозговой оболочки, риногенный сепсис.

Внутричерепные осложнения возникают при заболеваниях лобной, клиновидной, решетчатых пазух, значительно реже - верхнечелюстной. Наблюдаются при острых и хронических синуситах. Пути проникновения инфекции - контактный, гематогенный, лимфогенный.

Симптоматология внутричерепных, риногенных осложнений в основном та же, что и отогенных внутричерепных осложнений. Есть лишь некоторые особенности, обусловленные локализацией процесса, касающиеся главным образом абсцесса мозга и синустромбоза.

Риногенный абсцесс мозга локализуется в лобной доле и развивается вследствие гнойного фронтита. Для этой локализации характерны эйфория, недооценка тяжести своего состояния, неряшливости, неопрятность. Возможно ослабление обоняния, моторная афазия - больной понимает обращенную к нему речь, а говорить не может, хотя и производит движения губами и языком. Он теряет способность речевой координации, утрачивает приобретенные навыки речевых движений. Также у больных появляется алексия - потеря способности читать, аграфия - потеря письменных навыков, апраксия - нарушение целенаправленного действия.

Рассмотрим риногенные внутричерепные осложнения - синустромбоз, риногенный сепсис. Чаще всего при этом бывает тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки. В пещеристый синус инфекция проникает венозным путем при фурункуле носа или гайморите, либо контактным - при гнойном воспалении клиновидной пазухи, задних клеток решетчатого лабиринта.

Симптоматология: экзофтальм, отек век и конъюнктивы (хемоз), кровоизлияние в сетчатку, застойный сосок и неврит зрительного нерва, ограничение движений глазного яблока.

Лечение - комплексное:

- 1) операция
- 2) медикаментозное, включая также антикоагулянты.

Интерактивные методы обучения:

Метод «Круглого стола»

Тема: Заболевания придаточных пазух носа.

По кругу пускается лист бумаги с заданием. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передаёт лист другому.

Вопрос:

Пять основных предрасполагающих факторов к возникновению хронических гайморитов

Ответы:

- Неизлечение острого и полостных гайморитов
- Неадекватная терапия острого и подострого гайморитов
- Снижение местного и общего иммунитета
- Высокая вирулентность инфекции
- Патологическое состояние носа (аденоиды, полипы, искривление носовой перегородки, инородные тела носа и др).

Все записывает свои ответы, затем идёт обсуждение: неправильные ответы зачеркивают, по количеству правильных – оценивают знания студентов.

Метод: Академическая полемика.

Тема: Воспаление околоносовых пазух носа

Группа делится на 2 команды каждой из которых предлагается ситуационная задача:

Ситуационная задача

Больная 38 лет, жалуется на гнойные выделения из левой половины носа, затруднение носового дыхания, головную боль, тяжесть в области левой щеки, повышение температуры тела до 37,5 С. Больна в течении недели, заболевание связывает с охлаждением. При осмотре: болезненность при пальпации в области левой щеки: слизистая оболочка левой половины полости носа гиперемирована, отечна, в среднем носовом ходу полоска гноя.

Поставьте диагноз. Назначьте обследование и лечение.

Ответ:

Ds: левосторонний острый гнойный гайморит.

Обследование: рентгенография придаточных пазух носа, диагностическая пункция левой верхнечелюстной пазухи.

В каждой команде 1-2 студента разбирают положительные моменты, консультации – это «адвокаты», другие разбирают отрицательные моменты, консультации – это «прокуроры». Результаты «адвокатов» и «прокуроров» докладываются и обсуждаются всей группой.

6.2. Аналитическая часть

Выборочные тесты.

1. Какие методы лечения не используются у больных с диагнозом хронический гипертрофический ринит:

А. промывание уха

Б. частичная конхотомия нижних носовых раковин

В. биполярная коагуляция нижних носовых раковин

Г. УЗД нижних носовых раковин

Д. конхотомия нижних носовых раковин

2. Какое внутричерепное осложнение наблюдается при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух:

- а. тромбоз поперечного синуса;
- б. абсцесс височной доли мозга, тромбоз сигмовидного синуса;
- в. тромбоз кавернозного синуса, экстрадуральный и субдуральный абсцесс;**
- г. тромбоз кавернозного синуса;
- д. тромбоз поперечного синуса.

3. Какой метод диагностики используется для постановки диагноза вазомоторный ринит:

А. отоакустическая эмиссия

Б. риноскопия

В. стробоскопия

Г. фарингоскопия

Д. калорическая проба

4. Какой метод не используется для дифференциальной диагностики вазомоторного ринита с хроническим гипертрофическим ринитом, кроме:

А. отоакустическая эмиссия

Б. проба Желе

В. стробоскопия

Г. фарингоскопия

Д. адреналиновая проба

5. Какие методы лечения используются у больных с острым катаральным ринитом:

А. сосудосуживающие препараты в нос

Б. частичная конхотомия нижних носовых раковин

В. биполярная коагуляция нижних носовых раковин

Г. УЗД нижних носовых раковин

Д. конхотомия нижних носовых раковин

6. Для какого заболевания характерны приступы пароксизмального чихания:

А. аденоиды

Б. острый этмоидит

В. кохлеарный неврит

Г. аллергический ринит

Д. острый средний отит

7. Для какого заболевания не характерно нарушение носового дыхания:

А. аденоиды

Б. острый этмоидит

В. острый ринит

Г. аллергический ринит

Д. острый средний отит

8. Для какого заболевания характерно атрофическое поражение кости:

А. хронический атрофический ринит

Б. острый этмоидит

В. острый ринит

Г. аллергический ринит

Д. озена

9. Для какого заболевания характерны зловонные корки в носу:

- А. озена
- Б. острый этмоидит
- В. острый ринит
- Г. аллергический ринит
- Д. хронический атрофический ринит

10. Для какого заболевания характерна гипосмия, кроме:

- А. хронический ринит
- Б. острый этмоидит
- В. острый ринит
- Г. аллергический ринит
- Д. **острый средний отит.**

11. Лечебная тактика при риногенных внутричерепных осложнениях:

- а. пункция пораженной пазухи и промывание, антибактериальная, дегидратационная, дезинтоксикационная терапия.
- б. пункция пазухи, введение в пазуху антибиотиков, антибиотики внутримышечно, дезинтоксикационная терапия.
- в. пункция и дренирование пазухи, внутривенное введение больших доз антибиотиков, люмбальная пункция, дегидратационная терапия.

г. хирургическая санация пораженной пазухи с последующей консервативной терапией.

12. Какие методы диагностики используются для постановки диагноза хронический катаральный ринит, кроме:

- А. бак. посев с носа
- Б. риноскопия
- В. адреналиновая проба
- Г. задняя риноскопия
- Д. **калорическая проба**

13. К чему может привести длительное нарушение носового дыхания у взрослых

- А. к возникновению различных заболеваний желудочно-кишечного тракта
- Б. **к частым воспалительным процессам в нижележащих отделах дыхательных путей**
- В. к патологии сердечно-сосудистой системы
- Г. к воспалительным заболеваниям печени
- Д. все ответы верны

14. Струя вдыхаемого воздуха в полости носа проходит следующим путём:

- А. **дугообразным, преимущественно через средний и верхний носовой ходы**
- Б. прямым, преимущественно через боковой носовой ход
- В. прямым, преимущественно через верхний носовой ход
- Г. дугообразным, преимущественно через верхний носовой ход
- Д. дугообразным, преимущественно через боковой носовой ход

15. К чему может привести длительное нарушение носового дыхания у детей:

- А. к нарушению вестибулярной функции
- Б. **к отставанию умственного и физического развития, неправильному развитию лицевого скелета, прикуса, тугоухости и частым воспалительным процессам в верхних и нижних дыхательных путях**
- В. к носовым кровотечениям

Г. к патологии сердечно-сосудистой системы

Д. все ответы верны

16. стадии острого насморка:

А. сухая, серозная и гнойная.

В. начальная, развернутая, конечная.

С. сухая, отёчная.

Д. геморрагическая, постгеморрагическая.

Е. начальная, терминальная.

17 Специфика развития острого насморка у детей:

А. присоединение острого фарингита.

В. изолированное поражение только слизистых оболочек носа.

С. хроническое течение.

Д. молниеносное течение.

Е. присоединение отита.

18. Какой вид инфекционного насморка является продромальным периодом?

А. коревой насморк.

В. аллергический насморк.

С. вазомоторный насморк.

Д. острый насморк.

Е. нет правильного ответа.

19. Укажите диагностический критерий, характерный для озены

А. Образование корок и неприятный запах

Б. Гидрорея

В. Пароксизмальное чихание

Г. Нарушение слуха

Д. Нет правильного ответа

20 Укажите симптом, характерный для вазомоторного ринита

А. Пароксизмальное чихание

Б. Неприятный запах

В. Образование корок

Г. Сухость в носу

Д. Нет правильного ответа

Типовые задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

ВОП был вызван на дом к больной К., 19 лет, предъявляющей жалобы на головные боли слева, заложенность и выделения из левой половины носа, заболела после купания в реке, температура 38,2С. При осмотре в области левой щеки мягкие ткани несколько отечны, при пальпации болезненны, из левой половины носа гнойные выделения. Пульс 96 уд. В мин, АД 110/60мм.рт.ст.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваш план обследования

3. Ваша дальнейшая тактика

ОТВЕТЫ
<u>Предварительный диагноз</u> Левосторонний синусит
<u>План обследование</u> 1.общий анализ крови 2. рентгенография околоносовых пазух
<u>Ваша дальнейшая тактика</u> Направление больного на консультацию к ЛОР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Больной М, 38 лет обратился к ВОП с жалобами на постоянный насморк, затруднение носового дыхания, снижение обоняния. Заболевание развивалось постепенно, в течение нескольких лет. При передней риноскопии отмечается увеличение нижних носовых раковин, поверхность бугристая, слизистая оболочка бледно-розовая, в носовых ходах слизистое отделяемое. При задней риноскопии задние концы нижних носовых раковин бугристые, закрывают просвет хоан с обеих сторон. На рентгенограмме пневматизация носовых пазух не нарушена.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваш план обследования
3. Ваша дальнейшая тактика

ОТВЕТЫ
<u>Предварительный диагноз</u> Хронический гипертрофический ринит
<u>План обследование</u> 1.общий анализ крови 2. консультация аллерголога
<u>Ваша дальнейшая тактика</u> Направление больного на консультацию к ЛОР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Больной В, 35 лет обратился к ВОП с жалобами на головную боль, заложенность носа, зуд, чихание, обильные водянистые выделения из носа, снижение обоняния. Болен около недели. Такое же состояние наблюдалось весной в прошлом году. При передней риноскопии: выраженная отечность и бледность слизистой оболочки, особенно нижних носовых раковин, большое количество слизи в носовых ходах.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваш план обследования
3. Ваша дальнейшая тактика

ОТВЕТЫ
<u>Предварительный диагноз</u> Хронический аллергический ринит, атопическая форма (сезонная)
<u>План обследование</u> 1.общий анализ крови 2.рентгенография околоносовых пазух

3.консультация аллерголога

Ваша дальнейшая тактика

Направление больного на консультацию к ЛОР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больная Г., 35 лет обратилась в ГВП по поводу частых простудных заболеваний, сопровождающихся длительным насморком со слизистыми выделениями, понижение обоняния, периодическую головную боль в области лба и темени с обеих сторон. Больная около 3 лет до настоящего обращения практически не лечилась. Общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. При передней риноскопии: застойная гиперемия и отёчность носовых раковин, в средних носовых ходах с обеих сторон и в носоглотке слизистый экссудат. Носовое дыхание ослаблено, гипоосмия.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваш план обследования
3. Ваша дальнейшая тактика

ОТВЕТЫ

Предварительный диагноз

Двухсторонний хронический риносинусит

Осложнение

План обследование

- 1.общий анализ крови
- 2.рентгенография околоносовых пазух

Ваша дальнейшая тактика

Направление больного на консультацию к ЛОР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Больной С., 22 года, обратился к врачу ГВП с жалобами на обильные гнойные выделения из правой половины носа с неприятным запахом, недомогание, периодическую головную боль. Температура тела в норме. Из анамнеза установлено, что он болеет в течение недели. Похожие признаки наблюдались в прошлом году. При передней риноскопии наблюдается гиперемия, отёчность слизистой оболочки носа, особенно нижних носовых раковин. Справа в среднем носовом ходу имеется гнойный экссудат.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваш план обследования
3. Ваша дальнейшая тактика

ОТВЕТЫ

Предварительный диагноз

Правосторонний хронический риносинусит

План обследование

- 1.общий анализ крови

2.рентгенография околоносовых пазух
<u>Ваша дальнейшая тактика</u> Направление больного на консультацию к ЛОР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Больной Б. 40 лет, обратился к ВОП врачу с жалобами на недомогание, повышение температуры тела до 37,5°C, затруднение носового дыхания, чихание, насморк. Болен четвертый день, начало связывает с переохлаждением. При осмотре общее состояние удовлетворительное, боли при пальпации правой половины лица, носовое дыхание резко затруднено, голос гнусавый, из носа слева обильные слизистые выделения, справа слизисто-гнойные выделения. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваш план обследования
3. Ваша дальнейшая тактика

ОТВЕТЫ
<u>Предварительный диагноз</u> Острый ринит <u>Осложнение</u> Правосторонний гайморит
<u>План обследование</u> 1. общий анализ крови 2. рентгенография околоносовых пазух
<u>Ваша дальнейшая тактика</u> Направление больного на консультацию к ЛОР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Больная 38 лет жалуется на гнойные выделения из левой половины носа, затруднение носового дыхания, головную боль, тяжесть в области левой щеки, повышение температуры тела до 37,5 С. Больна в течение недели, заболевания связывает с охлаждением. При осмотре: болезненность при пальпации в области левой щеки. Слизистая оболочка левой половины носа гиперемирована, отечна, в среднем носовом ходе полоска гноя. Поставьте диагноз, назначьте обследование и лечение.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваш план обследования
3. Ваша дальнейшая тактика

ОТВЕТЫ
<u>Предварительный диагноз</u> Левосторонний острый гайморит
<u>План обследование</u> 1. общий анализ крови 2. рентгенография околоносовых пазух
<u>Ваша дальнейшая тактика</u>

Задача №8

В ЛОР-отделение по скорой помощи доставлен больной П., 25 лет, с жалобами на боль и припухлость в области носа, обильное носовое кровотечение и затруднение носового дыхания. Из анамнеза известно, что 30 минут назад был избит неизвестными лицами. Сознание не терял. Объективно: имеется выраженный отек мягких тканей лица, ссадины в области носа и лба. Наружный нос деформирован, в результате смещения в сторону носовых костей и лобного отростка верхней челюсти справа. При пальпации определяется «крепитация» костей носа. На рентгенограмме определяется перелом носовых костей, лобный отросток верхней челюсти с обеих сторон также имеет множество трещин.

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Задача №9

В дежурную ЛОР-клинику обратилась больная 58 лет, с жалобами на кровянистые выделения из левой половины носа, ноющую боль в зубах. Носовое дыхание левой половиной носа затрудненное.

Объективно: общий носовой ход слева сужен за счет отечных носовых раковин. На рентгенограмме левая верхнечелюстная пазуха гомогенно затемнена.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные меры необходимы для установки диагноза?

Задача №10

Больной И. 18 лет обратился с жалобами на затруднение носового дыхания, носовое кровотечение, гнусавость, чувство инородного тела в носоглотке, ослабление памяти, понижение работоспособности.

Передняя риноскопия: носовая перегородка искривлена влево, справа в задних отделах носа видна опухоль, гладкой поверхности, красноватого цвета, легко кровоточащая при дотрагивании зондом. При задней риноскопии также определяется гладкая, красного цвета опухоль, занимающая всю носоглотку. Пальпаторно опухоль плотная, связана со сводом носоглотки, сильно кровоточит.

Поставьте предварительный диагноз и назначьте план обследования и лечение больного.

6.3 Практическая часть

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

Передняя риноскопия.

№	Мероприятие	Не выполнил (0 баллов)	Полностью правильно выполнил (10 баллов)
1.	Выбор правильного положения для осмотра больного. Правильное надевание лобного рефлектора	0	10

2.	Левой рукой фиксируют голову больного в теменной области, а большим пальцем правой руки поднимают кончик носа кверху, при этом остальные четыре пальца правой руки опираются на область лба	0	10
3.	Луч рефлектора направляют на область преддверия носа, определяют состояние кожи и волос преддверия носа, наличие трещин, состояние подвижной части перегородки носа.	0	10
4.	Поворачивая голову больного вправо и влево,	0	10
5.	Осматривают кровотоковую зону перегородки носа: состояние и цвет слизистой оболочки носа.	0	10
6.	Кистью правой руки врач фиксирует голову больного за теменную область.	0	10
7.	Наводят луч рефлектора	0	10
8.	Вводят сомкнутые бранши носового зеркала в преддверие носа приблизительно на глубину 1-1,5 см	0	10
9.	Проводят осмотр носовой полости в трех позициях: 1-голова слегка опущена книзу, 2-голова несколько запрокинута назад, 3-голова слегка повернута в сторону осматриваемой половины носа	0	10
10.	После осмотра, носовое зеркало выводя неполностью смыкая бранши. Проводить интерпретацию результатов передней риноскопии	0	10
	Всего	0	100

Задняя риноскопия.

№	Мероприятие	Не выполнил (0 баллов)	Полностью правильно выполнил (10 баллов)
1.	Выбор удобного положения больного, правильное надевание лобного рефлектора на голову	0	10
2.	Шпатель надо держать в левой руке	0	10
3.	Шпателем надавливают на передние 2/3 языка с опорой на нижние зубы исследуемого	0	10
4.	Перед введением в полость рта, зеркало протирают марлевой салфеткой, нагревают слегка над пламенем спиртовки со стороны зеркальной поверхности	0	10
5.	Проверяют степень нагрева зеркала путем прикосновения металлической его поверхности к коже тыльной стороны кисти	0	10
6.	Зеркало вводят через зев в ротоглотку так, чтобы зеркальная поверхность была обращена кверху и под углом, не касаясь задней стенки глотки и корня языка.	0	10
7.	Проводить интерпретацию результатов исследования	0	10

	Всего	0	100
--	--------------	----------	------------

Передняя тампонада.

Цель: остановка носового кровотечения.

Показания: носовое кровотечение.

Необходимые инструменты: лобный рефлектор, носорасщеритель, пинцет, тампон, шпатель, наружная повязка, почкообразный лоток.

Этапы проведения:

№	Мероприятия	Не выполнил (0 балл)	Всё правильно выполнил (10 балл)
1.	Правильно надеть лобный рефлектор	0	10
2.	Правильное положение больного: больной нагнув тело вперёд, а голову немного подняв сидит напротив врача.	0	10
3.	Общий осмотр и пальпация наружного носа	0	10
4.	Направление луча света отражённого рефлектором на нос	0	10
5.	Выбрать подходящее носовое зеркало	0	10
6.	Аппликационная анестезия	0	10
7.	Правильно держать: правой рукой носорасщеритель, левой рукой пинцет и тампон	0	10
8.	Наполнение тампоном носовую полость: сначала верхнюю часть, потом нижнюю как змеиные следы	0	10
9.	Контрольная фарингоскопия	0	10
10.	Наружная повязка	0	10
	Всего	0	100

1 этап. Подготовка к осмотру

1. Посадите больного, так, чтобы источник света был справа от него.
2. Сядьте напротив исследуемого, поставив свои ноги к столу, а его ноги кнаружи от Ваших.
3. Источник света расположите справа от пациента на уровне ушной раковины в 10 см от нее.

2 этап. Одевание рефлектора и направление отраженного света на обследуемый орган.

1. Укрепите рефлектор на лбу при помощи лобной повязки. Отверстие рефлектора поместите против своего левого глаза.
2. Рефлектор должен быть удален от исследуемого органа на 25 – 30 см (фокусное расстояние).

3. С помощью рефлектора направьте пучок отраженного света на нос исследуемого. Затем закройте правый глаз, а левым смотрите через отверстие рефлектора и поворачивайте его так, чтобы «зайчик» был виден на носу. Откройте правый глаз и продолжайте осмотр двумя глазами. Периодически контролируйте, находится ли ось зрения левого глаза в центре светового пучка и выдержано ли фокусное расстояние.

3 этап. Наружный осмотр и пальпация

1. Осмотрите наружный нос, места проекции придаточных пазух носа на лице.
2. Пропальпируйте наружный нос: указательные пальцы обеих рук расположите вдоль спинки носа и легкими массирующими движениями ощупайте область корня, скаты, спинку и кончик носа.
3. Пропальпируйте переднюю и нижнюю стенки лобных пазух: большие пальцы обеих рук расположите на лбу над бровями и мягко надавите, затем переместите большие пальцы в область верхней стенки глазницы к внутреннему ее углу и также надавите. Пропальпируйте точки выхода первых ветвей тройничного нерва. В норме пальпация стенок лобных пазух безболезненна.
4. Пропальпируйте передние стенки верхнечелюстных пазух: большие пальцы обеих рук расположите в собачьей ямке на передней поверхности верхнечелюстной кости и несильно надавите. Пропальпируйте точки выходов вторых ветвей тройничного нерва. В норме пальпация передней стенки верхнечелюстной пазухи безболезненна.
5. Пропальпируйте подчелюстные регионарные лимфатические узлы и глубокие шейные.
Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются при несколько наклоненной вперед голове исследуемого легкими массирующими движениями концами фаланг пальцев в подчелюстной области в направлении от середины к краю нижней челюсти.
Глубокие шейные лимфатические узлы пальпируются сначала с одной стороны, потом с другой. Голова больного несколько наклонена вперед. При пальпации лимфатических узлов справа правая рука врача лежит на темени исследуемого, а левой рукой производятся массирующие движения концами фаланг пальцев впереди переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При пальпации лимфатических узлов слева, левая рука на темени, а правой производится пальпация.
Нормальные лимфатические узлы не пальпируются (не прощупываются).

4 этап. Исследование дыхательной и обонятельной функции носа

1. Определение дыхательной функции носа. Для этого правое крыло носа прижмите к носовой перегородке указательным пальцем левой руки, а правой рукой поднесите небольшой кусочек ваты к левому преддверию и попросите больного сделать короткий обычный вдох и выдох. По отклонению ватки определяется степень затруднения прохождения воздуха. Для определения дыхания через правую половину носа прижмите левое крыло носа к носовой перегородке указательным пальцем правой руки, а левой рукой поднесите комочек ваты к правому преддверию и также попросите больного сделать короткий вдох и выдох. По отклонению ватки вы должны решить вопрос о дыхательной функции носа. Дыхание носом может быть нормальным, затрудненным и отсутствовать.
2. Определение обонятельной функции носа производится поочередно каждой половины носа пахучими веществами из ольфактометрического набора и с помощью прибора – ольфактометра. Для определения обонятельной функции носа справа прижмите указательным пальцем правой руки левое крыло носа к носовой перегородке, а левой рукой возьмите флакон пахучего вещества и поднесите к правому преддверию носа, попросите больного сделать вдох правой половины носа и определить запах данного вещества. Определение обоняния через левую половину носа производится аналогично,

только правое крыло носа прижимается указательным пальцем левой руки, а правой рукой подносится ольфактивное вещество к левой половине носа.

Обоняние может быть нормальным, (нормосмия), пониженным (гипосмия), отсутствовать (аносмия), извращенным (кокасмия).

5 этап. Передняя риноскопия

Риноскопия может быть передней, средней, задней

1. Осмотрите преддверие носа. Большим пальцем правой руки приподнимите кончик носа и осмотрите преддверие носа. В норме преддверие носа свободное, имеются волосы.

2. Передняя риноскопия производится поочередно – одной и другой половины носа. На раскрытую ладонь левой руки положите носорасширитель (носовое зеркало Килпана) таким образом, чтобы его клюв был обращен книзу, большой палец помещается сверху на винт носорасширителя, указательный и средний пальца – снаружи на браншу, четвертый и пятый пальцы должны находиться между браншами носорасширителя.

3. Локоть левой руки опустите, кисть руки с носорасширителем должна быть подвижной; ладонь правой руки положите на теменную область больного, чтобы придавать голове нужное положение.

4. Клюв носорасширителя в сомкнутом виде вводится на 0,5 см в преддверие правой половины носа больного. Правая половина клюва носорасширителя должна находиться в нижневнутреннем углу преддверия носа, левая – в верхнем – наружном углу преддверия (у крыла носа).

5. Указательным и средним пальцами левой руки нажмите на браншу носорасширителя и раскройте правое преддверие носа так, чтобы кончики клюва носорасширителя не касались слизистой оболочки носа.

6. Осмотрите правую половину носа, при прямом положении головы: цвет слизистой оболочки розовый, поверхность гладкая. Носовая перегородка по средней линии. Носовые раковины не увеличены, общий ход свободный.

7. Осмотрите правую половину носа при несколько наклоненной голове больного книзу. При этом хороши видны передние отделы нижнего носового хода, дно носа.

В норме нижний носовой ход свободен.

8. Осмотрите правую половину носа при несколько откинутой голове больного кзади и вправо. При этом виден средний носовой ход: он свободен, слизистая оболочка среднего носовой раковины розовая, гладкая.

9. Четвертым и пятым пальцами отодвиньте правую браншу, так, чтобы бранши носорасширителя сомкнулись, но не полностью и выведите носорасширитель из носа.

10. Осмотр левой половины носа производится аналогично: левая рука держит носорасширитель, а правая рука лежит на темени. При этом правая половина клюва носорасширителя находится в верхневнутреннем углу левой ноздри, а левая – в нижненаружном.

6 этап. Задняя риноскопия

При задней риноскопии осматривают задние отделы носа.

1. Укрепите носоглоточное зеркало в ручке, подогрейте над пламенем спиртовки зеркало в течении 2 – 3 секунд до температуры 40 – 45°, протрите салфеткой. Степень нагрева зеркала контролируется прикладыванием его к тылу кисти.

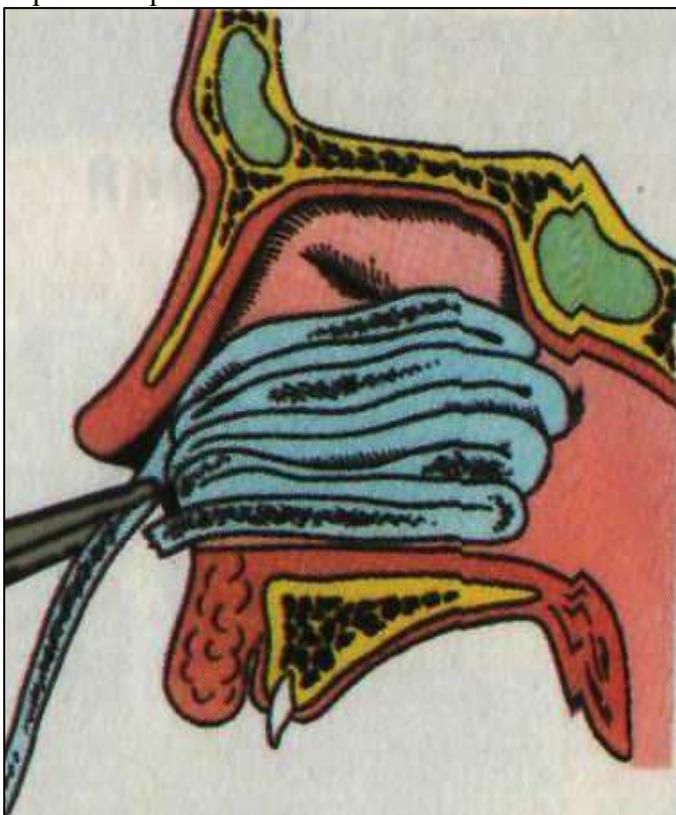
2. Возьмите в левую руку шпатель и оттесните книзу 2/3 языка. Шпатель берется таким образом, чтобы большой палец находился на его нижней поверхности, а второй, третий и

четвертый – на его верхней поверхности. Шпатель вводится со стороны правого угла рта, язык отдавливается не плашмя, а концом.

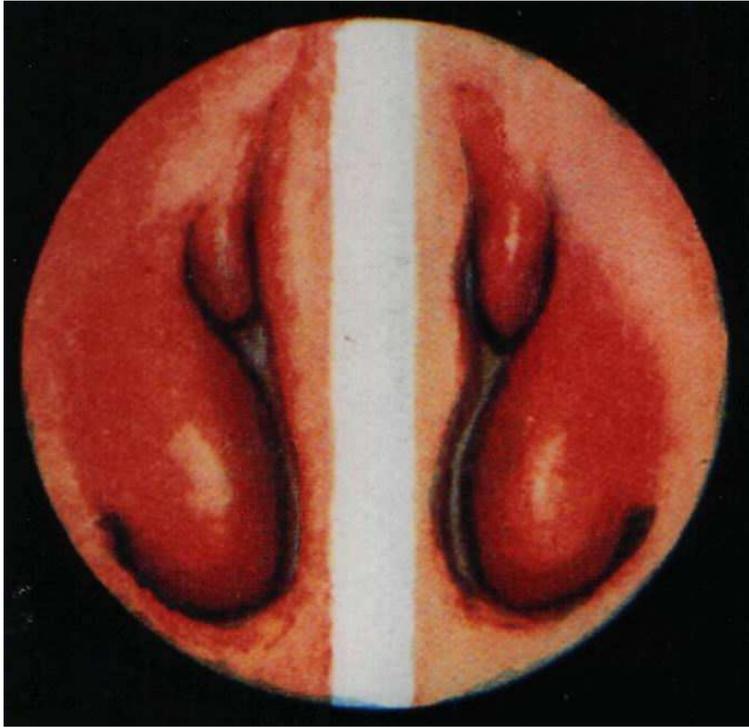
3. Носоглоточное зеркало возьмите в правую руку как ручку для письма и введите в рот, не касаясь корня языка и задней стенки глотки. Зеркальная поверхность должны быть обращена кверху.

4. Зеркало заведите на небную занавеску, свет от рефлектора должен быть точно направлен на зеркало. При легких поворотах зеркала последовательно осмотрите задние отделы носа. Больной при этом должен дышать носом.

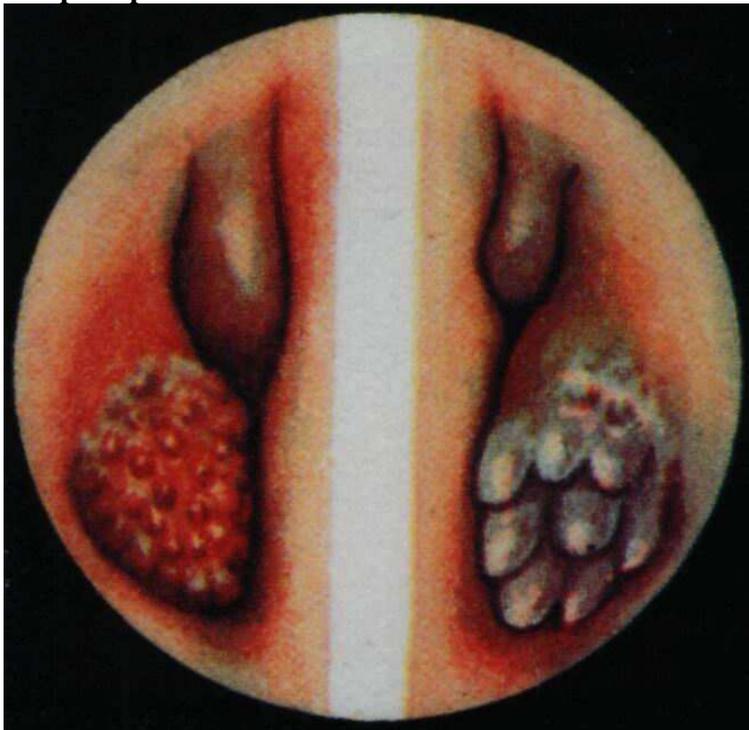
5. В зеркало вы должны увидеть задние концы носовых раковин, носовые ходы, задние отделы носовой перегородки. Задние концы носовых раковин в норме не выходят из хоан, сошник находится по средней линии. В зеркале вы также увидите верхние отделы глотки – свод носоглотки, хоаны, боковые стенки глотки, на боковых стенках глотки на уровне задних концов нижних носовых раковин видны отверстия слуховых труб. В норме хоаны свободны, слизистая оболочка верхних отделов глотки розовая, гладкая. В своде носоглотки находится 3-я глоточная (носоглоточная) миндалина, в норме она располагается на задневерхней стенке носоглотке и не доходит до верхнего края сошника хоан.



Передняя тампонада носа



Острый ринит



Гипертрофический ринит

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;

- письменный;
- тестирование;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

8. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100		<p>Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления</p>
2.	91-95	Отлично «5»	<p>Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления</p>
3.	86-90	Отлично «5»	<p>Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления</p>
4.	81-85	Хорошо «4»	<p>Применяет на практике Проявляет высокую активность творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснования ответа недостаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления</p>

5.	76-80	Хорошо «4»	Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснования ответа неполное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
6.	71-75	Хорошо «4»	Правильно решает ситуационные задачи, но обоснования ответа неполное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответа Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8	61-65	Удовлетворительно	Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60	Удовлетворительно	Знает, рассказывает уверенно Имеет частичные представления
10.	54-и ниже	Неудовлетворительно	Не имеет точные представления Не знает

9. 1 Хронологическая карта занятия

	Наименование этапа	Содержание этапа	Цель	Время минут
1	Организация Занятия.	Провести переключку студентов. Обратить внимание на внешний вид.	Мобилизовать внимание студентов	10
2	Определение темы и цели занятия	Называть тему занятия. Подготовить студентов к проведению тестового контроля знаний.	Раскрыть практическую значимость темы	10
3	Предварительный контроль знаний студентов.	Провести проверку знаний студентом путем тестового контроля.	Выявить исходный уровень знаний студентов.	25
4	Разбор основных теоретических положений темы	Сориентировать студентов на знание основных положений темы.	Уточнить знание студентами основных вопросов темы.	45

5	Задание для самостоятельной работы.	Дать задание студентам для самостоятельной работы.	Сориентировать студентов на проведения самостоятельной работы.	10
6	Самостоятельная работа студентов.	Курация тематических больных	Закрепить теоретические знания материала ознакомиться с особенностями клинического течения изучаемой патологии	40
7	Работа в перевязочной, манипуляционной, операционной	Студенты проводят туалет носа, промывание носовой полости, инсуфляцию лекарственных препаратов, введение их на турунде, продувание слуховой трубы по Политцеру. Овладению методикой обследования больного с синуситом	Обучение практическим навыкам	45
8	Контроль конечного уровня знаний.	Решение ситуационных задач	Определить конечный уровень знаний практическими навыками	25
9	Подведение итогов занятия применением методики «Трехступенчатого интервью»	Подвести итоги занятия, оценить деятельность каждого студента. Разобрать типичные и индивидуальные ошибки	Оценить усвоение теоретических положений темы и овладение практическими навыками.	25
10	Задание на следующее занятие	Огласить тему следующего занятия и указать литературу.	Дать задание студентам для самостоятельной работы.	15

9.2. Вопросы для самостоятельной подготовки студентов.

№	Разделы тема, подлежащие изучению	Цель	Вопросы для самоконтроля.
1	Острые синуситы.	Изучить клинику и методы диагностику острого синусита. Усвоить основные принципы лечения.	1. Этиология, первичный и вторичный синусит. 2. Понятие моно-, геми-, и пансинусит. 3. Общее и местные симптомы. Клиника и диагностика. 4. Острый гайморит. Клиника и диагностика. 5. Острый этмоидит. Клиника и диагностика. 6. Острый фронтит. Клиника и диагностика. 7. Острый сфеноидит. Клиника и диагностика. 8. Принципы лечения острых синуситов.
2.	Хронические синуситы	Изучают классификацию хронических синуситов, методы диагностики а также основные принципы лечения	1) Клиника и диагностика хронического воспаления в/ч, решетчатой лобной и основной пазухи. 2) Гнойная, гнойно-полипозная и полипозная синуситов. Полипы носа. 3) Консервативное и хирургическое лечение. 4) Операции на в/ч, решетчатой, лобной и основной пазухи.
3	Риногенные глазничные осложнение	Изучать механизм возникновения риногенных глазничных осложнений, диагностику ведение больных.	1) Анатомические предпосылки. 2)Периостит стенок орбиты, абсцесс и флегмона глазницы. 3) Принципы лечения.

4	Внутричерепные риногенные осложнения.	Изучать пути проникновения инфекции в полость черепа из околоносовых пазух. Усвоить клинику, определить показания к хирургическому лечению и указать основные виды оперативных вмешательств.	1) Пути проникновения инфекции в полость черепа. 2) Экстадуральные и субдуральные абсцессы, менингит, абсцесс мозга, тромбоз пещеристого и верхнего продольного синусов. 3) Принципы лечения.
---	---------------------------------------	--	---

9.3. Методическая часть.

Обучение студентов должно проводиться сочетано в стационарных и амбулаторно поликлинических условиях. В начале занятия преподаватель излагает мотивизацию и цель занятия, поясняет значение ее в деятельности для определения объема и содержания практических занятия, дает оценку исходного уровня знаний каждого студента.

В перевязочной комнате студенты под контролем преподаватель проводят курацию больных с заболеваниями носа. Преподаватель проводит клинической разбор каждого больного, разъясняет студентам категории услуг, которые они должны выполнять в условиях СВП и ГВП, и в каких случаях должны направить больного к специалисту или специализированное лечебное учреждение. Подводя итоги работы студентов в перевязочной комнате, в поликлинике, преподаватель коротко останавливается на допущенных ошибках, корректирует их.

Для проведения итогового контроля студентам раздаются типовые и нетиповые задачи. Решение последних позволит студентам проводить диф.диагностику и выбрать правильную тактику лечения заболеваний носа.

Во время проведения занятий преподаватель должен правильно определить направленность разбираемой темы, добиться активного участия каждого студента по всем рассматриваемым вопросам.

В конце занятия преподаватель должен провести итог темы, указать на ошибки и недочеты студентов во время прохождения занятия.

Завершая занятие, преподаватель определяет тему следующего занятия и дает темы для самостоятельной подготовки студентов с указанием литературы.

Приложение: Схема обследования больных заболеваниями носа.

1. Выявить жалобы на боль в проекции придаточных пазух носа, наличие выделений из полости носа и его характер (слизистые, гнойные и серозные), температурную реакцию.

2. При сбора анамнеза обратить внимание на возраст больного, профессию (наличие производственных вредностей, характер работы), длительность заболевания (до 3- месяцев и более), предшествующие причины, сопутствующие заболевания (наследственные, инфекционные, эндокринные, аллергия).

3. При осмотре обратить внимание на общее состояние больного, пульс, АД, неврологический статус (общее – мозговые симптомы, сознание ориентировку во времени и пространстве); состояние мягких тканей лица, век, конъюнктивы (наличие воспаления, отека), подвижность глазных яблок.

Пальпаторно определить: состояние костного отдела наружного носа (подвижность, деформация), болезненность точек выхода тройничного нерва, исследовать дыхательную и обонятельную функции (норма, снижение, отсутствие).

На передней риноскопии отметить, наличие патологического содержимого в носовых ходах (в каком носовом ходе), характер отделяемого (слизь, гной), состояние слизистой оболочки носовых раковин (отек, гиперемия, гипертрофия, атрофия), при необходимости смазать слизистую оболочку носа сосудорасширяющим препаратом.

4. Дополнительные методы исследования, клинический анализ крови, диафаноскопия, рентгенография придаточных пазух носа, пункция придаточных пазух носа, мазок из полости носа (на флору и ее чувствительность к антибиотикам), консультация окулиста, невропатолога.

10. Контрольные вопросы

1. Назовите формы хронического ринита.
2. Назовите предрасполагающие факторы хронического атрофического ринита
3. Перечислите методы консервативного лечения вазомоторного ринита
4. Какие объективные методы диагностики применяются при хроническом рините.
5. Какие осложнения могут возникнуть у больных с абсцессом носовой перегородки
6. Назовите абсолютные показания к радикальной операции на гайморовой пазухе
7. Какие существуют операции на придаточных пазухах носа.
8. Показания к септопластике.
9. Дифференциальная диагностика ринитов.
10. Клиника, симптоматика и лечения тромбоза кавернозного синуса
11. Риногенный менингит, диффдиагностика, лечение.
12. Методы исследования при синустробозе.
13. Перечислите местные причины носовых кровотечений.
14. Перечислите общие причины носовых кровотечений.
15. Методы остановки носового кровотечения.

11. Рекомендуемая литература

Основная:

1. «Практическая оториноларингология», К.А.Ходжаева, А.Г.Воробьева, Ташкент 2005г.,
2. Болезни уха, горла и носа. Мартин Бартон. 2002.
3. «Оториноларингология», В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Москва, «Литера», 2008г.
4. Болезни уха, горла и носа. Шевригин Б.В., Керчев Б.Л. 2002..

Дополнительная:

5. Заболевания носа и околоносовых пазух. Пискунов Г.З. 2003.
6. Клинические лекции по оториноларингологии. Извин А.И. 2004.
7. «Клиническая оториноларингология». Учебное пособие. Н.В.Мишенькин, А.И.Драчук, Л.И.Иванова, Ю.М.Дашкевич, А.Л.Носков, Омск, 1990й.
8. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, глотки, гортани и уха. М., Медицина, 2003.
9. Брюс У., Джафек ЭНН. Секреты оториноларингологии. 2001.
10. Шадиёв Х.Д., Хлыстов В.Ю., Хлыстов Ю.А. Практическая оториноларингология. М. 2002.
11. Материалы II съезда оториноларингологов Узбекистана. 2002..
12. «Атлас по оперативной оториноларингологии», под редакцией В.С.Погосова, М., Медицина, 1983й.

13. «Лекции по оториноларингологии», Солдатов И.Б., М., Медицина, 1990й.
14. Оториноларингологические заболевания. Козорез Е.С. 2005.
15. Учебно-методические пособия, разработанные на кафедре оториноларингологии
16. Солдатов И.Б.Руководство по оториноларингологии.М.2000 г.
17. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998й.
18. Интернет
<http://www.emedicine.com>
<http://www.nlm.nih.gov>
<http://www.medbow.ru>
<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals>
<http://www.rhinologyjournal.com>

19. Публикации последних лет в научных журналах