

Ю.В. Мітін,  
О.М. Науменко,  
Ю.В. Деева,  
Ю.В. Шевчук,  
О.О. Островська

**ПОСІБНИК ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ  
ДЛЯ ВИКЛАДАННЯ ЗА КРЕДИТНО-  
МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ**

**Медицина**

Ю.В. Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Дєєва, Ю.В. Шевчук, О.О. Островська

Рекомендовано  
Центральним методичним  
кабінетом з вищої медичної  
освіти МОЗ України  
як навчально-методичний  
посібник для студентів  
вищих медичних  
навчальних закладів  
III-IV рівнів акредитації

**ПОСІБНИК ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ  
ДЛЯ ВИКЛАДАННЯ ЗА КРЕДИТНО-  
МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ**

Друге видання виправлене та доповнене

**Київ 2013**

## ЗМІСТ

### **Передмова**

**Навчальний план з дисципліни «Оториноларингологія» для студентів медичних факультетів**

**Навчальний план з дисципліни «Оториноларингологія» для студентів медико-психологічного факультету**

**Навчальний план з дисципліни «Оториноларингологія» для студентів стоматологічного факультету**

**Тематичні плани лекцій і практичних занять**

**Методичні розробки практичних занять**

**Заняття 1.** Ендоскопічні методи дослідження ЛОР-органів. Клінічна анатомія, фізіологія та методи дослідження зовнішнього та середнього вуха

**Заняття 2.** Клінічна анатомія, фізіологія внутрішнього вуха, методи, дослідження слухового та вестибулярного аналізаторів

**Заняття 3.** Клінічна анатомія, фізіологія та методи дослідження носа, приносових пазух, глотки, гортані

**Заняття 4.** Захворювання зовнішнього та середнього вуха: сірчаний корок, дифузний зовнішній отит, фурункул зовнішнього слухового ходу, гострий гнійний середній отит, мастоїдит. Антромастоїдотомія

**Заняття 5.** Хронічний гнійний середній отит. Лабіринтит. Сануючі та слуховідновлювальні операції вуха

**Заняття 6.** Негнійні захворювання вуха: катар середнього вуха, ексудативний отит, сенсоневральна приглухуватість, отосклероз, хвороба Мен'єра

**Заняття 7.** Гострі та хронічні захворювання носа та приносових пазух. Ринопгенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення

**Заняття 8.** Гострі та хронічні захворювання глотки: гострий та хронічний фарингіти, ангіна, ускладнення гострих тонзилітів, дифтерія глотки, хронічний тонзиліт, гіпертрофія піднебінних та глоткового мигдаликів. Курація хворих

**Заняття 9.** Гострі та хронічні захворювання гортані. Пухлини та інфекційні гранульоми ЛОР-органів

**Заняття 10.** Травми ЛОР-органів. Носові кровотечі. Стороні тіла ЛОР-органів. Підсумковий модульний контроль

**Методичні розробки для самостійного вивчення студентом оториноларингології**

**Методична розробка 1.** Імпедансометрія

**Методична розробка 2.** Диференційна діагностика порушень звукопровідного

та звукосприймального апаратів

**Методична розробка 3.Отомікоз**

**Методична розробка 4. Ексудативний отит**

**Методична розробка 5. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення та отогенний сепсис**

**Методична розробка 6. Носовий клапан та остіомеатальний комплекс**

**Методична розробка 7. Деформація зовнішнього носа. Ринопластика**

**Методична розробка 8. Мікози приносних пазух. Міцетома**

**Методична розробка 9. Фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця..**

**Методична розробка 10. Злоякісні пухлини глотки**

**Методична розробка 11. Ускладнення ангін**

**Методична розробка 12. Передракові захворювання гортані**

**Методична розробка 13. Функціональні захворювання голосового апарату**

**План обстеження оториноларингологічного хворого**

**Схема історії хвороби**

**Перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти студент під час практичних занять**

**Перелік питань до підсумкового модульного контролю з оториноларингології**

**Додаток. Еталони відповідей на запитання для визначення початкового рівня знань та ситуаційні задачі.**

## ПЕРЕДМОВА

Після попереднього видання методичних рекомендацій для проведення практичних занять з хвороб вуха, горла та носа на кафедрі оториноларингології НМУ імені О.О. Богомольця минуло п'ять років. За цей період викладання оториноларингології у вищих медичних навчальних закладах України зазнало нових організаційно-структурних змін, зумовлених, насамперед, створенням нових навчальних програм для викладання оториноларингології на медичних, медико-психологічному та стоматологічному факультетах.

Відповідно до цих оновлених навчальних програм колективом кафедри оториноларингології НМУ імені О.О. Богомольця було створено повний навчально-методичний комплекс для забезпечення педагогічного процесу на кафедрі. З метою покращення засвоєння хвороб вуха, горла та носа для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації колективом кафедри видані наступні підручники, навчальні посібники та навчальні програми, затверджені Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України, а підручник «Оториноларингологія» 2010, 2011 р. має також гриф МОН України:

1. Типова навчальна програма з оториноларингології для спеціальності «Лікувальна справа» - 7.110101. — К., 2012.
2. Типова навчальна програма з оториноларингології для спеціальності «Медична психологія». - 7.110108. — К., 2012.
3. Типова навчальна програма з оториноларингології для спеціальності «Стоматологія». – 7.110106. — К., 2012.
4. Оториноларингологія: підручник Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 496 с.
5. Оториноларингологія: учебник Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б.

Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.

6. Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою: навчальний посібник/ Ю.В. Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Деева. — К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. — 165 с.

7. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.

У запропонованому посібнику тематику практичних занять подано з розрахунку на 10 занять тривалістю по 4 години для студентів медичних та медико-психологічного факультетів та 15 занять тривалістю 2 години для студентів стоматологічного факультету. Дві години останнього заняття відведено для підсумкового контролю модуля з дисципліни.

На відміну від попередніх методичних рекомендацій, які були видані в 2008 році, в цьому навчальному посібнику оновлені розділи ситуаційних задач, розділ тестових завдань для попереднього контролю з дисципліни приведений у відповідність до нової програми та навчального плану, оновлені перелік питань до підсумкового модульного контролю та перелік практичних навичок, тематичні плани для самостійної роботи студентів.

Навчальний посібник створений для викладачів вищих навчальних медичних закладів III—IV рівнів акредитації, а також для студентів медичних вузів з метою їх самостійної підготовки до практичних занять.

**НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН З ДИСЦИПЛІНИ  
«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ  
МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ**

Структура навчальної дисципліни	Кількість годин, з них				Рік навчання	Вид контролю
	усього годин/ кредитів	аудиторних		СРС		
		лекцій	практ. занять			
Модуль 1 Змістових модулів 4	90/3 кредитів ECTS	6	34	50	4	Поточний і підсумковий
Загальне навантаження	90/3 кредитів ECTS	6	34	50	4	Поточний і підсумковий

Примітка: 1 кредит ECTS - 30 год.

Аудиторне навантаження – 56,6%, СРС – 44,4%

**НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН З ДИСЦИПЛІНИ  
«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ  
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

Структура навальної дисципліни	Кількість годин, з них			СРС	Рік навчання	Вид контролю
	усього годин/ кредитів	аудиторних				
		лекцій	практ. занять			
Модуль 1 Змістових модулів 4	45/1,5 кредитів ECTS	6	14	25	4	Поточний і підсумковий
Загальне навантаження	45/1,5 кредитів ECTS	6	14	25	4	Поточний і підсумковий

Примітка: 1 кредит ECTS - 30 год.

Аудиторне навантаження – 66,7%, СРС – 33,3%



**НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН З ДИСЦИПЛІНИ  
«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

Структура навчальної дисципліни	Кількість годин, з них				Рік навчання	Вид контролю
	усього годин/ кредитів	аудиторних		СРС		
		лекцій	практ. занять			
Модуль 1 Змістових модулів 4	68/2,25 кредитів ECTS	6	24	22	4	Поточний і підсумковий
Загальне навантаження	68/2,25 кредитів ECTS	6	24	22	4	Поточний і підсумковий

Примітка: 1 кредит ECTS - 30 год.

Аудиторне навантаження – 68%, СРС – 22%

## **ТЕМАТИЧНІ ПЛАНИ ЛЕКЦІЙ І ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

Тематичні плани лекцій і практичних занять створено відповідно до профілізації факультетів. Вони охоплюють основні питання оториноларингології, є орієнтовними і можуть бути частково змінені залежно від науково-педагогічного спрямування кафедри (до 15%).

### **Тематичний план лекцій з оториноларингології**

**для медичного, медико-психологічного та стоматологічного  
факультетів**

№	Тема лекції	Години
1.	Гострий гнійний середній отит. Мастоїдит. Антромастоїдотомія. Хронічний гнійний середній отит. Сануючі операції вуха. Тимпаноластика.	2
2.	Гострий і хронічний риніти та синуїти. Риногенні орбітальні і внутрішньочерепні ускладнення.	2
3.	Гострі і хронічні захворювання глотки та гортані	2
Всього		6

**Тематичний план практичних занять з оториноларингології  
для студентів медичних факультетів**

№	Тема практичного заняття	Години
1.	Ендоскопічні методи дослідження ЛОР-органів. Клінічна анатомія, фізіологія вуха. Методи дослідження слухового та вестибулярного аналізаторів	5
2.	Клінічна анатомія, фізіологія та методи дослідження носа, глотки, гортані, приносових пазух	5
3.	Захворювання зовнішнього і середнього вуха. Гострий гнійний середній отит. Мастоїдит. Антромастоїдотомія. Хронічний гнійний середній отит, лабіринтит. Сануючі та слуховідновні операції вуха. Негнійні захворювання вуха: катар середнього вуха, ексудативний отит, сенсоневральна приглухуватість, отосклероз, хвороба Мен'єра	5
4.	Гострі та хронічні захворювання носа і приносових пазух. Риногенні орбітальні і внутрішньочерепні ускладнення. Курація хворих	5
5.	Гострі і хронічні захворювання глотки	5
6.	Гострі і хронічні захворювання гортані. Пухлини та інфекційні гранульоми ЛОР-органів. Захист історії хвороби.	5
7.	Травми ЛОР-органів, носові кровотечі. Сторонні тіла ЛОР-органів.	2
	Підсумковий контроль модуля «Оториноларингологія».	2
Всього		34

**Тематичний план практичних занять з оториноларингології**  
**для студентів медико-психологічного факультету**

№	Тема практичного заняття	К-ть годин
1.	Клінічна анатомія, фізіологія та методи дослідження ЛОР-органів.	3
2.	Гострі та хронічні захворювання вуха. Мастоїдит. Антромастоїдотомія. Негнійні захворювання вуха.	3
3.	Гострі та хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів.	3
4.	Невідкладні стани в оториноларингології.	2
	Підсумковий контроль модулю - оториноларингологія.	2
Всього		20

**Тематичний план практичних занять з оториноларингології  
для студентів стоматологічного факультету**

№ з.п.	ТЕМА	К-ть годин
1	Клінічна анатомія, фізіологія вуха, носа, приносових пазух, глотки, гортані. Методи дослідження ЛОР-органів.	5
2	Гострі і хронічні захворювання вуха. Гострий гнійний середній отит. Мастоїдит. Антромастоїдотомія. Хронічний гнійний середній отит, лабіринтит. Сануючі та слуховідновні операції вуха. Негнійні захворювання вуха: катар середнього вуха, ексудативний отит, сенсоневральна приглухуватість, отосклероз, хвороба Мен'єра.	5
3	Гострі і хронічні захворювання носа та приносових пазух. Риногенні орбітальні і внутрішньочерепні ускладнення. Курація хворих.	5
4	Гострі і хронічні захворювання глотки та гортані. Захист історії хвороби.	5
5	Невідкладні стани в ЛОР практиці.	2
	Підсумковий контроль модуля «Оториноларингологія».	2
	Разом	24

**Види самостійної роботи студентів (СРС) та її контроль  
для студентів медичного факультету**

№	Тема	Години	Вид контролю
1.	Імпедансометрія.	4	Тези або реферат
2.	Диференційна діагностика порушень звукопровідного та звукосприймального апаратів.	4	Тези або реферат
3.	Отомікоз.	2	Тези або реферат
4.	Ексудативний отит.	2	Тези або реферат
5.	Отогенні внутрішньочерепні ускладнення та отогенний сепсис	4	Тези або реферат
6.	Носовий клапан та остіомеатальний комплекс.	2	Тези або реферат
7.	Деформація зовнішнього носа. Ринопластика.	4	Тези або реферат
8.	Мікози приносних пазух. Міцетома.	2	Тези або реферат
9.	Фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця.	2	Тези або реферат
10.	Злоякісні пухлини глотки.	4	Тези або реферат
11.	Ускладнення ангін.	4	Тези або реферат
12.	Передракові захворювання гортані.	4	Тези або реферат
13.	Функціональні захворювання голосового апарату.	2	Тези або реферат
Разом СРС з дисципліни		40	

**Види самостійної роботи студентів (СРС) та її контроль  
для студентів медико-психологічного факультету**

№	Тема	Години	Вид контролю
1.	Імпедансометрія.	1	Тези або реферат
2.	Диференційна діагностика порушень звукопровідного та звукосприймального апаратів.	1	Тези або реферат
3.	Отомікоз.	1	Тези або реферат
4.	Ексудативний отит.	1	Тези або реферат
5.	Отогенні внутрішньочерепні ускладнення та отогенний сепсис.	1	Тези або реферат
6.	Носовий клапан та остіомеатальний комплекс.	1	Тези або реферат
7.	Деформація зовнішнього носа. Ринопластика.	1	Тези або реферат
8.	Мікози приносних пазух. Міцетома.	1	Тези або реферат
9.	Фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця.	1	Тези або реферат
10.	Злоякісні пухлини глотки.	2	Тези або реферат
11.	Ускладнення ангін.	1	Тези або реферат
12.	Передракові захворювання гортані.	2	Тези або реферат
13.	Функціональні захворювання голосового апарату.	1	Тези або реферат
Разом СРС з дисципліни		15	

**Види самостійної роботи студентів (СРС) та її контроль  
для студентів стоматологічного факультету**

№	Тема	Години	Вид контролю
1.	Імпедансометрія.	2	Тези або реферат
2.	Диференційна діагностика порушень звукопровідного та звукосприймального апаратів.	2	Тези або реферат
3.	Отомікоз.	1	Тези або реферат
4.	Ексудативний отит.	1	Тези або реферат
5.	Отогенні внутрішньочерепні ускладнення та отогенний сепсис.	2	Тези або реферат
6.	Носовий клапан та остіомеатальний комплекс.	2	Тези або реферат
7.	Деформація зовнішнього носа. Ринопластика.	2	Тези або реферат
8.	Мікози приносних пазух. Міцетома.	2	Тези або реферат
9.	Фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця.	2	Тези або реферат
10.	Злоякісні пухлини глотки.	2	Тези або реферат
11.	Ускладнення ангіні.	2	Тези або реферат
12.	Передракові захворювання гортані.	1	Тези або реферат
13.	Функціональні захворювання голосового апарату.	1	Тези або реферат
Разом СРС з дисципліни		22	



**Максимальна кількість балів за поточну навчальну діяльність студента –120.**

**Студент допускається до підсумкового модульного контролю при умові виконання вимог навчальної програми та в разі, якщо за поточну навчальну діяльність він набрав не менше 60 балів.**

Підсумковий модульний контроль зараховується студенту, якщо він набрав не менше 50 балів з 80 балів.

## МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

### Етапи проведення практичних занять для студентів медичних факультетів

№з/п	Основні етапи заняття	Навчальна мета етапу заняття	Методи навчання та контролю	Оснащення та матеріали методичного забезпечення	Час, хв.
<b>Підготовчий етап заняття</b>					
1.	Організація заняття	Перевірити присутність студентів	Перевірити присутність студентів за журналом обліку відвідувань та успішності студентів	Навчальна кімната	5
2.	Визначення теми та структури заняття	Назвати тему заняття, звернути увагу на її актуальність та шляхи опанування	Перелічити основні питання теми та необхідні практичні навички	Посібник до практичних занять	5
<b>Основний етап заняття</b>					
3.	Визначення початкового рівня знань студентів	З'ясувати рівень самостійної підготовки студентів	Письмова, усна форми перевірки	Тестові завдання, питання для самостійної підготовки й опитування студентів	25
4.	Розгляд основних питань теми заняття	Вивчити основні теоретичні положення теми	Розглянути основні питання теми	Питання для самопідготовки й опитування студентів	60

5.	Самостійна робота студентів (під керівництвом викладача)	Оволодіти необхідними практичними навичками	Курація 3-4 тематичних хворих. Ендоскопічне дослідження тематичних хворих, виконання відповідних маніпуляцій, хірургічних втручань	Оглядова кімната, перев'язочна, маніпуляційна, операційна, лабораторні кімнати	60
Підсумковий етап заняття					
6.	Визначення підсумкового рівня знань студентів	З'ясувати засвоєння студентом теоретичних положень теми, провести корекцію рівня знань і навичок	Розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями	Навчальна кімната, ситуаційні задачі, тестові питання	15
7.	Підбиття підсумків заняття	Аналіз досягнення мети	Оцінити рівень засвоєння теми та діяльність кожного студента. Проаналізувати типові й індивідуальні помилки	Навчальна кімната	5
8.	Визначення теми наступного практичного заняття та завдань до нього	Зорієнтувати студентів на вивчення наступної теми	Визначити обсяг матеріалів для вивчення наступної теми.	Навчальна кімната, лекції, підручники, допоміжна література	5

## **ЗАНЯТТЯ 1**

### **ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛОР-ОРГАНІВ. КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗОВНІШНЬОГО ТА СЕРЕДНЬОГО ВУХА**

Визначення початкового рівня знань студентів є обов'язковим компонентом першого практичного заняття з оториноларингології. Необхідність проведення цього заходу зумовлена вимогами педагогіки вищої школи до інтеграції навчального процесу та послідовності у вивченні базових теоретичних і клінічних дисциплін.

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** Знання методики та техніки обстеження оториноларингологічного хворого й уміння провести ендоскопічне дослідження ЛОР-органів має важливе значення для виявлення патології вуха, носа, глотки і гортані та встановлення діагнозу при захворюванні відповідних органів. Студент, який вільно володіє методикою ендоскопічного огляду ЛОР-органів, здатен ефективно працювати на кожному занятті (обстежуючи хворих у стаціонарі або у поліклініці), а отже, спроможний у повному обсязі засвоїти цикл оториноларингології. Ці знання особливо необхідні майбутнім сімейним лікарям, оскільки третина всіх хворих потребує консультативної та лікувальної допомоги оториноларинголога. Знання клінічної анатомії, фізіології зовнішнього та середнього вуха допоможе зрозуміти особливості запальних патологічних процесів, що перебігають в цих анатомічних ділянках, що будуть розглядатися студентами в наступних темах практичних занять, а також закладені

основи для оволодіння знаннями, які потрібні для проведення диференційної діагностики зовнішніх і середніх отитів з іншими захворюваннями, що вкрай необхідно для лікарів терапевтичної, хірургічної, так і стоматологічної направленості.

## **II. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** — 4 академічні години

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** оволодіти технікою користування лобовим рефлектором або лобовим освітлювачем, засвоїти методику та відпрацювати техніку ендоскопічного обстеження оториноларингологічного хворого (передня і задня риноскопія, орофарингоскопія, непряма ларингоскопія, отоскопія), вивчити анатомію та фізіологію зовнішнього та середнього вуха.

## **IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Порядок, методику і техніку обстеження оториноларингологічного хворого.
2. Нормальну ендоскопічну картину носа, глотки, гортані та вуха, а також можливі типові патологічні відхилення в їх ендоскопічній картині.
3. Клінічну анатомію, фізіологію, методи дослідження зовнішнього та середнього вуха.

## **V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Користуватися лобовим рефлектором та лобовим освітлювачем.
2. Провести передню риноскопію, оцінити стан порожнини носа в нормі та в разі відхилень від норми.
3. Виконати задню риноскопію, оцінити стан задніх відділів носа і носової частини глотки в нормі та в разі відхилень від норми.
4. Провести орофарингоскопію, оцінити стан порожнини рота і ротової частини глотки в нормі та в разі відхилень від норми.

5. Виконати непрямую ларингоскопію, оцінити стан гортанної частини глотки та гортані в нормі та в разі відхилень від норми.

6. Провести отоскопію, оцінити стан зовнішнього слухового ходу і барабанної перетинки в нормі та в разі відхилень від норми.

## **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів: лобовий рефлексор та лобовий освітлювач, носові дзеркала, шпатель, дзеркало для задньої риноскопії, гортанні дзеркала, вушні лійки.

2. Схеми, таблиці, слайди, муляжі, комп'ютерні презентації, тематичні відеофільми.

3. Тести для визначення початкового рівня знань.

4. Ситуаційні задачі для підсумкового контролю рівня знань студентів.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

### *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Визначення початкового рівня знань студентів з анатомії та фізіології ЛОР-органів.**

Контрольні запитання для визначення початкового рівня знань студентів з анатомії та фізіології ЛОР-органів наведено після методичної розробки до першого заняття.

#### **2. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) відділи слухового аналізатора;

- 2) клінічна анатомія зовнішнього вуха, його функції;
- 3) клінічна анатомія середнього вуха (стінки, поверхи, вміст барабанної порожнини), його функція;
- 4) клінічна анатомія та функція слухової труби;
- 5) клінічна анатомія та функція соскоподібного відростка;
- 6) вікові особливості будови зовнішнього та середнього вуха;

### **3.Ознайомлення студентів з клінікою.**

Студенти повинні знати основні підрозділи клініки та вимоги до зовнішнього вигляду і поведінки в ній.

### **4.Освоєння методики та техніки ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.**

Обстеження оториноларингологічного хворого здійснюють з позиції цілісності організму. Його починають з детального з'ясування й аналізу скарг хворого, збору анамнезу хвороби та життя. Проводять зовнішній огляд ЛОР-органів, за необхідності виконують їх пальпацію та перкусію. Після цього проводять ендоскопічне дослідження ЛОР-органів.

#### **Організація робочого місця оториноларинголога.**

Для проведення огляду та спеціального ендоскопічного обстеження пацієнтів із захворюваннями вуха, горла і носа необхідно створити відповідні умови, які визначають організацію робочого місця. Для цього потрібно мати джерело світла, відповідні інструменти, лобовий рефлектор або лобовий освітлювач. Джерело світла (електричну лампу) потрібно розташовувати праворуч від хворого на рівні вушної раковини, на відстані 10-20 см від неї. На інструментальному столику розміщують інструменти, медикаменти, перев'язувальний матеріал. При цьому пацієнт перебуває відносно лікаря праворуч, а джерело світла — ліворуч.

#### **Методика користування лобовим рефлектором.**

Лобовий рефлектор складається з увігнутого дзеркала з фокусною відстанню 25-30 см, яке прикріплюється за допомогою шарнірного механізму

до ременя, що дає змогу міцно закріпити лобовий рефлектор на голові в ділянці чола над лівим оком. У центрі дзеркало має отвір, крізь який здійснюють огляд лівим оком. Шарнірне пристосування дає змогу змінювати напрямок і кут освітлення під час огляду досліджуваного органа.

Після закріплення лобового рефлектора в ділянці чола його дзеркало розташовують навпроти лівого ока так, щоб задня поверхня дзеркала була розміщена біля щоки та бокової поверхні носа лікаря, а зіниця ока — на рівні отвору дзеркала.

Уміння користуватися лобовим рефлектором потребує дотримання таких правил: необхідно забезпечити достатнє освітлення досліджуваного органа; промінь світла наводити, закриваючи долонею праве око; дзеркало лобового рефлектора повернути таким чином, щоб «зайчик» світла було видно на кінчику носа, потім праве око звільнити і огляд здійснювати обома очима (лівим через отвір у дзеркалі), що забезпечить бінокулярність дослідження.

### **Методика проведення оториноларингологічного огляду.**

Оториноларингологічний огляд здійснюють у такому порядку: передня риноскопія, орофарингоскопія, задня риноскопія, непряма ларингоскопія, отоскопія. Такого порядку огляду дотримуються у дорослих, дітей старшого та молодшого віку. У немовлят огляд починають з отоскопії. Це пов'язано з тим, що під час плачу дитини її барабанна перетинка червоніє, що ускладнює оцінку отоскопічної картини.

#### ***Передня риноскопія***

Спочатку оглядають зовнішній ніс і присінок носа, піднявши кінчик носа догори великим пальцем правої руки. Потім лівою рукою беруть носове дзеркало, праву руку розташовують на тімені пацієнта, фіксуючи його голову. Під контролем зору і променя світла від дзеркала рефлектора або лобового освітлювача вводять бранші носового дзеркала в зімкнутому стані в присінок носа паралельно до дна носової порожнини. Кінці браншів



носового дзеркала не повинні торкатися слизової оболонки. Поступово розширюючи бранші, по черзі оглядають обидві половини носа. Кожну половину носа оглядають з двох позицій. У першій позиції, коли голова хворого розташована в прямому положенні, у нормі видно нижні відділи носової порожнини: дно, нижні носові раковини, нижній відділ носової перегородки, нижній носовий хід. У другій позиції, коли голова хворого відхилена назад, у нормі видно середні та верхні відділи порожнини носа: середній та верхній відділи носової перегородки, середні й інколи верхні носові раковини, середній носовий хід, нюхову щілину. При широких носових ходах добре видно хоани, задню стінку носоглотки, аденоїдні вегетації. У нормі слизова оболонка порожнини носа рожева з рівною гладенькою поверхнею. Носова перегородка розташована посередині. Після закінчення огляду носове дзеркало обережно виводять із носа. У присінку носа не слід повністю змикати бранші, щоб не захопити та не вирвати волосся, що там росте.

### ***Орофарингоскопія***

Обстеження глотки починається з огляду шиї та пальпації регіонарних лімфатичних вузлів. Потім за допомогою шпателя проводять огляд присінку та порожнини рота. Звертають увагу на стан слизової оболонки губ, щік, ясен, стан зубів та язика. Під час огляду ротоглотки пацієнт повинен дихати ротом, не висовуючи язика. Шпатель кладуть на передні 2/3 язика і притискують його донизу і дещо на себе. Слід пам'ятати, що натискування на корінь язика може спричинити блювотний рефлекс. Звертають увагу на стан слизової оболонки піднебінних дужок, м'якого піднебіння, задньої стінки глотки. У нормі слизова оболонка цих ділянок рожева, не має потовщень. Стан піднебінних мигдаликів визначають під час ротації їх шляхом натискування іншим шпателем на передню піднебінну дужку. При цьому виявляють наявність вмісту в лакунах піднебінних мигдаликів. Оглядаючи задню стінку глотки, можна виявити як окремі гранули лімфаденоїдної тканини,

так і значні накопичення її, особливо на задньобічних стінках глотки за піднебінними дужками — бічні валики глотки.

### ***Задня риноскопія***

Огляд носоглотки здійснюють за допомогою носоглоткового дзеркала та шпателя або жорсткого риноскопа. Шпателем, який тримають лівою рукою, притискують язик у передніх 2/3 його і просять пацієнта дихати носом. Перед цим нагріте на спиртівці носоглоткове дзеркало обережно вводять за м'яке піднебіння в ротоглотку дзеркальною поверхнею догори, не торкаючись кореня язика та задньої стінки глотки. Освітлюючи дзеркало та змінюючи кут огляду, досліджують носоглотку в відбитому промені світла. У нормі слизова оболонка в склепінні носоглотки рожева, хоани вільні та симетричні, леміш знаходиться по середній лінії. На бічних стінках носоглотки, на рівні задніх кінців нижніх носових раковин, розташовані невеликі заглибини — глоткові отвори слухових труб.

У склепінні носоглотки міститься глотковий мигдалик, який може бути гіпертрофованим — аденоїдні вегетації. Дітям раннього та молодшого дитячого віку для обстеження носоглотки часто проводять пальцеве дослідження. Для цього помічник лікаря садовить дитину собі на коліна і тримає її. Лікар, стоячи збоку і дещо позаду, вводить вказівний палець правої руки в рот, а потім за м'яке піднебіння в носоглотку, обстежуючи пальцем стінки; у той самий час пальцем лівої руки потрібно втиснути щоку дитини між верхніми та нижніми зубами, щоб запобігти укусу пальця лікаря. У нормі носоглотка вільна. У передніх відділах пальпують хоани, леміш. За наявності аденоїдних вегетацій виявляють м'якоеластичне часточкове утворення в склепінні носоглотки, яке може перекривати хоани.

### ***Ларингоскопія***

Непряму ларингоскопію здійснюють за допомогою гортанного дзеркала, яке перед цим підігрівають на спиртівці. Під час огляду висунутий язик

пацієнта утримують лівою рукою за допомогою марлевої серветки. Гортанне дзеркало вводять через порожнину рота, дзеркальною поверхнею донизу. Не торкаючись кореня язика та задньої стінки глотки, м'яке піднебіння з язичком відтискують догори й назад. У дзеркалі добре видно надгортанник, валекули, черпакувато-надгортанні складки, черпакуваті хрящі, вестибулярні та голосові складки, підскладковий простір, голосову щілину. Звертають увагу на колір слизової оболонки, а також рухомість голосових складок під час дихання та фонації, вимови голосних звуків «е» або «і».

Одночасно з ларингоскопією проводять огляд гортаноглотки — гіпофарингоскопію. При цьому оглядають корінь язика, язиковий мигдалик, валекули, грушоподібні закусочки.

Пряму ларингоскопію здійснюють за допомогою ларингоскопа. Хворий лежить на спині з відкинутою назад головою. Ларингоскоп проводять через порожнину рота, відтискують корінь язика догори й одночасно інструмент проводять до гортаноглотки. Дзьобом клинка ларингоскопа захоплюють і відтискують надгортанник і корінь язика. Таке розташування інструмента забезпечує прямий огляд усіх відділів гортанної частини глотки, гортані та верхнього відділу трахеї.

### ***Отоскопія***

Обстеження вуха починають з огляду вушної раковини та завушної ділянки і суміжних відділів голови, шиї та обличчя. Потім здійснюють пальпацію та перкусію соскоподібного відростка.

Отоскопію проводять за допомогою лобового рефлектора (освітлювача) та вушних лійок різних розмірів. Початковий відділ зовнішнього слухового ходу можна оглянути без вушної лійки. Вушну лійку потрібного розміру вводять у зовнішній слуховий хід до перешийка, утримуючи великим, вказівним і середнім пальцями руки за обідок. Зовнішній слуховий хід випрямляють шляхом відтягування вушної раковини у дорослих і дітей старшого віку догори, назад і назовні, а у дітей молодшого віку — донизу та

назад.

У нормі зовнішній слуховий хід вільний, шкіра його блідо-рожевого кольору. Барабанна перетинка сірого кольору, блискуча, з перламутровим відтінком. На ній розрізняють обов'язкові утворення — **пізнавальні ознаки, або пункти**: ручка молоточка, його бічний відросток, передня та задня молоточкові складки, світловий рефлекс, пупок. У нормі барабанна перетинка рухома, що визначається за допомогою пневматичної вушної лійки Зігле, або проби Вальсальве, Тойбі.

Мікроотоскопію здійснюють за допомогою операційного мікроскопа, що дає змогу визначити деталі будови барабанної перетинки та патологічні зміни на ній. При цьому чіткіше видно характер перфорації, грануляції, поліпи, стан слизової оболонки медіальної стінки барабанної порожнини.

#### **4. Самостійна робота студентів.**

Студенти самостійно засвоюють методику роботи з лобовим рефлексом, лобовим освітлювачем, проводять передню риноскопію, орофарингоскопію, задню риноскопію, непрямую ларингоскопію та отоскопію.

### *ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1.Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

Розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

#### **2.Підсумок заняття**

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного практичного заняття і завдань до нього.

### **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.

3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Особливості клінічної анатомії ЛОР органів у дітей / А.А.Лайко, Д.І.Заболотний, А.Л.Косаковський, Т.С.Мостова, В.В.Синяченко. - К.: Логос, 2002. - 116 с.
7. Клінічна анатомія, фізіологія та методи обстеження ЛОР-органів: Рекомендовано ЦМК з вищої освіти МОЗ України як навч. посібник / Д.І. Заболотний., А.А. Лайко, А.Л. Косаковський, Т.С. Мостова. - К.: Логос, 2004. - 240 с.

### **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ З АНАТОМІЇ ТА ФІЗІОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ**

Зважаючи на велике значення послідовності в опануванні студентами теоретичних і клінічних дисциплін, сучасну постановку питання інтеграції викладання у вузі, на першому занятті слід визначити початковий рівень знань студентів з анатомії та фізіології ЛОР-органів.

Це тестування дає змогу оцінити ступінь індивідуальної підготовки студентів, їх ерудицію і рівень знань, отриманих на попередніх курсах під час вивчення теоретичних дисциплін. Ми рекомендуємо з наведених контрольних запитань пропонувати студентам по 3-4 запитання з різних розділів дисципліни.

Протягом 20 хв. студенти в письмовій формі відповідають на запропоновані запитання. Аналіз результатів можна провести в кінці першого

або на початку другого заняття.

## **I. Анатомія та фізіологія слухового та вестибулярного аналізаторів**

*1. Які анатомічні утворення з'єднує слухова труба?*

- A.** Внутрішнє вухо та глотку.
- B.** Барабанну порожнину та гортаноглотку.
- C.** Барабанну порожнину та носоглотку.
- D.** Барабанну порожнину та ротоглотку.
- E.** Перилімфатичний простір з субарахноїдальним.

*2. Яку функцію виконує вушна раковина?*

- A.** Функцію рупора для збирання звукових хвиль.
- B.** Звукопровідну та звукосприймальну функцію.
- C.** Функцію проведення звукових хвиль.
- D.** Естетичну функцію.
- E.** Функцію периферичного відділу слухового аналізатора.

*3. Назвіть слухові кісточки. Яка їх функція?*

- A.** Молоточок, коваadlo, стремено. Їх функція — звукосприймання та послаблення звуку,
- B.** Молоточок, коваadlo, колумела. Їх функція — звукосприймання та посилення звуку.
- C.** Молоточок, коваadlo, стремено. Їх функція — звукопроведення та послаблення звуку.
- D.** Молоточок, коваadlo, колумела. Їх функція — звукопроведення та визначення походження звуку
- E.** Молоточок, коваadlo, стремено. Їх функція — звукопроведення та посилення звуку.

*4. Де локалізується рецептор слухового аналізатора і чим він представлений?*

- A.** У внутрішньому вусі, в завитці, представлений отолітовим апаратом.
- B.** У внутрішньому вусі, у присінку, представлений спіральним органом.

- С.** У внутрішньому вусі, в завитці, представлений спіральним органом.
- Д.** У середньому вусі, півколовій протоці, представлений спіральним органом.
- Е.** У внутрішньому вусі, в завитці, представлений ампулярним апаратом.
- 5. У які черепні ямки поширюється інфекція з вуха? Чому?*
- А.** У передню та задню черепні ямки. Це зумовлено близьким розташуванням цих анатомічних утворень.
- В.** У середню та задню черепні ямки. Це зумовлено близьким розташуванням цих анатомічних утворень.
- С.** У передню та середню черепні ямки. Це зумовлено близьким розташуванням цих анатомічних утворень.
- Д.** У середню та задню черепні ямки. Це зумовлено особливостями відтоку лімфи від вуха.
- Е.** У задню черепну ямку. Це зумовлено особливостями відтоку крові та лімфи від вуха.
- 6. Через який мозковий венозний синус генералізується інфекція з вуха?*
- А.** Через сигмоподібний та кавернозний синуси.
- В.** Через кавернозний синус.
- С.** Через повздожний синус.
- Д.** Через сигмоподібний синус.
- Е.** Через кавернозний та повздожний синуси.
- 7. В яку вену переходить сигмоподібний синус? Через яке утворення?*
- А.** У зовнішню яремну вену через цибулину внутрішньої яремної вени.
- В.** У лабіринтну вену та нижній кам'янистий синус.
- С.** У внутрішню яремну вену через поперечний синус.
- Д.** У внутрішню яремну вену через цибулину зовнішньої яремної вени.
- Е.** У внутрішню яремну вену через крилоподібне сплетення.
- 8. Які анатомічні утворення входять до складу звукопровідної системи?*
- А.** Вушна раковина, зовнішній слуховий хід, барабанна перетинка, ланцюг слухових кісточок, рідини внутрішнього вуха, мембрани

внутрішнього вуха.

**В.** Вушна раковина, зовнішній слуховий хід, барабанна перетинка, ланцюг слухових кісточок.

**С.** Вушна раковина, зовнішній слуховий хід, барабанна перетинка, ланцюг слухових кісточок, кортилімфа.

**Д.** Вушна раковина, барабанна перетинка, ланцюг слухових кісточок, ендолімфа, спіральний орган.

**Е.** Вушна раковина, зовнішній слуховий хід, барабанна перетинка, ланцюг слухових кісточок, перилімфа, отолітовий апарат.

*9. Чому люди похилого віку часто скаржаться на зниження слуху?*

**А.** Через вікові зміни дегенеративного характеру звукопровідного апарату.

**В.** Через вікові зміни дегенеративного характеру барабанної перетинки.

**С.** Через вікові зміни анкілоз (нерухомість) стремена.

**Д.** Через вікові зміни в слуховому нерві, кірковому відділі слухового аналізатора.

**Е.** Через вікові зміни дегенеративного характеру спірального органа.

*10. Чому під час пострілу гармати рекомендують відкрити рота?*

**А.** Для вирівнювання атмосферного тиску у внутрішньому вусі та навколишній атмосфері.

**В.** Для вирівнювання атмосферного тиску в порожнинах середнього вуха і навколишній атмосфері.

**С.** Для вирівнювання тиску перилімфи й ендолімфи лабіринту.

**Д.** Для вирівнювання атмосферного тиску в порожнинах середнього вуха та тиску ендолімфи.

**Е.** Для вирівнювання атмосферного тиску в порожнинах середнього та внутрішнього вуха.

*11. Що потрібно робити пасажирові під час зльоту та посадки літака, щоб*



*запобігти ушкодженню вуха? Чому?*

**A.** Здійснювати ковтальні рухи, щоб врівноважити тиск внутрішньо лабіринтних рідин.

**B.** Вирівнювати тиск у лабіринті за допомогою рухів голови.

**C.** Закривати рот та ніс, щоб відкрити глотковий отвір слухової труби.

**D.** Затримувати дихання на вдиху, щоб відкрити глотковий отвір слухової труби.

**E.** Здійснювати ковтальні рухи, щоб відкрити глотковий отвір слухової труби.

*12. Чим можна пояснити той факт, що Людвіг ван Бетховен для кращого сприймання звуків затискав один кінець палиці зубами, а другий клав на рояль?*

**A.** Бетховен використовував вібраційне проведення звуків.

**B.** Бетховен підсилював повітряне проведення звуків.

**C.** Бетховен підсилював роботу ланцюга слухових кісточок.

**D.** Бетховен використовував кістково-тканинне проведення звуків.

**E.** Бетховен застосовував палицю як слуховий апарат.

*13. Хто такий Гельмгольц? Який його внесок в оториноларингологію?*

**A.** Німецький фізик і фізіолог, який розробив гідродинамічну теорію слуху.

**B.** Німецький фізик і фізіолог, який розробив резонансну теорію слуху.

**C.** Німецький фізик і винахідник, який створив перший слуховий апарат.

**D.** Німецький фізик і фізіолог, який розробив обертальну пробу.

**E.** Німецький фізик і винахідник, який розробив калоричну пробу.

*14. Батько Гамлета був убитий вливанням отрути у вуха. Як це можна пояснити?*

**A.** Перфорацією барабанної перетинки та потраплянням отрути через слухову трубу в глотку.

**B.** Перфорацією барабанної перетинки та всмоктуванням отрути в барабанній порожнині.

**С.** Перфорацією барабанної перетинки та потраплянням отрути в порожнину черепа.

**Д.** Перфорацією барабанної перетинки та потраплянням отрути у внутрішнє вухо.

**Е.** Перфорацією барабанної перетинки та потраплянням отрути через внутрішній слуховий прохід у стовбур мозку.

*15. Чим характеризується висота звуку і в яких одиницях вона вимірюється?*

**А.** Характеризується силою коливань і вимірюється в герцах (Гц).

**В.** Характеризується частотою коливань і вимірюється в децибелах (дБ).

**С.** Характеризується частотою коливань і вимірюється в герцах (Гц).

**Д.** Характеризується звуковим тиском коливань і вимірюється в герцах (Гц).

**Е.** Характеризується звуковим тиском і вимірюється в децибелах (дБ).

*16. Чим характеризується сила звуку і в яких одиницях вона вимірюється?*

**А.** Характеризується звуковим тиском коливань і вимірюється в герцах (Гц).

**В.** Характеризується частотою коливань і вимірюється в герцах (Гц).

**С.** Характеризується частотою коливань і вимірюється в децибелах (дБ).

**Д.** Характеризується силою коливань і вимірюється в децибелах (дБ).

**Е.** Характеризується звуковим тиском і вимірюється в децибелах (дБ).

*17. Де локалізуються рецептори вестибулярного аналізатора і чим вони представлені?*

**А.** У внутрішньому вусі: в мішечках присінку й ампулах півколових каналів, представлені отолітовим і ампулярним апаратом.

**В.** У внутрішньому вусі: в присінку та завитці, представлені отолітовим апаратом і спіральним органом.

**С.** У внутрішньому вусі: в завитці та ампулах півколових каналів, представлені спіральним органом і ампулярним апаратом.

**Д.** У середньому вусі: в мішечках присінку й ампулах півколових каналів, представлені отолітовим і ампулярним апаратом.

**Е.** У внутрішньому вусі: в мішечках присінку й ампулах півколових каналів, представлені отолітовим і кохлеарним апаратом.

*18. Яку функцію виконує вестибулярний аналізатор?*

**А.** Функцію підтримання динамічної рівноваги та реакції на звуки.

**В.** Функцію звукосприйняття.

**С.** Функцію звукопроведення.

**Д.** Функцію підтримання рівноваги в стані спокою та руху.

**Е.** Функцію підтримання статичної рівноваги під час поворотів голови.

*19. Чому подразнення шкіри зовнішнього слухового ходу нерідко спричинює кашель?*

**А.** Завдяки спільній іннервації шкіри зовнішнього слухового ходу та слизової оболонки глотки за допомогою барабанної струни.

**В.** Завдяки спільній іннервації шкіри зовнішнього слухового ходу та слизової оболонки глотки та гортані блукаючим нервом.

**С.** Завдяки рефлекторним зв'язкам сірчаних залоз і слизової оболонки глотки та гортані.

**Д.** Завдяки наявності фізіологічного аурикулобронхіального рефлексу.

**Е.** Завдяки патологічній імпульсації зі шкіри зовнішнього слухового ходу на слизові оболонки глотки та гортані, яка здійснюється трійчастим нервом.

*20. Перерахуйте менінгеальні симптоми.*

**А.** Симптом ригідності потиличних м'язів, симптом симптом Оппенгейма, нудота, блювання, запаморочення.

**В.** Симптом ригідності потиличних м'язів, симптом Керніга, симптоми Орлеанського верхній і нижній.

**С.** Симптом ригідності потиличних м'язів, Керніга, симптоми Брудзинського верхній і нижній.

**Д.** Симптом ригідності потиличних м'язів, гіпертензійний симптом, симптоми Керніга верхній і нижній.

**Е.** Симптом ригідності потиличних м'язів, симптоми Бабінського передній і

задній, позитивні реакції Панді.

21. *Як реагують очі у відповідь на сильне звукове подразнення? Чи можна в такий спосіб виявити глухоту?*

- A. Звуження зіниці та моргання. Виявити глухоту можна остаточно.
- B. Розширення зіниці та мигання. Виявити глухоту можна орієнтовно.
- C. Звуження зіниці та моргання. Виявити глухоту можна орієнтовно.
- D. Розширення зіниці та моргання. Виявити глухоту можна остаточно.
- E. Звуження та розширення зіниці та моргання. Виявити глухоту неможливо.

22. *Назвіть відділи слухового аналізатора.*

- A. Периферичний, провідниковий, звукосприймальний.
- B. Периферичний, провідниковий, кірковий.
- C. Сприймаючий, провідниковий, центральний.
- D. Звукопровідний, звукосприймаючий, аналізуючий.
- E. Периферичний, кохлео-вестибулярний, кірковий.

23. *Чому приглухуваті люди прислухаючись відкривають рота?*

- A. Для проведення звуку по слуховій трубці, що забезпечує покращання слуху.
- B. Для підсилення резонансу, що забезпечує покращання слуху.
- C. Для підсилення кістково-тканинної провідності, що забезпечує покращання слуху.
- D. Для проведення звуку по слуховій трубці, що підсилює звукосприйняття.
- E. Для проведення звуку до нижніх дихальних шляхів, що забезпечує покращання слуху.

## **II. Анатомія та фізіологія носа та приносових пазух**

1. *Чим пояснити можливість поширення інфекції з носа і приносових*

*пазух в орбіту й порожнину черепа?*

- A.** Спільністю кровопостачання й іннервації.
- B.** Можливістю лабіринтного поширення інфекції.
- C.** Спільністю венозної сітки й анатомічною суміжністю.
- D.** Можливістю тонзилогенного шляху проникнення інфекції.
- E.** Одночасним ураженням декількох анатомічних утворень.

*2. З якими анатомічними утвореннями межує лобна пазуха?*

- A.** Передня черепна ямка, сигмоподібний синус.
- B.** Середня черепна ямка, орбіта.
- C.** Передня, середня черепна ямка, орбіта.
- D.** Передня черепна ямка, орбіта.
- E.** Середня черепна ямка, орбіта, етмоїдальний синус.

*3. З якими анатомічними утвореннями межує верхньощелепна пазуха?*

- A.** Порожнина носа, орбіта, соскоподібний відросток.
- B.** Порожнина носа, орбіта, альвеолярний відросток.
- C.** Порожнина рота, орбіта, вилицеподібний відросток.
- D.** Порожнина носа, собача ямка, альвеолярний відросток.
- E.** Порожнина рота, орбіта, соскоподібний відросток.

*4. З якими анатомічними утвореннями межує решітчаста пазуха?*

- A.** Носоглотка, передня та середня черепні ямки, гіпофіз, кавернозний синус.
- B.** Середня черепна ямка, орбіта, порожнина носа.
- C.** Задня черепна ямка, орбіта, порожнина носа.
- D.** Середня черепна ямка, орбіта, гіпофіз.
- E.** Передня черепна ямка, орбіта, порожнина носа.

*5. З якими анатомічними утвореннями межує основна пазуха?*

- A.** Носоглотка, передня та середня черепні ямки, гіпофіз, кавернозний синус.
- B.** Передня черепна ямка, орбіта, порожнина носа.

**С.** Носоглотка, передня та середня черепні ямки, гіпофіз, сигмоподібний синус.

**Д.** Ротоглотка, передня черепна ямка, гіпофіз, кавернозний синус.

**Е.** Глотка, передня та середня черепні ямки, гіпофіз, сагітальний синус.

*6. Що таке носові раковини? Що вони утворюють?*

**А.** Нижня носова раковина — це самостійна кістка, середня й верхня — відростки верхньощелепної кістки. Вони утворюють носові пазухи.

**В.** Нижня носова раковина — це відросток верхньої щелепи, середня й верхня - відростки клиноподібної та лобової кісток відповідно. Вони утворюють носові ходи.

**С.** Нижня носова раковина - це самостійна кістка, середня й верхня — відростки решітчастої кістки. Вони утворюють носові ходи.

**Д.** Нижня носова раковина — це відросток піднебіння, середня й верхня — відростки решітчастої та лобної кісток відповідно. Вони утворюють носові ходи.

**Е.** Нижня носова раковина — це самостійна кістка, середня й верхня — відростки решітчастої кістки, Вони утворюють носові пазухи.

*7. Яке прикладне значення мають знання про те, що носові кровотечі виникають із судин зовнішньої та внутрішньої сонних артерій?*

**А.** Зовнішню сонну артерію можна перев'язати, а перев'язка внутрішньої сонної артерії може призвести до розм'якшення мозку.

**В.** Внутрішню сонну артерію можна перев'язати, а перев'язка зовнішньої сонної артерії може призвести до розм'якшення мозку.

**С.** Зовнішню сонну артерію можна перев'язати, а перев'язка внутрішньої сонної артерії технічно неможлива.

**Д.** Зовнішню сонну артерію неможливо перев'язати, а перев'язка внутрішньої сонної артерії може призвести до розм'якшення мозку.

Е. Зовнішню та внутрішню сонну артерію можна перев'язати, що забезпечить остаточну зупинку кровотечі.

8. *На які дві зони поділяється слизова оболонка порожнини носа?*

А. Респіраторну та секреторну.

В. Дихальну та зволожувальну.

С. Очищувальну та нюхову.

Д. Дихальну та нюхову

Е. Мукоциліарну та ольфакторну.

9. *Назвіть функції носа.*

А. Респіраторна, нюхова, зігрівальна, слухопокращувальна.

В. Дихальна, ковтальна, захисна, естетична.

С. Дихальна, ольфакторна, захисна, вестибулярна.

Д. Дихальна, звукоутворююча, очищувальна, зігрівальна.

Е. Дихальна, нюхова, захисна, резонаторна.

10. *Перерахуйте приносіві пазухи.*

А. Верхньощелепна, лобна, кавернозна, етмоїдальна.

В. Верхньощелепна, лобна, основна, решітчаста.

С. Верхньощелепна, лобна, сфеноїдальна, мастоїдальна.

Д. Гайморова, сигмоподібна, основна, етмоїдальна.

Е. Верхньощелепна, поперечна, основна, решітчаста.

11. *У якому напрямку рухаються війки слизової оболонки порожнини носа?*

А. Від хоан до ніздрів.

В. Циркулярно.

С. Від ніздрів до хоан.

Д. В обидва напрямки.

Е. У напрямку приносівих пазух.

12. *Яку артерію перев'язують при тяжких носових кровотечениях?*

А. Перев'язують зовнішню сонну артерію.

В. Перев'язують внутрішню сонну артерію.

- C. Перев'язують загальну сонну артерію.
- D. Перев'язують вертебро-базиллярну артерію.
- E. Перев'язують зовнішню та внутрішню сонні артерії.

*13. Як називаються отвори, якими порожнина носа відкривається в носоглотку?*

- A. Ніздрі.
- B. Хоани.
- C. Носові ходи.
- D. Глоткові вістя.
- E. Носоглоткові вічка.

*14. Яка половина носа ширша?*

- A. Залежно від статі.
- B. Частіше ліва.
- C. У нормі симетричні.
- D. Залежить від домінуючої половини мозку.
- E. Частіше права.

*15. У яку мозкову венозну пазуху впадають орбітальні вени?*

- A. У сфеноїдальну пазуху.
- B. У верхню пазуху.
- C. У сигмоподібну пазуху.
- D. У пазуху кавернозну.
- E. У етмоїдальну пазуху.

*16. Чим небезпечний фурункул носа?*

- A. Можливе проникнення інфекції в орбіту та приносові пазухи.
- B. Можливе проникнення інфекції в орбіту та порожнину черепа.
- C. Можливе проникнення інфекції в глотку та мозкові синуси.
- D. Можливе проникнення інфекції в бронхи та порожнину черепа.
- E. Можливе проникнення інфекції в носоглотку та мозкові синуси.

*17. Який канал з'єднує кон'юнктивальний мішок і порожнину носа? Де він*



*відкривається в порожнині носа?*

- A.** Сльозоносовий канал, який відкривається у верхньому носовому ході.
- B.** Сльозоносовий канал, який відкривається в середньому носовому ході.
- C.** Оконосовий канал, який відкривається в верхньому носовому ході.
- D.** Оконосовий канал, який відкривається в середньому носовому ході.
- E.** Сльозоносовий канал, який відкривається в нижньому носовому ході.

*18. Завдяки чому відбувається рух спинномозкової рідини?*

- A.** Завдяки току ендолімфи.
- B.** Завдяки ковтанню.
- C.** Завдяки носовому диханню.
- D.** Завдяки подразненню нервових закінчень.
- E.** Завдяки лікворним рецепторам.

*19. Що відбувається з повітрям, коли воно проходить через порожнину носа?*

- A.** Повітря зволожується, зігрівається, очищується.
- B.** Повітря зволожується, закручується, очищується.
- C.** Повітря зволожується, зігрівається, знезаражується.
- D.** Повітря конденсується, зігрівається, очищується.
- E.** Повітря зволожується, знезаражується, очищується.

*20. Яку кількість секрету виділяє слизова оболонка порожнини носа за добу? Яке практичне значення цього?*

- A.** Близько 900 мл. Зволожується повітря, що видихається.
- B.** Близько 50 мл. Зволожується повітря, що видихається.
- C.** Близько 120 мл. Зволожується повітря, що вдихається.
- D.** Близько 500 мл. Зволожується повітря, що вдихається.
- E.** Близько 1 300 мл. Зволожується повітря, що вдихається.

*21. Чи змішується в дихальних шляхах повітря, що надходить через ліву і праву половини носа?*

- A.** Не змішується в разі дихання ротом.

- В.** Змішується повністю.
- С.** Не змішується.
- Д.** Змішується при патології.
- Е.** Змішується, хоча і не повністю.

22. *Чим можна пояснити добре загоювання ран на обличчі?*

- А.** Багатим артеріальним кровопостачанням тканин на обличчі.
- В.** Особливостями шкіри обличчя.
- С.** На обличчі не проводять первинне хірургічне оброблення рани.
- Д.** Нерясним кровопостачанням тканин на обличчі.
- Е.** Близькістю до сонних артерій.

23. *Де розташована кровотолива ділянка носа?*

- А.** У кістковому відділі перегородки носа.
- В.** У середньому відділі перегородки носа.
- С.** У ділянці нижньої носової раковини.
- Д.** У передньому відділі перегородки носа.
- Е.** У середньому носовому ході.

24. *Де розташована нюхова зона?*

- А.** Латеральна стінка носа, носові раковини.
- В.** Верхня раковина, верхній відділ середньої раковини, верхній відділ перегородки носа.
- С.** Нижня раковина, нижній відділ середньої раковини, нижній відділ перегородки носа.
- Д.** Нижня раковина, нижній відділ середньої раковини, нюхова цибулина.
- Е.** Верхній і середній носові ходи, нюхова цибулина.

### **ІІІ. Анатомія та фізіологія глотки та гортані**

1. *На які відділи поділяється глотка?*

- А.** Носоглотка, ротоглотка, гортань.

- В.** Носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка.
- С.** Носоглотка, ротоглотка, стравохід.
- Д.** Тонзиллярна, ротова, гортанна.
- Е.** Приносова, приротова, пристравохідна.

*2. На якому рівні глотка переходить у стравохід?*

- А.** На рівні IV шийного хребця.
- В.** На рівні VI грудного хребця.
- С.** На рівні VI шийного хребця.
- Д.** На рівні II шийного хребця.
- Е.** На рівні V грудного хребця.

*3. Із чим сполучається носоглотка?*

- А.** З порожниною носа, середнім вухом, порожниною рота.
- В.** З порожниною носа, слуховими трубами, гортаноглоткою.
- С.** З порожниною носа, хоанами, гортанню.
- Д.** Зі сфероїдальною пазухою, слуховими трубами, гортанню.
- Е.** З порожниною носа, слуховими трубами, ротоглоткою.

*4. Чим обмежений зів?*

- А.** Піднебінними дужками, піднебінними мигдаликами, м'яким піднебінням, коренем язика.
- В.** Мигдаликовими дужками, піднебінними мигдаликами, твердим піднебінням, коренем язика.
- С.** Піднебінними дужками, глотковими мигдаликами, м'яким піднебінням, коренем язика.
- Д.** Мигдаликовими дужками, піднебінними мигдаликами, твердим піднебінням, надгортанником.
- Е.** Піднебінними дужками, язиковими мигдаликами, м'яким піднебінням, надгортанником.

*5. Які мигдалики входять до складу лімфаденоїдного глоткового кільця?*

- А.** Два глоткові, два язикові, трубний і піднебінний.

**В.** Два піднебінні, два глоткові, трубний і язиковий.

**С.** Два трубні, два носоглоткові, гортанний і язиковий.

**Д.** Два піднебінні, два трубні, глотковий і язиковий.

**Е.** Два гортанні, два трубні, глотковий та аденоїд.

*6. Які м'язи лежать в основі передньої і задньої піднебінних дужок?*

**А.** Піднебінно-язиковий і шилоглотковий м'язи.

**В.** Піднебінно-трубний і піднебінно-гортанний м'язи.

**С.** Піднебінно-язиковий і піднебінно-трубний м'язи.

**Д.** Піднебінно-щічний і піднебінно-глотковий м'язи.

**Е.** Піднебінно-язиковий і піднебінно-глотковий м'язи.

*7. Чому патологічні процеси в глотці та гортані нерідко супроводжуються болем, який іррадіює у вухо?*

**А.** Це зумовлено спільною іннервацією зворотними нервами.

**В.** Це зумовлено анатомічною близькістю та спільною іннервацією.

**С.** Це зумовлено спільністю іннервації блукаючим і трійчастим нервами.

**Д.** Це зумовлено спільністю іннервації лицевим і язикоглотковим нервами.

**Е.** Це зумовлено анатомічною близькістю та спільними преформованими шляхами.

*8. Перерахуйте захисні механізми гортані.*

**А.** Опускання надгортанника, спазм зовнішніх м'язів гортані, блювотний рефлекс.

**В.** Піднімання надгортанника, спазм зовнішніх м'язів гортані, блювотний рефлекс.

**С.** Опускання надгортанника, парез внутрішніх м'язів гортані, кашльовий рефлекс.

**Д.** Піднімання надгортанника, розслаблення внутрішніх м'язів гортані, блювотний рефлекс.

**Е.** Опускання надгортанника, спазм внутрішніх м'язів гортані, кашльовий

рефлекс.

*9. Що таке валекули? Яке їх практичне значення для оториноларинголога?*

**A.** Заглиблення між гортанню та коренем язика. У них маскуються злоякісні пухлини.

**B.** Заглиблення між язиковою поверхнею надгортанника та коренем язика. У них застрягають дрібні кістки риби

**C.** Заглиблення між язиковою поверхнею надгортанника та піднебінними мигдаликами. У них застрягають дрібні сторонні тіла.

**D.** Заглиблення між голосовими та вестибулярними складками. У них маскуються злоякісні пухлини.

**E.** Заглиблення на бокових поверхнях ротоглотки. У них застрягають дрібні кістки.

*10. Що таке грушоподібні заглибини? У що вони переходять?*

**A.** Це заглиблення між боковою стінкою глотки та гортанню, які переходять у стравохід.

**B.** Заглиблення між гортанною поверхнею надгортанника та коренем язика, які переходять у гортань.

**C.** Це заглиблення між боковою стінкою глотки та гортанню, які переходять у носоглотку.

**D.** Заглиблення між язиковою поверхнею надгортанника та коренем язика, які переходять у трахею.

**E.** Це заглиблення між боковою стінкою глотки та гортанню, які переходять у гортань.

*11. Які шляхи перетинаються у глотці?*

**A.** Дихальний та вестибулярний.

**B.** Дихальний, нюховий та травний.

**C.** Дихальний та нюховий.

**D.** Дихальний та травний.

**E.** Нюховий та травний.

*12. Де розташований заглотковий простір?*

- A.** Між передхребтовою фасцією та слизовим шаром глотки.
- B.** Між передхребтовою фасцією та м'язовим шаром глотки.
- C.** Між передхребтовою фасцією та адвентицією глотки.
- D.** Між боковою фасцією глотки та м'язовим шаром глотки.
- E.** Між передхребтовою фасцією та гортаноглоткою.

*13. Як рухається під час ковтання м'яке піднебіння?*

- A.** Воно піднімається і відгороджує носоглотку від ротоглотки.
- B.** Воно опускається і відгороджує носоглотку від ротоглотки.
- C.** Воно піднімається і відгороджує гортаноглотку від ротоглотки.
- D.** Воно опускається і відгороджує носоглотку від гортаноглотки.
- E.** Воно піднімається і відгороджує ротоглотку від гортаноглотки.

*14. Перерахуйте хрящі гортані.*

- A.** Перстнеподібний, щитоподібний, гачкоподібні, ріжкуваті, клиноподібний і надгортанник.
- B.** Конікоподібний, щитоподібний, черпакуваті, конічні, клиноподібний і надгортанник.
- C.** Кільцеподібний, щитоподібні, черпакуватий, ріжкуваті, гачкоподібний і надгортанник.
- D.** Перстнеподібний, щитоподібні, черпакуваті, ріжкуваті, клиноподібний і надгортанник.
- E.** Кільцеподібний, щитоподібний, гачкоподібні, ріжкуваті, конічний і надгортанник.

*15. На які відділи поділяють гортань?*

- A.** Передній, або надгортанний, середній, або складковий та задній, або підскладковий простір.
- B.** Верхній, або присінок гортані, середній, або складковий та нижній, або підскладковий простір.
- C.** Верхній, або надгортанний, середній, або присінковий та нижній, або

підскладковий простір.

**D.** Передній, або присінок гортані, середній, або складковий та задній, або позаскладковий, простір.

**E.** Верхній, або гортаноглотка, середній, або складковий та нижній, або трахеальний простір.

*16. Яку функцію виконують зовнішні м'язи гортані?*

**A.** Керують голосовими складками.

**B.** Керують надгортанником.

**C.** Піднімають і опускають гортань.

**D.** Керують вестибулярними складками.

**E.** Натягують голосові складки.

*17. Які функції виконують внутрішні м'язи гортані?*

**A.** Розширюють і звужують голосову щілину, натягують голосові складки, керують надгортанником.

**B.** Піднімають і опускають гортань, розслаблюють голосові складки, відкривають надгортанник.

**C.** Розширюють і звужують голосову щілину, натягують присінкові складки.

**D.** Піднімають і опускають гортань, натягують голосові складки.

**E.** Розширюють і звужують голосову щілину, розслаблюють голосові складки.

*18. Перерахуйте функції гортані?*

**A.** Резонаторна, захисна та ковтальна.

**B.** Стравохідна, ковтальна та голосова.

**C.** Дихальна, захисна та резонаторна.

**D.** Стравохідна, захисна та голосова.

**E.** Дихальна, захисна та голосова.

*19. Чому внаслідок операції на щитоподібній залозі можливий розвиток паралічу гортані?*

**A.** Унаслідок ушкодження зовнішніх м'язів гортані.

- В.** Унаслідок ушкодження верхнього гортанного нерва.
- С.** Унаслідок ушкодження внутрішніх м'язів гортані.
- Д.** Унаслідок ушкодження зворотного нерва.
- Е.** Унаслідок ушкодження перешийку гортані.

*20. Який відділ гортані ушкоджується при гострому ларинготрахеїті у дітей?*

- А.** Вестибулярний.
- В.** Підкладковий.
- С.** Серединний.
- Д.** Глотковий.
- Е.** Параезофагальний.

*21. Яка функція надгортанника?*

- А.** Закриває вхід у стравохід під час ковтання.
- В.** Відкриває вхід у гортань під час ковтання.
- С.** Закриває вхід у гортань під час ковтання.
- Д.** Відкриває вхід у стравохід під час ковтання.
- Е.** Відкриває вхід у глотку під час ковтання.



## **КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ ВНУТРІШНЬОГО ВУХА, МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЛУХОВОГО ТА ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛІЗАТОРІВ**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** Захворювання вуха та порушення слухової і вестибулярної функцій є однією з найчастіших захворювань людини. Встановлення діагнозу, вибір раціональної лікувальної тактики, яка включає виконання різних досліджень і складних хірургічних втручань, неможливі без глибокого розуміння клінічної анатомії та фізіології слухового та вестибулярного аналізаторів. Тому знання методів дослідження слухового та вестибулярного аналізаторів є необхідним у роботі лікарів різного профілю — отоларингологів, педіатрів, невропатологів, терапевтів, інфекціоністів, сімейних лікарів.

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** знати клінічну анатомію та фізіологію внутрішнього вуха, навчитися проводити дослідження слухового та вестибулярного аналізаторів, оцінювати аудіометричні дослідження, проводити диференційно-топічну діагностику порушень слуху, проводити диференціальну діагностику між периферичним та центральним вестибулярними синдромами.

### **IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Клінічну анатомію внутрішнього вуха.
2. Вікові особливості клінічної будови вуха.
3. Фізіологію слухового та вестибулярного аналізаторів.
4. Суб'єктивні методи дослідження слуху: обстеження слуху за допомогою «живої» мови та камертонів, тональну порогову аудіометрію,

надпорогову аудіометрію, мовну аудіометрію.

5. Об'єктивні методи: визначення аурупупілярного та аурупальпепрального рефлексів, акустичну імпедансометрію, реєстрацію слухових викликаних потенціалів.

6. Дослідження спонтанних вестибулярних порушень: запаморочення, спонтанного, позиційного та пресорного ністагму, статокінетичної стійкості, вегетативних розладів.

## **V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Виконати отоскопію.

2. Визначити рухомість барабанної перетинки та провести пневмомасаж її за допомогою вушної лійки Зігле.

3. Визначити прохідність слухової труби, провести продування її за методом Політцера; мати уявлення про катетеризацію.

4. Дослідити слух за допомогою «живої» мови та камертонів.

5. Оцінити типові види аудіограми в нормі, в разі порушення звукопровідного, звукосприймального апарату та їх комбінованого ураження.

6. Оцінити дані тимпанометрії.

7. Серед скарг і даних анамнезу вибрати симптоми, що дають підстави запідозрити у хворого наявність вестибулярних порушень.

8. Виконати дослідження спонтанних вестибулярних порушень.

9. Виконати дослідження ампулярного апарату за допомогою обертальної проби за методикою Р. Барані та калоричної проби за методикою Н. С. Благовещенської.

10. Виконати дослідження отолітового апарату за допомогою отолітової реакції за В.Г. Воячком

11. Виконати стабілометрію.

## **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Кісткові препарати: скронева кістка, вушний лабіринт, слухові кісточки.
2. Муляжі вуха, лабіринту, спірального органа, комп'ютерні презентації та засоби для інтерактивного навчання.
3. Таблиці: анатомія зовнішнього, середнього та внутрішнього вуха, сагітальний розріз барабанної порожнини, провідні шляхи слухового аналізатора, схема будови спірального органа.
4. Інструменти та прилади: набір лійок для отоскопії, пневматична лійка Зігле, отоскоп, балон Політцера, вушний катетер, крісло Барані, лобовий рефлектор (освітлювач).
5. Питання для самопідготовки й опитування.
6. Ситуаційні задачі для визначення підсумково горівня знань студентів.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

### *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) відділи слухового аналізатора;
- 2) клінічна анатомія внутрішнього вуха;
- 3) клінічна анатомія завитки, півколових каналів, присінка;
- 4) будова спірального органа, отолітових та ампулярних рецепторів;
- 5) механізми звукопроведення;
- 6) звукосприйняття, теорії слуху;
- 7) методи дослідження прохідності слухової труби;
- 8) провідні шляхи слухового та вестибулярного аналізаторів;

- 9) адекватні подразники та пороги подразнення ампулярного й отолітового апаратів;
- 10) три групи рефлексів, які виникають під час подразнення вестибулярного апарату;
- 11) дослідження спонтанних вестибулярних порушень: запаморочення, спонтанного, позиційного та пресорного ністагму, статокінетичної стійкості, вегетативних розладів;
- 12) закономірності ністагму (закономості Евальда, «залізні» закони Воячека);
- 13) методи дослідження ампулярного апарату: обертальна стимуляція за методикою Р. Барані, калорична проба за методикою Н. С. Благовещенської;
- 14) дослідження отолітового апарату: отолітова реакція Воячека та проба на кумуляцію на чотириштанговій гойдалці за методикою К. Л. Хілова.

## **2. Курація 3—4 тематичних хворих.**

Самостійна робота студентів, засвоєння практичних навичок. Робота в оглядовій кімнаті й ендоскопічному кабінеті.

### *ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1.Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

Розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

#### **2.Підсумок заняття.**

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного практичного заняття і завдань до нього.

### **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б.

- Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк , Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун , М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Кочкин Р.В. Импедансная аудиометрия. — М.:Медицина, 2006. — 48 с.
7. Альтман Я.А., Таваркиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. - "ДМК Пресс", 2003. — 360 с.
8. Сенсоневральна приглухуватість / Т.В.Шидловська, Д.І.Заболотний, Т.А. Шидловська. — К.: Логос, 2006. — 752 с.

## *Додаток*

### **Задача 1**

Під час видалення грануляцій із барабанної порожнини хворий відчув «удар струму» в язик. Поясніть причину цього явища.

- А.** Подразнення закінчень блукаючого нерва.
- В.** Реакція на больове відчуття.
- С.** Подразнення барабанної струни.
- Д.** Температурне подразнення.
- Е.** Подразнення лабіринтних вікон.

### **Задача 2**

До педіатра звернулася жінка з немовлям зі скаргами на неспокій дитини, високу температуру тіла, блювання. Під час огляду і натискування

на козелок дитина заплакала. Лікар запідозрив запалення середнього вуха та спрямував дитину до оториноларинголога. Поясніть чому при запаленні середнього вуха у немовляти з'являється біль під час натискування на козелок.

- A.** Подразнення закінчень блукаючого нерва.
- B.** Реакція на больове відчуття.
- C.** Подразнення барабанної струни.
- D.** Відсутній кістковий відділ слухового ходу.
- E.** Порушення прохідності слухового ходу.

### **Задача 3**

До оториноларинголога звернувся хворий зі скаргами, що під час польоту в літаку у нього з'являються відчуття закладеності у вухах і зниження слуху. Після позіхання слух відновлюється. Під час отоскопії патологічних змін з боку барабанної перетинки не виявлено. Поясніть причину цього явища.

- A.** Подразнення закінчень блукаючого нерва.
- B.** Порушення прохідності слухової труби.
- C.** Подразнення барабанної струни.
- D.** Перепади тиску спинномозкової рідини.
- E.** Розрив барабанної перетинки.

### **Задача 4**

До оториноларинголога звернувся хворий зі скаргами на зниження слуху, шум у лівому вусі та відчуття закладеності. Під час обстеження виявлено негативний дослід Рінне, латералізацію звуку в ліве вухо, подовжений дослід Швабаха. Визначіть тип приглухуватості.

- A.** Кондуктивна приглухуватість.
- B.** Перцептивна приглухуватість.
- C.** Комбінована приглухуватість.
- D.** Вестибулокохлеарне ураження.

**Е.** Ретрокохлеарне ураження.

### **Задача 5**

До оториноларинголога звернувся хворий, 30 років, у якого після перенесеного грипу різко знизився слух на праве вухо, з'явився шум у вусі. На пороговій тональній аудіограмі отримано підвищення порогів повітряної та кісткової провідності на високих частотах. Визначіть характер приглухуватості у хворого.

- А.** Кондуктивна приглухуватість.
- В.** Сенсоневральна приглухуватість.
- С.** Комбінована приглухуватість.
- Д.** Вестибулокохлеарне ураження.
- Е.** Ретрокохлеарне ураження.

### **Задача 6**

До оториноларинголога звернувся хворий 29 років зі скаргами на зниження слуху. При аудіологічному обстеженні виявлено порушення звукопроведення, кісткова провідність не порушена. Про порушення роботи яких структур органу слуху йде мова?

- А.** Системи півколових каналів.
- В.** Барабанної перетинки, ланцюга слухових кісточок.
- С.** Спірального органу.
- Д.** Отолітового апарату.
- Е.** Основи завитки та довгастого мозку.

### **Задача 7**

Хворий скаржиться на періодичні запаморочення, гнійні виділення з правого вуха. Після натискування на козелок правого вуха у нього

з'являється ністагм у цей бік. Вкажіть назву цієї проби.

- A.** Калорична проба.
- B.** Козелкова проба.
- C.** Проба Воячека.
- D.** Кефалографія.
- E.** Пресорна проба.

### **Задача 8**

Хворий на хронічний гнійний правобічний епітимпаніт скаржиться на запаморочення, відхилення вліво під час ходьби. У позі Ромберга падає вліво. У разі зміни положення голови змінюється напрямок падіння хворого. Під час огляду виявлено горизонтальний дрібнорозмашистий ністагм при погляді вправо. Вкажіть вид ускладнення.

- A.** Епітимпаніт, ускладнений лабіринтитом.
- B.** Епітимпаніт, ускладнений менінгітом.
- C.** Епітимпаніт, ускладнений парезом лицьового нерва.
- D.** Епітимпаніт, ускладнений сенсоневральною приглухуватістю.
- E.** Епітимпаніт, ускладнений абсцесом мозочка.

### **Задача 9**

У дитини 7 років виявлено двобічне зниження слуху. Проведено комплексне аудіологічне обстеження. На тональній пороговій аудіограмі наявне підвищення порогів по повітряній провідності на 30 – 40 Дб, кісткова провідність в нормі. При тимпанометрії отримана крива типу «В» за Джергером. Яка ймовірна причина зниження слуху у дитини?

- A.** Наявність ексудату в барабанній порожнині.
- B.** Ураження волоскових клітин спірального органу.
- C.** Ураження мембрани статоконій.
- D.** Ураження ампулярного апарату вуха.



**Е.** Сірчаний корок чи стороннє тіло вуха.

### **Задача 10**

У хворого визначають спонтанний ністагм, спрямований вправо, у позі Ромберга він падає вліво. У разі зміни положення голови змінюється напрямок падіння пацієнта відповідно у бік лівого вуха. Флангова хода в обидва боки не порушена. Знижений слух на праве вухо. Визначіть тип вестибулярного синдрому у хворого.

- А.** Центральний вестибулярний синдром.
- В.** Комбінований вестибулярний синдром.
- С.** Центральний вестибулярний синдром, гіпорексія лабіринту.
- Д.** Центральний вестибулярний синдром, гіперрефлексія лабіринту.
- Е.** Периферічний вестибулярний синдром.

## **ЗАНЯТТЯ 2**

### **КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НОСА, ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ, ГЛОТКИ І ГОРТАНІ**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** Клінічну анатомію, фізіологію і методи дослідження верхніх дихальних шляхів (носа, приносових пазух, глотки та гортані) повинні знати не тільки оториноларингологи, але й лікарі інших спеціальностей — терапевти, педіатри, окулісти, інфекціоністи, невропатологи, нейрохірурги, хірурги. Лікарі різного фаху в своїй повсякденній роботі часто мають справу з такими захворюваннями, як риніт, ангіна, хронічний тонзиліт, гострий ларингіт, риногенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення, а також з носовими кровотечами, з гострою обструкцією дихальних шляхів тощо. Для розуміння механізму розвитку того чи іншого захворювання, а також надання невідкладної допомоги хворим при кровотечах, травмах, утрудненому диханні, необхідні знання з клінічної ЛОР-анатомії. Крім того, знання фізіології верхніх дихальних шляхів допомагає лікарям краще розуміти патогенез захворювань та їх ускладнень, які виникають у разі порушення функції цих анатомічних структур.

**II. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** — 4 академічні години

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** вивчити клінічну анатомію, фізіологію та методи дослідження носа, приносових пазух, глотки і гортані.

**IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Клінічну анатомію носа, приносових пазух, глотки і гортані, а також їх взаємозв'язки.
2. Фізіологію носа, приносових пазух, глотки і гортані.

3. Вікові особливості будови цих органів.
4. Методи дослідження цих органів.

#### **V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Скласти план обстеження ЛОР-органів.
2. Провести передню і задню риноскопію, фарингоскопію та непрямую ларингоскопію.
3. Уміти оцінити стан слизової оболонки порожнин носа, глотки і гортані.
4. Провести аналіз рентгенограм носа та приносних пазух, КТ-дослідження приносних пазух.
5. Виконувати маніпуляції: змастити слизову оболонку порожнин носа та глотки; вводити в порожнину носа тампони; провести поверхневу анестезію слизової оболонки порожнин носа та глотки; приготувати ватні тампони на зондах.
6. Провести дослідження носового дихання (проба з ватою) та нюху за методикою В. Г. Воячека (за допомогою пахучих речовин – якісна ольфактометрія).

#### **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження носа, глотки і гортані, лобовий рефлектор (освітлювач).
2. Негатоскоп, набір рентгенограм та КТ приносних пазух, трахеоканюлі різних розмірів.
3. Таблиці, слайди, муляжі, комп'ютерні презентації та засоби для інтерактивного навчання.
4. Питання для самопідготовки й опитування.
5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань студентів.

#### **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

## *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

## *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

### **1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) клінічна анатомія носа та приносових пазух;
- 2) фізіологія носа та приносових пазух;
- 3) клінічна анатомія та фізіологія глотки;
- 4) анатомія та фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця;
- 5) клінічна анатомія та фізіологія гортані;
- 6) методи дослідження носа, приносових пазух, глотки, гортані.

### **2. Оволодіння методиками огляду носа, глотки і гортані.**

Під керівництвом викладача самостійно один одному студенти оглядають ніс, глотку і гортань, ознайомлюються з ларингоскопами для проведення прямої ларингоскопії та фіброскопом. Робота в оглядовій кімнаті.

## *ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

### **1. Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

Розв'язання ситуативних задач, робота з тестовими завданнями.

### **2. Підсумок заняття (5 хв).**

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного заняття і завдань до нього.

## **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б.

- Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк , Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун , М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Клиническая ринологія: Руководство для врачей / Г.З. Пискунов, С.З Пискунов - 2-е издание, испр. и доп. — М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 — 560 с.

### *Додаток*

#### **Задача 1**

Хвора 28 років звернулася до оториноларинголога зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, підвищену температуру тіла, порушене носове дихання та гнійні виділення з лівої половини носа. Під час передньої риноскопії виявлено гіперемію та набряк слизової оболонки лівої половини носа, наявність гною у середньому носовому ході. Визначіть, які приноскові пазухи можуть бути вражені у цієї хворої.

- A.** Ліві верхньощелепна, лобна, клиноподібна.
- B.** Ліві верхньощелепна, лобна, задні клітини решітчастого лабіринту.
- C.** Ліві верхньощелепна, лобна, передні клітини решітчастого лабіринту.
- D.** Ліві верхньощелепна, лобна, задні клітини решітчастого лабіринту, основна.
- E.** Ліві клиноподібна, задні клітини решітчастого лабіринту.

#### **Задача 2**

До оториноларинголога звернувся хворий 45 років зі скаргою на носову

кровотечу, яка почалася раптово без причини. Вкажіть найчастішу локалізацію носових кровотеч.

- A.** Нижні носові раковини.
- B.** Передньонижній відділ носової перегородки.
- C.** Задньоверхній відділ носової перегородки.
- D.** Нюхова зона носової порожнини.
- E.** Ділянки, що межують з хоанами.

### **Задача 3**

Дитина 5 років постійно дихає ротом, носове дихання утруднене. Визначіть, яка найбільш ймовірна патологія глотки може призвести до цього стану.

- A.** Атрезія хоан.
- B.** Пухлина носоглотки.
- C.** Гіпертрофічний риніт.
- D.** Аденоїдні вегетації.
- E.** Хоанальний поліп.

### **Задача 4**

До ЛОР-відділення звернулась хвора 54 років з явищами вираженої інспіраторної задишки. З анамнезу відомо, що під час їди хвора випадково з варенням проковтнула бджолу, відчула сильний біль у горлі, пізніше з'явилися ознаки утрудненого дихання. Лікар «швидкої допомоги» під час огляду виявив набряк слизової оболонки присінкового відділу гортані. Назвіть анатомічні елементи гортані, які належать до вказаного відділу.

- A.** Валекули, надгортанник, міжчерпакуватий простір.
- B.** Надгортанник, грушоподібні заутки, черпакувато-надгортанні складки.
- C.** Гортанні шлуночки, міжчерпакуватий простір, перстнеподібний хрящ.

**D.** Голосові складки, черпакуваті хрящі, міжчерпакуватий простір.

**E.** Надгортанник, черпакувато-надгортанні складки, черпакуваті хрящі, міжчерпакуватий простір.

### **Задача 5**

У поліклініку до оториноларинголога звернувся пацієнт зі скаргами на охриплість. Під час непрямой ларингоскопії виявлено нерухомість лівої половини гортані без будь-яких ознак патології. Визначіть обстеження, яке необхідно провести для виявлення захворювання.

**A.** Рентгеноскопія стравоходу.

**B.** Рентгенографія органів грудної порожнини.

**C.** Трахеобронхоскопія.

**D.** Доплерографія судин головного мозку.

**E.** Фіброезофагоскопія.

### **Задача 6**

До ЛОР-лікаря звернувся хворий 45 років зі скаргами на охриплість. Під час непрямой ларингоскопії виявлено нерухомість правої половини гортані без видимої патології. Визначте додаткове обстеження, яке необхідно провести для виявлення причини захворювання.

**A.** Стробоскопія гортані.

**B.** Фіброезофагоскопія.

**C.** Трахеобронхоскопія.

**D.** Рентгенографія органів грудної порожнини.

**E.** Мікроларингоскопія.

**Задача 7**

До ЛОР-лікаря звернувся хворий 25 років зі скаргами на деформацію завнішнього носу, носову кровотечу, порушення дихання через ніс. Скарги з'явилися після травми носу під час бійки. Яке обстеження слід призначити хворому?

- A. Ольфактометрія.
- B. Ринопневмометрія.
- C. Відеоедоскопія порожнини носу.
- D. Рентгенографія кісток носу.
- E. МРТ лицевого черепу.

**Задача 8**

Пацієнт 73 років скаржиться на біль та відчуття стороннього тіла в горлі, орієнтовно нижче язика, утруднене ковтання, слинотечу. Три години тому вживав смажену річну рибу. При орофарингоскопії патології чи стороннього тіла не виявлено. Яке наступне обстеження слід провести хворому?

- A. Стробоскопія гортані.
- B. Фіброезофагоскопія.
- C. Трахеобронхоскопія.
- D. Рентгенографія органів грудної порожнини.
- E. Гіпофарингоскопія, як етап непрямой ларингоскопії.

**Задача 9**

Батьки восьмимісячної дитини звернулись до отоларинголога у поліклініку зі скаргами на постійне порушення дихання, слизові виділення, закладеність у лівій половині носу, що спостерігаються з народження. Лікар запідозрив вроджену ваду розвитку. Який додатковий метод обстеження слід рекомендувати дитині?

- A. Передня, середня, задня риноскопія.



- В.** Відеоендоскопія порожнини носу.
- С.** Ольфактометрія та ринопневмометрія.
- Д.** Рентгенографія носу та приносових пазух.
- Е.** Пальцеве дослідження носоглотки.

### **Задача 10**

Хворий 36 років скаржиться на відсутність нюху протягом 6-ти місяців. Носове дихання задовільне. При об'єктивному обстеженні соматичної патології не виявлено, на МРТ головного мозку патологія відсутня. При риноскопії слизові оболонки порожнини носу рожеві, вологі, чисті, незначна деформація носової перегородки носу вліво. Інші ЛОР-органи без особливостей. Яке дослідження слід провести хворому для визначення достовірності та ступеня гіпосмії?

- А.** Ринопневмометрія.
- В.** Ольфактометрія.
- С.** Сахариновий тест.
- Д.** Відеоендоскопія носу.
- Е.** Рентгенографія носу та приносових пазух.

### **ЗАНЯТТЯ 3**

## **ЗАХВОРЮВАННЯ ЗОВНІШНЬОГО ТА СЕРЕДНЬОГО ВУХА: СІРЧАНА ПРОБКА, ДИФУЗНИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ, ФУРУНКУЛ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ, ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ, МАСТОЇДИТ, АНТРОМАСТОЇДОТОМІЯ**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** І досі частота запальних процесів зовнішнього та середнього вуха залишається досить високою і становить 25-30% від загальної патології вуха. Гострий гнійний середній отит є однією з основних причин розвитку приглухуватості у дорослих і дітей, він спричинює виникнення різноманітних ускладнень, у тому числі внутрішньочерепних, що загрожують життю людини. Тому знання клініки, методів діагностики та принципів лікування цих захворювань є необхідним у роботі лікарів різного профілю — оториноларингологів, педіатрів, невропатологів, терапевтів, окулістів, інфекціоністів, сімейних лікарів тощо.

**II. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** — 4 академічні години

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** навчитися виявляти сірчану пробку, встановлювати діагноз зовнішнього отиту, гострого гнійного середнього отиту, мастоїдиту, проводити диференційну діагностику та визначати раціональну тактику лікування хворих.

**IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Етіологію, патогенез сірчаної пробки, зовнішнього отиту, гострого гнійного середнього отиту та мастоїдиту.
2. Клініку та діагностику цих захворювань.
3. Особливості перебігу гострого гнійного середнього отиту в немовлят та при деяких гострих інфекційних захворюваннях.

4. Принципи лікування сірчаної пробки, захворювань зовнішнього вуха, гострого гнійного середнього отиту та мастоїдиту.
5. Наслідки гострого гнійного середнього отиту.

#### **V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Серед скарг і даних анамнезу хворого вибрати симптоми, що дають підстави запідозрити наявність сірчаної пробки, зовнішнього отиту, гострого гнійного середнього отиту чи мастоїдиту.
2. Виконати обстеження зовнішнього вуха і соскоподібного відростка, провести отоскопію, оцінити стан барабанної перетинки. Оцінити і зіставити найінформативніші об'єктивні ознаки, що підтверджують у хворого діагноз зовнішнього чи середнього отиту, мастоїдиту.
3. Виконати дослідження слуху, оцінити дані аку- й аудіометричного дослідження.
4. Оцінити дані рентгенологічного дослідження скроневої кістки за методом Шюллера, КТ скроневої кістки.
5. Скласти план лікування хворого із зазначеною патологією.
6. Уміти виконати туалет зовнішнього слухового ходу, його промивання, видалення сірчаної пробки та стороннього тіла, введення турунди в зовнішній слуховий хід, пневмомасаж барабанної перетинки, продування.

#### **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.
2. Парацетезна голка, вушний катетер, пневматична лійка, балон Політцера, шприц Жане, набір Гартмана, хірургічний інструментарій для проведення антромастоїдотомії, лобовий рефлектор (освітлювач).
3. Операційний мікроскоп.
4. Схеми, таблиці, слайди, муляжі, комп'ютерні презентації та засоби для інтерактивного навчання.
5. Питання для самопідготовки й опитування.

6. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань студентів.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

### *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) сірчана пробка: причини виникнення, симптоми, методи видалення;
- 2) зовнішній отит: етіологія, патогенез, клініка і діагностика фурункула та дифузного запалення зовнішнього слухового ходу, лікування;
- 3) гострий гнійний середній отит: етіологія, патогенез, патологічна анатомія;
- 4) шляхи проникнення інфекції в середнє вухо;
- 5) клінічні стадії гострого гнійного середнього отиту;
- 6) особливості перебігу гострого гнійного середнього отиту у немовлят;
- 7) особливості перебігу гострого гнійного середнього отиту при деяких інфекційних захворюваннях;
- 8) лікування гострого гнійного середнього отиту, тимпанопункція і парацентез;
- 9) наслідки гострого гнійного середнього отиту;
- 10) причини розвитку мастоїдиту;
- 11) клінічна симптоматика мастоїдиту;
- 12) атипові форми мастоїдиту, антрит;

13) диференційна діагностика мастоїдиту та лімфаденіту заушної ділянки при зовнішньому отиті;

14) лікування мастоїдиту, антромастоїдотомія та мастоїдопластика.

## **2. Курація 3—4 тематичних хворих.**

Самостійна робота студентів, засвоєння практичних звичок. Робота в оглядовій кімнаті, перев'язочній, операційній, ендоскопічному й аудіометричному кабінетах.

### *ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

Розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

#### **2. Підсумок заняття.**

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного практичного заняття і завдань до нього.

### **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингологія : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Рецидивирующий средний отит / А.А.Лайко, Д.И.Заболотный, В.А.Лайко. — К.: Логос, 2001. — 149 с.
7. Оториноларингологія. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.

## **Додаток 4**

### **Задача 1**

Хвора 32 років скаржиться на інтенсивний біль в лівому вусі з іррадіацією в ліву скроню, зниження слуху, головний біль, підвищення температури тіла до 38,2 °С. Хворіє 3-й день. Захворюванню передувало ГРВЗ. Об'єктивно: вушна раковина та зовнішній слуховий хід — без явищ запалення. Пальпація козелка та соскоподібного відростка безболісна. Ліва барабанна перетинка почервоніла, інфільтрована, без пізнавальних контурів, випинає. Шепітна мова лівим вухом сприймається на відстані 0,8 м. Встановіть діагноз.

- A.** Гострий гнійний середній отит.
- B.** Фурункул зовнішнього слухового ходу.
- C.** Гострий мастоїдит.
- D.** Гострий зовнішній дифузний отит.
- E.** Загострення хронічного мезотимпаніту.

### **Задача 2**

Хворий 31 року скаржиться на біль у правому вусі, зниження слуху, підвищення температури тіла до 38,4 °С. Права вушна раковина відстовбурчена, відмічається припухлість та болючість у заушній ділянці. Зовнішній слуховий хід звужений в кістковому відділі за рахунок нависання задньоверхньої стінки. Барабанна перетинка гіперемована, потовщена. Вкажіть найвірогіднішу причину.

- A.** Правобічний гострий середній отит.
- B.** Фурункул правого зовнішнього слухового ходу.
- C.** Правобічний дифузний зовнішній отит.
- D.** Правобічний мастоїдит.
- E.** Правобічний лабіринтит.

### Задача 3

Хвора 35 років скаржиться на біль, який посилюється під час жування та відкривання рота. Хворіє 2 дні, захворювання пов'язує з видаленням сірки з вуха за допомогою шпильки. Об'єктивно: вушна раковина не змінена, під час натискування на козелок виникає різкий біль, пальпація завушної ділянки безболісна, під час отоскопії визначається гіперемія та дифузна інфільтрація шкіри зовнішнього слухового ходу, виражені в перетинчасто-хрящовому відділі, барабанна перетинка гіперемована по краю, слух не порушений. Встановіть діагноз.

- A.** Гострий середній гнійний отит.
- B.** Фурункул зовнішнього слухового ходу.
- C.** Правобічний дифузний зовнішній отит.
- D.** Правобічний мастоїдит.
- E.** Сірчана пробка.

### Задача 4

Дитина 8 місяців хворіє на ГРВІ протягом тижня. В останні дві доби стала неспокійною, часто плаче, хитає головою з боку в бік, тягнеться ручкою до правого вуха, відмовляється їсти. Температура тіла — 39,2 °С. Під час розпитування матері встановлено, що у дитини були короткочасні судоми, багаторазове блювання, пронос. Під час отоскопії — права барабанна перетинка почервоніла, випинається, контури її не визначаються, натискування на козелок болюче. Відмічається ригідність потиличних м'язів. Встановіть попередній діагноз.

- A.** Правобічний гострий середній отит.
- B.** Фурункул правого зовнішнього слухового ходу.
- C.** Правобічний дифузний зовнішній отит.
- D.** Правобічний мастоїдит.

## Е. Правобічний лабіринтит.

### Задача 5

Хворий 40 років звернувся до лікаря зі скаргами на гноетечу з правого вуха й асиметрію обличчя. Під час огляду відмічається опущення правого кута рта, згладженість носогубної складки з цього самого боку. На прохання заплющити очі хворий нещільно заплющує праве око. Під час отоскопії у зовнішньому слуховому ході визначають рідкі гнійні виділення. Після туалету зовнішнього слухового ходу оглянуто барабанну перетинку, яка гіперемована, інфільтрована, дещо випинається. У центрі визначається невеличка перфорація, з якої виділяються краплі гною в такт пульсу. Визначіть лікувальну тактику.

- А. Антромастоїдотомія, антибактеріальна, антинеуритна, дегідратаційна терапія.
- В. Загальнопорожнинна операція, антибактеріальна, дезінтоксикаційна, антинеуритна терапія.
- С. Дезінтоксикаційна, антибактеріальна, антинеуритна, дегідратаційна терапія.
- Д. Парацентез, антибактеріальна, антинеуритна, дегідратаційна терапія.
- Е. Декомпресія каналу лицевого нерва, антибактеріальна, антинеуритна, дегідратаційна терапія.

### Задача 6

Хвора М., 36 років, звернулася в ЛОР-клініку зі скаргами на інтенсивний свербіж в правому вусі, відчуття закладеності в ньому, які з'явилися через тиждень після самостійного туалету вуха металевою шпилькою з метою видалення сірки. Об'єктивно: заушна ділянка і вушна раковина праворуч не змінені. У кістковому відділі зовнішнього слухового ходу скупчення



казеозних виділень з вкрапленнями чорного кольору.

- A. Фурункул зовнішнього слухового ходу.
- B. Алергічний отит.
- C. Мастоїдит.
- D. Гострий гнійний середній отит.
- E. Отомікоз.

### **Задача 7**

Хвора Ю., 34 роки, скаржиться на зниження слуху, гнійні виділення з лівого вуха. Відомо, що хвора перебувала під диспансерним наглядом фтізіатра 1 рік тому. Отоскопічно лікар виявив множинні перфорації барабанної перетинки. Проведена протягом 10 днів місцева і загальна антибіотикотерапія (амоксіцилін) не дала помітного позитивного результату. Призначте адекватне лікування.

- A. На першому етапі - консервативне лікування. Після ліквідації гноєтечі можлива тимпанопластика.
- B. Специфічна протитуберкульозна та стимулююча терапія.
- C. Консервативне: стандартний розчин нітрофунгіну.
- D. Консервативне: промивання надбарабанного простору водними розчинами антибіотиків за методикою Гартмана, туалет вуха ватними турундами.
- E. Парацетез барабанної перетинки, антибіотики широкого спектру тривалим курсом.

### **Задача 8**

До лікаря звернулася жінка з дитиною 6-ти місяців зі скаргами на високу температуру тіла, неспокій дитини, відмову від їжі, повторну блювоту, судоми. Під час огляду діагностовано гостре гнійне запалення середнього вуха справа. Відмічається ригідність потиличних м'язів, позитивний симптом

Керніга, дитина лежить з піджатими ніжками. У крові нейтрофільний лейкоцитоз, зсув формули вліво, збільшене ШОЕ. Чим зумовлений стан дитини?

- A. Менінгококовою інфекцією.
- B. Менінгізмом на фоні гострого середнього отиту.
- C. Мастоїдитом.
- D. Хворобою Меньєра.
- E. Хемодектомою середнього вуха.

### Задача 9

Хвора 52 років доставлена каретою швидкої допомоги в ЛОР-відділення зі скаргами на різкий біль, у лівому вусі, гноетечу, наявність болісної припухлості за вухом. Три тижні тому лікувалась з приводу гострого отиту, відмічала покращення. Об'єктивно: температура тіла 37,8 С, заушна ділянка зліва гіперемійована, інфільтрована, при пальпації відмічається флюктуація. При отоскопії наявні гноетеча, ознаки гострого отиту, звуження слухового ходу в кістковому відділі. Встановіть ймовірний діагноз

- A. Мастоїдит, субперіостальний абсцес.
- B. Зовнішній отит, заушний лімфаденіт.
- C. Мастоїдит, епідуральний абсцес.
- D. Фурункул заушної ділянки.
- E. Злоякісна пухлина середнього вуха.

### Задача 10

Хворий 26 років доставлений в ЛОР-відділення каретою швидкої допомоги з різким болем у правому вусі, зниженням слуху, головним болем, загальним нездужанням. Захворів 2 доби тому після попередньої простуди. Отоскопія: барабанна перетинка зліва гіпереміована, інфільтрована, набрякла,

вип'ячена. На аудіограмі – кістково повітряний інтервал 30 Дб, при тимпанометрії – крива типу В за Джергером. Яке втручання слід провести хворому?

- A.** Тимпанопункцію.
- B.** Антромастоїдотомію.
- C.** Радикальну операцію.
- D.** Тимпанопластику.
- E.** Шунтування барабанної порожнини.

## **ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ, ЛАБІРИНТИТ. САНУЮЧІ ТА СЛУХОВІДНОВЛЮВАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ ВУХА**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** Хронічний гнійний середній отит, поширеність якого залишається достатньо високою, належить до тяжких захворювань вуха. Цей патологічний процес є однією з основних причин зниження слуху людини і, крім того, призводить до виникнення таких захворювань, як лабіринтит, парез лицьового нерва, внутрішньочерепні ускладнення. Тому знання етіології, патогенезу, патологічної анатомії, клініки, принципів лікування хронічного гнійного середнього отиту та його можливих ускладнень є надзвичайно важливим у роботі широкого кола спеціалістів — оториноларингологів, невропатологів, окулістів, нейрохірургів, терапевтів, педіатрів, інфекціоністів, сімейних лікарів.

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** вивчити етіологію, патогенез, патологічну анатомію, клініку двох основних форм хронічного гнійного отиту — мезотимпаніту й епітимпаніту; навчитися встановлювати діагноз хронічного гнійного середнього отиту, лабіринтиту, проводити диференційну діагностику та визначати раціональну тактику лікування хворих; ознайомитися з хірургічними втручаннями на вусі — сануючими операціями вуха, тимпанопластиком.

### **IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Етіологію, патогенез, патологічну анатомію хронічного гнійного середнього отиту.
2. Класифікацію та клініку хронічного гнійного середнього отиту.
3. Принципи лікування хронічного гнійного мезо- і епітимпаніту (консервативне та хірургічне — сануючі операції, тимпаноластику).
4. Етіологію, патогенез, клініку та методи лікування різних форм

лабіринтиту.

#### **V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Серед скарг і даних анамнезу хвороби вибрати симптоми, що дають змогу запідозрити наявність хронічного гнійного середнього отиту та лабіринтиту, з'ясувати причини виникнення захворювання.
2. Виконати обстеження соскоподібного відростка, провести отоскопію, оцінити стан середнього вуха — барабанної перетинки, барабанної порожнини, її патологічного вмісту, прохідність слухової труби.
3. Виконати дослідження слуху, оцінити дані аку-, аудіо- та вестибулометрії.
4. Оцінити дані рентгенологічного дослідження скроневої кістки за методом Шюллера, комп'ютерної томографії.
5. Запідозрити розвиток лабіринтиту, провести диференційну діагностику лабіринтиту та патології мозочка.
6. Скласти план лікування хворого на хронічний мезо- й епітимпаніт — консервативного, хірургічного, уточнити показання до тимпанопластики.
7. Скласти план лікування хворих з різними клінічними формами лабіринтиту.
8. Уміти виконати типові маніпуляції: промивання і туалет вуха, введення вушних крапель у барабанну порожнину та слухову трубу методом компресії, вкладання у вухо турунди, накладання вушної пов'язки.

#### **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.
2. Вушний зонд з нарізкою і зонд Воячека, вушний пінцет, шприц Жане, вушна петля, набір вушних інструментів для загальнопорожнинної операції на вусі та тимпанопластики.
3. Операційний мікроскоп.
4. Схеми, таблиці, слайди, муляжі комп'ютерні презентації та засоби

для інтерактивного навчання.

5. Питання для самопідготовки й опитування.

6. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань студентів.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

### *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) етіологія та патогенез хронічного гнійного середнього отиту;
- 2) дві клінічні форми хронічного гнійного середнього отиту: мезо- і епітимпаніт;
- 3) холестеатома: механізми утворення, можливі ускладнення;
- 4) принципи консервативного лікування хронічного гнійного отиту;
- 5) принципи хірургічного лікування хворих на гнійний епітимпаніт, показання до сануючих операцій, основні принципи технічного їх виконання;
- 6) показання та протипоказання до тимпанопластики, її типи;
- 7) етіологія та патогенез лабіринтиту;
- 8) поділ лабіринтитів залежно від шляху проникнення інфекції у внутрішнє вухо (тимпаногенний, менінгогенний, гематогенний, травматичний);
- 9) патоморфологічні форми лабіринтиту: серозний, гнійний, некротичний;
- 10) клінічні форми лабіринтиту: обмежений лабіринтит, гострий

дифузний серозний лабіринтит, гострий дифузний гнійний лабіринтит, некротичний лабіринтит; їх диференційна діагностика;

11) диференційна діагностика лабіринтиту й абсцесу мозочка;

12) основні принципи консервативного та хірургічного лікування різних клінічних форм лабіринтиту.

## **2. Курація 3—4 тематичних хворих.**

Самостійна робота студентів, засвоєння практичних навичок. Робота в оглядовій кімнаті, перев'язочній, операційній.

### *ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1.Визначення підсумкового рівня знань студентів,**

Розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

#### **2.Підсумок заняття.**

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного практичного заняття і завдань до нього.

### **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк , Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингологія : учебник / В.Т. Пальчун , М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Рецидивирующий средний отит / А.А.Лайко, Д.И.Заболотный, В.А.Лайко. - К.: Логос, 2001. - 149 с.

7. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. – «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 960 с.
8. Хронічний середній отит / А.А. Лайко, Т.С. Мостова, Л.І. Літвіненко. – К.: Логос, 2003. – 237 с.

### *Додаток*

#### **Задача 1**

Хворий скаржиться на зниження слуху на ліве вухо, гнійні виділення, біль у ділянці вуха. Хворіє з дитинства після кору. Періодично відмічає загострення у вигляді виділень, які мають неприємний запах, погіршення слуху. Об'єктивно: при отоскопії незначні гнійні виділення в слуховому ході, барабанна перетинка перфорована у верхньому відділі, сприйняття шепітної мови — 1,2 м, розмовної — 5,0 м. При комп'ютерній томографії — деструктивні зміни з боку соскоподібного відростка зліва. Встановіть діагноз.

- A.** Отосклероз.
- B.** Гострий гнійний середній отит.
- C.** Лівобічний хронічний гнійний епітимпаніт.
- D.** Сенсоневральна приглуховатість.
- E.** Лівобічний хронічний гнійний мезотимпаніт.

#### **Задача 2**

Хворий скаржиться на гнійні виділення з лівого вуха, зниження слуху. Хворіє 3 роки, неодноразово лікувався. Отоскопія: в лівому слуховому ході — гнійні виділення; ниркоподібний дефект барабанної перетинки, який не доходить до краю барабанної перетинки. Слизова оболонка барабанної порожнини почервоніла, набрякла, в барабанній порожнині гній. ШІМ AD/AS = 6/3 м. Встановіть попередній діагноз.

- A.** Лівобічний ексудативний отит.
- B.** Лівобічний хронічний гнійний епітимпаніт.



- С.** Лівобічний гострий гнійний середній отит.
- Д.** Лівобічний хронічний катар середнього вуха.
- Е.** Лівобічний хронічний гнійний мезотимпаніт.

### **Задача 3**

Хвора 45 років скаржиться на біль у лівому вусі, значні гнійні виділення, зниження слуху, підвищення температури тіла до 37,7 °С. Відомо, що хворіє з дитинства, після кору. Неодноразово лікувалася стаціонарно й амбулаторно. Отоскопічно у зовнішньому слуховому ході зліва значна кількість гною з неприємним запахом, барабанна перетинка тотально зруйнована, грануляції на медіальній стінці барабанної порожнини, в барабанній порожнині наявні білі епідермальні маси. Встановіть максимально повний діагноз.

- А.** Загострення лівобічного хронічного гнійного епітимпаніту, ускладненого грануляціями, лабіринтитом.
- В.** Загострення лівобічного хронічного гнійного епітимпаніту, ускладненого грануляціями, нагноєною холестеатомою.
- С.** Лівобічний гострий гнійний середній отит, мастоїдит, лабіринтит.
- Д.** Загострення лівобічного хронічного гнійного мезотимпаніту, ускладненого грануляціями.
- Е.** Лівобічний хронічний гнійний мезотимпаніт, екстрадуральний абсцес, нагноєна холестеатома.

### **Задача 4**

Хвора 56 років госпіталізована у ЛОР-відділення зі скаргами на запаморочення, хиткість під час ходьби, слизисто-гнійні виділення з правого вуха. Хворіє на хронічний середній отит протягом 20 років. Два дні тому ото рея посилилась. Отоскопічно у зовнішньому слуховому ході справа гнійні

виділення з неприємним запахом, барабанна перетинка рожева з крайовою перфорацією в передньоверхньому квадранті. Виявлена позитивна фістульна проба, горизонтальний дрібнорозмашистий ністагм вправо. Під час ходьби відхиляється вліво, в позі Ромберга падає вліво. Встановіть попередній діагноз.

- A.** Загострення хронічного гнійного епітимпаніту праворуч, ускладненого гострим серозним обмеженим лабіринтитом.
- B.** Загострення хронічного гнійного епітимпаніту праворуч, ускладненого нагноєною холестеатомою, хронічним дифузним лабіринтитом.
- C.** Правобічний гострий гнійний середній отит, некроз стінки лабіринту, гострий дифузний гнійний лабіринтит.
- D.** Загострення хронічного гнійного мезотимпаніту праворуч, ускладненого гнійним лабіринтитом, карієсом кістки.
- E.** Правобічний хронічний гнійний мезотимпаніт, абсцес мазочка.

### **Задача 5**

Хворий 32 років скаржиться на різкий біль у правому вусі, значні гнійні виділення з нього, підвищення температура тіла до 38,5 °С, запаморочення, зниження слуху. Хворіє 5-й день. Об'єктивно: спонтанний горизонтальний дрібнорозмашистий ністагм у разі погляду вправо і прямо. Під час ходьби відхиляється ліворуч, в позі Ромберга падає ліворуч. Шепітну мову правим вухом сприймає біля вушної раковини, лівим — з відстані 5 м. Дані отоскопії: у правому слуховому ході гнійний вміст, пульсуючий рефлекс, барабанна перетинка гіперемована, набрякла, інфільтрована. Складіть план лікування хворого.

- A.** Антибактеріальна, дегідратаційна, дезінтоксикаційна терапія.
- B.** Парацетез, антибактеріальна, дегідратаційна терапія, антикоагулянти.
- C.** Антибактеріальна, дегідратаційна терапія, в разі неефективності — радикальна сануюча операція.

Д. Антромастоїдотомія, хірургічна декомпресія лабіринту, протизапальна, дегідратаційна, дезінтоксикаційна терапія.

Е. Антибактеріальна, дегідратаційна терапія, в разі неефективності — антромастоїдотомія.

### **Задача 6**

У хворого К., віком 52 роки, протягом 6 років спостерігалися періодичні виділення гною з лівого вуха без запаху. До лікаря не звертався, лікувався самостійно «Аурісаном». 3 дні тому з'явився біль у лівому вусі та лівій половині голови, підвищення температури тіла до 37,9. Отоскопічна картина: барабанна перетинка гіперемована, отвір в pars flaccida, який майже повністю закритий великим поліпом. Поставте діагноз.

- А. Загострення лівобічного хронічного епітимпаніту.
- В. Отосклероз.
- С. Загострення лівобічного хронічного мезотимпаніту.
- Д. Хронічний катар середнього вуха.
- Е. Туберкульоз середнього вуха.

### **Задача 7**

У хворі В., 42 років скарги на зниження слуху, періодичний біль у вусі з наявністю гнійних виділень, котрі зникають після закапування антибактеріальних крапель ендоурально. Останнє загострення була 6 місяців тому. При отоскопії візуалізується центральна суха перфорація в натягнутій частині барабанної перетинки. На аудіограмі – кістково-повітряний інтервал в 40 Дб, кісткова провідність збережена, на КТ – відсутність деструкції кістки. Яка тактика лікування хворі?

- А. Консервативне лікування під час загострення.
- В. Кохлеарна імплантація.
- С. Шунтування барабанної порожнини.

**D.** Сануюча операція на середньому вусі.

**E.** Тимпанопластика.

### **Задача 8**

У хворого Т., віком 72 роки, протягом 32 років спостерігалися періодичні виділення гною з лівого вуха з неприємним запахом, зниження слуху, в останній 2 роки почав скаржитися на запаморочення, яке пов'язував з підвищенням артеріального тиску. Отоскопічно виявлено краєву перфорацію барабанної перетинки в верхній частині. При проведенні пресорної проби за допомогою лійки Зігле у хворого з'явився чіткий ністагм, запаморочення. На аудіограмі комбіноване ураження слуху. Поставте ймовірний діагноз.

**A.** Хронічний епітимпаніт, ускладнений хронічним обмеженим лабіринтитом.

**B.** Отосклерозний лабіринтит, кохлео-вестибулярна форма.

**C.** Хронічний мезотимпаніт, ускладнений хронічним дифузним лабіринтитом

.

**D.** Специфічний тимпаногенний лабіринтит на фоні хронічного мастоїдиту.

**E.** Туберкульоз середнього вуха з норицею завитки.

### **Задача 9**

У пацієнтки 28 років, котра хворіє на хронічний гнійний середній отит протягом семи років виявлено отоскопічно - краєва перфорація в верхній частині барабанної перетинки; аудіометрично - порушення звукопровідного апарату на 40 Дб; наявність холестеатоми при КТ дослідженні; задовільну функцію слухової труби при імпедансометрії. Хвора вимагає адекватного лікування. Що може запропонувати отохірург?

**A.** Консервативне лікування хронічного епітимпаніту під час загострення.

**B.** Тимпанопластику.

- С.** Загально-порожнинну радикальну операцію.
- Д.** Ощадливу сануючу операцію з одномоментною тимпанопластиком.
- Е.** Парацентез, шунтування барабанної порожнини.

### **Задача 10**

Яке оперативне втручання слід проводити хворому на хронічний гнійний середній епітимпаніт, ускладнений холестеатомом, екстрадуральним абсцесом?

- А.** Тимпаноластику.
- В.** Аттікотомію з тимпанопластиком.
- С.** Стапедопластику.
- Д.** Антромастоїдотомію.
- Е.** Розширену радикальну загально порожнину операцію.

## **НЕГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВУХА: КАТАР СЕРЕДНЬОГО ВУХА, ЕКСУДАТИВНИЙ ОТИТ, СЕНСОНЕВРАЛЬНА ПРИГЛУХУВАТИСТЬ, ОТОСКЛЕРОЗ, ХВОРОБА МЕНЬЄРА**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** Негнійні захворювання вуха розвиваються досить часто і нерідко призводять до вираженої приглухуватості. Порушення слуху позначається також на соціальній сфері, оскільки нерідко змушує людину відмовлятися від своєї професії. Приглухуватість часто супроводжується неприємним шумом у вухах. Втрата слуху в ранньому дитячому віці може призводити до глухонімоти. Ураження вестибулярного апарату зумовлює втрату працездатності, навіть призводить до інвалідності.

**II. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** — 4 академічні години

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** навчитися встановлювати діагноз катару середнього вуха, сенсоневральної приглухуватості, отосклерозу, хвороби Мен'єра, проводити диференційну діагностику та визначати раціональну тактику лікування хворих.

**IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Етіологію та патогенез катару середнього вуха, сенсоневральної приглухуватості, отосклерозу, хвороби Мен'єра.
2. Клініку та методи діагностики цих захворювань.
3. Принципи їх лікування та профілактики.

**V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Серед скарг і даних анамнезу хвороби вибрати симптоми, що дають підстави запідозрити наявність катару середнього вуха, сенсоневральної приглухуватості, отосклерозу, хвороби Мен'єра.
2. Провести отоскопію, оцінити стан зовнішнього вуха та барабанної перетинки.

Оцінити та співставити найінформативніші та найоб'єктивніші ознаки, що притаманні цим захворюванням.

3. Виконати дослідження слуху за допомогою мови та камертонів, оцінити дані аудіометричного дослідження.

4. Виконати дослідження вестибулярної функції, оцінити дані вестибулометрії.

5. Оцінити дані рентгенологічного дослідження скроневої кістки за методом Стенверса, а також за допомогою комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії.

6. Скласти план лікування хворого на катар середнього вуха, сенсоневральну приглухуватість, отосклероз, хворобу Мен'єра.

7. Надати допомогу під час нападу хвороби Мен'єра.

8. Уміти виконати пневмомасаж барабанної перетинки, продування слухових труб за методикою Політцера, мати уявлення про методику катетеризації слухової труби.

## **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.

2. Набір камертонів, вушний катетер, пневматична лійка, балон Політцера, шприц Жане, отоскоп.

3. Схеми, таблиці, слайди, муляжі, комп'ютерні презентації та засоби для інтерактивного навчання.

4. Питання для самопідготовки й опитування.

5. Ситуаційні задачі для визначення підсумково горівня знань студентів.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

**Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

*ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ***1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) катар середнього вуха: причини виникнення, патогенез;
- 2) клініка катару середнього вуха, діагностика;
- 3) ексудативний отит як різновид катару середнього вуха;
- 4) лікування та профілактика катару середнього вуха;
- 5) сенсоневральна приглухуватість: етіологія, патогенез, патологоанатомічні зміни;
- 6) клінічна картина та діагностика сенсоневральної приглухуватості;
- 7) лікування та профілактика сенсоневральної приглухуватості;
- 8) слухопротезування;
- 9) отосклероз: етіологія, патогенез, патологогістологічні зміни;
- 10) отосклероз: клініка, діагностика, лікування;
- 11) причини розвитку хвороби Мен'єра, патогенез і патологоанатомічні зміни;
- 12) клініка та діагностика хвороби Мен'єра;
- 13) лікування хвороби Мен'єра, надання допомоги при гострій вестибулярній дисфункції;
- 14) хірургічне лікування хвороби Мен'єра.

**2. Курація 3-4 тематичних хворих.**

Самостійна робота студентів, засвоєння практичних навичок. Робота в оглядовій кімнаті, перев'язочній, операційній, ендоскопічному й аудіометричному кабінетах.

*ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*



## **1. Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

Розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

## **2. Підсумок заняття.**

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного практичного заняття і завдань до нього.

## **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк , Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун , М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.
7. Секреторний середній отит: Рекомендовано ЦМК з вищої освіти МОЗ України як навч.-метод. Посібник / А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, І.І. Горішній - К.: Логос, 2006. - 120 с.
8. Сенсоневральна приглухуватість / Т.В.Шидловська, Д.І.Заболотний, Т.А. Шидловська. — К.: Логос, 2006. — 752 с.

## *Додаток*

### **Задача 1**

Хворий 23 років, що прибув літаком з Далекого Сходу, скаржиться на біль, відчуття закладеності у лівому вусі, які з'явилися під час зниження і посадки літака. Під час огляду встановлені ознаки гострого отиту, ринофарингіту, викривлення носової перегородки в лівий бік. Встановіть найвірогіднішу причину скарг хворого.

- A.** Порушення прохідності слухової труби.
- B.** Запалення слизової оболонки носа та глотки.
- C.** Накопичення слизу в носоглотці.
- D.** Викривлення носової перегородки.
- E.** Тривале перебування в шумній обстановці.

### **Задача 2**

У хворої 36 років на VI місяці вагітності стався напад запаморочення без втрати свідомості, нудоти, блювання. Розвинулися спонтанний ністагм, зниження слуху на праве вухо, шум у вусі. Через 1 годину напад зник, ністагм і шум щезли, слух покращився, стан хворої поліпшився. Отоскопічна картина в нормі. Під час обстеження визначено позитивний гліцерол-тест праворуч за результатами слухової та вестибулярної функції. Встановіть діагноз.

- A.** Кохлеовестибулярні розлади при шийному остеохондрозі.
- B.** Хвороба Мен'єра.
- C.** Кохлеарний неврит.
- D.** Вестибулярна декомпенсація при гострій інтоксикації.
- E.** Обмежений лабіринтит.

### Задача 3

Хворий 43 років скаржиться на погіршення слуху, шум у правому вусі. Відмічає зміни гостроти слуху й інтенсивності шуму під час чхання, сякання, відчуття заповнення та тиску у вусі, автофонію. Хворіє протягом тижня. Перед цим переніс нежить, лікувався. Дані отоскопії праворуч: ін'єкція судин барабанної перетинки, барабанна перетинка не має блиску, втягнута. Шепітну мову правим вухом сприймає з 1,5 м. У досліді Вебера визначається латералізація звуку в праве вухо, дослід Рінне негативний, дослід Швабаха подовжений. Інші ЛОР-органи без патології. Встановіть попередній діагноз.

- A.** Гострий середній гнійний отит.
- B.** Хвороба Мен'єра.
- C.** Сенсоневральна приглуховатість.
- D.** Гострий катар середнього вуха.
- E.** Отосклероз.

### Задача 4

Хвора 36 років скаржиться на зниження слуху праворуч, шум у вусі, які з'явилися після грипу. Під час отоскопії барабанна перетинка звичайного кольору. Дослідження: шепітну мову чує правим вухом біля вушної раковини, дослід Рінне позитивний, кісткова провідність різко знижена, у досліді Вебера визначається латералізація звуку в ліве вухо, під час аудіометрії — низхідний характер кривих справа, підвищення порогів кісткової та повітряної провідності на 40-60 дБ переважно на високих частотах, кістково-повітряний інтервал відсутній. Визначіть лікувальну тактику.

- A.** Антибактеріальна, дезінтоксикаційна, дегідратаційна терапія.
- B.** Антикоагулянти, дезагреганти, холінолітики, ранній парацетез.
- C.** Дезінтоксикаційна, дегідратаційна терапія, вазоактивні препарати,

препарати, що покращують процеси регенерації.

**D.** Дезінтоксикаційна, дегідратаційна терапія, препарати фтору, відволікальні засоби.

**E.** Кохлеарна імплантація або слуховий апарат.

### **Задача 5**

Хвора 26 років скаржиться на зниження гостроти слуху та шум у вухах, більше зліва. Краще чує під час поїздки в метро та в натовпі людей. Слух поступово почав погіршуватися після пологів. Хворіє вже протягом 2 років. Отоскопічно зовнішні слухові ходи широкі, сірка відсутня, барабанні перетинки тонкі, майже прозорі. Чує шепітну мову з відстані 2 м на ліве вухо, справа – 4 метри. Дослід Вебера – латералізація вліво. Досліди Рінне та Желле негативні., тимпанограма тип «А», відсутність рефлексу стремінцевого м'язу, на тональній пороговій аудіометрії – погіршення слуху за кондуктивним типом. З боку інших ЛОР-органів патології не виявлено. Вкажіть вірогідний діагноз.

**A.** Хронічний катар середнього вуха.

**B.** Отосклероз.

**C.** Сенсоневральна приглухуватість.

**D.** Хвороба Мен'єра.

**E.** Секреторний отит.

### **Задача 6**

Хвора 27 років скаржиться на зниження слуху на обидва вуха, шум у вухах. Захворювання розвивалось поступово протягом трьох років без видимої причини. Зазначає поліпшення слуху в галасливій обстановці. Об'єктивно: слухові ходи широкі, вільні, сірка відсутня, барабанні перетинки перламутрові з розпізнавальними знаками по центру просвічує рожева пляма,

слухові труби прохідні. На аудіограмі кондуктивне ураження слуху. Про яке захворювання слід подумати?

- A. Епітимпаніт.
- B. Сенсоневральна приглухуватість.
- C. Хронічний ексудативний отит.
- D. Отосклероз.
- E. Хвороба Мен'єра.

### Задача 7

У хворої 42 років стався напад запаморочення, нудоти блювання, шум у лівому вусі, зниження слуху, що супроводжувались спонтанним ністагмом. Через три години стан хворої покращився, ністагм і вушний шум зникли, слух відновився. Під час комплексного обстеження виявили позитивний гліцерол-тест зліва за результатами дослідження слухової та вестибулярної функції. Встановіть діагноз.

- A. Обмежений лабіринтит.
- B. Сенсоневральна приглухуватість.
- C. Гострий катар середнього вуха.
- D. Отосклероз.
- E. Хвороба Мен'єра.

### Задача 8

У хворої 58 років після нервово-емоційного напруження протягом 5-ти днів відмічається зниження слуху, шум у лівому вусі. При отоскопії патологічних змін не виявлено. На аудіометрії ураження звукосприймального апарату. Тимпанометрія – тип «А». Встановіть діагноз.

- A. Гострий середній гнійний отит.
- B. Сенсоневральна приглухуватість.
- C. Гострий катар середнього вуха.

**D.** Отосклероз.

**E.** Хвороба Мен'єра.

### **Задача 9**

У дитини 6 років відмічається порушення носового дихання, зниження слуху на обидва вуха. В анамнезі рецидивуючі довготривалі нежиті, повторні гострі отити. При огляді в носоглотці виявлені аденоїдні вегетації третього ступеня. Отоскопічно - барабанні перетинки рожеві, мутні, випинають, контури нечіткі пухирці повітря в барабанній порожнині. При тимпанометрії – криві типу «В» за Джергером. Встановіть діагноз.

**A.** Аденоїдні вегетації, ексудативний середній отит.

**B.** Сенсоневральна приглухуватість.

**C.** Аденоїдні вегетації, гострий середній гнійний отит.

**D.** Аденоїдні вегетації, риногенний отосклероз.

**E.** Отогенний аденоїдит.

### **Задача 10**

Викладач гуманітарного університету 68 років звернувся до оториноларинголога зі скаргами на зниження слуху на обидва вуха вже 8 років. Останні два роки відмічає труднощі в спілкуванні з оточуючими. Комплексне обстеження принесло наступні результати: отоскопія – барабанні перетинки сірі, блискучі, контури збережені; аудіометрія – підвищення порогів по кістковій провідності переважно на високих частотах; тимпанометрія – тип «А», МРТ головного мозку – вікові особливості без вогнищевих змін. Яка тактика лікування пацієнта?

**A.** Слухопротезування (слуховий апарат).

**B.** Тимпанопластика.

**C.** Кохлеарна імплантація.

**D.** Протиневритна терапія.

**E.** Парамеатальні блокади.

## **ЗАНЯТТЯ 4**

### **ГОСТРІ ТА ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НОСА ТА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ. РИНОГЕННІ ОРБІТАЛЬНІ ТА ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ УСКЛАДНЕННЯ**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** Останніми роками спостерігають значне зростання кількості хворих на гострі та хронічні захворювання носа, підвищується їх питома вага в структурі загальної ЛОР-патології. Викривлення носової перегородки виявляють у значної кількості людей. Проте, лише в незначній частині з них, деформація перегородки спричинює не тільки постійне утруднення носового дихання, але й розвиток хронічних запальних процесів порожнини носа та приноскових пазух. Згідно даних статистики за останнє десятиріччя кількість випадків синуїту зросла з 4,6 до 12,4 на 1000 населення. Крім того, запальні процеси приноскових пазух нерідко призводять до розвитку хронічного бронхіту, бронхіальної астми, пневмонії. Синуїт може стати причиною виникнення тяжких орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень, які загрожують життю людини. Таке захворювання як фурункул носа є також небезпечною патологією, оскільки також може призводити до тяжких орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень. Тому знання клініки, методів діагностики та принципів лікування цих захворювань є необхідним у роботі лікарів різного профілю: оториноларингологів, педіатрів, терапевтів, нейрохірургів, невропатологів, окулістів та сімейних лікарів.

**II. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** — 4 академічні години

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** навчитися діагностувати викривлення носової перегородки, фурункул носа, гострий та хронічний риніт, встановлювати гострі та хронічні форми синуїту, виявляти орбітальні і

внутрішньочерепні ускладнення риногенного походження, проводити диференційну діагностику та визначати раціональну лікувальну тактику.

#### **IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Етіологію та патогенез, клініку та методи діагностики, принципи лікування викривлення носової перегородки, фурункула носа, гострого та хронічного риніту, гострого та хронічного синуїту, орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень риногенного походження.
2. Види викривлення носової перегородки, показання та принципи хірургічного втручання при цьому захворюванні.
3. Класифікацію хронічного риніту.
4. Клінічну класифікацію синуїту.
5. Ускладнення фурункула носа та методи його профілактики.
6. Особливості використання відеоендоскопічної техніки під час дослідження та хірургічних втручань у носовій порожнині.
7. Особливості перебігу гострого синуїту в немовлят.
8. Анатомічні передумови розвитку орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень та їх наслідки.
9. Види оперативних втручань на верхньощелепній, решітчастій, фронтальній та основній пазухах.

#### **V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Серед скарг і даних анамнезу хворого вибрати симптоми, що свідчать про наявність викривлення носової перегородки, фурункула носа, гострого та хронічного риніту, синуїту, риногенного орбітального та внутрішньочерепного ускладнення.
2. Провести обстеження зовнішнього носа, передню та задню риноскопію, пальпаторне обстеження ділянок приноскових пазух. Співставити суб'єктивні й об'єктивні дані, що підтверджують у хворого діагноз викривлення носової перегородки, фурункула носа, гострого та хронічного риніту, синуїту.



3. Виконати дослідження стану носового дихання та нюхової функції.
4. Оцінити дані рентгенографії приносних пазух, комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії.
5. Оцінити дані лабораторних методів дослідження (загальний аналіз крові, коагулограма, спинномозкова рідина, вміст приносних пазух).
6. Скласти план лікування хворого з патологією, що розглядається.
7. Виконати туалет порожнини носа, введення серветок у загальний носовий хід, провести анемізацію слизової оболонки порожнини носа, місцеву анестезію для проведення пункції верхньощелепної пазухи.

## **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.
2. Інструментарій для хірургічного втручання на носовій перегородці та носових раковинах, для поліпотомії, розкриття приносних пазух, лобної трепанації, голка Куліковського, обладнання й інструментарій для оптичної ендоскопії порожнини носа та приносних пазух.
3. Схеми, таблиці, слайди, кодограми, муляжі, комп'ютерні презентації та засоби для інтерактивного навчання.
4. Питання для самопідготовки й опитування.
5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань студентів.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

### *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

- 1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) викривлення носової перегородки: причини виникнення, види викривлення носової перегородки;
- 2) клінічна картина викривлення носової перегородки, діагностика, показання до операції, види оперативних втручань: підслизова резекція носової перегородки, крістотомія;
- 3) фурункул носа: етіологія, патогенез, патологічна анатомія, клініка, діагностика та лікування, можливі ускладнення фурункула носа, зв'язок з особливостями венозного відтоку з носа;
- 4) гострий і хронічний риніт: причини виникнення, стадії перебігу, можливі ускладнення, принципи лікування, класифікація;
- 5) особливості перебігу гострого риніту у немовлят;
- 6) озена: ендемічність, етіологія, патогенез, клінічна картина, етіотропне, патогенетичне, хірургічне лікування;
- 7) методи щадної відеоендоскопічної ринохірургії.
- 8) поняття про моно-, гемі- та пансинуїт, гайморит, етмоїдит, фронтит, сфеноїдит, первинний та вторинний синуїт (етіологія, патогенез, класифікація, клініка та діагностика) та класифікація хронічного синуїту;
- 9) особливості клінічного перебігу гострого етмоїдиту в немовлят;
- 10) принципи лікування гострих та хронічних запалень приносних пазух;
- 11) особливості перебігу одонтогенного гаймориту;
- 12) принципи функціональної відеоендоскопічної хірургії при гострому та хронічному синуїті;
- 13) анатомічні передумови виникнення риногенних орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень, шляхи проникнення інфекції з приносних пазух у порожнину черепа;
- 14) принципи лікування орбітальних та внутрішньочерепних риногенних ускладнень, види оперативних втручань.

## **2. Курація 3—4 тематичних хворих.**

Самостійна робота студентів, освоєння практичних навичок. Робота в

оглядовій кімнаті, перев'язочній, операційній, ендоскопічному кабінеті.

### *ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1.Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

Розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

#### **2.Підсумок заняття.**

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного практичного заняття і завдань до нього.

### **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.
7. Клиническая ринология. Руководство для врачей / Г.З Пискунов, С.З. Пискунов. - 2-е издание, испр. и доп. — М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 560 с.
8. Хронічний верхньощелепний синусит у дітей / А.А.Лайко, Д.І.Заболотний, А.Л.Косаковський, О.Ю.Бредун. — К. — 2007. — 224 с.

## *Додаток*

### **Задача 1**

Хворий 27 років скаржиться на виражений біль у лівому крилі носа, набряк тканин, який поширюється на щоку та нижню повіку зліва, підвищення температури тіла до 38,1 °С. Захворів 2 дні тому. Під час огляду тканини в ділянці зовнішнього носа ліворуч інфільтровані, шкіра гіперемована, напружена, різко болюча при пальпації. Встановіть діагноз.

- A.** Фурункул носа.
- B.** Бешиха носа.
- C.** Фолікуліт носа.
- D.** Риносклерома.
- E.** Сикоз носа.

### **Задача 2**

Хвора 28 років скаржиться на погіршення носового дихання, рясні водянисті виділення з порожнини носа, порушення нюху, чхання, слезотечу. Хворіє протягом 3 років. Перелічені скарги з'являються в липні-серпні. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини носа набрякла, має ціанотичний відтінок, на її поверхні місцями визначаються білісуваті плями. Інші ЛОР-органи без патології. Встановіть попередній діагноз.

- A.** Вазомоторний риніт, нейровегетативна форма.
- B.** Вазомоторний риніт, алергійна форма.
- C.** Хронічний гіпертрофічний риніт.
- D.** Хронічний катаральний риніт.
- E.** Гострий риніт.

**Задача 3**

Хворий 20 років скаржиться на постійне утруднення носового дихання через обидві половини носа, слизові виділення, головний біль. Хворіє протягом 5 років. Об'єктивно: нижні носові раковини збільшені в об'ємі особливо передні їх кінці, загальні носові ходи звужені. Після введення в носові ходи судинозвужувальних крапель об'єм раковини не зменшився. Призначте лікування.

- A.** Топічні кортикостероїди.
- B.** Поліпоектомія.
- C.** Вегетотропні препарати, носовий душ, фізіотерапія.
- D.** Конхотомія нижніх носових раковин.
- E.** Аденотомія.

**Задача 4**

Хвора 24 років скаржиться на періодичне утруднення носового дихання, із закладанням то однієї, то іншої половини носа, слизові виділення з носа. Хворіє протягом 5 років. Об'єктивно: слизова порожнини носа помірно гіперемована, набрякла, з ознаками цианозу. Нижні носові раковини набряклі, збільшені в об'ємі, місцями вкриті слизом. Стан погіршується під час переохолодження. Після введення в ніс судинозвужувальних засобів об'єм раковин різко зменшився. Встановіть діагноз.

- A.** Вазомоторний риніт, нейровегетативна форма.
- B.** Вазомоторний риніт, алергійна форма.
- C.** Хронічний гіпертрофічний риніт.
- D.** Хронічний катаральний риніт.
- E.** Гострий риніт.

**Задача 5**

Під час обстеження хворого з фурункулосом носа виявлено екзофтальм, хемоз. Рухомість очного яблука обмежена, офтальмоплегія, значні застійні прояви на очному дні. У хворого гектична температура, озноб. Встановіть діагноз.

- А.** Фурункул носа, ускладнений риногенним менінгоенцефалітом.
- В.** Фурункул носа, ускладнений тромбозом кавернозного синусу.
- С.** Карбункул носа, ускладнений риногенним сепсисом.
- В.** Абсцес носової перегородки, синустромбоз.
- Е.** Фурункул носа, ускладнений тромбозом сигмоподібного синусу.

**Задача 6**

У хворого 30 років встановлено ознаки правобічного гострого гнійного гаймориту. Захворів тиждень тому після охолодження. Іншої патології не виявлено. Який шлях інфікування приносової пазухи слід запідозрити в цьому випадку?

- А.** Одонтогенний.
- В.** Гематогенний.
- С.** Лімфогенний.
- Д.** Риногенний.
- Е.** Травматичний.

**Задача 7**

У хворого 47 років тиждень тому з'явилися набряк, почервоніння повік правого ока, сильний головний біль, підвищення температури тіла до 38,5 °С. Протягом попередніх 5 днів лікувався у оториноларинголога з приводу загострення хронічного правобічного гемісинуїту. Під час об'єктивного обстеження встановлено: екзофтальм, хемоз, обмежена рухомість правого

ока, ознаки правобічного гнійного гемісинуїту. Яке риногенне ускладнення слід запідозрити?

- A. Остеомієліт кісток носа.
- B. набряк повік.
- C. Періостит стінок орбіти.
- D. Фурункул носа.
- E. Флегмона орбіти.

### Задача 8

Хвора 38 років скаржиться на гнійні виділення з лівої половини носа, підвищення температури тіла до 37,5 °С, які виникли після охолодження. Хворіє протягом тижня. Об'єктивно: болючість при пальпації в ділянці лівої щоки. Слизова оболонка лівої половини порожнини носа гіперемована, набрякла, в середньому носовому ході — смужка гною. Встановіть найвірогідніший діагноз.

- A. Гострий гнійний сфеноїдит.
- B. Гострий гнійний фронтит.
- C. Гострий гнійний етмоїдит.
- D. Гострий гнійний гайморит.
- E. Гнійний риніт.

### Задача 9

Хвора 43 років скаржиться на біль у правій половині голови, який турбує її протягом кількох місяців. Під час огляду ЛОР-органів жодних змін не виявлено. При рентгенологічному дослідженні встановлено інтенсивне зниження повітряності правої верхньощелепної пазухи з ділянкою серпоподібного просвітлення у верхніх відділах. При діагностичній пункції отримано прозору ріднину жовтого кольору. Вкажіть захворювання, Для

якого характерна така клінічна картина.

- A.** Поліпозний гайморит.
- B.** Катаральний гайморит.
- C.** Гнійний гайморит.
- D.** Кіста верхньощелепної пазухи.
- E.** Злоякісне новоутворення верхньощелепної пазухи.

### **Задача 10**

Хворого протягом 3 тижнів турбує порушення носового дихання, слизово-гнійні виділення з носа, головний біль. При передній риноскопії в середніх носових ходах визначається смужка гною, набряк, гіперемія слизової оболонки носа. Вкажіть, який діагностичний метод необхідно застосовувати перш за все.

- A.** Посів зі слизової оболонки носа.
- B.** Рентгенографія приносних пазух.
- C.** Пункція верхньощелепної пазухи.
- D.** Комп'ютерна томографія черепа.
- E.** Загальний аналіз крові.



## **ЗАНЯТТЯ 5**

### **ГОСТРІ ТА ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЛОТКИ: ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТИ, АНГІНИ, УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРИХ ТОНЗИЛІТІВ, ДИФТЕРІЯ ГЛОТКИ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ГІПЕРТРОФІЯ ПІДНЕБІННИХ ТА ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКІВ. КУРАЦІЯ ХВОРИХ**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** В практичній діяльності лікарі часто зустрічаються з гострими та хронічними захворюваннями глотки. Хронічний фарингіт — поширене захворювання: понад 30% пацієнтів, які звертаються в ЛОР-кабінети поліклінік, страждають на різні форми хронічного фарингіту. Серед гострих тонзилітів найчастіше спостерігають катаральну, лакунарну та фолікулярну ангіну. Вони становлять 50-60 випадків на 1000 населення за рік. Особливо часто хворіють діти. Ангіни зумовлюють такі ускладнення, як паратонзиліт, паратонзиллярний абсцес, флегмона шиї, набряк гортані, тонзилогенний сепсис, ревмокардит, неспецифічний інфекційний поліартрит, гострий гломерулонефрит, гострий пієлонефрит. Хронічний тонзиліт (серед дорослого населення він становить 4-10%, а серед дитячого — 12-15%) також може спричинити тяжкі ускладнення, а саме: ревматизм, інфекційний неспецифічний поліартрит, ендокардит, гострий і хронічний нефрит, холецистит, тиреотоксикоз та ін.

Тяжкою патологією у дітей віком до 3 років є заглотковий абсцес, який у разі несвоєчасної діагностики та лікування може призвести до гострого стенозу гортані, асфіксії, аспіраційної пневмонії, медіастиніту, сепсису, прогноз останніх дуже серйозний. У дітей віком від 2 до 12 років у 10-30% випадків спостерігається гіпертрофія глоткового мигдалика, що призводить не лише до порушення носового дихання та мовлення, а і до розвитку гострого та хронічного гнійного середнього отиту, порушення

прикусу, формування лицевого скелета. Дифтерія глотки — проблема загальномедична та соціальна. Суттєва роль належить своєчасному виявленню хворих на дифтерію глотки, призначенню адекватного лікування, проведенню протиепідемічних заходів в осередку інфекції. Знання клініки, діагностики та принципів лікування цих захворювань є необхідним у роботі лікарів різного профілю — оториноларингологів, терапевтів, інфекціоністів, педіатрів, лікарів сімейної практики.

**II. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** — 4 академічні години

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** навчитися встановлювати діагноз гострого та хронічного фарингіту, ангіни, паратонзиллярного абсцесу, заглоткового абсцесу, хронічного тонзиліту, визначати його форми, встановлювати діагноз гіпертрофії глоткового та піднебінного мигдаликів, визначати їх ступінь гіпертрофії, проводити диференційну діагностику цих захворювань і диференційну діагностику ангіни та дифтерії, визначити раціональну тактику лікування хворих на ці патології.

**IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Етіологію, патогенез, клініку та принципи лікування гострого і хронічного фарингіту, гострого та хронічного тонзиліту;
2. Класифікацію тонзиліту за І. Б. Солдатовим.
3. Консервативні методи лікування хронічного тонзиліту, показання до хірургічного втручання — тонзилектомії.
4. Основні симптоми гіпертрофії піднебінних і глоткового мигдаликів, методи лікування цих хворих.
5. Епідеміологію, класифікацію, клініку, диференційну діагностику, ускладнення й атипів форми дифтерії глотки.

**V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Правильно зібрати анамнез у хворих і виділити основні скарги,

характерні для фарингіту, гострого і хронічного тонзиліту, гіпертрофії піднебінних і глоткового мигдаликів, паратонзиліту, паратонзилярного, заглоткового абсцесу.

2. Провести орофарингоскопію, задню риноскопію, непрямую ларингоскопію, виявити місцеві ознаки хронічного тонзиліту, мати уявлення про пальцевий та фіброскопічний метод дослідження носоглотки у дітей, пальпувати регіонарні лімфатичні вузли.

3. Встановити попередній діагноз і вміти провести диференційну діагностику фарингіту, ангіни, дифтерії, паратонзилярного та заглоткового абсцесів.

4. Призначити відповідне лікування цих захворювань, скласти схему лікування хворих на хронічний тонзиліт.

5. Провести такі маніпуляції: взяття мазків з носа та горла, змащування, зрошування й інсуфляцію глотки лікарськими речовинами, промивання лакун, дослідити носове дихання у дітей з гіпертрофією глоткового мигдалика.

## **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.

2. Пробірки для бактеріологічного дослідження.

3. Хірургічний інструментарій для розтину абсцесів глотки.

4. Стандартний набір інструментів для тонзилектомії: шприц з довгою голкою, шпатель, скальпель, щипці для захоплення піднебінних мигдаликів, распатор і петля Бохона (тонзилотом важільний).

5. Схеми, таблиці, слайди, кодограми, муляжі, комп'ютерні презентації та засоби для інтерактивного навчання.

6. Питання для самопідготовки та самоконтролю.

7. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань

студентів.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

### *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) гострий фарингіт: етіологія, клініка, діагностика, лікування;
- 2) хронічний фарингіт: етіологія, клініка, класифікація, діагностика та лікування різних форм;
- 3) класифікація тонзиліту;
- 4) етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування катаральної, фолікулярної та лакунарної ангіни;
- 5) ускладнення ангін;
- 6) виразково-плівчаста ангіна Симановського — Венсана — Плаута: етіологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування;
- 7) дифтерія глотки: етіологія, епідеміологія, патогенез, клініка, диференційна діагностика.
- 8) етіологія і патогенез хронічного тонзиліту, місцеві ознаки хронічного тонзиліту, формулювання діагнозу хронічного тонзиліту;
- 9) консервативні та хірургічні методи лікування хворих на хронічний тонзиліт;
- 10) тонзилектомія;
- 11) профілактика хронічного тонзиліту;
- 12) гіпертрофія піднебінних мигдаликів: клініка, діагностика та

лікування;

14) гіпертрофія глоткового мигдалика: клініка, діагностика та лікування.

## **2. Курація 3 - 4 тематичних хворих.**

Самостійна робота студентів, оволодіння практичними навичками. Робота в оглядовій кімнаті та перев'язочній.

Курацію хворого з написанням історії хвороби проводять відповідно до програми та навчального плану. Її можна запланувати довільно на певному занятті, коли студенти вивчили кілька клінічних розділів дисципліни. Метою цієї роботи є подальше оволодіння студентами практичними навичками, самостійне виконання певного обстеження хворого (згідно зі «Схемою курації хворого», що подана в кінці посібника), встановлення діагнозу, проведення диференційної діагностики та визначення певної лікувальної тактики. Для цього необхідно відібрати 3-4 хворих з типовим клінічним перебігом захворювань ЛОР-органів. Студентів розподіляють на 3-4 групи й виділяють для курації хворого та надають схему його курації. Самостійно студенти проводять ендоскопічне обстеження пацієнта, ознайомлюються з даними допоміжних досліджень, встановлюють попередній діагноз. Після цього разом з викладачем вони проводять клінічний розгляд історії хвороби, встановлюють заключний діагноз. Проведені дослідження студенти оформлюють як історію хвороби. Викладач перевіряє письмову роботу студентів і виставляє відповідну оцінку в «Журнал обліку відвідувань та успішності студентів».

### *ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

Розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

#### **2. Підсумок заняття.**

...

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного практичного заняття і завдань до нього.

### **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк , Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун , М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.
7. Аденоїдні вегетації та аденоїди ти / А.А.Лайко, Д.І.Заболотний, А.Л.Косаковський, А.В.Ткаліна, В.А.Лайко, Л.А.Шух. - К.: Лотос, 2006. — 171 с.
8. Гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки / Д.І.Заболотний, А.А.Лайко, О.Ф.Мельников [та ін. (А.Л.Косаковський, В.В.Березнюк, Д.Д.Заболотна, Ю.А.Молочек, Л.А.Шух, В.В.Сегал, І.А.Косаківська)] — К.: Логос, 2009. — 175 с.
9. Фазылов В.Х., Кравченко И.Э. Синдром тонзиллита в клинической практике. — Казань:«КГМУ», 2007. — 76 с.

## *Додаток*

### **Задача 1**

Хворого турбують сильний біль у горлі, що посилюється під час ковтання, головний біль, висока температура тіла. Вказані симптоми з'явилися добу тому. Під час огляду глотки виявлено гіперемію піднебінних мигдаликів. Обидва мигдалики вкриті плівчастими нашаруваннями жовтуватого кольору. Встановіть попередній діагноз.

- A.** Виразково-плівчаста ангіна.
- B.** Фолікулярна ангіна.
- C.** Лакунарна ангіна.
- D.** Дифтерія глотки.
- E.** Герпетична ангіна.

### **Задача 2**

У хворого 26 років 3 дні тому з'явилася припухлість на боковій поверхні шиї. Раніше переніс ангіну, яка ускладнилася паратонзилітом. Призначене лікування не закінчив. Під час огляду встановлено ознаки лівобічного паратонзиліту, ускладненого флегмоною шиї. Вкажіть, який з наведених методів лікування показаний хворому.

- A.** Розтин флегмони шиї з подальшою антибактеріальною терапією.
- B.** Масивна антибактеріальна терапія.
- C.** Розтин паратонзиллярного абсцесу.
- D.** Абсцестонзилектомія.
- E.** Пункція гнійника на шиї.

### **Задача 3**

Хворий 28 років скаржиться на біль у горлі, першіння, які з'явилися у нього після охолодження. Об'єктивно: яскрава гіперемія слизової оболонки

задньої стінки глотки та її інфільтрація. З боку інших ЛОР-органів помітних змін немає. Встановіть діагноз.

- A.** Сифіліс глотки.
- B.** Катаральна ангіна.
- C.** Дифтерія глотки.
- D.** Гострий фарингіт.
- E.** Грип.

#### **Задача 4**

Хворий 27 років упродовж тижня лікувався з приводу ангіни. Стан покращився, біль у горлі зник. Через 3 дні знову з'явився значний біль у горлі, причому тільки праворуч. Температура тіла — 37,6,0 °С. Орофарингоскопія утруднена через неповне відкривання рота, спостерігається випинання правої половини м'якого піднебіння та набряк правої передньої піднебінної дужки, прикриває мигдалик. Встановіть діагноз.

- A.** Паратонзиллярний абсцес.
- B.** Заглотковий абсцес.
- C.** Пухлина глотки.
- D.** Дифтерія глотки.
- E.** Стороннє тіло глотки.

#### **Задача 5**

Немовля 5 місяців під час огляду неспокійне, плаче. Зі слів матері дихає з відкритим ротом, відмовляється від груді постійно плаче. Температура тіла — 39,9 °С. Об'єктивно: на задній стінці глотки - різка гіперемія та випинання слизової оболонки, на дотик утворення з ознаками флюктуації. Слизова оболонка порожнини носа гіперемована, патологічні виділення в



носових ходах. Зі слів матері близько 2-х тижнів у дитини був нежить. Носове дихання різко утруднене. Вкажіть, яка хвороба зумовлює таку клінічну картину.

- A.** Гострий аденоїдит.
- B.** Катаральна ангіна.
- C.** Заглотковий абсцес.
- D.** Паратонзиллярний абсцес.
- E.** Стороннє тіло носа.

### **Задача 6**

Через 3 тижні після перенесеної ангіни у хворого залишаються слабкість, субфебрильна температура, збільшені защелепні лімфатичні вузли. Мигдалики пухлі, зрощені з дужками, в лакунах — гнійні пробки. Встановіть діагноз.

- A.** Хронічний тонзиліт.
- B.** Хронічний фарингіт.
- C.** Лакунарна ангіна.
- D.** Паратонзиліт.
- E.** Пухлина мигдалика.

### **Задача 7**

Хворий 23 років звернувся до ЛОР-лікаря зі скаргами на загальну слабкість, субфебрильну температуру тіла протягом 2 міс. На ангіни хворіє з дитинства, по 2-3 рази на рік. Об'єктивно: в защелепній ділянці пальпуються збільшені регіонарні лімфатичні вузли з обох боків. Під час огляду глотки піднебінні мигдалики розпушені, спаяні з дужками, в лакунах рідкий гній, гіперемія та потовщення країв піднебінних дужок. Встановіть діагноз.

- A.** Хронічний тонзиліт.
- B.** Хронічний фарингіт.

- C. Лакунарна ангіна.
- D. Паратонзиліт.
- E. Пухлина мигдалика.

### **Задача 8**

Хвора 31 року направлена на консультацію до оториноларинголога терапевтом, у якого перебуває на диспансерному обліку з приводу ревматизму протягом 5 років. Скаржиться на періодичні ангіни по 3-4 рази на рік, які перебігають з високою температурою, болем у горлі, серці, суглобах. Об'єктивно: піднебінні мигдалики маленькі, спаяні з дужками, краї дужок гіперемовані, в лакунах гнійні пробки. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені. Призначте необхідне лікування.

- A. Курс протиревматичного лікування.
- B. Тонзилотомія.
- C. Курс антибіотиків та імуномодуляторів.
- D. Тонзилектомія.
- E. Промивання лакун, фізіотерапія.

### **Задача 9**

Хворий 21 року звернувся зі скаргами на часті ангіни, по 3-4 рази на рік; тричі за останні 5 років йому розтинали абсцеси в глотці. Об'єктивно: піднебінні мигдалики дещо збільшені, спаяні з дужками, на передніх піднебінних дужках рубці — місця розтину абсцесів, у лакунах гнійні пробки. Піднебінні дужки потовщені, з проявами застійної гіперемії. Призначте лікування.

- A. Курс протиревматичного лікування.
- B. Тонзилектомія в плановому порядку.
- C. Курс антибіотиків та імуномодуляторів.
- D. Тонзилектомія безпосередньо після виникнення чергового абсцесу.

**Е.** Промивання лакун, фізіотерапія.

### **Задача 10**

Дитина 5 років, зі слів батьків, погано спить вночі, дихання шумне, рот завжди широко відкритий. Голос гугнявий, тверду їжу ковтає із зусиллям, їсть повільно і довго. Об'єктивно: неправильний прикус, тверде піднебіння високе. Піднебінні мигдалики гладенькі, великих розмірів, сходяться по середній лінії. Піднебінні дужки не змінені, лакуни чисті, регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Під час пальцевого дослідження в склепінні носоглотки виявлено утворення м'яко-еластичної консистенції, яке прикриває хоани. Встановіть діагноз.

- А.** Хронічний тонзиліт.
- В.** Аденоїдні вегетації.
- С.** Гіпертрофія піднебінних мигдаликів.
- Д.** Гіпертрофія піднебінних і глоткового мигдаликів.
- Е.** Пухлина мигдаликів.

## **ЗАНЯТТЯ 6**

# **ГОСТРІ ТА ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОРТАНІ: СТЕНОЗ ГОРТАНІ, ІНТУБАЦІЯ І ТРАХЕОСТОМІЯ, ГОСТРИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ЛАРИНГІТ, ГОРТАННА АНГІНА, ФЛЕГМОНОЗНИЙ ЛАРИНГІТ, ГОСТРИЙ ЛАРИНГОТРАХЕЇТ У ДІТЕЙ, ДИФТЕРІЯ ГОРТАНІ, ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГІТ, ПЕРЕДПУХЛИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОРТАНІ. ПУХЛИНИ ТА ІНФЕКЦІЙНІ ГРАНУЛЬОМИ ЛОР - ОРГАНІВ. ЗАХИСТ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** Гострі захворювання гортані є досить частою патологією верхніх дихальних шляхів, тому лікарі різних спеціальностей повинні орієнтуватися в їх клініці, діагностиці та принципах лікування. набряк і стеноз гортані, що ускладнюють різноманітну патологію гортані (у тому числі і такі тяжкі захворювання, як гортанна ангіна, флегмонозний ларингіт, хондроперихондрит гортані та ін.), відносять до ускладнень, які загрожують життю людини. Хронічна патологія гортані, передпухлинні захворювання, доброякісні та злоякісні пухлини гортані також залишаються однією з актуальніших та соціальних тем оториноларингології, враховуючи той факт, що за останнє десятиріччя їх кількість значно зросла у осіб працездатного віку, а несвоєчасна їх діагностика призводить до інвалідизації, погіршення якості життя та навіть летального наслідку в короткій термін. Знання клініки, діагностики (особливо ранньої) пухлин та інфекційних гранулом верхніх дихальних шляхів і принципів їх лікування є вкрай необхідним у практичній діяльності оториноларингологів, невропатологів, нейрохірургів, терапевтів, інфекціоністів, фтизіатрів, дерматовенерологів, і особливо - сімейних лікарів.

## **II. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** — 4 академічні години

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** навчитися виявляти стеноз і набряк гортані, встановлювати попередній діагноз гострого ларингіту, гортанної ангіни, флегмонозного ларингіту, хондроперихондриту гортані, гострого ларинготрахеїту, дифтерії гортані, хронічного ларингіту, проводити диференційну діагностику, призначати лікування цих хвороб; отримати уявлення про різноманітність пухлин та інфекційних гранульом верхніх дихальних шляхів; навчитися запідозрити пухлину або інфекційну гранульому верхніх дихальних шляхів, встановити попередній діагноз, провести диференційну діагностику, визначити раціональну тактику для цієї категорії хворих залежно від локалізації та морфології пухлини і збудника інфекційної гранульоми.

## **IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Причини та клініку набряку і стенозу гортані.
2. Методи невідкладної допомоги при набряку і стенозі гортані.
3. Етіологію, патогенез, клініку та діагностику, «фактори ризику» гострого ларингіту, гортанної ангіни, флегмонозного ларингіту, хондроперихондриту гортані.
4. Принципи лікування гострого ларингіту, гортанної ангіни, флегмонозного ларингіту та хондроперихондриту гортані.
5. Етіологію, патогенез, патоморфологічні зміни, принципи лікування гострого ларинготрахеїту, дифтерії, хронічного ларингіту та передракових захворюваннях гортані.
6. Клінічну класифікацію хронічних ларингітів. Види передракових процесів.
7. Техніку виконання трахеостомії, конікотомії, показання до подовженої інтубації та трахеостомії.
8. Клініку, діагностику та лікування доброякісних та злоякісних пухлин

ЛОР-органів.

9. Етіологію, клініку, діагностику та лікування інфекційних гранульом верхніх дихальних шляхів.

#### **V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Серед скарг і даних анамнезу хворого вибрати симптоми, що дають підстави запідозрити наявність стенозу гортані, гострого ларингіту, флегмонозного ларингіту, гортанної ангіни та хондроперихондриту гортані, пухлини або інфекційної гранульоми ЛОР-органів, гострого ларинготрахеїту, дифтерії гортані, хронічного ларингіту, передракових захворювань гортані.

2. Виконати обстеження гортані (зовнішній огляд, пальпація гортані та регіонарних лімфатичних вузлів, непряма ларингоскопія), оцінити стан слизової оболонки гортані (наявність або відсутність гіперемії, інфільтрації, набряку, достатність голосової щілини для дихання, рухомість структур гортані).

3. Уміти виконати вливання лікарських речовин у гортань, накладати компрес на ділянки шиї.

4. Визначити тактику лікування хворих на гострий ларинготрахеїт, дифтерію гортані, хронічний ларингіт, передракові захворювання, пухлини і інфекційні гранульоми.

5. Засвоїти навички користування трахеостомічною канюлею та догляду за трахеостомою.

6. Оцінити типові рентгенограми, комп'ютерні та магнітно-ядерні томограми при глотки, гортані та шиї.

#### **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження гортані.

2. Гортанний шприц і насадка для вливань розчинів у гортань.

3. Хірургічний інструментарій, тампони для передньої та задньої тампонади, трахеоканюлі, інструмент для взяття біопсії.
4. Схеми, таблиці, слайди, муляжі, комп'ютерні презентації та засоби для інтерактивного навчання.
5. Питання для самопідготовки й опитування.
6. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань студентів.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

### *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) визначення поняття «стеноз гортані» та «набряк гортані», класифікація, причини гострих і хронічних стенозів гортані;
- 2) стеноз гортані: клініка, стадії перебігу, лікарська тактика при різних видах і стадіях стенозу гортані;
- 3) гострий ларингіт: етіологія, фактори, що зумовлюють виникнення, клініка, лікування;
- 4) гортанна ангіна, флегмонозний ларингіт, хондроперихондрит гортані: визначення поняття, етіологія, клініка, лікування, ускладнення;
- 5) етіологія, патогенез, клініка, діагностика та лікування гострого ларинготрахеїту в дітей;
- 6) інтенсивна терапія гострого ларинготрахеїту в дітей: лікування інгаляціями під тентом, подовжена інтубація, трахеостомія;
- 7) етіологія, епідеміологія, клініка, діагностика, лікування, ускладнення

дифтерії;

8) основні форми хронічного ларингіту, клініка та лікування, передракові захворювання гортані (дискератози — пахідермія, лейкоплакія);

9) визначення поняття: «трахеотомія», «трахеостомія», «конікотомія», показання до трахеостомії.

10) клініка, діагностика, лікування папіломатозу гортані;

11) групи ризику раку гортані, клініка, діагностика, лікування раку гортані;

12) злоякісні пухлини мигдаликів;

13) клініка, діагностика та лікування юнацької ангіофіброми основи черепа;

14) види злоякісних пухлин порожнини носа та приносових пазух, клініка, діагностика, лікування;

15) епідеміологія, етіологія, патологічна анатомія, стадії, клінічні форми, лікування склероми;

16) епідеміологія, етіологія, патологічна анатомія, клініка, лікування туберкульозу верхніх дихальних шляхів;

17) епідеміологія, етіологія, патологічна анатомія, клініка, клінічні форми, лікування сифілісу верхніх дихальних шляхів.

## **2. Курація 3—4 тематичних хворих.**

Самостійна робота студентів, оволодіння практичними навичками. Робота в оглядовій кімнаті, перев'язочній, операційній, ендоскопічному кабінеті.

### *ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **1. Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

розв'язання ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

#### **2. Підсумок заняття.**

Аналіз досягнення мети практичного заняття. Визначення теми наступного практичного заняття і завдань до нього.



## **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.
7. . Сухоруков В.П. Трахеостомия - современные технологи. — КГМИ, 2000.- 56 с.
8. А.А.Лайко. Невідкладна допомога в дитячій оториноларингології. - К.: Здоров'я, 1997. - 256 с.
9. Інтубація та трахеостомія / А.А.Лайко, Д.І.Заболотний, А.Л.Косаковський, В.В.Березнюк, Л.М.Качала, Ю.А.Молочек. — К.: Логос, 2007. — 150 с.

### *Додаток*

#### **Задача 1**

Хвора 36 років скаржиться на постійну охриплість та утруднення дихання при респіраторних вірусних захворюваннях. Ці скарги

з'явилися 2 роки тому, після струмектомії з приводу вузлуватого зобу. Об'єктивно: ліва голосова складка білого кольору, нерухома при фонації та диханні. Права голосова складка активно рухається. Визначіть причину патологічного стану.

- A.** Хронічний ларингіт, після струмектомії.
- B.** Рак гортані, після струмектомії.
- C.** Параліч зворотнього нерва, після струмектомії.
- D.** Туберкульоз гортані.
- E.** Склерома, після струмектомії.

### **Задача 2**

Дитина 2 років госпіталізована з приводу вираженого утруднення дихання. Хворіє респіраторною вірусною інфекцією протягом 1 тижня. Зранку з'явилося значне утруднення дихання. Під час огляду дитина дихає важко, шумно, втяжіння міжреберних проміжків, яремної вирізки та підключичних ямок немає. Шкіра ціанотична кольору, пульс частий зі слабким наповненням. Зазначте першочергові заходи для полегшення стану дитини.

- A.** Інтубація трахеї.
- B.** Внутрішньовенне введення кортикостероїдних препаратів.
- C.** Трахестомія.
- D.** Інгаляції кисню.
- E.** Конікотомія.

### **Задача 3**

У хворого, що після прийому антибіотика, з'явилися відчуття стороннього тіла в горлі, значне утруднення дихання (інспіраторна задишка), охриплість, набряк обличчя та шиї. Встановіть попередній діагноз.

- A. Стороннє тіло дихальних шляхів.
- B. Гострий стенозуючий ларинготрахеїт.
- C. Ангіоневротичний набряк Квінке.
- D. Несправжній круп.
- E. Справжній круп.

#### **Задача 4**

Хворий 57 років скаржиться на захриплість, неприємне відчуття в горлі, періодичний сухий кашель. Голос змінився вперше 2 роки тому. Робота пов'язана з частими переохолодженнями та запиленістю повітря, хворий курить. Непряма ларингоскопія: слизова оболонка голосових складок рожевого кольору, нерівномірно потовщена переважно в задніх відділах, обидві половини гортані рухомі. Встановіть діагноз.

- A. Папіломатоз гортані.
- B. Хронічний гіперпластичний ларингіт.
- C. Рак гортані.
- D. Туберкульоз гортані.
- E. Склерома гортані.

#### **Задача 5**

Хвора скаржиться на різку загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,5 °С, біль у горлі, утруднення під час ковтання, захливання під час їди, втрату голосу, нестерпний безголосий кашель із періодичним відторгненням темно-сірої плівки. Дані непрямой ларингоскопії: слизова оболонка гортані гіперемована, вкрита сірою плівкою, що значно перекриває голосову щілину. Встановіть попередній діагноз.

- A. Флегмонозний ларингіт.
- B. Дифтерія гортані.

- C. Папілома гортані.
- D. Гострий катаральний ларингіт.
- E. Гострий стенозуючий ларинготрахеїт.

### **Задача 6**

До оториноларинголога звернувся хворий 48 років зі скаргами на затруднене і болісне ковтання рідкої їжі та слини. Ларингоскопія: в ділянці правого черпакуватого хряща виявлено інфільтрат, який поширюється на черпакувато-надгортанну складку, в центрі якого визначається неглибока виразка з нерівними краями блідо рожевого забарвлення і в'ялогранулюючим дном; голосові складки рожевого кольору, при фонації змикаються повністю, голос чистий. Хворий протягом 2 міс лікується в протитуберкульозному диспансері. Встановіть попередній діагноз.

- A. Сифіліс гортані.
- B. Склерома гортані.
- C. Рак гортані.
- D. Саркома гортані.
- E. Туберкульоз гортані.

### **Задача 7**

Хворий 56 років скаржиться на захриплість протягом 1 міс, біль під час ковтання. Попереднього переохолодження не відзначає, багато курить, часто вживає алкогольні напої. Ларингоскопічна картина: слизова оболонка гортані рожевого кольору, волога, нальотів немає. Права голосова складка потовщена, обмежено рухлива, при фонації складки змикаються неповністю. Голос хриплий, дихання вільне. Встановіть попередній діагноз.

- A. Склерома гортані.

- В.** Туберкульоз гортані.
- С.** Хронічний гіпертрофічний ларингіт.
- Д.** Рак гортані.
- Е.** Фіброма гортані.

### **Задача 8**

У дитини чотирьох років протягом кількох місяців спостерігають сиплість голосу, з'явилося утруднення дихання. При обстеженні виявлено новоутворення на одній з голосових складок, що на третину вповнює просвіт гортані. Попередньою біопсією встановлено діагноз: папілома. Визначіть лікувальну тактику в цьому випадку.

- А.** Ендоларингеальне видалення папілом.
- В.** Вливання в гортань протарголу.
- С.** Коагуляція новоутворення.
- Д.** Променева терапія.
- Е.** Видалення новоутворення зовнішнім підходом.

### **Задача 9**

До оториноларинголога звернулася хвора зі скаргами на утруднене носове дихання. Під час ендоскопічного обстеження в кістковій частині носової перегородки виявлено виразку з підритими краями, сальним дном. Встановіть попередній діагноз.

- А.** Склерома верхніх дихальних шляхів.
- В.** Дифтерія носа.
- С.** Сифіліс носа.
- Д.** Туберкульоз носа.
- Е.** Абсцес носової перегородки.

**Задача 10**

До отоларинголога звернулася хвора 38 років зі скаргами на відчуття сухості в носі та горлі, постійні виділення в'язкого слизу, порушення дихання під час фізичних навантажень. Вважає себе хворою 1,5-2 роки. За медичною допомогою не зверталася. До 35-річного віку жила в сільській місцевості на Поліссі. Об'єктивно: в нижніх носових ходах з обох боків на носовій перегородці та на передньому відділі нижньої носової раковини визначаються рожевого кольору безболісні утворення різного розміру до 1 см в діаметрі; м'яке піднебіння підтягнуте догори; хоани концентрично звужені; у нижньому відділі гортані під голосовими складками виявлені симетричні валики; слизова оболонка носа, глотки та гортані бліда, суха, вкрита в'язкими виділеннями та кірками. Встановіть попередній діагноз.

- A.** Склерома верхніх дихальних шляхів.
- B.** Хронічний стенозуючий ларингофарингіт.
- C.** Озена.
- D.** Туберкульоз верхніх дихальних шляхів.
- E.** Хронічний атрофічний ринофарингіт.

## **ЗАНЯТТЯ 7**

### **ТРАВМИ ЛОР-ОРГАНІВ. НОСОВІ КРОВОТЕЧІ. СТОРОННІ ТІЛА ЛОР-ОРГАНІВ. ПІДСУМКОВИЙ МОДУЛЬНИЙ КОНТРОЛЬ**

**I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.** Травми ЛОР-органів, сторонні тіла, кровотеча із ЛОР-органів — розповсюджена патологія в практиці оториноларинголога і проблема лікарів різного фаху: оториноларингологів, педіатрів, хірургів, анестезіологів, реаніматологів, стоматологів, травматологів і сімейних лікарів. Знання клініки, діагностики та принципів лікування і профілактики цих захворювань допоможе в практичній роботі лікаря для вибору правильної терапії хворих.

**II. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** — 4 академічні години

**III. МЕТА ЗАНЯТТЯ:** навчитися встановлювати попередній діагноз в разі переломів кісток носа та поєднаних травм лицевого скелета, у випадку кровотеч із ЛОР-органів, сторонніх тіл ЛОР-органів та визначати раціональну тактику лікування хворих.

#### **IV. СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:**

1. Механізми і види травм, сторонніх тіл, кровотечі з ЛОР-органів.
1. Клініку та діагностику цих захворювань.
2. Принципи лікування та надання невідкладної допомоги при них.

#### **V. СТУДЕНТ ПОВИНЕН УМІТИ:**

1. Серед скарг і даних анамнезу хворого вибрати симптоми, що дають підстави запідозрити наявність стороннього тіла, комбіновану травму.
2. Виконати обстеження носа, глотки та гортані. Виділити найінформативніші та найоб'єктивніші ознаки, що підтверджують

наявність сторонніх тіл, травми, кровотечі.

3. Оцінити дані рентгенограм, комп'ютерної і магнітно-резонансної томографії.

4. Скласти план лікування хворого із цією патологією.

5. Видалити сторонні тіла з вуха, носа та глотки.

6. Зробити передню та задню тампонаду носа.

7. Надати першу допомогу при травмі барабанної перетинки, контузії середнього та внутрішнього вуха, отгематомі.

8. Зробити репозицію кісткових уламків носа.

9. Накласти пращеподібну пов'язку на ніс.

## **VI. ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.

2. Гачки та щипці для вилучення сторонніх тіл із носа, глотки та гортані. Інструменти для репозиції кісткових уламків носа, передньої та задньої тампонади носа.

3. Схеми, таблиці, слайди, муляжі, комп'ютерні презентації та засоби для інтерактивного навчання

4. Питання для самопідготовки й опитування.

5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

## **VII. ПЛАН ЗАНЯТТЯ:**

### *ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

#### **Організаційні питання:**

- 1) перевірка присутності студентів;
- 2) інформування про тему та структуру заняття.

### *ОСНОВНИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

**1. Опитування для визначення початкового рівня знань студентів за**



**такими питаннями для самопідготовки:**

- 1) методи первинного хірургічного оброблення ран;
- 2) переломи кісток носа: відкриті та закриті, зі зміщенням і без зміщення кісткових уламків, з вивихом хрящів та без нього, їх клініка, діагностика, невідкладна допомога;
- 3) гематома й абсцес носової перегородки, діагностика, клініка, лікування;
- 4) поєднана травма зовнішнього носа, приносних пазух, інших відділів лицевого скелета, порожнини черепа та очей, особливості надання допомоги в разі таких травм;
- 5) поранення глотки, лікувальна тактика при них;
- 6) травми гортані, етіологія, діагностика, клініка, невідкладна допомога;
- 7) травматичний розрив барабанної перетинки, етіологія, клініка, тактика лікаря;
- 8) етіологія, діагностика, клініка, сторонніх тіл порожнини носа, приносних пазух, зовнішнього слухового ходу, глотки, гортані, лікувальна тактика;
- 9) причини носових кровотеч, відділи порожнини носа, з яких найчастіше спостерігаються носові кровотечі, місцеві та загальні заходи допомоги з носовими кровотечами.
- 10) отгематома та хондроперихондрит вушної раковини, клініка, діагностика, лікування

**2. Курація 3-4 тематичних хворих.**

Самостійна робота студентів, засвоєння практичних навичок. Робота в оглядовій кімнаті, перев'язочній, операційній та ендоскопічному кабінеті.

*ПІДСУМКОВИЙ ЕТАП ЗАНЯТТЯ*

**1. Визначення підсумкового рівня знань студентів.**

Розв'язування ситуаційних задач, робота з тестовими завданнями.

## **2. Підсумок заняття.**

Аналіз досягнення мети практичного заняття.

## **3. Підсумковий модульний контроль.**

### **VIII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.

### *Додаток*

#### **Задача 1**

Хвора 68 років госпіталізована в стаціонар з носовою кровотечею. З анамнезу встановлено, що протягом 15 років вона хворіє на гіпертонічну хворобу, не лікувалася. АТ — 210/120 мм рт. ст. Періодичні носові кровотечі турбують декілька років. Об'єктивно: в носовій порожнині кров'янисті згустки, дихання вільне. Після видалення згустків з'явилася кровотеча з носової перегородки. Ваші дії в цьому випадку.

**А.** Тушування слизової носа розчином азотнокислого срібла або ваготилом.

- В.** Передня тампонада носа із судинозвужувальними препаратами, контроль АТ.
- С.** Відшарування слизової оболонки носової перегородки.
- Д.** Перев'язка сонної артерії на боці кровотечі.
- Е.** Задня тампонада.

### **Задача 2**

Пацієнт 12 років відмічає порушення носового дихання через ліву половину носу протягом 2-х днів. 5 днів тому в обличчя отримав удар м'ячем на уроці фізкультури. Свідомість не втрачав, нудоти, блювання не було. За допомогою до медиків не звертався. Загальний стан задовільний, слизові носу рожеві, з обох боків на носовій перегородці подушкоподібне утворення синюшного кольору в хрящевій її частині. При пункції аспірований геморагічний вміст. Встановіть діагноз.

- А.** Гнійний гемісинусит.
- В.** Абсцес носової перегородки.
- С.** Синехія порожнини носу.
- Д.** Гематома носової перегородки.
- Е.** Пост травматичний риніт.

### **Задача 3**

Хлопчика 5 років госпіталізовано з приводу вираженого утруднення дихання, що з'явилося після випадкового вдиху насіння квасолі. Відразу розвинулися утруднення дихання та синюшність шкірних покривів. Об'єктивно: стан дитини надзвичайно важкий, дихання утруднене, поверхневе, шумне. Відмічається втягіння міжреберних проміжків, епігастральної області над і підключичних ямок. Пульс частий зі слабким наповненням, шкірні покриви синюшного кольору, вогкі. Зазначте першочерговий захід з надання допомоги.

- A. Піднаркозна дихальна бронхоскопія.
- B. Трахеостомія.
- C. Інтубація трахеї.
- D. Внутрішньовенне введення кортикостероїдних препаратів.
- E. Інгаляції кисню.

#### Задача 4

Хворого госпіталізовано з приводу носової кровотечі, яка почалася 2 години тому після травми в обличчя. Після виконання передньої тампонади кровотеча припинилась, але через 2 години з'явилося блювання, під час якого виділилося до 400 мл згустків крові. Під час огляду глотки виявлено затікання крові у вигляді вузької смужки по задній стінці. Вкажіть, який з наведених методів слід застосувати в такому випадку.

- A. Задня тампонада.
- B. Коагуляція кровоточивої судини.
- C. Повторна передня тампонада.
- D. Відшарування слизової оболонки в зоні кровотечі.
- E. Перев'язка зовнішньої сонної артерії.

#### Задача 5

До ЛОР-відділення районної лікарні госпіталізовано хворого зі скаргами на головний біль, підвищення температури тіла, утруднене носове дихання. З анамнезу встановлено, що 5 днів тому хворий отримав травму носа. За медичною допомогою не звертався. Під час огляду: тканини зовнішнього носа набряклі, червоного кольору, пальпаторно болісні. Передня риноскопія: з обох боків хрящовий відділ носової перегородки синюшно-червоного кольору, набряклий, м'якої консистенції. При аспірації в цьому місці отримав 3 мл гною. Встановіть попередній діагноз.

- A. Гематома носової перегородки.
- B. Карбункул носової перегородки.
- C. Абсцес носової перегородки.
- D. Післятравматична деформація носа.
- E. Сифіліс носа.

### **Задача 6**

У дитини 3-х років при плановому профогляді ЛОР-лікар виявив стороннє тіло в перетинчастому відділі зовнішнього слухового ходу. Яким чином можливо надати допомогу дитині?

- A. Аспірувати стороннє тіло відсмоктувачем.
- B. Промити вухо або видалити стороннє тіло гачком гачком.
- C. Хірургічно ендаурально.
- D. Хірургічно завушним доступом.
- E. Закрапуванням різноманітних крапель.

### **Задача 7**

У дитини 4-х років відмічається порушення носового дихання, гнійні виділення з неприємним запахом з правої половини носа протягом двох тижнів. Дитина безрезультативно лікувалась дільничим педіатром антибіотиками та судинозвужувальними краплями. На момент огляду загальний стан дитини не порушений, температура тіла нормальна. Риноскопія – слизові носу зліва рожеві, вологі, чисті, справа набряклі, значна кількість слизово-гнійних виділень в присінку носа, що утруднюють подальший огляд. Рентгенографія при носових пазух, загальний аналіз крові – без особливостей. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий риніт.
- B. Гострий гайморо-етмоїдит справа.

- C. Стороннє тіло носу.
- D. Атрезія правої хоани.
- E. Пухлина носової порожнини.

### **Задача 8**

Після вживання риби пацієнт відчув колючий біль, дискомфорт, відчуття стороннього тіла у горлі, відмічає слинотечу. ЛОР лікар виявив кістку у піднебінному мигдалику. Яка тактика надання допомоги?

- A. Орофарингоскопія, видалення кістки пінцетом.
- B. Непряма ларингоскопія, видалення кістки корнцангом.
- C. Жорстка езофагоскопія, з видаленням стороннього тіла.
- D. Гіпофарингоскопія, видалення кістки аспіратором.
- E. Ендоназальна риноскопія з видаленням стороннього тіла через троакар.

### **Задача 9**

Хворий 28 років під час конфлікту отримав травму носу. Доставлений в ЛОР-відділення з носовою кровотечею. При огляді відмічається деформація зовнішнього носу, западіння скату носу зліва. Риноскопія: слизова оболонка порожнини носу набрякла, геморагічні виділення, перегородка зміщена вліво. На рентгенографії кісток носу – перелом зі зміщенням уламків. Тактика лікування хворого?

- A. Первинна хірургічна тампонада носу.
- B. Репозиція носу, задня тампонада.
- C. Імобілізація носових кісток гіпсовою лангетом.
- D. Гемостатична терапія, ринопластика через три місяці.
- E. Редресація носу, передня тампонада.

**Задача 10**

Пацієнт 48 років після ДТП отримав політравму з переважним ураженням голови та обличчя. Під час проведення КТ в нейрохірургічному стаціонарі даних за черепно-мозкову травму немає. Діагностований вдавнений перелом лицевої стінки правої верхньощелепної пазухи з гематосинусом. Яка тактика лікування хворого?

- A.** Пункція верхньощелепної пазухи з промиванням.
- B.** Редресація при носовій ділянці.
- C.** Гайморотомія, репозиція стінки.
- D.** Етмодофронтотомія.
- E.** Передня тампонада носу.

**МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ  
СТУДЕНТОМ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІ  
Тематичний план для самостійної роботи**

№	Тема	Години	Вид контролю
1.	Імпедансометрія.	4	Тези або реферат
2.	Диференційна діагностика порушень звукопровідного та звукосприймального апаратів.	4	Тези або реферат
3.	Отомікоз.	2	Тези або реферат
4.	Ексудативний отит.	2	Тези або реферат
5.	Отогенні внутрішньочерепні ускладнення та отогенний сепсис	4	Тези або реферат
6.	Носовий клапан та остіомеатальний комплекс.	2	Тези або реферат
7.	Деформація зовнішнього носа. Ринопластика.	4	Тези або реферат
8.	Мікози приноскових пазух. Міцетома.	2	Тези або реферат
9.	Фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця.	2	Тези або реферат
10.	Злоякісні пухлини глотки.	4	Тези або реферат
11.	Ускладнення ангін.	4	Тези або реферат
12.	Передракові захворювання гортані.	4	Тези або реферат
13.	Функціональні захворювання голосового апарату	2	Тези або реферат



## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 1**

### **Імпедансометрія**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з сучасним методом об'єктивного дослідження слухової функції — динамічною імпедансометрією — та оцінити його значення в клінічній практиці.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Звукопровідні структури середнього вуха (барабанна перетинка, слухові кісточки, зв'язки, м'язи барабанної порожнини) під час передачі звукової хвилі до завитки чинять акустичний опір. Динамічна імпедансометрія ґрунтується на вимірюванні акустичного опору (імпедансу).

Патологічні процеси в середньому вусі змінюють величину акустичного імпедансу порівняно з нормою. Методи динамічної імпедансометрії (тимпанометрія та реєстрація акустичного рефлексу) ґрунтуються на визначенні абсолютних показників акустичного опору (імпедансу) на тони в широкому діапазоні частот.

**Тимпанометрія** характеризує динаміку акустичного опору в умовах змін тиску повітря в обтурованому зовнішньому слуховому ході. Результати тимпанометрії реєструють графічно. Відомо 6 типів тимпанометричних кривих за Джергером(1970).

**Крива типу А:** максимальне значення акустичної провідності відмічається на нульовому рівні тиску. Це — норма.

**Крива типу В:** акустичний опір мало змінюється в разі коливання тиску, що позначається на графіку горизонтальною кривою. Таку криву спостерігають при ексудативному отиті.

**Крива типу С:** має максимум амплітуди, зміщений у бік від'ємного тиску. Тимпанограма характерна для дисфункції слухової труби.

**Крива типу D:** має зубці у висхідній частині і реєструється в разі адгезивного процесу в середньому вусі та рубців барабанної перетинки.

**Крива As:** конфігурація збережена, але знижена амплітуда. Вона має місце при анкілозі стремена, зумовленому отосклерозом.

**Крива типу Ad:** розірвана в ділянці свого максимуму, тобто практично немає піку. Така крива характерна для розриву ланцюга слухових кісточок.

Вивчення акустичного рефлексу полягає в реєстрації скорочення стремениого м'яза під впливом звукової хвилі. Акустичний рефлекс є захисним рефлексом, фізіологічне значення якого полягає в захисті структур внутрішнього вуха від ушкодження сильними звуками. Досліджують іпсі- (у подразювшму вусі) і контралатеральний (у протилежному вусі) акустичний рефлекс. У нормі поріг акустичного рефлексу становить 70-85 дБ над порогом слуху. При сенсоневральній приглухуватості відбувається підвищення порогів понад 90 дБ. При кондуктивній приглухуватості, обумовленій гострими запальними змінами в середньому вусі, патологією ядер або стовбура лицевого нерва акустичний рефлекс відсутній на боці ураження. При отосклерозі спостерігають зворотній акустичний рефлекс. При невриномі VIII пари черепних нервів відсутні іпсі- та контралатеральний рефлекс на ураженому боці. Для диференційної діагностики ретрокохлеарних уражень досліджують послаблення (розпад) акустичного рефлексу (декей-рефлекс). Він полягає в тому, що амплітуда акустичного рефлексу зменшується вдвічі за половину часу, протягом якого діє подразнювальний сигнал.

Можливості імпедансометричного дослідження дозволяють досліджувати функцію слухової труби як при цілісній барабаній перетинці, так і в разі її перфорації. Під час проведення проби Вальсальве, Тойнбі та у спокої визначають акустичний опір середовищ середнього вуха, що є вирішальним, особливо в разі планування слухопокращуючих операцій.

**ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Що означає термін «динамічна імпедансометрія»?
2. Назвіть складові методу динамічної імпедансометрії.
3. Наведіть характеристику тимпанометрії, типи тимпанограм за Джергером (1970).
4. Опишіть акустичний рефлекс у нормі та при патології слухового аналізатора.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Кочкин Р.В. Импедансная аудиометрия. — М.: Медицина, 2006. — 48 с.
5. Руководство по аудиологии / Я.А. Альтман, Г.А. Таваркиладзе. - "ДМК Пресс", 2003. — 360 с.

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 2**

### **Диференційна діагностика порушень звукопровідного та звукосприймального апаратів**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** вивчити симптоматику та діагностику порушень звукопровідного та звукосприймального апаратів; засвоїти принципи їх диференційної діагностики.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Для діагностики характеру порушень слухової функції необхідно знати фізіологію слухового аналізатора, механізми звукопроведення та теорії звукосприйняття, мати уявлення про основні етапи аудіологічного дослідження та вміти інтерпретувати дані, отримані під час обстеження.

Для порушення **звукопроведення** (кондуктивна приглухуватість), що має місце при гострому катарі середнього вуха, ексудативному отиті, гострому середньому отиті, мезотимпаніті, при травмах барабанної перетинки, характерними є такі ознаки:

- 1) скарги на зниження слуху, відчуття закладеності у вусі, низькочастотний вушний шум;
- 2) латералізація звуку в досліді Вебера в бік хворого вуха;
- 3) негативний дослід Рінне, Бінга;
- 4) відносне збільшення часу кісткової провідності в досліді Швабаха;
- 5) у досліді Федерічі слух буде кращим із соскоподібного відростка;
- 6) наявність кістково-повітряного інтервалу (тональна порогова аудіометрія), за якого порогови кісткової провідності перебувають у межах норми, а порогови повітрянопровідних звуків підвищені на 20-40 дБ чи більше та значно порушується сприйняття низьких звуків, крива повітряного сприйняття має висхідний характер;
- 7) тимпанометричні криві типу С (гострий катар середнього вуха) або В

(ексудативний отит).

Для порушення **звукосприйняття** (перцептивна приглухуватість), яке спостерігають при гострій та хронічній сенсоневральній приглухуватості різного генезу, характерні такі ознаки:

- 1) скарги на раптове чи поступове зниження слуху, високочастотний вушний шум різної інтенсивності;
- 2) латералізація звука в досліді Вебера в бік здорового вуха чи того, яке краще чує;
- 3) позитивний дослід Рінне, Бінга;
- 4) зменшення часу кісткової провідності в досліді Швабаха;
- 5) у досліді Федерічі слух буде кращим з козелка;
- 6) підвищення порогів кісткової та повітряної провідності переважно на високих частотах до 30-70 дБ за відсутності кістково-повітряного інтервалу, крива має низхідний характер (тональна порогова аудіометрія);
- 7) наявність феномену прискореного наростання гучності;
- 8) тимпанометричні криві типу А, підвищення порогів акустичного рефлексу.

Визначення характеру порушення слухової функції є обов'язковим і необхідним фактором у діагностиці захворювань вуха і виборі правильної лікувальної тактики.

### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. У чому полягає механізм звукопроведення?
2. Розкажіть, які існують теорії звукосприйняття.
3. Дайте визначення понять «кондуктивна приглухуватість» та «перцептивна приглухуватість».
4. Вкажіть захворювання вуха, які супроводжуються порушенням звукопроведення або звукосприйняття. Які існують методи дослідження слуху?

5. Вкажіть ознаки порушення звукопроведення.
6. Назвіть ознаки порушення звукосприйняття.
7. З якими станами проводять диференційну діагностику порушень звукопроведення та звукосприйняття?

#### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Кочкин Р.В. Импедансная аудиометрия. — М.: Медицина, 2006. — 48 с.
5. Руководство по аудиологии / Я.А. Альтман, Г.А. Таваркиладзе. - "ДМК Пресс", 2003. — 360 с.
6. Сенсоневральна приглухуватість / Т.В.Шидловська, Д.І.Заболотний, Т.А. Шидловська. — К.: Логос, 2006. — 752 с.
7. Діагностика та лікування сенсоневральної приглухуватості / Т.В.Шидловська, А.Л.Косаковський, Т.А.Шидловська. — К: НМАПО імені П.Л.Шупика, 2008. — 432 с.

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 3**

### **Отомікоз**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з особливостями перебігу, діагностики, лікування різних форм отомікозу.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Отомікоз – запалення зовнішнього та середнього вуха грибкового походження. Викликається переважно патогенними грибами, що вегетують в товщі шкіри людини, а саме: *Aspergillus* (*A.niger*, *A.fumigatus*, *A.flavus*), *Penicillium*, *Rhizopus* та дріжджеподібними грибами роду *Candida*. Найчастіше (приблизно в 70%) патогенні гриби колонізуються в товщі шкіри зовнішнього слухового ходу, спричинюючи отомікоз зовнішнього слухового ходу з тривалим, рецидивуючим перебігом, з перспективою хронізації запального процесу. До групи ризику розвитку грибкового враження шкіри зовнішнього слухового ходу належать люди, що тривало працюють в умовах холодного або спекотного клімату, підвищеної вологості та запилення, шкіра яких контактує з хімічними речовинами, термічними агентами. В останній час на отомікоз зовнішнього слухового ходу частіше почали хворіти люди, які тривалий час відвідують басейн, займаються водними видами спорту. Розвиток грибкового патологічного процесу в них зумовлений потрапленням води в зовнішнє вухо, що містить спори патогенних грибів. Залишається актуальним розвиток отомікозу зовнішнього слухового ходу у хворих з ендоеуральними слуховими апаратами, за умови їх тривалого знаходження в зовнішньому слуховому, несвоєчасної заміни ендоеуральних вкладишів та в разі порушення особистої гігієни. Сприяють розвитку отомікозу зовнішнього слухового ходу тривалі гностечі з приводу загострення хронічного гнійного середнього отиту або гострого гнійного середнього отиту з затяжним перебігом. Мікротравми, садна стінок зовнішнього слухового ходу прискорюють інвазію патогенних грибів в товщу шкіри. В меншому відсотку (приблизно 20%) зустрічаються отомікози післяопераційних порожнин та грибкові середні отити

(10%). Як правило, ці патологічні стани виникають на тлі тривалої місцевої або загальної антибіотикотерапії, гормонотерапії, алергічної сенсibiliзації, порушенні обміну речовин (особливо у хворих на цукровий діабет), авітамінозу.

Клініка отомікозу різноманітна – грибковий патологічний процес або перебігає з ознаками свербіжув різної інтенсивності або з вираженим місцевим больовим симптомом, відчуттям розпирання та наявності стороннього тіла у вусі. Така різноманітність клінічного перебігу отомікозу обумовлена процесами обсіменіння та проростання міцелія в товщу шкіри, а також наявності супутньої патогенної флори. Найчастіше поряд з патогенними грибами висівається золотистий стафілокок та сине гнійна паличка, іноді – протеї. В разі масивного росту грибів та обтурації зовнішнього слухового ходу можуть з'являтися симптоми зниження слуху, аутофонії, гіперестезії вушної раковини та привушних ділянок. Отоскопічно в зовнішньому слуховому ході визначають маси міцелія грибів, колір яких залежить від виду збудника. Для *A.niger* – чорні крапки на стінках кісткового відділу зовнішнього слухового ходу, барабанної перетинки, для *A.flavus* – жовтий або жовтувато-зелений колір виділень, для *A.fumigatus* – зеленого кольору виділення або крапки, для грибів роду *Penicillium* – білі з жовтуватим відтінком кірки м'якої консистенції та рідкий серозний вміст в слуховому ході. Отомікоз, що викликаний дріжжеподібними грибами роду *Candida* характеризується ділянками десквамації шкіри слухового ходу, наявністю казеозних мас в просвіті слухового ходу та переходом процесу на вушну раковину. Грибковий середній отит супроводжується виникненням перфорації барабанної перетинки різних розмірів, інколи навіть декількох та спричинює порушення слуху за кондуктивним типом навіть після затухання запального процесу.

В діагностиці отомікозу вирішальне значення має мікроскопія та посів патологічного матеріалу на поживні середовища. Від цього залежить застосування певного фунгіцидного препарату та ефективність лікування.



Лікування отомікозу починається з ретельного туалету зовнішнього слухового ходу та призначення місцево фунгіцидних препаратів широкого спектру дії, а в разі інформованості про чутливість збудника інфекції, призначають прицільну протигрибкову терапію. Лікарські форми які застосовують це – рідинні форми спиртових розчинів, креми, мазі, препарати йоду. Оскільки поряд з грибковою флорою із зовнішнього слухового ходу можуть висівати і анаероби, і аероби, доцільно призначати комбіновані лікарські форми (з протигрибковим і антибактеріальним впливом). Окремо призначають десенсибілізуючі препарати. В разі рецидивуючих форм отомікозу, отомікозу, що перебігає на тлі важкої соматичної патології, імунодифіцитних станів, призначають загальну фунгіцидну терапію.

### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Що означає термін отомікоз?
2. Які чинники є основними в розвитку отомікозу?
3. Опишіть клінічний перебіг отомікозу.
4. Наведіть принципи лікування отомікозу.

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. – 185 с.
4. Грибковые инфекции. Руководство для врачей / А.Ю.Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М. – ООО «Бином-пресс», 2004. – 440 с.

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 4**

### **Ексудативний отит**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомлення з етіологією, патогенезом, клінікою, діагностикою та диференційною діагностикою ексудативного отиту, методами консервативного та хірургічного лікування хворих із цією патологією.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Ексудативний отит є одним із різновидів катару середнього вуха, тобто найчастішим негнійним захворюванням цього органа. Він виникає внаслідок порушення вентиляційної функції слухової труби, що призводить до зниження тиску повітря в середньому вусі, розвитку катарального запалення слизової оболонки та накопичення ексудату в барабанній порожнині. Найчастіше ексудативний отит виникає як вторинний процес, пов'язаний насамперед з наявністю захворювань, які порушують носове дихання, а саме: викривлення носової перегородки, хронічний риніт, синусит, аденоїдні розростання, гострі респіраторні вірусні інфекції та ін. Важливе значення має також ураження слизової оболонки середнього вуха вірусної або алергійного походження, що супроводжується збільшенням продукції мукозного ексудату.

Діагноз ексудативного отиту встановлюють на підставі характерної отоскопічної картини. Барабанна перетинка змінена, жовтуватого, коричневого або синього кольору, крізь неї просвічуються рідина і пухирці повітря. Аудіограма характерна для кондуктивної приглухуватості або змішаного типу за наявності блокади вікон лабіринту. Вирішальне значення в діагностиці мають дані імпедансометрії, за результатами якої визначається тимпанометрична крива типу «В».

Методи лікування ексудативного отиту спрямовані на усунення чинників, які порушують носове дихання, відновлення функції слухової труби й евакуацію ексудату з барабанної

порожнини.

Евакуацію секрету з барабанної порожнини виконують транстубарним (катетеризація слухових труб із уведенням протеолітичних ферментів, які сприяють розрідженню секрету, та глюкокортикоїдів для покращання функції слухової труби) та транстимпанальним шляхом, проводячи тимпанопункцію або міринготомію. Після міринготомії в отвір барабанної перетинки вводять шунт із тефлону або іншого інертного матеріалу. Крізь нього здійснюють вентиляцію барабанної порожнини. Крім того, він дає змогу проводити багаторазове відсмоктування секрету з барабанної порожнини та вводити туди ліки.

#### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Дайте визначення терміну «ексудативний отит».
2. Які етіологія та патогенез ексудативного отиту?
3. Назвіть клінічні прояви захворювання.
4. Розкажіть про діагностику та диференційну діагностику ексудативного отиту.
5. Зазначте консервативні методи лікування.
6. Розкажіть про хірургічні методи лікування.
7. У чому полягає профілактика ексудативного отиту?

#### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.

4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб.: Гиппократ, 2005. – 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин – 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т. Пальчуна. – «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 960 с.
7. Секреторний середній отит: Рекомендовано ЦМК з вищої освіти МОЗ України як навч.-метод. Посібник / А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, І.І. Горішній - К.: Логос, 2006. - 120 с.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 5

### Отогенні внутрішньочерепні ускладнення та отогенний сепсис

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з клінікою, діагностикою, диференційною діагностикою отогенних внутрішньочерепних ускладнень і тактикою лікування таких хворих.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Отогенні ускладнення є вкрай важкими, часто з загрозою для життя захворюваннями, котрі виникають внаслідок попадання інфекції з вуха в порожнину черепа. Раніше основною причиною їх виникнення вважався епітимпаніт, в останні роки виникають при гострому середньому гнійному отиті. До них відносяться: менінгіт, енцефаліт, екстра-та субдуральні абсцеси, абсцес скроневої долі мозку та мозочка, тромбоз сигмовидного синусу, отогенний сепсис. Можливі комбіновані ускладнення. *Етіологія.* При гострому отиті виділяють *Str. Pneumonia*, *Neamophilus influenzae*, *Maroxella cataralis*, *S. Aureus*, *S. Pyogenes*, при хронічному отиті – *S.Aureus*, *Pseudomonas spp.*, Міх-флора. Шляхи та етапи поширення інфекції у порожнину черепа: контактний, по преформованих шляхах, лабіринтогенний, гематогенний, лімфогенний, травматичний, крізь депісценції. Виділяють 4 етапи – екстрадуральний абсцес (гнійник між кісткою та твердою мозковою оболонкою), субдуральний абсцес (абсцес під твердою мозковою оболонкою) та, розлитий гнійний менінгіт, абсцес речовини мозку.

*Вторинний отогенний розлитий гнійний менінгіт* – це гнійне запалення м'якої мозкової оболонки. Клініка менінгіту характеризується інтенсивним головним болем, нудотою та блювотою центрального генезу, затьмаренням свідомості, маренням, підвищенням температури тіла до 39-40 градусів С (*continua*), тахікардії. Також хворий приймає позу «курка рушниці», або «лягавого собаки», наявні менінгеальні (оболонкові) симптоми: ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, Брудзинського. Остаточо діагноз

ставиться на основі змін у лікворі (підвищення тиску, мутний, плеоцитоз, підвищення вмісту білку, зниження вмісту глюкози та хлоридів, результат бактеріологічного дослідження), гемограми та очного дна. При приєднанні енцефаліту приєднуються порушення рухової системи, функції черепних нервів, вогнищева симптоматика. Диференційний діагноз проводять з туберкульозним, епідемічним цереброспінальним та серозним (вірусним) менінгітом.

*Тромбоз сигмовидного синусу та отогенний сепсис* виникають внаслідок поширення інфекції контактним, рідше гематогенним шляхом. В синусі утворюється тромб, котрий поступово розповсюджується за межі синуса, інфікується, нагноюється й, таким чином, утворюється септичне вогнище. В клініці поділяють ранню та пізню форми сепсису. Виділяють загальні та місцеві групи симптомів. До загальних відносяться: гектична температура тіла з ознобами та проливними потоми, пульс відповідає температурі, жовтяниця, наявність запальних змін в гемограмі та збудника при посіві крові, наявність метастатичних гнійників у легенях, суглобах, підшкірній клітковині, м'язах. До місцевих відносяться симптоми Гризінгера (набряк та болісність тканин в ділянці заднього краю сосковидного відростка), Уайтинга (біль при пальпації переднього краю кивального м'яза) та Фоска (відсутність шуму при аускультатії яремної вени).

*Абсцеси речовини головного мозку* локалізується в скроневій долі, або, рідше, в мозочку де утворюється спочатку вогнище енцефаліту, котре з часом приводить до інкапсульованого гнійного розплавлення речовини мозку. Клініка зумовлена наявністю об'ємного процесу та гнійного запалення. Виділяють 4 стадії абсцесу мозка: початкову (1-2 тижні), латентну (2-4 тижні), явну (декілька тижнів) та термінальну. Початкова стадія проявляється клінікою менінго-енцефаліту, після лікування виникає покращення. Явна стадія виникає поступово, або миттєво й складається з 4-х груп симптомів: гнійного процесу;

гіпертензійного синдрому; дислокаційного синдрому; вогнищевих порушень, характерних для ураження скроневої долі чи мозочка. Термінальна стадія триває декілька днів і закінчується смертю від набряку мозку, параліча життєвих центрів, прориву абсцесу у шлуночки. Діагностика заснована на даних клініки, ехоенцефалографії, КТ, МРТ, рідше сцинтиграфії.

Лікування отогенних ускладнень зкладається з ургентного хірургічного втручання метою якого є елімінація гнійного вогнища та ліквідація ускладнень, а також інтенсивної медикаментозної терапії. При гострому отиті виконується розширена антростома, при хронічному отиті – розширена сануюча операція з подальшим розкриттям передньої та задньої черепної ямок, сигмовидного синусу, розтином або видаленням абсцесів мозку. Медикаментозне лікування включає потужну антибактеріальну терапію (Цефтриаксон, Пеніцилін, Левоміцетин та інші), дезинтоксикацію, дегідратацію, антикоагулянти, симптоматичну терапію і повинно проводитись в умовах відділення реанімації.

### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Які отогенні ускладнення вам відомі?
2. Назвіть локалізацію отогенних абсцесів мозку.
3. Як діагностувати отогенний менінгіт?
4. Які стадії абсцесу вам відомі?
5. Які симптоми тромбозу сигмовидного синусу вам відомі?
6. Яка тактика лікування хворих з отогенними ускладненнями?

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 472 с.

3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Оториноларингологія : учебник / В.Т. Пальчун , М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
5. Оториноларингологія. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.
6. Кіщера О. Клінічна оториноларингологія. — Львів: «Кварт», 2006.



## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 6**

### **Носовий клапан, остіомеатальний комплекс**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з термінами, клінічною анатомією носового клапана та остіомеатального комплексу.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Носовий клапан – трикутної форми щілиноподібний простір між каудальним краєм верхнього латерального хряща та перегородкою носа, який в нормі дорівнює 10-15° та є лише складовою ділянкою носового клапану.

Ділянка носового клапану є найвужчим місцем порожнини носа і в анатомічному відношенні складається зі всіх елементів носової порожнини, які знаходяться в площині кута носового клапана, а саме: дистальні відділи верхнього латерального хряща, передній кінець нижньої носової раковини, каудальний край перегородки носа та всі інші тканини, що обмежують грушеподібний отвір (Kern E. B., 1995). В функціональному значенні ділянка носового клапану забезпечує:

- 1) первинну регуляцію потоку повітря, зокрема мова йдеться про об'єм повітря, що надходить до носової порожнини (Van Dishoek H., 1965);
- 2) контроль частоти та глибини повітря на вдиху (Williams H. L., 1972);
- 3) визначає форму, швидкість, напрямок та носовий опір повітря, що надходить до носової порожнини (Hinderer K. H., 1970, 1971);
- 4) захист порожнини носа, внаслідок зміни ламінарного потоку повітря в ділянці клапана носа на турбулентний, що призводить до виникнення центробіжної сили та осідання на слизову оболонку передніх відділів носової порожнини пилових часточок та мікроорганізмів (Піскунов В. С., 2000).

Патологічні зміни в ділянці носового клапана призводять до утруднення носового дихання. Класифікація порушень, що спричинюють дисфункцію носового дихання об'єднує (Kern E. B., 1989):

- 1) звуження просвіту носового клапана за рахунок будь-якої структурної одиниці;
- 2) провисання носового клапана, що спадається при нормальному диханні;
- 3) комбіноване порушення.

Клінічно патологію ділянки носового клапана можуть викликати наступні елементи порожнини носа:

- 1) перегородка носа (різноманітні її деформації);
- 2) передній кінець нижньої носової раковини (її гіпертрофія, аномалії розвитку);
- 3) верхній латеральний хрящ (її деформація, відсутність внаслідок травми або операції).

Найпростішим способом діагностувати патологію носового клапана можна провівши пробу Cottle. Під час зміщення пальцями шкіри щоки вбік спостерігається поліпшення носового дихання - проба позитивною (свідчить про патологію клапана носа або «колапс» крила носа). Якщо ж після зміщення шкіри щоки вбік дихання не поліпшилось – проба негативна (свідчить про нормальний клапан носа, а порушення носового дихання викликане іншою причиною).

Лікування патології клапана носа не обмежується лише виконанням функціональних ендоскопічних операцій на перегородці носа та нижніх носових раковинах, а доповнюється естетичним ринопластичним втручанням. Для розширення носового клапана, переважно виконують резекцію каудального краю верхнього латерального хряща, що дозволяє змістити клапан

носу доверху і таким чином розширити його. Для більшого розширення носового клапану проводять клиноподібну резекцію верхнього латерального хряща вздовж перегородки носа. За умови, невеликих латеральних хрящів та вузької спинки носа, носовий клапан розширюють за рахунок підсадки хрящових графт (розпорок) між латеральним хрящем а перегородкою носа.

Остеомеатальний комплекс – анатомічні утворення, що визначають стан та функціонування передньої групи приносних пазух, вперше описаний Н. Naumann в 1965 році. До складу остіомеатального комплексу входять:

- 1) латеральна поверхня переднього кінця середньої носової раковини;
- 2) гачкоподібний відросток;
- 3) напівмісяцева щілина;
- 4) решітчаста була.

Ширину входу до остеомеатального комплексу визначають за відстанню між переднім кінцем середньої носової раковини і латеральною стінкою середнього носового ходу на якій на рівні переднього кінця середньої носової раковини виступає в бік раковини гачкоподібний відросток. В простір, що утворений цими анатомічними структурами, відкриваються природні отвору приносних пазух, що відносяться до передньої групи, а саме: верхньощелепна, фронтальна та етмоїдальна.

Функціонально остеомеатальний комплекс забезпечує оптимальні умови повітряобміну під час вдиху та видиху між передньою групою приносних пазух та порожниною носа. Його навіть називають синусовим клапаном (Піскунов В.С., 2003). За умови нормальної будови носового клапана, перегородки носа та носових раковин активний повітряний потік на вдиху проходить загальним носовим ходом вздовж середньої носової раковини до нижніх дихальних шляхів, а під час видиху остання порція вдихнутого

повітря, зігріта, очищена, потрапляє до середнього носового ходу і передньої групи приносних пазух.

Будь-які варіанти розвитку, аномалії структурних елементів, що складають остіомеатальний комплекс можуть призводити до розвитку запальних змін слизової оболонки в його ділянці. Це призводить до контактування набряклих протилежних ділянок слизової оболонки в межах остіомеатального комплексу, зупинки мукоциліарного транспорту та блокування співусть передньої групи приносних пазух, що спричинює зниження або припинення аерації, евакуації секрету з останніх та розвиток синуситу. Ця теорія риногенного походження синуситу була запропонована в 1978 році W. Messerklinger. Згідно цієї теорії найефективнішим лікуванням запальних процесів в передній групі приносних пазух є хірургічне відновлення їх вентиляції і дренажу шляхом розширення вивідних співусть цих пазух («хірургія перешийка» M.E. Wigand).

#### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Дайте визначення терміну носовий клапан.
2. Які структури носової порожнини утворюють ділянку носового клапана?
3. Назвіть функції носового клапана.
4. Опишіть як проводиться проба Cottle.
5. Які існують методи лікування патології носового клапана?
6. Назвіть які елементи носової порожнини складають остіомеатальний комплекс.
7. Дайте пояснення в чому полягає теорія риногенного походження синуситів W. Messerklinger.
8. Дайте пояснення теорії «хірургії перешийка» M.E. Wigand.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. – 185 с.
4. Клиническая ринологія. Руководство для врачей / Г.З Пискунов, С.З Пискунов. - 2-е издание, испр. и доп. – М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 – 560 с.
5. Курс лекцій «Функциональная эндоскопическая риносинусохирургия»: учебно-методическое пособие / Д.И. Заболотный, В.И. Шербул, В.Б. Олейников, Т.Г. Кунах, Л.М. Омерова, В.В. Головки, В.А. Шкроботун. – К.:МИЦ «Мединформ», 2012. – 243 с

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 7**

### **Деформація зовнішнього носа. Ринопластика**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з варіантами деформації зовнішнього носа, типами, принципами та технікою косметичної ринопластики.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Деформації зовнішнього носа можуть бути природжені та набуті. Набуті деформації носа найчастіше травматичні. Косметична ринопластика включає широкий діапазон хірургічних втручань, спрямованих на відновлення природної форми зовнішнього носа. Ринопластику обов'язково слід поєднувати з операціями щодо відновлення дихальної функції. Тому косметичні операції в ділянці зовнішнього носа повинні виконувати оториноларингологи, які, на відміну від пластичних хірургів, володіють також ендоназальними методами хірургічних втручань. Ринопластику можна поділити на чотири основні типи:

- 1) пластика носової перегородки;
- 2) пластика кінчика носа;
- 3) пластика спинки носа;
- 4) остеотомія.

Окремо виділяють реконструктивну хірургію шкіри носа, яку виконують у разі великих дефектів шкіри носа внаслідок травми або видалення пухлини. Наявний дефект закривають клаптем, викроєним зі шкіри чола або щоки.

Перед ринопластикою роблять 6 стандартних фотографій обличчя хворих: фронтальну, праву та ліву латеральні, три чверті (косу), латеральну з посмішкою, із відкинутою головою.

Найчастіше при пластиці носової перегородки використовують фрагменти власного хряща. Може бути використаний також реберний аутохрящ і штучні пластичні матеріали.

Формування кінчика носає найскладнішим і найвідповідальнішим етапом ринопластики. Кінчик носа може бути збільшений, розширений, подвоєний;

піднятий або опущений. Його часточки можуть бути великими порівняно з довжиною колюмели. Назолабіальний кут може бути гострий або тупий. Техніка пластики кінчика носа може бути відкритою або закритою і мати три основні підходи: переміщення або розрізання хряща, видалення хряща та зовнішня ринопластика, яку доповнюють, за потреби, пластикою крил носа та колюмели. Невелику деформацію кінчика носа можна усунути за допомогою розрізання хряща.

Корекція деформації спинки носоможе бути проведена за допомогою різних технік. Типовими деформаціями є вип'ячування або горб, які спричинені надлишковим збільшенням кісток або хряща спинки та перегородки носа. Рідше спостерігають увігнутість спинки носа, або сідлоподібний ніс, що має декілька ймовірних причин. Найчастіше сідлоподібна деформація є післятравматичною, а також виникає за рахунок втрати хряща носової перегородки внаслідок гематоми, перелому або абсцесу. Сідлоподібний ніс може бути спричинений ятрогенією, надмірною резекцією спинки носа під час рино- або септопластики. Причинами формування сідлоподібного носа можуть бути гранульоматозні захворювання носової перегородки: сифіліс, склерома, а також гранульоматоз Вегенера. Після видалення горба спинки носа він залишається з «відкритим дахом», який потім закривають за допомогою остеотомії, мобілізуючи кістки носа. Хірургічну корекцію сідлоподібної деформації проводять за допомогою алопластики, пластики з використанням аутохряща або аутокістки, пластики із застосуванням консервованого гомо-, авто-, гетерохряща. Післяопераційні фотографії роблять через 6-12 міс.

Ускладнення після ринопластики розвиваються рідко. Це може бути інфікування, гематома (особливо носової перегородки), кровотеча та недостатній косметичний ефект.

**ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Дайте визначення поняття «деформація зовнішнього носа».
2. Назвіть види деформацій зовнішнього носа.
3. У чому полягає клінічне значення поєднання косметичної ринопластики з ендоназальними операціями щодо відновлення дихальної функції.
4. Ринопластика: визначення, основні типи.
5. Які можливі ускладнення ринопластики.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая ринологія. Руководство для врачей / Г.З Пискунов, С.З Пискунов. - 2-е издание, испр. и доп. — М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 — 560 с.
5. Пейпл А.Д. Пластическая реконструктивная хірургія лица. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007.-951 с.
- Пластична хірургія / Е.Я. Фісталь, В.Г. Мішалов, Г.Є. Самойленко. — К.:ВСВ «Медицина», 2010. — 376 с.



## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 8**

### **Мікози приносових пазух. Міцетома**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з етіологією, клінікою, діагностикою та лікуванням мікозів приносових пазух, зокрема міцетоми.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Перші повідомлення про мікози приносових пазух з'явилися наприкінці XIX сторіччя. В 1883 г. P. Shubert, а потім в 1889 г. J. Mackenzie та H. Siebermann опублікували спостереження грибкових вражень верхньощелепних пазух, що були спричинені грибами рода *Aspergillus*. В останні роки спостерігається підвищення захворюваності на грибкові синусити, що пов'язане як зі збільшенням числа хворих з наявністю чинників ризику, так і з покращенням діагностики цієї патології. Синус-міцетома діагностується у 3,7% пацієнтів, які прооперовані з приводу хронічного запалення приносових пазух, а серед загальної кількості пацієнтів з цією патологією синус-міцетому виявляють у 13-28,5% випадків.

До чинників, які сприяють росту частоти мікозів приносових пазух, можна віднести нераціональну антибіотикотерапію, застосування препаратів, що пригнічують імунітет, наявність злоякісних новоутворень, хронічних процесів та імунодефіцитних станів. Певну роль у патогенезі мікозів приносових пазух відіграє мікогенна алергія. Грибкові спори або міцелій викликають не лише алергічну реакцію I типу, але і інші прояви, такі як: алергічний бронхолегеневий мікоз, алергічний синусит, atopічний дерматит. Грибкова алергія досить часто поєднується з бронхіальною астмою. А у хворих, що страждають на бронхіальну астму сенсibiliзація до пліснявих грибів спостерігається у 80% випадків.

О. Drimel та співавтори виділяють три різні за клініко-діагностичними ознаками форми грибкового синусита:

- 1) алергічний грибковий синусит (АГС);
- 2) неінвазивний грибковий синусит – грибкове тіло (синус-міцетома);
- 3) інвазивний грибковий синусит.

Збудником АГС найчастіше є гриби рода *Aspergillus* та *Bipolaris*. Головним збудником неінвазивної форми микозу приносових пазух (синус-міцетоми) є гриби рода *Aspergillus* (63,6%) і *Penicillium* (34,1%). Інвазивна форма викликається, переважно, грибами рода *Mucor*, *Rhizopus*, *Absidia*.

Найрозповсюдженішим та найменш дослідженим серед інших форм грибкового синуїта є АГС (який клінічно перебігає як хронічний риносинуїт), що поєднується з бронхіальною астмою, супроводжується периферичною еозинофілією та позитивним шкірним тестом на грибковий алерген. На КТ досліджені для АГС притаманна тріада симптомів: наявність поліпів, розширення носових ходів та зниження пневматизації приносових пазух у вигляді «матового скла». Для лікування цієї форми грибкового синуїту застосовують місцеву та системну кортикостероїдну терапію в поєднанні з хірургічним, найчастіше відеоендоскопічним, лікуванням.

Неінвазивна форма грибкового синуїта – грибкове тіло або синус-міцетома найчастіше локалізується в верхньощелепній пазусі (92,6%). Проте зустрічаються поодинокі випадки розвитку синус-міцетоми в інших синусах: етмоїдальному, фронтальному та сфеноїдальному. В літературі зустрічаються повідомлення про розвиток синус-міцетоми в порожнині *concha bullosa*. За сучасними уявленнями синус-міцетома приносових пазух є неінвазивною формою грибкового синуїту, яка характеризується накопиченням щільних грибкових конкрементів в порожнині синусу. На теперішній час виділяють три основні теорії етіології та патогенезу синус-міцетоми:

1. Одонтогенна – спори грибів потрапляють до приносової пазухи, переважно верхньощелепної, через ятрогенне ороантральне сполучення.
2. Аерогенна – грибкові спори потрапляють до приносових пазух з повітрям через їх природні співустя.
3. Змішана. В цьому випадку велике значення в розвитку синус-міцетоми, переважно верхньощелепної пазухи, має наявність пломбувального матеріалу в ній, який потрапив туди через канали зубів

верхньої щелепи під час ендодонтичного лікування. Солі цинку в пломбувальному матеріалі відіграють каталітичну роль в процесі колонізації грибової флори в синусі.

Проте, не останнє місце в розвитку клінічних проявів синус-міцетоми належить архітектоніці порожнини носа. Від стану структурних елементів носової порожнини (перегородки носа, остіомеатального комплексу, верхнього носового ходу, верхньої і нижньої носової раковини), загальної реактивності організму та різноманітних провокуючих чинників залежить початок розвитку клінічних ознак синус-міцетоми в різні терміни. Найчастіше патологічний процес в верхньощелепній пазусі виникає через 3 місяці – 10 років і більше від моменту проведення стоматологічних маніпуляцій.

Клінічно міцетома верхньощелепної пазухи нагадує хронічний гнійний гайморит, але може мати і безсимптомний перебіг та виявлятися випадково на КТ- або МРТ- дослідженні, що було проведено з приводу іншої патології. Патогномонічною клінічною ознакою синус-міцетоми є наявність специфічних щільних домішок темного кольору в виділеннях з порожнини носа.

Найінформативнішими методами діагностики синус-міцетоми є променеві (рентгенологічний та КТ-дослідження). В приносних пазух виявляють включення, що мають щільність металу, внаслідок відкладання солей кальцію в процесі життєдіяльності грибів. Інколи діагностуючи їх як сторонні тіла синусів (переважно пломбувальний матеріал). Патогномонічною КТ-ознакою міцетоми верхньощелепної пазухи можна також вважати деструкцію стінок гайморового синуса, частіше медіальної стінки. Оскільки міцетома складається з щільного конгломерату переплетених гіфів грибів, які здатні тиснути на стінки пазухи процесі росту, це призводить до стоншення і руйнування останніх.

Лікують неінвазивні форми грибкового синуїту застосовуючи щадні ендоскопічні втручання (ендоскопічну функціональну риносинусохірургію) з широким відкриттям природніх співусть приносних пазух (середня меатотомія) або виконуючи гайморотомію через передню (інколи нижню) стінку верхньощелепної пазухи з максимальним видаленням патологічного вмісту пазухи зі збереженням слизової оболонки останньої. Системну протигрибкову терапію не призначають.

В разі інвазивної форми, або глибокого мікозу, процес поширюється на окістя та кістку. Клінічно може перебігати не лише з симптомами хронічного синуїта, а й орбітальними та внутрішньочерепними ускладненнями. Рентгенологічно при інвазивній формі синуїту визначають набряк та стоншення м'яких тканин порожнини носа, наявність рівня рідини, узурпація кістки, розповсюдження процесу за межі пазух та стоншення, руйнування стінок пазух. Лікування цієї форми синуїту передбачає виконання радикального ендоскопічного хірургічного втручання з видаленням патологічно змінених тканин в межах здорових та використання в післяопераційному періоді системних протигрибкових препаратів (частіше короткого курсу ітраконазола або амфотеріцина В в комбінації з системними і топічними кортикостероїдами). Інколи додатково призначають специфічну імунотерапію. Хворі з інвазивними формами грибкового синуїту після лікування тривалий час підлягають диспансерному нагляду з застосуванням найінформативніших методів діагностики нашого часу.

### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Наведіть класифікацію мікозів приносних пазух.
2. Назвіть основних збудників мікозів приносних пазух.
3. Які методи лікування застосовують в разі алергічного грибкового синуїта?
4. Які методи лікування застосовують в разі міцетомі

верхньощелепної пазухи?

5. Які методи лікування застосовують в разі інвазивної форми грибкового синуїта?

#### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

5. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
6. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
7. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
8. Грибковые инфекции. Руководство для врачей / А.Ю.Сергеев, Ю.В. Сергеев. — М. — ООО «Бином-пресс», 2004. — 440 с.

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 9**

### **Фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ** вивчити основні функції структур лімфаденоїдного глоткового кільця.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** До складу лімфаденоїдного кільця глотки входять шість скупчень лімфаденоїдної тканини. Паренхіма мигдаликів представлена пухкою аденоїдною або ретикулярною тканиною, яка має у своєму складі зірчасті ретикулярні клітини, їх відростки й аргірофільні ретикулярні волокна. У петлях цієї сітки містяться лімфоцити та їх скупчення (фолікули), плазматичні клітини та макрофаги.

Виділяють 3 основні функції лімфаденоїдного глоткового кільця:

1. Кровотворна — мигдалики продукують лімфоцити, які надходять у загальну течію лімфи та кровообігу заміщують постійну втрату цих клітин в організмі.
2. Імунна — лімфаденоїдне кільце глотки і його центральний відділ — піднебінні мигдалики — є важливим імунокомпетентним органом, що має велике значення створенні місцевого імунітету глотки та носової порожнини і відіграє значну роль у формуванні загальних захисних реакцій організму. У піднебінних мигдаликах є дві популяції лімфоцитів: тимусзалежні — Т-лімфоцити і тимуснезалежні — В-лімфоцити. Т-лімфоцити локалізуються в міжретикулярній тканині і виробляють медіатори, що реалізують реакції клітинного імунітету і продукують інтерферон — медіатор, який стимулює розвиток противірусних реакцій організму, активує його захисні функції. В-лімфоцити, що містяться у фолікулах, виробляють антитіла — імуноглобуліни і, насамперед, секреторний імуноглобулін класу А (Ig A) — головний фактор захисту слизової оболонки. Макрофаги мигдаликів продукують лізоцим, пропердин, трансферин, компоненти комплементу та інші біологічно активні речовини.

Інформативна функція мигдаликів полягає в тому, що завдяки

міграції лімфоцитів на поверхню слизової оболонки, їх контактам з різними речовинами і рееміграції в мигдалик, організм отримує інформацію про антигенну структуру речовин, які проникають до нього, унаслідок чого утворюються так звані клітини імунної пам'яті та формується імунна відповідь організму.

3. Рефлекторна — завдяки розвитку нервового апарату піднебінні мигдалики не тільки здатні сприймати нервові імпульси, а й самі можуть бути джерелом імпульсації в інші органи.

Прикладом нейрорефлекторного зв'язку мигдаликів є тонзилокардіальний рефлекс. Такі самі рефлекси, очевидно, можуть діяти на печінку та нирки. Вони служать для регуляції нормальної діяльності цих органів.

За наявності патології піднебінних мигдаликів може виникнути патологічна імпульсація, що буде порушувати діяльність серця й інших органів.

### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Назвіть лімфоїдні утворення, які входять у лімфаденоїдне глоткове кільце.
2. Наведіть клінічну анатомію піднебінних мигдаликів.
3. У чому полягає імунна функція піднебінних мигдаликів?
4. У чому полягає кровотворна функція піднебінних мигдаликів?
5. У чому полягає рефлекторна функція піднебінних мигдаликів?

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.

4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб.: Гиппократ, 2005. – 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин – 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. – «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 960 с.



## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 10**

### **Злоякісні пухлини глотки**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з клінікою, ранньою діагностикою, диференційною діагностикою злоякісних пухлин глотки і методами їх лікування.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** До злоякісних новоутворень глотки відносяться рак, лімфоєпітеліома, цитобластома, ретикулосаркома та змішані пухлини. При цьому найчастіше (понад 95 % випадків) діагностують рак. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки, переважно в середньому віці.

Клінічна картина. Рання симптоматика злоякісних пухлин глотки незначна й малохарактерна. Можуть з'являтися відчуття дискомфорту, незручності, стороннього тіла в горлі, неприємного смаку, розпирання, першіння тощо. На більш пізніх стадіях в залежності від локалізації хворі скаржаться на порушення носового дихання та закладеність у вусі при пухлині носоглотки, відчуття стороннього тіла, що заважає ковтати їжу, а потім слину при пухлині ротоглотки, порушення проходження спочатку густої, а потім рідкої їжі, порушення дихання при пухлині гортаноглотки.

Клінічна картина злоякісної пухлини носоглотки проявляється відносно пізно і залежить від напрямку росту пухлини. Виникають закладеність, шум у вусі, оталгія, утруднення носового дихання, слизові виділення з домішками крові, носові кровотечі. При проростанні в порожнину черепа виникає біль у щелепах, зубах, явища паралічу ококорухового, блокового та відвідного нервів, диплопією та косоокістю. Пухлини носоглотки часто дають ранні метастази.

Клінічна картина злоякісної пухлини ротоглотки залежить від локалізації, форми росту, розповсюженості та гістологічної будови пухлини. Найчастіше зустрічається рак (аденокарцинома), рідше – лімфоєпітеліома та саркома. У

випадку раку або лімфоепітеліоми найчастіше відбувається інфільтративно-виразкова форма росту пухлини, що проявляються горбикоподібним новоутворенням мигдалика з виразками та інфільтрацією оточуючих тканин, основним симптомом даного утворення є дисфагія – наявність дискомфорту та болі при ковтанні. Саркома, як правило, характеризується екзофітним ростом, викликаючи відчуття стороннього тіла. В подальшому настає порушення ковтання, змінюється тембр голосу, виникає біль з іррадіацією в вухо. Розпад пухлини супроводжується гнилісним запахом з рота, гіперсалівацією з домішками гною та крові. Метастазування, як правило раннє та двобічне.

Гортаноглотка переважно вражається плоско клітинним раком. Основним симптомом є дисфагія, що проявляється утрудненим та болісним ковтанням спочатку твердої, а потім рідкої їжі. З часом може виникати охриплість, попадання їжі в гортань, на пізніх стадіях – гнійні виділення з кров'ю, зловонний запах. Метастази, як правило, виникають у регіонарні лімфатичні вузли.

Діагностика пухлин глотки заснована на скаргах, даних анамнезу, ендоскопічного огляду (в тому числі відеоендоскопії), результатах МРТ, КТ. Обов'язковим є проведення цитологічного або гістологічного дослідження.

Лікування. Хірургічне лікування злоякісних пухлин носової та ротової частин глотки найчастіше є неможливим, тому перевагу віддають променевої та (або) хіміотерапії в залежності від чутливості пухлини. Ефективним є застосування регіонарної хіміотерапії. Надзвичайно чутливими до променевої терапії є так звані радіочутливі пухлини ротоглотки, до яких відносяться лімфоепітеліома, цитобластома і ретикулобластома. Це високо злоякісні низькодиференційовані пухлини з швидким ростом та ранньою генералізацією. В лікуванні пухлин гортаноглотки перевагу віддають комбінованому лікуванню, при якій на першому місці є оперативне видалення пухлини з подальшим опроміненням.

**ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Які злоякісні пухлини найчастіше зустрічаються в глотці?
2. Назвіть пухлини, що належать до тонзиллярних (радіочутливих)?
3. Наведіть клінічну характеристику та діагностику злоякісних пухлин глотки.
4. Охарактеризуйте диференційну діагностику злоякісних пухлин глотки в залежності від їх локалізації.
5. Які методи лікування злоякісних пухлин глотки ви знаєте?

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк , Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингологія : учебник / В.Т. Пальчун , М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингологія. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.
7. Абизов Р.А. Онкоотоларингологія / Лекції. — К.: Книга плюс, 2001.

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 11**

### **Ускладнення ангін**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з клінікою, ранньою діагностикою, диференційною діагностикою ускладнень гострих тонзилітів і методами їх лікування.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** У переважної більшості хворих ангіна закінчується повним одужанням, але інколи виникають ускладнення, котрі при несвоєчасному лікуванні можуть загрожувати життю людини.

До ускладнень первинних ангін відносяться: паратонзиліт та паратонзиллярний абсцес, внутрішньомигдаликовий абсцес, латерофарингеальний (парафарингеальний) абсцес, аденофлегмона шиї, розлита флегмона шиї, тонзилогенний медіастиніт, тонзилогенний сепсис. Також після перенесеної ангіни може виникнути ревматизм, гострий нефрит, гострий пієлонефрит, неспецифічний інфекційний поліартрит та деякі інші захворювання. Нижче приводяться ускладнення ангін, що зустрічаються у практиці оториноларинголога.

*Паратонзиліт і паратонзиллярний абсцес* - це гостре запалення навколомигдаликової клітковини, зустрічається переважно у молодих людей. Збудником паратонзиліту є стрептококи, стафілококи, інколи анаероби та інші мікроорганізми. Інфекція, як правило, попадає з піднебінного мигдалика лімфогенним, гематогенним чи контактним шляхами. Спочатку виникає інфільтрація та набряк (паратонзиліт), а на 3 - 4-ту добу утворюється відмежований гнійник (абсцес). Клініка паратонзиліту характеризується вираженою інтоксикацією, слабкістю, фебрильною або високою гіпертермією, вираженим однобічним болем у глотці, що інтенсивно наростає наявністю однобічного защелепного лімфаденіту, запальними змінами крові. При формуванні абсцесу характерними є слинотеча, вимушений нахил голови, тризм жувальної мускулатури, утруднене ковтання. При фарингоскпії

відмічається асиметрія зіву за рахунок інфільтрації, набряку паратонзиллярної клітковини, з подальшим зміщенням мигдалика медіально. Важливим для діагностики паратонзиллярного абсцесу є проведення пункції. Лікування паратонзиліту проводиться консервативно, включає в себе призначення антибіотиків широкого спектру дії, дезінтоксикаційній, симптоматичній терапії. При наявності гнійника обов'язковим є його розтин, широко застосовується абсцестонзилектомія – видалення мигдалика на боці гнійника в гострому періоді та консервативне лікування.

*Внутрішньомигдаликовий абсцес* характеризується утворенням гнійника безпосередньо в товщі піднебінного мигдалика. Відмічається виражений набряк, гіперемія мигдалика крізь слизову оболонку просвічується гнійник. При цьому реакція паратонзиллярної клітковини незначна чи відсутня. Необхідно провести розтин абсцесу, можливе проведення абсцестонзилдектомії на фоні системної антибіотико терапії.

*Латерофарингеальний (парафарингеальний або боковий глотковий) абсцес* це гостре запалення клітковини навкологлоткового простору. Характерними симптомами є тризм жувальних м'язів, висока температура тіла, різкий однобічний біль у горлі, утруднене ковтання, запальні зміни в крові, однобічний лімфаденіт, болісна пальпація шії. При фарингоскопії наявне вип'ячення піднебінного мигдалика, м'якого піднебіння, бокової стінки глотки, що розповсюджується донизу. Остаточо діагноз встановлюється на основі пункції. Лікування полягає в розтині абсцесу, призначенні високих доз антибіотиків парентерально, проведенні інфузійної, дегідратаційної, симптоматичної терапії. Бажаним є проведення тонзилектомії.

*Гострий тонзилогенний сепсис* найчастіше розвивається як ускладнення ангіни. Виділяють ранню і пізню форми сепсису, по поширенню - переважно гематогенну, переважно лімфогенну, переважно тканинну. Клініка характеризується гектичною лихоманкою, жовтяницею, змінами в гемограмі, характерна болючість та набряклість по ходу судинно-нервового пучка шії,

наявність метастатичних гнійників в підшкірній клітковині, м'язах, печінці, головному мозку та інших органах. Діагностика базується на основі клініки та висіванні збудника у крові. Лікування включає тонзилектомію, розтин гнійників, проведення потужної антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії.

*Флегмони шиї* поділяють на аденофлегмону (обмежене інкапсульоване розплавлення шийних лімфовузлів) та розливу флегмону, при котрій гній швидко поширюється по ходу м'язів, судино-нервових пучків, міжфасціальних просторів шиї з утворенням множинних гнійників. Це надзвичайно важкі ускладнення, що діагностуються на основі яскравої клінічної картини, УЗД та МРТ шиї, пункції, можуть приводити до медіастиніту. Необхідно проводити широкий розтин та дронування флегмони, проведення потужної антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії.

### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Яка ускладнення гострих тонзилітів вам відомі?
2. Назвіть локалізацію абсцесів, розташованих у глотці.
3. Яка відмінність між паратонзилітом і паратонзиллярним абсцесом?
4. Яка лікувальна тактика при латерофарингеальному абсцесі?
5. Охарактеризуйте ознаки тонзилогенного сепсису.
6. Чим відрізняється аденофлегмона від розливої флегмони шиї.

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.

3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 12**

### **Передракові захворювання гортані**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з етіологією, патогенезом, клінікою, діагностикою, диференційною діагностикою, методами консервативного та хірургічного лікування передракових станів гортані.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** Раннє розпізнавання та лікування передракових захворювань посідає важливе місце в запобіганні злякисним новоутворенням.

До передракових захворювань гортані належать хронічний гіпертрофічний ларингіт, дискератози (лейкоплакія, пахідермія), папіломатоз після закінчення статевого розвитку. Це так звані облігатні передракові захворювання гортані. До облігатної форми передраку відносять ті стани, які часто (не менше ніж у 15% випадків) переходять у рак, а до факультативної — ті, що малігнізуються рідко. Інші хронічні захворювання гортані належать до фонових станів. До морфологічних особливостей передраку відносять проліферативні явища в епітелії, прискорений мітоз, утворення тяжів епітелію, що проникають вглиб, реактивні явища з боку судинної системи.

Широкого застосування, як діагностичні методи, набули методи цитологічного, радіоізотопного й оптичного досліджень. Слід зазначити особливу значущість мікроларингоскопії для диференційної діагностики передракових станів і ранньої діагностики раку гортані. Принцип мікроларингоскопії полягає у вивченні стану слизової оболонки гортані за допомогою операційного мікроскопа. За низкою ознак — кольором слизової оболонки, зміною ступеня прозорості епітелію внаслідок його потовщення, особливостями рельєфу, розмірами, формою і розташуванням кровоносних судин — мікроларингоскопія дає можливість відмежувати доброякісні зміни та зміни, підозрілі на рак, провести прицільну біопсію, що значно



підвищує цінність цитологічних досліджень. Розрізняють світлову мікроларингоскопію (дослідження в світлі різного спектрального складу) та флюоресцентну мікроларингоскопію (огляд гортані після введення в організм одного з флюорохромів). Ці методи є доповненням до звичайної мікроларингоскопії, вони дають змогу глибше вивчити різні патологічні стани гортані.

Ознаки малігнізації **папілом гортані** підтверджені клінічними спостереженнями. Папіломатоз гортані з малігнізацією відрізняється від звичайного перебігу значною активністю росту. Про злоякісний характер свідчить інфільтрація навколишніх тканин, порушення моторики гортані, вибіркоче депонування флюоресцеїну в ділянках малігнізації, але остаточний діагноз ґрунтується на даних патогістологічних досліджень. Лікування хворих з малігнізованими папіломами має бути комплексним. Поряд із хірургічним втручанням використовують променеви та хіміотерапію.

З групи хронічних ларингітів велику увагу приділяють **хронічному гіперпластичному ларингіту**, який призводить до дифузного поширення запального процесу слизової оболонки з явищами гіперплазії епітелію. Виявлення при хронічному гіперпластичному ларингіті на тлі гладенької гіперплазії ділянок папілярної гіперплазії, лейкоплакії, піднятої над поверхнею, ерозування епітелію і, особливо атипової форми судин, свідчить про малігнізацію.

На тлі хронічних гіперпластичних ларингітів часто виявляють дискератози. При лейкоплакії на першій плаї виступає процес зроговіння багат шарового плоского епітелію. Гладенька лейкоплакія виглядає блідою плямою із сіруватим або перламутровим відтінком, можемати вигляд бляшок або вогнища зроговіння. Пахідермія частіше локалізується в ділянці задніх відділів голосових складок у вигляді блюдцеподібних потовщень епітелію навкологолосових відростків черпакуватих хрящів. Оперативне лікування при хронічному гіперпластичному ларингіті та явищах дискератозу є

доцільним. Ендоларингеально під контролем мікроскопа видаляють ділянку дискератозу або гіперплазований епітелій для профілактики раку.

Хворі з передраковими станами гортані підлягають обов'язковому диспансерному спостереженню.

### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Дайте визначення передракових патологічних станів гортані.
2. Назвіть облігатні та факультативні передракові захворювання.
3. Зазначте найчастішу локалізацію передракових процесів у гортані.
4. Назвіть клінічні ознаки передракових захворювань гортані.
5. Назвіть принципи діагностики та диференційної діагностики передракових захворювань гортані.
6. Зазначте методи лікування передракових захворювань гортані.

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингологія: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
5. Оториноларингологія : учебник / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин — 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
6. Оториноларингологія. Национальное руководство / За ред. В.Т Пальчуна. — «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — 960 с.
7. Абизов Р.А. Онкоотоларингологія / Лекції. — К.: Книга плюс, 2001.

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА 13**

### **Функціональні захворювання голосового апарату**

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитися з основними видами функціональних порушень голосоутворення, чинниками, що призводять до їх виникнення, основними проявами дисфоній та фонастеній, методами діагностики та основними принципами лікування.

**КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.** До функціональних розладів голосоутворення відносять дисфонію (афонію), фонастенію, мутизм.

**Дисфонія (афонія)** — це нездатність розмовляти гучним голосом за збереженої шепітної мови. Причини виникнення дисфоній різноманітні, але в усіх випадках їх розвиток пов'язаний із наявністю в руховій зоні кори півкуль мозку домінантного вогнища застійного гальмування, що виникає в період гострого запалення верхніх дихальних шляхів, а у пацієнтів зі слабким типом нервової діяльності може залишитися і після стихання запального процесу.

Виділяють дві форми дисфоній — паретичну та спастичну.

Ларингоскопія при паретичній формі характеризується наявністю незначної гіперемії голосових складок, голосова щілина має трикутну або овальну форму, під час фонації виявляється знижений тонус голосових складок.

Ларингоскопія при спастичній формі утруднена. Огляд гортані під час спокійного дихання виявляє сильне напруження (гіперкінез) дещо гіперемованих голосових складок у разі фонації.

При ларингостробоскопії у хворих з паретичною формою дисфонії виявляють в'ялі нерівномірні коливання голосових складок, у разі спастичної форми — напружені судомні м'язові коливання.

Метою лікування є вплив на центральну нервову систему. Показана психотерапія, гіпноз, фізичні методи лікування — гальванізація,

фарадизація, вібраційний масаж гортані, язикова та вокальна фонопедія.

**Фонастенія** — розлад мови функціонального характеру, який проявляється в хрипливатості голосу або його відсутності. Виникнення фонастенії пояснюють утворенням домінантного вогнища в руховій зоні півкуль мозку або порушенням рухової іннервації гортані, спричиненим функціональними захворюваннями нервової системи, нервовими потрясіннями, перенапругою голосу. Розрізняють гостру та хронічну фонастенію.

Ларингоскопічно особливих змін не виявляють. Спостерігають гіпотонію м'язів, що призводить до недостатнього звучання голосу із швидкою його втомлюваністю.

Лікування повинно передусім полягати в повноцінному відпочинку, психотерапевтичних і загальнозміцнювальних заходах. Використовують місцеві фізичні методи лікування — електрофорез, фарадизацію, вібраційний масаж гортані.

**Мутизм** — це затримка мови, німота за відсутності органічного ураження головного мозку, зокрема, центрів мови та голосового апарату. Цей вид функціонального порушення мови характерний для хворих на шизофренію, можливий при істерії та психічних травмах. Передусім слід лікувати основне захворювання.

### **ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:**

1. Наведіть класифікацію функціональних захворювань гортані.
2. Назвіть причини, клініку та методи лікування дисфонії й афонії.
3. Етіологія, клініка та принципи терапії фонастеній.
4. Мутизм: причини виникнення та лікування.

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин, С.Б.

- Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 496 с.
2. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — 185 с.
4. Оториноларингология : учебник / В.Т. Пальчун , М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин – 2-е изд., испр. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 656 с.
5. Актуальні питання фоніатрії: Навчальний посібник для інтернів та лікарів-курсантів медичних вищих навчальних закладів післядипломної освіти / Т.А.Шидловська, А.Л.Косаковський. – К.: НМАПО імені П.Л. Шупика, 2007. – 232 с.

## ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

1. Збирання скарг і анамнестичних даних.
2. Зовнішній огляд обличчя, шиї, вух (оцінка кольору шкіри, форми носа, вушних раковин, гортані).
3. Пальпація лицевих стінок навколоносових пазух, соскоподібних відростків, гортані, лімфатичних вузлів (защелепних, підщелепних, шийних і білявушних).
4. Ендоскопія ЛОР-органів:
  - а) передня риноскопія: колір, блиск слизової оболонки порожнини носа, об'єм носових раковин, форма носової перегородки, вміст носових ходів;
  - б) фарингоскопія: колір, блиск, вологість слизової оболонки порожнини рота, ротоглотки, стан ясен, зубів, язика, вивідних протоків слинних залоз, твердого піднебіння, стан піднебінних мигдаликів, вміст лакун, ступінь рухомості м'якого піднебіння;
  - в) задня риноскопія: порожнина носоглотки, хоани, задні кінці носових раковин, устя слухових труб;
  - г) непряма ларингоскопія: колір, блиск, вологість слизової оболонки гортані та гортаноглотки, стан валекул, грушоподібних закутків, язикового мигдалика, форм надгортанника, вестибулярних і голосових складок, форма голосової щілини, стан підскладкового простору, моторика гортані;
  - д) отоскопія: колір шкіри зовнішнього слухового ходу, його ширина, колір барабанної перетинки, її пізнавальні елементи (рукоятка, світловий рефлекс, передня та задня молоточкові складки, боковий відросток молоточка);
  - е) під час огляду дітей враховувати особливості віку і, за можливості, не застосовувати інструментів, фіксувати дитину молодшого віку, використовувати для огляду сприятливі моменти, огляд глотки проводити в останню чергу.

## СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

1. Паспортна частина (прізвище, ім'я, по батькові, вік, місце роботи, професія, домашня адреса).
2. Дата госпіталізації хворого в клініку (машиною «швидкої допомоги», за направленням поліклініки).
3. Скарги хворого.
4. Анамнез хвороби та життя хворого.
5. Загальний статус: шкірні покриви, периферичні лімфатичні вузли, серцево-судинна система, органи дихання, травний тракт, опорно-руховий апарат.
6. Спеціальний статус:
  - а) передня риноскопія: зовнішній огляд носа, передня риноскопія в I і II позиціях (слизова оболонка, носові раковини і ходи, перегородка); дослідження дихання та нюху;
  - б) оррофарингоскопія: ясна, зуби, слизова оболонка порожнини рота та глотки, мигдалики, м'яке піднебіння, задня стінка глотки;
  - в) задня риноскопія: склепіння носоглотки, хоани, задні кінці носових раковин, глоткові устя носових труб;
  - г) ларингоскопія: надгортанник, вхід у гортань, слизова оболонка, присінкові та голосові складки, голосова щілина, дихальна та голосова функції, моторика гортані;
  - д) отоскопія: просвіт і шкіра зовнішнього слухового ходу, барабанна перетинка та її пізнавальні знаки.
7. Попередній діагноз.
8. Додаткові клінічні та лабораторні методи дослідження:
  - а) дослідження слуху;
  - б) вестибулометрія;
  - в) рентгенологічне дослідження;

- г)пункції навколоносових пазух, барабанної порожнини, абсцесів;
  - д)аналізи крові та сечі;
  - є)патогістологічне дослідження.
9. Диференціна діагностика. Остаточний діагноз.
  10. Лікування.
  11. Щоденник.
  12. Прогноз.
  13. Епікриз.



**ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК, ДІАГНОСТИЧНИХ І ЛІКУВАЛЬНИХ  
МАНІПУЛЯЦІЙ, ЯКИМИ ПОВИНЕН ОВОЛОДІТИ СТУДЕНТ ПІД ЧАС  
ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ**

1. Уміти користуватися лобовим рефлектором чи освітлювачем.
2. Провести відбір необхідних інструментів для слідження ЛОР-органів та оволодіти методиками:
  - 1) передня риноскопія;
  - 2) задня риноскопія;
  - 3) орофарингоскопія;
  - 4) непряма ларингоскопія;
  - 5) отоскопія.
3. Провести відбір необхідних інструментів і матеріалів та виконати наступні маніпуляції на ЛОР-органах:
  - 1) передня тампонада носа;
  - 2) задня тампонада носа;
  - 3) накладання пращевидної пов'язки;
  - 4) видалення сторонніх тіл із носової порожнини;
  - 5) забір мазків із порожнини носа та глотки;
  - 6) змащування слизової оболонки порожнини носа і глотки;
  - 7) проведення первинної хірургічної обробки ЛОР-органів;
  - 8) проведення зовнішньої редресації кісток носа;
  - 9) промивання порожнини носа за Проетцом;  
промивання лакун мигдаликів;
  - 10) інсуфляція та інстиляція ліків в ніс, глотку, гортань та вухо;
  - 11) конікотомія, трахеостомія (уявлення);
  - 12) туалет трахеостоми та догляд за трахеостомічною канюлею;
  - 13) туалет зовнішнього слухового ходу та введення турунди з лікарськими речовинами;

- 14) видалення сірчаної пробки та стороннього тіла із зовнішнього слухового ходу методом промивання;
  - 15) накладання вушної пов'язки та компресу на вухо;
  - 16) пневмомасаж барабанної перетинки;
  - 17) продування вух за Політцером.
4. Уміти оцінити основні види рентгенограм ЛОР-органів:
    - 1) бокову кісток носа;
    - 2) фронтальну приносових пазух;
    - 3) бокову приносових пазух;
    - 4) клітин гратчастого лабіринту за Фастовським
    - 5) скроневої кістки за Шюлером;
    - 6) нативну бокову шиї за Земцовим;
    - 7) КТ та МРТ ЛОР-органів.
  5. Уміти оцінити результати аку– і аудіометричного обстеження:
    - 1) дослідження слуху шепітною та розмовною мовами;
    - 2) дослідження камертонами;
    - 3) основні типи тональних порогових аудіограм;
    - 4) основні типи тимпанограм за Jerger.
  6. Уміти провести та оцінити результати дослідження вестибулярного аналізатора:
    - 1) дослідження спонтанних вестибулярних порушень;
    - 2) пресорна проба.
  7. Оволодіти навичками проведення доклінічної серцево-легеневої реанімації
    - 1) проведення непрямого масажу серця;
    - 2) проведення штучного дихання методом «рот в рот».

## ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ З ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

### I. ВУХО

1. Клінічна анатомія зовнішнього вуха.
2. Барабанна перетинка.
3. Порожнини середнього вуха. Стінки і поверхи барабанної порожнини.
4. Слухові кісточки і м'язи барабанної порожнини.
5. Соскоподібний відросток.
6. Слухова труба.
7. Анатомія внутрішнього вуха.
8. Методи дослідження слуху. Диференційна діагностика уражень звукопровідного і звукосприймального апаратів.
9. Звукопровідний та звукосприймальний апарат.
10. Адекватні подразники слухового та вестибулярного аналізатора.
11. Вестибулометрія: мета, групи тестів.
12. Гематома і перихондрит вушної раковини.
13. Зовнішній отит.
14. Сірчана пробка. Сторонні тіла вуха.
15. Гостре гнійне запалення середнього вуха.
16. Мастоїдит. Антромастоїдотомія
17. Хронічне гнійне запалення середнього вуха. Обов'язкові ознаки. Мезотимпаніт. Епітимпаніт
18. Консервативне лікування хронічного гнійного середнього отиту.
19. Оперативні втручання при хронічному гнійному отиті.
20. Лабіринтит.
21. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення
22. Гострий і хронічний катар середнього вуха.

23. Хвороба Меньєра.
24. Сенсоневральна приглухуватість.
25. Отосклероз.

## **II. НІС І ПРИНОСОВІ ПАЗУХИ**

1. Клінічна анатомія носа.
2. Функції носу. Значення носового дихання.
3. Методи дослідження носа.
4. Клінічна анатомія верхньощелепної пазухи.
5. Клінічна анатомія лобної пазухи.
6. Клінічна анатомія решітчастої пазухи.
7. Клінічна анатомія основної пазухи.
8. Методи дослідження приноскових пазух.
9. Фурункул носа.
10. Гострий нежить.
11. Хронічний катаральний та гіпертрофічний нежить.
12. Хронічний атрофічний нежить. Озена.
13. Вазомоторний нежить. Алергічна та нейровегетативна форма.
14. Травми носа і приноскових пазух. Сторонні тіла порожнини носа.
15. Гематома і абсцес перегородки носа.
16. Викривлення перегородки носа, синехії та атрезії порожнини носа.
17. Носова кровотеча.
18. Класифікація параназальних синуїтів.
19. Гострий і хронічний етмоїдит.
20. Гострий і хронічний гайморит.
21. Гострий і хронічний фронтит.
22. Гострий і хронічний сфеноїдит.
23. Орбітальні ускладнення гострих і хронічних синуїтів.
24. Ринопгенні внутрішньочерепні ускладнення.

25. Злоякісні та доброякісні новоутворення носа і приносових пазух.

### **III. ГЛОТКА.**

1. Клінічна анатомія глотки.
2. Анатомія та фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця.
3. Методи дослідження глотки.
4. Сторонні тіла глотки.
5. Гострий фарингіт.
6. Хронічний фарингіт.
7. Заглотковий абсцес.
8. Класифікація тонзилітів.
9. Катаральна ангіна.
10. Лакунарна ангіна.
11. Фолікулярна ангіна.
12. Виразково-плівчаста ангіна.
13. Флегмони шиї. Тонзилогенний медіастиніт. Тонзилогенний сепсис.
14. Паратонзиліт і паратонзилярний абсцеси. Латерофарингіальний абсцес.
15. Вторинні ангіни.
16. Дифтерія глотки.
17. Аденоїдні розрощення.
18. Гіпертрофія піднебінних мигдаликів.
19. Хронічний тонзиліт. Класифікація. Формулювання діагнозу.
20. Хронічний тонзиліт. Місцеві ознаки. Види декомпенсації.
21. Лікування хронічного тонзиліту.
22. Злоякісні та доброякісні пухлини глотки.

### **IV. ГОРТАНЬ. ІНФЕКЦІЙНІ ГРАНУЛЬОМИ.**

1. Клінічна анатомія гортані.
2. Фізіологія гортані.
3. Інервація гортані.
4. Методи дослідження гортані у дорослих і дітей.

5. Гострий стеноз гортані.
6. Стадії стенозу гортані.
7. набряк гортані.
8. Хронічний стеноз гортані.
9. Трахеостомія. Конікотомія. Інтубація.
10. Гострий катаральний ларингіт.
11. Гортанна ангіна.
12. Флегмонозний ларингіт. Хондроперихондрит гортані.
13. Епіглотит. Абсцес надгортанника.
14. Гострий ларинготрахеїт у дітей.
15. Дифтерія гортані.
16. Хронічний ларингіт.
17. Доброякісні пухлини гортані.
18. Папіломатоз гортані.
19. Передракові стани гортані.
20. Клініка, діагностика раку гортані.
21. Лікування раку гортані.
22. Сторонні тіла гортані.
23. Склерома.
24. Туберкульоз гортані.
25. Сифілітичне ураження верхніх дихальних шляхів.