

ларингоскопических картин. Выигрывает та подгруппа, в которой больше описанных картин будет распознано «консультантами».

Для качественного описания картины необходимо знание всех указанных анатомических элементов, их свободное узнавание на нормальной ларингоскопической картине и при ее патологических изменениях, представление о пространственных соотношениях между ними как в условиях нормальной анатомии, так и в зеркальном изображении. Наиболее сложным для усвоения студентами является ориентация на ларингоскопической картине в направлении «справа» – «слева».

При проведении практических занятий на первом этапе используются стандартные наглядные пособия (плакаты), на втором – видеоизображения, полученные при проведении видеомикроларингостробоскопии пациентам, проходящим курс лечения в ЛОР-клинике. Базовыми знаниями, необходимыми для выполнения задания, является материал, усвоенный студентами при изучении нормальной, топографической и патологической анатомии. Как правило, даже наиболее подготовленные по курсу анатомии студенты испытывают затруднения при распознавании ларингоскопической картины.

Подобная методика контроля знаний по клинической анатомии гортани позволяет активизировать познавательную деятельность, уйти от рутинного разбора темы по малопродуктивному принципу: «вопрос-ответ», обуславливает высокую степень схожести игровой ситуации с реальной практикой.

Литература:

1. Косинец, А.Н. Инновационное образование – главный ресурс конкурентоспособности экономики государства / А.Н. Косинец // Высшая школа. – 2007. – №6. – С. 4-12.
2. Педагогика и психология высшей школы. Учебное пособие / Под ред. М.В. Булановой-Топорковой – Ростов-на-Дону. – 2002. – 544 с.

РИНОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА

Куницкий В.С., Семенов С.А.

***УО «Витебский государственный медицинский университет»
УЗ «Витебская областная клиническая больница»***

Травматизм населения за последние годы все чаще выходит за рамки медицинской проблемы, превращаясь в социальную. Переломы костей носа – наиболее часто встречаемая травма лицевого скелета и ЛОР-органов, составляют 40-43% среди переломов челю-

стно-лицевой области и от 12 до 42,8% всех переломов костей скелета. Диагностика переломов костей носа разнообразна: от рутинного оториноларингологического осмотра до рентгенографии, КТ, МРТ, ультразвукового и эндоскопического исследования.

Восстановление формы наружного носа является особенно важной задачей. Сроки проведения репозиции костей носа разнообразны: от максимально ранних – в первые часы и дни после травмы, вплоть до 4-х и более недель после травмы. Выполнение ринопластики традиционно показано при стойких посттравматических деформациях костного отдела пирамиды носа.

Цель нашего исследования – расширить показания к ринопластике при застарелых переломах костей носа.

Под нашим наблюдением находились 74 пациента в возрасте от 18 до 72 лет с застарелыми переломами костей носа, мужчин – 62, лиц женского пола – 12. Из их числа 46 была выполнена ринопластика с целью восстановления формы наружного носа, а 28 пациентами репозиции костей носа.

Для диагностики перелома костей носа нами были использованы, кроме методов оториноларингологического и эндоскопического исследования, рентгенография костей носа в боковой и прямой проекциях, компьютерная томография и ультразвуковое исследование.

Ультразвуковое сканирование костей пирамиды носа позволяет визуализировать и задокументировать результаты исследования, вместе с тем, данное исследование отличается простотой выполнения, неинвазивностью, экономичностью, непродолжительностью исследования и отсутствием ионизирующего воздействия.

Репозиция выполнялась под внутривенным обезболиванием, ринопластика – у 44 пациентов под общим интубационным наркозом и 2 пациентам выполнена под местной и проводниковой анестезией.

Результаты хирургического лечения были оценены в сроки 10 дней, 3 и 6 месяцев. В группе пациентов с застарелыми переломами костей носа, которым была выполнена репозиция костей носа, форму носа удалось восстановить лишь у 5 пациентов (17,9%), остальные пациенты отмечали только улучшение формы наружного носа. Наиболее частыми причинами отсрочки хирургического вмешательства были: наличие сопутствующей патологии, позднее обращение пациентов, длительное сохранение отека мягких тканей наружного носа.

Среди пациентов, которым была произведена ринопластика, восстановление формы носа отмечено у 44 (95,7%), у 2 пациентов

(4,3%) сохранилась умеренно выраженная деформация наружного носа, один из них был прооперирован под местной и проводниковой анестезией.

Таким образом, при застарелых переломах костей носа целесообразнее прибегать к ринопластике под общим эндотрахеальным наркозом для достижения более высокого функционального и эстетического результата.

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ГОЛОСА У ПОДРОСТКОВ С ЗАКРЫТОЙ РИНОФОНИЕЙ

Петровская Т.Г., Орлова Е.Т.

УЗ «Витебский областной диагностический центр»

Закрытая ринофония возникает при нарушении проходимости носовых ходов. Назальная обструкция различной степени выраженности повышает внутриносовое давление, поэтому в этот период голосовая терапия не оправдана. Предварительно пациенты должны быть проконсультированы у оториноларинголога с последующим курсом лечения.

Целью настоящего исследования явилась оценка роли оториноларинголога в тактике ведения больных подростков с назальной обструкцией.

За период с 1.01.10 по 31.12.10 обследовано 18 (100%) подростков с закрытой ринофонией. Кроме стандартного клинического обследования, выполняли Rtg-графию околоносовых пазух, по показаниям проводили томографию, 6 (33,3%) пациентам выполнили компьютерную томографию придаточных пазух носа, фиброриноларингоскопию, иммунологическое и аллергологическое исследование, консультации смежных специалистов.

В результате обследования выявлена следующая патология: хронический вазомоторный ринит – 4 (22,3%), хронический риносинусит – 2 (11,0%), аллергическая риносинусопатия – 3 (16,6%), гипертрофия глоточной миндалины с явлениями хронического аденоидита – 4 (22,3%), полипоз носа – 1 (5,6%), смещенная носовая перегородка – 3 (16,6%), вторичная иммунологическая недостаточность – 1 (5,6%). Сочетанная патология имела место у 15 (83,3%) больных.

Всем больным проведена противовоспалительная, десенсибилизирующая, иммунокорригирующая и местная терапия. 7 (38,9%) пациентов были направлены в стационар для хирургического лечения. После купирования симптомов назальной обструкции как после медикаментозного, так и хирургического лечения сохранялась функциональная гиперназальность. Функциональная гиперназаль-