

# Кейсы | Высшее образование | Оториноларингология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Оториноларингология | Записей: 2

## Оториноларингология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Оториноларингология

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Женщина 31 года, на приеме у врача-оториноларинголога в поликлинике по месту жительства.

#### 1.2. Жалобы

На боль в горле, больше справа, иррадиирующую в правое ухо, усиливающуюся при глотании, затруднение проглатывания слюны, затруднение при открывании рта, гнусавость голоса, повышение температуры тела до 39 градусов С, выраженную слабость.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Со слов пациентки, боль в горле появилась 2 дня назад после переохлаждения. Самостоятельно проводилось лечение (полоскание ротоглотки растворами антисептиков, рассасывание местных противовоспалительных препаратов) без выраженного эффекта, при повышении температуры тела выше 38 градусов С принимала жаропонижающие (парацетамол 500 мг 2 раза в день) с кратковременным эффектом. В анамнезе у пациентки частые ангины 2-3 раза в год с повышением температуры тела до фебрильных цифр, появлением налетов на небных миндалинах и явлениями общей интоксикации (проводилось амбулаторное консервативное лечение антибактериальными препаратами с положительным эффектом). В связи с прогрессированием симптоматики: выраженным затруднением глотания и открывания рта и ухудшением самочувствия обратилась к врачу-оториноларингологу в поликлинику по месту жительства.

#### 1.4. Анамнез жизни

- \* хронических заболеваний нет
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* аллергическая реакция на витамины группы В (крапивница)

#### 1.5. Объективный статус

- \* Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное.

Вес 62 кг, рост 169 см. Температура тела 38,30С. Кожные покровы влажные, теплые. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 78 уд/мин. ЧДД 16 в минуту

- \* Ротоглотка: Открывание рта затруднено за счет тризма жевательной мускулатуры 1 степени, слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, умеренно отечна, отмечается выраженная инфильтрация околоминдаликовой области справа, больше в области верхнего полюса небной миндалины. Правая небная миндалина смещена к средней линии. Мягкое небо отечно, язычок мягкого неба резко отечен и смещен влево. Левая небная миндалина гиперемирована, незначительно выступает из-за края передней небной дужки. Налетов нет. Задняя стенка глотки не визуализируется из-за выраженного отека. Поднижнечелюстные и передние группы

передних шейных лимфатических узлов с двух сторон и ретромандибулярные лимфатические узлы справа увеличены, плотные, болезненные при пальпации, подвижные, не спаяны с окружающими тканями.

\* Полость рта санирована, отмечает обильное слюноотделение.

\* Остальные ЛОР органы без особенностей

## 1. Аналитический этап

### 1. Вопрос

В данном случае, наиболее оптимальной тактикой для врача-оториноларинголога поликлиники будет

1. назначение эмпирической антибактериальной терапии и динамическое наблюдение пациентки амбулаторно в течение 72 часов

### 2. вызов наряда скорой медицинской помощи и срочная госпитализация пациентки в стационар оториноларингологического профиля

3. направление пациентки на анализы (клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ВИЧ, гепатиты, сифилис, биохимический анализ крови) и повторный осмотр пациентки для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения
4. назначение ирригационной терапии ротоглотки солевыми и антисептическими растворами, местных противовоспалительных препаратов, постельный режим

**Правильный ответ: вызов наряда скорой медицинской помощи и срочная госпитализация пациентки в стационар оториноларингологического профиля**

Учитывая быстрое нарастание симптоматики и прогрессирование жалоб, появление тризма жевательной мускулатуры, фебрильную температуру тела, не купирующаяся жаропонижающими препаратами и НПВС, а также данные объективного осмотра и выраженный лимфаденит, отсутствие эффекта от самостоятельного лечения, требуется госпитализация пациента в оториноларингологический стационар для проведения дальнейшей диагностики и лечения.

Клинические рекомендации при паратонзиллите (паратонзиллярном абсцессе) (2014) С. 5

## 2. Диагноз

### 2. Вопрос

Данному больному на основании данных анамнеза и данных объективного обследования можно установить диагноз

1. Герпетическая ангина
2. Злокачественное образование правой небной миндалины
3. Аденофлегмона нижней челюсти справа

### 4. Паратонзиллярный абсцесс справа

**Правильный ответ: Паратонзиллярный абсцесс справа**

Критерии диагноза:

\* Клинические данные (острое начало, быстрое прогрессирование симптоматики, фебрильная лихорадка, тризм жевательной мускулатуры и затруднение открывание рта, затруднение проглатывания слюны, гнусавость, лимфаденит более выраженный справа, явления общей интоксикации в виде выраженной слабости)

\* Данные мезофарингоскопии (слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, умеренно отечна, отмечается выраженная инфильтрация околоминдаликовой области справа, больше в области верхнего полюса небной миндалины, правая небная миндалина смещена к средней линии, мягкое небо отечно, язычок мягкого неба резко отечен и смещен влево, левая небная миндалина гиперемирована, незначительно выступает из-за края передней небной дужки, налетов нет)

\* Отсутствие патологии со стороны зубочелюстной системы (полость рта санирована, слюноотделение не затруднено)

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглоточный абсцесс. С. 4

## 4. Диагноз

### 4.1. Паратонзиллярный абсцесс справа

#### 3. Вопрос

У данной пациентки локализация паратонзиллярного абсцесса

1. латеральная (наружная)
- 2. передне-верхняя (супратонзиллярная)**
3. интратонзиллярная
4. нижняя

**Правильный ответ: передне-верхняя (супратонзиллярная)**

При передне-верхнем паратонзиллите (паратонзиллярном абсцессе) отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалины вместе с небными дужками и мягким небом к средней линии, поверхность которого напряжена и гиперемирована, язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена к средней линии.

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглоточный абсцесс. С. 3

## 3. Лечение

#### 4. Вопрос

Хирургическое лечение данного пациента подразумевает под собой

- 1. вскрытие паратонзиллярного абсцесса**
2. ревизию парафарингеального пространства справа
3. пункцию паратонзиллярного абсцесса с установкой дренажа
4. двустороннюю тонзиллэктомию

**Правильный ответ: вскрытие паратонзиллярного абсцесса**

Лечение – выбор хирургического разреза определяется локализацией воспалительного процесса в паратонзиллярной клетчатке. Операция проводится под местной аппликационной анестезией. При передне-верхнем абсцессе вскрытие проводят либо через небно-язычную дужку в типичном месте, либо в месте наибольшего выбухания.

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглоточный абсцесс. С. 4

## 5. Вопрос

После вскрытия абсцесса данному пациенту потребуется дополнительное обследование в объёме

- 1. микробиологическое исследование отделяемого из полости абсцесса**
2. ПЦР-исследование отделяемого из полости абсцесса
3. микробиологическое исследование мазка отделяемого с задней стенки глотки
4. нативная микроскопия мазка отделяемого из полости абсцесса

## **Правильный ответ: микробиологическое исследование отделяемого из полости абсцесса**

Необходимо проводить микробиологическое исследование патологического отделяемого на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам.

Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии, 2016. С. 814

## **6. Вопрос**

Консервативное лечение у данного пациента заключается в назначении

1. полосканий ротоглотки отварами растительных сборов
- 2. системных антибактериальных препаратов парентерально**
3. системных антибактериальных препаратов перорально
4. иммуномодуляторов внутрь

## **Правильный ответ: системных антибактериальных препаратов парентерально**

В комплексном лечении паратонзиллярных абсцессов применяются антибактериальные препараты. Парентеральный путь введения обусловлен затруднением глотания у пациентов с данной патологией.

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглочный абсцесс. С. 5

## **7. Вопрос**

Данному пациенту показано назначение антибактериальной терапии в объёме

1. ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день внутрь
2. кларитромицин 0,5 г 2 раза в сутки внутрь
- 3. цефтриаксон по 2 г 2 раза в день в/в**
4. метронидазол 0,5 г 3 раз в сутки в/в

## **Правильный ответ: цефтриаксон по 2 г 2 раза в день в/в**

\* Выделенные возбудители проявляют наибольшую чувствительность к таким препаратам, как амоксициллин в сочетании с клавулановой кислотой, ампициллин в сочетании с сульбактамом, цефалоспорины II-III поколений

Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии, 2016. С. 815

## **8. Вопрос**

Из местной терапии данному пациенту рекомендовано разведение краёв incisio и

1. смена дренажа в полости абсцесса
2. введение в полость абсцесса противогрибковых препаратов
3. ирригационная терапия 3% раствором перекиси водорода
- 4. ирригационная терапия растворами антисептиков**

## **Правильный ответ: ирригационная терапия растворами антисептиков**

Пациентам после вскрытия паратонзиллярного абсцесса ежедневно необходимо производить разведение краёв incisio и полоскание ротоглотки растворами антисептиков с целью улучшения оттока гнойного отделяемого и закрытия полости абсцесса

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглочный абсцесс. С. 5

## 9. Вопрос

Дополнительно, в качестве симптоматической терапии также назначают обезболивающую и терапию

1. ирригационную солевыми и щелочными растворами
2. противогрибковую

### 3. десенсибилизирующую

4. муколитическую

**Правильный ответ: десенсибилизирующую**

Уменьшение отека слизистой оболочки ротоглотки и десенсибилизация организма способствуют более быстрому разрешению острого воспалительного процесса

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглоточный абсцесс. С. 5

## 4. Вариатив

## 10. Вопрос

К физиотерапевтическим методам лечения, применяемым в качестве вспомогательных на этапе реабилитации пациентов с паратонзиллярным абсцессом, относят

1. электрофорез с хлористым кальцием на область шеи
2. токи УВЧ на область увеличенных лимфатических узлов
3. магнито-лазерную терапию слизистой оболочки ротоглотки
4. диадинамические токи на область мышц шеи

**Правильный ответ: токи УВЧ на область увеличенных лимфатических узлов**

Возможно проведение УВЧ терапии после адекватного дренирования гнойного абсцесса

Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии, 2016. С. 815

## 5. Диагноз

## 11. Вопрос

Наиболее тяжелым местным осложнением паратонзиллярного абсцесса является

1. гнойный сиаладенит
2. флегмона шеи
3. ретрофарингеальный абсцесс

### 4. гнойный медиастинит

**Правильный ответ: гнойный медиастинит**

Распространение гнойного процесса из паратонзиллярного пространства в средостение является наиболее опасным и жизнеугрожающим ввиду поражения сердечной сумки и плевры, что способствует развитию сепсиса

Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Паратонзиллярные абсцессы. Парафарингеальные абсцессы. Заглоточный абсцесс. С. 9

## 6. Лечение

## 12. Вопрос

После разрешения паратонзиллярного абсцесса рекомендуется провести

1. системную антибактериальную терапию двумя препаратами широкого спектра действия длительным курсом в течение 14 дней
2. курсы промывания лакун небных миндалин 2 раза в год
3. динамическое наблюдение пациента до развития второго эпизода паратонзиллярного абсцесса с целью проведения абсцесстонзиллэктомии

**4. двустороннюю тонзиллэктомию через 1 месяц**

**Правильный ответ: двустороннюю тонзиллэктомию через 1 месяц**

Наличие эпизода паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса является абсолютным показанием для проведения двусторонней тонзиллэктомии

Пальчун В.Т. Национальное руководство по оториноларингологии, 2016. С. 816

# Оториноларингология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Оториноларингология

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Больная К, 38 лет на приеме у врача-оториноларинголога в поликлинике по месту жительства.

### 1.2. Жалобы

на

- \* затруднение носового дыхания,
- \* выделения слизисто - гнойного характера из обеих половин полости носа,
- \* головную боль,
- \* повышение температуры тела до 38,5°C,
- \* снижение обоняния,
- \* боль в области верхней челюсти с 2-х сторон.

### 1.3. Анамнез заболевания

Болеет 5 дней. Заболевание связывает с переохлаждением. Находится на лечении у терапевта. Терапевтом рекомендовано обильное питье, сосудосуживающие капли в нос, туалет носа раствором морской соли, найз по 1 т 2 раза в день, назначено УВЧ на область носа.

### 1.4. Анамнез жизни

- \* Хронических заболеваний нет.
- \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- \* Профессиональных вредностей не имеет.
- \* Аллергических реакций не отмечала.

### 1.5. Объективный статус

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,0°C. При наружном осмотре кожа наружного носа и лица физиологической окраски, отеков нет. При пальпации стенок околоносовых пазух отмечается умеренная болезненность в проекции верхнечелюстной пазухи слева. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, резко отечна, носовые ходы сужены, в среднем и общем носовых ходах слизисто - гнойное отделяемое. Остальные ЛОР органы без особенностей.

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

1. рентгенографию носоглотки в боковой проекции
2. заднюю риноскопию

### 3. рентгенографию околоносовых пазух в носо-подбородочной проекции

### 4. КТ околоносовых пазух

5. переднюю риноскопию
6. МРТ головы и шеи

**Правильные ответы: рентгенографию околоносовых пазух в носо-подбородочной проекции; КТ околоносовых пазух**

В типичной ситуации выявление утолщенной слизистой оболочки ОНП, горизонтального уровня жидкости или тотального снижения пневматизации пазухи считают признаком синусита. Однако в некоторых случаях интерпретация рентгенограмм может представлять определенные сложности, например, при наложении окружающих костных структур или гипоплазии пазухи.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 2, пункт 2.4.

КТ не только позволяет установить характер и распространенность патологических изменений, но и выявляет причины и индивидуальные особенности анатомического строения полости носа и ОНП, приводящие к развитию и рецидивированию синусита. КТ позволяет визуализировать структуры, которые не видны при обычной рентгенографии: также как рентгенография он не позволяет отличить вирусное воспаление от бактериального, а изменения в ОНП на КТ отмечаются у 87% больных с респираторными вирусными инфекциями.

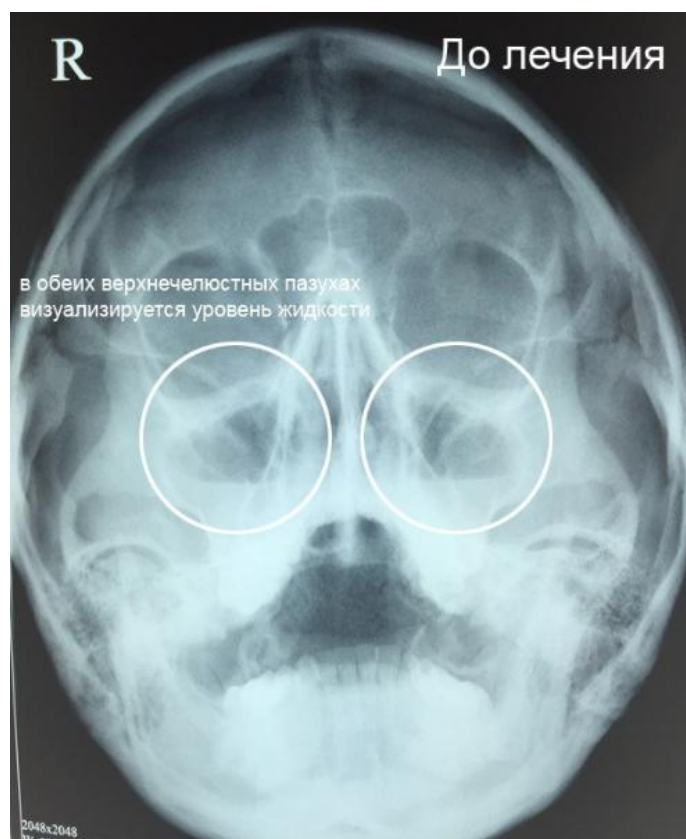
Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 2, пункт 2.4.

### 3. Результаты обследования

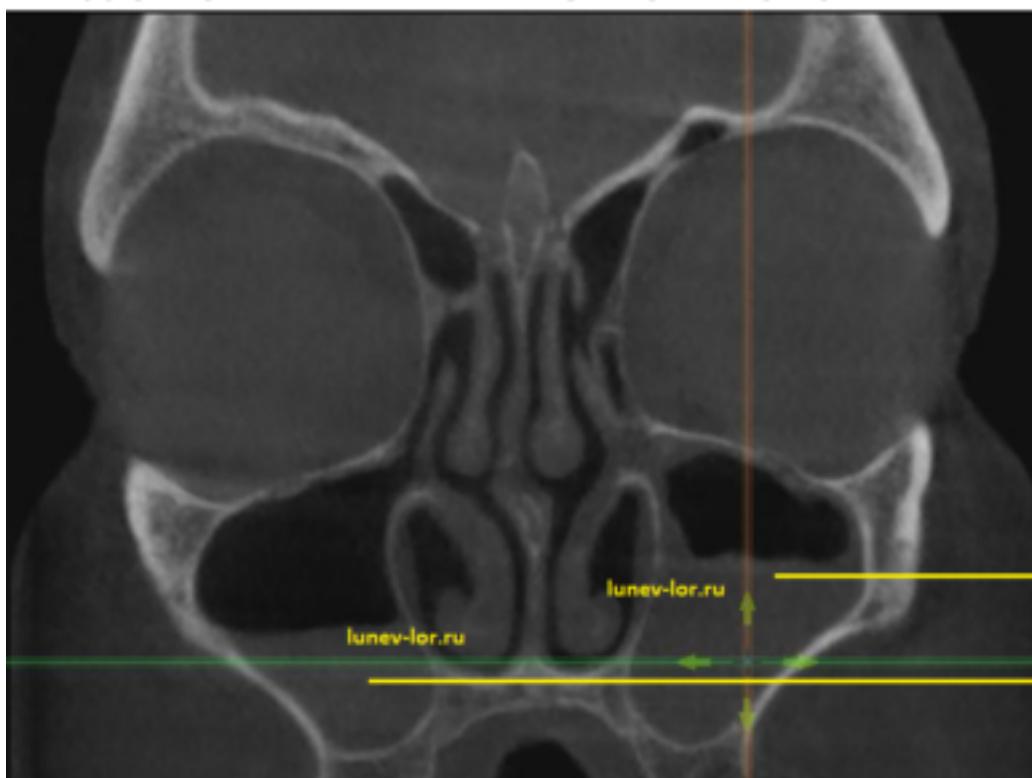
#### 3.1. Рентгенография околоносовых пазух в носо-подбородочной проекции



Рентгенография околоносовых пазух в носо-подбородочной проекции

#### 3.2. КТ околоносовых пазух





КТ околоносовых пазух

### 3.3. Рентгенография носоглотки в боковой проекции



Рентгенография носоглотки в боковой проекции

### 3.4. Передняя риноскопия



Передняя риноскопия

## 2. Диагноз

### 2. Вопрос

На основании жалоб, данных анамнеза, клинического осмотра и инструментальных методов обследования данному больному можно поставить диагноз Острый

**1. верхнечелюстной синусит с 2 х сторон. Искривление перегородки носа**

2. правосторонний фронтит

3. правосторонний сфеноидит. Вазомоторный ринит

4. этмоидит. Гипертрофический ринит

**Правильный ответ: верхнечелюстной синусит с 2 х сторон. Искривление перегородки носа**

Критерии диагноза:

Клинические данные (затруднение носового дыхания, выделения слизисто - гнойного характера из обеих половин полости носа, головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C, снижение обоняния, боль в области верхней челюсти с 2х сторон).

Отсутствие данных за альтернативные диагнозы (консультация врачом-стоматологом).

Данные передней риноскопии (слизистая оболочка полости носа гиперемирована, резко отечна, носовые ходы сужены, в среднем и общем носовых ходах слизисто - гнойное отделяемое. Остальные ЛОР органы без особенностей).

Данные рентгенографии: горизонтальный уровень жидкости в правой и левой в/ч пазухе.

(1)

Клинические рекомендации МЗ РФ Острый синусит, 2016 год, раздел 2, пункт 2.1., 2.2., 2.4.

## 5. Диагноз

### 5.1. Острый верхнечелюстной синусит с 2 х сторон. Искривление перегородки носа

#### 3. Вопрос

У данного пациента \_\_\_\_ форма заболевания

1. тяжелая
2. персистирующая

#### 3. среднетяжелая

4. легкая

**Правильный ответ: среднетяжелая**

Согласно условию задачи: температура тела не выше 38С, выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, снижение обоняния), ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 1, пункт 1.5.

## 3. Лечение

#### 4. Вопрос

Консервативное лечение у данной пациентки заключается в приеме внутрь

1. иммуномодуляторов
2. антагонистов лейкотриеновых рецепторов
3. системных глюкокортикостероидов

#### 4. системных антибактериальных препаратов

**Правильный ответ: системных антибактериальных препаратов**

Антибактериальная терапия показана при среднетяжелой, тяжелой форме острого синусита, исходя из предполагаемого ведущего бактериального возбудителя или их комбинации.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.1.

## 5. Вопрос

Пациентке показано назначение

1. амоксициллина/клавулановой кислоты 0,775/0,125 г 2 раза в сутки 7 - 10 дней
2. метронидазола 0,5 г 3 раза в сутки
3. ципрофлоксацина 500 мг 2 раза в день
4. кларитромицина 0,5 г 2 раза в сутки

**Правильный ответ: амоксициллина/клавулановой кислоты 0,775/0,125 г 2 раза в сутки 7 – 10 дней**

В данном случае предпочтение в назначении антибактериального препарата, должно отдаваться препаратам, обладающим быстрыми бактерицидными эффектами воздействия.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.1.

## 6. Вопрос

Из местной терапии пациентке рекомендовано проведение

1. терапии с препаратами микронизированной целлюлозы
2. терапии антагонистами гистаминовых H1-рецепторов

### 3. элиминационно-ирригационной терапии

4. ингаляций препаратами на основе масляных капель

**Правильный ответ: элиминационно-ирригационной терапии**

Промывание полости носа изотоническими солевыми растворами для элиминации вирусов и бактерий включено в лечение острых риносинуситов как отечественными, так и зарубежными рекомендательными документами.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.1.

## 7. Вопрос

Промывание полости носа для частичной разгрузки соустьев околоносовых пазух у данной пациентки необходимо проводить

1. минеральной водой
2. изотоническим раствором
3. гипотоническим раствором

### 4. гипертоническим раствором

**Правильный ответ: гипертоническим раствором**

За счет явления осмоса при промывании полости носа гипертоническими растворами возможна частичная разгрузка соустьев. Для этих целей могут быть использованы слабые гипертонические растворы морской воды. Следует, однако, помнить, что эти препараты необходимо применять только в остром периоде и максимальная продолжительность лечения составляет согласно инструкциям по применению 5–7 дней.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.1.

## 8. Вопрос

Временной интервал использования пациенткой данной терапии составляет +\_\_\_\_\_+ дня/дней

1. 1-2
2. 10-15

**3. 5-7**

4. 30

**Правильный ответ: 5-7**

За счет явлений осмоса при промывании полости носа гипертоническими растворами возможна частичная разгрузка соустьев. Для этих целей могут быть использованы слабые гипертонические растворы морской воды. Следует, однако, помнить, что эти препараты необходимо применять только в остром периоде и максимальная продолжительность лечения составляет согласно инструкциям по применению 5-7 дней.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.1.

## 9. Вопрос

Данной пациентке в качестве дополнительного лечения показано проведение

**1. диагностической пункции верхнечелюстных пазух**

2. установки катетера в синус на срок 5-7 суток
3. трепанопункции синуса
4. правосторонней эндоскопической гайморотомии

**Правильный ответ: диагностической пункции верхнечелюстных пазух**

В некоторых случаях пункция и промывание пораженной пазухи позволяют ликвидировать блокаду ее естественного соустья. Считают, что регулярное удаление экссудата при гнойном синусите защищает от протеолиза факторы местного иммунитета и в 2-3 раза повышает содержание иммуноглобулинов и комплемента в пораженной пазухе, стимулируя механизмы местной антибактериальной защиты.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.2.

## 10. Вопрос

Из группы муколитических препаратов пациентке следует рекомендовать препараты

1. бромгексина гидрохлорида
2. амброксола гидрохлорида

**3. ацетилцистеина**

4. карбоцистеина

**Правильный ответ: ацетилцистеина**

Только вещества, содержащие свободные SH-группы, способны оказывать прямое муколитическое действие и за счет прямого действия на слизь обладают наиболее быстрым муколитическим эффектом. Ацетилцистеин\*\* обладает прямым муколитическим эффектом, разрывая цепочки мукопротеиновой слизи. Помимо прямого муколитического действия ацетилцистеин обладает еще антиоксидантным, детоксикационным и противовоспалительным эффектами, что важно при лечении синусита. Препараты ацетилцистеина входят в современные российские стандарты терапии острых и хронических синуситов.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.1

## 11. Вопрос

К критериям эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала относят

1. нормализацию рентгенологической картины, а также нормализацию данных бактериологического исследования отделяемого из придаточной пазухи носа
- 2. положительную динамику основных симптомов синусита и общего состояния больного**
3. отсутствие патологии на ультразвуковом исследовании (УЗИ) околоносовых пазух
4. нормализацию показателей развернутого клинического анализа крови и общего анализа мочи, а также основных показателей биохимического анализа крови

**Правильный ответ: положительную динамику основных симптомов синусита и общего состояния больного**

Критериями эффективности лечения являются, в первую очередь, динамика основных симптомов синусита (локальной боли или дискомфорта в проекции пораженного синуса, выделений из носа, температуры тела) и общего состояния больного. При отсутствии заметного клинического эффекта в течение трех дней, не дожидаясь окончания курса терапии, следует поменять препарат.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.1.

## 12. Вопрос

Оценку эффективности антибактериальной терапии у данной пациентки следует оценивать через

1. 5 дней
- 2. 72 часа**
3. 10 дней
4. 24 часа

**Правильный ответ: 72 часа**

При отсутствии заметного клинического эффекта в течение трех дней, не дожидаясь окончания курса терапии, следует поменять назначенную ранее терапию.

Острый синусит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016

(1)

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов «Острый синусит», 2016 г., раздел 3, пункт 3.1.