КУРСОВАЯ РАБОТА

по дисциплине «Технические методы диагностических исследований и лечебных воздействий»

Тема «Составление диагностического алгоритма по внутренним болезням. Отиты»

Содержание

Введение

1. Отит

.1 Отит и его причины

.2 Симптомы отита

.3 Течение отита

.4 Виды отита

1.5 Диагностика отита

1.6 Профилактика отита

1.7 Лечение отита

## 2. Практическая часть

2.1 Диагностический алгоритм

.2 Диагностический алгоритм при отите

Заключение

Список литературы

Введение

Отиты и их осложнениядовольно часто встречаются в любом возрасте. Например, одним из его видов - наружным - хоть раз в течение жизни болел приблизительно один из десяти человек. Он немного более распространен среди женщин, чем среди мужчин, и наиболее чисто диагностируется у пациентов в возрасте от 45 до 75 лет.

У детей это одна из самых частых проблем. Необходимо также сказать о громадном значении патологических процессов ушей для детского возраста - они вызывают не только серьезные болезненные симптомы, но и принадлежат к самым опасным болезням; кроме того, даже при наступлении выздоровления могут служить источником глухонемоты.

Целью курсовой работы является рассмотрение на современном уровне распространенности, этиологии, патогенеза и основных клинических проявлений отита. Я постараюсь отразить современные подходы к его клинической, лабораторной и инструментальной диагностике и дать обзорное представление об основных тенденциях и направлениях лечения видов отита.

1. Отит

.1 Отит и его причины

отит медицина воспалительный ухо

Отит - это воспаление различных отделов уха, проявляющееся лихорадкой, интоксикационным и болевым синдромом и в некоторых случаях нарушением слуха.

Отит может сопровождаться поражением наружного или среднего уха. Наружный отит возникает в случае проникновения инфекции через мелкие повреждения кожи, образующиеся после повреждений наружной слуховой раковины из-за механических травм и химических и термических ожогов. Основными возбудителями болезни в этом случае выступают стрептококки и стафилококки, протей, синегнойная палочка и др. К наружному отиту предрасполагает наличие у пациента сахарного диабета, подагры, гиповитаминозов и других нарушений обмена в организме.

Основной причиной среднего отита являются инфекции носоглотки, при которых возбудитель переходит по слуховой трубе в полость среднего уха. Как правило, отит в этом случае будут вызывать острые респираторные вирусы (гриппа и парагриппа, адено- и риновирус, респираторно-синтициальный вирус) и бактерии (пневмококк, пиогенный стрептококк, моракселла и гемофильная палочка). Особенно хорошо данная причина болезни реализуется у маленьких детей из-за того, что их слуховая труба короткая и широкая. Кроме того, при отите инфекция в полость среднего уха может проникнуть и снаружи в результате механического повреждения или баротравмы барабанной перепонки. Возникновению болезни способствуют хронические инфекции носоглотки (хронический тонзиллит, синусит, аденоиды).

При наружном отите воспаление вначале захватывает поверхностные слои ушной раковины, а затем может переходить на окружающие ухо ткани и даже на барабанную перепонку. В случае развития среднего отита слизистая оболочка уха воспаляется и начинает продуцировать жидкость - экссудат, который может быть как серозным (чаще при вирусных поражениях), так и гнойным (если процесс вызван бактериями). Накопление жидкости внутри среднего уха приводит к выпячиванию кнаружи барабанной перепонки и иногда к ее разрыву.

Выделяют следующие причины развития различных видов отита [1, с. 395]:

· Переход воспалительного процесса из носоглотки в глоточное устье слуховой трубы. Наиболее частые возбудители - вирусы, вызывающие ОРВИ, стрептококково-стафиллококковые ассоциации, у детей - пневмококк.

· Развитию заболевания способствует снижение неспецифической резистентности организма, местного и системного иммунитета, что часто возникает после перенесенных острых инфекций, интоксикаций, общего или местного переохлаждения, наличия в организме очагов хронической инфекции.

· У новорожденных воспалительный процесс в среднем ухе часто начинается из-за попадания околоплодной жидкости во время родов в барабанную полость через слуховую трубу - там в это время еще находятся остатки миксоидной ткани, являющиеся питательной средой для развития инфекции.

· Возможно воспаление среднего уха аллергической природы - экссудативный аллергический средний отит, воспаление слизистой оболочки без развития классических признаков острого воспаления.

· Различные виды отита являются осложениями других заболеваний - например, гриппозный отит возникает чаще во время эпидемии гриппа в результате непосредственного воздействия вируса при проникновении его в ухо из верхних дыхательных путей через слуховую трубу или гематогенным путем.

1.2 Симптомы отита

К симптомам отита относят: острая стреляющая боль в ухе, небольшоекровотечениеили истечение гноя из уха, повышение температуры тела, тошнота и рвота, особенно у маленьких детей, временная потеря слуха, чувство переполнения в ухе [2, с. 116].

При появлении первых признаков отита необходимо сразу обращаться к врачу, так как на ранней стадии процесс отита можно остановить более оперативно и с меньшими лечебными усилиями.

Кроме среднего отита также различают наружный отит и лабиринтит (воспаление среднего уха).

.3 Течение отита

За основу классификации взят острый средний отит. ОСО отличается определенной последовательностью развития патологического процесса и симптоматики. С практической точки зрения целесообразно различать три стадии типичного течения острого среднего отита [2, c. 94]. Стадия катарального воспаления - характерны жалобы на боль в ухе, повышение температуры, недомогания, слабости, снижение слуха; при осмотре выявляются втянутость, гиперемия барабанной перепонки, инъекция сосудов.. Стадия гнойного воспаления:

а) Неперфоративная - отмечается нарастание боли, недомогания, слабости, увеличение гиперемии, выраженное снижение слуха. При осмотре - выпячивание, интенсивная гиперемия барабанной перепонки.

б) Перфоративная - характерно наличие гнойного экссудата в наружном слуховом проходе, «пульсирующий рефлекс», уменьшение боли, снижение температуры, уменьшение выраженности симптомов интоксикации.Стадия разрешения процесса.

Возможные исходы:

полное выздоровление (восстановление целостности барабанной перепонки и слуховой функции)

хронизация процесса

формирование отогенных осложнений (мастоидит, тимпаногенный лабиринтит и т.д.)

Каждая стадия может проявляться соответствующей клинической симптоматикой. Между стадиями имеются различные переходы.

.4 Виды отита

Клиническая картина отита определяется преимущественной локализацией процесса, стадией заболевания, наличием факторов, отягощающих течение (сопутствующие заболевания - скарлатина, грипп, и т.д.) [3, с. 18].

· Наружный отит

Наружный отит представляет собой воспалительное заболевание ушной раковины, перепончато-хрящевого и костного наружного слухового прохода. Заболевания кожи внутренней и наружной поверхности ушной раковины в виде экземы, дерматита, рожи мало отличаются по симптомам и течению от подобных заболеваний кожи лица.

Сильная боль в ухе обусловливается тем, что под тонким слоем кожи находится весьма чувствительная надхрящница. К тому же фурункул, расположенный на одной из стенок слухового прохода, испытывает вследствие узости слухового прохода давление со стороны противоположной стенки. Боль нередко отдает в голову, зубы, шею; она усиливается при жевании вследствие передачи давления суставной головки нижней челюсти на наружный слуховой проход. Отмечается резкая болезненность при надавливании на козелок и на нижнюю стенку слухового прохода, при потягивании ушной раковины. Слуховой проход в хрящевой части суживается, в стадии созревания фурункула он почти закрывается. Слух понижается вследствие закрытия просвета слухового прохода фурункулом или гноем. Регионарные лимф, узлы припухают, болезненны. Температура несколько повышена. Фурункулы могут рассасываться; чаще после назревания они вскрываются. После прорыва боль успокаивается, самочувствие улучшается. Обычно болезнь длится несколько дней, но нередко затягивается на недели, если вслед за вскрывшимся фурункулом образуются новые. Типичные жалобы больного, болезненность при надавливании на козелок и осмотр уха позволяют поставить правильный диагноз. Часто фурункул виден у самого входа в слуховой проход; в начальных стадиях виден просвечивающий стержень, а после прорыва можно увидеть углубление на припухлости, откуда выделяется гной. Слуховой проход узок, и введение ушной воронки болезненно.

Для наружного отита характерна боль при дотрагивании до стенок слухового прохода, напр. при введении широкой ушной воронки, а также при потягивании за ушную раковину, особенно же при надавливании на козелок; характерна также боль при жевании, объясняющаяся близостью хрящевого слухового прохода к нижнечелюстному суставу.

При наружном отите выделения являются чисто гнойными, примеси слизи не бывает, т.к. в наружном ухе нет слизистой оболочки; примесь слизи в выделениях, несомненно, указывает на заболевание среднего уха.

При наружном отите резкого понижения слуха не наблюдается.

· Средний отит

Средний отит - воспаление евстахиевой трубы и барабанной полости - бывает острым и хроническим. Острое заболевание среднего уха редко бывает первичным; обычно оно представляет собой осложнение воспалительного процесса в верхних дыхательных путях или осложнение общей инфекционной болезни (скарлатины, кори, гриппа и т.д.). В зависимости от характера и течения процесса в среднем ухе различают острый катаральный средний отит, и острый гнойный средний отит.

Острый катаральный средний отит, или катар евстахиевой трубы, развивается обычно вследствие перехода острого воспалительного процесса из полости носа, носоглотки на слизистую оболочку евстахиевой трубы и ее сужения или закрытия. При закрытии евстахиевой трубы и прекращении поступления воздуха в барабанную полость давление в ней понижается, т. к. оставшийся там воздух частично всасывается капиллярами. Следующее за этим втяжение барабанной перепонки не всегда может компенсировать изменение давления при остро развивающейся непроходимости трубы, и поэтому в барабанной полости остается пониженное давление, которое вызывает кровенаполнение и расширение мелких сосудов, пропотевание плазмы крови и образование транссудата. В части случаев транссудат не образуется, закрытие трубы сопровождается только резким втяжением барабанной перепонки.

Симптомы - ощущение заложенности уха, шум в ухе и понижение слуха. Степень понижения зависит от степени инфильтрации слизистой оболочки, от количества и консистенции транссудата и оказываемого им давления на барабанную перепонку, цепь слуховых косточек и окна лабиринта. При перемене положения головы и, следовательно, перемещении транссудата часто наблюдается значительное улучшение слуха. При отсутствии транссудата понижение слуха зависит от втяжения барабанной перепонки и напряжения цепи слуховых косточек. Общее состояние больного мало нарушается: бывают лишь жалобы на ощущение тяжести в голове. Боли обычно нет или она незначительна; температура нормальная или субфебрильная. Часто больные связывают начало заболевания с попаданием воды в ухо, т.к. при перемещении транссудата у них создается впечатление, что в ухе переливается вода. Этот симптом весьма важен для диагностики. При отоскопии наряду с втяжением барабанной перепонки отмечается необычный ее цвет, который зависит от цвета просвечивающего транссудата; он бывает желтоватым, зеленоватым или красноватым. Если транссудат не заполняет всю барабанную полость, то видна граница его в виде черной или темно-серой линии; при перемене положения головы линия перемещается. Если нет транссудата, барабанная перепонка резко втягивается; рукоятка молоточка вследствие вдавления внутрь кажется укороченной; короткий отросток выпячивается вперед, более резко вырисовываются складки барабанной перепонки, световой рефлекс уменьшается или совсем исчезает.

Для среднего отита типично понижение слуха. Также характерна пульсация в ухе.

· Лабиринтит

Лабиринтит возникает как осложнение или продолжение отита среднего уха. Лабиринтит - воспаление, гнойное или негнойное, внутреннего уха (ушного лабиринта) с диффузным или ограниченным поражением периферических отделов звукового и вестибулярного анализаторов.По этиологии различают тимпаногенный, менингогенный и гематогенный лабиринтиты.

Клиническая картина зависит от локализации процесса во внутреннем ухе. В начальных стадиях заболевания отмечаютсяявления раздражения лабиринта (шум в углах, головокружение, тошнота, падение слуха, спонтанный нистагм, расстройство равновесия, рвота). Спонтанный нистагм (самопроизвольное ритмичное подергивание глазных яблок)направлен в больную сторону, когда наступает угнетение лабиринта - в здоровую сторону. Головокружение весьма различно по интенсивности. Расстройство равновесия наблюдается в покое и при движении.

При негнойном (серозном) лабиринтите патологические изменения заключаются в образовании экссудата и отека во всех мягких частях лабиринта. При благоприятном течении болезни происходит постепенная резорбцияэкссудата. Ограниченные лабиринтиты могут быть с фистулой или без нее. Фистула чаще находится на горизонтальном полукружном канале. При гнойном лабиринтите может повышаться температура тела. При диффузномгнойном лабиринтите наступает полная потеря слуха.При типичном течении болезни диагностика не сложна. Затруднения возникают в тех случаях, когда лабиринтит сопровождается осложнениями, абсцессом мозжечка,менингитом. Частичная сохранность функции кохлеарного и вестибулярного аппаратов говорит об ограниченном или серозном лабиринтите. Полное выпадение функций кохлеарного и вестибулярного аппаратовуказывает на диффузно-гнойный лабиринтит

.5 Диагностика отита

После сбора анамнеза и жалоб врач проводит отоскопию (осмотр наружного слухового прохода) при помощи рефлектора с подсветкой и других специальных инструментов.

Кроме того, врач обязательно осмотрит полость носа и ротоглотку и при необходимости назначит рентгенологическое исследование носовых и лобных пазух.

Также показан общий анализ крови, в котором выявляются признаки воспаления (ускоренное СОЭ, повышенное число лейкоцитов) [2, c. 103].

Для проверки уровня слуха назначается аудиометрия (оценка воздушной проводимости). Для определения костной проводимости пользуются камертонами.

В случае истечения гноя из наружного слухового прохода производят забор его на бактериологическое исследование, которое поможет выявить возбудителя и его чувствительность к антибиотикам.

С целью исключения опухоли уха или осложнения отита (мастоидит) назначается компьютерная томография [1, c. 399].

1.6 Профилактика отита

Предупреждение воспалительных заболеваний среднего уха (речь идет о среднем отите потому, что внутренний отит является в большинстве случаев его следствием, а наружный не имеет ярко выраженной «ушной» специфики - это воспаления и т.п. эпидермиса ушной раковины и слухового канала, сложность лечения которых заключается в большой степени в их локализации)предполагает устранение или ослабление влияния тех факторов, которые способствуют возникновению острого среднего отита и его переходу в хронический [5].

У грудных детей уровень естественной резистентности находится в прямой зависимости от способа кормления. С грудным молоком ребенок получает вещества, обеспечивающие неспецифическую гуморальную защиту, например лизоцим, иммуноглобулины, что очень важно для адаптации ребенка к условиям внешней среды. Поэтому важной мерой профилактики простудных заболеваний и средних отитов является вскармливание ребенка грудным материнским молоком. Частота острого среднего отита у детей до недавнего времени была обусловлена детскими инфекционными заболеваниями. Благодаря проведению массовой специфической профилактики в настоящее время удалось добиться снижения заболеваемости детей такими инфекциями, как корь и скарлатина. На заболеваемость отитом детей и взрослых влияют и ряд других факторов.

Высокая распространенность респираторных вирусных инфекций, снижающих мукоцилиарную активность респираторного эпителия, включая эпителий слуховой трубы, подавляющих местную иммунную защиту Широкое, часто бессистемное и необоснованное применение антибиотиков, что приводит к появлению резистентных штаммов возбудителей и одновременно нарушает естественные защитные реакции организма.

Сенсибилизация организма и извращение механизмов местной и общей иммунной защиты при употреблении в пищу продуктов, содержащих консерванты, различные синтетические добавки, а у детей - при искусственном вскармливании. - Снижение общей неспецифической резистентности в связи с гиподинамией, ограниченным пребыванием на открытом воздухе и солнце, недостаточным потреблением богатых витаминами продуктов.

Аденоиды всегда способствуют возникновению и хронизации острого среднего отита, поэтому целесообразна своевременная аденотомия. Устранение неблагоприятного влияния указанных факторов позволяет снижать частоту воспалительных заболеваний среднего уха. В частности, появились методы специфической профилактики гриппа и острых респираторных заболеваний (инфлювак, ИРС-19, имудон и др.), проводится активная санация верхних дыхательных путей, получают распространение методы адекватного лечения острых респираторных заболеваний без системных антибиотиков.

.7 Лечение отита

Современные подходы к лечению отита [1, с. 423]:

. Устранение факторов риска отита

Факторы риска:

Средний отит редко развивается, как самостоятельное заболевание. В подавляющем числе случаев является осложнением заболеваний других ЛОР-органов воспалительного характера. Выделяют общие и местные факторы, увеличивающие риск развития отита.

а) Местные факторы риска развития среднего отита

Воспалительные и аллергические заболевания носа и носоглотки вызывают отек слизистой, приводя к ухудшению проходимости евстахиевых труб. Микробы, попадающие из очага воспаления в среднее ухо, увеличивают риск развития гнойного отита. К группе местных факторов риска относятся и состояния после хирургических вмешательств в носоглотке и носовой полости, сопровождающиеся ухудшением проходимости евстахиевых труб.

Отит чаще развивается у детей, что обусловлено особенностями анатомического строения детского среднего уха. Евстахиева труба у детей уже, чем у взрослых, поэтому увеличивается вероятность нарушений ее проходимости. У детей часто увеличиваютсяаденоиды, сдавливающие евстахиеву трубу. Дети часто болеют ОРВИ и другими простудными заболеваниями, часто плачут и при этом активно шмыгают носом.

б) Общие факторы риска развития отита

Вероятность развития отита увеличивается при врожденных и приобретенных иммунодефицитных состояниях.

. Лечение среднего отита

а) Терапия острого среднего отита

Пациентам с острым средним отитом рекомендуют постельный режим, проводят антибактериальную терапию, при гипертермии назначают жаропонижающие. Местно применяютфизиотерапию(УВЧ, соллюкс) и согревающие компрессы. Для уменьшения болевого синдрома в ухо закапывают теплый 96% спирт (только до момента появления гноя). Если барабанная полость не дренируется самостоятельно в течение первых трех суток, показанорассечение барабанной перепонки. В случае, когда после рубцевания барабанной перепонки сохраняется снижение слуха, назначаютпродувание, УВЧ ипневматический массаж.

Также применяется по показаниям:

- эндауральный микрокомпресс по Цытовичу со спирт-глицериновой смесью (равные части 3% спиртового раствора борной кислоты и глицерина)

- антибактериальная терапия: амоксициллин 250 мг 3 раза/сут 7-10 дней, амоксициллин/ клавулановая кислота 250 мг - 3 раза/сут внутрь - 7-10 дней,

- транстемпанальное введение лекарственных средств;

- катетеризация слуховых труб с введением лекарственных препаратов;

- местно в ухо: в виде капель лекарственные средства, содержащие антибактериальный препарат, анестетик, кортикостероидный гормон

- местно в нос: протаргол (колларгол) 1-3% 2-3 капли 3 раза в день 7-10 дней

б) Хирургическое лечение острого среднего отита

- парацентез барабанной перепонки (по показаниям: отсутствие эффекта от консервативного лечения);

- антропункция;

- антротомия (по показаниям: при наличии местных осложнений).

в) Терапия хронического среднего отита

Первостепенная задача - обеспечить достаточное дренирование барабанной полости. Для этого из полости среднего ухаудаляют полипы и грануляции. Полость промывают, в нее вводят протеолитические ферменты. Пациенту назначают сульфаниламиды и антибиотики, проводят коррекцию иммунитета, санируют очаги инфекции в области ЛОР-органов. При подозрении на аллергический отит используют антигистаминные средства. Местно применяютэлектрофорез,микроволновую терапию.

При отсутствии эффекта выполняют антродренаж (формируют отверстие в области сосцевидного отростка височной кости и с последующим дренированием). Прихолестеатомах, распространении процесса на кость и внутренние структуры показано хирургическое удаление очага воспаления. Если есть возможность, звукопроводящие структуры сохраняют, если нет - выполняюттимпанопластику. При сохранном барабанном кольце возможно восстановление барабанной перепонки (мирингопластика).

Также применяется по показаниям:

- местная терапия с применением комбинированных антибактериальных ушных капель 2 раза в сутки, после удаления отделяемого из уха в течение 7 дней в качестве подготовки пациента к хирургическому вмешательству

- при холестеатоме - использование препаратов на спиртовой основе (3% р-р борного спирта) наличие признаков интоксикации и осложнений определяет парентеральное назначение антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии.

г) Хирургическое лечение хронического среднего отита

- аттикоадитотомия

- аттикоантротомии

- аттикоантромастоидотомия

- мастоидэктомия

- радикальная санирующая операция на среднем ухе

- тимпанопластика I-V типа

. Лечение внутреннего отита

Лечение внутреннего отита, в основном, симптоматическое. Для устранения тошноты и рвоты назначают противорвотные препараты (фенегран, церукал), антигистаминные средства (диазолин, супрастин, димедрол). Местно используют скополаминовые пластыри. Для уменьшения воспаления применяют стероиды (метилпреднизолон), для снятия беспокойства - седативные средства (лоразепам, диазепам). При внутреннем отите бактериальной природы показана антибиотикотерапия. Симптомы заболевания, как правило, постепенно исчезают в течение одной или нескольких недель.

При неэффективности консервативного лечения внутреннего отита проводятоперативное вмешательство: лабиринтотомию, вскрытие пирамиды височной кости и др.

После лечения проводится профилактика осложнений и дальнейшее ведение пациента.

Для острого среднего отита это:

- своевременное проведение парацентеза;

- своевременная госпитализация.

Первичная профилактика для уровня первичной медико-санитарной помощи:

- профилактика вирусных заболеваний;

- избегать попадания в уши воды (до 1 мес);

- постоянный туалет носа.

Дальнейшее ведение - наблюдение у ЛОР-врача в поликлинике в течение 6 мес, контрольная аудиометрия.

Для хронического среднего отита это:

- рациональное лечение больных экссудативным и острым средним отитом, а также устранение причин, вызывающих тубарную дисфункцию

- Скрининг. Профилактические осмотры оториноларингологом детского населения позволяют выявлять бессимптомные формы данного заболевания. При выявлении тугоухости требуется консультация сурдолога.

Дальнейшее ведение - диспансерный учет у ЛОР-врача с осмотром 2 раза в год, консультация невропатолога 1 раз в год, и сурдолога 2 раза в год.В послеоперационном периоде дальнейшее ведение пациентов проводят врачи-отоларингологи в поликлиниках и медицинских центрах.

Индикаторами эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных выше, являются:

- купирование гнойно-воспалительного процесса в полости среднего уха;

- отсутствие боли в ухе;

- восстановление слуховой функции;

- нормализация лабораторных показателей.

- отсутствие осложненных форм заболевания.

2. Практическая часть

.1 Диагностический алгоритм

Алгоритм диагностический - набор формальных правил, позволяющий на основе сведений о больном сформулировать диагноз заболевания, дать количественные или качественные оценки состояния больного. Составляется как для непосредственного использования медработниками, так и для решения диагностических задач с помощью ЭВМ. Существует несколько форм записи диагностического алгоритма для врачей (логические деревья, диагностические таблицы и др.). Такие формы представления диагностического алгоритма просты, удобны в употреблении и не требуют от медработников каких-либо специальных знаний, например, в дифференциально-диагностических таблицах диагностические алгоритмы представляются в виде наборов признаков, каждому из которых приписывается определенный вес. При наличии у больного определенных признаков их веса суммируются, а результат сравнивается с известным пороговым значением. Если сумма превышает пороговое значение, принимается решение о наличии заболевания. В противном случае предполагается, что данное заболевание отсутствует.

Чаще диагностические алгоритмы предназначаются для использования на базе ЭВМ в виде машинных программ.После введения в ЭВМ результатов обследования больного врачом диагностическое решение выносится автоматически на основе диагностического алгоритма. В этом случае говорят об автоматической (машинной) диагностике.

Автоматическая диагностика применяется также на стадиях доврачебного опроса (например, выявление групп риска при диспансеризации), при отсутствии на местах обследования квалифицированного медперсонала (например, при обслуживании небольших групп, работающих в отдаленных районах) и др. Имеется опыт создания и применения автоматизированных дистанционно-диагностических систем, когда медработник по телефону передает в диагностический центр данные экстренного обследования больного и получает от ЭВМ предполагаемый диагноз. Опыт работы дистанционно-диагностической системы «Острый живот» (Алтайский край) свидетельствует о больших возможностях машинной диагностики: по данным за 1986 год, предварительный диагноз, поставленный с помощью диагностического алгоритма, оправдывался в 85% случаев. Наилучший результат отмечался, когда медицинские работники, получив поставленный машиной диагноз, самостоятельно принимали окончательное решение (выразив согласие или несогласие с ЭВМ). В этих условиях процент правильной диагностики увеличивался до 93%.

Создание диагностического алгоритма связано с отбором и количественной оценкой информативных признаков, характеризующих состояние больного. Значения этих признаков получают в результате обследования больного путем заполнения различных анкет и вопросников или в ходе диалога обследуемого с ЭВМ, позволяющего при минимальном числе вопросов получить от обследуемого сведения, необходимые для исполнения предписаний диагностического алгоритма.

2.2 Диагностический алгоритм при отите

На схеме на рисунке 1 изображен диагностический алгоритм при отите.



Заключение

По выполнении курсовой работы мы можем сказать, что все поставленные цели были выполнены. В заключение можно сделать вывод о том, что лечение отита на современном этапе развития медицины возможно как терапевтическими, так и хирургическим методами, что в итоге приводит к тому, что в подавляющем большинстве случаев патологическое влияние заболевания на организм ликвидируется. Но лечение отита важно начинать вовремя - в этом случае вероятность полной ликвидации последствий болезни еще более повышается.

Список литературы

1. Пальчун В.Т. Оториноларингология: Руководство для врачей / В.Т. Пальчун, А.И. Крюков. - М.: Медицина, 2001.- 616с.

2. Бабияк В.И., Накатис Я.А. «Клиническая оториноларингология»: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. - СПб:Питер, 2005. - 640 с.

3. Тарасов Д.И. Заболевания среднего уха / Д.И. Тарасов, О.К. Федорова, В.П. Быкова. - М.: Медицина, 1988. - 185 с.

4. http://medmir.by/catalog/628-otit.

5. http://www.eurolab.ua/diseases/119/#prevention.