

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Волгоградский
государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра оториноларингологии

Е.Г. Шахова, Е.В. Пелих, С.Е. Козловская,
В.А. Зайцев, Г.П. Беркалиева.

«Игромоделирование в оториноларингологии»

Методические рекомендации для
преподавателей кафедры оториноларингологии
ВолГМУ

Волгоград 2018

УДК

ББК

Авт

Авторы:

Шахова Е.Г. - заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ, д.м.н., профессор

Козловская С.Е. – доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ, к.м.н.

Пелих Е.В. – ассистент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Зайцев В.А. – ассистент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Беркалиева Г.П. – ассистент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Рецензенты:

Заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России Е.В. Фомичёв.

Заведующий кафедрой «Детские инфекционные болезни» ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор Л.В. Крамарь.

Игромоделирование в оториноларингологии: учебно методическое пособие для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медико-профилактическое дело». На кафедре оториноларингологии/ Шахова Е.Г., Козловская С.Е., Пелих Е.В., Зайцев В.А., Беркалиева Г.П. – Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2018. - 28 с.:ил.

В рекомендациях представлены задачи по теме «Заболевания уха» в игровой форме для студентов 4 курса, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медико-профилактическое дело» на кафедре оториноларингологии ВолгГМУ.

Печатается по решению Центрального методического совета ВолгГМУ.

Оглавление:

| | |
|---------------------------|----|
| 1. Введение..... | 3 |
| 2. Сеты 1-19..... | 4 |
| 3. Список литературы..... | 27 |

Введение.

В последние годы интенсивно меняется культурная и образовательная ситуация в обществе, трансформируется социальный заказ системе образования. Под воздействием внешних условий и, исходя из своей онтологии, она динамично развивается. Об этом свидетельствуют инновационные тенденции и опытно-экспериментальная работа, пронизывающие всю образовательную систему.

Преподаватель находится в развивающейся культурной и образовательной среде и не должен оставаться в стороне от этих процессов, так как является их главным направляющим субъектом. Этого требует государственная политика в области образования и модернизация реформы высшей школы, сущность профессионально-педагогической деятельности. Преподаватель высшей школы, занимает ответственную гражданскую и профессиональную позиции. Взяв на себя социально-педагогическую ответственность за будущее страны, он должен качественно осуществлять свою педагогическую деятельность.

Анализ научно-педагогической и методологической литературы свидетельствует, что наиболее эффективным средством высшего образования являются методы активного обучения или игромоделирование. Широкое распространение методов активного обучения в системе высшего образования произошло в связи с большими возможностями игры в решении педагогических, дидактических, научных, практических, управленческих и других проблем. Известно, что игры способствуют лучшему формированию знаний, трансформации их в профессиональные умения, развитию сознания и личности, формированию творческого мышления и способностей человека.

Модернизация учебно-воспитательного процесса в Волгоградском государственном медицинском университете проводится с учётом требований нового Федерального государственного образовательного стандарта. Она основывается на «Концепции развития Волгоградского

государственного медицинского университета на 2013 - 2018 гг.», в которой предусмотрен синтез образования, науки и инновационной деятельности, позволяющий разрабатывать и внедрять новые образовательные технологии мирового уровня, формировать у выпускников вуза профессиональные компетенции, обеспечивающие их конкурентоспособность на международном рынке медицинских услуг.

Необходимо указать, что игры в высшей школе являются одним из важнейших элементов волевой подготовки будущих специалистов. Участвуя в них, студенты приучаются решать профессиональные задачи в сложных, близких к реальным, условиях, проходят своеобразную психологическую закалку.

Современное высшее образование должно ориентироваться на развивающуюся личность обучающегося, с формированием ценностного отношения к самостоятельной деятельности, выбору индивидуального способа ее реализации, с внедрением компетентного подхода, с формированием ключевых профессиональных компетенций и обеспечением комплекса условий для реализации инициативы в осуществлении самостоятельной работы.

Работа в малых группах является одной из самых востребованных форм аудиторной работы, так как она дает всем обучающимся (в том числе и стеснительным) возможность участвовать в работе, практиковать навыки сотрудничества, межличностного общения (в частности, умение активно слушать, вырабатывать общее мнение, разрешать возникающие разногласия). Все это часто бывает невозможно в большом коллективе. Работа в малых группах предполагает командное выполнение заданий, которое вырабатывает партнерские отношения между членами команды.

Благодаря слаженному внутри командному взаимодействию, общему командному интеллекту выполнение заданий становится успешным. Главным условием командной работы является партнерство, так как работа группой имеет такие достоинства, как возможность объединения различных

знаний и навыков для решения проблем, повышение ценности личного вклада каждого члена команды, возможность для членов команды учиться друг у друга, взаимная поддержка и взаимовыручка, возможность для членов команды вдохновлять и мотивировать друг друга, создание определенной степени независимости.

На кафедре оториноларингологии ВолгГМУ уже успешно внедрялись методы активного обучения. Используются методические рекомендации «Носовые кровотечения. Стенозы гортани. Ролевая игра». В продолжение существующим методикам, мы решили обратить внимание на возможность разработки пособия по работе с малыми группами.

Академическая группа обучающихся делится на несколько подгрупп, в зависимости от количества студентов в группе. Каждой подгруппе предлагается решение конкретной задачи: правильно и быстро составить (собрать) сет, состоящий из четырех частей - пазлов. Каждый пазл это или результат обследования, проводимого по стандартам, пациентам оториноларингологического профиля или анамнестические данные или данные рино-, фаринго-, отоскопического обследования. Сет соответствует конкретному диагнозу.

По истечению отпущенного времени один из обучающихся подгруппы должен озвучить диагноз, над которым работал его коллектив. При этом остальные обучающиеся осмысливают ответ, могут исправить или дополнить отвечающего, сделать замечание, задать вопрос. Команде предлагается доказать соответствие каждого пазла данному сету (диагнозу).

Выигрывает команда, которая дала правильный ответ, т.е. правильно собрала сет из пазлов. Также можно оценить время, потраченное каждой командой на задание.

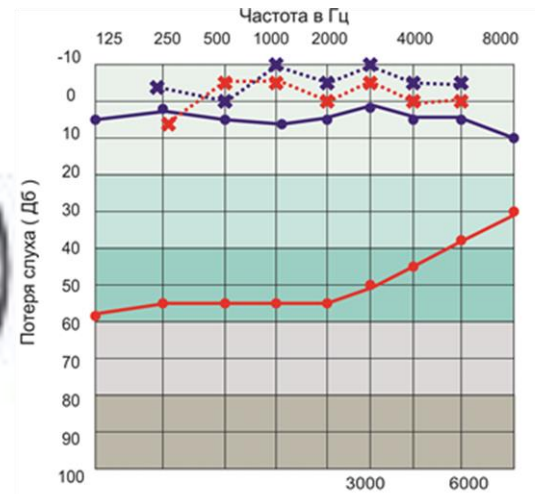
Особенностью игрового метода является то, что он имеет потенциальные возможности для осуществления развивающего эффекта в образовательной ситуации. Этот эффект выражается: во-первых, в отказе или

трансформации сложившихся ранее стереотипов профессионального мышления и осознании более широких возможностей тех понятийных средств, которые были предложены обучающимся; во-вторых, в установке на использование организационной формы, аналогичной той, которая реализовалась в игре, при решении проблем в своей практической деятельности; в-третьих, в сознательном включении в педагогическую практику критериальной базы логической оценки решения проблем в профессиональной деятельности.

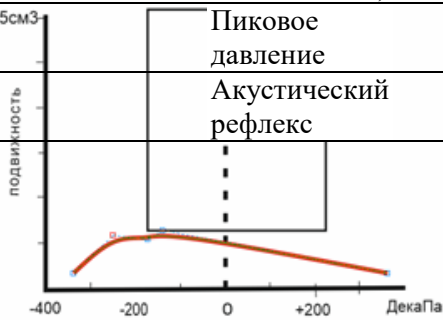
Таким образом, организация самостоятельной работы студентов в малой группе дает возможность преподавателю связать успехи или неудачи студентов, оказавшихся в одной малой группе, т. е. сделать их взаимозависимыми. Если малая группа разнородна по уровню подготовки и мотивации, то студент с достаточным уровнем мотивации и знаний ставится в ситуацию, когда он будет заинтересован в успешности всей группы. Студент с малой мотивацией и низким уровнем знаний будет поставлен в условия, при которых возникает дополнительная мотивация – не подвести группу, т. к. при этом возможна негативная реакция других членов этой группы на отношение к ним отстающего студента. Это станет для него сначала стимулом к выполнению работы, а затем и устойчивым внешним мотивом.

Применения методики работы малых групп в процессе обучения студентов на кафедре оториноларингологии Волгоградского государственного медицинского университета позволит преподавателям кафедры определить перспективные и оптимальные пути развития педагогического профессионализма нового типа.

1. Экссудативный средний отит слева (2ст.).



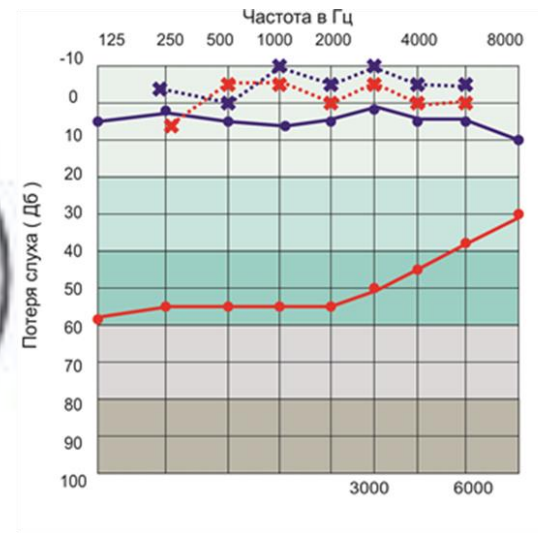
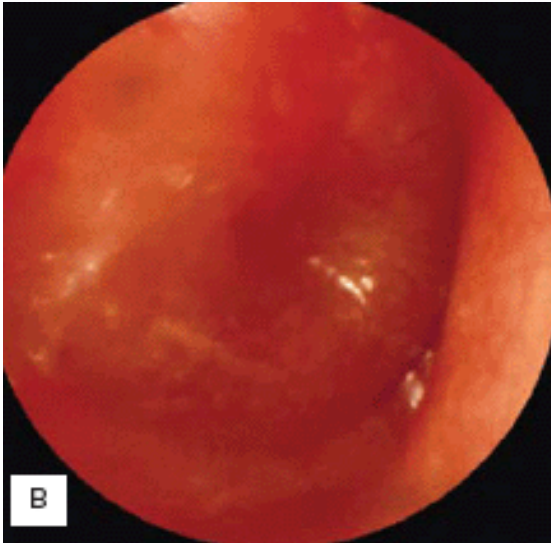
| | |
|--|----------------------|
| ESV(Объём наружного слухового прохода) | 1,0 см ³ |
| Gradient (Градиент) | отсутствует |
| РЕАК (Пик подвижности) | nP |
| 1,5см ³ | Пиковое давление |
| подвижность | Акустический рефлекс |



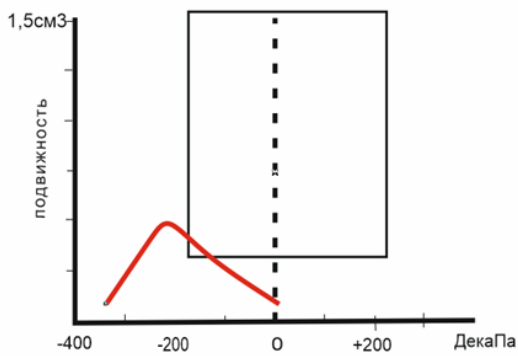
Из анамнеза:

7 дней был насморк, появилось чувство заложенности в левом ухе, снижение слуха слева.

2. Острый катаральный средний отит справа.

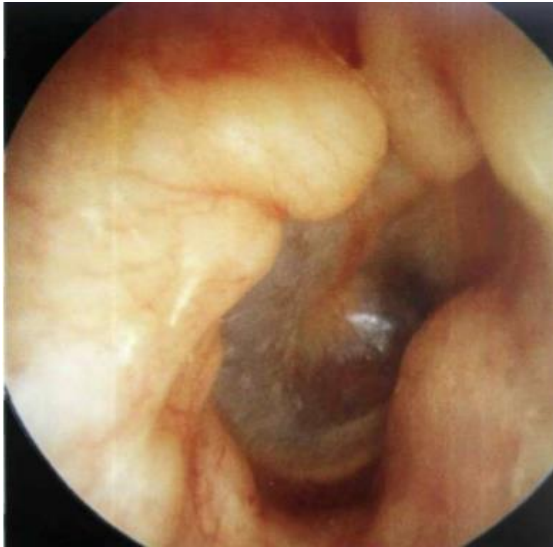


| | |
|--|---------------------|
| ECV(Объём наружного слухового прохода) | 1,0 см ³ |
| Gradient (Градиент) | 135 daPa |
| PEAK (Пик подвижности) | 0,4 см ³ |
| Пиковое давление | -195 daPa |
| Акустический рефлекс | нет |

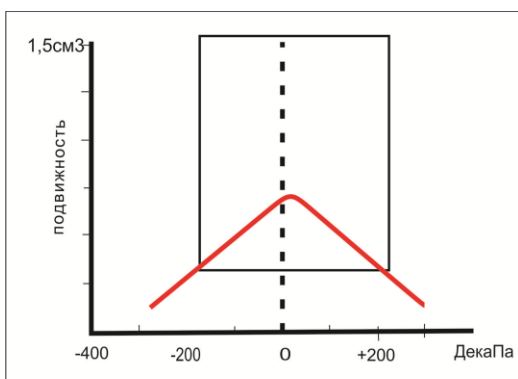


Лор осмотр выявляет гиперемия слизистой оболочки в носоглотке, ротоглотке, гиперемия барабанной перепонки справа.

3. Экзостоз наружного слухового прохода справа.

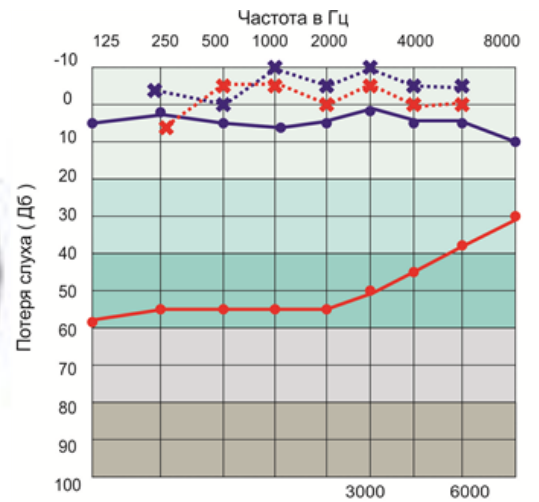
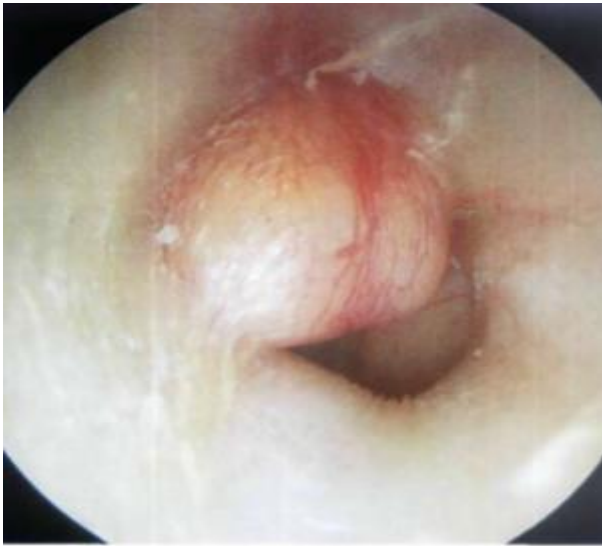


| | |
|--|---------------------|
| ECV(Объём наружного слухового прохода) | 0,3 см ³ |
| Gradient (Градиент) | 135 daPa |
| PEAK (Пик подвижности) | 0,4 см ³ |
| Пиковое давление | 0 daPa |
| Акустический рефлекс | нет |



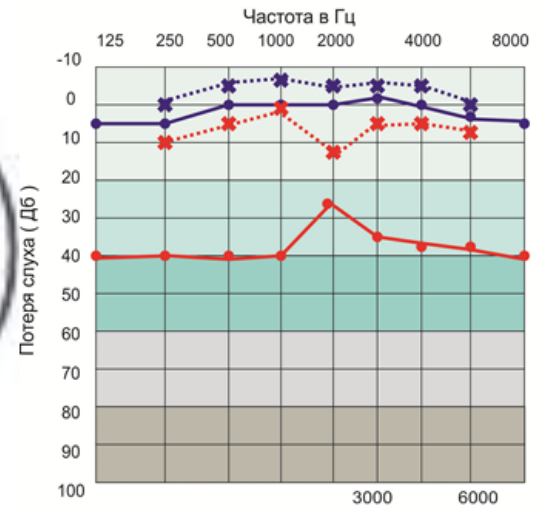
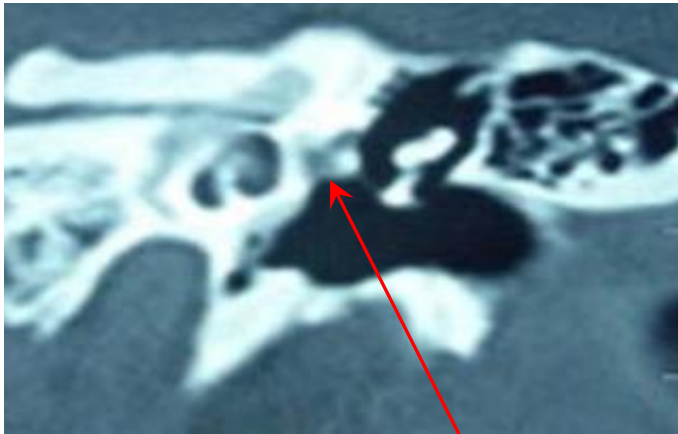
**Из анамнеза жизни пациента:
профессионально занимается
дайвингом более 10 лет.**

4. Опухоль среднего уха. Карцинома.

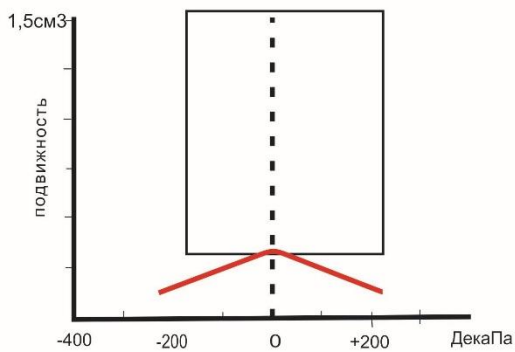


Пациент жалуется на потерю слуха и боли в ухе в течение 3 месяцев. Отоскопически в наружном слуховом проходе образование. Видимая часть барабанной перепонки лишена прозрачности, просвечивается белесоватая масса.

5. Отосклероз.

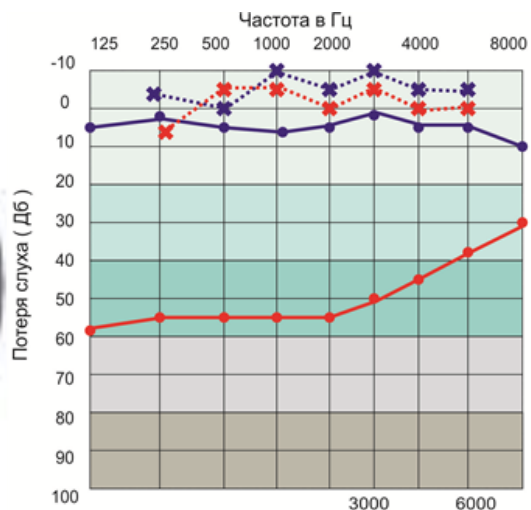


| | |
|--|---------------------|
| ECV(Объём наружного слухового прохода) | 1,0 см ³ |
| Gradient (Градиент) | 100 daPa |
| PEAK (Пик подвижности) | 0,2 см ³ |
| Пиковое давление | 0 daPa |
| Акустический рефлекс | нет |

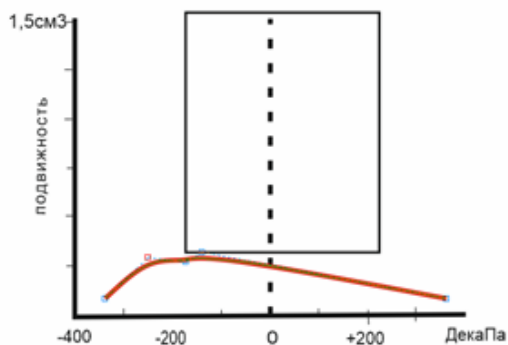


Для диагностики данного заболевания используют денситометрические исследования капсулы лабиринта. При анализе плотности капсулы улитки у больных выявляются следующие цифры: от + 1500 до + 300 ед. Н (в норме + 2000 - +2200 ед. Н - единицы Hounsfield).

6. Острый средний отит слева (буллезный отит).

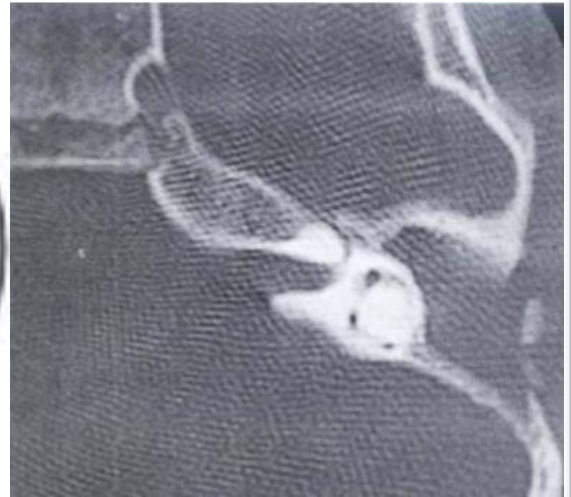


| | | |
|------------------------------|-----------|---------------------|
| ECV(Объём слухового прохода) | наружного | 1,0 см ³ |
| Gradient (Градиент) | | отсутствует |
| PEAK (Пик подвижности) | | nP |
| Пиковое давление | | нет данных |
| Акустический рефлекс | | нет |

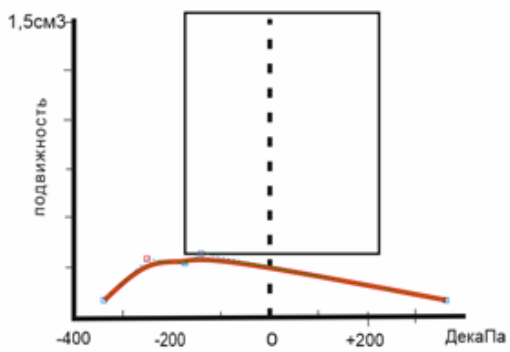


Во время ЛОР осмотра выявлена яркая гиперемия слизистой оболочки полости носа, глотки, слизистые выделения из носа в носоглотку, гиперемия, экстравазаты барабанной перепонки слева.

7. Хронический гнойный средний отит, полип в наружном слуховом проходе.

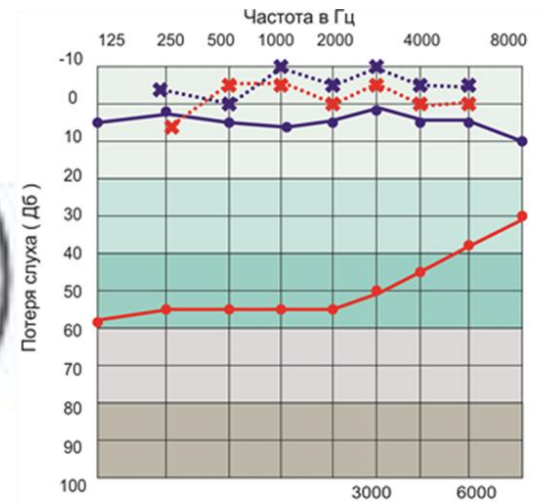


| | |
|--|---------------------|
| ECV(Объём наружного слухового прохода) | 0,5 см ³ |
| Gradient (Градиент) | отсутствует |
| PEAK (Пик подвижности) | nP |
| Пиковое давление | нет данных |
| Акустический рефлекс | нет |



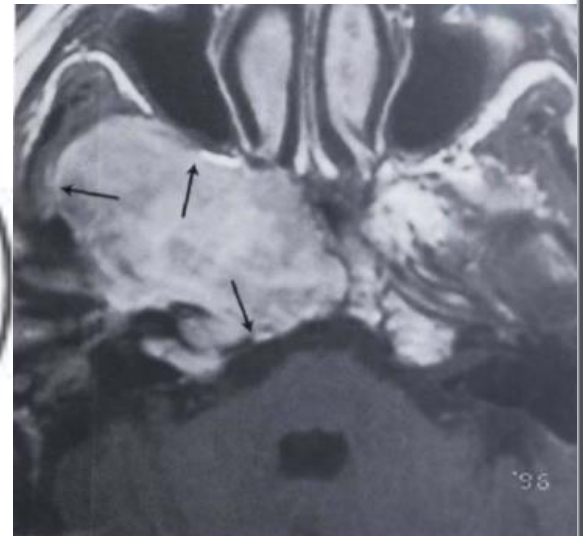
Из анамнеза: периодически беспокоят гнойные выделения из уха в течение 5 лет.

8. Гломусная опухоль слева.

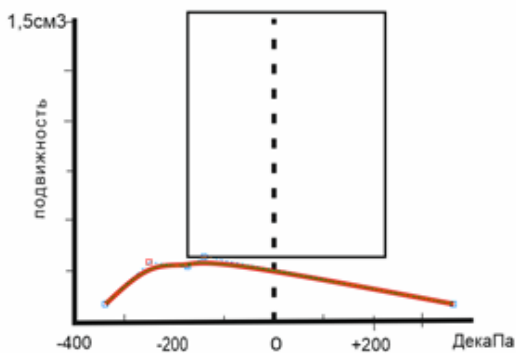


«Шум в ушах пульсирующего характера» - ведущий симптом данного заболевания.

9. Экссудативный средний отит и новообразование средней черепной ямки.

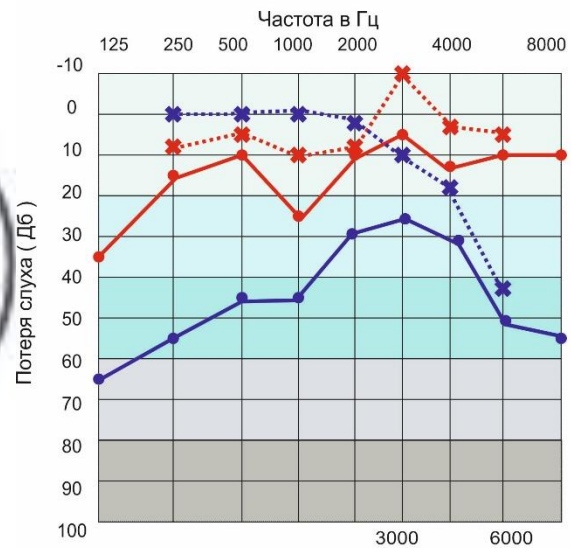


| | | |
|------------------------------|-----------|---------------------|
| ECV(Объём слухового прохода) | наружного | 1,0 см ³ |
| Gradient (Градиент) | | отсутствует |
| PEAK (Пик подвижности) | | nP |
| Пиковое давление | | нет данных |
| Акустический рефлекс | | нет |

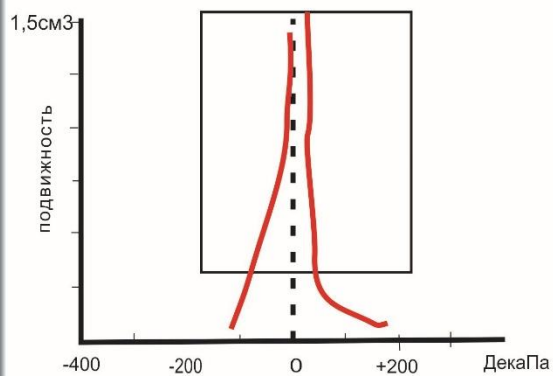


Пациентка предъявляла жалобы на боли в ухе, снижение слуха. Осмотрена неврологом: невралгия тройничного нерва, диплопия в течение 1 месяца.

10. Тимпаносклероз справа.

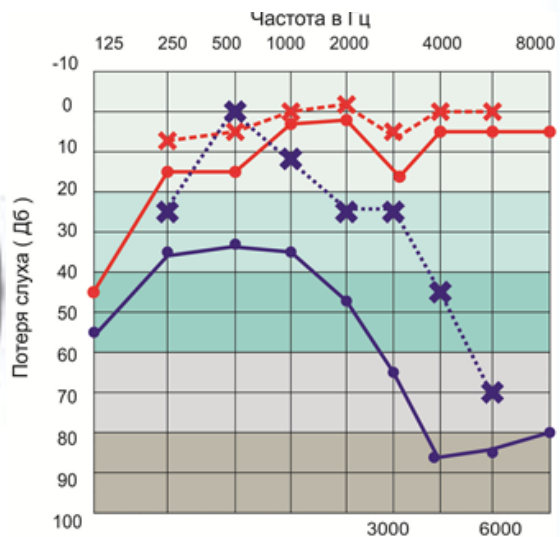
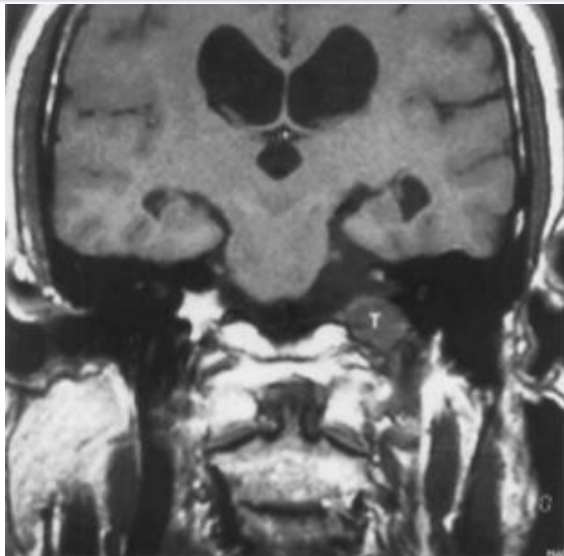


| | |
|--|---------------------|
| ЕСV(Объём наружного слухового прохода) | 1,2 см ³ |
| Gradient (Градиент) | 50 daPa |
| РЕАК (Пик подвижности) | 1,9 см ³ |
| Пиковое давление | 0 daPa |
| Акустический рефлекс | нет |

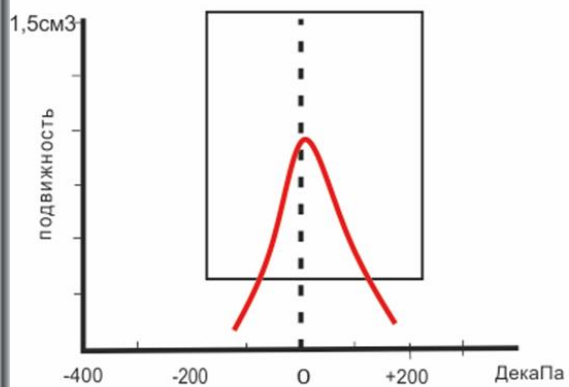


Лор осмотр выявляет искривление носовой перегородки с выраженной назальной обструкцией.

11. Невринома VIII пары черепно-мозговых нервов.



| | |
|--|---------------------|
| ECV(Объём наружного слухового прохода) | 1,0 см ³ |
| Gradient (Градиент) | 100 daPa |
| РЕАК (Пик подвижности) | 1,0 см ³ |
| Пиковое давление | 0 daPa |
| Акустический рефлекс | нет |

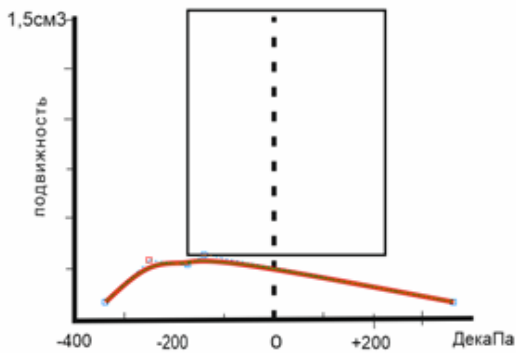


Опухоль представляет собой патологическое образование оболочки нервов.

12. Холестериновая гранулёма.

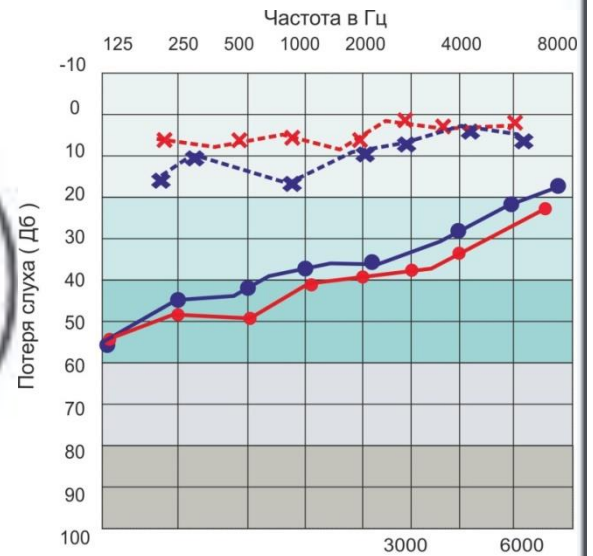


| | | |
|------------------------------|-----------|---------------------|
| ЕСV(Объём слухового прохода) | наружного | 1,5 см ³ |
| Gradient (Градиент) | | отсутствует |
| PEAK (Пик подвижности) | | nP |
| Пиковое давление | | нет данных |
| Акустический рефлекс | | нет |

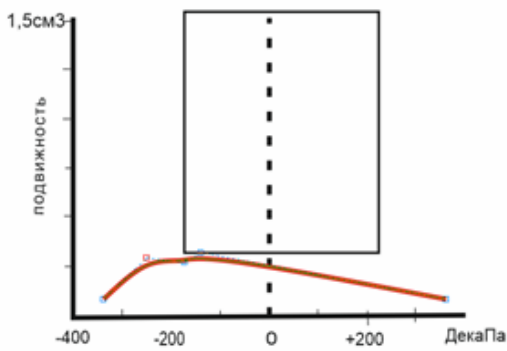


Холестериновые гранулемы – достаточно большая редкость. Они представляют собой скопление желеобразного вещества, заполняющего сосцевидный отросток и среднее ухо в результате кровоизлияния в эти участки. Материал, который образуется после кровоизлияния, имеет синевато-черный оттенок. Поскольку природа этого вещества органическая, оно трансформируется в клейкую и твердую субстанцию, приводя к повреждению структуры среднего уха. Обычно проблема решается путем хирургического иссечения с дренированием. Специальные трубки вставляются в барабанную перепонку и остаются в течение длительного времени, чтобы препятствовать повторному появлению холестериновой гранулемы

13. Адгезивный отит.



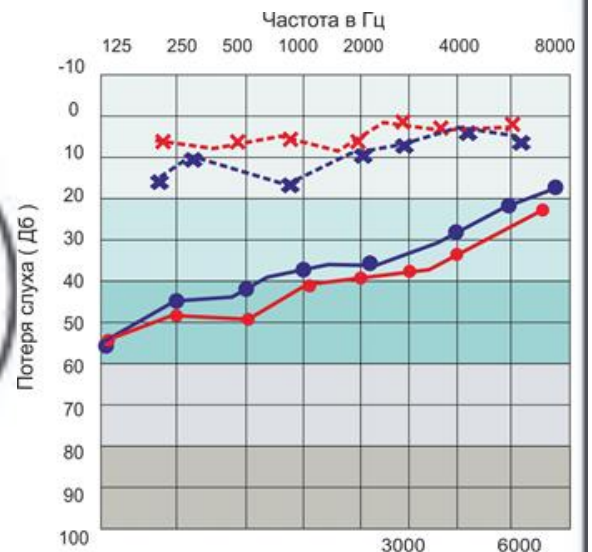
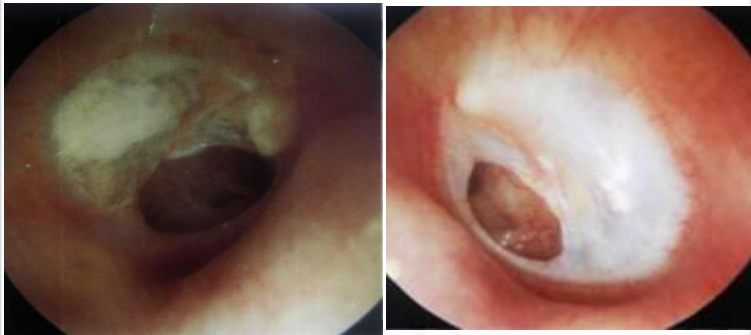
| | | |
|------------------------------|-----------|---------------------|
| ECV(Объём слухового прохода) | наружного | 1,5 см ³ |
| Gradient (Градиент) | | отсутствует |
| PEAK (Пик подвижности) | | nP |
| Пиковое давление | | нет данных |
| Акустический рефлекс | | нет |



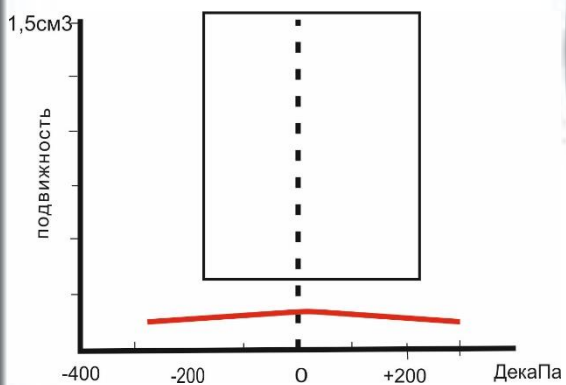
Адгезивный отит. Ретракционный карман в эптитимпануме.

Барабанная перепонка тонкая и атрофичная находится на промоториуме.

14. Хронический гнойный средний отит.



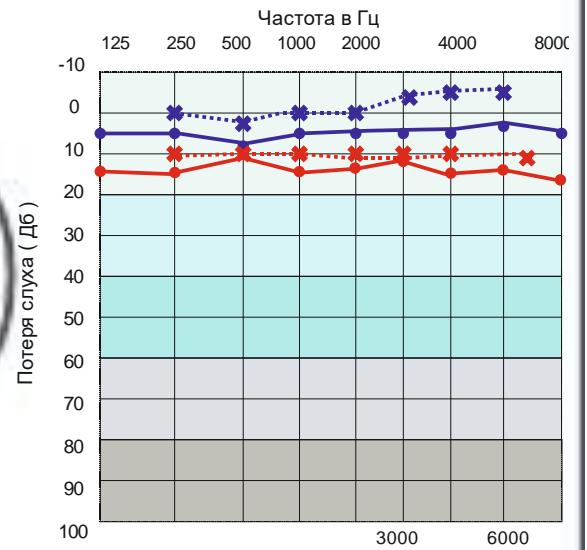
| | | |
|------------------------------|-----------|---------------------|
| ЕСV(Объём слухового прохода) | наружного | 3,5 см ³ |
| Gradient (Градиент) | | нет данных |
| РЕАК (Пик подвижности) | | нет данных |
| Пиковое давление | | нет данных |
| Акустический рефлекс | | нет |



С детства беспокоят периодически выделения из ушей, снижен слух.

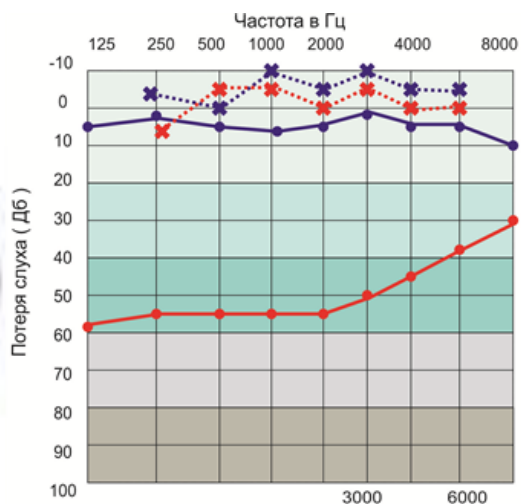
Ш.Р. 2 м.

15. Хронический гнойный средний отит. Холестеатома.

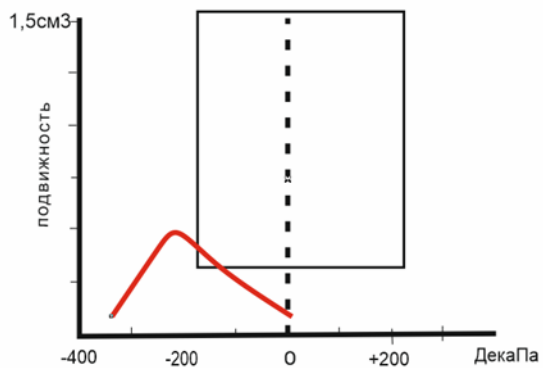


Из анамнеза: периодически беспокоят выделения из уха. Снижения слуха пациент не отмечает.

16. Врожденная холестеатома.

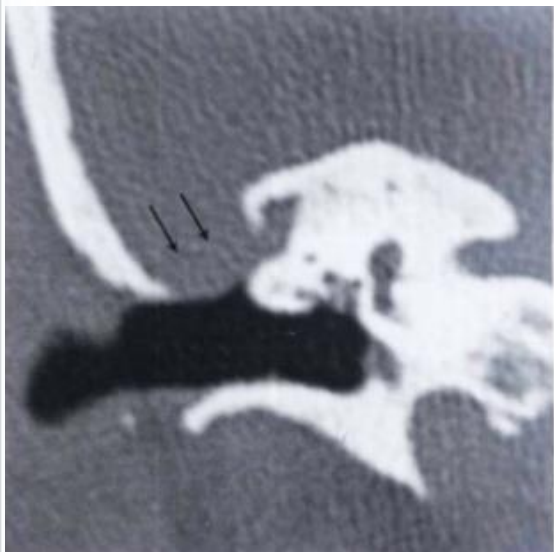
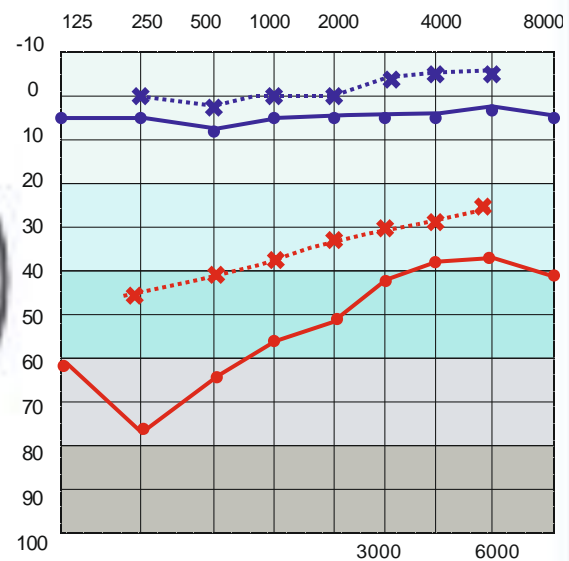


| | |
|--|---------------------|
| ECV(Объём наружного слухового прохода) | 1,0 см ³ |
| Gradient (Градиент) | 135 daPa |
| PEAK (Пик подвижности) | 0,4 см ³ |
| Пиковое давление | -195 daPa |
| Акустический рефлекс | нет |



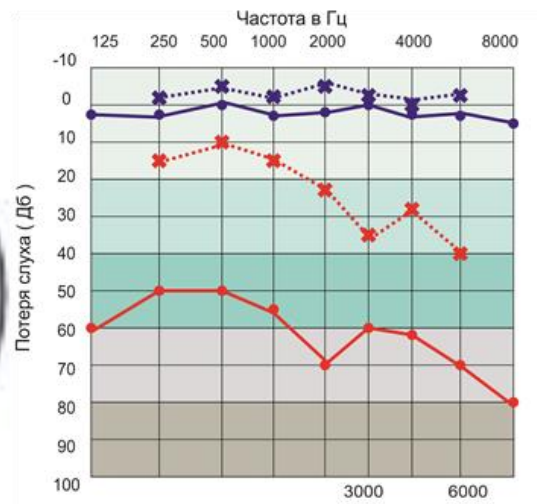
Из анамнеза: снижение слуха без эпизодов оторреи.

17. Менингоцеле после операции на ухе.

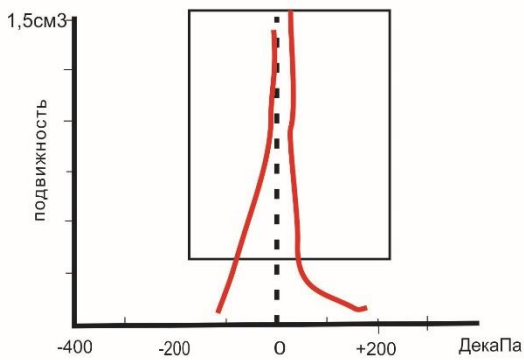


Из анамнеза: год назад перенёс операцию на ухе.

18. Стапедопластика. Экструзия протеза.

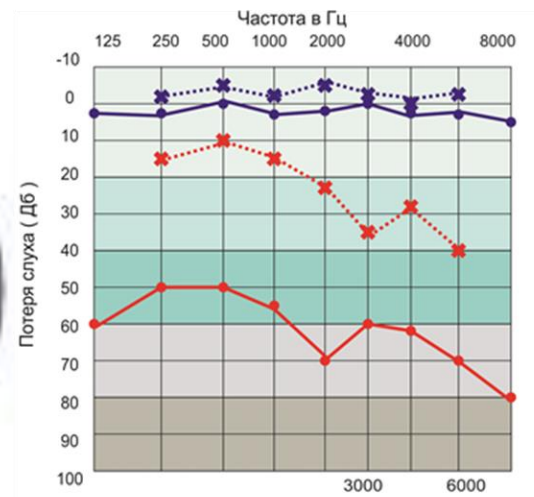
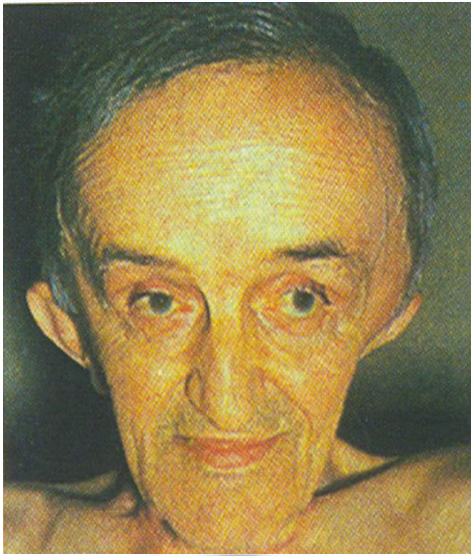


| | |
|--|---------------------|
| ECV(Объём наружного слухового прохода) | 1,2 см ³ |
| Gradient (Градиент) | 50 daPa |
| PEAK (Пик подвижности) | 1,9 см ³ |
| Пиковое давление | 0 daPa |
| Акустический рефлекс | нет |

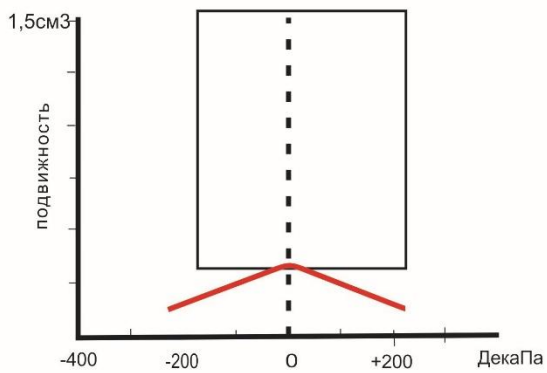


В анамнезе слухоулучшающая операция.

19. Болезнь Педжета.



| | | |
|------------------------------|-----------|---------------------|
| ЕСV(Объём слухового прохода) | наружного | 1,0 см ³ |
| Gradient (Градиент) | | 100 daPa |
| РЕАК (Пик подвижности) | | 0,2 см ³ |
| Пиковое давление | | 0 daPa |
| Акустический рефлекс | | нет |



Проявляется в среднем возрасте деформирующим остеитом костей черепа и конечностей.