

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской
Федерации

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛОР - ОРГАНОВ

(Методические разработки)

Иваново 2011

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской
Федерации

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛОР - ОРГАНОВ

(Методические разработки)

Иваново 2011

Методические разработки составили: Е.В. Борзов, С.Б. Лопатин, А.С. Власова

Методические разработки рассчитаны на студентов различных факультетов медицинских ВУЗов и содержат принципиальные указания по этапному формированию практических навыков функционального исследования слухового и вестибулярного анализаторов, представленные в виде схем ориентировочной основы действия.

Оториноларингология занимает важное место в ряду изучаемых в медицинском институте клинических дисциплин, что обусловлено распространенностью патологии верхних дыхательных путей и органа слуха и ее значением в формировании многочисленных заболеваний различных органов и систем.

Медицинское и социальное значение вопросов профилактики и лечения патологии ЛОР-органов в значительной степени связано с особенностями топографии и функций верхних дыхательных путей и уха, обуславливающих их постоянное взаимодействие с зачастую повреждающими факторами внешней среды. Последнее обстоятельство создает реальные предпосылки для возникновения острых и хронических заболеваний ЛОР-органов и их осложнений, встречающихся в практике врача любой специальности. Это диктует необходимость детального ознакомления каждого студента с методами обследования ЛОР-органов, владение которыми во многом определяет своевременность диагностики и эффективность лечения того или иного заболевания.

Следует также помнить, что различные изменения со стороны ЛОР-органов могут иметь вторичный характер, зачастую являясь симптомами целого ряда общих заболеваний. Таковыми, например, могут быть изменения в глотке при скарлатине, дифтерии, системных заболеваниях крови, носовые кровотечения при повышении артериального давления и патологии системы кровообращения, специфические проявления сифилиса, туберкулеза и другие.

Владение методами обследования ЛОР-органов позволит врачу любой специальности не только правильно поставить диагноз, но в ряде случаев своевременно реализовать комплекс адекватных профилактических мероприятий, решая таким образом и важнейшие вопросы эпидемиологического характера.

Особо, на наш взгляд, следует подчеркнуть значение онкологической настороженности при обследовании ЛОР-органов. Знание и умение врачом обнаружить наиболее характерные локализацию и признаки опухолевых и метастатических поражений верхних дыхательных путей и уха сделает возможным своевременное распознавание таких состояний, способствуя сокращению этапности обследования, возможности применения в процессе лечения более щадящих органосохраняющих операций, повышению эффективности медицинской и социальной реабилитации больного.

Вместе с тем, формирование в процессе обучения устойчивых практических навыков и умений является не только важным, но и одним из самых трудных разделов подготовки врача. В оториноларингологии эти трудности усугубляются необходимостью использования при обследовании ЛОР-больного наряду с уже известными методиками общеклинического характера (анализ жалоб и анамнестических сведений, осмотр, пальпация, перкуссия, результаты лабораторного и рентгенологического исследований и др.) комплекса оригинальных эндоскопических методов, присущих только этой специальности.

Важное место в пропедевтической части цикла по специальности «Оториноларингология» занимает ознакомление студента с принципами обследования больного с патологией ЛОР-органов, практическое овладение навыками пользования лобным рефлектором и смотровым инструментарием, осмотра носа, глотки, гортани, уха.

Учитывая специфику методов осмотра ЛОР-органов и связанные с этим трудности контроля правильности выполнения манипуляций и коррекции допускаемых в процессе обучения ошибок, а также с целью сознательного формирования устойчивых мануальных навыков, соответствующие материалы в настоящих рекомендациях изложены в виде схем ориентировочной основы действий (ООД).

В отличие от разделов учебника и ряда методических пособий, посвященных описанию методов осмотра ЛОР-органов, информация, представленная в схемах ООД, ориентирована исключительно на решение одной конкретной задачи — сознательного выполнения того или иного технического приема и лишена теоретических выкладок.

В левой части схемы представлены алгоритмы действия — четко определенная последовательность операций, реализация которой способствует достижению конкретной цели. По существу, здесь изложены непосредственные мануальные действия, составляющие технику того или иного эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Правая часть таблицы схемы ООД содержит ориентировочные признаки и состоит из нескольких разделов (колонок).

Раздел 2 (Средства) определяет перечень инструментов и приспособлений, необходимых для выполнения конкретной манипуляции.

В разделе 3 (Обоснование) содержится ответ на вопрос «Почему нужно так делать? Какую цель преследует конкретное мануальное действие?».

Далее, раздел 4 (Критерий контроля), приведена информация, характеризующая цель конкретного действия и позволяющая проверить себя: «Правильно ли я выполняю это действие?».

И, наконец, в разделе 5 схемы ООД (Осложнения) приведен перечень возможных осложнений, возникающих при неправильном выполнении той или иной манипуляции.

Применение схемы ориентировочной основы Действий, естественно, не исключает целесообразности использования соответствующих разделов учебника и других методических пособий, необходимости демонстрации некоторых этапов действия преподавателем и применения технических средств обучения (тематические слайды, кино, видеозапись и др.). Наоборот, только такой комплексный подход позволит самым оптимальным образом организовать занятие, создать необходимые предпосылки для формирования правильных и устойчивых навыков обследования ЛОР-органов с максимальной экономией учебного времени.

Использование в процессе обучения схемы ООД расширит также возможности внеаудиторной подготовки по данному разделу оториноларингологии.

Приступая к обследованию оториноларингологического больного следует также помнить, что всякому эндоскопическому исследованию ЛОР-органов предшествует их тщательный наружный осмотр, пальпация и перкуссия соответствующих областей и анатомических образований, определение температуры кожных покровов в этих местах и т. д.

Методика исследования носа должна предусматривать тщательный осмотр наружного носа и области проекции околоносовых пазух, пальпацию корня, боковых скатов, спинки и кончика носа; стенок лобной и верхнечелюстной пазух, точек выхода I и II ветвей тройничного нерва; подчелюстных и глубоких шейных лимфоузлов с обеих сторон.

Исследование глотки должно начинаться с тщательного осмотра шеи, пальпации под- и зачелюстных, глубоких и задних, а также расположенных в над- и подключичных ямках лимфатических узлов.

При исследовании гортани необходимо обратить внимание на состояние кожных покровов и конфигурацию шеи, осуществить пальпацию хрящей гортани (щитовидного и перстневидного), определить наличие хруста при смещении гортани (симптом Мура) и состояние лимфатических узлов: подчелюстных, глубоких и задних шейных, предгортанных и паратрахеальных, в над- и подключичных ямках.

Исследование уха целесообразно начать с внимательного осмотра ушной раковины, наружного отверстия слухового прохода, околоушной области. При этом обращают внимание на цвет и состояние кожных покровов, конфигурацию соответствующих анатомических образований, состояние заушной складки, производят пальпацию и перкуссию сосцевидного отростка, особенно в местах проекции пещеры, сигмовидного синуса, области верхушки, определяют наличие болезненности при надавливании на козелок, пальпируют регионарные лимфоузлы (кпереди и кзади от наружного слухового прохода).

Последовательность осмотра ЛОР-органов существенного значения не имеет и определяется в каждом конкретном случае. Обычно при этом учитывается характер и локализация патологического процесса, возраст больного и другие факторы. В большинстве случаев вначале производят переднюю риноскопию, затем — Мезофарингоскопию, отоскопию, заднюю риноскопию и непрямую ларингоскопию.

У отитатрических больных осмотр начинают со здорового уха.

Таблица 1

СХЕМА ООД ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛОБНОГО РЕФЛЕКТОРА

Алгоритм действия	Ориентировочные признаки			
Операции действия	средства	обоснование	критерии контроля	осложнения
1	2	3	4	5
1. Закрепите оголовье (ремень) лобного рефлектора на голове так, чтобы отверстие зеркала было расположено напротив Вашего левого глаза.	Лобный рефлектор	Достигается прочная фиксация лобного рефлектора на голове, совпадение оптической оси зеркала со зрительной осью Вашего левого глаза.	Левым глазом, через отверстие в зеркале (правый глаз закрыт), виден отраженный в рефлекторе исследуемый объект; лобный рефлектор не препятствует бинокулярному зрению.	Нет.
2. Сядьте напротив обследуемого так, чтобы Ваши ноги располагались слева от ног обследуемого, а расстояние от исследуемого органа до лобного рефлектора не превышало 30 см.	То же, что и п. 1. Рабочее место.	Достигается возможность регулировки фокусного расстояния лобного рефлектора, обеспечивается максимальная освещенность объекта исследования.	Обследуемый сидит напротив Вас. Источник света расположен на уровне правой ушной раковины обследуемого. Рабочее место (столик, инструменты) находятся слева от Вас.	Нет.
3. Возьмите в руки необходимый инструмент, небольшими движениями корпуса и головы (кпереди, кзади, влево, вправо) установите фокусное расстояние лобного рефлектора, добиваясь наибольшей освещенности исследуемого объекта, и начинайте осмотр.	То же, что и п. 1, 2.	То же, что и п. 2.	То же, что и п. 2.	Нет.

Таблица 2

СХЕМА ООД ПО ПЕРЕДНЕЙ РИНОСКОПИИ

Алгоритм действия	Ориентировочные признаки			
Операции действия	средства	обоснование	критерии контроля	осложнения
1	2	3	4	5
1. Положите носовое зеркало (НЗ) на ладонь левой руки таким образом, чтобы его клюв был обращен книзу.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Достигается удобное расположение НЗ для проведения дальнейших этапов манипуляции.	НЗ свободно лежит на ладони левой руки.	Нет.
2. Правый палец левой руки положите на замок НЗ сверху.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Достигается частичная фиксация НЗ в левой руке.	НЗ лежит на раскрытой ладони левой руки. Первый палец находится на замке НЗ сверху.	Нет.
3. Вторым и третьим пальцами левой руки охватите браншу НЗ снаружи.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	НЗ достаточно прочно фиксируется в руке.	НЗ фиксировано в ладони левой руки первым пальцем сверху и вторым и третьим – снизу.	Нет.
4. Четвертый и пятый пальцы левой руки поместите между браншами НЗ.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Достигается возможность свободно раскрывать и закрывать створки НЗ.	При синхронных движениях второго-третьего и четвертого-пятого пальцев левой руки (кнутри или кнаружи) створки НЗ закрываются или раскрываются.	Нет.
5. Ладонь правой руки положите на теменную область обследуемого.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Достигается возможность координировать положение головы обследуемого.	При плавных движениях правой руки кпереди книзу или кзади кверху голова обследуемого слегка наклоняется или	Нет.

			запрокидывается.	
6. Опуская локоть и расслабляя запястье левой руки, поднимите предплечье до уровня носа обследуемого.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Создается оптимальное положение для выполнения последующих этапов манипуляции.	Кисть левой руки с НЗ находится на уровне кончика носа обследуемого.	Нет.
7. Освещая лобным рефлектором область входа в нос, клюв НЗ в сомкнутом состоянии введите на 1/3 его длины в преддверие правой половины носа обследуемого, слегка опуская при этом бранши НЗ.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Достигается безболезненность и атравматичность выполнения манипуляции.	Верхняя половинка клюва НЗ обращена к наружному углу правого глаза, нижняя – находится в нижне-внутреннем углу правой половины преддверия носа обследуемого.	Болевые ощущения, травма слизистой оболочки при большой глубине введения клюва НЗ.
8. Нажмите на бранши НЗ, плавно сближая второй и третий пальцы и тепаг кисти левой руки	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Раздвигаются створки клюва НЗ.	Приподнимается крыло носа, расширяя вход в носовую полость.	
9. Не извлекая НЗ, при помощи правой руки осуществите небольшой наклон головы обследуемого кпереди книзу.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Достигается лучшая обзорность нижнего отдела носовой полости.	Видны передний конец нижней носовой раковины, передние отделы носовой перегородки, нижнего и общего носовых ходов.	
10. Не извлекая НЗ, при помощи правой руки слегка запрокиньте голову обследуемого кзади и несколько отклоните ее в сторону осматриваемой половины носа.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Достигается лучшая обзорность среднего отдела носовой полости.	Видны передний конец средней носовой раковины, средний носовой ход, вышележащие отделы общего носового хода и носовой перегородки.	

11. Четвертым и пятым пальцами левой руки немного раздвиньте бранши НЗ.	Носовое зеркало, лобный рефлектор.	Уменьшается давление рабочих частей клюва НЗ на стенки преддверия полости носа, обеспечивается атравматичность извлечения НЗ.	Рабочие части (половинки) клюва НЗ слегка сближаются друг с другом. Подвижные части преддверия полости носа занимают исходное положение.	Ущемление волос преддверия полости носа между рабочими частями клюва НЗ при их полном смыкании, сопровождающееся неприятными субъективными ощущениями.
12. Не меняя положения пальцев и рук, НЗ плавно извлеките из преддверия носа обследуемого.				

Аналогичным образом произведите осмотр левой половины носа.

Таблица 3

СХЕМА ООД ПО МЕЗОФАРИНГОСКОПИИ

Алгоритм действия	Ориентировочные признаки			
Операции действия	средства	обоснование	критерии контроля	осложнения
1	2	3	4	5
1. Возьмите шпатель в левую руку, разместив второй, третий и четвертый пальцы сверху, а первый – снизу.	Шпатель. Лобный рефлексор.	Достигается хорошая фиксация шпателя в руке удобное положение его для выполнения последующих этапов манипуляции.	Шпатель хорошо фиксирован I-IV пальцами левой руки.	Нет.
2. Положите правую руку на теменную область головы обследуемого и попросите его раскрыть рот, не высывая при этом язык.		Создаются благоприятные условия для контроля положения головы обследуемого и осмотра полости ротоглотки.	Визуально определяются зубы, десны, твердое небо, язык.	Нет.
3. Освещая полость рта при помощи лобного рефлексора и не меняя положения пальцев левой руки, оттяните плоскостью шпателя поочередно правый и левый углы рта обследуемого.		Обеспечивается возможность детального осмотра преддверия полости рта.	Более детальному осмотру доступны зубы, десны: на слизистой оболочке щека на уровне верхних премоляров видны выводные протоки околоушных слюнных желез.	Неприятные субъективные ощущения при энергичных движениях шпателем.
4. Не меняя положения шпателя, попросите обследуемого поднять кончик языка (или сделайте это сами при помощи шпателя).		Обеспечивается возможность детального осмотра дна полости рта.	Видны слизистая оболочка дна полости рта, выводные протоки подчелюстных слюнных желез, нижняя поверхность языка, уздечка языка.	
5. Не меняя положения пальцев левой руки,	Шпатель. Лобный рефлексор.	Улучшается возможность осмотра среднего отдела	Осмотру хорошо доступны мягкое небо и язычок,	Возникновение глоточного рефлекса при дотрагивании

дистальной частью нижней плоскости шпателя отдавите передние 2/3 языка книзу и несколько кпереди.		глотки за счет увеличения его вертикального размера.	небные дужки и небные миндалины, задняя стенка глотки.	к корню языка.
6. Не меняя положения шпателя, попросите обследуемого произнести звук «а».		Определяется подвижность мягкого неба..	В норме при фонации мягкое небо симметрично приподнимается.	
7. Уменьшая давление шпателем на язык, плавным движением извлеките его из полости рта обследуемого.				

Таблица 4

СХЕМА ООД ПО ЗАДНЕЙ РИНОСКОПИИ (ЭПИФАРИНГОСКОПИИ)

Алгоритм действия	Ориентировочные признаки			
	средства	обоснование	критерии контроля	осложнения
1	2	3	4	5
1. Вставьте носоглоточное зеркало (НГЗ) в ручку и зафиксируйте его прижимным винтом, расположенным на дистальном конце рукоятки.	Носоглоточное зеркало. Рукоятка, лобный рефlector.	Достигается оптимальная длина инструмента и создаются хорошие условия для его фиксации в руке.	НГЗ прочно фиксировано прижимным винтом в рукоятке.	Нет.
2. Опустите НГЗ на 3-4 сек. в горячую воду или поднесите его на 2-3 сек. к пламени спиртовки.	То же баночка с горячей водой. Спиртовка.	Предупреждается запотевание НГЗ во время исследования.	Температура НГЗ повышается (контролируется тактильно).	Повреждение зеркала при перегревании.
3. Протрите зеркальную поверхность НГЗ марлевой салфеткой и проверьте степень его нагрева, прикасаясь НГЗ к тыльной поверхности левой кисти у основания первого пальца своей руки.	То же. Марлевая салфетка.	Предупреждается использование чрезмерно нагретого инструмента.	Температура НГЗ должна быть равной температуре тела или незначительно его превышать, что проявляется субъективным ощущением тепла.	Неприятные субъективные ощущения у обследуемого или ожог слизистой оболочки при использовании перегретого НГЗ.
4. Возьмите НГЗ в правую руку, фиксируя его первым, вторым и третьим пальцами, как ручку для письма.	То же. Носоглоточное зеркало.	Создаются условия для манипуляций НГЗ при выполнении последующих этапов исследования.	НГЗ хорошо фиксировано в правой руке.	Нет.
5. Возьмите в левую руку шпатель, фиксируя его первым пальцем снизу, а	То же. Шпатель.	Достигается хорошая фиксация инструмента в левой руке и удобное	Шпатель хорошо фиксирован в левой руке.	Нет.

вторым, третьим и четвертым – сверху.		положение для выполнения последующих этапов исследования.		
6. Попросите обследуемого открыть рот, не высовывая при этом язык, слегка расслабить мышцы шеи и плечевого пояса.	Носоглоточное зеркало. Шпатель.	Создаются благоприятные условия для оптимального размещения инструментов в плоскости рта и ротоглотке обследуемого.	Визуально определяются зубы, десны, твердое нёбо, язык.	
7. Освещая лобным рефлектором полость рта и не меняя расположения пальцев левой руки, введите шпатель в полость рта со стороны его правого угла и отдавите язык книзу кпереди, не касаясь корня языка и стараясь делать это не столько плоскостью, сколько дистальным концом инструмента.	Носоглоточное зеркало. Шпатель.	Увеличивается вертикальный размер и обозримость ротоглотки, предупреждается возникновение глоточного рефлекса.	Осмотру хорошо доступны мягкое нёбо, язычок, нёбные дужки, небные миндалины, задняя стенка глотки.	Возникновение глоточного рефлекса при дотрагивании к корню языка.
8. Не меняя расположения пальцев правой руки и положения шпателя, ведите НГЗ в ротоглотку, располагая его зеркальной поверхностью за нёбной занавеской, стараясь не касаться им стенок ротоглотки, одновременно освещая его лобным рефлектором.	Носоглоточное зеркало. Шпатель.	Создаются условия для детального осмотра носоглотки, уменьшается вероятность возникновения глоточного рефлекса.	При небольших поворотах и наклонах НГЗ определяются свод носоглотки, сошник, хоаны, задние концы нижних и средних носовых раковин, глоточные отверстия слуховых труб.	Возникновение глоточного рефлекса при неосторожных движениях НГЗ в глотке.
9. Осторожным движением, не касаясь	Носоглоточное зеркало. Шпатель.	Уменьшается вероятность возникновения глоточного	Видны зубы, десны, язык, твердое и мягкое нёбо,	Возникновение глоточного рефлекса при

корня языка и стенок ротоглотки, удалите НГЗ.		рефлекса.	язычок, нёбные дужки и нёбные миндалины, задняя стенка глотки.	неосторожных движениях НГЗ в глотке.
--	--	------------------	---	---

Таблица 6

СХЕМА ООД ПО НЕПРЯМОЙ ЛАРИНГОСКОПИИ

Алгоритм действия	Ориентировочные признаки			
	средства	обоснование	критерии контроля	осложнения
1	2	3	4	5
1. Вставьте гортанное зеркало (ГЗ) в ручку и зафиксируйте его прижимным винтом, расположенным на дистальном конце рукоятки.	Гортанное зеркало. Рукоятка. Лобный рефlector.	Достигается оптимальная длина инструмента и создаются хорошие условия для его фиксации в руке.	ГЗ прочно фиксировано прижимным винтом в ручке.	Нет.
2. Опустите ГЗ на 3-4 сек. в горячую воду или поднесите его на 2-3 сек. к пламени спиртовки.	То же. Баночка с горячей водой. Спиртовка.	Предупреждается запотевание ГЗ во время исследования.	ГЗ нагревается (контролируется тактильно).	Повреждение ГЗ при перегревании.
3. Проверьте степень нагрева ГЗ, прикасаясь им к тыльной поверхности левой кисти у основания первого пальца своей руки.		Предупреждается использование чрезмерно нагретого ГЗ.	Температура ГЗ должна быть равной или незначительно превышать температуру тела, что проявляется субъективным ощущением тепла.	Неприятные субъективные ощущения или ожог слизистой оболочки при использовании чрезмерно нагретого ГЗ.
4. Попросите обследуемого открыть рот и высунуть язык.		Создаются благоприятные условия для введения ГЗ в полость ротоглотки.	Рот открыт, язык высунут, его кончик опущен вниз. Видны неприкрытые языком зубы.	Нет.
5. Оберните кончик языка обследуемого марлевой салфеткой и захватите его пальцами левой руки, располагая первый палец на верхней поверхности	Марлевая салфетка.	Устраняются препятствия, создаваемые в полости рта языком для осмотра гортаноглотки и гортани.	Рот открыт, язык высунут, его кончик опущен вниз. Видны неприкрытые языком зубы.	Неприятные ощущения у обследуемого при энергичной тракции языка..

языка, а второй – снизу и слегка подтяните язык кпереди и книзу.				
6. Возьмите ГЗ в правую руку, удерживая его первым, вторым и третьим пальцами, как ручку для письма, так чтобы рукоятка находилась внизу.	То же.	Достигается хорошая фиксация ГЗ и его удобное положение для выполнения последующих этапов исследования.	Рукоятка фиксирована в правой руке, ГЗ обращено кверху зеркальной поверхностью вниз.	Нет.
7. Не меняя положения пальцев левой руки и освещая ротоглотку лобным рефлектором, введите ГЗ в полость рта до мягкого нёба, располагая его зеркальной поверхностью параллельно языку и не касаясь им корня языка.	То же.	Создаются предпосылки для детального осмотра нижележащих отделов глотки и гортани, уменьшается вероятность возникновения глоточного рефлекса.	Зеркальная поверхность инструмента обращена кпереди книзу, а его плоскость расположена под углом 45^0 к вертикальной оси глотки. ГЗ прикрывает собою язычок, отодвигая его кзади и кверху, слегка надавливая при этом на небную занавеску.	Возникновение глоточного рефлекса при касании ГЗ корня языка и стенок ротоглотки, неприятные субъективные ощущения у обследуемого при энергичных перемещениях ГЗ.
8. Освещая ГЗ лобным рефлектором, несколько измените угол наклона его к вертикальной оси глотки, получая при этом отражение гортани и нижележащих отделов глотки.	То же.	Устанавливается оптимальный угол наклона ГЗ к вертикальной оси глотки.	Сверху в ГЗ видны корень языка с расположенной на нем язычной миндалинной, валлекулы, надгортанник; снизу – черпаловидные хрящи, к которым прикрепляются голосовые складки, над последними - желудочковые складки. Латерально (с обеих сторон) дифференцируются черпалонадгортанные складки, грушевидные	Возникновение глоточного рефлекса при касании ГЗ корня языка и стенок ротоглотки, неприятные субъективные ощущения у обследуемого при энергичных перемещениях ГЗ.

			синусы.	
9. Не меняя положения ГЗ, попросите обследуемого поочередно делать глубокие дыхательные движения и фонировать (например, произносить звук «и» или «э»).	То же.	Определяется подвижность гортани.	Во время дыхания голосовые складки образуют пространство треугольной формы, вершина которого направлена кпереди (голосовая щель). При фонации голосовые складки смыкаются по средней линии.	
10. Плавным движением, не касаясь корня языка и стенок ротоглотки, извлеките ГЗ.	Гортанное зеркало. Лобный рефлектор. Марлевая салфетка.	Устраняются глоточный рефлекс и неприятные субъективные ощущения у обследуемого.	В полости рта обследуемого определяется твердое нёбо, зубы, неприкрытые языком.	Возникновение глоточного рефлекса, неприятных субъективных ощущений при энергичных движениях ГЗ.

Таблица 6

СХЕМА ООД ПО ОТОСКОПИИ

Алгоритм действия	Ориентировочные признаки			
Операции действия	средства	обоснование	критерии контроля	осложнения
1	2	3	4	5
1. Попросите обследуемого повернуть голову таким образом, чтобы исследуемое ухо было обращено в Вашу сторону.		Достигается удобное положение для проведения дальнейшего исследования.	Обследуемый сидит напротив. Исследуемое ухо обращено в Вашу сторону.	Нет.
2. При осмотре правого уха левой рукой, а при осмотре левого – правой возьмите ушную раковину первым и вторым пальцами в области завитка и оттяните ее кзади и кверху.		Достигается выпрямление продольной оси наружного слухового прохода.	Ушная раковина обследуемого фиксирована двумя пальцами в оттянутом положении.	Неприятные субъективные ощущения, боль при чрезмерной тракции ушной раковины.
3. Свободной рукой возьмите ушную воронку и легкими вращательными движениями введите ее в наружный слуховой проход на глубину 0,5-0,8 см, одновременно направляя внутрь воронки свет от лобного рефлектора.	Ушная воронка. Лобный рефлектор.	Достигается расширение перепончато-хрящевой части наружного слухового прохода.	Ушная воронка хорошо фиксирована в наружном слуховом проходе.	Неприятные ощущения, боль при несоответствии диаметров воронки и наружного слухового прохода или слишком глубоком ее введении. Кашель.
4. Под контролем зрения легкими движениями произведите незначительные перемещения	Ушная воронка. Лобный рефлектор.	Создаются благоприятные условия для последовательного осмотра стенок наружного слухового прохода и	Видны кожные покровы наружного слухового прохода, барабанная перепонка серо-голубого цвета с опознавательными	Неприятные ощущения, боль при несоответствии диаметров воронки и наружного слухового прохода или слишком

проксимального (наружного) конца ушной воронки вверх-вниз и влево-вправо.		барабанной перепонки.	точками (пупок, световой конус, рукоятка и короткий отросток молоточка, передняя и задняя складки).	глубоком ее введении. Кашель.
5. Легкими вращательными движениями под контролем зрения извлеките ушную воронку из наружного слухового прохода.			Ушная раковина обследуемого фиксирована двумя пальцами в оттянутом положении.	Неприятные субъективные ощущения при грубом извлечении воронки.
6. Разожмите пальцы, отпустите ушную раковину обследуемого и попросите его занять исходное положение.				

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ СХЕМА ЗАПИСИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСМОТРА ЛОР-ОРГАНОВ

1.1. Форма наружного носа (правильная, боковое смещение, западение спинки носа, горбоносость, другие изменения — укажите; какие), изменения области проекции околоносовых пазух (отсутствуют, асимметрия, западение стенок, выпячивание, другие изменения—укажите; какие), кожные покровы наружного носа, входа в нос и области проекции околоносовых пазух .(не изменены; если есть изменения — укажите их характер и локализацию).

1.2; Пальпация наружного носа, стенок околоносовых пазух (передней и нижней стенок лобной пазухи, передней стенки верхнечелюстной пазухи, проекции точек выхода I и II ветвей тройничного нерва (болезненность, припухлость, патологическая подвижность, крепитация, флюктуация и другие изменения — отметьте их характер и локализацию).

1.3. Передняя риноскопия: преддверие носа (свободное; мацерация, налеты, атрезия и другие изменения — укажите, какие); слизистая оболочка носовой полости (розовая, гиперемирована, синюшна, отечная, влажная, сухая); носовые ходы (обычных размеров, сужены, расширены); носовые раковины (не увеличены, увеличены, уменьшены в размерах); отделяемое в носовых ходах (отсутствует, серозное, слизистое, гнойное, сукровичное, кровь, корки); носовая перегородка (по средней линии, искривлена).

При необходимости отметьте характер и локализацию в носовой полости других изменений — изъязвлений, наличие полипов, опухоли и др.

2.1. Мезофарингоскопия: открывание рта (не затруднено, затруднено); слизистая оболочка преддверия и полости рта (розовая, гиперемированная, отечная, влажная, сухая, область выводных протоков околоушных, подчелюстных и подъязычных слюнных желез (не изменены, если есть изменения — укажите их характер).

Слизистая оболочка небных дужек (розовая, гиперемированная, отечная, влажная, сухая); небные дужки (сращены или не сращены с небными миндалинами); небные миндалины (гипертрофия I, II, III степени, атрофичны, плотно-эластичной консистенции, разрыхлены, уплотнены, с гладкой или бугристой поверхностью); отделяемое из лакун небных миндалин (отсутствует, казеозно-гнойные пробки, жидкий гной); слизистая оболочка задней стенки глотки (розовая, гиперемированная, отечная, истончена, утолщена, влажная, сухая).

Отметьте также характер и локализацию других, обнаруженных Вами изменений в ротоглотке.

3.1.Кожные покровы, конфигурация ушной раковины и сосцевидного отростка (не изменены, если есть изменения — укажите их характер и локализацию). Пальпация сосцевидного отростка, козелка и ушной раковины (безболезненная, болезненная).

3.2.Отоскопия: наружный слуховой проход (широкий, сужен), кожные покровы наружного слухового прохода (не изменены, гиперемированы, инфильтрированы, отечны); в просвете наружного слухового прохода (небольшое количество ушной серы, гной, другие изменения — укажите их

характер). Барабанная перепонка —б/п—(серо-перламутровой окраски, гиперемированная); опознавательные пункты — короткий отросток и рукоятка молоточка, световой конус, передняя и задняя складки — хорошо контурируют, сглажены; не различимы; перфорация б/п — укажите размеры, локализацию и другие изменения.

4.1. Задняя риноскопия (эпифарингоскопия): слизистая оболочка носоглотки (розовая, гиперемированная, влажная, сухая); глоточная миндалина (отсутствует, увеличение глоточной миндалины I, II, III степени); хоаны (свободны, увеличение задних концов носовых раковин, наличие патологического отделяемого — укажите характер, локализацию); глоточные устья слуховых труб (свободны, закрыты увеличенными трубными миндалинами, боковыми валиками).

5.1. Непрямая гипофарингоскопия: язычная миндалина (не увеличена, увеличена); слизистая оболочка корня языка, задней и боковых стенок гортаноглотки (розовая, гиперемированная, отечная, влажная, сухая, при наличии других изменений слизистой оболочки — укажите их характер, локализацию); грушевидные синусы (симметричны, при фонации раскрываются полностью, свободные).

При наличии других изменений — инфильтрация, опухоль, изъязвление и др. — укажите их характер и локализацию.

6.1. Непрямая ларингоскопия: слизистая оболочка надгортанника, области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства, желудочковых складок (розовая, гиперемированная, синюшная, влажная, сухая), голосовые складки (белесые, гиперемированные, отечные); при фонации голосовые складки симметрично смыкаются по средней линии (в норме); подскладочное пространство свободное.

При наличии других изменений — отметьте их характер и локализацию.

7.1. Регионарные лимфатические узлы — пропальпируйте и опишите состояние подчелюстных, подподбородочных, передних и задних шейных, глубоких шейных предгортанных и предтрахеальных лимфоузлов (обратите внимание на их размеры, наличие болезненности и локализацию патологических изменений).