

УДК 616.21-085:614.255.4

ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Н.В. Топчий, доцент, кафедра семейной медицины ФППОВ, ММА им. И.М. Сеченова, Ассоциация врачей общей практики РФ, г. Москва

Отоскопия является важным практическим навыком, применяемым врачом общей практики в своей работе для определения состояния наружного слухового прохода и барабанной перепонки. Противопоказание – выраженный отек стенок наружного слухового прохода при остром наружном отите. Серия отоскопов uni® немецкой компании Riester в прочном металлическом исполнении и диагностические наборы Ecomot® являются незаменимыми приборами для отоскопии.

Техника проведения отоскопии. При осмотре правого уха сидящего пациента ушную воронку или отоскоп вводят правой рукой, левой слегка оттягивая ушную раковину вверх и назад. При этом наружный слуховой проход выпрямляется, что позволяет увидеть большую часть барабанной перепонки. Исследование начинают со здорового уха, сравнивая отоскопическую картину больного уха и здорового. При осмотре барабанной перепонки определяют ее целостность, цвет, положение (выпуклая, вогнутая), четкость опознавательных знаков:

- выпячивающийся в слуховой проход и хорошо различимый короткий отросток молоточка, расположенный в передней верхней части барабанной перепонки, представляющий собой желтовато-белый бугорок размером с булавочную головку;
- идущие от короткого отростка молоточка к переднему и заднему краям барабанной перепонки передняя и задняя складки – серовато-белые полосы, ограничивающие расслабленную верхнюю часть барабанной перепонки от натянутой нижней части;
- рукоятка молоточка – к низу и сзади от короткого отростка и заканчивающаяся расширенным концом в центре барабанной перепонки, называемым «пупком»;
- световой рефлекс – более блестящая часть барабанной перепонки в форме треугольника с вершиной, направленной к центру (к «пупку»), а основанием – к передненижнему краю барабанной перепонки.

При описании перфорации барабанной перепонки (ободковые – не доходят до annulus tympanicus и краевые) отмечают расположение перфорации, размеры и характер краев.

Для проведения более детального обследования рекомендуется использование профессиональных наборов серии Ri-score®, предназначенных для ежедневного применения в больницах и врачами частной практики и имеющих широкий выбор ламп: галогеновые, ксеноновые и светодиодные.

Волоконная оптика обеспечивает оптимальное освещение. Свет холодный, близкий к дневному, удобный для диагностики. Использованная ушная воронка может быть удалена при помощи кнопки сброса SprecEjes® без прикосновения. Стеклоптическая линза с 3-кратным увеличением, поворачивающаяся в обе стороны, помогает в диагностике патологии. Возможно введение дополнительных инструментов при повернутой увеличительной линзе. Съёмная операционная линза с 4-кратным увеличением также позволяет проводить небольшие манипуляции в ухе. Данный вид отоскопов подходит и для диагностики заболеваний носа при использовании назальной воронки 9 мм. Надежная изоляция обеспечивает проведение пневматической отоскопии. Особо прочный, очень лёгкий корпус головки отоскопа из ударопрочной пластмассы гарантирует долгий срок службы. Штыковое крепление гарантирует быстрое и безопасное присоединение к рукоятке. В наборах серии Ri-score® имеется выбор различных головок инструментов для разного вида обследований.

Передняя риноскопия помогает врачу общей практики определить цвет и влажность слизистой оболочки, наличие и характер отделяемого, величину и форму носовых раковин, направление и форму перегородки, наличие и характер патологических образований, наличие инородных тел, наличие и характер выделений из отверстия верхнечелюстной пазухи.

Техника проведения передней риноскопии. Местной анестезии обычно не требуется, но для облегчения осмотра полости носа при выраженном отеке и набухании слизистой оболочки можно смазать ее сосудосуживающим лекарственным средством (2% раствор эфедрина, раствор дикаина с адреналином). Носовое зеркало берут в левую руку, а правую помещают на темя больного, это позволяет перемещать голову больного в необходимом направлении. Пучок света направляют на область носдри. Бранши носового зеркала в сомкнутом состоянии осторожно вводят в преддверие носа больного. Постепенно раздвигая бранши, расширяют носдри и несколько приподнимают крыло носа в направлении латерального угла глаза. Во избежание травмы перегородки носа и носового кровотечения из области Киссельбаха сплетения носовое зеркало следует вводить только в подвижную часть носа. Голова больного находится в обычном положении. Сначала осматривают нижние отделы полости носа, перегородку носа, нижнюю носовую раковину (нижний носовой ход). Для этого слегка опускают голову больного, а носдри носовым зеркалом приподнимают (первая позиция). Затем осматривают

среднюю носовую раковину и остальную часть перегородки носа (средний носовой ход) при несколько запрокинутой голове больного (вторая позиция). Выводить бранши носового зеркала из полости носа следует в несомкнутом виде, чтобы не причинить больному неприятных ощущений. Данные, полученные в ходе исследования, схематично фиксируются.

Задняя риноскопия позволяет проводить осмотр носоглотки и задних отделов полости носа. При наличии выраженного глоточного рефлекса смазывают заднюю стенку глотки и корень языка 2% раствором дикаина. Взятый в левую руку шпателем отдают передние две трети языка больного книзу, предлагая ему спокойно дышать. При этом стараются не касаться корня языка во избежание рвотных движений. Носоглоточное зеркало нагревают над спиртовкой (иначе оно запотеет). Обращенное зеркальной поверхностью кверху носоглоточное зеркало вводят в ротоглотку больного до задней стенки глотки, не касаясь ее, мягкого неба и корня языка. Заводят за мягкое небо и просят больного сделать вдох через нос. При легких поворотах зеркала в зеркальном отражении видят сошник, расположенные по обеим сторонам от него хоаны с концами нижних и средних носовых раковин в просвете. Осматривают также свод и боковые стенки носоглотки с глоточными отверстиями слуховых труб, которые находятся на уровне задних концов нижних носовых раковин.

Показанием для фарингоскопии является исследование состояния глотки. Помогает врачу общей практики в обследовании держатель шпателя *gi-score*® с подсветкой, подходящий для всех традиционных шпателей. Выдвижное приспособление для фиксации и снятия деревянных шпателей сохраняет прочную фиксацию шпателя.

Техника проведения фарингоскопии. Правая рука врача во время осмотра находится на темени больного. Исследованию глотки всегда должно предшествовать исследование полости рта. Обращают внимание на состояние языка, зубов, твердого неба, особенно на состояние десен и зубов, в частности 2-го верхнего премоляра и верхних моляров, осложненный кариес которых нередко бывает причиной гайморитов. Полость рта осматривают, приподнимая шпателем кончик языка. Далее осматривают небные миндалины и заднюю стенку глотки. Для этого шпателем умеренно придавливают середину языка книзу. Шпатель не следует заводить слишком далеко, чтобы не вызвать рвотное движение. Высоко поднятый толстый и неподатливый язык не нужно отжимать быстро и с усилием, от этого он делается еще более неподатливым. В таких случаях надо попросить больного открыть рот спокойно, без напряжения. Шпателем, наложенным на передние две трети языка, медленно, равномерно, но достаточно сильно отжимают корень языка книзу и несколько впереди. Высовывать язык или задерживать дыхание во время осмотра глотки больной не должен.

При фарингоскопии обращают внимание на симметричность зева: на форму, размеры и поверхность небных миндалин, их цвет, налеты, пробки в лакунах, сращения минда-

лин с небными дужками, на состояние слизистой оболочки задней стенки глотки (цвет, блеск, влажность, сухость, зернистость, спускающиеся из носоглотки выделения и пр.). Для исключения паралича IX пары черепных нервов проверяют подвижность мягкого неба, попросив больного произнести звук «Э». Если необходимо определить характер содержимого крипты или лакун миндалин, другим шпателем, фиксированным в правой руке, надавливают на область передней дужки назад. Миндалины при этом сдавливаются, из лакун поступают или гнойные пробки, или гнойный детрит. В случае необходимости берут мазок со слизистой оболочки миндалин, задней стенки глотки и т. д. Для этого стерильным тампоном касаются определенных участков в ротовой части глотки, затем помещают его в стерильную пробирку.

При непрямой ларингоскопии гортань условно делят на три отдела. Преддверие гортани начинается от конца надгортанника, включает ложные голосовые связки и дно желудочков гортани (морганиев желудочек). Межжелудочковый отдел расположен приблизительно на 1 см ниже свободных краев истинных голосовых связок. Подголосовая полость простирается до нижнего края перстневидного хряща.

Техника проведения непрямой ларингоскопии. С помощью пульверизатора распыляют раствор анестетика на слизистую оболочку неба, заднюю стенку глотки, корень языка. Для аппликационной анестезии можно использовать зонд с ватой, смоченной раствором анестетика. Используют ларингеальное зеркало. При этом для ларингеального осветителя *gi-score*® имеется два зеркала № 3 (Ø 20 мм) и № 4 (Ø 22 мм) для освещения и зеркального обследования ларингеальной зоны с простым присоединением к изогнутому осветителю. С помощью марлевой салфетки левой рукой захватывают кончик высунутого языка больного. При этом большой палец врача лежит сверху, третий палец – снизу языка, а указательный палец несколько приподнимает верхнюю губу больного. Подогретое над спиртовкой гортанное зеркало, насаженное на осветитель, вводят в рот больного зеркальной поверхностью книзу под углом 45° к горизонтальной линии, отесняя обратной поверхностью зеркала язычок и мягкое небо назад и кверху. Изменяя угол наклона зеркала, находят в нем отражение гортани. Необходимо помнить, что все части, расположенные в гортани спереди, в зеркале окажутся вверху, а все части, расположенные сзади, – внизу; части, расположенные по сторонам, не меняют положения в зеркале.

Первым этапом исследования гортани является осмотр при спокойном дыхании. Щель умеренно зияет в виде треугольника с вершиной у основания надгортанника. Над истинными голосовыми складками и параллельно им определяются розовые ложные голосовые складки. Снаружи и кверху от ложных складок расположены черпалонадгортанные складки и межчерпаловидное пространство. Больного просят произнести звук «Э» или «И», при этом истинные

голосовые складки сближаются, и просвет между ними исчезает. Когда больной делает глубокий вдох, удается увидеть широкое расхождение истинных голосовых складок, под которыми хорошо визуализируется передняя стенка гортани и трахеи.

При ларингоскопии особое внимание обращают на симметричность и подвижность всех отделов гортани, цвет слизистой оболочки, объем и цвет истинных и ложных голосовых складок, характер и выраженность смыкания при фонации истинных голосовых складок и состояние их внутренних краев. Кроме того, оценивают состояние надгор-

танника, складок преддверия и черпалонадгортанных складок, грушевидных карманов, корня языка, язычной миндалины. В момент глубокого вдоха можно осмотреть и верхний отдел просвета трахеи.

Ларингоскопическая картина в норме. Слизистая оболочка гортани розовая, влажная. Надгортанник имеет форму лепестка, подвижен. Преддверные складки розового цвета, голосовые складки белого цвета, подвижны, симметричны. При фонации смыкание плотное, при дыхании отверстие свободное. Голос звонкий. Дыхание через гортань свободное.