

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	10
Список сокращений и условных обозначений.....	12
Глава 1. Краткая история оториноларингологии.....	13
1.1. Предмет изучения.....	13
1.2. Формирование специальности в отдельную самостоятельную медицинскую дисциплину.....	14
Глава 2. Методы исследования лор-органов.....	20
2.1. Методика исследования носа и околоносовых пазух.....	20
2.2. Методика исследования глотки.....	27
2.3. Методика исследования гортани.....	30
2.4. Методика исследования уха.....	33
Исследование функций слухового анализатора.....	41
Исследование функции вестибулярного анализатора.....	51
2.5. Эзофагоскопия.....	61
2.6. Трахеобронхоскопия.....	61
Контрольные вопросы и задания.....	62
Глава 3. Заболевания носа и околоносовых пазух.....	63
3.1. Клиническая анатомия носа и околоносовых пазух.....	63
Клиническая анатомия наружного носа.....	63
Клиническая анатомия полости носа.....	66
Клиническая анатомия околоносовых пазух.....	77
3.2. Клиническая физиология носа и околоносовых пазух.....	82
3.3. Заболевания наружного носа.....	85
Аномалии развития носа.....	85
Фурункул носа.....	88
Рожистое воспаление.....	90
Розовые угри и ринофима.....	91
Сикоз преддверия носа.....	93
Экзема носа.....	94
Термические повреждения наружного носа.....	95

3.4. Заболевания полости носа	98
Искривление перегородки носа	98
Контрольные вопросы и задания	100
Синехии и атрезии полости носа	101
Гематома и абсцесс перегородки носа	102
Контрольные вопросы и задания	104
Носовое кровотечение	104
Острый ринит	112
Хронический ринит	118
Хронический катаральный ринит	119
Озена	125
Аллергический ринит	128
Вазомоторный ринит	132
Контрольные вопросы и задания	134
3.5. Воспалительные заболевания околоносовых пазух	135
Острое воспаление верхнечелюстной пазухи	138
Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи	144
Острое воспаление лобной пазухи	150
Хроническое воспаление лобной пазухи	152
Острый этмоидит	155
Хроническое воспаление ячеек решетчатого лабиринта	157
Острое и хроническое воспаление клиновидной пазухи	159
Ринодакриоцистит	162
Контрольные вопросы и задания	163
3.6. Травмы и инородные тела носа и околоносовых пазух	163
Инородные тела носа и околоносовых пазух	170
3.7. Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения	171
Риногенные орбитальные осложнения	172
Риногенный гнойный менингит	175
Экстрадуральный абсцесс	176
Риногенный абсцесс мозга	176
Тромбоз кавернозного синуса	178
Сепсис: риногенный, тонзиллогенный, отогенный	179
3.8. Современные методы эндоназальной эндоскопической хирургии	181
Показания к диагностической эндоскопии полости носа и околоносовых пазух и ее методика	182

Показания к эндоскопической эндоназальной хирургии и методика операций в полости носа и на околоносовых пазухах с применением эндоскопов	185
Контрольные вопросы и задания	187
Глава 4. Заболевания глотки	188
4.1. Клиническая анатомия глотки	188
Носоглотка	189
Ротоглотка	190
Гортаноглотка	193
4.2. Клиническая физиология глотки	197
4.3. Физиология лимфаденоидного глоточного кольца	200
4.4. Острые воспалительные заболевания глотки	203
Острый фарингит	203
Ангина	206
4.5. Осложнения ангин	228
Паратонзиллит	228
Парафарингеальный (окологлоточный) абсцесс	232
Ретрофарингеальный (заглоточный) абсцесс	234
4.6. Хронические воспалительные заболевания глотки	235
Хронический фарингит	235
Хронический тонзиллит	238
4.7. Гипертрофия нёбных миндалин	253
4.8. Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды)	254
Осложнения при аденотомии	259
4.9. Инородные тела глотки	259
4.10. Ранения и травмы глотки	206
4.11. Ожоги глотки и пищевода	263
Контрольные вопросы и задания	267
Глава 5. Заболевания гортани, трахеи и пищевода	268
5.1. Клиническая анатомия гортани	268
Хрящи гортани	268
Суставы гортани	271
Связки гортани	271
Мышцы гортани	273
Топография гортани	276
Кровоснабжение гортани	277
Иннервация гортани	278

5.2. Клиническая анатомия трахеи и пищевода	279
Трахея	279
Пищевод	281
5.3. Клиническая физиология гортани, трахеи и пищевода	282
Дыхательная функция	282
5.4. Острые воспалительные заболевания гортани и трахеи	285
Острый катаральный ларингит	286
Отечный ларингит	288
Инфильтративный ларингит	290
Подскладочный ларингит (ложный круп)	291
Гортанная ангина	293
Хондроперихондрит гортани	295
5.5. Хронические воспалительные заболевания гортани	297
Хронический катаральный ларингит	298
Хронический гиперпластический ларингит	299
Хронический атрофический ларингит	301
5.6. Острый и хронический стеноз гортани и трахеи	302
Острый стеноз гортани и трахеи	302
Хронический стеноз гортани и трахеи	308
5.7. Заболевания нервного аппарата гортани	311
Расстройства чувствительности	310
Двигательные расстройства	311
5.8. Травмы гортани и трахеи	315
Огнестрельные ранения гортани и трахеи	316
Закрытые травмы гортани и трахеи	318
5.9. Инородные тела гортани, трахеи и бронхов	319
5.10. Ожоги гортани и трахеи	321
5.11. Инородные тела пищевода	323
Контрольные вопросы и задания	324
Глава 6. Заболевания уха	326
6.1. Клиническая анатомия и физиология уха	326
Клиническая анатомия наружного уха	326
Клиническая анатомия среднего уха	334
Клиническая анатомия внутреннего уха	344
6.2. Клиническая физиология уха	355
Функция органа слуха	356
Функция вестибулярного анализатора	366

6.3. Заболевания наружного уха	371
Аномалии наружного уха.	371
Воспалительные заболевания наружного уха	372
Серная пробка.	382
Инородные тела наружного слухового прохода.	384
Экзостозы наружного слухового прохода.	386
6.4. Заболевания среднего уха	387
Острый и хронический тубоотит (евстахиит)	387
Экссудативный средний отит	390
Острый гнойный средний отит	395
Адгезивный средний отит	405
Мастоидит	407
Хронический гнойный средний отит	414
6.5. Заболевания внутреннего уха	426
Лабиринтит	427
Вестибулярный нейронит	436
Нейросенсорная тугоухость	439
Болезнь Меньера.	444
Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	451
Отосклероз.	453
6.6. Слухопротезирование и кохлеарная имплантация	460
6.7. Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис.	463
Отогенный менингит	467
Отогенные абсцессы в полости черепа	473
Абсцесс височной доли мозга и мозжечка	476
Тромбоз сигмовидного синуса и отогенный сепсис	483
Отогенное воспаление и травма лицевого нерва.	487
6.8. Травмы уха	491
Травмы наружного уха	492
Повреждения барабанной перепонки.	494
Травматический средний отит и мастоидит.	496
Повреждения внутреннего уха	497
Термические и химические травмы уха	499
Акустическая травма уха	501
Контрольные вопросы и задания	505

Глава 7. Специфические заболевания лор-органов.	507
7.1. Туберкулез лор-органов.	507
Туберкулез верхних дыхательных путей	507
7.2. Сифилис верхних дыхательных путей и уха	511
Сифилис носа	511
Сифилис глотки и гортани	513
Сифилис уха.	515
7.3. Склерома верхних дыхательных путей	516
Гранулематоз Вегенера	519
7.4. Поражение лор-органов при ВИЧ-инфекции.	522
Контрольные вопросы и задания	527
Глава 8. Новообразования верхних дыхательных путей и уха.	528
8.1. Новообразования носа и околоносовых пазух.	528
Опухолеподобные образования носа и пазух.	529
Доброкачественные опухоли носа и околоносовых пазух	529
Злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух	531
8.2. Новообразования глотки.	534
Опухолеподобные заболевания глотки.	534
Доброкачественные опухоли глотки	535
Злокачественные опухоли глотки	538
8.3. Новообразования гортани.	540
Опухолеподобные образования гортани.	540
Доброкачественные опухоли гортани	543
Злокачественные опухоли гортани	546
8.4. Новообразования уха	555
Опухолеподобные образования уха	556
Доброкачественные опухоли уха	557
Злокачественные опухоли уха.	558
Невринома преддверно-улиткового (VIII) нерва	560
Контрольные вопросы и задания	562
Глава 9. Основные лекарственные средства, применяемые в оториноларингологии.	563
Природные пенициллины.	563
Полусинтетические пенициллины	563
Антибактериальные и антисептические препараты местного действия	566
Противогрибковые средства	566
Глюкокортикоиды	567

Антигистаминные препараты	567
Иммуномодулирующие препараты, вакцины	568
Гомеопатические средства	569
Муколитические средства	569
Сосудосуживающие средства для местного применения . . .	570
Ферментные препараты	570
Ушные капли	570
Препараты для ирригационной терапии для лечения различных форм ринита и синусита	571
Местные анестетики	571
Приложение	
Примерный перечень вопросов для подготовки студентов к экзамену и зачету	572
Список литературы	575

ПРЕДИСЛОВИЕ

Пятое издание учебника по оториноларингологии авторы переработали в соответствии с новыми достижениями в медицине применительно к болезням верхних дыхательных путей и уха. Существенные обновления внесены в разделы медикаментозной терапии заболеваний лор-органов, клиническую оценку и лечебную тактику при ряде распространенных заболеваний уха, горла и носа.

В общей системе жизнедеятельности организма человека лор-органы обеспечивают внешнее дыхание, обоняние, речь, слух и равновесие. Они выполняют предназначенные им функции, тесно взаимодействуя посредством центральной нервной системы с сердечно-сосудистой, иммунной, кроветворной, желудочно-кишечным трактом, опорно-двигательным аппаратом и другими системами организма. При заболеваниях такое многостороннее тесное физиологическое (и во многом анатомическое) взаимодействие лор-органов и этих систем обуславливает патологические реакции в обоих направлениях. При большинстве заболеваний возникают инфекционно-токсические и нервно-рефлекторные влияния со стороны лор-органов, что вызывает или потенцирует общие и местные патологические изменения в организме. Следовательно, решение диагностических и терапевтических вопросов в клинической практике может быть высокопрофессиональным лишь при наличии базисных знаний по оториноларингологии, которые представлены в учебнике.

Настоящее издание включает фундаментальные знания по оториноларингологии. Для лучшего усвоения клинического материала в книге представлена краткая информация по анатомии и физиологии лор-органов применительно к задачам диагностики и лечения заболеваний.

Врачебный осмотр носа, глотки, гортани и слухового прохода позволяет получить основную информацию (визуальную картину) о характере заболевания этих органов. Методика осмотра проста и доступна каждому врачу. Учебник раскрывает секреты освоения основных методик исследования лор-органов.

В книге кратко представлены как базисные знания по этиологии, патогенезу, диагностике и лечению заболеваний верхних дыхательных путей и уха, так и новейшие научные и практические сведения в этой области.

Введен новый раздел по дакриоциститу (ринодакриоциститу по В.Т. Пальчуну), поскольку воспаление слезных путей часто обусловлено патологией в полости носа, а главное — эндоназальный эндоскопический хирургический подход к слезному мешку значительно эффективнее наружного. В раздел невоспалительных заболеваний внутреннего уха включены нозологии — доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение и вестибулярный нейронит.

Студент найдет в учебнике все необходимое по программе обучения в медицинском вузе. Несомненно, книга будет полезна для ординаторов, аспирантов, практикующих врачей оториноларингологов и врачей общей практики, так как в ней представлен базисный материал по специальности.

Авторы выражают признательность коллективу кафедры оториноларингологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова НИКИО им. Л.И. Свержевского за участие и помощь в подготовке настоящего издания учебника.

В.Т. Пальчун,
*профессор, член-корреспондент РАН,
заслуженный деятель науки РФ;*

А.И. Крюков,
*доктор медицинских наук,
профессор, член-корреспондент РАН,
заслуженный деятель науки РФ;*

М.М. Магомедов,
*доктор медицинских наук,
профессор*

Глава 2

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

Обследование оториноларингологического больного в амбулаторных условиях и в стационаре всегда следует начинать с выяснения жалоб и анамнеза в соответствии с общими требованиями пропедевтики. Только после этого переходят к осмотру лор-органов.

Существует несколько общих принципов осмотра лор-органов:

- пациент садится слева от источника света и столика с инструментами;
- врач садится за стол напротив пациента, пациент сидит, поставив ноги снаружи от стола;
- источник света располагают на уровне правой ушной раковины пациента в 10 см от нее.

Правила применения лобного рефлектора

- Рефлектор укрепляют на лбу с помощью лобной повязки. Отверстие рефлектора помещают против левого глаза (**рис. 2-1, а**).
- Расстояние от рефлектора до исследуемого органа составляет 30–35 см (фокусное расстояние зеркала).
- С помощью рефлектора пучок отраженного света направляют на нос пациента. Затем закрывают правый глаз, а левым смотрят через отверстие рефлектора, поворачивая его так, чтобы был виден пучок света («зайчик») на носу. Открывают правый глаз и продолжают осмотр двумя глазами.

В настоящее время вместо рефлектора применяют лобный осветитель, который не связан с источником света и позволяет проводить качественный бинокулярный осмотр (**рис. 2.1, б**).

2.1. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Первый этап. Наружный осмотр и пальпация

- Осмотр наружного носа и мест проекции околоносовых пазух на лице.
- Пальпация наружного носа. Указательные пальцы обеих рук располагают вдоль спинки носа и легкими массирующими движениями ощупывают область корня, скатов, спинки и кончика носа.

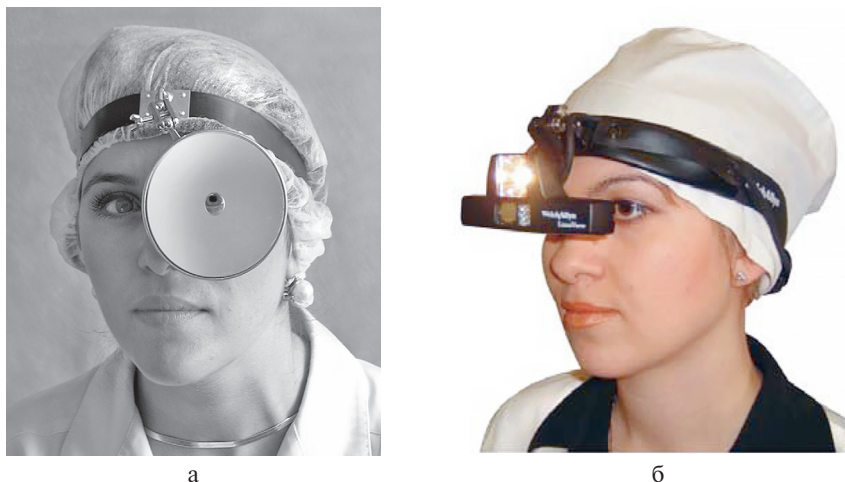


Рис. 2-1. Положение лобного рефлектора на голове врача (пояснение в тексте)

- Пальпация передних и нижних стенок лобных пазух. Большие пальцы обеих рук располагают на лбу над бровями и мягко надавливают на эту область, затем большие пальцы перемещают в область верхней стенки глазницы к внутреннему углу и также надавливают. Пальпируют точки выхода первых ветвей тройничного нерва — глазного нерва (*n. ophthalmicus*). В норме пальпация стенок лобных пазух безболезненна (рис. 2-2).
- Пальпация передних стенок верхнечелюстных пазух. Большие пальцы обеих рук располагают в области клыковой ямки на передней поверхности верхнечелюстной кости и несильно надавливают. Пальпируют точки выхода вторых ветвей тройничного нерва — подглазничного нерва (*n. infraorbitalis*). В норме пальпация передней стенки верхнечелюстной пазухи и ветвей тройничного нерва безболезненна.

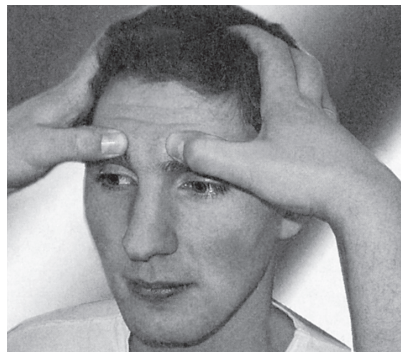


Рис. 2-2. Пальпация стенок лобных пазух

- Пальпация подчелюстных и шейных лимфатических узлов. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируют легкими массирующими движениями концами фаланг пальцев в подчелюстной области в направлении от середины нижней челюсти к ее краю. При этом голова пациента несколько наклонена вперед. Глубокие шейные лимфатические узлы пальпируют сначала с одной стороны, потом — с другой. Голова больного также наклонена вперед, поскольку при наклоне головы назад передние шейные лимфатические узлы и магистральные сосуды шеи смещаются также кзади, что затрудняет их ощупывание. При пальпации лимфатических узлов справа правая рука врача лежит на темени пациента, а левой рукой проводит массирующие движения с мягким глубоким погружением в ткань концами фаланг пальцев кпереди от переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При пальпации лимфатических узлов слева левая рука врача находится на темени, правой — он проводит пальпацию. В норме лимфатические узлы не пальпируются (не прощупываются).

Второй этап. Передняя риноскопия

Полость носа осматривают при искусственном освещении (лобным рефлектором или автономным источником света), используя носовое зеркало-носорасширитель, которое держат в левой руке так, как изображено на **рис. 2-3**. Выделяют переднюю, среднюю и заднюю риноскопию.

- Прежде всего большим пальцем правой руки приподнимают кончик носа и осматривают преддверие носа. В норме преддверие носа свободное, заметны волосы.
- Поочередно проводят переднюю риноскопию одной и другой половины носа. Для этого на раскрытую ладонь левой руки кладут носорасширитель клювом вниз; большой палец левой руки помещают сверху, на винт носорасширителя, указательный снизу, а остальные пальцы кисти раскрывают и смыкают клюв носорасширителя.
- Локоть левой руки опускают, кисть руки с носорасширителем остается подвижной; ладонь правой руки кладут на теменную область больного, чтобы придать голове нужное положение.
- Сомкнутый клюв носорасширителя вводят в преддверие правой половины носа больного на 0,5 см. При этом правая половина клюва носорасширителя находится в нижневнутреннем углу преддверия носа, левая — на верхней трети крыла носа.

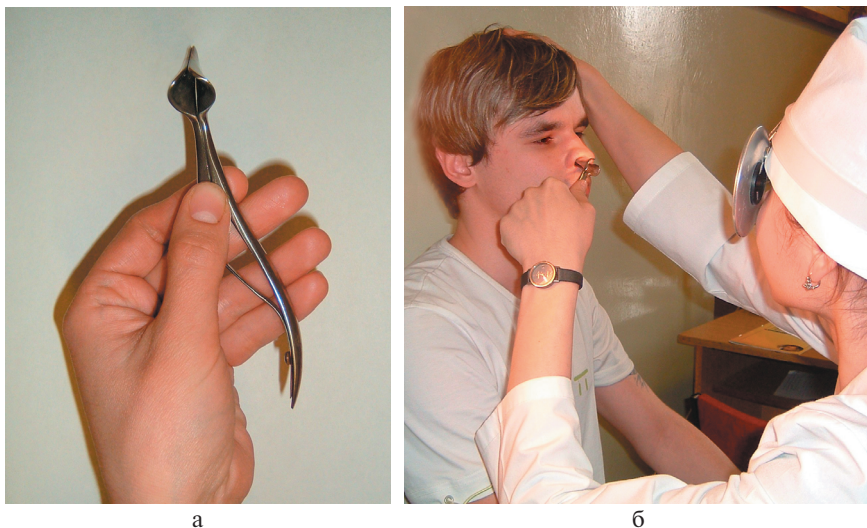


Рис. 2-3. Передняя риноскопия: а — правильное положение носового расширителя в руке; б — положение носового расширителя при передней риноскопии

- Носорасширителем в левой руке раскрывают правое преддверие носа так, чтобы кончики клюва носорасширителя не касались слизистой оболочки перегородки носа.
- Осматривают правую половину носа при прямом положении головы (первая позиция). В норме цвет слизистой оболочки розовый, ее поверхность гладкая, влажная, перегородка носа по средней линии, носовые раковины не увеличены, общий, нижний и средний носовые ходы свободны. Расстояние между перегородкой носа и краем нижней носовой раковины равно 5–6 мм.
- Осматривают правую половину носа при несколько наклоненной вперед голове больного (вторая позиция при передней риноскопии). При этом хорошо видны передние и средние отделы нижнего носового хода, а также дно носа. В норме нижний носовой ход свободен.
- Осматривают правую половину носа при несколько откинутой голове больного назад и вправо (третья позиция). При этом виден средний носовой ход.
- Носик клюва носорасширителя выводят из полости носа не смыкая ее полностью чтобы не зажимать волоски преддверия носа.
- Левую половину носа осматривают аналогично: левой рукой держат носорасширитель, а правая рука лежит на темени пациента.

При этом правая половина клюва носорасширителя находится в верхневнутреннем углу преддверия носа слева, а левая — в нижненаружном.

Третий этап. Исследование дыхательной и обонятельной функций носа

Существует множество методик исследования дыхательной функции носа. Наиболее простой — метод В.И. Воячека — проба с ваткой. Для определения дыхания через правую половину носа указательным пальцем правой руки прижимают левое крыло носа к носовой перегородке, а левой рукой подносят пушинку ваты к правому преддверию носа и просят больного сделать короткий вдох и выдох. По отклонению ватки оценивают дыхательную функцию носа. Аналогично определяют носовое дыхание через левую половину носа. Дыхание через каждую половину носа может быть нормальным, затрудненным или отсутствовать.

Более информативным методом, предоставляющим объективную информацию о проходимости носовых ходов, служит *риноманометрия*. Метод позволяет оценить дыхательную функцию по степени сопротивления носовой полости воздушному потоку.

Обонятельную функцию каждой половины носа исследуют поочередно, используя пахучие вещества (одоривекторы) из ольфактометрического набора или с помощью прибора — *ольфактометра*. Для определения обонятельной функции справа указательным пальцем правой руки прижимают левое крыло носа к носовой перегородке, а левой рукой берут флакон пахучего вещества и подносят к правому преддверию носа, просят больного сделать вдох правой половиной носа и определить запах данного вещества. Обычно используют вещества с запахами возрастающей концентрации, такие, как винный спирт, настойка валерианы, раствор уксусной кислоты или нашатырный спирт. Обоняние левой половины носа оценивают аналогично, только правое крыло носа прижимают указательным пальцем левой руки, а правой рукой подносят пахучее вещество к левой половине носа. Обоняние может быть нормальным (*нормосмия*), пониженным (*гипосмия*), извращенным (*какосмия*) или отсутствовать (*аносмия*).

Четвертый этап. Рентгенография

Рентгенография — один из наиболее распространенных лучевых методов исследования носа и околоносовых пазух. В клинической практике используют следующие проекции:

- носолобную;
- носоподбородочную, или затылочно-подбородочную;
- боковую (битемпоральную), или профильную;
- аксиальную.

При носолобной проекции пациент находится в положении лежа на спине. Голову пациента укладывают таким образом, чтобы лоб и кончик носа касались кассеты. На полученном снимке лучше всего видны лобные пазухи, в меньшей мере — решетчатые и верхнечелюстные (рис. 2-4, а).

При носоподбородочной проекции пациент лежит на кассете лицом вниз с открытым ртом, прикасаясь к ней носом и подбородком. На таком снимке хорошо видны лобные, а также верхнечелюстные пазухи, ячейки решетчатого лабиринта и клиновидные пазухи (рис. 2-4, б). Для того чтобы увидеть на рентгенограмме уровень жидкости в пазухах, применяют эти же укладки, но в вертикальном положении больного (сидя).

При боковой, или профильной, проекции голову пациента укладывают на кассете таким образом, чтобы сагиттальная плоскость головы была параллельна кассете и рентгеновский луч проходил во фронтальном направлении чуть спереди (на 1,5 см) от козелка ушной раковины. На таком снимке отчетливо видны лобные и клиновидные пазухи, несколько хуже — решетчатые пазухи в боковом изображении. Однако в этой проекции изображения правых и левых пазух накладываются друг на друга, следовательно, можно судить только о глубине пазух, а диагностика поражения правой или левой околоносовой пазухи невозможна (рис. 2-4, в).

При аксиальной проекции больной лежит на спине, откидывает голову назад и теменную часть укладывает на кассету. При этом положении подбородочная область находится в горизонтальной плоскости, а рентгеновский луч направлен строго вертикально на щитовидную вырезку гортани. В этой укладке хорошо дифференцируются правая и левая клиновидные пазухи (рис. 2-4, г). На практике, как правило, используют две проекции: носоподбородочную и носолобную, при показаниях назначают и другие укладки.

В настоящее время широкое распространение получили методы компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), которые значительно более информативны и позволяют, в частности, детализировать все анатомические структуры околоносовых пазух, оценить состояние задней группы околоносовых пазух (задних клеток решетчатого лабиринта, клиновидных пазух) и являются «золотым стандартом» в диагностике.

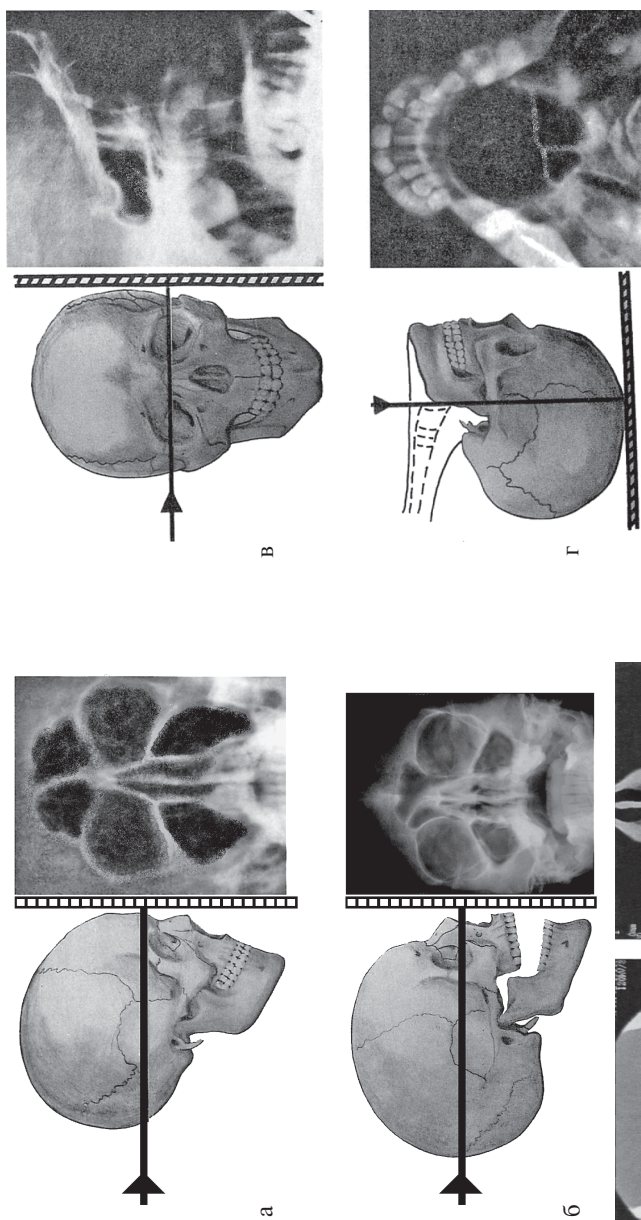
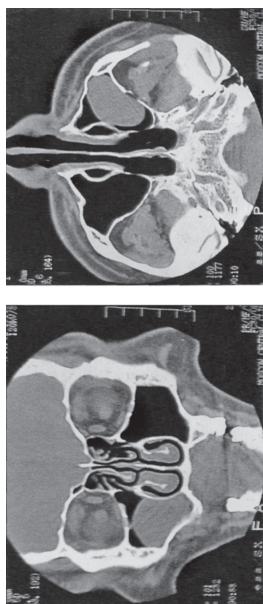


Рис. 2-4. Наиболее распространенные рентгенологические укладки при исследовании околоносовых пазух: а — носолобная (затылочно-лобная); б — носоподбородочная (затылочно-подбородочная); в — боковая (биподбородочная, профильная); г — аксиальная (подбородно-вертикальная); д — компьютерная томограмма околоносовых пазух



д

Пятый этап. Эндомикроскопия носа и околоносовых пазух

Макроскопический осмотр (прямой и зеркальный) слизистой оболочки верхних дыхательных путей и уха позволяет диагностировать заболевания и выполнять операции. Однако во многих случаях необходима микроскопическая методика как для осмотра, так и для выполнения операций.

Эндомикроскопия — наиболее информативные современные методы диагностики с применением оптических систем визуального контроля, жестких и гибких эндоскопов с различными углами обзора, а также микроскопов. Внедрение этих высокотехнологичных методов существенно расширило горизонты диагностики и хирургические возможности лор-специалиста. (Подробное описание методов см. в разделе 2.8.)

2.2. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ГЛОТКИ**Первый этап. Наружный осмотр и пальпация**

- Осматривают область шеи, слизистую оболочку губ.
- Пальпируют регионарные лимфатические узлы глотки: поднижнечелюстные, глубокие передние и задние шейные, в ретромандибулярных ямках, над- и подключичных ямках.

Второй этап. Эндоскопия глотки**Ороскопия**

- Берут шпатель в левую руку так, чтобы большой палец поддерживал шпатель снизу, а указательный и средний (можно и безымянный) пальцы были сверху. Правую руку кладут на темя больного.
- Попросят больного открыть рот, шпателем плашмя оттягивают поочередно левый и правый углы рта и осматривают преддверие рта: слизистую оболочку и выводные протоки околоушных слюнных желез, находящихся на щечной поверхности на уровне верхнего премоляра.
- Осматривают полость рта: зубы, десны, твердое нёбо, язык, выводные протоки подъязычных и подчелюстных слюнных желез, дно рта. Дно полости рта можно осмотреть, попросив пациента приподнять кончик языка или приподнимая его шпателем.

Мезофарингоскопия

- Удерживая шпатель в левой руке, отдавливают им передние 2/3 языка книзу, не касаясь корня языка. Шпатель вводят через правый угол рта, язык отдавливают не плоскостью шпателя, а его

концом. При прикосновении к корню языка возникает рвотный рефлекс. Определяют подвижность и симметричность мягкого нёба, попросив больного произнести звук «а». В норме мягкое нёбо хорошо подвижно, левая и правая сторона симметричны.

- Осматривают слизистую оболочку мягкого нёба, его язычка, передних и задних нёбных дужек. В норме слизистая оболочка гладкая, розовая, нёбные дужки контурируются. Обследуют зубы и десны в целях выявления патологических изменений.
- Определяют размер нёбных миндалин. Для этого расстояние между верхним полюсом нёбной миндалины и вертикальной линией, проходящей через середину язычка, мысленно делят на три части. Величину миндалины, выступающей до $1/3$ этого расстояния, оценивают как I степень гипертрофии, выступающей до $2/3$ — как II степень, выступающей до средней линии глотки — как III степень.
- Осматривают слизистую оболочку миндалин. В норме она розовая, влажная, ее поверхность гладкая, устья лакун сомкнуты, патологическое отделяемое отсутствует.
- Определяют содержимое в криптах миндалин. Для этого в каждую руку берут по шпателью; одним шпателем отжимают книзу язык, другим мягко надавливают на основание передней дужки и через нее — на миндалину в области ее верхней трети. При осмотре правой миндалины язык отжимают шпателем в правой руке, а при осмотре левой миндалины — шпателем в левой руке. В норме содержимое в криптах отсутствует или оно скудное, негнойное, в виде незначительных эпителиальных пробок.
- Осматривают слизистую оболочку задней стенки глотки. В норме она розовая, влажная, ровная, на ее поверхности видны редкие лимфоидные гранулы размером до 1 мм.

Эпифарингоскопия (задняя риноскопия)

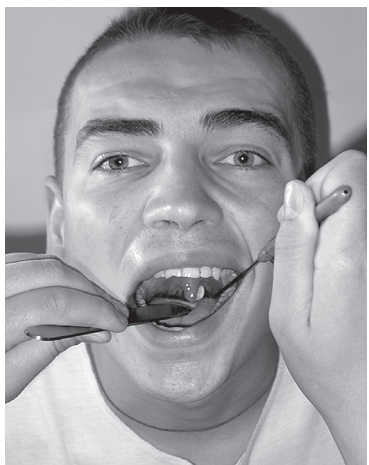
- Носоглоточное зеркало укрепляют в ручке, подогревают в горячей воде или над спиртовкой до $40\text{--}45^\circ\text{C}$, протирают салфеткой. Проверяют степень нагрева зеркала, приложив его к тыльной поверхности левой руки.
- Шпателем, взятым в левую руку, отдавливают книзу передние $2/3$ языка. Просят больного дышать через нос.
- Носоглоточное зеркало берут в правую руку, как ручку для письма, вводят в полость рта, при этом зеркальная поверхность направлена вверх. Затем заводят зеркало за мягкое нёбо, не касаясь корня языка и задней стенки глотки. Луч света от лобного рефлектора на-

правляют на зеркало. При легких поворотах зеркала (на 1–2 мм) осматривают носоглотку (**рис. 2-5**).

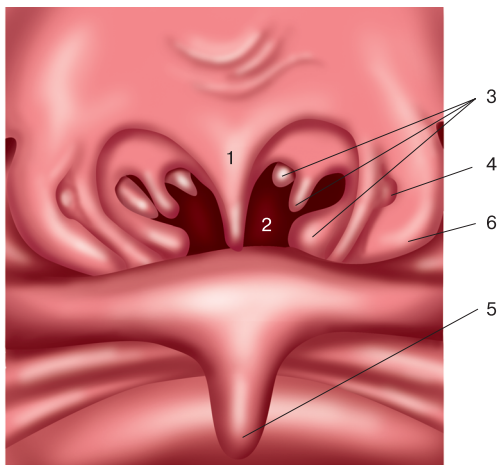
- При задней риноскопии осматривают:
 - свод носоглотки;
 - хоаны;
 - задние концы трех носовых раковин;
 - глоточные отверстия слуховых (евстахиевых) труб.

В норме свод носоглотки у взрослых свободный (может определяться тонкий слой глоточной миндалины), слизистая оболочка розовая, хоаны свободные, сошник расположен по средней линии, слизистая оболочка задних концов носовых раковин розового цвета, с гладкой поверхностью, концы раковин не выступают из хоан, носовые ходы свободные. У детей и подростков в заднем отделе свода носоглотки присутствует третья (глоточная) миндалина, которая в норме не закрывает хоаны.

На боковых стенках носоглотки на уровне задних концов нижних носовых раковин заметны углубления — глоточные отверстия слуховых труб. Спереди от них расположены небольшие гребешки — глоточные края передних хрящевых стенок слуховых труб.



а



б

Рис. 2-5. Задняя риноскопия (эпифарингоскопия): а — положение носоглоточного зеркала; б — картина носоглотки при задней риноскопии: 1 — сошник; 2 — хоаны; 3 — задние концы нижней, средней и верхней носовых раковин; 4 — глоточное отверстие слуховой трубы; 5 — язычок; 6 — трубный валик

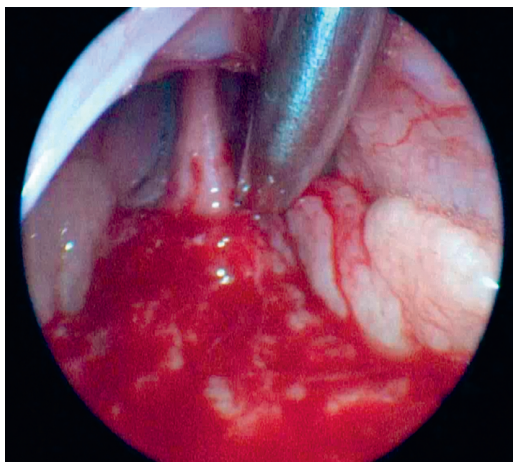


Рис. 2-6. Состояние носоглотки после эндоскопической шейверной аденотомии

Кроме того, носоглотку можно осмотреть с помощью ригидного эндоскопа (ригидная эндоскопия), проведенного через полость носа (с торцевой оптикой) или через полость рта и ротоглотку (с 70° оптикой), или гибкого эндоскопа (фиброэндоскопия). Показаниями к эндоскопии служат различные заболевания носоглотки, хронический средний отит (оценка состояния глоточного устья слуховой трубы), диагностика опухолей носоглотки и взятие образца ткани из опухоли. Исследование проводят после предварительной аппликационной анестезии слизистой оболочки носа или глотки (рис. 2-6).

2.3. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНИ

Первый этап. Наружный осмотр и пальпация

- Осматривают шею, конфигурацию гортани.
- Пальпируют гортань, ее хрящи: перстневидный и щитовидный; определяют хруст хрящей гортани: большим и указательным пальцами правой руки берут щитовидный хрящ и мягко смещают его в одну, а затем в другую сторону. В норме гортань безболезненна, пассивно подвижна в латеральном направлении с небольшим мягким хрустом.
- Пальпируют регионарные лимфатические узлы гортани: подчелюстные, глубокие шейные, задние шейные, преларингеальные, претрахеальные, паратрахеальные, в над- и подключичных ямках. В норме лимфатические узлы не пальпируются (не прощупываются).