

4. ВЕСТИБУЛОСКОПИЯ



Правой рукой, положенной на темя больного, фиксируют голову исследуемого. Четыре пальца левой руки кончиками кладут на лоб больного (фиксация руки), а большим пальцем левой руки приподнимают кончик носа кверху и осматривают преддверие правой и левой половин носа. Вестибулоскопию можно проводить и одной правой рукой, располагая ее как левую.

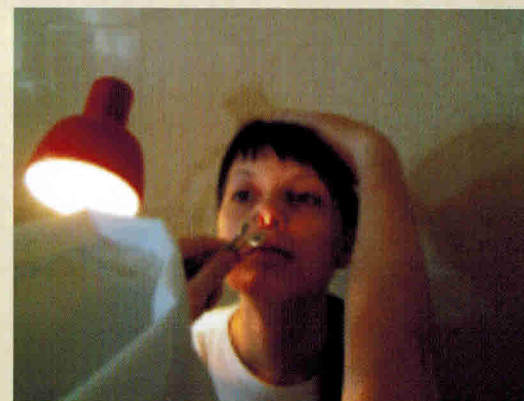
5. ПЕРЕДНЯЯ РИНОСКОПИЯ

Носовое зеркало кладут на раскрытую ладонь левой руки браншами (клювом) вниз, при этом большой палец левой руки располагается сверху на винте носорасширителя, указательный и средний пальцы снаружи его ручек, а четвертый и пятый пальцы вводятся между ручками, несмотря на пружину. Локоть левой руки опущен максимально, чтобы не закрывать свет от настольной лампы. Подвижна только кисть руки. Правая рука кладется на темя больного. Носовое зеркало (с сомкнутыми браншами и под контролем зрения) левой рукой вводится в правую половину носа на глубину не более 0,5 см по диагонали, чтобы

браншами не травмировать Киссельбахово артериальное сплетение на передней трети носовой перегородки. Третьим пальцем левой руки (давлением на нижнюю ручку носового зеркала), разводим вставленные в преддверие носа бранши как можно шире. При этом крыло носа отводится кнаружи, увеличивая поле обозрения.



При 1-й позиции полость носа осматривается при обычном положении головы. Обращают внимание на цвет слизистой оболочки, объем носовых раковин, форму носовой перегородки, содержимое носовых ходов.



Не вынимая носового зеркала из преддверия носа, производят 2-ю позицию передней риноскопии при запрокидывании головы кзади (для лучшего осмотра среднего носового хода).

После этого носовое зеркало выводят из преддверия носа в раскрытом виде, чтобы не прищипить волосы в преддверии носа. Далее, не меняя положения носового зеркала в левой руке, производят осмотр левой половины носа больного по той же методике.

6. МЕЗОФАРИНГОСКОПИЯ

Правую руку кладут на темя больного, а в левую руку берут шпатель таким образом, чтобы большой палец располагался на нижней плоскости шпателя, а остальные четыре пальца на верхней. В начале осматривают слизистую оболочку преддверия полости рта и щек при сомкнутых зубах. Шпателем оттягиваются поочередно правая и левая щеки. Далее больной поднимает язык кверху и осматривается слизистая оболочка дна полости рта, выводные протоки слюнных подчелюстных желез. Оценивается состояние зубов.



При осмотре полости рта больной должен свободно, без напряжения открыть рот, равномерно дышать. Шпателем отдавливают вниз с усилием передние две трети языка (утапливают язык). При этом левую руку со шпателем немного смещают вправо, чтобы она не закрывала поле обозрения глотки. Должен хорошо обозначиться зев (отверстие в глотке), что дает возможность осмотреть заднюю стенку глотки.

Мезофарингоскопию выполняют в двух положениях: во-первых, при спокойном дыхании пациента, и во-вторых, при фонации звука «а», что позволит проверить подвижность мягкого неба.

После этого осматривают нижний полюс правой небной миндалины. При этом правой рукой голову больного поворачивают слегка вправо, а шпатель кладут на правую половину языка вплоть до передней небной дужки и отдавливают язык книзу. Затем осматривают нижний полюс левой миндалины, поворачивая голову больного влево правой рукой, а шпатель левой рукой кладут на левую половину языка вплоть до передней небной дужки и отдавливают язык книзу.

7. ЗАДНЯЯ РИНОСКОПИЯ

Для осмотра носоглотки в правую руку берут, как писчее перо, носоглоточное зеркало диаметром 0,8–10 мм, предварительно вставленное в ручку удлинителя и зафиксированное винтом. Зеркальную поверхность зеркала нагревают над пламенем спиртовки. Степень нагрева определяют прикосновением металлической поверхности зеркала к тылу левой кисти врача. В левую руку берут шпатель и при открытом рте больного, укладывают его на передние две трети языка (не давить на корень языка – возникнет позыв на рвоту). Шпателем утапливают язык так, чтобы хорошо обозначился зев, через который необходимо будет ввести



носоглоточное зеркало. Носоглоточное зеркало зеркальной поверхностью кверху вводится в полость ротоглотки через зев за мягкое небо, вплоть до задней стенки глотки, но не касаясь корня языка (рвотный рефлекс). Направляя свет лобным рефлектором на носоглоточное зеркало и вращая его, осматривают анатомические элементы носоглотки: свод, хоаны, задние концы трех носовых раковин, три носовых хода и их содержимое, устья слуховых труб, трубные валики.

8. НЕПРЯМАЯ ЛАРИНГОСКОПИЯ

Пациента просят открыть рот и высунуть язык. Врач левой рукой через марлевую салфетку удерживает язык таким образом, чтобы сверху на языке располагался большой палец, а снизу – третий палец. Указательным пальцем поддерживается верхняя губа. В правую руку берется, как пишущее перо, гортанное зеркало диаметром от 20 мм, закрепленное винтом в ручке удлинителя, и слегка нагретое над пламенем спиртовки зеркальной поверхностью. Затем гортанное зеркало вводят в полость ротоглотки зеркальной поверхностью книзу вплоть до задней стенки глотки, отгесняя задней поверхностью зеркала язычок мягкого неба кзади и



кверху. Гортань осматривается в трех положениях: при свободном дыхании, фонации звуков «и» или «э» и глубоком вдохе. При фонации определяется плотность смыкания голосовых складок и их подвижность. При глубоком вдохе осматривается также и подскладковое пространство. Особое внимание обращается на канцерогенные зоны гортани у лиц старше 40 лет.

9. ОТОСКОПИЯ



Если оба уха здоровые, осмотр начинают с правого уха. Голова больного поворачивается влево.левой рукой врач оттягивает правую ушную раковину кзади и кверху у взрослых, выпрямляя просвет наружного слухового прохода (у детей до 1 года оттягивают ушную раковину книзу за мочку). Большим и указательным пальцами правой руки берут ушную воронку за расширенное ее кольцо и вводят легкими вращениями только в перепончато-хрящевую часть наружного слухового прохода. Предварительно надо подобрать размер ушной воронки по диаметру просвета наружного слухового прохода пациента.

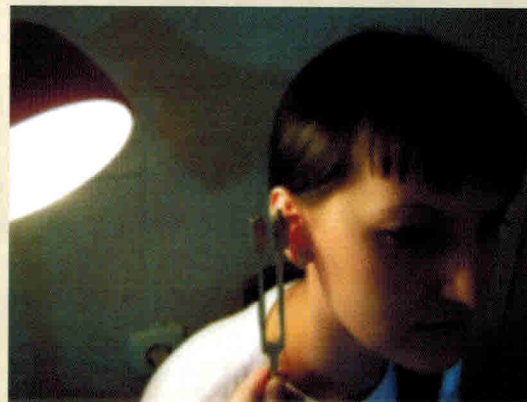
При осмотре левого уха, голова больного поворачивается вправо. Ушную раковину у взрослых оттягивают правой рукой кзади и кверху, а ушную воронку вводят левой рукой. Направляя отраженный свет лобным рефлектором в просвет введенной ушной воронки, врач левым глазом через отверстие в зеркале осматривает барабанную перепонку.

10. ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХА РЕЧЬЮ И КАМЕРТОНАМИ

Речевое исследование шепотной речью (ШР) и разговорной речью (РР) проводится в комнате длиной не менее 6-7 метров. Больной стоит боком к врачу (исключить чтение с губ). Исследуемое ухо направлено в сторону исследующего, а противоположное ухо должно быть закрыто указательным пальцем, плотно прижимающим козелок к отверстию наружного слухового прохода. Врач с расстояния 6-и метров шепчет резервным воздухом (после спокойного выдоха) слова с глухими согласными (номер, много, море, мороз и др.) или двухзначные цифры (21, 35, 43 и др.). Больной должен громко повторять услышанное. Если с этого



расстояния больной молчит, врач медленно приближается к нему, продолжая шептать до тех пор, пока больной правильно повторит услышанное. Это расстояние в метрах и будет шепотной речью больного. Если больным не воспринимается ШР, то проводят исследование разговорной речью.



При составлении слухового паспорта на больного, кроме ШР и РР, проводят исследование слуха с помощью камертонов (низкого С128 и высокого С2048). Паспорт камертона выверяется на здоровых людях и пишется на коробке с камертонами в секундах звучания. При приведении