

**Заболевания носа и
придаточных пазух.
Методы исследования.**



Методика исследования носа и околоносовых пазух

1. Подготовка к осмотру:

- Необходимо тщательно вымыть руки, надеть маску;
- Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить на нее согласие;
- Подготовить оснащение;
- Попросить пациента сесть правым боком к столу;
- Сесть напротив пациента, поставив свои ноги к столу, ноги пациента кнаружи;
- Расположить источник света справа от исследуемого на расстоянии 10 см от уха.

Общий вид рабочего места оториноларинголога.



Источник света.



Положение врача и больного во время осмотра.

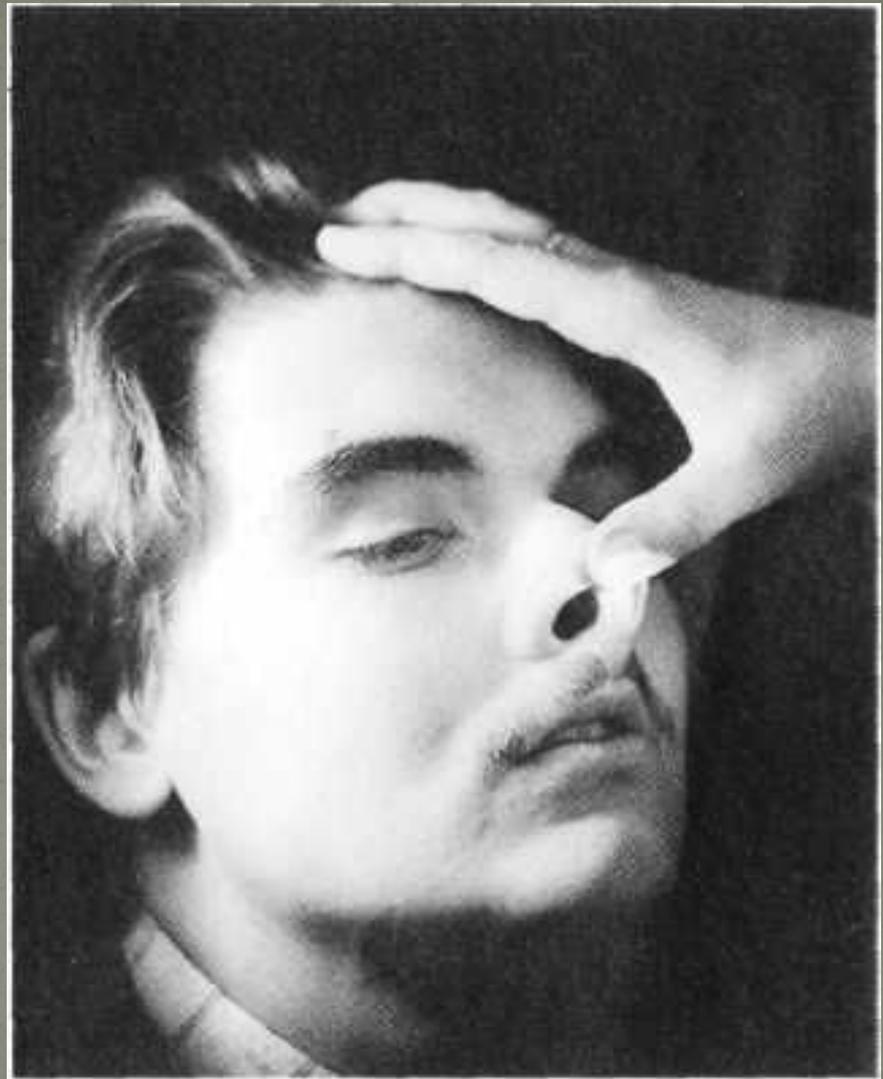


2. Наружный осмотр и пальпация носа и его придаточных пазух

Производится для выявления патологических изменений (воспалительных, деформации костных стенок, крепитации и патологической подвижности, болезненности, наблюдающихся при переломах костей носа либо стенок придаточных пазух и др.):

- осмотрите наружный нос, места проекции придаточных пазух носа на лицо;

- Осмотр преддверия полости носа. Врач большим пальцем правой руки приподнимает кончик носа больного и осматривает поочередно преддверие правой и левой половин носа.



- пальпируйте
наружный нос:
указательные
пальцы обеих рук
расположите
вдоль спинки
носа и легкими
массирующими
движениями
ощупайте область
корня, ската,
спинки и
кончика носа;



- пропальпируйте переднюю и нижнюю стенки лобных пазух: большие пальцы обеих рук расположите на лбу над бровями и мягко надавите, затем переместите большие пальцы в область верхней стенки глазницы к внутреннему углу глаза и также надавите. В норме пальпация стенок лобных пазух безболезненна;



- пропальпируйте три точки выхода ветвей тройничного нерва.



- пропальпируйте передние стенки верхнечелюстных пазух для определения наличия болезненности: большие пальцы обеих рук расположите в клыковой ямке на передней поверхности верхней челюсти и несильно надавите. В норме пальпация передней стенки верхнечелюстной пазухи безболезненна;



- пропальпируйте подчелюстные лимфатические узлы и глубокие шейные для выявления возможного лимфаденита.
- Подчелюстные лимфатические узлы пальпируйте при несколько наклоненной вперед голове исследуемого легкими движениями концами фаланг пальцев в подчелюстной области в направлении от середины к краю нижней челюсти.

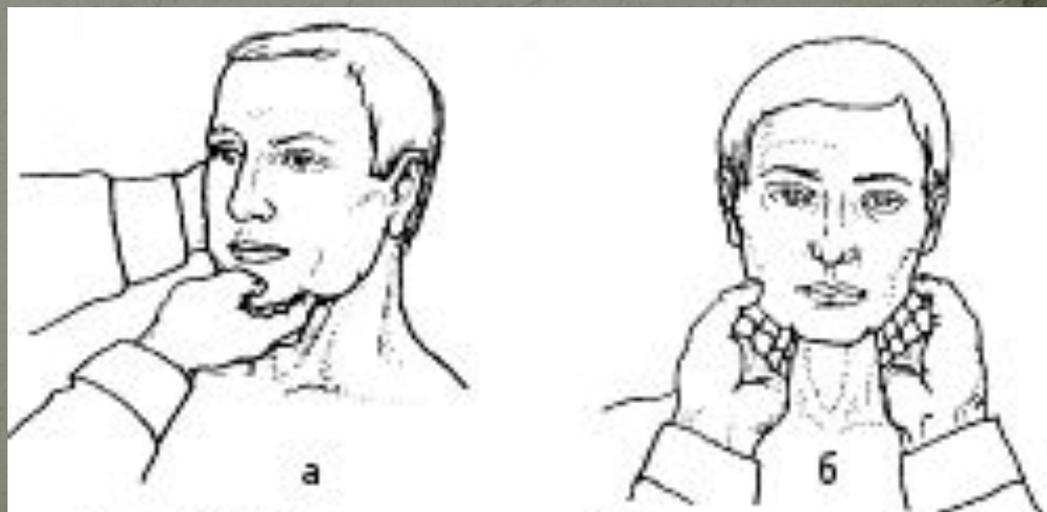


Рис. 14. Пальпация подбородочных (а) и подчелюстных (б) лимфатических узлов

Глубокие шейные лимфатические узлы пальпируются сначала с одной стороны, потом с другой. Голова больного несколько наклонена вперед. При пальпации лимфатических узлов справа правая рука врача лежит на темени исследуемого, а левой рукой производятся массирующие движения концами фаланг пальцев кпереди от переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При пальпации лимфатических узлов слева левая рука лежит на темени, а правой производится пальпация.

В норме лимфатические узлы не пальпируются (не прощупываются).

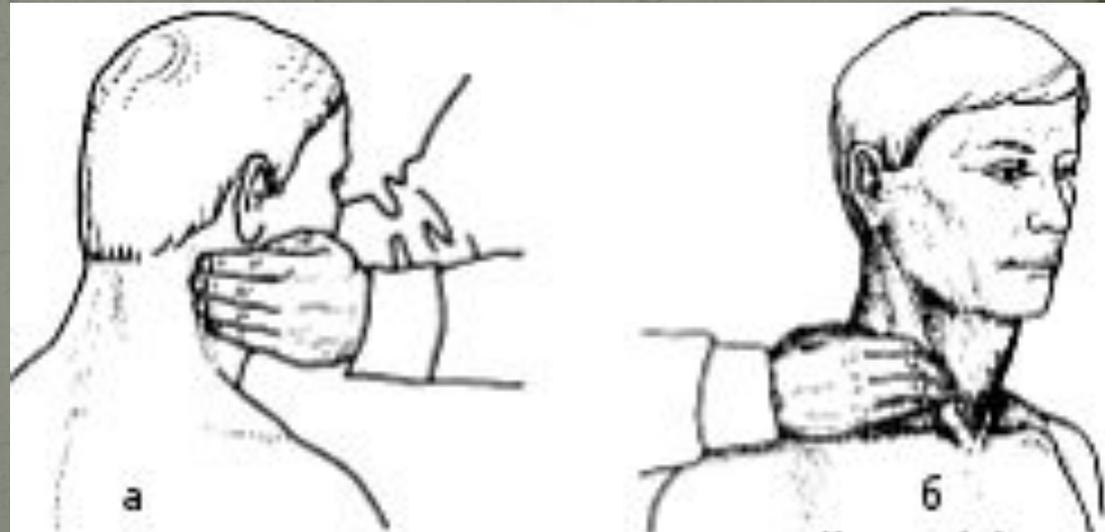
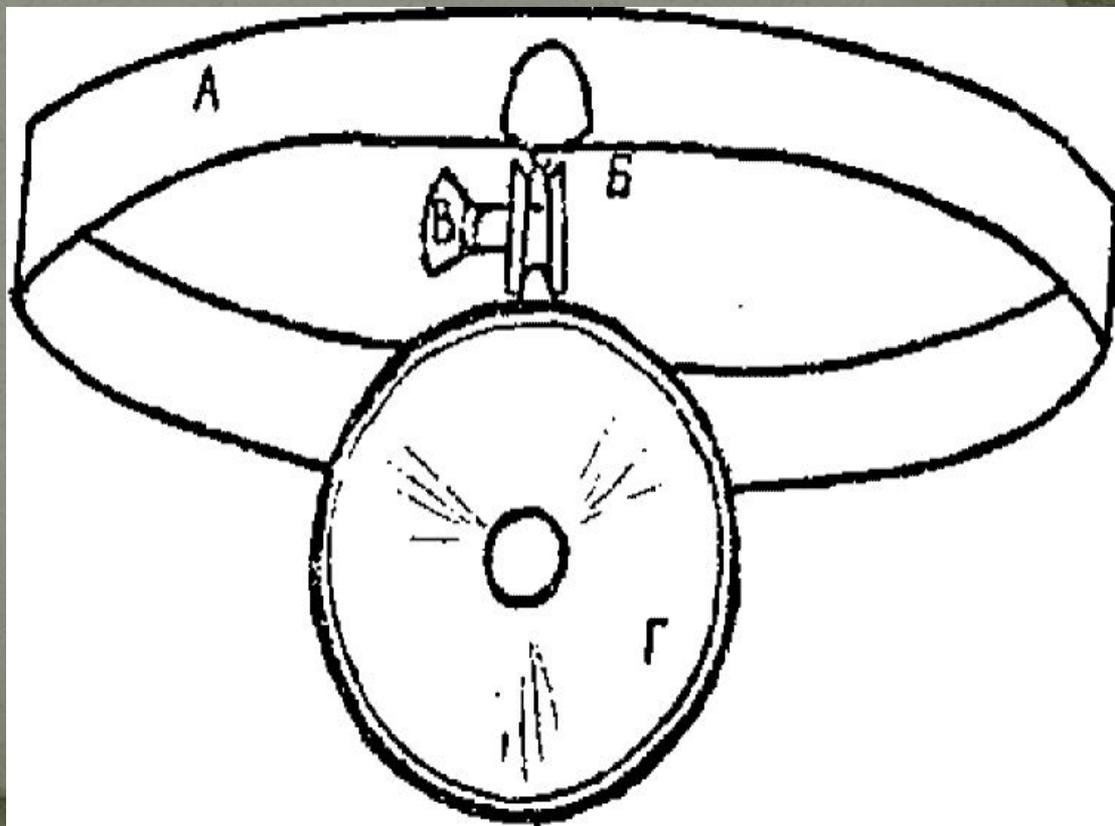


Рис. 16. Пальпация переднешейных (а) и заднешейных (б) лимфатических узлов

3. Фиксация лобного рефлектора в направлении отраженного света на обследуемый орган:

Лобный рефлектор - приспособление для освещения отраженным светом полостей уха, носа, глотки и гортани, представляющее собой круглое вогнутое зеркало с центрально

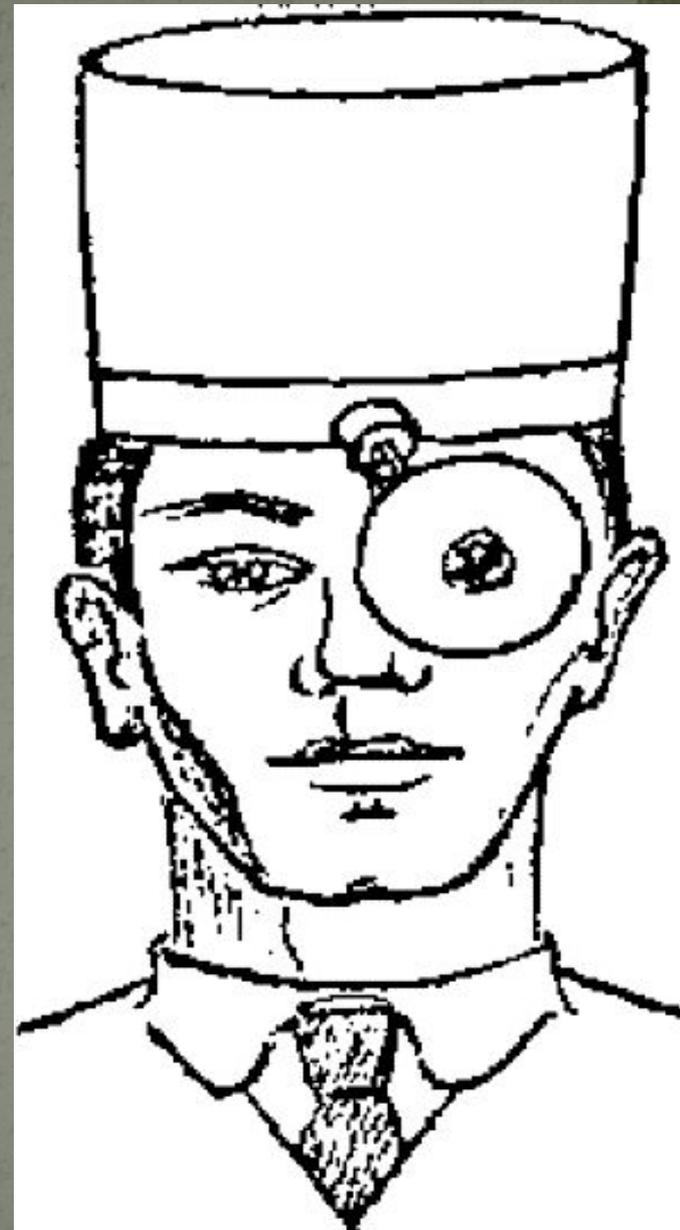
расположенным отверстием, с тесьмой или жестким обручем для крепления на голове.



- укрепите лобный рефлектор на голове плотно, но не туго;

Установить отверстие зеркала против левого глаза таким образом, чтобы через него было видно лицо пациента (контролировать правильность установки, кратковременно прикрывая правый глаз);

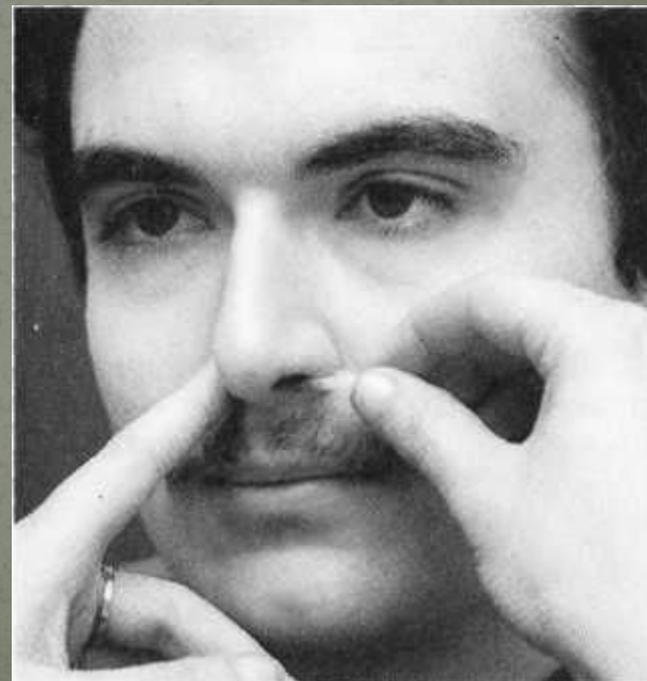
- Приблизиться к пациенту на расстояние 25-30 см, расслабить винт, фиксирующий зеркало, и, меняя положение зеркала во фронтальной плоскости, добиться попадания зайчика на обследуемый орган.



4. Исследование дыхательной и обонятельной функции носа.

С помощью этих исследований выявляются возможные патологические изменения дыхательной и обонятельной областей полости носа.

Определение дыхательной функции носа производится попеременно сначала с одной стороны, затем с другой. Для этого выполняется проба с ваткой. Правое крыло носа прижмите к носовой перегородке указательным пальцем левой руки, а правой рукой поднесите небольшой кусочек ваты к левому преддверию и попросите больного сделать короткий обычной силы вдох и выдох.

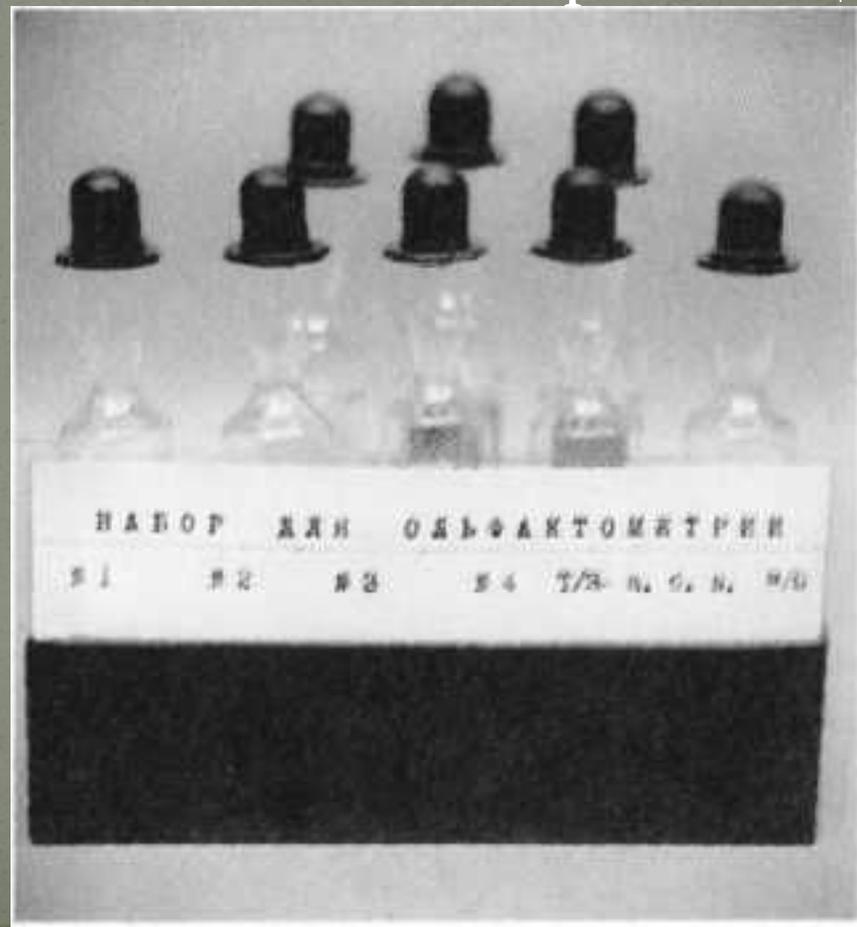


По отклонению ватки определяется степень затруднения прохождения воздуха через левую половину носа. Затем аналогично исследуется проходимость носовых ходов справа.

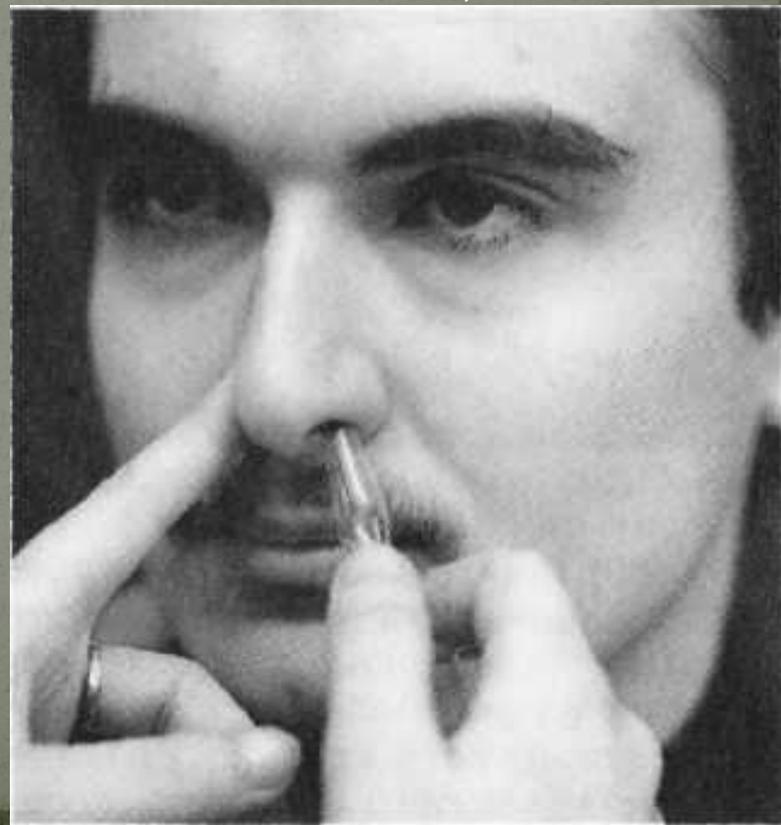
При нормальном носовом дыхании ватка равномерно отклоняется во время вдоха и выдоха. При затрудненном носовом дыхании колебания ватки слабые (иногда только на вдохе или выдохе), при отсутствии носового дыхания этих колебаний не происходит.

Качественное определение обонятельной функции носа производится с помощью набора пахучих веществ, количественное - с помощью прибора ольфактометра. В набор входят пахучие вещества, которые расположены по возрастающей интенсивности запаха:

- мыло,
- винный спирт,
- настойка валерианы,
- уксус.



Для определения обонятельной функции носа справа прижмите указательным пальцем правой руки левое крыло носа пациента к носовой перегородке, а левой рукой возьмите флакон пахучего вещества, поднесите к носу больного и попросите его сделать вдох и определить запах данного вещества. Определение обоняния через левую половину носа производится аналогично, только правое крыло носа прижимается указательным пальцем левой руки, а правой рукой подносится флакон с пахучим веществом к левой половине носа.



Если больной различает запахи всех пахучих веществ из набора, то обоняние считается нормальным (нормосмия).

При способности дифференцировать только отдельные резкие запахи (валериана, уксус) - пониженным (гипосмия).

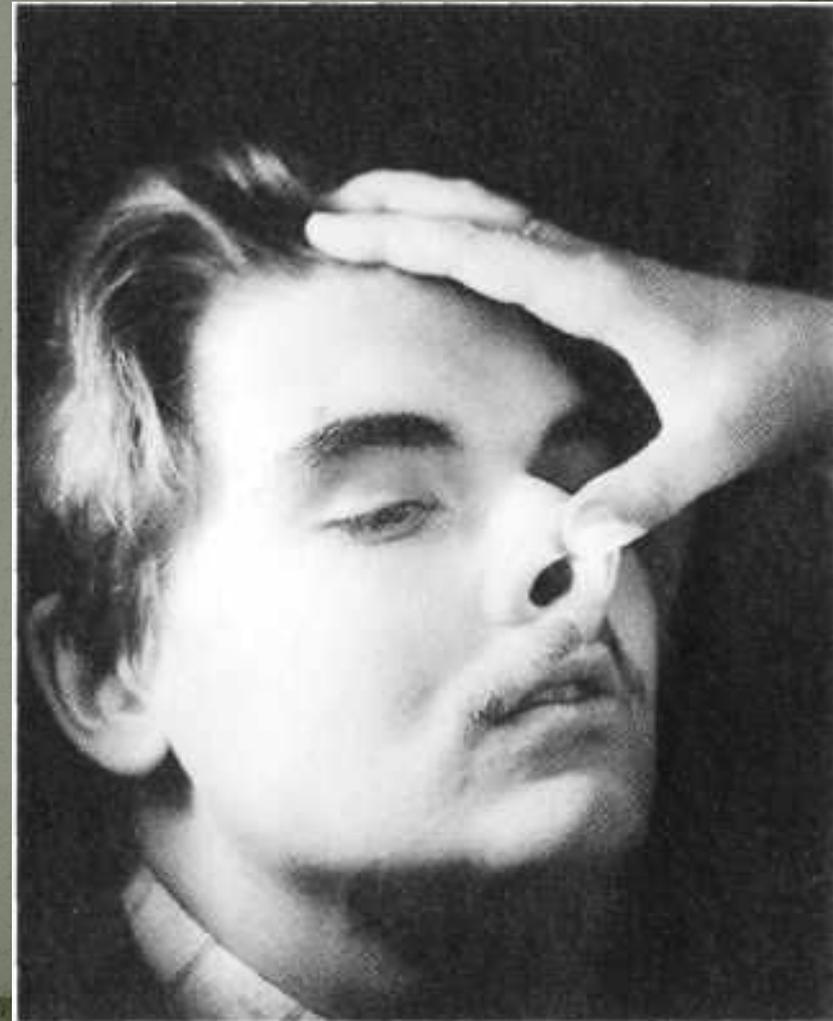
Полное отсутствие способности определить запах пахучих веществ определяют как аносмию.

Нарушение способности правильно оценивать запахи, извращенное обоняние называется какосмией.

5. Передняя риноскопия.

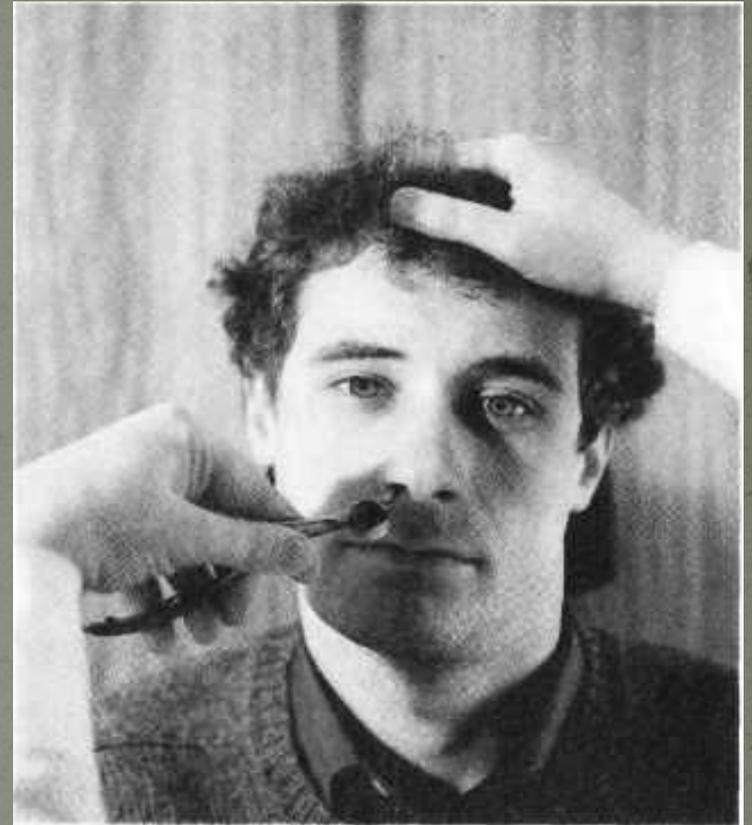
Это исследование производится для оценки состояния носовых ходов, слизистой оболочки носовых раковин, перегородки носа, содержимого полости носа:

для осмотра преддверия носа
большим пальцем левой
руки приподнимите кончик
носа. В норме преддверие
носа свободное, имеются
волоски;



□ передняя риноскопия производится поочередно, сначала одной потом другой половины носа.

□ Носовой расширитель с сомкнутыми браншами врач берет левой рукой, затем под контролем зрения вводит его параллельно дну полости носа во вход правой половины носа больного. Правая ладонь врача располагается на темени больного.



- Расширить бранши до необходимого размера.
- Правой рукой изменяя положение головы пациента, осмотреть передние отделы нижней носовой раковины, перегородку носа, нижний, средний и общий носовой ход.
- Извлечь носовое зеркало из полости носа, держа бранши слегка разомкнутыми.



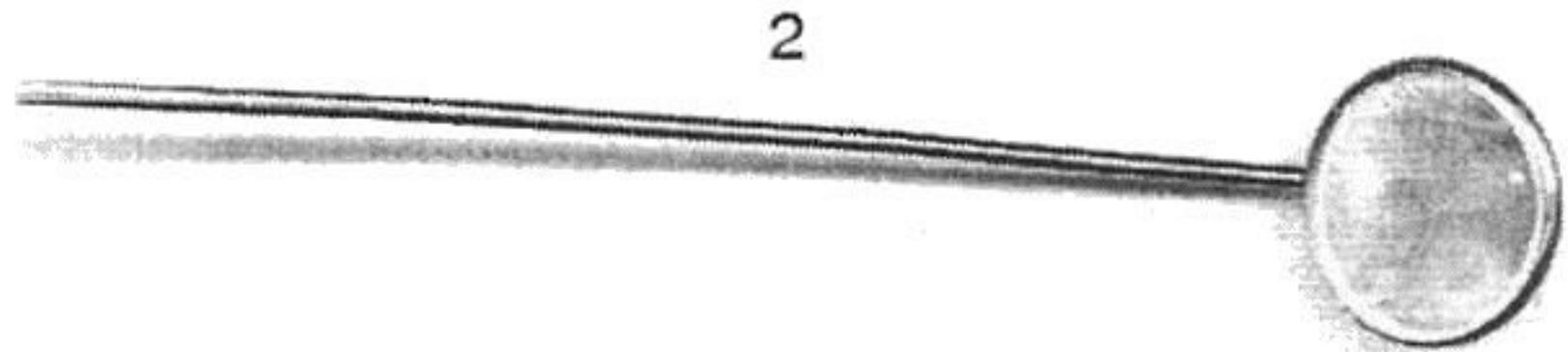
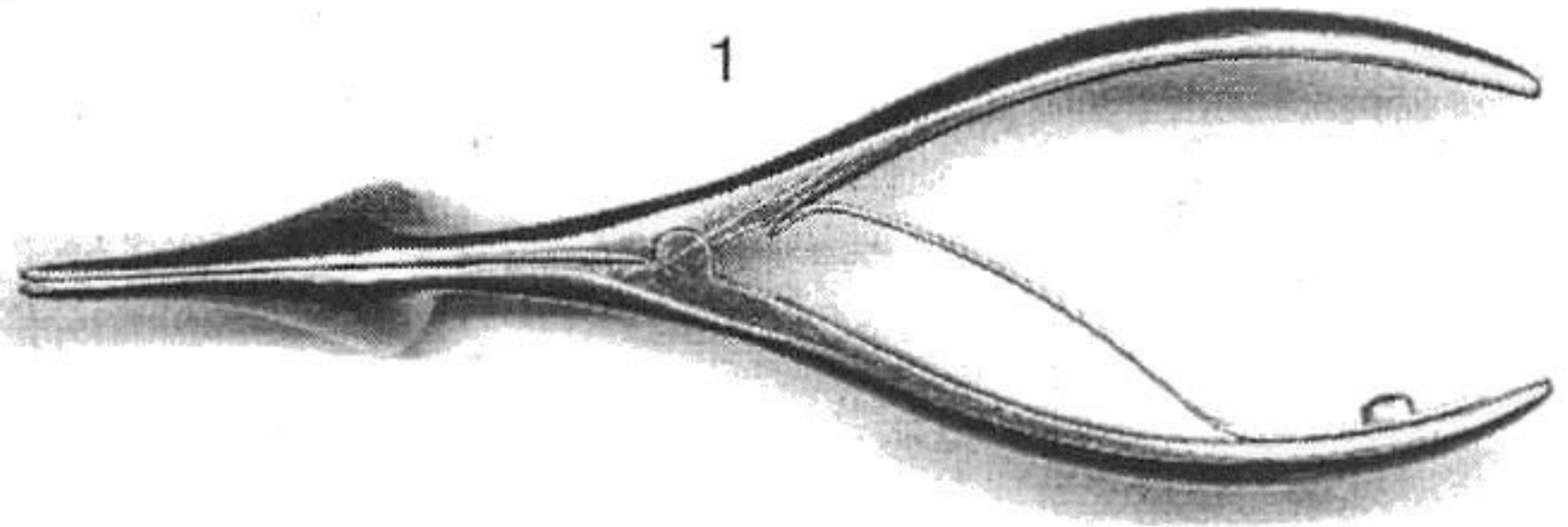
Рис. 5. Передняя
риноскопия.

а — осмотр нижнего
носового хода; б —
осмотр среднего и
верхнего носовых хо-
дов.



В норме цвет слизистой оболочки розовый, она слегка влажная, поверхность гладкая. Носовая перегородка по средней линии. Носовые раковины не увеличены, общий носовой вход свободный, просвет его 2-3 мм;





1. Зеркало для передней риноскопии. 2. Зеркало для задней риноскопии.

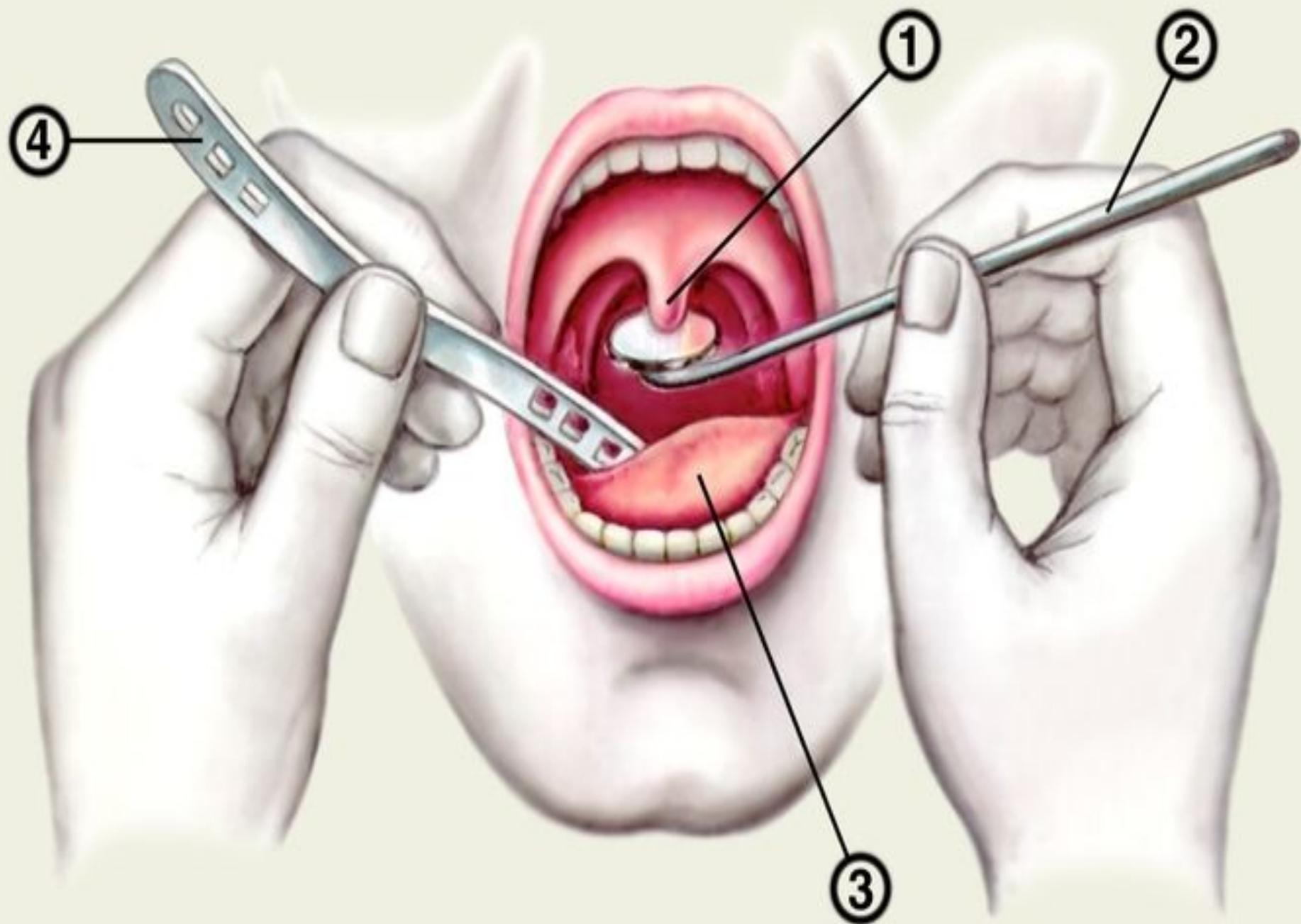
6. Задняя риноскопия.

Подготовительный этап

- Надеть маску
- Посадить пациента справа от источника света
- Объяснить пациенту ход процедуры и получить согласие на ее выполнение
- Подготовить оснащение
- Вымыть и высушить руки
- Надеть на голову лобный рефлектор и осветить область рта пучком света

Выполнение процедуры

- Взять в правую руку носоглоточное зеркало и подержать его над пламенем спиртовки 2-3 секунды
- Проверить температуру нагрева зеркала легким касанием кожи кисти исследуемого
- Взять в левую руку шпатель и надавить на передние 2/3 языка
- Попросить пациента произвести усиленное дыхание через нос или произнести звук «н»
- Ввести носоглоточное зеркало через рот за небную занавеску зеркальной поверхностью кверху
- Не касаться зеркалом слизистой оболочки задней стенки глотки
- Осмотреть задний край перегородки носа, хоаны, задние концы нижних носовых раковин, свод носоглотки
- Извлечь носоглоточное зеркало и шпатель, поместить их в лоток для отработанных инструментов





Бактериологическое исследование

Мазки из зева и носа для бактериологического исследования берут при заболеваниях носа и ротоглотки для выявления возбудителя, бактерионосительства, исключения дифтерии.

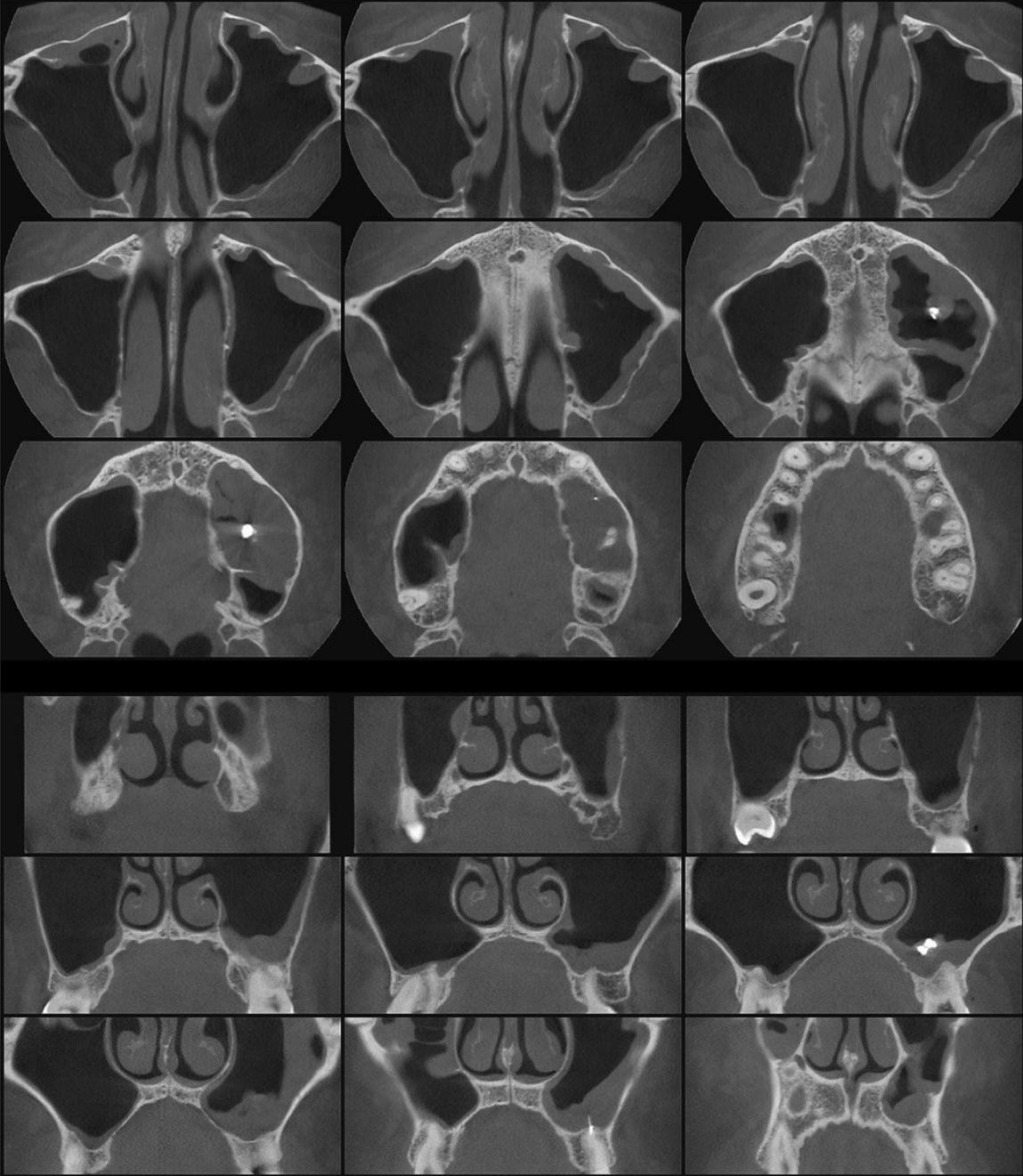
Мазки берут отдельно из носа и зева, для чего используют стерильные проволочные петли с накрученной ватой.

Биопсия

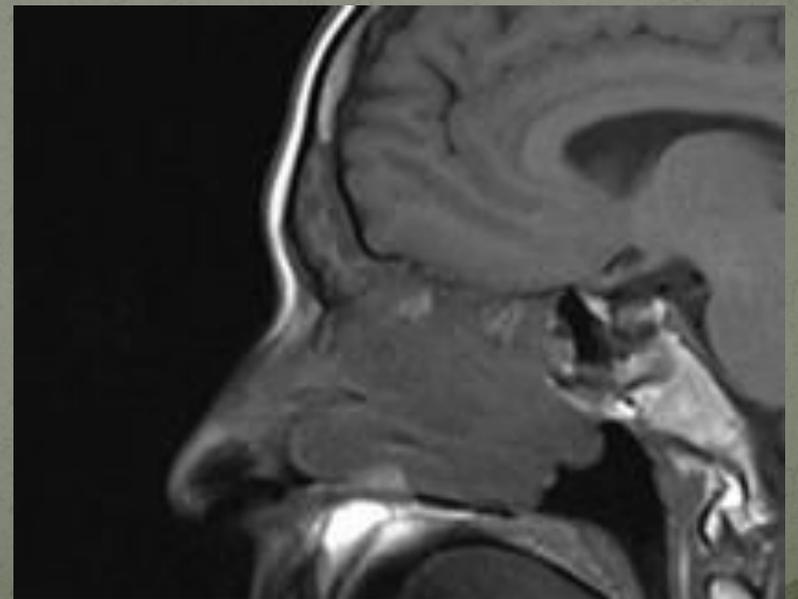
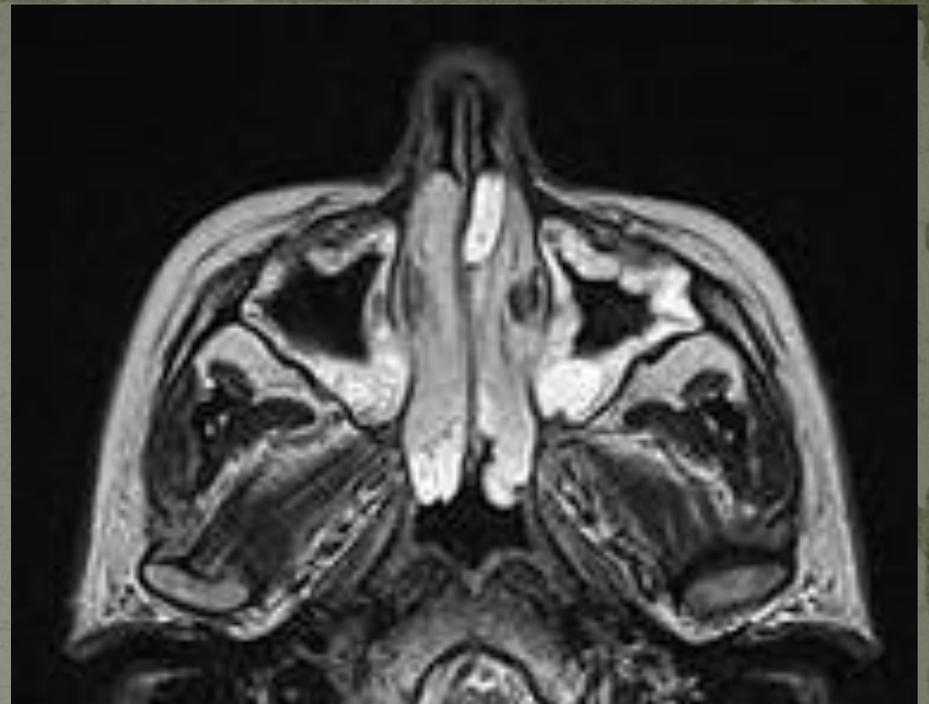
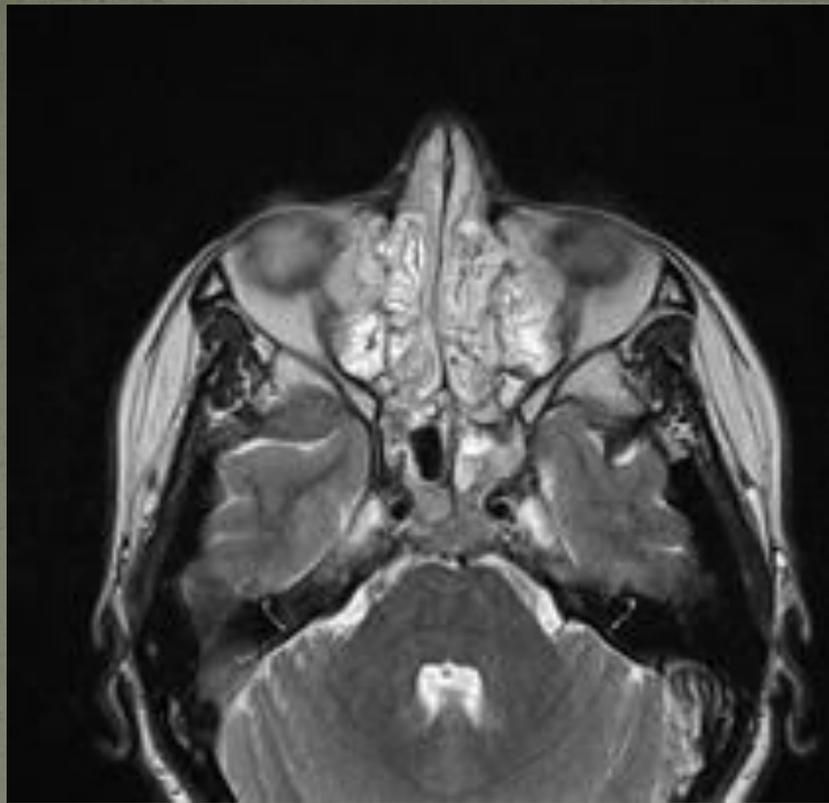
Микроскопическое исследование прижизненно удаленных кусочков ткани – осуществляется с диагностической целью при воспалительных, гиперпластических и опухолевых процессах.

Рентгенография околоносовых пазух обычно выполняется в носоподбородочной проекции. Для уточнения состояния лобной и клиновидной пазух дополнительно может быть проведено исследование в носо-лобной и боковой проекциях. В типичной ситуации признаком синусита считают выявление утолщенной слизистой оболочки околоносовых пазух, горизонтального уровня жидкости или тотального снижения пневматизации пазухи. Однако в некоторых случаях интерпретация РГ может представлять определенные сложности, например, при наложении окружающих костных структур или гипоплазии пазухи. РГ пазух решетчатой кости малоинформативна. Некачественная РГ часто приводит к диагностическим ошибкам.

- КТ, которую выполняют в коронарной проекции, является наиболее информативным методом и постепенно становится "золотым стандартом" исследования околоносовых пазух. Только в сложных диагностических ситуациях, например, при подозрении на деструкцию стенок околоносовых пазух или после предшествующих операций, показано проведение КТ дополнительно в аксиальной проекции. КТ не только позволяет установить характер и распространенность патологических изменений в околоносовых пазухах, но и выявляет причины и индивидуальные особенности анатомического строения полости носа и пазух, приводящие к развитию и рецидивированию риносинусита. КТ с высоким разрешением позволяет визуализировать структуры, которые не видны при обычной РГ.



- МРТ дает лучшую визуализацию мягкотканых структур. Данный метод практически не дает представления о проходимости воздушных пространств, соединяющих околоносовых пазух с полостью носа. МРТ показана только в отдельных ситуациях - например, при подозрении на грибковый характер поражения околоносовых пазух или возможную опухолевую природу заболевания, а также при орбитальных и внутричерепных осложнениях риносинусита. МРТ является наиболее информативным методом при дифференциальной диагностике между мозговой грыжей (менингоэнцефалоцеле) и опухолью или воспалительным процессом в области крыши решетчатого лабиринта.



УЗИ - быстрый
неинвазивный
метод, который
используется в
основном в
скрининговых
целях, для
диагностики
воспалительных
заболеваний и
кист ВЧП и
лобной пазухи.



Диафаноскопия - относительно простой, достаточно информативный метод исследования, основанный на визуальной сравнительной оценке интенсивности просвечивания околоносовых пазух.

Диафаноскопия производится в совершенно темном помещении. В рот обследуемому вводят электрическую лампочку в металлическом чехле /диафаноскоп/ строго по средней плоскости, прижимая к твердому небу.

При смыкании губ больного можно видеть, как обе половины лица просвечивают красным цветом одинаковой интенсивности. В случаях, когда имеются изменения в верхнечелюстной или решетчатой пазухе, соответствующая сторона лица будет затемнена, зрачок не светится и в глазу на пораженной стороне ощущения света у больного не будет.

В норме больной испытывает ощущение света в обоих глазах и оба зрачка будут ярко красного цвета. При диафаноскопии лобных пазух металлический чехол с электрической лампочкой внутри прижимают к внутреннему углу глазницы у корня носа /просвечивают лобную пазуху через глазничную стенку/.

Интенсивность просвечивания наблюдают через переднюю стенку лобной пазухи.

Пункция придаточных пазух носа

Пункция придаточных пазух носа является одним из наиболее достоверных методов обследования.

- Проколу предшествует тщательная местная анестезия, которая должным образом гарантирует безболезненность манипуляции, тем самым уменьшая степень риска. При этом необходимо добиваться не только анестезии, но и анемизации слизистой оболочки нижнего и среднего носового хода.
- Пункция верхнечелюстной пазухи проводится через нижний носовой ход, игла вводится под основание нижней носовой раковины, отступя от его переднего края на 1 — 1 1/2 см.
- Игле придают косое направление по линии, ведущей к наружному углу глаза.
- После выполнения прокола производят отсасывание содержимого или пробное промывание пазухи.

