

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии**

**И. Д. ШЛЯГА, Д. Д. РЕДЬКО**

# **УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Учебно-методическое пособие по оториноларингологии  
для студентов 4, 5 курсов лечебного, медико-диагностического факультетов  
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран  
медицинских вузов**

**Гомель  
ГомГМУ  
2012**

УДК 616.21(072)

ББК 56.8я7

Ш 70

**Рецензент:**

кандидат медицинских наук, доцент,  
заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней  
Гомельского государственного медицинского университета

***Л. В. Романьков***

**Шляга, И. Д.**

Ш 70 Учебная история болезни: учеб.-метод. пособие по оториноларингологии для студентов 4, 5 курсов лечебного, медико-диагностического факультетов и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов / И. Д. Шляга, Д. Д. Редько. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2012. — 52 с.

ISBN 978-985-506-432-0

Учебно-методическое пособие предназначено для проведения практических занятий по оториноларингологии в медицинских вузах и составлено в соответствии с учебной программой.

Представленные материалы соответствуют требованиям образовательного стандарта для студентов лечебного, медико-диагностического факультетов и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов.

Предназначено для студентов 4 и 5 курсов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 11 апреля 2012 г., протокол № 3.

**УДК 616.21(072)**

**ББК 56.8я7**

**ISBN 978-985-506-432-0**

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2012

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Введение</i> .....	4
I. Опрос больного (субъективное исследование).....	6
1. Жалобы больного .....	6
2. История настоящего заболевания.....	10
3. История жизни больного .....	10
II. Объективное исследование (Status praesens) .....	11
III. Примерная схема написания учебной истории болезни .....	26
IV. Методика и техника эндоскопических исследований ЛОР-органов.....	35
V. Методики выполнения простейших ЛОР-манипуляций.....	43

## ВВЕДЕНИЕ

История болезни — основной медицинский документ, в котором фиксируются все сведения о больном: паспортная часть, диагнозы, анамнез, общее состояние, Лор-статус, лабораторные, рентгенологические и другие исследования, лечение, показания к операции и техническое ее выполнение, консультации, течение болезни (дневники), эпикризы, рекомендации при выписке. История болезни имеет не только практическое значение, но и научное, юридическое. Ведение истории болезни должно быть последовательным, четким, кратким и по существу. Сокращения слов в тексте истории болезни, кроме общепринятых (т. е., т. д., т. к.), недопустимы. Все записи, а также подписи врачей и медсестер должны быть четкими, разборчивыми. История болезни характеризует деятельность врача: показывает уровень его общей и медицинской подготовки.

Титульный лист заполняется в приемном отделении. Хотя этот раздел истории болезни оформляет медсестра-регистратор, врач также должен обращать внимание на содержащуюся здесь информацию и при необходимости вносить необходимые коррективы. В разделе «Лекарственная непереносимость (аллергия)» указывают не только непереносимость отдельных лекарственных препаратов, пищевых продуктов и т. п., но и отмечают характер наблюдаемых при этом нежелательных реакций. Запись в этой графе (так же как и отметка на титульном листе о группе крови и резус-принадлежности пациента) должна сопровождаться подписью лечащего врача.

Госпитализация больного в стационар может осуществляться по различным каналам:

1. Госпитализация из поликлиники:
  - а) плановая (направление из поликлиники с визой заведующего отделением стационара);
  - б) по срочным показаниям (направление из поликлиники).
2. Госпитализация по скорой помощи (сопроводительный лист).
3. Госпитализация по направлению Управления здравоохранения Гомельской области.
4. Госпитализация «самотеком», когда нуждающийся в оказании urgentной помощи больной обращается непосредственно к дежурному врачу-оториноларингологу приемного отделения больницы.

Для больного, госпитализированного по экстренным показаниям, обязательна запись врача приемного отделения с обоснованием необходимости экстренной госпитализации и лечения в условиях стационара. Эта запись должна отражать жалобы больного, историю настоящего заболевания, краткие сведения из анамнеза жизни, объективные данные, диагноз, перечень и обоснование необходимых исследований и лечебных манипуляций или хирургических вмешательств, выполняемых экстренно в приемном отделении.

Больному, госпитализированному по скорой помощи с диагнозом «алкогольное опьянение» или после дорожно-транспортного происшествия

и случаев травмы на производстве, оформляется «протокол медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и определяется наличие алкоголя или другого вещества в выдыхаемом воздухе и биологических средах организма.

Не допускается разглашение сведений о больном, составляющих врачебную тайну (состояние здоровья, особенности операции, результаты анализов, прогноз заболевания и др.) без согласия пациента.

В отделении больной, госпитализированный по экстренным показаниям, должен быть осмотрен дежурным врачом стационара при поступлении, а в случае его занятости — не позднее 3-х ч с момента поступления. Делают краткую запись с изложением основных жалоб больного, анамнеза заболевания, ЛОР-статуса и общего статуса пациента. Указывают цель поступления больного в отделение, отмечают, через какое время от начала заболевания он доставлен в приемное отделение больницы, при показаниях проводят неотложные мероприятия, выполняют врачебные назначения по лечению и обследованию пациентов, указывается *Предварительный диагноз* (диагноз при поступлении) на титульном листе. В приемном отделении указывают вид транспортировки больного в отделение.

Лечащий врач отделения должен осмотреть больного в день поступления (если в отделение он доставлен до 14.00 рабочего дня) и не позднее 2-го дня с момента поступления в отделение; одновременно делаются необходимые врачебные назначения. *Клинический диагноз* проставляется в соответствующей графе на титульном листе истории болезни не позднее 3 сут со дня поступления больного, за исключением случаев, сложных в диагностическом отношении.

*Окончательный (заключительный) диагноз* проставляет врач-куратор при выписке больного, причем в соответствующую графу вносят: а) *основной диагноз* (один), по поводу которого проводилось лечение и определились его исход и продолжительность, а также сопутствующие заболевания ЛОР-органов; б) осложнения основного заболевания (какие, когда возникли); в) *сопутствующие диагнозы*, отражающие патологию других органов и систем.

Заведующий отделением осматривает больных при поступлении, вместе с лечащим врачом выставляет клинический диагноз, определяет план обследования и лечения. Любые отклонения от стандартов должны быть обоснованы соответствующей записью в истории болезни. Перед выпиской больного осматривает заведующий, о чем в истории болезни лечащий врач делает соответствующую запись. В сложных клинических случаях лечащий врач и заведующий отделением принимают меры для вызова консультантов (невропатолога, офтальмолога и др.), организуют консилиум совместно с заведующим кафедрой или его заместителем по лечебной работе. Заведующий отделением является должностным лицом и несет полную юридическую ответственность за лечение больного.

Оформление учебной истории болезни отличается от клинической. Порядок оформления титульного листа учебной истории болезни представлен в приложении.

## **I. ОПРОС БОЛЬНОГО** (субъективное исследование)

1. Паспортная часть:

а) Ф. И. О. больного

б) возраст

в) пол

г) образование

д) профессия

е) место работы, должность

ж) домашний адрес

з) дата поступления (для экстренных больных, указать час)

и) кем направлен

к) предварительный диагноз

л) клинический диагноз

м) заключительный диагноз

основной: \_\_\_\_\_

осложнения: \_\_\_\_\_

сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

### **1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Необходимо выяснить и перечислить все жалобы у больного, беспокоившие его на момент поступления в клинику.

#### **РАССПРОС ЖАЛОБ БОЛЬНОГО ПО СИСТЕМАМ**

##### **Система ЛОР-органов**

**Уши:** ушная раковина — косметический дефект (лопоухость, деформация, новообразование, отогематома); боль, шум в ушах, снижение слуха, заложенность, выделения, зуд, чувство дискомфорта.

**Нос, околоносовые пазухи:** косметический дефект образования, заложенность носа, затруднение дыхания через нос, выделения, зуд, боль в носу, болезненность точек выхода I–II ветвей тройничного нерва, тяжесть в области лица.

**Глотка:** боль, першение, зуд, чувство «комка», «чувство комка инородного тела», отделяемое, характер его, затрудненное глотание, кашель.

**Гортань:** изменение голосовой функции (охриплость, осиплость, афония), кашель, боль, чувство инородного тела, затрудненное дыхание, глотание.

## Система нижних дыхательных путей

**Кашель:** периодичность, частота, продолжительность, время появления; интенсивность; слабый, умеренный, сильный; характер: лающий, грубый, громкий, сильный, с отделением мокроты или нет (влажный или сухой).

**Мокрота:** откашливается свободно, с трудом отдельными плевками, полным ртом. Примерное количество и изменение его по отношению положения больного и времени суток. Характер мокроты: серозная, слизистая, гнойная, кровянистая (ржавая, с примесью крови). При отстаивании: цвет, запах, консистенция (жидкая, вязкая, пустая, слоистая).

**Боли в грудной клетке:** локализация, характер (острая, тупая, ноющая, колющая и т. д.), интенсивность (слабая, сильная), продолжительность (постоянная, приступообразная, периодическая), иррадиация болей. Связь с физической нагрузкой, дыханием, кашлем, окружающей средой.

**Одышка:** периодическая или постоянная. Характер: инспираторная, экспираторная, смешанная. Связь с физической нагрузкой, с изменением положения тела, окружающей средой.

**Удушье:** время, причины появления, длительность приступа, связь с запахами. Приступ купируется (изменением положения тела, прекращением физической нагрузки, медикаментозными препаратами).

## Сердечно-сосудистая система

**Боли в области сердца:** локализация, продолжительность (постоянные, приступообразные, периодические), частота и длительность приступов; характер болей (острые, тупые, давящие, жгучие, ноющие, сжимающие); интенсивность (слабые, сильные, переменные). Связь с физической нагрузкой, психоэмоциональным состоянием, окружающей средой, временем года, изменением положения тела. Иррадиация болей. Боль купируется (прекращением физической нагрузки, медикаментозными препаратами).

**Перебои в деятельности сердца:** постоянные, приступообразные, условия появления (перемена положения тела, физическая нагрузка, прием пищи, психоэмоциональные факторы).

**Сердцебиение:** постоянное, периодическое, продолжительность, причина.

**Одышка:** постоянная, периодическая. Характер, связь с физической нагрузкой, изменением положения тела.

**Отеки:** локализация, время возникновения и исчезновения, давность возникновения.

## Система органов пищеварения

**Аппетит:** сохранен, повышен, снижен, отвращение к жирной, мясной пище. Чувство насыщения: наступает быстро, медленно. Неприятный привкус во рту (кислый, горький, металлический, сладковатый, отсутствие вкуса).

**Слюноотделение:** обильное, усиленное (слюнотечение), недостаточное (сухость во рту), запах изо рта, наличие жажды, икота.

**Жевание:** хорошо ли пережевывает пищу, боли при жевании.

**Глотание:** свободное, затрудненное, болезненное; при употреблении жидкой, твердой пищи, наличие задержки пищи на определенном уровне.

**Отрыжка:** связь с приемом пищи, ее характером. Продолжительность, частота возникновения. Особенность (кислая, горькая, тухлым яйцом, воздухом, съеденной пищей).

**Изжога:** частота появления, интенсивность (выраженная, умеренная), давность, продолжительность, зависимость от вида и времени приема пищи. Факторы, облегчающие или устраняющие изжогу (употребление воды, молока, соды, кефира).

**Тошнота:** частота появления, продолжительность, зависимость от времени и вида приема пищи.

**Рвота:** частота, время появления (натощак, после приема пищи, сразу или через некоторое время, независимо от приема пищи, на высоте болей, после приема лекарственных веществ). Количество рвотных масс (обильное, небольшое). Характер рвотных масс (съеденной накануне пищей или вчерашней), наличием примесей (желчи, слизи, гельминтов, крови — свежей или типа кофейной гущи). Вкус, запах (кислый, горький, гнилостный, зловонный).

**Боли в животе:** локализация, характер (острые, колющие, режущие, ноющие, тупые, опоясывающие). Интенсивность, постоянные, периодические, приступообразные. Иррадиация (в спину, за грудину, в плечо, паховую область и т. д.). Связь с приемом пищи (голодные, ночные, при прохождении твердой или жидкой пищи). Связь с количеством и качеством пищи, физической нагрузкой, переменой положения тела, актом дефекации, волнением. Сезонность болей. Возникновение (внезапно, предшествие тошноты, рвоты). Частота, давность. Факторы, облегчающие или устраняющие боль (проходит самостоятельно, прием пищи, воды, рвота, тепло, лекарственные препараты и др.). Сопровождаются или осложняются (повышением температуры, желтухой, поносом, рвотой и др.).

**Распирание и тяжесть в животе:** ощущение переливания, урчания, вздутия (метеоризм).

**Акт дефекации:** свободный, долгие позывы, затрудненный, выпадение прямой кишки и геморроидальных узлов, зуд в анусе.

**Характер стула:** регулярный, нерегулярный, частота, оформленный (колбасовидный), неоформленный (лентовидный), кашицеобразный, «овечий», жидкий, пенистый, в виде рисового отвара, болотной тины. Цвет (коричневый, темно-коричневый, светлый, белой глины, черный, дегтеобразный). Примеси: кровь, гной, слизь, перевариваемая пища, глисты. Запах: обычный, кислый гнилостный, зловонный.



**Поносы и запоры:** частота, время суток, связь с характером пищи, волнением, чередование поносов и запоров. Непроизвольная дефекация. Использование клизм, слабительных средств (каких именно).

**Отхождение газов:** свободное, затрудненное, обильное, умеренное, со зловонным запахом.

### **Система мочеотделения**

**Боли в области поясницы:** локализация, иррадиация. Характер (острая, тупая, односторонняя, двусторонняя, приступообразная, постоянная, периодическая). Связь с физической нагрузкой, изменением положения тела. Частота, давность. Чем сопровождаются и облегчаются?

**Расстройство мочеотделения:** болезненное, затрудненное, анурия, олигурия, поллакиурия, прерывистость, ложные позывы на мочеотделение, произвольное мочеиспускание.

**Цвет мочи:** светлая, темная, цвета пива, цвета мясных помоев, мутная с хлопьями, с примесью алой крови.

**Запах мочи:** обычный, фруктовый, резкий, каловый и др.

### **Опорно-двигательная система**

**Боли в суставах:** локализация, характер (острые, тупые, ноющие, летучие). Частота, давность, продолжительность, время появления, сезонность интенсивность (умеренные, выраженные). Сопровождаются отечностью, покраснением, деформацией. Условия появления (физическая работа, прием пищи, охлаждение, прием алкоголя).

**Боли в мышцах:** локализация, характер (острые, тупые, ноющие). Интенсивность: умеренные, выраженные, периодические, постоянные: давность, сопровождение отечностью и покраснением. Связь с продолжительностью ходьбы, физической работы.

### **Нервная система: органы чувств**

**Расстройство сна:** бессонница, прерывистый сон, сновидения, давность нарушения сна.

**Головные боли:** частота, время появления, причина появления, локализация, давность.

**Головокружение:** частота (постоянные, с потерей сознания и координации или нет). Давность, продолжительность. Условия возникновения (перемена положения тела, физическая работа, в покое и др.).

**Шум в голове:** постоянный, периодический, время появления, давность.

**Нарушение памяти:** выраженное, умеренное, значительное.

**Расстройство зрения:** значительно снижено, незначительно снижено, мелькание «мушек перед глазами».

**Расстройство слуха:** снижен, глухота, гноетечение из ушей.

**Расстройство обоняния:** снижено, отсутствует, обострено.

**Расстройство вкуса:** снижено, извращение, отсутствие.

**Нарушение чувствительности кожи:** локализация, характер (болевая, температурная). Давность, кожный зуд.

При невозможности контакта с больным (отсутствие сознания, коматозное состояние), необходимые сведения о нем собирают у родственников или сопровождающих лиц.

## 2. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В этом разделе отмечается начало заболевания и его динамика до момента поступления в клинику.

Когда, где, при каких обстоятельствах началось данное заболевание?

С чем его связывает сам больной (переутомление, переохлаждение, инфекция, интоксикация, психическая травма и др.)?

Начало заболевания (острое или постепенное). Первые симптомы, и их дальнейшая динамика, появление новых симптомов, осложнения, частота и причина осложнений, продолжительность ремиссий. Когда впервые обратился за медицинской помощью? Какие проводились диагностические исследования, их результаты, если это известно больному? Применявшееся лечение (стационарное или амбулаторное), медикаментозные средства. Эффективность терапии. Когда и в связи с чем появилось последнее обострение заболевания? Состоит ли на диспансерном учете?

Причина настоящей госпитализации: для уточнения характера патологии; малая эффективность амбулаторного лечения; появление осложнений заболевания; развитие неотложного состояния с необходимостью срочно госпитализировать и т. д.

## 3. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Представляет собой медицинскую биографию больного, включающую все основные сведения о его жизни и деятельности от момента рождения до поступления в данную клинику.

**1. Детские и юношеские годы:** место рождения, социальное положение, каким ребенком по счету родился, как рос, развивался. Учеба, образование. Материально-бытовые условия в детстве, общее состояние здоровья и физическое развитие.

**2. Трудовой и бытовой анамнез:** начало и дальнейшая трудовая деятельность в хронологической последовательности. Характер выполняемой

работы в настоящее время, условия, режим труда, наличие профессиональных вредностей. Жилищные условия, санитарная характеристика жилища. Питание: характер пищи, частота и регулярность приема пищи. Режим нерабочего времени. Личная гигиена тела.

**3. Семейный и наследственный анамнез:** семейное положение (когда женился или вышла замуж), состав семьи, состояние их здоровья. У женщин выясняют состояние менструального цикла, количество беременностей и родов, их течение, аборт и их осложнения. Состояние здоровья жены, мужа. Мужская и женская родословная больного. Были ли родители и ближайшие родственники больны наследственными или подобными, как у больного заболеваниями.

**4. Перенесенные заболевания:** описываются в хронологическом порядке: указываются ранения, контузии, операции — в каком возрасте перенес каждое заболевание отдельно. Опрашивают, не болел ли: туберкулезом, венерическими заболеваниями, болезнью Боткина.

**5. Вредные привычки:** курение (давность, количество выкуренных сигарет в день). Употребление алкоголя (давность, количество, периодичность), наркотиков, снотворных. Токсикомания. Другие вредные привычки.

**6. Аллергологический анамнез:** указываются основные проявления аллергии у больного (появление сыпи на коже, слезотечение, зуд, затруднения дыхания и т. п.). Их связь с факторами окружающей среды, определенным местом (дома, на работе и прочее), профессиональными вредностями, временем года, характером пищи. Запахом, пылью трав, цветов, контактов с шерстью, домашней пылью, химическими веществами. Реакция на введение лекарств, вакцин, сывороток. Эффект от применения медикаментозных средств. Наличие аллергологических заболеваний у родственников.

## II. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (Status praesens)

### Общий осмотр

**Состояние больного:** удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

**Положение больного:** активное, пассивное, вынужденное (*указать какое*).

**Сознание:** ясное, угнетенное (ступор, сопор), отсутствие сознания (кома), возбужденное (бред, галлюцинации).

**Тип телосложения:** астеническое, нормостеническое, гиперстеническое, рост, масса тела, индекс массы тела, осанка (прямая, сутуловатость), походка (обычная, шаркающая, замедленная, паретическая и др.).

**Кожные покровы и видимые слизистые.** Цвет: бледный, с оттенком (розовым, земляным, пепельным, желтушным и т. д.); красный, синюшный

(цианоз) — указать вид цианоза (диффузный, акроцианоз, локальный с указанием локализации); желтушный, бронзовый, бурый, серый, наличие мраморного рисунка, очаговые пигментации и депигментации (локализация).

**Влажность:** нормальная (умеренная), повышенная, сухая кожа, шелушение кожи.

**Эластичность (тургор):** нормальная, снижена, повышенная.

**Сыпь:** характер (розеолы, эритема, петехии, экхимозы, волдыри, папулы, везикулы и т. д.), распространенность и локализация; наличие ксантом, сосудистых звездочек (телеангиоэктазий), уплотнений, пролежней, расчесов, рубцов. При отсутствии сыпи и рубцов констатируется, что кожа чистая.

**Волосы:** рост (обильный, скудный), выпадение, поседение и др. Тип оволосения (мужской, женский).

**Ногти:** форма (нормальная, ложкообразная, в виде часовых стекол), поверхность гладкая, исчерченная (характер исчерченности — поперечная, продольная), прозрачность ногтевой пластинки, цвет ногтевого ложа, наличие ломкости ногтей.

**Подкожно-жировая клетчатка:** степень развития (слабая, чрезмерная, умеренная), распределение (равномерное, неравномерное), места наибольшего скопления жира, тип ожирения (при наличии ожирения), толщина кожной складки (в см) на уровне пупка по краям прямых мышц живота, на уровне углов лопатки, на плече над трицепсом.

**Наличие пастозности, отеков:** характер отеков по локализации (лицо, конечности и др.), консистенции (мягкие, плотные), выраженности (пастозность, незначительные, большие, анасарка), цвету (бледный, цианотичный) и температуре (теплые, холодные) кожи над отеками.

**Лимфатические узлы:** определяются визуально или нет, пальпируются или нет, если пальпируются, то определяется локализация (подчелюстные, шейные, затылочные, подключичные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные), величина, консистенция, подвижность, болезненность, количество, спаянность между собой и кожей, наличие свищей, изменения кожи над лимфоузлами.

**Мышцы:** степень развития, тонус (нормальный, повышен, понижен), сила (достаточная, снижена), болезненность при пальпации (локализация), уплотнения или атрофии (локализация, характеристики), наличие судорог (локализация, тонические, клонические).

**Кости:** пропорциональность соотношения соответствующих частей скелета, деформации (указать локализацию, характер), наличие утолщения фаланг пальцев ног и рук (барабанные палочки), болезненность при пальпации, поколачивании плоских костей, искривления позвоночника (лордоз, кифоз, сколиоз, кифосколиоз).

**Суставы:** увеличение размеров, изменение конфигураций, болезненность при пальпации, гиперемия и повышение температуры кожи в области суставов,

припухлость, суставной хруст, флюктуация, объем активных и пассивных движений (полный, ограничен, указать характер ограничения, локализацию).

**Выражение лица:** обычное, спокойное, угнетенное, возбужденное, страдальческое и др. Специфический вид лица («митральное», «нефритическое», «базедово», «микседематозное» лицо, лицо Гиппократ, Корвизара и др., указать какое). Окраска кожи лица, высыпания на губах.

**Отечность век, ксантелазмы.** Величина глазных щелей (одинаковые, различные), экзофтальм, эндофтальм, птоз, окраска склер, зрачки (сужены, расширены, неравномерные).

**Нос:** форма, деформации, окраска кожи, наличие дыхательных экскурсий крыльев носа.

**Рот:** форма (обычная, изменена), симметричность уголков рта, состояние губ.

**Осмотр головы:** форма, размер (микро-, макроцефалия), положение (обычное, неподвижное, склоненная, запрокинутая др.), наличие произвольных движений, судорог мускулатуры.

**Осмотр шеи:** форма, величина (длинная, короткая, толстая, тонкая), изменения кожи (пигментации, рубцы), наличие увеличенных лимфоузлов (указать точную локализацию).

## РАССПРОС ЖАЛОБ БОЛЬНОГО ПО СИСТЕМАМ

### Система органов дыхания

**1. Осмотр грудной клетки:** проводятся статический (исследуются морфологические особенности) и динамический (исследуется участие грудной клетки в акте дыхания) осмотры.

**Статический осмотр:** форма грудной клетки — нормальная (нормостеническая, астеническая, гиперстеническая), патологическая (эмфизематозная, паралитическая, рахитическая, ладьевидная, воронкообразная, кифосколиотическая); симметричность, деформация; выраженность надключичных и подключичных впадин; положение ключиц и лопаток; состояние межреберных промежутков (расширены, сужены, выбухают, западают); ход ребер (пологий, горизонтальный, близкий к вертикальному); соотношение передне-заднего и бокового размеров.

**Динамический осмотр:** тип дыхания (брюшной, грудной, смешанный); число дыханий в минуту, глубина дыханий (поверхностное, средней глубины, глубокое); участие вспомогательных мышц в дыхании; ритм дыхания (правильный, аритмичное дыхание: Чейн-Стокса, Биота, Грокко, гаспинг-дыхание; дыхание Куссмауля, стридорозное дыхание); симметричность дыхания — симметричность участия половин грудной клетки в дыхании, дыхательная экскурсия грудной клетки (см).

**2. Пальпация грудной клетки:** выявление болезненности кожи, мышц, костных структур, межреберных промежутков, локализация, головное дрожание (нормальное, не определяется, ослабленное, усиленное, локализация изменений, симметричность), резистентность и эластичность грудной клетки, ощущение шума трения плевры, локализация.

### **3. Перкуссия легких.**

**Сравнительная:** звук ясный легочный, коробочный, тимпанический, приглушенный, тупой, металлический, «треснувшего горшка»; указать локализацию.

**Топографическая:** высота стояния верхушек легких спереди и сзади, слева и справа, ширина полей Кренига слева и справа, определение нижних границ легких по всем вертикальным топографическим линиям, активные экскурсии нижнего края легких по среднеключичной, средней подмышечной, лопаточной линиям, перкуссия пространства Траубе.

### **4. Аускультация легких.**

**Везикулярное дыхание** (нормальное, ослабленное, усиленное, жесткое, саккодированное, указать локализацию), соотношение фаз вдоха и выдоха.

**Бронхиальное дыхание:** локализация, вид (бронховезикулярное, амфорическое, с металлическим оттенком).

**Хрипы:** сухие (свистящие, жужжащие; выслушиваются преимущественно на вдохе или на выдохе); влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые, звучные, незвучные), изменение характера хрипов после откашливания, при форсированном дыхании; локализация хрипов.

**Крепитация:** звучная, незвучная, локализация.

**Шум трения плевры:** нежный, грубый, локализация.

**Бронхофония:** на симметричных участках отсутствует, выявляется.

## **Сердечно-сосудистая система**

### **1. Осмотр области сердца и крупных сосудов.**

**Осмотр области сердца:** выявление деформации грудной клетки (сердечный горб), пульсации в проекции сердца и отходящих от него сосудов — верхушечный толчок (положительный, отрицательный, локализация, площадь), сердечный толчок, надчревная пульсация, пульсация аорты, легочной артерии, аневризмы левого желудочка (*указать локализацию, выраженность*).

**Осмотр артерий и вен:** усиленная пульсация сонных артерий («пляска каротид»), симптом Мюссе, эпигастральная пульсация (лежа, стоя, на высоте глубокого вдоха), выявление набухания шейных вен и их характер, наличие венозного пульса (положительный, отрицательный), имеется ли извилистый ход и усиленная пульсация височных и других артерий, наличие расширения вен грудной клетки, брюшной стенки, рук, ног, извитость и бугристость этих вен.

### **2. Пальпация области сердца и крупных сосудов.**

**Пальпация области сердца:** наличие зон болезненности, локализация; верхушечный толчок (не пальпируется, пальпируется), если пальпи-

руется, то определение его площади (разлитой, нормальный, ограниченный), высоты (высокий, низкий, умеренный), силы (неусиленный, усиленный, ослабленный), резистентности (резистентный, нерезистентный, средней плотности); сердечный толчок (не пальпируется, пальпируется); феномен «кошачьего мурлыканья» (локализация, систолическое, диастолическое, систоло-диастолическое); пульсации аорты, легочной артерии, эпигастральная пульсация, ретростернальная пульсация аорты;

**Пальпация артерий:** свойство стенки (мягкая, твердая, упругая); характеристика пульса на лучевой артерии — одинаковый или различный пульс на симметричных артериях, ритм (ритмичный, неритмичный, указать характер аритмии), напряжение (удовлетворительный, твердый, мягкий), наполнение (удовлетворительный, полный, пустой, одинаковый, неодинаковый, равномерный), величина (нормальный, большой, малый, нитевидный), скорость или форма (нормальный, скорый или подскакивающий, медленный); дефицит пульса, величина дефицита; наличие пульса на сонных бедренных артериях, артерии тыла стопы с симметричным сравнением его свойств.

**3. Перкуссия сердца, сосудистого пучка:** определение правой, левой и верхней границ относительной и абсолютной тупости, поперечного размера относительной и абсолютной тупости (в см), ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье (в см), конфигурация относительной тупости (обычная, митральная, аортальная, трапециевидная).

#### **4. Аускультация сердца.**

**Ритм сердца:** правильный, неправильный (характер аритмии).

**Характеристика тонов:** ясные, приглушенные, глухие, усиленные (I и II тон в разных точках аускультации), расщепление и раздвоение тонов (локализация), наличие III и IV тонов, тона открытия митрального клапана, систолических щелчков, перикард-тона, ритма «галопа», ритма «перепела», маятникообразного ритма, эмбриокардии.

**Шумы сердца:** отношение к фазам сердечной деятельности (систолический, диастолический прото-, мезо-, пресистолический), сила (тихий, громкий), тембр (дующий, скребущий, пилящий, свистящий), продолжительность (короткий, продолжительный), другие акустические свойства (мягкий, грубый, высокий, низкий, убывающий, нарастающий), место наилучшего выслушивания и зоны проводимости шума, изменение шума в зависимости от фазы дыхания, положения больного (вертикальное, горизонтальное, на левом, правом боку), после физической нагрузки.

**Внесердечные шумы:** шум трения перикарда, плевроперикардальный шум (локализация, характеристика).

#### **5. Аускультация артерий и вен.**

Наличие или отсутствие тонов Траубе, двойного шума Дюрозье, шума «волчка» на яремных венах.

**6. Артериальное давление на обеих руках:** систолическое, диастолическое (мм рт. ст.), измеряется в положении сидя, лежа, стоя.

## Система органов желудочно-кишечного тракта

**1. Осмотр полости рта:** запах изо рта (обычный, гнилостный, кислый, каловый, алкоголя, ацетона, аммиака и др.); слизистая оболочка полости рта (окраска — бледная, гиперемия, желтушность, влажность, пигментация, пятна Филатова, изъязвления, молочница, кровоизлияния); десна (гиперемия, разрыхленность, кровоточивость, отечность, серая кайма и др.); зубы (наличие их, отсутствующие — указать какие; кариозные, шатающиеся, искусственные); язык (симметричность или отклонение языка в сторону при высовывании, величина языка — наличие отпечатков зубов по краям, сухой, влажный, обложенный — умеренно, сильно, цвет налета, легко ли снимается, выраженность сосочков, лакированный, малиновый, «географический язык», изъязвления, трещины, язвы, рубцы); небные дужки, небо (цвет — нормальные, гиперемированные, припухлость или отечность, налеты); миндалины (размеры — нормальные, гипертрофированные, гиперемия, отечность, разрыхленность, наличие гнойных пробок, налетов); задняя стенка глотки (цвет слизистой оболочки — покраснение, побледнение, отечность, наличие зернистости, язв, рубцов, налетов и др.).

**2. Осмотр живота** проводится в положении стоя и лежа: величина, форма — нормальная, вздут (равномерно или неравномерно), втянут, «лягушачий», отвислый; состояние пупка (втянут, выпячен); окружность живота на уровне пупка (в см), выраженность подкожно-жирового слоя; наличие расширенных подкожных вен на брюшной стенке, локализация, направление тока крови; рубцы (локализация, размеры), грыжи (локализация), видимая перистальтика желудка, кишечника; пульсации — локализация, выраженность, участки патологической пигментации кожи, локализация.

### **3. Пальпация живота.**

**Поверхностная:** болезненность (ограниченная с указанием локализации, разлитая), болевые точки, симптом Щеткина-Блюмберга. Повышение тонуса мышц передней брюшной стенки (резистентность, мышечное напряжение или мышечная защита) — разлитое, локальное с указанием локализации. Отечность брюшной стенки, расхождение прямых мышц живота, грыжи. Определение асцита методом флюктуации.

**Глубокая пальпация** проводится в определенной последовательности: сигмовидная кишка, слепая кишка, конечный отрезок подвздошной кишки, аппендикс слепой кишки, восходящая, нисходящая, поперечная ободочные кишки, печеночный и селезеночный изгибы толстой кишки, желудок (определение большой кривизны, привратника). У каждого из указанных органов определяют: локализацию, болезненность, диаметр (размеры), характер поверхности (гладкая, бугристая), консистенцию, наличие урчания, плеска, подвижность (смещаемость). Наличие новообразований в брюшной полости: локализация, размеры, консистенция, характер поверхности, болезненность, подвижность.



**4. Перкуссия живота:** характер тимпанического звука над желудком и над кишечником, локализация тупого звука при скоплении жидкости, кала, опухоли; перкуторное определение свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости, верхний уровень жидкости при вертикальном положении; симптом Менделя.

**5. Аускультация живота:** кишечные шумы (нормальные, ослабленные, усиленные, отсутствуют), шум трения брюшины в проекции печени (перигепатит), селезенки (периспленит).

## **Гепато-билиарная система, поджелудочная железа, селезенка**

### **1. Исследование печени и желчного пузыря.**

**Осмотр области печени:** пигментация кожи, выбухание, ограничение дыхательных экскурсий передней брюшной стенки в правом подреберье.

**Перкуссия печени:** верхняя граница абсолютной тупости печени (по правым линиям — окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной), нижняя граница (по правым линиям — окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной, передней срединной и левой — окологрудинной); высота абсолютной тупости печени (в см), размеры по Курлову (по среднеключичной, передней срединной линиям, по левой реберной дуге).

**Пальпация нижнего края печени:** локализация ниже правой реберной дуги (см); характер края (не определяется, острый, закругленный, ровный или неровный), консистенция (мягкая, уплотнена, твердая, хрящевая), чувствительность (болезненный, безболезненный), характер выступающей поверхности (гладкая, бугристая); баллотирующая пальпация при наличии асцита (симптом «плавающей льдинки»).

**Пальпация желчного пузыря:** пальпируется или не пальпируется; если пальпируется, определяется локализация, болезненность, консистенция (мягкая, плотная), характер поверхности (гладкая, бугристая), подвижность; наличие симптомов Грекова-Ортнера, Лепене-Василенко, Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского, Курвуазье.

### **2. Исследование поджелудочной железы.**

**Осмотр:** наличие «цветных» симптомов панкреатита — симптомы Холстеда, Грея-Тернера, Кулена-Джонсона, пигментация кожи и атрофия подкожной клетчатки в зоне проекции поджелудочной железы (симптом Грота), локальных выбуханий в эпигастральной области и левом подреберье.

**Пальпация.** Поверхностная пальпация: болезненность в зонах Шоффары, Губергрица-Скульского, в точках Дежардена, Губергрица, резистентность передней брюшной стенки в зоне проекции поджелудочной железы. Глубокая методическая скользящая пальпация: не пальпируется, пальпируется, если пальпируется, определить локализацию, болезненность, диаметр, консистенцию (мягкая, уплотненная), характер поверхности (ровная, бугристая, наличие узлов и опухолевидных образований).

**3. Исследование селезенки:** осмотр — наличие выбухания в левом подреберье; перкуссия — определение границ верхней, нижней, передней и задней (*указать локализацию*), длинника и поперечника (в см); пальпация — пальпируется, не пальпируется, если пальпируется, определяют локализацию нижнего края (степень увеличения), форму, характер поверхности (ровная, гладкая, бугристая), консистенцию (мягкая, плотная, хрящевая), подвижность, болезненность.

### Система мочевыделения

**1. Осмотр и пальпация поясничной области:** припухлость, гиперемия, болезненность кожи, подкожной клетчатки и мышц (*указать локализацию*), болезненность в области задних (реберно-поясничных, реберно-позвоночных) и передних (подреберных, верхних и средних) мочеточниковых точек.

**Пальпация почек** выполняется в вертикальном и горизонтальном положениях: пальпируется, не пальпируется, если пальпируется, оценивается локализация, что доступно пальпации — нижний полюс, вся почка, ее величина, консистенция, характер поверхности, смещаемость, болезненность.

**Перкуссия:** симптом поколачивания (Пастернацкого) — отрицательный, положительный (слева, справа).

**Аускультация сосудов почек:** наличие систолического сосудистого шума, локализация (сзади, спереди, слева, справа).

**Перкуссия и пальпация мочевого пузыря:** выступает над лонным сочленением (см), пальпируется, не пальпируется, если пальпируется, определяются локализация, болезненность, характер поверхности (гладкая, бугристая), консистенция (мягкая, плотная).

### Эндокринная система

При заболеваниях эндокринной системы большое диагностическое значение имеют изменения внешнего вида (*habitus*) пациента. Эти изменения выявляют при проведении общего осмотра и записывают в разделе «Общий осмотр». При исследовании больного эндокринными заболеваниями следует обратить внимание на следующие показатели.

**1. Заболевания гипофиза:** рост (карликовость, гигантизм), масса тела (гипофизарная кахексия), пропорциональность скелета (увеличение размеров кистей, стоп, носа, подбородка, надбровных дуг — при акромегалии).

**2. Заболевания надпочечников:** изменение массы тела (кахексия — при надпочечниковой недостаточности, ожирение с преимущественным накоплением жира на лице и туловище — при гиперкортицизме), темно-бурая (бронзовая) окраска кожи и слизистых оболочек рта — при надпочечниковой недостаточности, темно-красные полосы (стрии) бедер и живота — при гиперкортицизме.

**3. При сахарном диабете:** исхудание или ожирение, гнойничковая сыпь, расчесы на коже, гипертрихоз на спине, вокруг лопаток и пупка, ксантомы, ксантелазмы.

**4. Заболевания щитовидной железы:** исхудание, тонкая, горячая кожа повышенной влажности, претибиальная микседема, акропатия — при гипертиреозе, избыточный вес, сухая, бледная с шелушением кожа, плотные малоподвижные отеки всего тела, в т. ч. и лица, ломкие, тусклые, сухие с склонностью к избыточному выпадению волосы, тусклые, ломкие ногти — при гипотиреозе. Изменения лица: бледное, не выразительное, с узкими глазными щелями, безразличным взглядом и вялой мимикой (микседематозное лицо), экзофтальм, широко раскрытые, блестящие глаза (выражение удивления или испуга) — «базедово лицо», глазные симптомы тиреотоксикоза — Дальримпля, Мебиуса, Штельвага, Кохера, Греффе и др.

**5. Осмотр и пальпация щитовидной железы:** степень увеличения, характер (диффузное, узловое, смешанное), консистенция (мягкая, плотная), поверхность (гладкая, бугристая), подвижность при глотании. При увеличенной щитовидной железе производят измерение окружности шеи через остистый отросток VII шейного позвонка сзади и наиболее выступающую часть щитовидной железы спереди.

**6. Аускультация щитовидной железы:** наличие сосудистого шума над щитовидной железой.

## Система крови и кроветворения

Физикальное исследование системы крови и кроветворения включает, прежде всего, проведение общего осмотра больного, позволяющего выявить ряд диагностически важных признаков. Эти признаки записываются в разделе «Общий осмотр». Следует обратить внимание на состояние кожи (бледность, бледно-зеленоватый цвет, восковой оттенок, золотисто-желтый цвет — при анемиях, гиперемия — при эритремии, сухость, шелушение — при сидеропении), на наличие геморрагической сыпи (петехии, экхимозы, кровоподтеки, телеангиоэктазии — при геморрагических диатезах), лейкомид, на состояние придатков кожи (изменения волос, ногтей). Визуально и методом пальпации оценивается состояние лимфатических узлов. Методом перкуссии выявляется болезненность плоских костей.

Проводится также визуальное, перкуторное и пальпаторное исследование селезенки. Результаты этих исследований записывают в разделе «Гепатобилиарная система, поджелудочная железа, селезенка».

## Нервная система и органы чувств

**1. Общий нервно-психический статус:** настроение (хорошее, подавленное, угнетенное, быстрая смена настроения), ориентирование в окру-

жающей обстановке, во времени, пространстве (правильное, неправильное), контактность больного, интеллект, память, речь.

**2. Двигательная сфера:** наличие параличей, парезов, птоза, асимметрии лица (*указать локализацию*).

**3. Рефлекторная сфера:** зрачки (одинаковые, неодинаковые), их реакция на свет.

**4. Вегетативная сфера:** дермографизм (красный, белый), нестойкий, отечный, разлитой, гипергидроз.

**5. Рецепторная сфера:** зрение, слух, обоняние.

## ЛОП-статус (lor-status)

### Нос и околоносовые пазухи

• *Наружный нос:* не изменен, деформация (западение, горбинка, сколиоз) слева, справа, костная часть, хрящевая, спинка, крылья, кончик, ноздри. Точки выхода ветвей тройничного нерва на лицо I, II, III — слева, справа — (без) болезненны.

• *Дыхание через нос:* свободное, затруднено (слева, справа), отсутствует.

• *Преддверие:* не изменено, сужено, справа, слева.

• *Обоняние:* сохранено, гипосмия, аносмия, гиперосмия, справа, слева.

• *Слизистая оболочка:* розовая, бледно-розовая, синюшная, гиперемирована, сухая, влажная, гипертрофирована, изъязвлена в области носовой перегородки, носовой раковины (нижней, средней, верхней), передний конец, задний конец, носовой ход (средний, нижний и верхний), справа, слева.

• *Носовая перегородка:* по средней линии, искривление, бугор, гребень, шип справа, слева, в хрящевом, костном отделе, С-образно, S-образно.

### Полость рта

• *Открывание рта:* свободное, тризм, болезненное. Слизистая оболочка полости рта: бледно-розовая, гиперемирована, афты, язва на языке, мягком небе, дне полости рта.

• *Язык:* чистый, влажный, обложен белым налетом на всем протяжении, у корня, афты, язвы, инфильтрация, болезненность (справа, слева).

• *Зубы:* санированы, кариес, протезы, здоровы.

### Ротоглотка

• *Небные дужки:* хорошо контурируются, края отечны, гиперемированы, правая, левая, передняя, задняя, инфильтрирована, спаяны с миндалиной, подушкообразное выпячивание, складка Гиса утолщена, гиперемирована.

• *Небные миндалины:* не выступают из-за небных дужек, гипертрофия I–II–III ст., поверхность гладкая, бугристая, лакуны не расширены, слизистая оболочка не выпячивается из лакун. Содержимое лакун: казеозные, гнойные, слизистые пробки, гной, слизь, нет, налеты над лакунами и на поверхности белесоватые, желтоватые, серые.

- Задняя стенка: слизистая оболочка розовая, гладкая, гипертрофия лим-фоидных гранул, боковых валиков, атрофия, гной, корки, слизь, кровь. Глоточный рефлекс: высокий, снижен, сохранен.

### **Носоглотка**

- Хоаны: свободны, закрыты гипертрофированными задними концами нижних носовых раковин, средних носовых раковин, полипом, новообразованием, аденоидами.

- Свод: свободен, новообразование, аденоиды I–II–III ст., слизистая оболочка влажная, розовая, сфеноэтомидальный карман: свободен, гной, слизь (справа, слева).

- Устья слуховых труб: хорошо контурируются (справа, слева), свободны, слизь, гной, сужено, гипертрофия трубных валиков и миндалин.

### **Гортаноглотка**

- Язычная миндалина: (не)увеличена, налетов нет, гиперемирована.

- Валекулы: свободны, слизистая оболочка бледно-розовая, гиперемирована.

- Задняя и боковые стенки: слизистая оболочка бледно-розовая, гиперемирована, отечна, инфильтрирована, справа, слева.

- Грушевидные синусы: (не)раскрываются хорошо при фонации, правый, левый, слизь, гной, отек, инфильтрация, новообразование.

### **Гортань**

- Наружный осмотр: контурируется хорошо, пассивно подвижна, правильной формы, имеется положительный симптом «хруста хрящей» гортани.

- Слизистая оболочка надгортанника, черпалонадгортанных складок, черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства, вестибулярных складок бледно розовая, гиперемирована, гипертрофирована, влажная, гладкая, бугристая, отечная, справа, слева.

- Голосовые складки: белесоватые, чистые, при фонации (не) смыкаются полностью, в переднем отделе, заднем, ограничена в движении, неподвижна, гиперемирована, налеты в передней 1/3, средней 1/3, задней 1/3, новообразования, (передняя, задняя комиссура), гипертрофия (ограниченная, диффузная, справа, слева).

- Подскладочное пространство свободное, слизистая оболочка розовая, бледно-розовая, утолщение валиков под голосовыми складками, голосовая щель не (сужена), налеты, новообразование на передней, боковой (слева, справа), задней стенках. Голос звучный, хриплый, афония.

- Одышка: нет, инспираторная, экспираторная, смешанная, в покое, при физической нагрузке.

- Стеноз гортани: нет, I, II, III.

### **Уши (АД/АС)**

- Ушная раковина — правильной формы, наружный слуховой проход широкий, узкий, экзостоз, болезненный, костная, хрящевая часть, инфильтрация, гиперемия: гной, сера, корки, пробка, кровь, пленки.

- Барабанная перепонка: перламутрово-серая, опознавательные пункты выражены хорошо, перфорация краевая, некраевая, в верхне-заднем, верхне-переднем, нижне-заднем, нижне-переднем квадранте, холестеатомные массы, гиперемия, пульсирующий рефлекс, инфильтрация, втянутость, рубцы, кальцинат.

- Барабанная полость — через перфорацию видны: гной, грануляции, полип, холестеатомные массы, кровь.

### Слуховой паспорт исследуемого с нормальным слухом

(Правое ухо)	АД	СШ	AS	(Левое ухо)
	—		—	
	6 м	ШР	6 м	
	> 6 м	РР	> 6 м	
	36	C <sub>128</sub>	в 36" («норма – 36»)	
	18"		к 18" («норма – 18»)	
	30"	C <sub>2048</sub>	30" («норма – 30»)	
	+	R	+	
		W		
	+	Sch	+	

**Заключение:** патологии со стороны слуха не выявлено.

### Слуховой паспорт больного с нейросенсорной тугоухостью справа

(Правое ухо)	АД	СШ	AS	(Левое ухо)
	+		-	
	0,5 м	ШР	6 м	
	2 м	РР	> 6 м	
	15"	C <sub>128</sub>	в (36") 36"	
	7"		к (18") 18"	
	9"	C <sub>2048</sub>	(30") 30"	
	+	R	+	
		W		
	укор.	Sch	+	

**Заключение:** нарушение слуха по сенсоневральному типу справа.

### Слуховой паспорт больного с кондуктивной тугоухостью справа

(Правое ухо)	АД	СШ	AS	(Левое ухо)
	±		-	
	0,5 м	ШР	> 6 м	
	2,5 м	РР	6 м	
	12"	C <sub>128</sub>	в (36") 36"	
	18"		к (18") 18"	
	30"	C <sub>2048</sub>	(30") 30"	
	-	R	+	
		W		
	укор.	Sch	+	

**Заключение:** нарушение слуха по кондуктивному типу справа.

## Вестибулярный паспорт

Справа	Тесты	Слева
-	СО (головокружение, тошнота, рвота) -	-
Промых нет	Указ. проба	Промых нет
Устойчив	Поза Ромберга	Устойчив
	Адиadoхокинез — нет	
	Ng Sp	
-	Ng фист.	-
-	Ng кал.	-
	Барофункция уха.	
	Пробы	
АД	с глотком	AS
+	Тойнби	+
+	Вальсальвы	+
+	Политцера	+
+	Продув.катетером	+

**Заключение:** патологии со стороны вестибулярного анализатора не выявлено.

### Предварительный диагноз. Обоснование его

Для обоснования диагноза используют основные жалобы, анамнез, клинические данные, данные осмотра ЛОР-органов.

### План дообследования

Дообследование обычно включает общеклинические и биохимические анализы, RW, рентгенологические, бактериологические, морфологические, ЭКГ, аудиометрические исследования, а также консультации различных специалистов. По предварительному диагнозу определяется и вид лечения (консервативное, полухирургическое, хирургическое). В целях формирования правильного диагноза после дообследования проводится дифференциальная диагностика, т. е. исключаются наиболее близкие по клиническому проявлению и течению заболевания. Клинический диагноз у большинства больных должен быть установлен в первые 3 дня. У тяжелых, сложных больных диагноз может быть установлен и позже, однако рабочий диагноз должен быть в течение этого срока.

### Клинический диагноз. Обоснование.

Клинический диагноз основывается на данных жалоб пациента, осмотра, анамнеза, лабораторных, клинических, рентгенологических и других методов исследования.

## **Сопутствующий диагноз. Обоснование. Дифференциальный диагноз**

В процессе обследования больного приходится проводить дифференциальную диагностику с подобными заболеваниями. Для этого используют анамнез, наиболее типичные клинические проявления заболевания, данные объективного обследования больного, лабораторные и инструментальные исследования.

### **План лечения**

Лечение больного и дообследование фиксируются в листке назначений, консультации — в истории болезни и в специальном журнале. Некоторые специальные сложные методы лечения и функциональные дообследования вносятся в историю болезни (УЗИ, ФКГ, ГБО, пункции и т. д.). После установления клинического диагноза составляется план лечения. Различают 3 основных вида лечения: консервативное, хирургическое и комбинированное.

**Консервативное лечение**, как правило, фиксируется в листах назначений. Для облегчения его выполнения, все препараты и методы лечения заносятся в различные графы листка назначений. На 1-й странице листка записываются: диета, режим, препараты назначенные внутрь, с указанием дозы и способа приема, неинвазивные способы лечения (банки, горчичники, гипербарическая оксигенация и т. д.). Назначения парентеральных препаратов фиксируются на следующей странице. Физиопроцедуры назначаются на 3-й странице (ингаляции, массаж, УВЧ и т. д.). Ежедневно назначения корректируются лечащим врачом, о чем делается соответствующая отметка напротив. Внизу на каждой странице листка ставится подпись лечащего врача о назначении и медсестры — о выполнении назначений.

В случае использования **хирургического метода лечения** в истории болезни делается запись «Предоперационный эпикриз», в котором определяются показания к данной операции, исходя из имеющихся данных о больном и его болезни (анамнез, статус, динамика процесса, лабораторные данные и др.). Также указываются название операции, метод анестезии, согласие больного, степень риска и предоперационная подготовка.

### **Дневники**

Ежедневно, или через день (послеоперационным больным в течение 3-х дней) в истории болезни делается запись лечащим врачом — дневник, в котором обязательно отмечаются следующие данные: жалобы больного в данное время, общее самочувствие и состояние, сон, температура, пульс, артериальное давление, дыхание, аппетит, стул, диурез, местные явления, выполнение предшествующих лечебных назначений, перевязки, удаление турунд и т. д., особые события и изменения в состоянии больного (боли,



ознобы, кровотечения, повышение температуры и т. д.). Если состояние больного изменяется в нерабочее время, то такая запись вносится в историю болезни дежурным врачом. При осмотре больного консультантом или зав. отделением в истории болезни записываются данные консультации с соответствующими выводами и рекомендациями.

### **Записи операций**

После операции больной доставляется в палату в сопровождении хирурга или ассистента. В палате врач дает указания по режиму больного, питанию. Операция регистрируется в истории болезни и операционном журнале в тот же день. Запись должна включать: номер истории болезни, номер операции, ФИО больного, возраст, адрес, клинический диагноз, название операции, ФИО хирурга, ассистента и операционной медсестры, анестезиолога, метод анестезии, подробный ход операции с указанием особенностей, послеоперационный диагноз, направление на патогистологическое исследование.

### **Эпикриз**

При выписке больного из отделения или переводе в другое составляется основной эпикриз, в котором указываются ФИО больного, возраст, адрес, время нахождения в стационаре, все диагнозы, основные обследования, лечение, течение заболевания, состояние больного на момент выписки (общее и местные изменения), рекомендации (конкретные) при выписке (по дальнейшему лечению, наблюдению, экспертизе и др.).

### **Список использованной литературы (указать)**

### **III. ПРИМЕРНАЯ СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Больной, А. В. Иванов, 43 года. Жалобы при поступлении на: сильную боль в левом ухе, снижение слуха на левое ухо, заложенность левой половины носа, повышение температуры до 39 °С, общую слабость.

#### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным с 18.02, когда впервые после переохлаждения появился насморк, затем через 2 дня заложенность в левом ухе, снижение слуха. Не лечился. Вчера появилась боль в левом ухе, повысилась температура до 39 С, принимал аспирин, анальгин, борный спирт в левое ухо, после чего боль уменьшилась. Сегодня обратился в поликлинику к ЛОР-врачу и был направлен на госпитализацию в ЛОР-отделение. Из анамнеза также известно, что больной страдает частыми ОРВИ (3–4 раза в год), длительными насморками. Туберкулез, вензаболевания, инфекционный гепатит отрицает. Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Курит с 17 лет. Наследственность не отягощена.

#### **ЛОР-статус**

##### **Нос и околоносовые пазухи**

Форма наружного носа не изменена. Проекция стенок околоносовых пазух на лицо без особенностей. Точки выхода ветвей тройничных нервов безболезненны. Носовое дыхание через левую половину носа резко затруднено. Передняя риноскопия: преддверие носа свободное. Носовая перегородка в хрящевом отделе смещена влево, резко суживая общеносовой ход. Видимая часть нижних носовых раковин отечна, остальные отделы носовой полости слева не видны, даже после адренализации слизистой оболочки. Справа общеносовой ход широкий, нижняя носовая раковина увеличена в объеме, цианотична, отделяемого в носовых ходах нет. Увеличены подчелюстные лимфоузлы слева, при пальпации безболезненны.

##### **Полость рта**

Рот открывается свободно, слизистая оболочка бледно-розовая. Язык чистый, влажный.

##### **Ротоглотка**

Края небных дужек утолщены, гиперемированы, небные миндалины на уровне передних небных дужек, лакуны расширены с выпячиванием гиперемированной слизистой оболочки, при надавливании на верхние полюса небных миндалин выделяются гнойные пробки с неприятным запахом. Слизистая оболочка задней стенки умеренно гиперемирована, очаговая гипертрофия лимфоидных гранул.

### **Носоглотка**

На верхне-задней стенке имеется гиперемированная лимфоидная ткань со скудным гнойным отделяемым (до I ст.) Гипертрофия трубных миндалин, утолщение валиков, гнойное отделяемое в устье левой слуховой трубы.

### **Гортаноглотка**

Язычная миндалина не увеличена. Валекулы свободны, слизистая оболочка задних и боковых стенок глотки умеренно гиперемирована. Грушевидные синусы при фонации хорошо раскрываются, свободны. В зачелюстных областях пальпируются увеличенные безболезненные лимфоузлы.

### **Гортань**

Правильной формы, пассивно подвижна, симптом хруста хрящей выражен. Слизистая оболочка надгортанника, черпалонадгортанных складок, черпаловидных хрящей и вестибулярных складок — розовая, влажная, гладкая. Голосовые складки белесоватые, при фонации смыкаются полностью, при дыхании голосовая щель широкая, подскладковое пространство свободное. Голос звучный, дыхание свободное.

### **Уши**

*Правое ухо (AD):* ушная раковина правильной формы. Сосцевидный отросток безболезненный при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, содержит небольшое количество серы. Барабанная перепонка хорошо контурируется, перламутрово-серого цвета.

*Левое ухо (AS):* ушная раковина правильной формы. При пальпации сосцевидного отростка отмечается болезненность верхушки. Наружный слуховой проход широкий, свободный, стенки безболезненны, барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, резко выпячена в нижних квадрантах.

#### ***Слуховой паспорт***

АД	Тесты.	AS
-	СШ	+
6 м	Шр	1 м
6 м	Рр	4 м
47 с	С 128 возд.(N 45с.)	20 с
26 с	С 128 кост.(N 25с.)	56 с
32 с	С 2048 (N 30с.)	45 с
	W	→
+	R	-

**Вывод:** нарушение звукопроводения слева.

#### ***Вестибулярный паспорт.***

АД	Тесты	AS
-	СО	-
-	Ну Sp	-
Устойчив	Проба Ромберга	Устойчив
О	Указ.проба	О
-	Адиадохокинез	-
-	Ну Фист.	-
О	Ну Кал.	О

**Вывод:** вестибулярных нарушений нет.

На основании жалоб больного на боль в левом ухе и снижение слуха, анамнеза (заболевание связывает с перенесенной ОРВИ, острое начало), клинических данных — гиперемия, инфильтрация барабанной перепонки, болезненность верхушки сосцевидного отростка, ускорение СОЭ до 22 мм/ч, устанавливается *диагноз*: острый средний левосторонний отит. На основании жалоб на заложенность носа, затруднение носового дыхания слева, клинических данных — выраженное искривление носовой перегородки с нарушением функции дыхания через нос и вторичными изменениями нижних носовых раковин установлен *диагноз*: искривление носовой перегородки, хронический вазомоторный ринит.

На основании клинических данных — утолщение и гиперемия краев небных дужек, расширение лакун, гнойные пробки в лакунах с неприятным запахом, увеличение зачелюстных лимфоузлов, гипертрофия лимфоидных гранул задней стенки глотки позволяют установить диагноз хронический компенсированный тонзиллит, хронический гранулезный фарингит. Увеличение глоточной миндалины с гнойным отделяемым свидетельствуют о наличии у больного хронического аденоидита.

Итак, предварительный клинический диагноз будет сформулирован следующим образом: Острый катаральный средний левосторонний отит. Искривление носовой перегородки влево, хронический вазомоторный ринит. Хронический компенсированный тонзиллит. Хронический гранулезный фарингит, хронический гнойный аденоидит. Медикаментозная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Диагноз у нашего пациента оказался довольно сложным, поэтому дифференциальной диагностике должны подвергнуться все его составные части отдельно. Дифференцировать заболевания с подобной клинической картиной можно в повествовательной форме или в виде таблиц. Но в обоих случаях указываются основные признаки отдельных заболеваний и их отличия друг от друга.

Дифференциальная диагностика острого гнойного среднего отита представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Дифференциальная диагностика острого гнойного среднего отита

Заболевания	Острый гнойный средний отит	Острый катаральный средний отит	Диффузный наружный отит	Отомикоз	Хронический гнойный средний отит
Причина	ОРВИ	ОРВИ	Ссадина	Купание. Ссадина	Попадание воды. Переохлаждение
Время развития	Часы, сутки	Часы	Сутки	Недели	Годы
Боль	После перфорации отсутствует	Имеется	Имеется	Зуд	Умеренная до появления выделений
Выделения	После перфорации кровянистые слизистые	Нет	Скудные серозные, гнойные	Серозные, пленки	Гнойные
Наружный слуховой проход	Не изменен	Не изменен	Инфильтрирован, узкий, болезненный	Гиперемия костного отдела	Гиперемия костного отдела
Барабанная перепонка	Гиперемия, инфильтрация или перфорация, щелевидная	Гиперемия, инфильтрация	Плохо просматривается	Гиперемия, закрыта пленками	Дефекты

Окончание таблицы 1

Заболевания	Острый гнойный средний отит	Острый катаральный средний отит	Диффузный наружный отит	Отомикоз	Хронический гнойный средний отит
Рентгенография височных костей	Снижение пневматизации антрума, сосцевидного отростка	Норма	Норма	Норма	Рубцово-кариозный процесс, склероз, холестеатома
Изменения в крови	Увеличение СОЭ, Le	Норма	Увеличение СОЭ, Le	Норма	Норма

Анализ таблицы 1 показывает, что у нашего пациента больше данных за острый гнойный средний отит — сильная боль в ухе (до парацентеза), причина — ОРВИ, гнойные выделения после парацентеза, нормальный слуховой проход, резкая гиперемия, инфильтрация барабанной перепонки, снижение пневматизации антрума, утолщение слизистой оболочки ячеек сосцевидного отростка, изменения в анализе крови.

Дифференциальная диагностика искривления носовой перегородки и хронического вазомоторного ринита представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Дифференциальная диагностика искривления носовой перегородки и хронического вазомоторного ринита

Заболевание	ИНП	ХВР	ХАлР	ХГР	Новообразование	Синуит
Заложенность носа	Периодическое	Постоянное	Периодическое	Постоянное	Постоянное	Незначительное
Затруднение носового дыхания	Постоянное	Периодическое	Периодическое	Постоянное	Постоянное	Нет
Выделения	Нет	Водянистые	Слизистые	Слизистые	Слизисто-гнойные	Гнойные
Чихание	Нет	Иногда	Частое	Нет	Нет	Нет
Цвет слизистой оболочки	Цианоз, гиперемия	Цианоз	Бледно-серый	Бледно-серый	Гиперемия	Гиперемия.
Изменения ННР	Отдавлена латерально	Увеличена, отечна	Увеличена, отечна	Гипертрофирована	Увеличена, отечна	Увеличена, отечна
Изменения НП	Резкое отклонение	Не изменены	СО отечна	Не изменена	Незначительно смещена в противоположную сторону	Не изменена
Изменения СНР	Нет	Нет	Отек, бледность	Нет	Нет	Гипертрофия
Рентгенография	Нет	Утолщение СО ВЧП, РЛ	Отек СО ВЧП, РЛ	Нет	Нет	Затемнение, утолщение СО

*Примечание.* ИНП — искривление носовой перегородки; ХГР — хронический гипертрофический ринит; ХВР — хронический вазомоторный ринит; ХАлР — хронический аллергический ринит; СНР — средняя носовая раковина; ВЧП — верхнечелюстная пазуха; СО — слизистая оболочка; ННР — нижняя носовая раковина; НП — носовая перегородка; РЛ — решетчатый лабиринт.

Дифференциальная диагностика хронических тонзиллитов и фарингитов представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Дифференциальная диагностика хронических тонзиллитов и фарингитов

Заболевание	Хронический компенсированный тонзиллит	Хронический декомпенсированный тонзиллит	Хронический катаральный фарингит	Хронический гипертрофический фарингит
Першение	Нет	Нет	Имеется	Имеется
Покашливание	Нет	Нет	Незначительное	Имеется
Изменения небных дужек	Утолщение. Отек, гиперемия	Утолщение. Отек, гиперемия	Не изменены.	Не изменены
Изменения небных миндалин	Жидкий гной, кареозно-гнойные пробки	Жидкий гной, кареозно-гнойные пробки	Не изменены	Не изменены
Состояние СО задней стенки глотки	Не изменена	Не изменена	Гиперемия, слизистое отделяемое	Гиперемия, утолщение, гранулезные изменения, слизь
Увеличение лимфоузлов	Увеличены	Увеличены	Не увеличены	Не увеличены
Анамнез	Ангины	Ангины	ОРВИ	ОРВИ

Анализируя диагностические критерии по данной таблице применительно к нашему случаю, можно утверждать, что у нашего больного имеется хронический компенсированный тонзиллит и хронический гипертрофический фарингит.

Дифференциальная диагностика аденоидов, аденоидита и новообразования носоглотки представлена в таблице 4.

Таблица 4 — Дифференциальная диагностика аденоидов, аденоидита и новообразования носоглотки

Заболевание	Аденоиды	Аденоидит	Новообразование
Анамнез	ОРВИ	ОРВИ	Нет
Затруднение носового дыхания	Постоянное	В период обострения	Постоянное
Выделения	Скудные, слизистые	Гнойные	Слизисто-гнойные с кровью
Клиника	Бледно-розовые тяжи на задней стенке глотки	Гиперемия, нарушение тяжистости, отек, гной	Образование округлой формы с неизменной СО или с налетами, изъязвлением
Закладывание ушей	При простуде с 2-х сторон, непостоянно	При простуде с 2-х сторон, непостоянно	Постепенно нарастающее
Эффект от консервативного лечения	Незначительный	Выражен	Отсутствует
Морфологическое исследование	Лимфоидная ткань без воспаления	Лимфоидная ткань с воспалением	Новообразование

Данные критерии таблицы 4 подтверждают наше предположение о наличии хронического аденоидита.

## Дообследование

Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/глист, глюкоза крови, RW, группа крови, Rh-фактор, свертываемость, длительность кровотечения, тромбоциты, R-графия ОНП. Мазок из глотки и н/глотки на ВЛ, флору и чувствительность к антибиотикам, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, консультации терапевта, аллерголога. Учитывая, что ведущий диагноз «острый средний левосторонний отит» сразу же после установления диагноза назначено лечение:

1. Режим стационарный.
2. Диета № 15.
3. Парацентез левой барабанной перепонки — получен гной (мазок на флору и чувствительность к антибиотикам).
4. Асептические турунды в левое ухо — 3 раза в день.
5. Цефазолин 1,0 — 3 раза в сутки (в/мышечно в течение 7 дней).
6. Парацетамол 0,5 г — 4 раза внутрь в сутки после еды.
7. Диазолин 0,1 г — 3 раза внутрь в сутки после еды.
8. Согревающий (полуспиртовой) компресс на левое ухо.
9. УВЧ на левое ухо № 5.
10. Раствор нафтизина 0,1 % по 5 капель в обе половины носа — 3 раза в день.
11. Ингаляции сложные с фурацилином через нос № 8.

## Обследования

**1. ОАК** от 21/02 ГОКБ, ЛОР-отделение, палата № 6. СОЭ — 22 мм/ч, лейкоциты —  $9,2 \times 10^9$ /л, Нв — 136, эритроциты —  $4,2 \times 10^9$  л, Цп — 0,95, тромбоциты —  $280 \times 10^9$ /л, свертываемость — 4 мин 10 с. – 4 мин 50 с, длительность кровотечения — 50 с, П — 2, С — 72, Э — 2, М — 4, Л — 20.

**2. Группа крови А (II)** вторая, в пробирке резус-принадлежность положительная.

**3. Биохимический анализ крови:** общий белок — 72 г/л, мочевины — 6,0 мм/л, глюкоза — 3,8 мм/л, билирубин общий — 6,8 мкм/л, общий холестерин — 4,2 мм/л, АЛТ — 0,32 мМ (ч-л), АСТ — 0,26 мМ (ч-л).

**4. ОАМ:** 21/02. Доставленное количество — 150,0. Цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1022, прозрачность — прозрачная, белок — отсутствует, глюкоза — не обнаружена, билирубин уробилин не определяются, осадок мочи: плоский эпителий — 0–2 в поле зрения, лейкоциты — 0–1 в поле зрения, эритроциты — единичные, цилиндры гиалиновые, зернистые отсутствуют, бактерии до 10000 в 1 мл, соли — оксалаты, слизь ++.

**5. Анализ кала на я/глист:** Я/глист в кале не обнаружены.

**6. Мазок из глотки на ВЛ:** В мазке коринебактерии дифтерии не обнаружены.

**7. Результат микробиологического исследования N 127:** при исследовании гноя из левого уха выделен золотистый стафилококк, чувствительный к ампициллину, доксициклину, линкомицину, стрептомицину.

**8. Флюорография органов грудной клетки:** N 33/4 от 21/02. Сердце и легкие без видимой патологии.

**9. ЭКГ:** Ритм синусовый, регулярный, ЧСС — 66 в 1 мин.

**10. Консультация аллерголога:** медикаментозная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда.

**12. Консультация терапевта:** патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

**13. RW** — отрицательная. AI, AII — отрицательные.

**14. Осмотр стоматолога:** 24/02. Полость рта здорова.

### Дневники

21.02. Жалобы на выделения из левого уха, снижение слуха. Боль в ухе не беспокоит. Температура тела 36,7 °С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Сон, аппетит хорошие. PS — 76 в 1 мин., ритмичен. Артериальное давление — 120/80 мм Hg. Левое ухо (AS) — наружный слуховой проход широкой, гнойное отделяемое на турунде, барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, щелевидная перфорация в задненижнем квадранте (после парацентеза), скудное гнойное отделяемое. Шр на AS — до 4 м. Сосцевидный отросток умеренно болезненный в области верхушки при пальпации. Нос — дыхание затруднено за счет смещения носовой перегородки влево, отек и цианоз слизистой оболочки. Глотка — небные миндалины не выступают из-за небных дужек, в лакунах — гнойные пробки. Произведено промывание лакун миндалин антисептическим раствором, смазывание 5 % настойкой йода лакун, раствором Люголя — задней стенки глотки. Носоглотка — скудное гнойное отделяемое на задней стенке, гиперемия, инфильтрация аденоидной ткани. В носоглотку инстиллировано 2,0 мл — 1 % ментолового масла. Лечение переносит хорошо.

#### Подпись врача.

3.03. Жалобы на заложенность в левом ухе. Общее состояние удовлетворительное. Отмечает значительное улучшение слуха на левое ухо. PS — 68 в мин, ритмичный, артериальное давление — 120/80 мм Hg. Левое ухо: наружный слуховой проход — выделений нет, барабанная перепонка серая, слегка инфильтрирована, перфорация в задненижнем квадранте закрылась. Шр — до 5 м. Произведено продувание слуховых труб методом Вальсальвы, отмечается исчезновение заложенности. Нос — выделений нет, дыхание через левую половину затруднено за счет деформации носовой перегородки. Глотка-лакуны небных миндалин промыты антисептическим раствором и смазаны 5 % настойкой йода, гноя не было. Слизистая



оболочка задней стенки смазана раствором Люголя. Носоглотка — гноя нет, адноидная ткань резко уменьшилась в размерах, произведено вливание 2,0 мл — 1 % ментолового масла. Отменены линкомицин, парацетамол, согревающие компрессы, УВЧ, нафтизин. Назначено: Луч-3 на левое ухо № 5, глюконат Са 0,5 — 3 раза в день, ревит по 1 драже — 3 раза в день, ингаляции сложные с фурацилином № 3, продувание слуховых труб до 30 раз в сутки, повторить ОАК.

**Подпись врача.**

9.03. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Закончил курс назначенного лечения. AS: слуховой проход свободный, сосцевидный отросток безболезненный, барабанная перепонка — серая, хорошо выражены опознавательные элементы, подвижность ограничена, Шр AS — 6 м. Носдыхание через левую половину резко затруднено. Глотка-лакуны небных миндалин промыты антисептическим раствором, промывная жидкость чистая. Носоглотка — остатки аденоидной ткани на своде. Больной готовится к выписке на 10.03.

**Подпись врача.**

### **Выписной эпикриз**

Больной А. В. Иванов, 43 года, г. Гомель, ул. братьев Лизюковых 7–32, находился на стационарном лечении в ЛОР-отделении ГОКБ с 20.02 по 10.03. Доставлен машиной скорой помощи с жалобами на сильную боль в левом ухе, снижение слуха на левое ухо, заложенность левой 1/2 носа, повышение температуры до 39 °С, общую слабость.

При обследовании установлен диагноз: острый гнойный левосторонний средний отит. Сопутствующие диагнозы: искривление носовой перегородки влево. Хронический вазомоторный ринит. Хронический компенсированный тонзиллит. Хронический гранулезный фарингит. Хронический гнойный аденоидит. Медикаментозная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда.

### **Обследования**

**1. ОАК** — от 21/02, СОЭ — 22 мм/ч, лейкоциты —  $9,2 \times 10^9$ /л, Нв — 136, эритроциты —  $9,2 \times 10^{12}$  л, Цп — 0,95, тромбоциты —  $280 \times 10^9$  л, свертываемость — 4 мин 10 с – 4 мин 50 с, длительность кровотечения — 50 с, П — 2, С — 72, Э — 2, М — 4, Л — 20.

**2. Биохимический анализ крови:** общий белок — 72 г/л, мочевины — 6,0 мМ/л, глюкоза — 3,8 мМ/л, общий билирубин — 6,8 мкМ/л, общий холестерин — 4,2 мМ/л, АЛТ — 0,32 мМ (ч-л), АСТ — 0,26 мМ (ч-л).

**3. ОАМ:** от 21/02. Количество — 150,0, цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1022, прозрачность — прозрачная, белок — отсутствует, глюкоза — не обнаружена, билирубин, уробилин не определяется, осадок мочи: плоский эпителий — 0–2 в поле зрения, лейко-

циты — 0–1 в п/зрения, эритроциты единичные, цилиндры гиалиновые, зернистые отсутствуют, бактерии — до 10000 в 1 мл, соли — оксалаты.

**4. ОПК:** 21/02. Группа крови — А (II) вторая, в пробирке резус-принадлежность положительная.

**5. RW** от 21.02 отрицательная.

**6. Мазок из глотки на ВЛ** от 21.02. В мазке коринебактерии дифтерии не обнаружены.

**7. Результат микробиологического исследования:** N 127 от 21.02. При исследовании гноя из левого уха выделен золотистый стафилококк, чувствительный к оксампу, амоксицилину, цефазолину, цефаликсину.

**8. Флюорография органов грудной клетки:** N 33/4 от 21/02. Сердце и легкие без видимой патологии.

**9. ЭКГ:** ритм синусовый регулярный, ЧСС — 66 в 1 мин.

**10. Консультации:** аллерголог — медикаментозная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда; терапевт — патологии со стороны внутренних органов не выявлено; стоматолог — полость рта здорова.

При поступлении проведен парацентез левой барабанной перепонки, получен гной.

**11. Лечение:** Режим стационарный, диета N 15. Асептические турунды в левое ухо 3 раза в день, цефазолин 1,0 в/мышечно — 3 раза в сутки, парацетамол 0,5 — через 6 ч, диазолин 0,1 — 3 раза в день; УВЧ на левое ухо № 5; раствор нафтизина 0,1 % в нос — 3 раза в день. Сложные ингаляции с фурацилином через нос, согревающий компресс на левое ухо. Промывание лакун миндалин 1 % раствором диоксидина и смазывание 5 % настойкой йода; инстиляция 1 % ментолового масла в носоглотку.

В результате проведенного лечения воспалительные явления в левом среднем ухе прошли, слух восстановился полностью, лакуны небных миндалин очистились от гноя, уменьшилось воспаление лимфоидной ткани в носоглотке. Остается нарушение носового дыхания, связанное с резким искривлением носовой перегородки влево.

Выписывается в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано:

1. Самопродувание слуховой трубы 3–4 раза в неделю до 20 раз в сутки.
2. Хирургическое лечение в плановом порядке по поводу искривления носовой перегородки.
3. Диспансерное наблюдение у ЛОР-врача по месту жительства.

Лечащий врач

Заведующий отделением

## IV. МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

*Для освоения методик эндоскопических исследований ЛОР органов необходимо соблюдать 2 основных принципа:*

### **1. Правильное расположение пациента, врача, источника света и инструментов.**

Пациент усаживается на стул спиной к стене. Инструментальный столик располагается справа от пациента. Источник света должен находиться на уровне правой ушной раковины пациента, в 10 см от нее. Освещение лучше, если источник света, ухо пациента и глаза врача находятся в одной плоскости. Врач садится напротив пациента, ноги врача располагаются к столику, а пациента — кнаружи.

### **2. Правильное пользование лобным рефлектором.**

Лобный рефлектор фиксируется на голове у врача с помощью оголовья, рефлектор должен располагаться напротив левого глаза, чтобы его отверстие совпадало со зрачком врача. Расстояние от рефлектора до исследуемого органа должно быть 25–30 см (фокусное расстояние зеркала). Пучок света с помощью рефлектора направляют на кончик носа пациента. Затем закрывают правый глаз, а левым через отверстие рефлектора следят за расположением «зайчика» — пучка света, вращая зеркалом добиваются его фиксации на носу. Открывают правый глаз и снова корректируют расположение «зайчика» на носу при осмотре 2-мя глазами.

### **Отоскопия**

Отоскопия — это осмотр наружного слухового прохода и барабанной перепонки с помощью ушной воронки и направленного в нее пучка света (рисунок 1). Выбор ушной воронки определяется после предварительного определения ширины наружного слухового прохода при оттягивании ушной раковины кзади (у взрослых) и кзади и книзу (у детей).

I и II пальцами правой руки берут за расширенную часть воронки (при осмотре правого уха) и легкими вращательными движениями вводят в перепончато-хрящевой отдел слухового прохода на глубину до 1 см. Ушную воронку для осмотра стенок наружного слухового прохода и барабанной перепонки наклоняют в разные стороны. При осмотре левого уха ушную раковину оттягивают правой рукой, а воронку вводят пальцами левой руки.

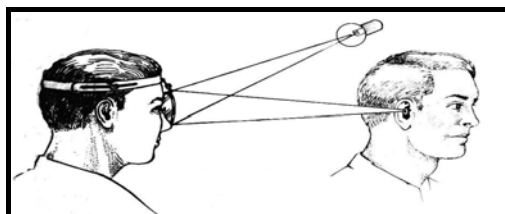


Рисунок 1 — Отоскопия (по Н. Weerda)

Длинная ось воронки должна совпадать с осью костного отдела наружного слухового прохода. Он покрыт кожей, в перепончато-хрящевой части имеются волосы, часто содержится секрет серных желез, который препятствует осмотру барабанной перепонки (его необходимо удалить). Кожа костного отдела наружного слухового прохода истончена, слегка гиперемирована. Барабанная перепонка перламутрово-серого цвета. На ней имеются опознавательные пункты: рукоятка и короткий отросток молоточка, пупок, световой конус (рефлекс), передняя и задняя складки молоточка. Короткий отросток располагается в передне-верхней части барабанной перепонки и определяется в виде белесоватого бугорка с булавочную головку, хорошо различим на фоне барабанной перепонки. От переднего и заднего края короткого отростка молоточка к переднему и заднему краям барабанной перепонки идут серовато-белые полосы — передняя и задние складки молоточка, которые разделяют натянутую часть перепонки (нижняя) от ненапрянутой (верхняя). Кзади и книзу от короткого отростка располагается рукоятка молоточка, заканчивающаяся в центре барабанной перепонки «пупком». Световой рефлекс — отражение света от барабанной перепонки имеет форму треугольника, вершина — у «пупка», а основание — у передненижнего края барабанной перепонки. Барабанная перепонка отражает состояние среднего уха. Например: гиперемия, инфильтрация говорят о воспалении среднего уха; укорочение светового конуса — о нарушении функции слуховой трубы; гнойные выделения — о перфорации; кальцинаты, рубцы, сухие перфорации — о перенесенном воспалении. На практике барабанную перепонку условно делят взаимно перпендикулярными линиями на 4 квадранта: передне-верхний, задне-верхний, передне-нижний и задне-нижний. Одну линию мысленно проводят через рукоятку вдоль и вторую ей перпендикулярно через пупок. Отоскопию всегда начинают со здорового уха. Перфорации барабанной перепонки бывают центральные и краевые (доходят до *anulus tympanicus*). В наружном слуховом проходе можно обнаружить полипы, грануляции, холестеатомные массы, иногда они через перфорацию видны в барабанной полости. Для отличия грануляций от отека слизистой оболочки пользуются 0,1 % раствор адреналина. Отек слизистой оболочки при действии раствора адреналина исчезает, а грануляции становятся еще более яркими, пышными. Нередко в наружном слуховом проходе и на барабанной перепонке можно обнаружить пленчатые налеты — признак грибкового поражения.

### **Исследование слуха шепотной и разговорной речью**

Больной находится на расстоянии 6 м от врача. Исследуемое ухо должно быть направлено в сторону врача, а противоположное закрыто ват-

кой, смоченной жидкостью и прижато козелком. Лучше, если ухо будет закрывать медсестра, которая при этом может создавать шуршащий звук в закрытом ухе, либо возможно использование трещотки Барани, т. е. его заглушать (для исключения переслушивания). Необходимо также исключить чтение с губ, для этого поворачивается голова в сторону от исследователя. Врач шепотом, используя остаточный воздух, произносит двужначные цифры, от 21 до 99 (способ Бецольда) или слова с низкими звуками (рама, мама, окно, лампа и т. д.) или с высокими (чашка, книжка, мишка и т. д.). Если больной не слышит, то врач приближается на 1 м и снова повторяет исследование. Это повторяется, пока больной не будет слышать все произносимые слова. Количественное выражение исследования фиксируется в метрах — расстояние от исследуемого уха с которого слышит больной шепотную речь. Разговорную речь исследуют по тем же правилам.

### **Исследование слуха камертонами**

Камертональные исследования позволяют производить дифференцировку тугоухости и основаны на сравнении восприятия чистых тонов через воздух и кость камертонами С 128 и С 2048. Камертоны имеют свой «паспорт», т. е. данные о времени звучания в секундах у здоровых пациентов.

**Исследование воздушной проводимости:** камертон С 128 приводят в колебание ударом бранши о ладонь и одновременно засекают время начала звучания на секундомере, затем, удерживая камертон за ножку, подносят бранши к наружному слуховому проходу исследуемого уха на расстоянии 0,5 см. Когда больной сообщит, что не слышит камертон, то его удаляют и снова приближают к уху (пациент может еще слышать камертон). Окончательное время регистрируется по последнему ответу пациента. Полученный результат сравнивают с данными паспорта камертона. Воздушная проводимость характеризует звукопроведение.

**Исследование костной проводимости:** ножку звучащего камертона ставят перпендикулярно на площадку сосцевидного отростка, продолжительность восприятия звучания камертона пациентом определяют по секундомеру от момента возбуждения камертона. Воздушная проводимость в норме в 1,5–2 раза больше костной.

Для качественного исследования слуха камертонами используют ряд опытов.

**Опыт Ринне (R)** заключается в сравнении воздушной и костной проводимости. Звучащий камертон устанавливают на площадку сосцевидного отростка. После прекращения восприятия звука бранши камертона подносят к наружному слуховому проходу (рисунок 2а). Если обследуемый слышит по воздуху колебания камертона (рисунок 2б), то опыт Ринне положительный (R+), если не слышит — отрицательный (R-). Положительный опыт Ринне наблюдается в норме. Отрицательный — при кондуктивной тугоухости.



а



б

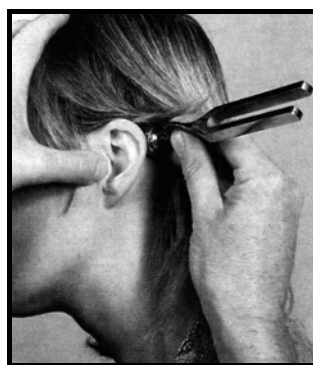
Рисунок 2 — Опыт Рене

**Опыт Вебера (W)** — определение латерализации звука. Ножку звучащего камертона устанавливают на середине темени. В норме звучание камертона пациент слышит на середине головы или одинаково в обоих ушах. При нарушении звукопроводения звук воспринимается больным или хуже слышащим ухом — латерализация в больное ухо. При заболевании звуковоспринимающего аппарата латерализация в здоровое ухо или лучше слышащее ухо.

**Опыт Швабаха (Sch)** — сравнение костной проводимости у больного и здорового человека. Костная проводимость удлиняется при заболеваниях звукопроводящего аппарата и укорачивается при нарушении звуковосприятия (Sch удлиняется, укорачивается). Ножка звучащего камертона ставится на середину темени или на сосцевидный отросток (рисунок 3 а, б).



а



б

Рисунок 3 — Опыт Швабаха

### Исследование наружного носа

Наружный осмотр, пальпация носа и околоносовых пазух проводится для выявления патологических изменений: воспалительных, деформации костных стенок, крепитации и патологической подвижности, болезненности, наблюдающихся при переломах костей носа либо стенок околоносовых пазух. Сначала осматривается наружный нос, проекция околоносовых пазух на лицо, затем указательными пальцами рук пальпируется спинка носа, область корня, скатов. Передние и нижние стенки лобной пазухи

пальпируются большими пальцами обеих рук. В точках выхода ветвей тройничного нерва производится легкое надавливание. В норме при пальпации носа и стенок лобных пазух болезненность отсутствует. Для определения крепитации и патологической подвижности костную часть наружного носа фиксируют между большим и указательным пальцем правой кисти и производится попытка сместить кости носа в стороны. При крепитации слышится хруст костей. При патологической подвижности кости легко смещаются в стороны. Передние стенки верхнечелюстных пазух также пальпируются большим пальцем правой кисти с надавливанием на область собачьей ямки (выход II ветви тройничного нерва). В норме болезненность при надавливании в собачьей ямке не определяется.

### Исследование функций носа

Способ Воячека представлен на рисунке 4.

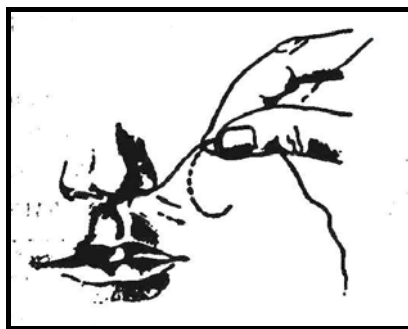


Рисунок 4 — Способ Воячека

*Дыхательная функция носа* (определяется отдельно с двух сторон с помощью пробы с ваткой) Правое крыло носа указательным пальцем левой руки прижимается к носовой перегородке, а правой рукой подносится кусочек ваты к левому преддверию и просят больного сделать короткий вдох и выдох. По отклонению ватки определяется степень затруднения дыхания.

При нормальном дыхании ватка равномерно отклоняется на вдохе и выдохе. При нарушении дыхания колебания ватки различны — ослаблены и даже могут отсутствовать. Также проводится проверка носового дыхания и справа.

Набор пахучих средств представлен на рисунке 5.

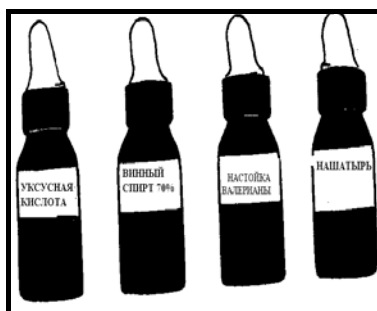


Рисунок 5 — Набор пахучих веществ

**Обонятельная функция носа** определяется с помощью набора пахучих веществ или специальным прибором ольфактометром. Набор включает пахучие вещества, расположенные по возрастающей интенсивности: мыло, винный спирт, настойка валерианы, уксус. Пахучее вещество поочередно подносят к каждой ноздре (при закрытой 2-й), просят назвать вещество. Если больной различает запахи всех пахучих веществ набора, то обоняние в норме. Если больной различает только резкие запахи — валериана, уксус, значит у больного снижение обоняния — гипосмия, а при отсутствии способности различать запахи — anosmia. Иногда больной ощущает запах, но не может его дифференцировать — кокосмия.

**Передняя риноскопия** проводится для оценки состояния преддверия, носовых ходов, слизистой оболочки носовых раковин, носовой перегородки, содержимого полости носа. Для осмотра преддверия носа большим пальцем правой руки поднимается кончик носа (рисунок 6 а, б). Затем с помощью носового зеркала поочередно осматриваются остальные части полости носа. Для этого на раскрытую ладонь левой руки клювом вниз ложится носовое зеркало, I палец прижимается к винту зеркала, II и III ложатся на бранши, IV и V — находятся между браншами. Локоть левой руки опускается, правая рука врача ложится на темя больного для изменения положения головы во время риноскопии. Клюв зеркала в сомкнутом виде вводится в преддверие носа: правая половина клюва должна располагаться в нижне-внутреннем углу преддверия носа, левая — в верхне-наружном углу. II и III пальцами нажимают бранши, клюв раскрывается. Сначала осматривают полость носа, при прямом положении головы: цвет слизистой оболочки розовый, поверхность гладкая, носовая перегородка по средней линии, носовые раковины не увеличены, общий носовой ход свободный. Для осмотра дна полости носа голову больного наклоняют вниз, средний носовой ход — кзади и в сторону, задних отделов — несколько кзади и вверх. Извлекают носовое зеркало при неполном смыкании браншей (чтобы не ущемить волоски). Кончик клюва носового зеркала не должен вводиться глубже начала слизистой оболочки носа во избежание травмы зоны Киссельбаха. Также осматривают и левую половину носа.



Рисунок 6 — Риноскопия



**Задняя риноскопия.** Для ее выполнения необходимо шпатель, носоглоточное зеркало, укрепленное в ручке и подогретое до температуры тела. Шпатель берут левой рукой вводят в полость со стороны правого угла рта больного. Дистальным концом отжимают книзу передние 2/3 языка. Носоглоточное зеркало берут правой рукой, как ручку для письма, и вводят зеркальной поверхностью вверх через левый угол открытого рта больного в ротоглотку, за мягкое небо, не касаясь корня языка и задней стенки глотки, свет от рефлектора, падая на поверхность носоглоточного зеркала и отражаясь, освещает носоглотку и задние отделы полости носа. Больной при этом должен пытаться дышать носом. При этом в зеркале видны хоаны с задними концами носовых раковин и сошником по середине, свод носоглотки, боковые стенки с глоточными устьями слуховых труб (на уровне задних концов нижних носовых раковин), глоточная миндалина на задне-верхней стенке носоглотки.

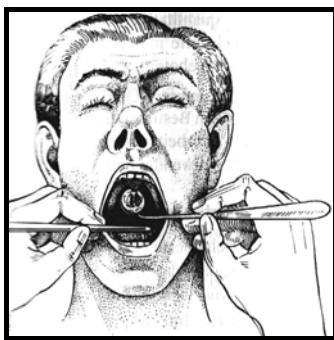


Рисунок 7 — Задняя риноскопия (по Н. Weerda)

### Орофарингоскопия

До проведения мезофарингоскопии следует произвести ороскопию — осмотр слизистой оболочки рта, десен, зубов, твердого неба. Ороскопия проводится с помощью шпателя, который берут в левую руку как писчее перо. Правая рука кладется на темя больного и его просят открыть рот, шпателем оттягиваются углы рта для осмотра преддверия. Затем осматриваются десны, зубы, язык, выводные протоки слюнных желез, дно полости рта. Мезофарингоскопия предназначена для осмотра состояния небных миндалин, небных дужек, мягкого неба, задней стенки глотки. Шпатель берут в левую руку как писчее перо, надавливают на передние 2/3 языка, не прикасаясь к корню. Затем просят больного произнести букву «А», этим определяя функцию мягкого неба. Осматриваем небные дужки и миндалины. Определяем размер миндалин: мысленно проводят перпендикуляр через середину язычка и горизонталь, через верхний полюс миндалины. Если миндалины выступают на 1/3 этого расстояния — гипертрофия I ст., если на 2/3 — II ст. и до вертикали — III ст. В норме слизистая оболочка небных миндалин розовая, влажная, поверхность гладкая, хорошо видны устья лакун. Для определения содержимого лакун 2-м шпателем (правой рукой)

надавливает на переднюю небную дужку в области верхнего полюса миндалины. В норме из лакун может выделяться слизь или эпителиальные пробки. Слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, влажная с небольшими лимфоидными фолликулами.

### **Непрямая ларингоскопия**

С помощью непрямой ларингоскопии исследуется гортаноглотка (валекулы, грушевидные синусы, боковые стенки глотки) и гортань. Гортанное зеркало укрепляют на ручке, подогревают. Больного просят открыть рот, вытянуть язык и дышать ртом. Кончик языка обертывают салфеткой, берут пальцами левой руки так, чтобы I палец находился на верхней поверхности, III — на нижней, а II пальцем приподымают верхнюю губу. Язык оттягивают вперед и книзу. Гортанное зеркало вводят в полость рта, не касаясь задней стенки глотки и корня языка. Дойдя до язычка зеркало наклоняют вниз под углом  $45^\circ$  к продольной оси глотки, язычок и мягкое небо отодвигают кверху и кзади. В зеркале сначала мы видим корень языка с язычной миндалиной, а затем надгортанник в виде лепестка, слизистая оболочка его бледно-розовая, иногда желтоватая. Между надгортанником и корнем языка — 2 ямки — валекулы, ограниченные срединной и боковыми язычно-надгортанными складками. Поворачивая зеркало, осматриваются задняя и боковые стенки гортаноглотки, слизистая оболочка их розовая, гладкая. При фонации — открываются грушевидные синусы по бокам гортани, свободные от содержимого с бледно-розовой слизистой оболочкой, белесоватыми полосками на дне (верхнегортанные нервы).

Для осмотра полости гортани зеркало наклоняют вниз и больного просят произнести звук «И». В зеркале передний отдел гортани виден вверху, а задний снизу. Сначала следует произвести общий обзор, а затем детализировать отдельные элементы. Во время фонации хорошо видны голосовые складки перламутрово-белого цвета, над ними — вестибулярные складки розового цвета. Между ними имеются углубления — гортанные желудочки. Спереди в зеркале определяются задние отделы гортани в виде 2-х бугорков — это черпаловидные хрящи, к голосовым отросткам которых крепятся голосовые складки. Между телами черпаловидных хрящей находится межчерпаловидное пространство. От верхушек черпаловидных хрящей к надгортаннику идут черпалонадгортанные складки. При фонации и на вдохе определяется подвижность обеих половин гортани. На вдохе через треугольную голосовую щель видно подскладочное пространство и кольца трахеи покрытые бледно-розовой слизистой оболочкой.

## V. МЕТОДИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЕЙШИХ ЛОР-МАНИПУЛЯЦИЙ

### 1. Очистка наружного слухового прохода.

Для осмотра наружного слухового прохода и барабанной перепонки нередко необходимо очистить его от гноя, серы, корок, крови, слущенного эпидермиса. Этого можно достигнуть влажным или сухим способом. Чаще используется сухой, т. к. при влажном можно инфицировать среднее ухо (при перфорации) или вызвать вестибулярную реакцию. Для очистки используются ушные зонды с нарезкой. На конец зонда туго накручивается комочек стерильной ваты, чтобы острый конец был прикрыт ватой во избежание повреждения кожи наружного слухового прохода или барабанной перепонки. Оттянув ушную раковину кзади, зонд через ушную воронку вводят в наружный слуховой проход и аккуратно удаляют его содержимое. Иногда сухие корки, пленки удаляются с трудом, в таком случае рекомендуется зонд с ваткой смочить стерильным масляным раствором, ввести в слуховой проход, совершая вращательные движения. Содержимое приклеивается к ватке и удаляется наружу. При обильных выделениях из наружного слухового прохода, очистку можно проводить марлевыми асептическими турундами, которые вводятся ушным пинцетом на глубину 1,5–2 см.

**2. Промывание уха (рисунок 8).** Промывание уха используется для удаления инородных тел (живых и мертвых), серных пробок и обильных гнойных выделений при воспалительных процессах. Промывание можно проводить различными способами: шприцом Жанэ, 20 мл шприцом или резиновым баллоном. В медицинских учреждениях чаще пользуются шприцом Жанэ, особенно для удаления obturating серных пробок и инородных тел. Для промывания здорового уха можно использовать кипяченую воду с добавлением марганцовокислого калия (до интенсивной розовой окраски) 37–38 °С. Больного усаживают на стул, укрывают салфеткой и клеенчатым фартуком. Ниже уха помещают большой почкообразный тазик, который держит сам больной, прижимая к шее. Лево́й рукой врач оттягивает ушную раковину, в право́й держит шприц, наконечник которого устанавливается в начальной части задне-верхней стенки наружного слухового прохода. Во избежание травм наружного слухового прохода безмянн́ым пальцем лево́й руки создают опору для шприца, препятствуя проскальзыванию наконечника в слуховой проход. Надавливая большим пальцем право́й руки (толчкообразно) на поршень шприца струя жидкости под давлением выталкивает серную пробку из слухового прохода целиком или частями. Если одномоментно пробка не удаляется можно попытаться сдвинуть ее ушным пуговчатым зондом Воячека и снова повторить промывание. Иногда для размачивания пробки используется 3 % раствор перекиси водорода (2–3 дня по 5–6 капель в ухо) или 1–2 %

раствор соды. Если в анамнезе имеются указания на то, что ранее у больного отмечались выделения из уха, то такую серную пробку необходимо попытаться удалить механически зондом или крючком. Промывание может вызвать разрыв нежного рубца барабанной перепонки и инфицировать среднее ухо, несмотря на то, что используется стерильный антисептический раствор (раствор фурацилина 1:5000).

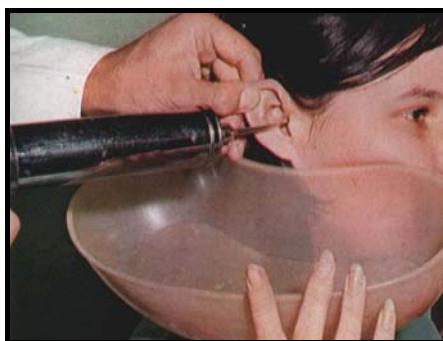


Рисунок 8 — Промывание уха по Т. Р. Вулл

В домашних условиях промывание проводят для удаления гноя из наружного слухового прохода (при обильных выделениях) несколько раз в день стерильным раствором (перед введением капель) шприцом или прокипяченным резиновым баллоном (особенно у детей). После промывания, наружный слуховой проход осушают от раствора ваткой на зондике.

### **3. Введение лекарственных веществ в ухо.**

Лекарственные вещества в виде капель применяются для лечения острых наружных и средних неперфоративных отитов, хронических гнойных отитов. Перед закапыванием надо убедиться, что в наружном слуховом проходе нет гноя. При наличии гноя необходимо провести очистку. Капли вводятся в теплом виде, при наклоне головы в противоположную сторону или лежа, пипеткой или шприцем. Достаточно 6–8 капель на 10–15 мин, 2–3 раза в день. Затем больной поворачивает голову в противоположную сторону и осушает слуховой проход с помощью зонда с ваткой.

### **4. Продувание ушей по Политцеру.**

Продувание ушей по Политцеру проводят с помощью ушного баллона, соединенного резиновой трубкой с оливой (баллон Политцера). Оливу вводят в ту или иную ноздрю больного (рисунок 9). Врач пальцами левой руки прижимает оба крыла носа для герметизации. Затем больной произносит слова «пароход», «раз – два – три», чтобы произошло поднятие небной занавески и закрытие носоглотки. В момент произнесения последнего слога врач правой рукой сжимает баллон. Воздух устремляется в носоглотку и попадает в раскрытое устье слуховой трубы. Момент прохождения воздуха можно услышать в виде «хлопка» или «щелчка» через отоскоп.

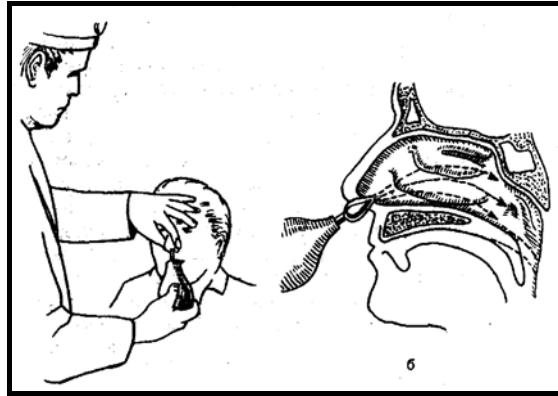


Рисунок 9 — Продувание по Политцеру (по В. А. Петрякову)

**5. Наложение согревающего компресса на ухо.** Согревающий полу-спиртовой компресс на ухо накладывают при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Кусок марли или бинта складывают в 6–8 слоев по 12–15 см. В середине салфетки делают прорезь 6–7 см. Салфетку смачивают 40° спиртом комнатной температуры, слегка отжимают и накладывают на ухо, выведя ушную раковину через разрез наружу. Сверху салфетку покрывают целлофаном или вошеной бумагой, а затем ложится слой ваты и плотно прибинтовывается.

**6. Введение капель в нос.**

Для более длительного контакта лекарственного вещества со слизистой оболочкой носа капли лучше вводить в положении больного лежа с повернутой головой набок. Одной рукой приподнимают кончик носа, а другой, не касаясь пипеткой кожи, вводят 5–7 капель при задержке дыхания больным и крыло носа несколько раз прижимают к носовой перегородке. Чтобы лекарственное вещество попало к устью слуховой трубы голова должна лежать ниже туловища, повернута набок и несколько запрокинута. А для воздействия на слизистую оболочку глотки голова и туловище должны находиться на одной оси.

**7. Наложение працевидной повязки на нос.**

Заранее отрезается кусок бинта достаточный для охвата поперечного диаметра головы с надбавкой на завязки на затылке. Оба конца бинта надрезаются, оставляется около 10 см в центре не надрезанными. На нос накладывается асептическая повязка с необходимым препаратом, затем фиксируется не надрезанной частью приготовленного бинта, надрезанные части перекрещиваются за пределами носа, верхние концы идут над ушными раковинами и завязываются на затылке, а нижние — под ними и завязываются на задней поверхности шеи.

**8. Смазывание слизистой оболочки полости носа лекарственными веществами.**

Для смазывания слизистой оболочки носа используют зонд с нарезкой с накрученным комочком стерильной ваты. Комочек ваты уплощают, по-

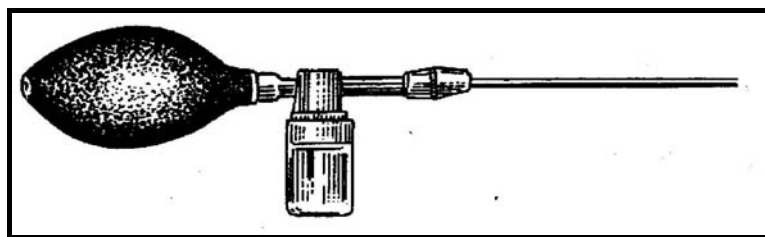
мещают между большим и указательным пальцем левой руки, на верхнюю поверхность укладывают зонд дистальным концом и правой рукой вращают его по часовой стрелке. Вата должна в виде кисточки прикрывать конец зонда во избежание травмы слизистой оболочки при движении. Затем ватку на зонде смачивают лекарственным веществом, под контролем зрения вводят в полость носа и смазывают участки слизистой оболочки. Смазывание широко используется в диагностических целях и лечебных (для сокращения слизистой оболочки, поверхностной анестезии при риноскопии, операциях).

### **9. Очистка носа.**

Используется для удаления слизи, гноя, корок. Способы очистки: высмаркивание, отсасывание балончиком или электроотсосом, зондом с ваткой. Наиболее простой и часто применяемый способ-высмаркивание. Высмаркивание осуществляется путем попеременного закрытия одной 1/2 носа и усиленном толчкообразном выдохе через другую — при открытом рте. При неправильном сморкании давление в носовой полости и носоглотке повышается и в слуховую трубу может попасть отделяемое, вызвав тубоотит.

### **10. Инсуффляция лекарственных препаратов в нос.**

Осуществляется с помощью специальных приспособлений: пульверизаторов с дозированными устройствами или порошковдувателей (рисунок 10). Наконечник приспособления вводится в преддверие носа при вертикальном положении головы и нажимается на клапан распыления или резиновый баллон. Реже используется вдыхание сухих лекарственных мелкодисперсных препаратов в листе бумаги путем попеременного втягивания порошка в ноздри.



**Рисунок 10 — Порошковдуватель (по В. А. Петрякову)**

### **11. Удаление простейших инородных тел из носа.**

Осуществляется после выяснения характера и размеров инородного тела. Мягкие инородные тела лучше удалять пинцетом, а твердые специально изогнутыми инструментами (крючками, ложечками или щипцами). Инструмент заводится дистальной частью за инородное тело и осторожно извлекается выталкивая наружу этот предмет. Иногда для сокращения слизистой оболочки используется анемизация сосудосуживающими каплями с последующим высмаркиванием. При удалении инородного тела необходимо опасаться проталкивания его в более глубокие отделы, чтобы не вызвать аспирации.

## **12. Пальцевая репозиция костей носа.**

Производится при закрытых переломах костей носа с боковым смещением непосредственно в первые часы и сутки после травмы путем давления большим пальцем носа правой руки на боковую деформацию. В момент установления отломков в нормальное положение слышен характерный хруст. Нередко сила давления должна быть значительной. Для достижения такой силы можно использовать давление 2-мя большими пальцами (снизу – правой, сверху – левой), перед вправлением, слизистую оболочку полости носа лучше смазать местным анестетиком, а после выравнивания с целью стойкой фиксации обломков произвести переднюю тампонаду обеих половин носа.

### **Показания к операциям:**

- 1) основные клинические признаки хирургического заболевания;
- 2) длительность болезни, частота обострений;
- 3) неэффективность консервативного лечения.

### *Показания к тонзиллэктомии:*

- 1) частые ангины в течение 5 лет;
- 2) неэффективность консервативного лечения;
- 3) наличие тонзиллярных осложнений (местных или общих).

### *Показания к радикальным операциям на височной кости:*

- 1) хронический гнойный эпитимпанит, мезотимпанит с кариезом, грануляциями, холестеатомой;
- 2) изменения на рентгенограммах;
- 3) неэффективность консервативного лечения;
- 4) наличие общих, местных или внутричерепных осложнений

### *Показания к радикальным операциям на околоносовых пазухах:*

- 1) наличие клинических признаков синуситов, подлежащих хирургическому лечению;
- 2) частые обострения;
- 3) неэффективность консервативного лечения, в т. ч. и многократных пункций;
- 4) наличие осложнений (орбитальных и внутричерепных).

### *Показания к коррекции носовой перегородки:*

- 1) нарушение дыхания через нос;
- 2) частые, длительные насморки;
- 3) рецидивирующие или хронические синуситы с частыми обострениями.

### *Показания к эндоскопическим операциям в полости носа и на околоносовых пазухах:*

- 1) первичная операция на решётчатом лабиринте и латеральной стенке полости носа;
- 2) операция на задних и верхних отделах полости носа;
- 3) операция на основной пазухе.

*Показания к микрохирургическим операциям на гортани:*

1) новообразования в разных отделах гортани на широком основании, на ножке — в труднодоступных участках;

2) рецидивирующие новообразования;

3) несостоятельность местной анестезии;

4) непереносимость местных анестетиков;

5) дети и беспокойные больные.

*Показания к аденотомии:*

1) аденоиды III ст.;

2) выраженные клинические проявления (затруднение дыхания через нос);

3) рецидивирующие аденоидиты;

4) осложнения аденоидов и аденоидитов, частые отиты.



**Приложение**

Порядок оформления титульного листа  
учебной истории болезни

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»

КАФЕДРА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ С КУРСОМ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Заведующая кафедрой И. Д. Шляга

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной(ая), фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

---

Клинический диагноз: \_\_\_\_\_

---

---

Куратор: студент(ка) Ф.И.О., курс, № группы, факультет

Преподаватель: должность, Ф. И. О.

Время курации:

Учебное издание

**Шляга Ирина Дмитриевна  
Редько Дмитрий Дмитриевич**

**УЧЕБНАЯ  
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Учебно-методическое пособие по оториноларингологии  
для студентов 4, 5 курсов лечебного, медико-диагностического факультетов  
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран  
медицинских вузов**

**Редактор *О. В. Кухарева*  
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович***

Подписано в печать 17.07.2012.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная 65 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Гаймс».  
Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 3,30. Тираж 90 экз. Заказ 215.

Издатель и полиграфическое исполнение  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.

