

**ОСМОТР НОСА, ГЛОТКИ  
И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ВРАЧОМ  
ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**

Минск БГМУ 2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ  
КАФЕДРА КОНСЕРВАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

# ОСМОТР НОСА, ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616.21-071-08(075.9)

ББК 56.8я73

О-74

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.05.2023 г., протокол № 5

А в т о р ы: А. Ч. Буцель, Л. Л. Александрова, Т. Г. Санукевич, В. Э. Сушинский

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., нач. научно-исследовательского отдела Республиканского научно-практического центра оториноларингологии Ю. Е. Еременко; каф. поликлинической терапии Белорусского государственного медицинского университета

**Осмотр** носа, глотки, ротовой полости врачом общей врачебной практики : учебно-методическое пособие / А. Ч. Буцель [и др.]. – Минск : БГМУ, 2023. – 24 с.

ISBN 978-985-21-1408-0.

Описаны методики осмотра носа, глотки, полости рта в соответствии с функциональными обязанностями врача общей практики по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями носа, глотки; скринингового осмотра ротовой полости с целью выявления ранних клинических признаков онкологических заболеваний.

Предназначено для слушателей факультета повышения квалификации и переподготовки кадров, врачей общей практики, врачей-интернов, клинических ординаторов.

УДК 616.21-071-08(075.9)

ББК 56.8я73

ISBN 978-985-21-1408-0

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2023

## ВВЕДЕНИЕ

В Республике Беларусь оказание медицинской помощи пациентам в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения преимущественно осуществляют врачи общей практики. Развитие первичной медицинской помощи проводится в рамках реализации государственных программ «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2020 и 2021–2025 гг. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 февраля 2018 г. № 177 «Об организации работы врача общей практики» определены задачи врача общей практики по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья обслуживаемого населения, обеспечению эффективности и качества первичной медицинской помощи, формированию здорового образа жизни. В решении данных задач большое значение имеет профилактическая работа врача общей практики, которая определена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2022 г. № 83 «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения».

Медицинская помощь пациентам оказывается врачами общей практики в разных областях медицины, в том числе в оториноларингологии и стоматологии. В связи с этим врач общей практики должен овладеть умениями осмотра пациентов с заболеваниями носа, глотки и ротовой полости. Это очень важно, так как по-прежнему больше половины случаев онкозаболеваний верхних дыхательных путей и рта выявляются на поздних стадиях, и злокачественные опухоли этой локализации имеют самый высокий показатель одногодичной летальности среди всех случаев данной патологии.

Ведущая роль в скрининговых осмотрах населения отведена врачу общей практики, медицинским работникам со средним медицинским образованием. Определены компетенции врачей общей практики, алгоритм междисциплинарного взаимодействия с оториноларингологами, стоматологами, логистика и маршрутизация пациентов по уровням оказания медицинской помощи.

Приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 572 от 28 апреля 2022 г. «О порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи, ранней диагностики опухолей головы и шеи» и № 1569 от 11 ноября 2022 г. «Об организации проведения диспансеризации взрослого населения» определен порядок осмотра ротовой полости, губ, щек, языка, небных миндалин, небных дужек, задней стенки глотки для выявления факторов риска и ранних признаков онкологических заболеваний.

Следует отметить, что у врача общей практики, в отличие от оториноларинголога и стоматолога, возможности осмотра верхних дыхательных путей и полости рта ограничены. Есть зоны, которые недоступны для врача общей практики. Например, врач общей практики не может выполнить заднюю риноскопию (осмотреть задние отделы носа), эпи- и гипофарингоскопию (осмотреть носоглотку и гортаноглотку), ларингоскопию (осмотреть гортань). При осмотре ротовой полости он не может без стоматологического зеркала оценить некоторые трудновизуализируемые топографические области, такие как бугор верхней челюсти, боковые поверхности языка ближе к корню. Вышеназванные методики требуют специального оборудования и подготовки. В случае необходимости выполнения расширенного осмотра верхних дыхательных путей и ротовой полости врач общей практики должен направить пациента на консультацию к специалисту, к оториноларингологу, стоматологу или онкологу.

Для реализации поставленных задач врач общей практики использует медицинское оборудование и изделия медицинского назначения, которые включают источник света (фонарик), отоскоп, шпатель, а также медицинские маски, стерильные перчатки, салфетки.

## ОСМОТР НОСА

Осмотру носа (риноскопии) предшествует **сбор жалоб и анамнеза**. Выясняют качество дыхания через нос (свободное, затрудненное с одной стороны или с обеих), наличие ранее перенесенных травм, кровотечений, респираторных заболеваний с проявлениями острого ринита, хронических заболеваний полости носа, синусов, головной боли. Если пациент жалуется на головную боль, следует выяснить ее характер (локальная в области лба или разлитая).

**Наружный осмотр носа** включает осмотр мягких тканей, расположение его спинки, которая должна быть по средней линии лица (рис. 1).

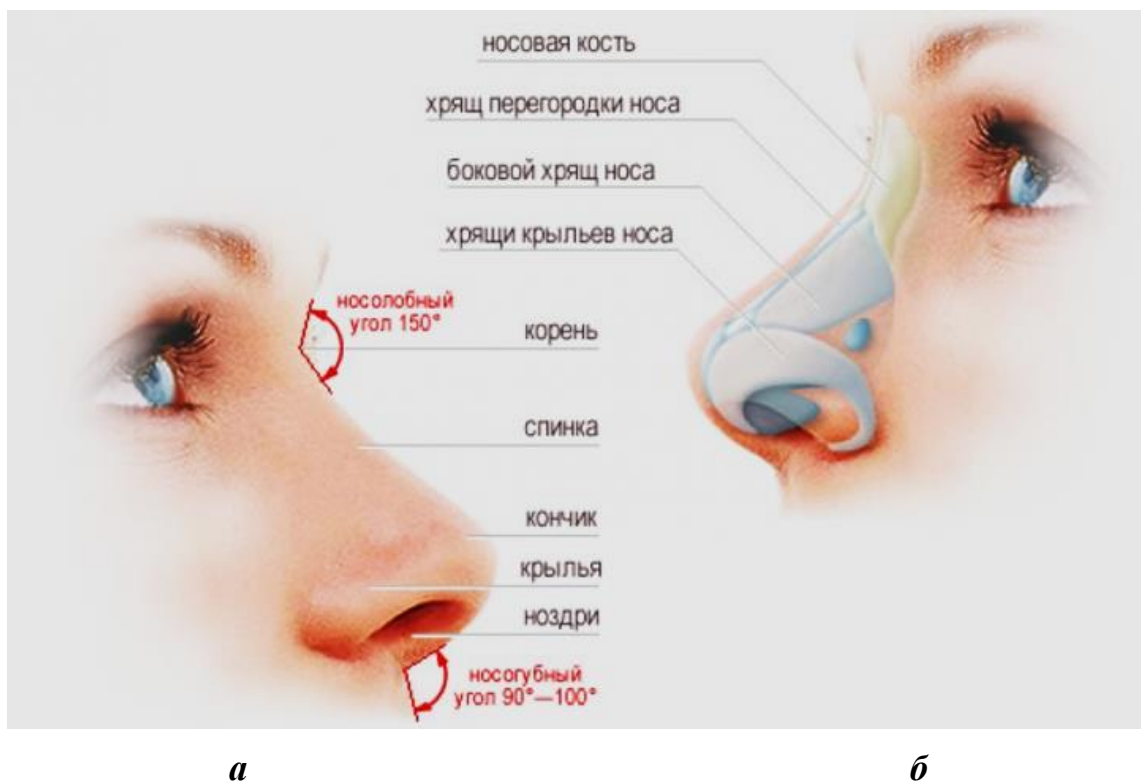


Рис. 1. Наружный нос:  
а — внешнее строение; б — внутреннее строение

При наличии ее деформации (смещения), следует уточнить насчет перенесенной ранее травмы и ее сроков. Необходимо также выполнить пальпацию. Для этого врач пальцами обхватывает спинку наружного носа пациента с двух сторон в области костной части (у внутреннего угла глаза) и смещает ее вправо-влево. В норме или при наличии перелома в отдаленном периоде костные части наружного носа неподвижны. При наличии перелома в ближайшем периоде определяется симптом крепитации — звук трущихся костных отломков.

**Передняя риноскопия** — исследование передних отделов носа (преддверия носа), расположенных в глубине носа, примерно на 1 см от края ноздрей. В компетенцию врача общей практики не входит использование носового расширителя, поэтому для лучшего обзора преддверия носа врач большим пальцем руки приподнимает его кончик кверху, что позволяет расширить преддверие носа и улучшить обзор передних отделов. Преддверная часть носа покрыта кожей, распространяющейся с наружного носа, и покрыта волосом, вследствие чего в этой области могут быть фурункулы, сопровождающиеся очаговыми воспалительными клиническими признаками. Фурункулы возникают в результате попадания стафилококковой инфекции в волосяной фолликул или в сальные железы. Нередко они наблюдаются при сахарном диабете, нарушении обмена веществ. Ввиду того, что фурункул носа и верхней губы представляет опасность распространения инфекции по венам лица на мозговые синусы с последующим развитием флебита и сепсиса, лечение пациентов, у которых имеются выраженный инфильтрат и проявления интоксикации, необходимо проводить в стационаре. Выдавливание фурункула категорически запрещено.

**Передне-средняя риноскопия** — осмотр глубоких отделов полости носа, который выполняет оториноларинголог, используя носовой расширитель. Врач общей практики может выполнить передне-среднюю риноскопию с помощью отоскопа. В отоскопе имеется источник света, который обеспечивает хорошее освещение глубоких отделов полости носа. Воронка отоскопа осторожно вводится вглубь полости носа, примерно на 1 см от края ноздрей (не дотрагиваясь до слизистой оболочки). Осмотр производится поэтапно.

На первом этапе голова пациента слегка опущена книзу, при этом видна нижняя стенка полости носа. На латеральной стенке виден передний конец нижней носовой раковины и нижний носовой ход, в который открывается носослезный канал.

На втором этапе кончик воронки отоскопа из носа не вынимается, голове пациент должен приподнять кверху и несколько назад. В этом положении на латеральной стенке полости носа видны средняя носовая раковина и средний носовой ход, куда открываются верхнечелюстная и лобная пазухи (синусы), передние и средние клетки решетчатого лабиринта. Появление в среднем носовом ходе гнойного содержимого облегчит врачу общей практики диагностику гнойного синусита.

На третьем этапе пациент поворачивает голову в противоположную сторону от осматриваемой латеральной стенки полости носа. Сюда же смещается воронка отоскопа, и при этом визуализируется перегородка носа, ее передние и средние отделы. Перегородка может быть искривлена, с гребнями, шипами и т. д. Чаще гребни и шипы располагаются в местах соединения сошника (костная часть перегородки) с хрящевой частью перегородки.

Искривление перегородки носа может быть обусловлено ранее перенесенными травмами или процессом несоответствия роста ее хрящевого и костного отделов. Искривленная перегородка сужает просвет общего носового хода, что сопровождается затрудненным дыханием через нос. Проверить качество дыхания через нос врач общей практики может пробой с ваткой или ниткой. Для этого одну половину носа следует зажать крылом, а через другую половину предлагается сделать выдох на нитку или истонченный кусочек ватки. По амплитуде их движения можно определить степень проходимости носовых ходов. Затруднение дыхания через нос наблюдается при хронических заболеваниях (гиперпластический, гипертрофический, вазомоторный, аллергический ринит). В этих случаях врач общей практики должен направить пациента на консультацию к оториноларингологу. Острые риниты и острые синуситы также сопровождаются симптомом затрудненного дыхания через нос, но в этих случаях оказание медицинской помощи пациентам входит в компетенцию врача общей практики.

Выполняя передне-среднюю риноскопию, необходимо определить цвет слизистой оболочки (в норме насыщенно-розовый), ее влажность (в норме влажная, но без струйной ринореи). Гиперемия слизистой оболочки носа и гиперсекреция свидетельствуют об остром воспалении, которое чаще развивается на фоне острого респираторного заболевания. Отек слизистой оболочки с синюшным оттенком свидетельствует о *вазомоторном рините*. Это хроническая форма ринита, представляющая собой нервно-рефлекторное заболевание, которое характеризуется чрезмерной лабильностью и повышенной возбудимостью сосудистых нервов полости носа. Проявление насморка наблюдается главным образом у лиц с общими вегетативными расстройствами, а провоцировать его могут охлаждение конечностей, расстройства функции пищеварения и др. При этом происходит рефлекторное нарушение кровообращения в слизистой оболочке носа (артериальных капиллярах), набухание ее, расширение кавернозных телец носовых раковин. Пациенты жалуются на затрудненное дыхание через нос, обильную серозную ринорею.

Бледная отечная слизистая оболочка с обильной серозно-слизистой ринореей наблюдается при *аллергическом рините*, представляющем собой аллергическую реакцию в ответ на контакт с аллергеном (пыль, шерсть, пыльца растений и др.) Подтвердить диагноз должен аллерголог при выполнении специального обследования.

В тех случаях, когда слизистая оболочка полости носа отечна, сужен общий носовой ход и детальный осмотр затруднен, используют деконгестанты в виде капель в нос (по 2–3 капли в обе половины носа). Через 5 минут уменьшается отек, уменьшается объем слизистой оболочки и носовых раковин, что улучшает осмотр полости носа.



Задняя риноскопия (осмотр задних отделов носа) не входит в компетенцию врача общей практики, поскольку требует дополнительного оборудования, отсутствующего у врача общей практики, и соответствующей подготовки для выполнения манипуляции и интерпретации полученных данных.

При жалобах пациентов на нарушение обоняния врач общей практики может исследовать обонятельную функцию, используя различные пахучие вещества: слабый запах — 0,5%-ный раствор уксусной кислоты, средний по силе запах — этиловый спирт, сильный запах — настойка валерианы. Бутылочки с пахучими веществами попеременно подносят к носу. По ощущению запахов определяют нарушение обоняния, которое является одним из симптомов острых или хронических форм ринита, заболеваний околоносовых пазух (синусов).

В качестве дополнительных методов диагностики врачи общей практики могут использовать рентгенограмму наружного носа и околоносовых пазух. По рентгенограмме диагностируют трещины или переломы костей носа, определяют степень воздушности синусов. При наличии патологического процесса в синусах на рентгенограмме определяется симптом «затемнения» — снижение пневматизации. Это может быть пристеночное затемнение (при катаральных отеках) и гомогенное (острое гнойное воспаление или хронический гиперпластический процесс). В диагностике синусита применяют также и компьютерную томографию. Однако необходимость этого метода обследования определяет оториноларинголог.

## ОСМОТР ГЛОТКИ

*Фарингоскопия* — визуальное обследование слизистой оболочки глотки.

**Сбор жалоб и анамнеза** предшествует фарингоскопии. В опросник включаются следующие вопросы: боль в горле (при пустом глотке — при глотании только слюны — или боль не зависит от глотания слюны), связана или не связана с простудным фактором; наличие кашля и его продолжительность; изменения голоса и их длительность; дискомфорт в горле в виде першения, жжения, чувства «кома», кровохарканье алой кровью.

В глотке различают три отдела: верхний отдел (носоглотка — от основания черепа до твердого неба), средний отдел (ротоглотка — от твердого неба до корня языка) и нижний отдел (гортаноглотка — от корня языка до входа в пищевод). Обследование каждого из названных отделов глотки требует использования разного инструментария. В полном объеме осмотр глотки выполняет оториноларинголог. В компетенцию врача общей практики входит только обследование среднего отдела глотки (рис. 2).

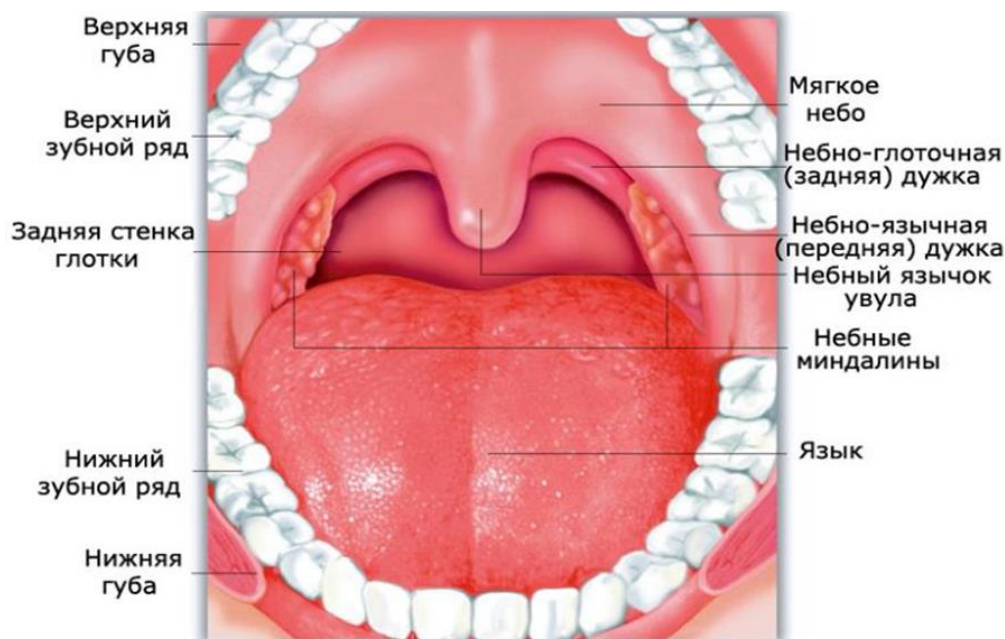


Рис. 2. Анатомия ротоглотки

**Мезофарингоскопия** (осмотр средних отделов глотки) является базовой процедурой при осмотре пациентов педиатром, врачом общей практики или оториноларингологом. Специальной подготовки к обследованию не требуется. Для осмотра ротоглотки необходимы стерильный шпатель, маска, стерильная салфетка. Шпатель может быть одноразовый деревянный или металлический. Если врачу приходится осматривать пациента в условиях, где нет шпателя, его можно заменить ручкой от чайной или столовой ложки. Для осмотра также необходимо хорошее освещение. Для этого можно использовать фонарик или свет от включенного отоскопа. Положение пациента при осмотре зависит от обстоятельств и его состояния, он может сидеть, стоять или располагаться в горизонтальном положении. Пациент находится перед врачом и открывает рот. Врач нажимает шпателем на среднюю треть языка. Нажатие близко к корню языка может вызвать рвотный рефлекс, который затруднит дальнейший осмотр глотки. Если рвотный рефлекс выражен, то перед осмотром следует использовать анестетическое лекарственное средство (10%-ный раствор лидокаина, одной-двумя дозами оросить заднюю стенку глотки и корень языка при условии переносимости препарата), что позволит выполнить тщательный осмотр глотки.

При мезофарингоскопии врач последовательно осматривает твердое и мягкое небо, малый язычок, язык, передние и задние небные дужки, небные миндалины, заднюю стенку глотки (рис. 2). Попросив пациента произнести звук «а-а-а», выясняют, насколько подвижно мягкое небо. Дотрагиваясь шпателем до мягкого неба и малого язычка, определяют их подвижность и выраженность рвотного рефлекса. Осматривая небные миндалины, устанавливают их величину и спаянность с небными дужками.

Для этого концом шпателя аккуратно надавливают на переднюю небную дужку и проводят им от верхнего полюса небной миндалины к нижнему. Надавливая шпателем на переднюю небную дужку в области боковой стенки глотки на уровне середины небной миндалины, небную миндалину вывихивают в полость рта. Признаком хронического тонзиллита является спаянность небной миндалины с небными дужками и с окружающими тканями, вследствие чего вывихнуть ее из тонзиллярной ниши невозможно. Сами небные миндалины могут быть рубцово изменены или, наоборот, быть рыхлыми с широкими выходами из лакун. При попытке вывихнуть из тонзиллярной ниши небную миндалину из глубины лакун могут показаться гнойно-некротические пробки желтого цвета, мягкой консистенции, с неприятным запахом. Гнойно-некротическая пробка содержит, как правило, этиологически значимую патогенную микробную флору и является еще одним признаком хронического тонзиллита. При осмотре небной миндалины также определяют наличие ее гипертрофии (увеличения). При отсутствии гипертрофии небные миндалины находятся в пределах краев передних небных дужек. Если миндалины выступают из-за дужек, то их размеры оценивают как гипертрофию I, II или III степени. Для определения степени увеличения расстояние между серединой передней небной дужки и малым язычком условно делят на три части. Если миндалина выстоит из-за дужки на  $\frac{1}{3}$  этого расстояния, ее величину относят к I степени, если до  $\frac{2}{3}$  — II, еще больше — III степени.

Осматривая слизистую оболочку задней стенки глотки, обращают внимание на ее окраску, толщину, влажность, наличие налетов. В норме слизистая задней стенки глотки розовая, влажная, гладкая, на ее поверхности можно наблюдать единичные лимфоидные фолликулы. На боковых стенках глотки, за задними небными дужками, видны «тяжи» лимфоидной ткани, которые могут быть в состоянии воспаления (клинические симптомы фарингита). Иногда при помощи только одного шпателя не удастся детально осмотреть глотку. Это бывает в тех случаях, когда язык напряжен и корень прикрывает полость глотки. В этих случаях можно использовать два шпателя. Одним надавливают на язык, а с помощью второго ощупывают небные дужки и миндалины по вышеописанной схеме.

При мезофарингоскопии диагностируются такие заболевания, как фарингит, ангина, заглоточный и паратонзиллярный абсцесс, новообразования глотки.

*Острый фарингит* чаще возникает как вторичное заболевание в результате распространения острого воспалительного процесса из полости носа. Реже причиной заболевания могут быть и другие факторы: прием очень горячей пищи, алкоголя, курение и профессиональные вредности. Пациенты обычно жалуются на боль в горле, преимущественно при пустом глотке, чувство саднения и сухой кашель. При фарингите фарингоскопия

позволяет увидеть гиперемию и отек слизистой оболочки задней стенки глотки и воспаление лимфоидных фолликулов. В этих случаях наблюдается гиперемия лимфоидных гранул и боковых валиков (острый гранулезный и боковой фарингит). Отдельные участки слизистой могут быть покрыты слизисто-гнойным налетом. Состояние слизистой оболочки (истонченность, отечность, гипертрофия, разрастания лимфоидных фолликул) позволяет установить разновидность фарингита.

Часто воспалительный процесс с задней стенки глотки распространяется на небные миндалины — возникает острый *фаринготонзиллит*, при котором наблюдаются гиперемия и отек небных миндалин и слизистой оболочки глотки. Различают разные формы острого тонзиллита (ангин). При *катаральной* форме ангины небные миндалины и дужки отечны, гиперемированы, без налета на поверхности. При *фолликулярной* ангине на поверхности небной миндалины видны нагноившиеся фолликулы — желтые микроабсцессы, которые могут самостоятельно вскрываться на поверхности миндалины или в глубине лакун. При *лакунарной* ангине на поверхности небной миндалины, в проекции выхода из лакун, можно видеть гнойно-некротический налет, который хорошо снимается шпателем. В дальнейшем участки налета могут слиться и покрыть собой всю поверхность миндалины. Разные формы ангины отличаются выраженностью интоксикационного синдрома. При катаральной ангине он мало выражен, протекает с небольшой субфебрильной температурой. Две другие формы — гнойные, сопровождаются фебрильной температурой, нарушением общего состояния пациента, воспалительными изменениями в общем анализе крови. Следует учесть, что при лакунарной и фолликулярной ангине гнойные налеты всегда находятся в пределах небных миндалин и никогда не выходят за их пределы. Если это произошло, необходимо провести дифференциальную диагностику с «вторичными ангинами» (дифтерия, корь, скарлатина, инфекционный мононуклеоз, агранулоцитоз), клинические симптомы которых на ранних стадиях заболевания могут напоминать лакунарную, фолликулярную, катаральную ангины. Приведенные заболевания требуют специального алгоритма диагностики и лечения у инфекциониста, гематолога и других специалистов.

Правильная интерпретация результатов фарингоскопии — залог правильной и своевременной диагностики заболеваний глотки, которые часто требуют назначения антибактериальной терапии и могут потребовать проведения дополнительных исследований, таких как анализ крови, бактериальный посев для выявления возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам и др.

При подозрении (наличии клинических данных, которые позволяют предположить наличие онкологического заболевания и/или не позволяют его исключить) на наличие новообразования полости носа, небных миндалин,

гортани, мягкого неба врач общей практики направляет пациента к оториноларингологу для выполнения биопсии и проведения дополнительной диагностики.

В случае отсутствия оториноларинголога на районном уровне пациент направляется к врачам-специалистам межрайонных центров и/или областной клинической больницы (университетской клиники).

## **ДИАГНОСТИКА В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

Задача врачей общей практики — заподозрить у пациента соматическую патологию, в том числе и онкологическую, проявляющуюся в челюстно-лицевой области (ЧЛО), выявить наличие клинических признаков соматических и онкологических заболеваний на ранних стадиях и направить пациента к профильному специалисту (в соответствии с зонами ответственности) для выполнения дальнейшего комплекса детального обследования и уточнения диагноза.

С этой целью врач общей практики проводит клиническую диагностику, которая включает сбор жалоб и анамнеза, осмотр области «голова — шея», ротовой полости, пальпацию лимфоузлов и мягких тканей ЧЛО.

**Опрос** пациента — один из важных этапов клинической диагностики. Выясняют наличие боли в ЧЛО и ротовой полости, ее характер, длительность, локализацию, распространенность, ощущения жжения, сухости, наличие элементов поражения в любой анатомо-топографической области, длительность заболевания, его течение, результат проведенного ранее лечения. Уточняют наличие общих заболеваний, вредных привычек, стрессовых ситуаций, постоянный прием лекарственных средств. Особая роль принадлежит тем аспектам, которые важны для выявления взаимосвязи общего и стоматологического здоровья пациента. Прежде всего следует обратить внимание на наличие таких соматических заболеваний, как сахарный диабет, аутоиммунная патология, ВИЧ и другие инфекции, заболевания щитовидной железы и др. Уточняют, имеются ли изменения слизистых оболочек других локализаций (гениталий, конъюнктивы глаз и др.), кожи туловища и конечностей. Для сокращения времени опроса и унифицирования результатов можно использовать анкетирование.

## **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, РОТОВОЙ ПОЛОСТИ**

**Осмотр** включает внешний осмотр и осмотр ротовой полости. При экстра-, пери- и интраоральном осмотре проводится визуальная, инструментальная и пальпаторная оценка органов и тканей ЧЛО и ротовой полости.

**Внешний осмотр** области головы и шеи не требует использования инструментов (за исключением шпателя и маски) и занимает не более минуты. Врач оценивает изменения размера, цвета и формы исследуемой анатомической области. При этом обращает внимание на внешний вид пациента, конфигурацию и пропорцию лица, цвет кожи, выраженность носогубных складок, тип дыхания. Например, наличие ротового дыхания приводит к сухости в ротовой полости; воспаление или новообразование околоушной слюнной железы вызывает изменения в области скуловой кости (впереди ушной раковины); патология поднижнечелюстной слюнной железы и лимфоузлов заметна ниже и впереди угла нижней челюсти (рис. 3).



*Рис. 3. Экстраоральный осмотр области «голова – шея» (увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов)*

**Периоральный осмотр** включает осмотр красной каймы губ, углов рта, кожной части губ. Необходимо использование шпателя и маски (рис. 4, 5). Затем пациента просят открыть рот и анализируют, как он это делает (свободно или болезненно, в полном или не полном объеме). В норме открытие рта должно быть на 5 см между центральными резцами челюстей. Движения в височно-нижнечелюстных суставах плавные, без щелчка и хруста.



*Рис. 4. Осмотр периоральной области*



*Рис. 5. Осмотр красной каймы губ, углов рта, кожной части губ*

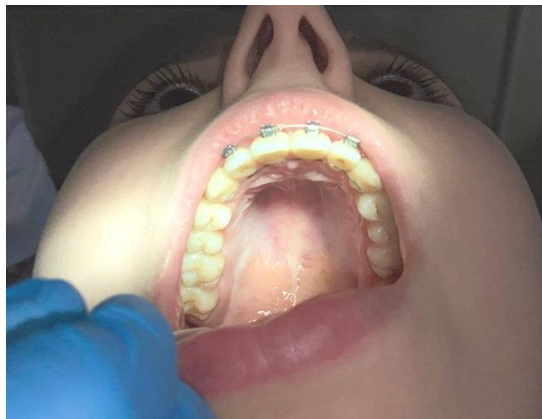
После внешнего осмотра приступают к обследованию ротовой полости — **интраоральному осмотру**. Его основная цель — выявить ранние признаки патологических изменений и заболеваний, факторы их риска. Для этого необходимо адекватное освещение, наличие стерильного шпателя, стерильные марлевые салфетки (вата), перчатки, маска. Следует отметить, что слизистую осматривают во всех анатомо-топографических областях с учетом ее морфологического строения и возрастных изменений. На основании критериев нормы оценивают цвет, поверхность, рельеф, консистенцию, блеск, влажность, состояние ороговения, нарушение целостности, наличие других элементов поражения. По этим критериям осматривают слизистую оболочку рта: губ, щек, десен, преддверия рта, твердого и мягкого неба, небных дужек, миндалин, языка, дна полости рта (рис. 6–8).



*Рис. 6.* Осмотр слизистой оболочки в области преддверия рта (внутренняя поверхность губы, уздечки, переходной складки, десны)



*Рис. 7.* Осмотр слизистой оболочки угла рта, щеки, ретромоларной области



*Рис. 8.* Осмотр твердого и мягкого неба

Существуют особенности в обследовании языка (рис. 9–11). Он фиксируется салфеткой, вытягивается вперед и осматривается со всех поверхностей с обеих сторон. Выделяют боковые поверхности, подъязычную область и дорсальную поверхность языка (корень, средняя треть, кончик).

Осмотр возможен и с помощью шпателя. Язык смещают вправо-влево, осматривая его боковые поверхности, подъязычную область и дно полости рта. Для этого необходимо приподнять язык пациента шпателем кверху. Следует отметить, что так же оценивают характер налета на языке (спинке и корне) (рис. 12), состояние сосочков (рис. 13).



*Рис. 9.* Осмотр ротоглотки, спинки языка (корня, средней трети)



*Рис. 10.* Осмотр боковых поверхностей языка



*Рис. 11.* Осмотр подъязычной области и дна полости рта



*Рис. 12.* Налет на языке

При осмотре слизистой оболочки рта врач общей практики может регистрировать следующие группы клинико-морфологических элементов поражения: изменения цвета, пузырьно-пузырьковые, эрозивно-язвенные, разрастания, напластования (корки) (рис. 14–18).

При подозрении (наличии клинических данных, которые позволяют предположить наличие онкологического заболевания и/или не позволяют его исключить) на новообразование языка, слизистой оболочки полости рта, губы для выполнения биопсии и дополнительной диагностики врач общей практики направляет пациента к стоматологу-хирургу, челюстно-лицевому хирургу.

В случае отсутствия стоматолога-хирурга на районном уровне пациент направляется к врачам-специалистам межрайонных центров и/или областной клинической больницы (университетской клиники).



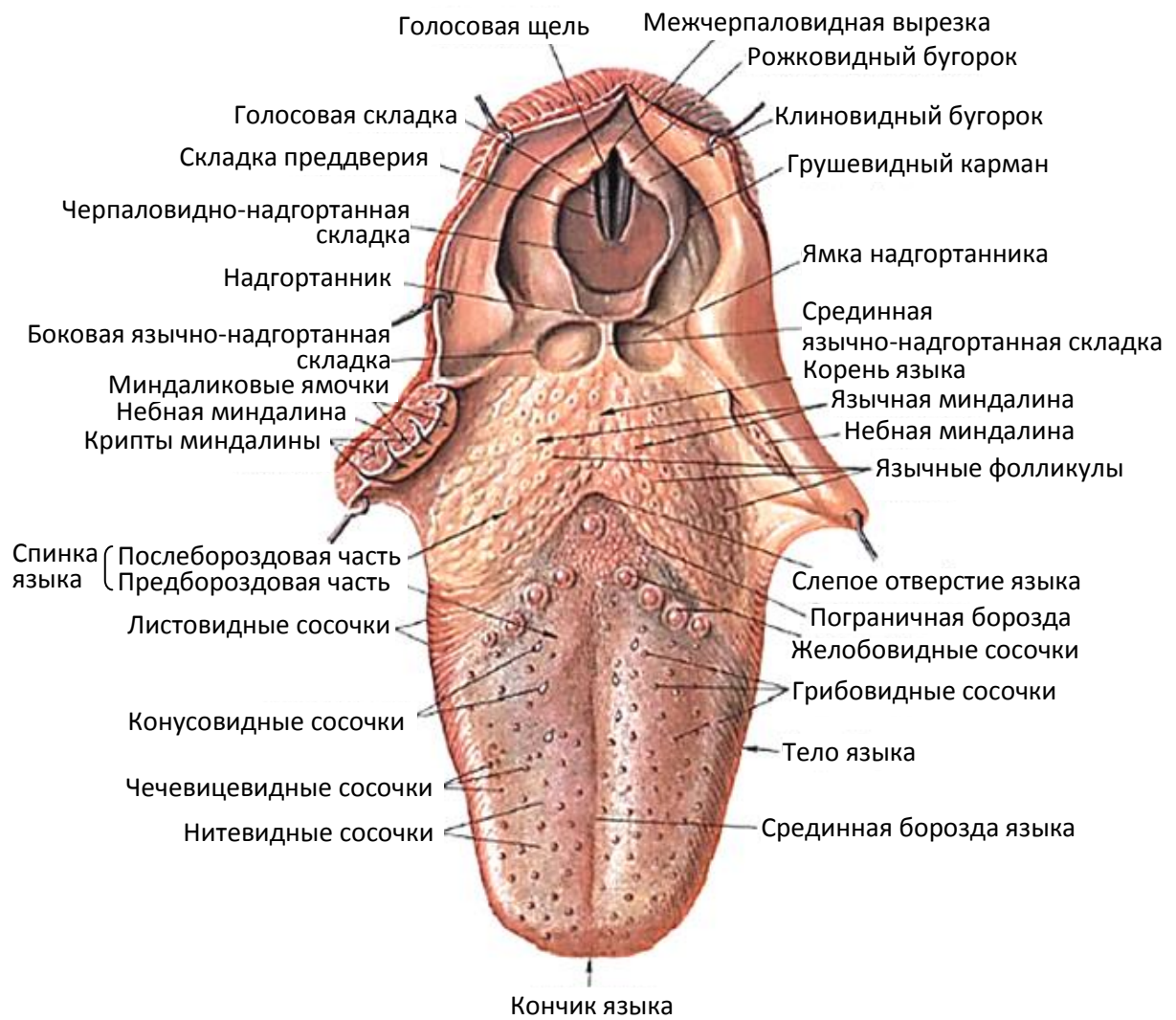


Рис. 13. Сосочки языка (норма)

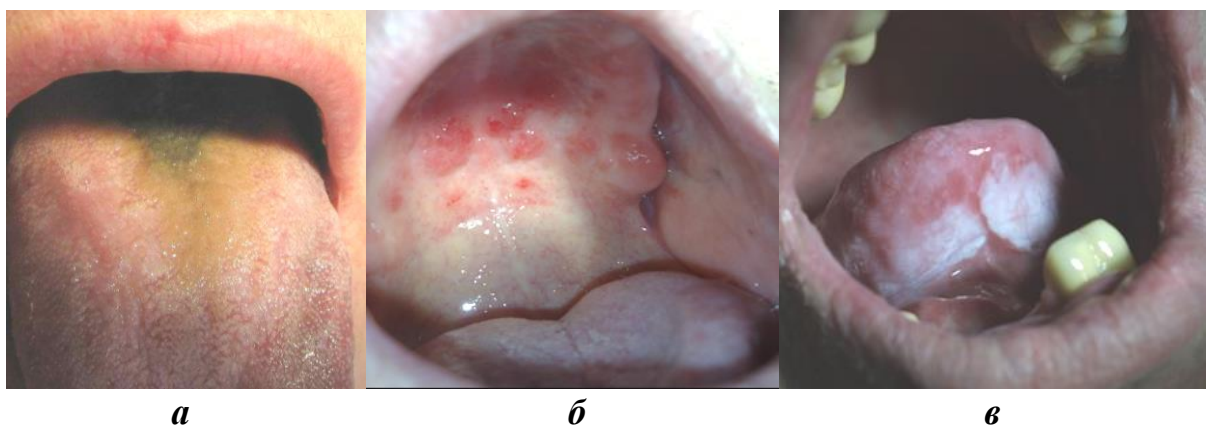


Рис. 14. Изменения цвета слизистой:  
*а* — коричневого; *б* — красного; *в* — белого



***а***



***б***

*Рис. 15.* Пузырно-пузырьковые поражения:  
*а* — пузырьки на коже подбородка; *б* — покрышки пузырей на десне



***а***



***б***

*Рис. 16.* Эрозивно-язвенные поражения:  
*а* — эрозивные поражения; *б* — язвенное поражение



***а***



***б***

*Рис. 17.* Разрастание, напластование (корки) тканей:  
*а* — разрастание; *б* — напластование



*а*



*б*

*Рис. 18.* Полиморфизм элементов поражения (единовременное наличие разных групп):  
*а* — белые, красные; *б* — белые, эрозивно-язвенные

Существует общее название для **воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта** — **стоматит** (рис. 19).



*а*



*б*

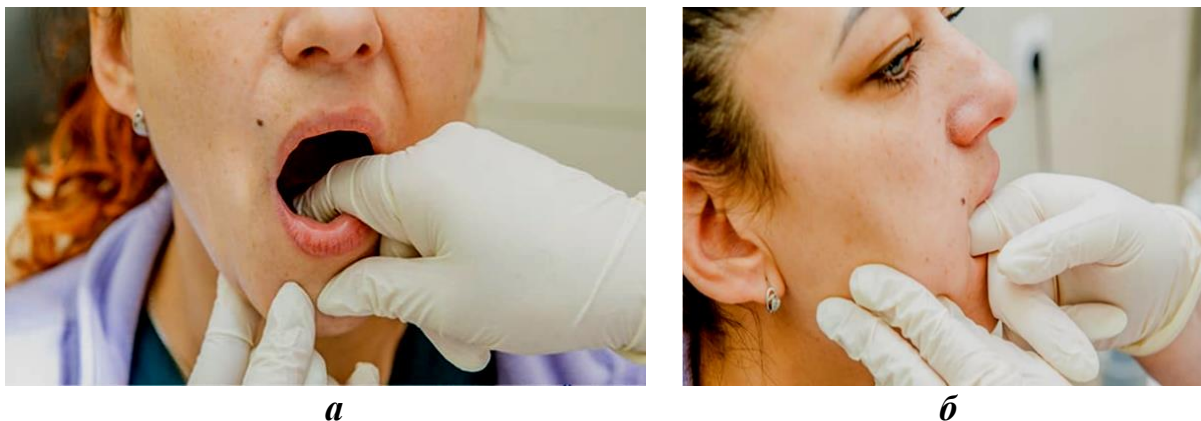
*Рис. 19.* Стоматит с образованием эрозивно-язвенных поражений различной локализации:  
*а* — с поражением щеки; *б* — с поражением языка

При локализации патологического процесса на языке говорят о глоссите, на десне — о гингивите, на губах — о хейлите. Характерным проявлением стоматита является появление на слизистой оболочке ротовой полости элементов поражения: очагов покраснения (гиперемии), пузырьков, эрозий (афт) или язвочек, покрытых налетом. Выявляются эти элементы поражения чаще на слизистой оболочке щек, дне полости рта, твердом небе, кончике языка. Отмечается их болезненность. Стоматит может рецидивировать при снижении иммунитета, нарушении баланса витаминов, гормонов, наличии соматических заболеваний. Причиной заболеваний слизистой оболочки рта могут быть механические травматические повреждения тканей (случайное, хроническое прикусывание), иные травмирующие воздействия (химические, лучевые, термические и др.). Кроме выше названного причиной стоматита могут быть инфекционные заболевания,

поражающие слизистую оболочку рта при проникновении вирусов, бактерий, грибков (туберкулез, ВИЧ, хламидии); дерматозы (плоский лишай, пузырчатка); заболевания разных органов и систем (желудочно-кишечного тракта и др.), системные, аутоиммунные и эндокринные заболевания, болезни крови, другие состояния организма. Врач общей практики должен помнить, что состояние слизистой рта, как правило, отражает состояние общего здоровья пациента.

## **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПАЛЬПАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, РОТОВОЙ ПОЛОСТИ**

Кроме визуальной проводится и мануальная оценка состояния мягких тканей рта путем их пальпации. Как правило, врач проводит пальпацию указательным пальцем руки в стерильной перчатке. Пальпация (ощупывание) может быть поверхностная, глубокая, вне- и внутриротовая, бимануальная (двумя руками). При этом обследовании определяется консистенция тканей, их тургор, подвижность, рельеф, болезненность (рис. 20).



*Рис. 20. Бимануальная пальпация:  
а — дна полости рта; б — щеки*

По показаниям пальпируют альвеолярные отростки, десну, небо, язык, щеки, подъязычную область, дно полости рта. Выполнение перкуссии и зондирования зубов не входит в компетенцию врача общей практики. При необходимости более детальной оценки стоматологического статуса пациента врач общей практики рекомендует консультацию стоматолога.

Во время пальпации регионарных лимфоузлов (рис. 21) врач находится перед пациентом. Пальпировать начинают с подчелюстных и подбородочных лимфатических узлов, в области угла нижней челюсти, затем шейные — вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы — и надключичные лимфатические узлы. Исследование завершают пальпацией околоушных и затылочных лимфатических узлов.

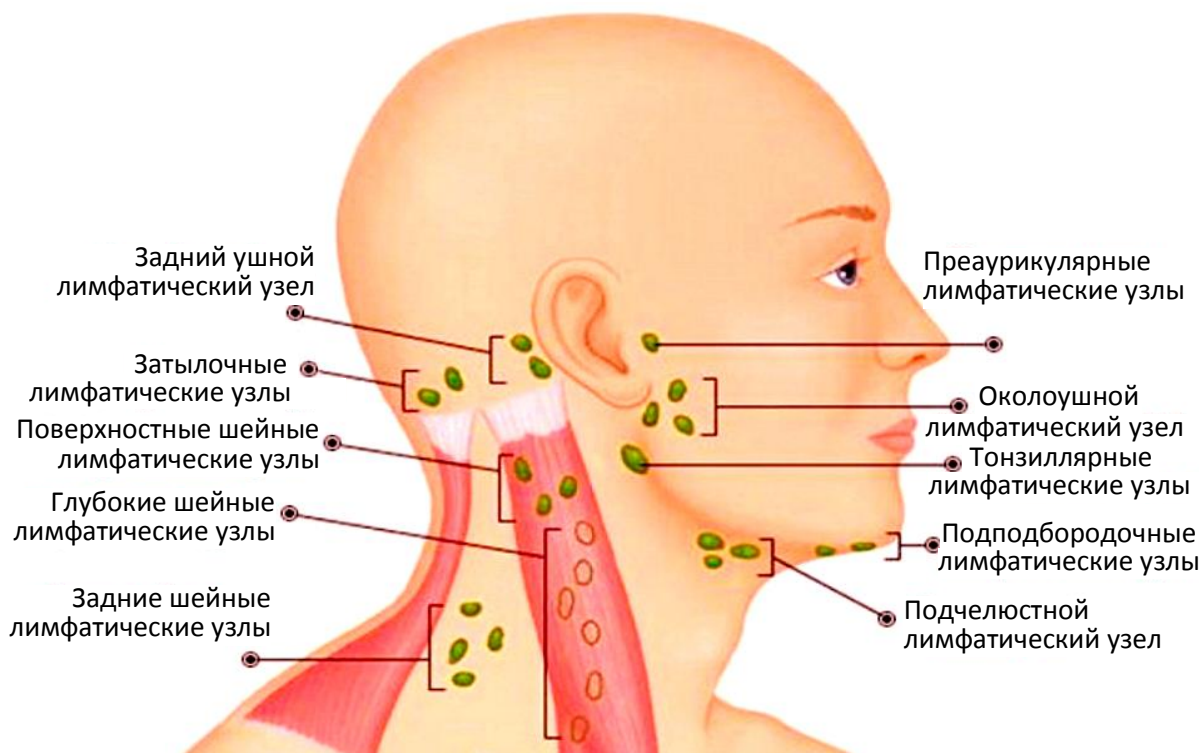


Рис. 21. Регионарные лимфатические узлы

Могут использоваться различные техники и последовательности пальпации.

Техника пальпации регионарных лимфатических узлов (рис. 22):

1. *Поднижнечелюстные лимфоузлы.* Пациент держит голову прямо или может ее слегка наклонить вперед, чтобы расслабить мышцы области обследования. Обе кисти врача или одна кисть с полусогнутыми пальцами в положении супинации устанавливаются в подбородочной области на уровне передней поверхности шеи и погружаются в мягкие ткани подчелюстной области. Затем делается скользящее, выгребующее движение к краю челюсти. В этот момент лимфоузлы прижимаются к челюсти, проскальзывают под пальцами. Пальпация проводится последовательно: у угла челюсти, посередине и у переднего края, так как лимфоузлы располагаются цепочкой вдоль внутреннего края челюсти. Их количество до 10, а максимальная величина до 5 мм.

2. *Подбородочные лимфоузлы.* Пальпация проводится правой рукой, а левой врач поддерживает голову сзади, препятствуя отклонению ее назад. Голова пациента должна быть чуть наклонена вперед для расслабления мышц места обследования. Правой рукой с пальцами в положении супинации ощупывается вся подбородочная область от подъязычной кости до края челюсти. Лимфоузлы чаще не пальпируются.

3. *Шейные лимфоузлы.* Исследование проводится в медиальных, а затем в латеральных шейных треугольниках, сначала с одной, затем с другой

стороны, либо одновременно с двух сторон. При прощупывании лимфоузлов в переднем шейном треугольнике пальцы надо расположить в положении пронации вдоль кивательной мышцы. Лучше пальпировать одним-двумя пальцами — указательным и средним, начиная от угла нижней челюсти, вдоль всего переднего края кивательной мышцы. При прощупывании пальцы прижимаются к фронтальной плоскости — к позвоночнику, а не к гортани. Особо нужно обратить внимание на тщательное исследование лимфоузлов у угла челюсти в области сонного треугольника.

4. *Околоушные лимфоузлы.* Пальпация проводится по направлению вперед от козелков, от скуловых дуг вплоть до угла нижней челюсти. В норме лимфоузлы не пальпируются.

5. *Заушные лимфоузлы.* Положение рук врача прежнее, пальцы ощупывают заушную область от основания ушных раковин и над всей поверхностью сосцевидных отростков. В норме лимфоузлы не пальпируются.

6. *Затылочные лимфоузлы.* Руки врача укладываются на боковые поверхности, а пальцы левой и правой руки одновременно ощупывают пространство выше и ниже края затылочной кости. В норме эти узлы не пальпируются.



Рис. 22. Техника пальпации регионарных лимфатических узлов

Боковые поверхности шеи пальпируются с двух сторон одновременно обеими руками или поочередно (рис. 23). Вытянутые пальцы врача вначале устанавливаются поперек заднего края кивательных мышц, потом врач

прощупывает ткани от сосцевидных отростков до ключиц. Затем — обе боковые поверхности шеи вперед от длинных мышц шеи. Во время пальпации недопустимо сильно сгибать пальцы, вся конечная фаланга каждого пальца должна плоско лежать на исследуемой поверхности, совершая погружение, скольжение и круговые движения. В норме на боковых поверхностях шеи прощупываются единичные лимфоузлы величиной до 5 мм.



*Рис. 23. Пальпация боковой поверхности шеи*

Качественная клиническая оценка ЧЛЮ, ротовой полости, глотки и носа с выявлением изменений и патологических состояний, проведение соответствующих диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволят диагностировать заболевания на начальных стадиях их развития, что улучшит прогноз болезни и качество жизни пациента.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Борк, К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение : атлас и руководство / К. Борк, В. Бургдорф, Н. Хеде. Москва : Мед. лит., 2011. 448 с.
2. Алгоритм диагностики заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся наличием элементов поражения слизистой оболочки полости рта : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 1 дек. 2017 г. : регистрационный № 103-1117. Минск, 2017. 10 с.
3. *Оториноларингология* : учеб. / О. Г. Хоров [и др.] ; под ред. проф. О. Г. Хорова. Минск : Новое знание, 2020. 413 с.
4. *О порядке* проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 28 апр. 2022 г. № 572. Режим доступа: <https://etalonline.by>. Дата доступа: 01.12.2022.
5. *Об организации* работы врача общей практики : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 27.02.2018 г. № 177. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by>. Дата доступа: 01.12.2022.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
Осмотр носа.....	5
Осмотр глотки .....	8
Диагностика в области головы и шеи.....	12
Техника проведения осмотра челюстно-лицевой области, ротовой полости.....	12
Техника проведения пальпации органов и тканей челюстно-лицевой области, ротовой полости .....	19
Список использованной литературы .....	22



Учебное издание

**Буцель Анна Чеславовна**  
**Александрова Людмила Львовна**  
**Санукевич Татьяна Геннадьевна**  
**Сушинский Вадим Эдуардович**

# **ОСМОТР НОСА, ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В. Э. Сушинский  
Старший корректор А. В. Царь  
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 29.08.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Херох office».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,23. Тираж 90 экз. Заказ 564.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-1408-0



9 789852 114080