

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
Департамент здравоохранения города Москвы

---

**«Московский врач»**

**ОТОСКОПИЯ**

Методические рекомендации

Москва 2019

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный  
специалист Департамента  
здравоохранения города  
Москвы  
по оториноларингологии

А.И.  
Крюков

« » 2018 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по  
науке  
Департамента здраво-  
охранения города Москвы № 14



2018

«МОСКОВСКИЙ ВРАЧ»  
ОТОСКОПИЯ  
Методические рекомендации 103

Москва – 2018

**Учреждение-разработчик:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы.

**Составители:**

Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф. А.И. Крюков, д.м.н., проф. В.Я. Кунельская, д.м.н., проф. Н.Л. Кунельская, д.м.н. Е.В. Гаров, д.м.н. А.Ю. Ивойлов, д.м.н. Е.В. Носуля, к.м.н. Н.Г. Сидорина, к.м.н. О.В. Федорова, к.м.н. С.Г. Романенко, к.м.н. А.Г. Кучеров, к.м.н. Д.Л. Муратов, к.м.н. В.Н. Зеленкова, к.м.н. Г.Б.Шадрин, к.м.н. П.А. Сударев, Е.Е. Гарова, к.м.н. В.В. Мищенко, А.С. Менапришвили, Е.Г. Лапенко, В.Э. Киселиус, Тамилов Ф.А.

Статус «Московский врач» - показатель признания медицинским сообществом профессиональных компетенций специалиста, в том числе с учётом особенностей московского здравоохранения. Он утверждён отраслевым органом исполнительной власти г. Москвы, осуществляющим функции по реализации государственной политики в сфере здравоохранения.

**Рецензенты:**

Зам.главного врача по медицинской части ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана, доктор медицинских наук, профессор,  
Заслуженный врач РФ М.Г. Лейзерман

Руководитель оториноларингологической службы  
ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор Ю.Л. Солдатский

**Предназначение:**

В данных методических рекомендациях в конспективной форме представлена отоскопическая картина в норме и при патологии среднего и наружного уха, описан алгоритм правильного проведения методики и интерпретации полученных данных. Рекомендации сопровождаются приложением с эндофотографиями указанных состояний. Методические рекомендации рассчитаны на врачей оториноларингологов, сурдологов и отохирургов, которые ставят перед собой задачу получить статус «Московский врач».

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию без соответствующего разрешения.

**СОДЕРЖАНИЕ**

1.	Основы отоскопии.....	5
2.	Особенности отоскопической картины при различных заболеваниях наружного и среднего уха.....	7
3.	Заболевания наружного уха.....	7
4.	Заболевания среднего уха.....	10
5.	Заключение.....	13
6.	Список литературы.....	14
7.	Приложение.....	15

**Список сокращений**

БП – барабанная перепонка

НСП – наружный слуховой проход.

ХГСО – хронический гнойный средний отит.

## ОСНОВЫ ОТОСКОПИИ

### Определение

Отоскопия – это метод осмотра наружного и среднего уха. БП, как часть среднего уха, является маркером его состояния.

### Цели отоскопии:

- Осмотр и диагностика различных состояний НСП, БП, барабанной полости (при наличии перфорации).
- Проведение дополнительных диагностических и лечебных процедур (туалет НСП, удаление инородных тел и серных пробок).

### Варианты отоскопии:

1. С помощью налобного осветителя или рефлектора.
2. С помощью отоскопа.
3. С помощью отоэндоскопа.
4. С помощью микроскопа.

Отоскоп, отоэндоскоп и микроскоп наиболее предпочтительны при проведении осмотра, поскольку позволяют максимально детально осмотреть интересующие области в связи с наличием оптики.

### Методика проведения отоскопии:

Осмотр начинают со здорового или правого уха. Оттягивают ушную раковину кзади и кверху у взрослых, кзади и книзу - у детей, при этом правую ушную раковину оттягивают левой рукой, левую – правой. I и II пальцем противоположной руки вводят ушную воронку в хрящевой отдел НСП. Воронку подбирают таким образом, чтобы ее диаметр соответствовал поперечному диаметру НСП. Ушную воронку нельзя вводить в костный отдел НСП, так как это вызывает боль. Длинная ось воронки должна совпадать с осью костного отдела НСП, иначе воронка упрется в какую-либо его стенку. Производят легкие перемещения наружного конца воронки для того, чтобы последовательно осмотреть все отделы БП.

При использовании отоскопа применяются ушные воронки, входящие в набор инструмента.

При использовании отоэндоскопа воронка не нужна. Для осмотра применяются ушные отоэндоскопы длиной 5-15 см, диаметром 3 и 5 мм с углом обзора 0<sup>0</sup> и 30<sup>0</sup>, отоэндоскопы с углом обзора 70<sup>0</sup> используют обычно интраоперационно для осмотра труднообозримых и узких пространств.

### Последовательность осмотра

Сначала осматривают НСП, оценивают его анатомические особенности (отсутствие стенки с капсулой височно-нижнечелюстного сустава, анатомическая узость, извитость), состояние кожного покрова. Затем осматривают БП: оценивают натянутый отдел и особенно внимательно ненатянутый отдел. Для полноценного осмотра БП НСП должен быть очищен от серы, эпидермальных масс, патологического отделяемого. Во время прове-

дения отоскопии возможно оценить функцию слуховой трубы, используя пневматическую воронку Зигле или специальные пробы (Тойнби, Вальсальве и т.д.).

### Основные моменты и тонкости отоскопии:

- Для эффективного и комфортного для пациента осмотра необходимо правильно подобрать размер воронки, чтобы не причинить боль и детально осмотреть все отделы НСП и БП.
- НСП должен быть свободным.
- ✓ Факторы, затрудняющие результат: анатомические и патологические состояния (наружный отит, фурункул, полипы, образования различного характера, врожденные аномалии развития, атрезия и анатомическая узость НСП), а также опыт врача.

### Осложнения отоскопии:

- Травма кожного покрова НСП.
- Травма БП.

Как побочное явление при проведении манипуляции возможно появление кашлевого рефлекса из-за раздражения краем воронки (особенно в области задне-нижней стенки) веточек блуждающего нерва.

### Противопоказания к проведению:

#### Интерпретация нормальной отоскопической картины (Приложение, фото 1).

Правое (AD) или левое (AS) уши: НСП широкий, свободный. БП первого цвета, с перламутровым оттенком, *опознавательные знаки* дифференцированы.

К последним относятся: *пупок БП, световой конус, короткий отросток молоточка и рукоятка молоточка, передняя и задняя молоточковые складки*.

Между передней и задней молоточковой складками находится *ненатянутый отдел БП (pars flacida)*. Книзу, значительную часть БП, занимает *натянутый отдел (pars tensa)*.

БП условно делится на 4 квадранта линиями, одна из которых проведена сверху вниз через рукоятку молоточка, а вторая перпендикулярно первой через пупок. На квадранты БП проецируются различные отделы и анатомические образования барабанной полости: передне-верхний – устье слуховой трубы и нижние отделы переднего аттика, передне-нижний – гипотимпанум и зона изгиба внутренней сонной артерии, задне-нижний – часть гипотимпанума и зона круглого окна, задне-верхний – ретротимпанум, наковальня и стремя.

## ОСОБЕННОСТИ ОТОКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА.

### ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО УХА

Ряд заболеваний НСП требует знания особенностей клинической картины.

Основное отличие **хондроперихондриита** (**фото 2**) ушной раковины от **рожистого воспаления** (**фото 3**) заключается в том, что в воспалительный процесс при хондроперихондриите ушной раковины вовлекается только хрящ, поэтому мочка будет не изменена в отличие от рожистого воспаления.

Необходимо отличать **остеому** от **экзостозов** НСП. Оба варианта гиперостозов иногда могут достигать значительных размеров, обтурируя весь просвет НСП. Экзостозы (**фото 4**), как правило, множественные образования, исходят из нескольких стенок НСП, находятся на широком основании. Остеома (**фото 5**) одиночна и исходит из области швов НСП. Чаще находится на тонком основании, реже - на широком.

**Диффузный наружный отит** (**фото 6**) следует дифференцировать с фурункулом НСП, отомикозом и экземой.

Независимо от причины данное заболевание проявляется гиперемией и инфильтрацией кожи в перепончато-хрящевом отделе НСП, которая суживает его просвет. Также в просвете НСП имеется отделяемое различного характера, обычно гнойного, с десквамированным эпителием и запахом. Воспалительные изменения также могут затрагивать БП (мирингит), что требует дальнейшей дифференциальной диагностики с острым средним гнойным отитом и его осложнениями (мастоидитом).

При **экземе** (**фото 7**) на фоне инфильтрированной и гиперемированной кожи могут визуализироваться ссадины и расчесы, пузырьки с серозной жидкостью. Определяются участки с мацерацией, отделяемое, как правило, серозное, без запаха. Также в просвете НСП и на ушной раковине определяются серозные корочки.

При **фурункуле слухового прохода** (**фото 8**) воспаление носит ограниченный характер: участок гиперемированной и отечной кожи располагается на одной из стенок хрящевого отдела НСП. В стадии абсцедирования в наивысшей точке воспаленной кожи визуализируется гнойный стержень.

Отоскопическая картина при **отомикозе** (**фото 9, 10**) отличается многообразием в зависимости от вида гриба-возбудителя. Основные отличия касаются характера отделяемого, его цвета и консистенции. Так, при кандидозном поражении НСП отделяемое белого цвета, относительно жидкое, имеет консистенцию творога. В воспалительный процесс может вовлекаться БП (мирингит) и кожа наружного уха. Воспалительные изменения наиболее выражены в перепончато-хрящевом отделе НСП.

При аспергиллезе воспалительные изменения кожи в большей степени затрагивают костный отдел НСП, вовлечение БП также возможно, и она может быть настолько отечной, что стираются все опознавательные знаки. Иногда процесс сопровождается образованием грануляций. Отделяемое серого цвета, иногда с черными точками, может напоминать промокшую газету, быть холестеатомо- или сероподобным.

При поражении НСП грибами рода *Penicillium* отделяемое имеет желтый оттенок, может напоминать ушную серу. Кожа гиперемирована и инфильтрирована на всем протяжении НСП. Часто определяются корочки и пленки.

**Атрезия** (**фото 11**) НСП на разных стадиях формирования может выглядеть по-разному: как концентрическое сужение кожи в любом отделе НСП с кольцом гиперемии в фазе формирования или как фиброзная мембрана, перекрывающая весь просвет НСП, после завершения рубцевания. Локализуется чаще на границе костного и перепончато-хрящевого отделов, т.е. в самом узком месте НСП.

Три редких заболевания НСП требуют также четкой дифференциальной диагностики: **холестеатома слухового прохода, обтурирующий кератоз и деструктивный наружный отит**. Первые два характеризуются скоплением эпидермальных масс в НСП. При обтурирующем кератозе (**фото 12**) массы слущенного эпидермиса заполняют весь просвет НСП, образуя пробку. При холестеатоме НСП (**фото 13**) эпидермальной пробки может и не быть, но почти всегда есть деструкция стенок НСП в костном отделе. Клиническая картина больше похоже на врастание кожи с образованием деструктивной полости чаще на нижней стенке НСП. Нужно помнить, что деструкция может быть обширной с образованием секвестров, грануляций, при этом НСП будет содержать гнойное отделяемое с неприятным запахом. В процесс могут быть вовлечены любые стенки НСП вплоть до границ БП.

Деструктивный наружный отит также характеризуется образованием деструктивной полости по типу асептического некроза, содержащей грануляции и зловонное отделяемое, но при этом процессе отсутствуют признаки холестеатомы.

Деструктивные поражения НСП следует дифференцировать с злокачественными образованиями, картина которых многолика и которые могут маскироваться отоскопической картиной любого заболевания НСП.

Диагностика инородных тел (живых, искусственных и т.д.) НСП обычно не представляет трудностей, так же как и серная пробка (**фото 14-16**).

**Добропачественные и злокачественные новообразования** являются одной из наиболее трудных проблем для постановки правильного диагноза. Установить правильный диагноз только отоскопически почти всегда не представляется возможным. Часто требуются дополнительные методы исследования (лучевые, биопсия). Среди доброкачественных образо-

ваний (опухолей и опухолеподобных образований), не указанных в данных методических рекомендациях отдельно (гиперостозы), чаще всего встречаются папилломы, фибромы, атеромы, дермоиды. Локализация – переночато-хрящевой отдел НСП и ушная раковина.

**Папиллома** может быть единичной, выглядеть как плоское округлое образование с гладкой поверхностью, не отличающееся по цвету от окружающей кожи. Отоскопически **папилломатоз НСП (фото 17)** визуализируется как множественные бородавчатые, сосочковые образования на широком основании, похожие на петушиный гребень.

Остальные перечисленные выше новообразования имеют вид кистозного процесса с капсулой, мягко-эластической консистенции, как правило, с неизмененной над ним и вокруг кожей, безболезненное при осмотре. Могут быть различных размеров, в том числе больших, обтурируя просвет НСП (**фото 18**).

**Злокачественные новообразования** височной кости и соседних областей могут быть внешне неотличимы от доброкачественных: выглядеть как полип при ХГСО или иметь плотную капсулу (**фото 19**). Хотя часто отоскопически возможно заподозрить злокачественный процесс: наличие бесформенных масс с деструкцией окружающих тканей, вовлечение в процесс окружающих анатомических структур (сосцевидного отростка, височно-нижнечелюстного сустава, канала лицевого нерва, барабанной полости). Данные образования могут иметь эрозивную поверхность, кровоточить при дотрагивании, при этом быть безболезненными (**фото 20**).

На ранних стадиях **Herpes oticus** на БП, коже НСП и ушной раковине образуются везикулы, заполненные серозным отделяемым. Везикулы могут лопаться и на их месте образуются серозно-геморрагические корочки. Кожа воспалена, гиперемирована, просвет НСПужен и содержит серозное отделяемое (**фото 21**).

## ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УХА

Особенности отоскопической картины при **остром среднем отите** зависят от стадии заболевания. Так, на стадии **острого евстахита** БП будет втянута, световой конус укорочен, рукоятка молоточка и молоточковые складки выраженно контурированы, рукоятка молоточка укорочена, в ряде случаев возможна инъекция сосудов вдоль неё (**фото 22**).

На стадии **острого катарального воспаления** БП - отечна, инъецирована в ненатянутом отделе, вдоль рукоятки молоточка, либо полностью гиперемирована, опознавательные знаки сглажены (**фото 23**).

На **гнойной доперфоративной стадии** (**фото 24**) БП - отечна, гиперемирована, резко выбухает. За ней может определяться гнойное отделяемое. При выраженных реактивных явлениях возможна пульсация БП.

При **гнойной перфоративной стадии** (**фото 25**) в натянутом отделе визуализируется перфорация (различных размеров, чаще щелевидная), через которую в НСП поступает гной. БП - гиперемирована, отечная.

На **репаративной стадии** (**фото 26**) реактивные явления со стороны БП разрешаются, уменьшается ее гиперемия, отечность. Общий вид зависит от выраженности клинической картины и давности заболевания. Обычно при отоскопии визуализируется перфорация с грануляционным валом по краю, БП - утолщена, слегка гиперемирована, отделяемого нет.

Классическая отоскопическая картина **экссудативного среднего отита** (**фото 27**) выглядит следующим образом: БП может быть слегка утолщена, ригидна, умеренно втянута, за ней определяется уровень жидкости, чаще прозрачный, пузырьки воздуха. Возможна инъекция сосудов по рукоятке молоточка.

**Буллезный средний отит** (**фото 28**) характеризуется образованием булл (кровоизлияний) под эпидермисом кожи костного отдела НСП и БП. БП - отечна, гиперемирована. Буллы могут вскрываться (лопаться) с попаданием крови в просвет НСП. Вскрывшаяся булла выглядит как спавшийся эпидермальный пузырь на поверхности БП. В ряде случаев вскрывшаяся булла образует перфорацию БП.

**Гематотимпанум или кровоизлияние** (**фото 29**) в барабанную полость образуется в результате травмы различного генеза (перелом пирамиды височной кости, баротравма), при этом за состоятельной обычно неизмененной или измененной незначительно (на фоне отека) БП визуализируется кровь. В зависимости от давности травмы цвет крови может изменяться от алого до сине-черного.

**Адгезивный средний отит** (**фото 30, 31**) представляет собой рубцовые изменения БП и барабанной полости. В зависимости от причин развития рубцовые изменения носят различный характер в натянутом и ненатянутом отделе БП. Обычно формируются различные варианты и объемы ретракции (втяжения) БП. Ретракционные карманы могут быть фиксированными (не выдувается при проведении пробы Вальсальве или Политцера) и мобильными (выдувается при проведении пробы Вальсальве или Политцера); располагаться в ненатянутом отделе БП, покрывая шейку и головку молоточка, выполняя весь аттик с разрушением латеральной стенки; иметь дно, то есть быть слепым и глубоким, распространяясь в адитус и антрум. В натянутом отделе БП чаще всего ретракционный карман образуется в задних отделах, фиксируясь к длинной ножке наковални и/или суперструктуре стремени. При длительном адгезивном процессе может формироваться ретракция всей БП с эпидермизацией всех отделов барабанной полости. При глубоких ретракционных карманах нарушается способность их к самоочищению, в этих зонах может накапливаться эпидермис, и при определенных условиях (попадании воды, активации местной флоры) возникать воспаление, которое выглядит как локальный миингит

с грануляциями в этой зоне, что маскирует картину хронического среднего отита.

#### **Хронический гнойный средний отит (ХГСО) (мезотимпанит, эпитимпанит).**

Чаще всего возникают трудности при интерпретации отоскопической картины у пациентов с данной патологией, поскольку картина ХГСО отличается многообразием проявлений. Важно осматривать пациентов, используя увеличительную оптику: микроскоп или отоэндоскоп. Вторым главным моментом является обязательный прицельный осмотр ненатянутого отдела БП и удаление корок и грануляций с зондированием данной зоны при необходимости. Зона ненатянутого отдела БП является коварной, поскольку точечный на первый взгляд дефект может явиться симптомом обширной деструкции в сосцевидном отростке и близлежащих структур. Известно, что чем меньше дефект ненатянутого отдела БП, тем объемнее холестеатомный процесс.

Отоскопическая картина отличается при мезотимпаните и эпитимпаните. При эпимезотимпаните картина соединяет в себе признаки обоих процессов.

**Мезотимпанит** (**фото 32, 33**) характеризуется наличием перфорации в натянутом отделе БП. Размер перфорации может варьировать от точечной до тотальной. Края перфорации могут быть плотными, омозолелыми, ровными, а могут быть тонкими, эпидермизированными, эпидермис с краев может врастать в барабанную полость. Дефект БП может локализоваться в любом из ее квадрантов и иметь разную форму. В редких случаях в натянутом отделе БП визуализируются две перфорации. Во время отоскопии обращают внимание на состояние остатков БП: тонкие, рубцовые или содержащие в толще петрификаты или тимпаносклеротические комплексы (**фото 34**). Описывают состояние слизистой оболочки барабанной полости. Она может быть тонкой, влажной и бледной, а может быть утолщенной, гиперплазированной, подушкообразно утолщенной вплоть до формирования фиброзного полипа, выходящего за пределы перфорации и проникающего в просвет НСП. Данное состояние диагностируют как **мукозит** (хронические катаральное воспаление слизистой оболочки барабанной полости) (**фото 35**). Мукозит - вялотекущее хроническое воспаление слизистой оболочки барабанной полости, может перетекать в фиброз барабанной полости (исход хронического воспаления). Фиброз выглядит как грубая рубцовая ткань, приводящая к сращению остатков БП со стенками барабанной полости. В этом процессе слуховые косточки становятся замурованными и не прослеживаются.

Интерес вызывают **тимпаносклеротические** изменения барабанной полости (**фото 36**). Это вариант дистрофического воспаления слизистой оболочки барабанной полости, при котором слизистая оболочка замещается комплексами белого цвета хрящевой или костной плотности. Чаще всего комплексы располагаются вокруг слуховых косточек, в узких простран-

ствах и в толще БП. Их ошибочно путают с холестеатомой, которая также может быть белого цвета. Тимпаносклеротические комплексы, находящиеся в толще БП трудно отдифференцировать от петрификатов. Основной их отличительной особенностью является то, что они всегда спаяны с рукояткой молоточка или костным анулюсом.

Для **эпитетимпанита** характерен деструктивный процесс, локализующийся преимущественно в верхних отделах барабанной полости. В зависимости от выраженности воспаления в барабанной полости картина эпитетимпанита может выглядеть по-разному. Классическая картина – это дефект ненатянутого отдела БП с деструкцией латеральной стенки аттика, холестеатомными массами и грануляциями в аттике или без них (**фото 37**). Натянутый отдел БП сохранен. Также для эпитетимпанита характерна краевая перфорация в натянутой части БП, т.е. перфорация одной из стенок которой является костный край *annulus tympanicus*. В зависимости от наличия реактивных явлений БП может выглядеть отечной, гиперемированной, а в барабанной полости и/или НСП возможно наличие слизисто-гнойного отделяемого. Грануляции могут обтурировать весь костный отдел НСП, затрудняя дифференциальную диагностику ХГСО и, например, злокачественных новообразований барабанной полости или других заболеваний среднего уха, сопровождающихся образованием грануляций и полипов. После снятия реактивных явлений (назначением антибактериальных, противовоспалительных препаратов, удаления свободных холестеатомных масс) грануляции могут уменьшаться в размерах или совсем регрессировать, тогда можно определить (визуально и/или зондом Воячека) размер дефекта БП, объем деструкции стенок аттика и задней стенки НСП, слуховых косточек, распространение эпидермиса, состояние барабанной полости за БП. Иногда холестеатома визуализируется за БП в эпидермальном мешке (**фото 38**).

При **эпимезотимпаните** встречается, как правило, сочетание признаков, характерных для обоих состояний (**фото 39**).

Порою разрушения в сосцевидном отростке настолько велики, что формируется так называемая *полость после естественной спонтанной радикальной операции* - это единая аттикоантромастоидальная полость вследствие разрушения задней стенки НСП, как правило, эпидермизированная, с высокой «шпорой» (то есть высоко стоящими остатками задней стенки НСП). Натянутый отдел БП чаще сохранен, формируя малую тимпанальную полость. Отоскопическая картина *полости после санирующей операции* выглядит также. Отличие от послеоперационной полости после хирургического лечения ХГСО в отсутствии операций в анамнезе (**фото 40**).

Отоскопическая картина при **микозе среднего уха и послеоперационной полости** сходна с таковой при отомикозе НСП с той лишь разницей, что реактивные явления затрагивают полость среднего уха или послеоперационную полость.

Отдельного внимания заслуживают изменения БП и барабанной полости при **туберкулезе**, **скарлатине** и **системном васкулите**. Как правило, при данных заболеваниях имеются большие деструктивные изменения в барабанной полости, тотальный дефект БП, грануляционный процесс, наложения фибрина (при туберкулезе) (фото 41). Отоскопически, на первый взгляд, невозможно заподозрить данные состояния (кроме скарлатины). Клиницист должен насторожиться в случае вялотекущего процесса без тенденции к разрешению на фоне активного консервативного лечения.

Интересна отоскопическая картина при **добропачественных заболеваниях височной кости**.

**Параганглиома височной кости** (фото 42) имеет характерную отоскопическую картину. За неизмененной БП визуализируется кровенаполненное пульсирующее образование с неровным контуром, не спаянное с БП. БП - чаще не изменена, но вполне возможна ее инъецированность, усиленный сосудистый рисунок. В зависимости от размеров опухоли она занимает нижние отделы, нижние и средние или всю барабанную полость. В ряде случаев при длительном течении заболевания образование пролабирует через БП в просвет НСП, мимикрируя под картину ХГСО. Основной момент, являющийся ключевым в диагностике – образование пульсирует и эти движения совпадают с пульсом на крупных сосудах.

**Врожденная холестеатома** (фото 43) отоскопически трудно отличима от других доброкачественных образований среднего уха (**невриномы лицевого нерва** или **нерва Якобсона** или **аденомы барабанной полости**). Все эти новообразования выглядят как образования белого или бело-желтого цвета за неизмененной БП. Они могут быть спаяны с ней или нет в зависимости от их размера.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отоскопия является одним из ключевых методов в диагностике заболеваний наружного и среднего уха. Знание правил проведения и особенностей отоскопической клинической картины необходимо для определения тактики лечения пациентов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В.Т. Пальчуна. – 2-е изд – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016 – 1024с.
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Руководство для врачей. – М.:Медицина, 2001.
3. Sanna M., A.Russo A., G. De Donato, A.Caruso. Color Atlas of Otoscopy: From Diagnosis to Surgery. Thieme, 1999.

иложение

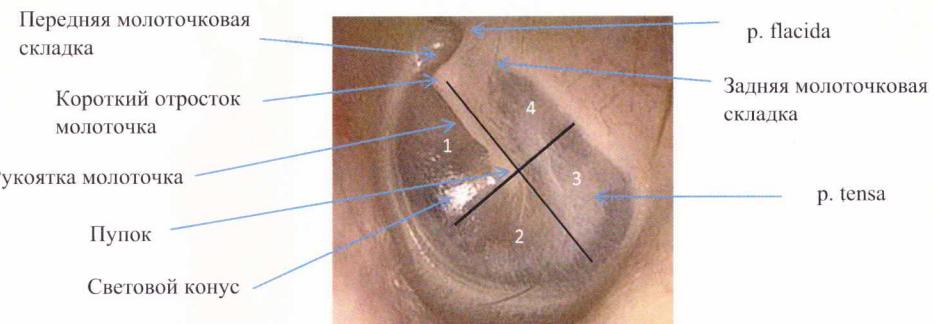


Фото 1. Нормальная отоскопическая картина (левое ухо). Цифрами указаны квадранты (1 - передне-верхний, 2 - передне-нижний, 3- задне-нижний, 4 – задне-верхний).



Фото 2. Хондроперихондрит ушной раковины.



Фото 3. Рожистое воспаление.



Фото 4. Экзостозы наружного слухового прохода.



Фото 5. Остеома наружного слухового прохода.



Фото 6. Наружный диффузный отит.



Фото 7. Экзема наружного уха: а – наружное ухо, б – наружный слуховой проход и барабанная перепонка



Фото 8. Фурункул наружного слухового прохода в стадии абсцедирования.



Фото 9. Отомикоз.



Фото 10. Отомикоз.

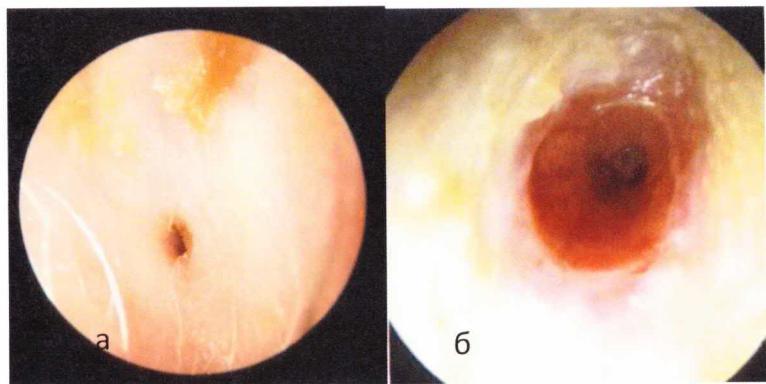


Фото 11. Атрезия наружного слухового прохода: а – врожденная, б - приобретенная



Фото 12. Обтурирующий кератоз.



Фото 13. Холестеатома наружного слухового прохода.

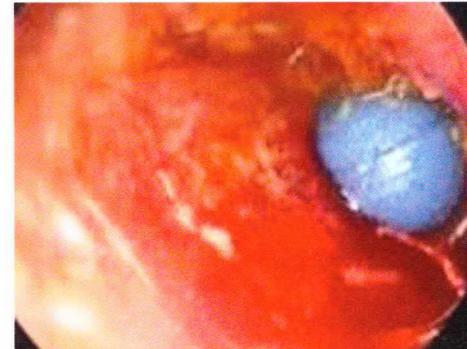


Фото 14. Инопородное тело наружного слухового прохода.



Фото 15. Инородное тело наружного слухового прохода.



Фото 16. Серная пробка.



Фото 17. Папилломатоз наружного слухового прохода.



Фото 18. Фиброма наружного слухового прохода.



Фото 19. Цилиндрома околоушной области с прорастанием в наружный слуховой проход.



Фото 20. Плоскоклеточная карцинома.



Фото 21. Herpes oticus.



Фото 22. Стадия острого евстахиита.



Фото 23. Стадия острого катарального воспаления.



Фото 24. Стадия гнойная доперфоративная.



Фото 25. Стадия гнойная постперфоративная.



Фото 26. Репартивная стадия.



Фото 27. Экссудативный средний отит.



Фото 28. Буллезный средний отит.

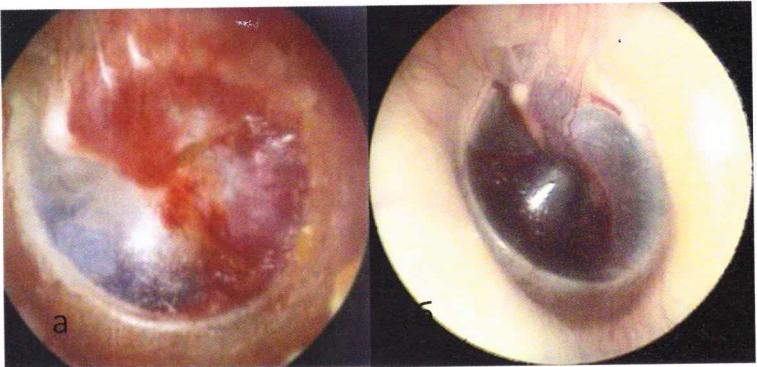


Фото 29. а. Травма барабанной перепонки с кровоизлиянием и трамвательской перфорацией. б. Травма пирамиды височной кости (гематотимпанум).



Фото 30. Ретракционный карман ненатянутого отдела и передних отделов натянутого отдела.

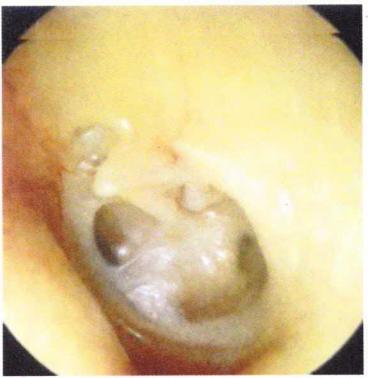


Фото 31. Ретракционный карман ненатянутого и натянутого отделов (тотальная ретракция).



Фото 32. Мезотимпанит.



Фото 33. Мезотимпанит.

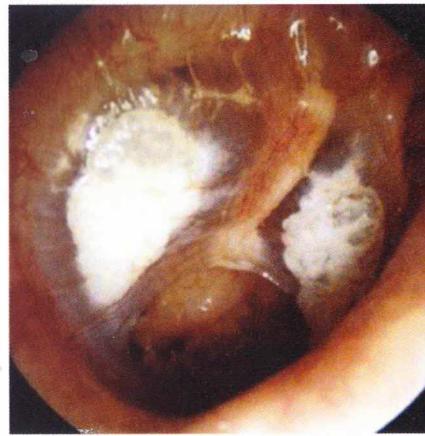


Фото 34. Мезотимпанит с петрификатами в толще остатков барабанной перепонки.



Фото 35. Мукозит.



Фото 36. Тимпаносклероз.



Фото 37. Эпитимпанит с грануляциями.



Фото 38. Эпитимпанит.



Фото 39. Эпимезотимпанит.



Фото 40. Полость после радикальной слухосохраняющей операции.



Фото 41. Туберкулез среднего уха.



Фото 42. Параганглиома среднего уха.



Фото 43. Врожденная холестеатома барабанной полости.