

Шомирзаев Миржалол

Студент педиатрический факультета Самаркандский

государственный медицинский университета

Научный руководитель: Ф.Н. Темиров

Самаркандский государственный медицинский университет

Цель работы: Носа и околоносовых полостей проводят с помощью мягких и жестких эндоскопов с углом обзора от 0 ° до 120°. Исследование проводится под местной анестезией , для чего слизистую оболочку полости носа обезболивают 10% раствором лидокаина или другими анестетиками с добавлением сосудосуживающих препаратов . Эндоскоп обычно вводится через гортань или нос.

Эндоскопическое обследование

- заболевания носа и околоносовых полостей,
- определить патологические изменения различных отделов полости носа и
- Он позволяет выполнять эндоназальные операции с минимальным повреждением анатомической структуры полости носа и находит все более широкое применение в практике.

Жесткие эндоскопы фирм «Карл Шторц» , «Ричард Вольф», «Карл Цейсс» и фиброэндоскопы фирм «Олимп», «Пентакс». Для осмотра различных отделов полости носа и всех стенок прилежащих носовых полостей используют жесткий эндоскоп с «0» оптикой, иногда с углом обзора 30°, 70°, 90° и 120°, диаметром 4,0. Используются эндоскопы диаметром 2,7 мм или 1,9 мм.

Эндоскопическое исследование полости носа проводят в случаях, когда нарушено носовое дыхание, в течение длительного времени наблюдается кровотечение из носа, а также при необъяснимых головных болях передние

и задние риноскопические исследования не дают достаточной информации. Кроме того, эндоскопию полости носа применяют при истечении спинномозговой жидкости через нос, для определения места свища и источника метастазирования в шею при опухолях носа, для взятия кусочка ткани на биопсию, а также при наличии необходимости фото- и видеодокументации носа после операции.

Условно эндоскопические методы исследования можно разделить на два:

- 1) диагностическая эндоскопия;
- 2) хирургическая эндоскопия.

диагностической эндоскопии — раннее выявление патологических изменений слизистой оболочки и проведение оперативного вмешательства без повреждения здоровой слизистой оболочки, оболочек носа и других анатомических структур.

Диагностическую эндоскопию проводят в случаях, когда имеются следующие показания:

- затрудненное дыхание через нос,
- выделения из носа,
- обонятельная дисфункция,
- необъяснимые носовые кровотечения
- опухоли полости носа,
- полипозный гойморэтомидит,
- дисфункция слуховой трубы,
- необъяснимая головная боль, предоперационное обследование и послеоперационный контроль эффекта лечения,
- необходимость фото- и видеодокументов и т.д.

Словом, диагностическую эндоскопию можно использовать практически при всех заболеваниях носа и носовой полости.

Перед исследованием полость носа очищают, при необходимости на слизистую оболочку наносят сосудосуживающие и обезболивающие

препараты.

Эндоскопическое исследование полости носа проводят в положении больного лежа на спине со слегка повернутой головой в правую сторону от исследующего. Экзаменатор должен соблюдать определенную последовательность, чтобы экзаменатор проводил экзамен быстро и следя за тем, чтобы ни одна ситуация не была упущена из виду.

Эндоскопическое исследование полости носа проводится в три этапа: первом этапе , после осмотра носового хода и общего носового хода, эндоскоп перемещают по дну полости носа в сторону носоглотки.

Результаты исследования: В носовом ходе имеется «передний носовой клапан», то есть пространство, ограниченное изнутри перегородкой носа, дном полости носа снизу и треугольным кончиком сверху . носовой клапан между треугольным кончиком и носовой перегородкой составляет 10-15 ° . Уменьшение этого угла и сужение клапана затрудняют дыхание через нос , при котором крылья носа слипаются.

оценить состояние слизистой оболочки нижнего отдела носоглотки , иногда открытия носослезного канала и пути, образующегося между нижним носовым ходом и полостью верхней челюсти у больных, перенесших операцию на верхней челюсти. полость челюсти . Продвигая эндоскоп глубже, оценивают задние отделы нижних носовых раковин, гортанное отверстие слуховой трубы и купол носоглотки, наличие или отсутствие аденоидов и их размеры, характер выделений, затекающих в носоглотку из естественного определяются каналы полости носа.

На втором этапе осматривается средний носовой ход . В этом случае эндоскоп диаметром 4 или 2,7 мм и углом обзора 30° или 70° вводят в понакулярный карман до передней стенки пониформной полости. Для этого в некоторых случаях приходится смещать среднюю носовую раковину внутрь . При выведении эндоскопа из полости носа исследуют поочередно крючковидную опухоль, большой альвеолярный пузырь, полулунную вырезку, альвеолярную воронку, естественный ход альвеолярной полости,

клетки альвеолярной полости, гиперплазию слизистой оболочки носа. определяют среднюю носоглотку и уровень блокады костно-меатальной системы. Остеомеатальный комплекс расположен в начале среднего носового хода .

Крюковидное строение имеет гребенчатую форму и соединяется с наружным сплошным носовым ходом носа, простирающимся вверх и назад. Спереди и несколько выше нее, в области средней носовой раковины, носовая подушка (*agger nasi*) *открывается в полулунную щель*. расположены клетки. Крюковидная перегородка является передней стенкой решетчатой воронки (*infundibulum ethmoidale*) , в нижнюю ее часть открывается естественный ход полости верхней челюсти. Под средней носовой раковинной при эндоскопии часто можно увидеть крупную ячейку решетчатой полости — *Bulla ethmoidalis* . Воронкообразная воронка расположена в полулунной вырезке среднего носового хода , а на ее передней стенке открывается естественный ход полости лба .

полости верхней челюсти расположен позади свободного края крючковидной опухоли, ее невозможно увидеть. Иногда эндоскопия показывает увеличенный передний конец средней носовой раковины — *concha Bullosa* , что означает, что средняя носовая раковина переполнена воздухом.

На третьем этапе исследуют верхний носовой ход и обонятельную щель. Иногда можно увидеть отверстия верхних носдрей и задних альвеолярных ячеек, отверстие моста, расположенное позади задней части верхних носдрей. Обычно используют самый тонкий эндоскоп, т.е. с углом обзора 30 ° или 70°.

Чтобы облегчить доступ к верхним отделам полости носа, необходимо слегка сдвинуть среднюю носовую раковину наружу.

Эндоскопическое исследование околоносовых пазух проводится в случаях, когда имеются следующие показания:

- 1) при наличии патологических изменений на рентгенологической

картине полостей и отсутствии у больного клинических признаков синусита;

- 2) в случаях, когда имеются клинические признаки синусита, но отсутствуют рентгенологические признаки;
- 3) с целью определения состояния полости перед операцией;
- 4) с целью выявления опухолевого процесса в полости верхней челюсти и контроля динамики заболевания во время его лечения.

Эндоскопическое (синусоскопическое) исследование полости верхней челюсти обычно проводят через переднюю стенку, расположенную в области кануны ямки. Для этого под местной анестезией рассекают и перемещают мягкие ткани в области лунки зуба и надглазничного нерва. Затем с помощью специального троакара – трубки диаметром 4 мм прокалывают переднюю стенку полости верхней челюсти в области корней четвертого и пятого зубов и вводят эндоскоп. Инструмент также можно вводить через внутреннюю стенку нижнего носового хода. Иногда полость верхней челюсти просматривают через средний носовой ход. Преимущество эндоназального введения состоит в том, что его можно использовать для расширения естественного прохода в среднем носовом ходе или создания искусственного отверстия в нижнем носовом ходе. Но ввести эндоскоп через нижний носовой ход затруднительно, поскольку этому препятствует искривление носовой перегородки и толщина стенки полости. Иногда полость верхней челюсти заполнена утолщенной слизистой оболочкой, кистами или множеством отделений, поэтому рассмотреть ее очень сложно.

В норме слизистая оболочка полости верхней челюсти желтоватая, тонкая (0,1 мм), хорошо видна сеть кровеносных сосудов. В задне-внутренних отделах полость верхней челюсти отделена от известковых костных клеток лишь тонкой костной пластинкой.

При хроническом синусите внутренняя часть полости верхней челюсти часто заполнена слизисто-гнойным экссудатом, слизистая оболочка обычно неравномерно утолщена, на отдельных участках развились процессы полипоза и фибриноза. Проподимость естественного пути проверяют путем

введения в полость физиологического раствора. Специальные зажимы, установленные на эндоскопе, позволяют взять для биопсии кусочки ткани из разных участков полости. При гнойном этмоидите цвет слизистой оболочки жаберной полости оранжево-желтый, диффузный отек и покраснение свидетельствуют об остром воспалительном процессе.

Вывод: Эндоскопию полости лба нельзя назвать диагностической процедурой, поскольку ее выполняют после экстраназальной тимпанопункции или эндоназальной операции передней этмоидотомии. Эндоскопию поджелудочной железы также проводят как самостоятельную процедуру или во время хирургического вмешательства в полости. При этом под контролем прямоугольного эндоскопа вскрывают полость на уровне заднего конца средней носовой раковины с помощью троакара и через созданное отверстие. При осмотре обращают внимание на состояние слизистой оболочки, характер выделений в полости и кровотечение при введении инструмента.

После эндоскопии носа и околоносовых полостей у пациента некоторое время могут наблюдаться парестезии и неврологические боли.

Список литературы

1. А.А., Карпачев Оперативная эндоскопия при осложненной ЖКБ / А.А. Карпачев, А.В. Солошенко und А.Л. Ярош. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2020. - 172 с.
2. В.Ф., Куликовский Оперативная эндоскопия при хроническом панкреатите / В.Ф. Куликовский, А.А. Карпачев und А.Л. Ярош. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2013. - 124 с.
3. Владимир, Куликовский Оперативная эндоскопия при раке панкреатодуоденальной зоны / Куликовский Владимир, Александр Карпачев und Александр Солошенко. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. - 124 с.
4. Zhumageldiev N. N Ochilov U. U., Turaev B. T. Features of the formation and course of alcoholism in persons with character accentuations and personality

disorders. Bulletin of Science and Education 2020.

5. МТ Насретдинова, ХЭ Карабаев. Совершенствование методов диагностики у пациентов с головокружением. Оториноларингология. Восточная Европа 2017.