



Кафедра: Оториноларингология Баяндама

Тақырыбы: Мұрынның қосалқы қуыстарының құрылымы және топографиясы. ЛОР ағзаларының патологиясына қосалқы қуыстарының даму ерекшеліктерінің әсері.

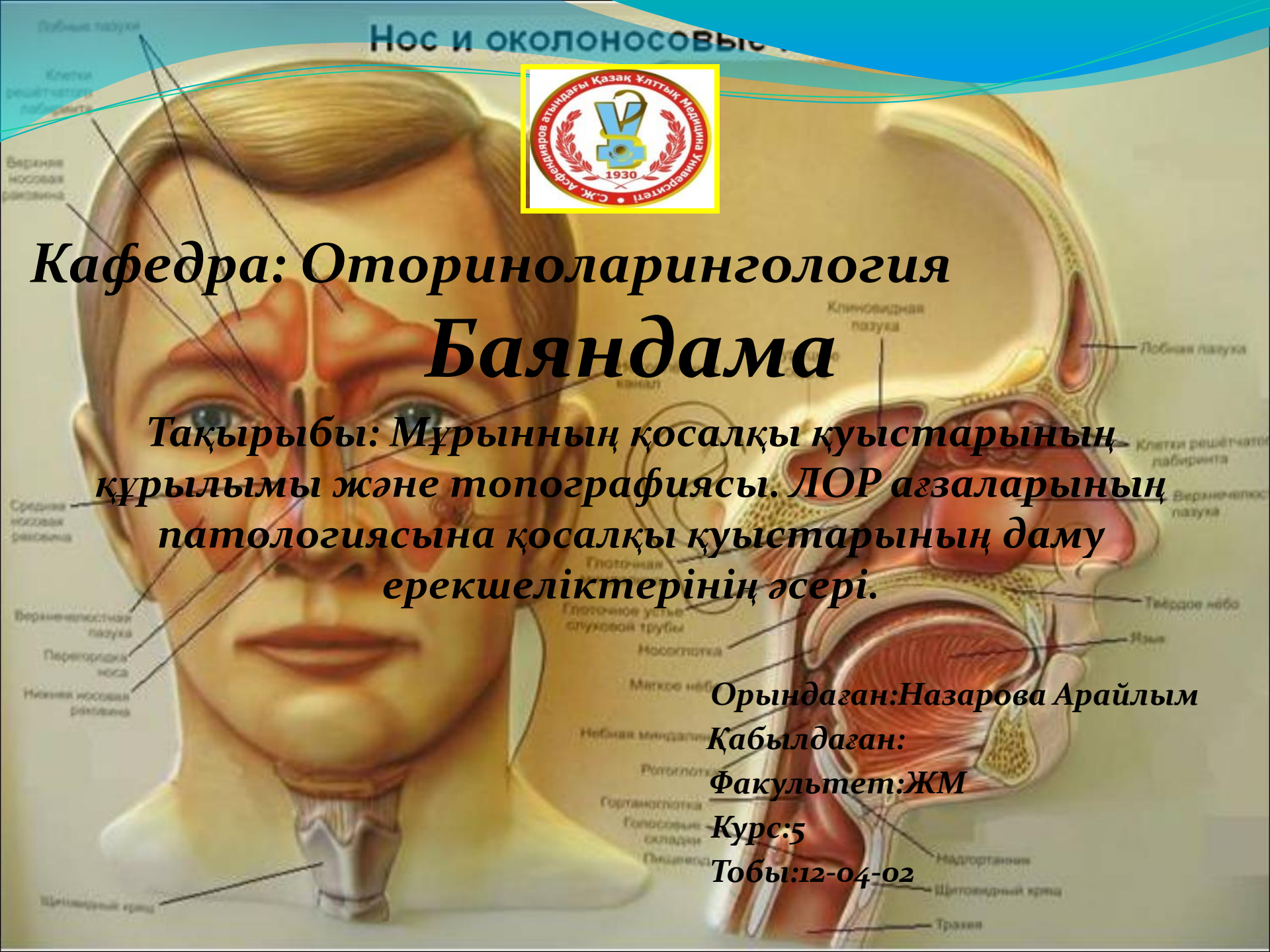
Орындаған: Назарова Арайлым

Қабылдаған:

Факультет: ЖМ

Курс: 5

Тобы: 12-04-02



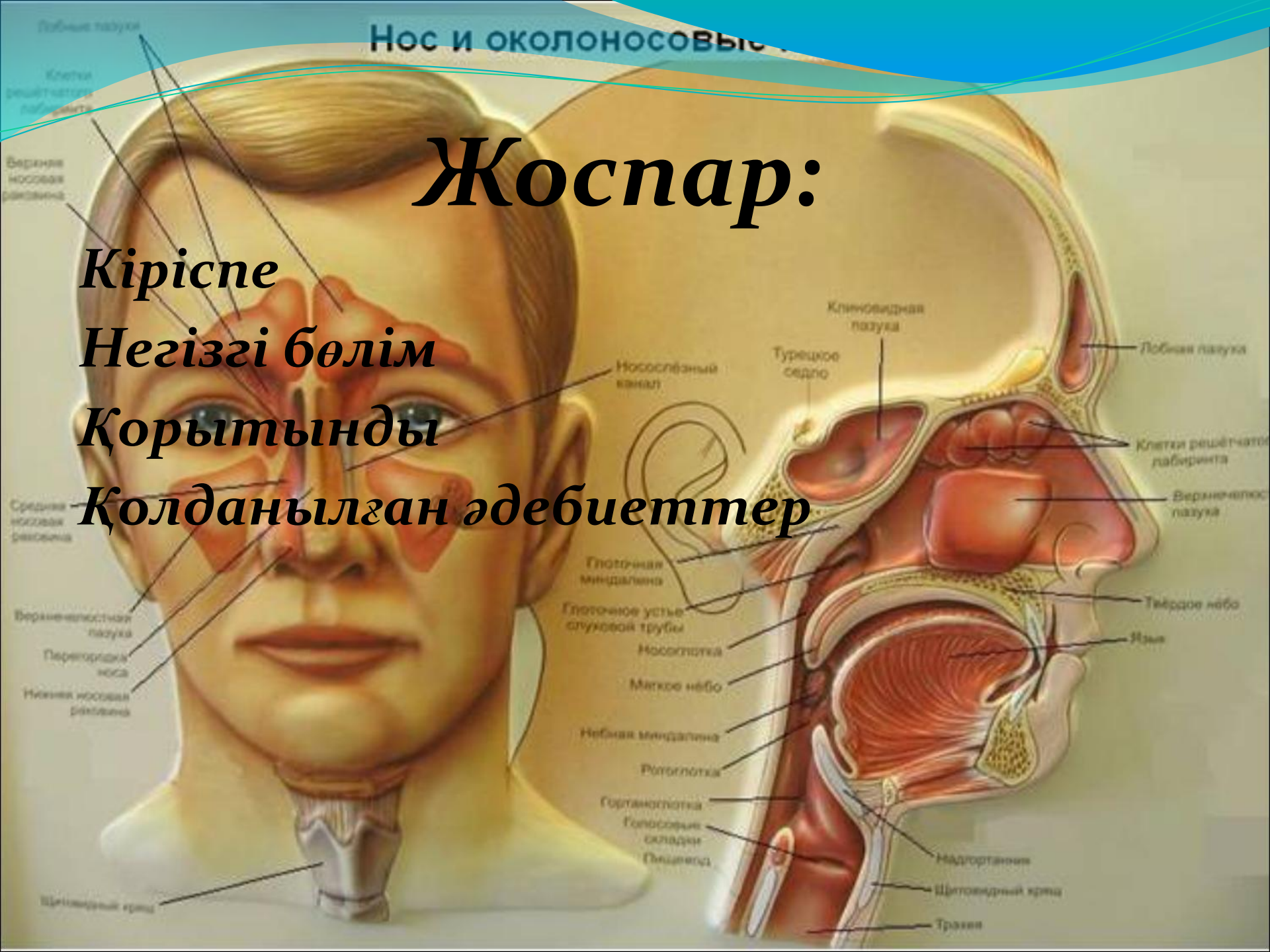
Жоспар:

Кіріспе

Негізгі бөлім

Қорытынды

Қолданылған әдебиеттер



Мұрынның қосалқы қуыстарының құрылымы мен топографиясы

Мұрынның қосалқы қуыстары (*sinus paranasales*) — бас қаңқасы мен бет сүйектеріндегі ауалы қуыстар, шырышты қабықпен тысталған, мұрын жолдарымен байланысады, дауыс резонаторлары болып табылады. Қосалқы қуыстарға жатады: жоғарғы жақ сүйек қуысы (Гаймор қуысы), маңдай қуысы, сына тәрізді сүйек (негізгі) қуысы, торлы лабиринт.

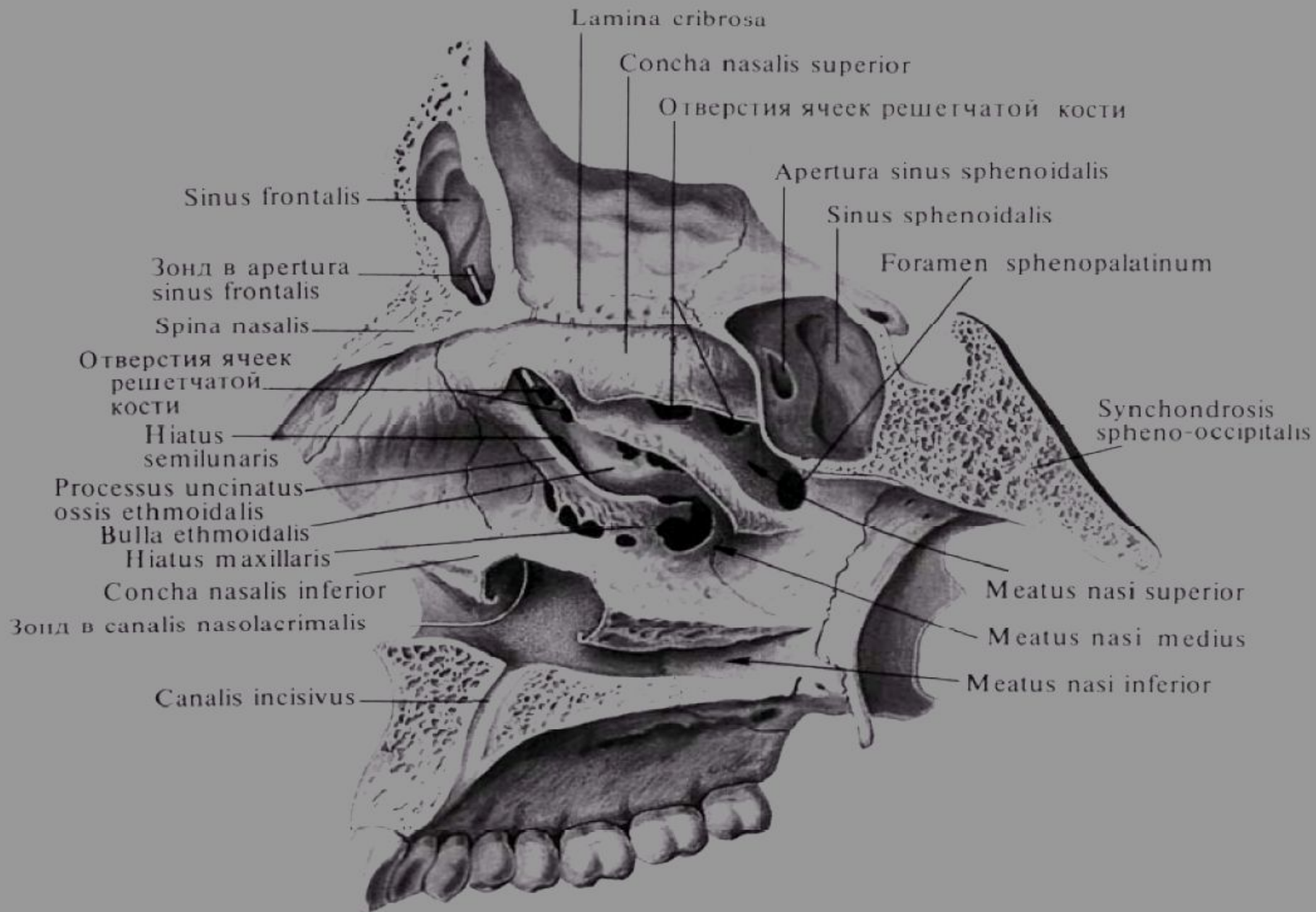
Ең ірі қуыс жоғарғы жақ сүйек қуысы болып табылады (*sinus maxillaris*), жұп, үш не төрт қырлы пирамидаға ұқсас, ортаңғы мұрын жолына ашылады. Бұл қуыста алдыңғы, артқы, жоғарғы, төменгі және медиальды қабырғаларын ажыратады. Сонымен қатар, гаймор қойнауында таңдайлық, альвеолярлық, маңдайлық шұңқырлар орналасқан. Алдыңғы не беттік қабырғасында шұңқыр бар (*fossa canina*), беттің жұмсақ тіні үстінен осы қабырғасын сипағанда, *fossa canina* үстінде *n infraorbitalis* шығады. *Fossa canina* әртүрлі тереңдікте болады (9-12мм). Егер ол тым терең болса, қойнаудың алдыңғы және жоғарғы қабырғалары оның медиальды қабырғасына жақын орналасады. Мұндай жағдайда төменгі мұрын жолы арқылы инемен қойнауға пункция жасағанда, ине абайсызда қойнаудың алдыңғы не жоғарғы қабырғалары арқылы өтіп кетіп, көзде не беттің жұмсақ тіндерінде іріңденулер туғызуы мүмкін. Радикальды операцияларды қойнауға осы *fossa canina* арқылы жасайды, себебі жұқа болып келеді. Медиальды қабырғасы (мұрындық) сүйекті болып келген, мұрынның төменгі және ортаңғы жолына сәйкес келеді. Алдыңғы бөлігінде жас мұрын каналы өтеді, ал жоғарғы жағында мұрынның ортаңғы жолымен қатынасатын тесігі (*ostium maxillare*) орналасқан. Кейде бұл тесік емес, канал түрінде де болуы мүмкін, ондай жағдайда қойнаудан бөлінділердің шығуы қиындап, қабыну жиі кездеседі. Медиальды қабырғасының жоғарғы жағы торлы сүйектің клеткаларымен шектеседі, сондықтан қабыну процессінің таралуына әкеледі. Жоғарғы қабырғасы бір уақытта көздің төменгі қабырғасы болып табылады. Бұл қабырға өте жұқа, одан көздің төменгі нервісі мен артериясы өтеді. Кейде бұл жерлерде дегисценция (сүйектер арасы ашық, тек шырышты қабықпен қапталған) кездесуі мүмкін. Сондықтан операция кезінде дегисценция арқылы көз орбитасына еніп кетуі мүмкін.

Төменгі қабырғасы жоғарғы жақ сүйектің альвеолярлы өсіндісі болып табылады. Кейде тіс түбірлері қойнау ішіне еніп тұрады, тек шырышты қабықпен қапталып тұрады, қабыну тістен қойнауға берілуі мүмкін.

Жоғарғы қабырғасы қалың, жоғарғы жақ сүйектің төмпеден түзілген, ол сына тәрізді сүйек қуысының алдыңғы қабырғасын шектейді, онда жоғарғы жақ сүйек нерві, қанаттаңдай түйіні, жақ сүйектің ішкі артериясы, қанаттаңдайлық веноздық өрім орналасқан. Гаймор қуысының қанмен қамтамасыз етілуі жоғарғы жақ және бет, көз артерияларымен жүзеге асады. Лимфа тамырлары мұрын лимфа тамырларына жалғасады.

Иннервациясы: көз, жоғарғы жақ сүйек, қанаттаңдай түйіні.

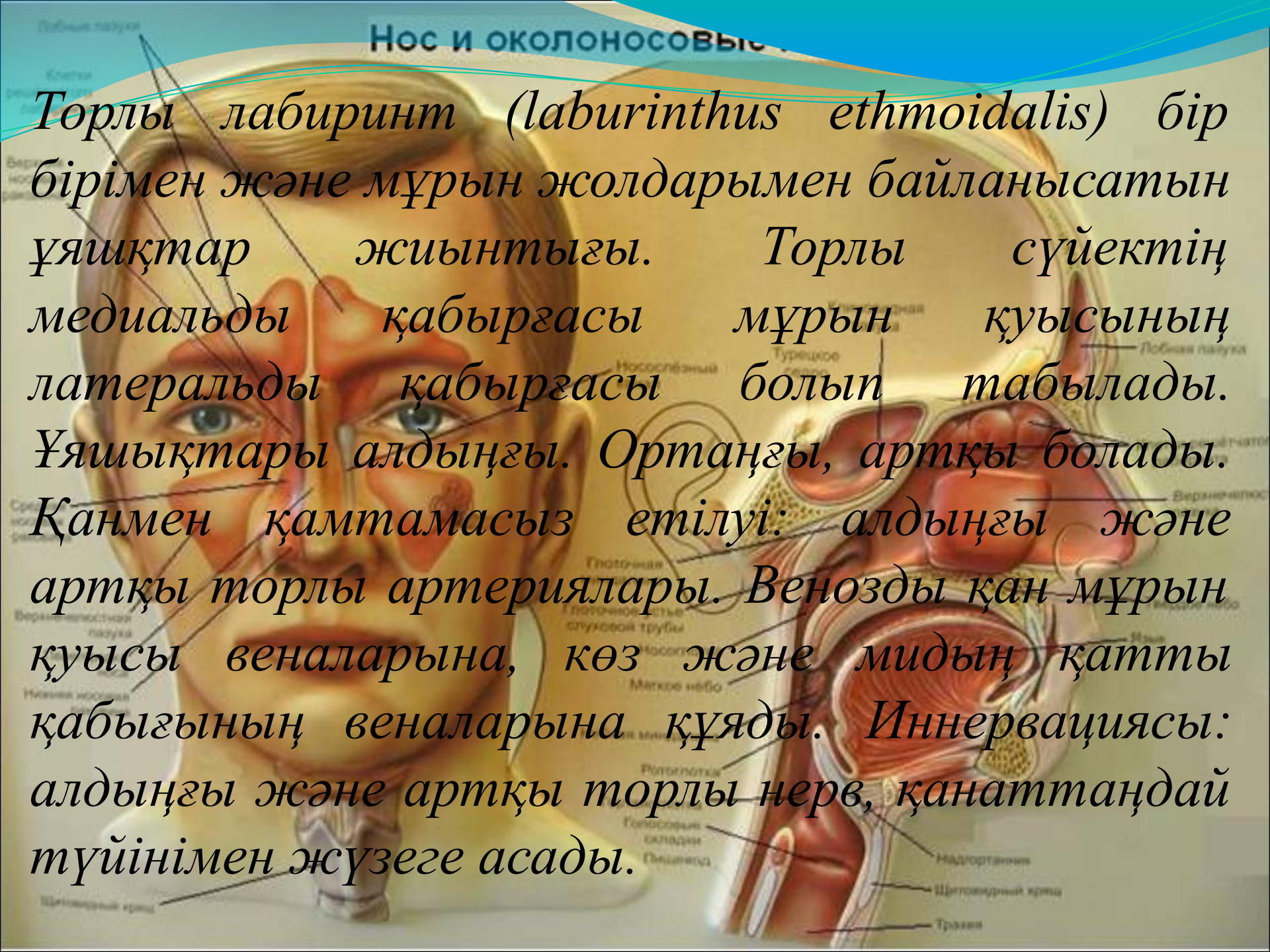
Маңдайлық қуыс (*sinua frontalis*) маңдай сүйегінде орналасқан, негізі төмен қараған үш қырлы пирамида тәрізді қуыс. Төрт қабырғасы бар: алдыңғы (беттік), артқы (бас қуысымен шектеседі), төменгі (көздің жоғарғы қабырғасы мен торлы сүйектің клеткалары), ішкі қабырғасы (перегородка) қалқа қойнаууды екіге бөліп тұрады. Төменгі қабырғасында маңдаймұрындық канал (1-11.5см) бар, кейде тесік түрінде де болады. Бұл қойнауудың конфигурациясы мен көлемі вариабельді, кейде бұл қойнауу мүлдем болмауы да мүмкін. Қанмен қамтамасыз етілуі: көз, жоғарғы жақ сүйек, самайдың беткей артериясы. Вена қаны маңдай және көз, жоғарғы сопақ синусқа құяды. Иннервациясы: алдыңғы торлы және көзүстілік нервпен нервтелінеді.

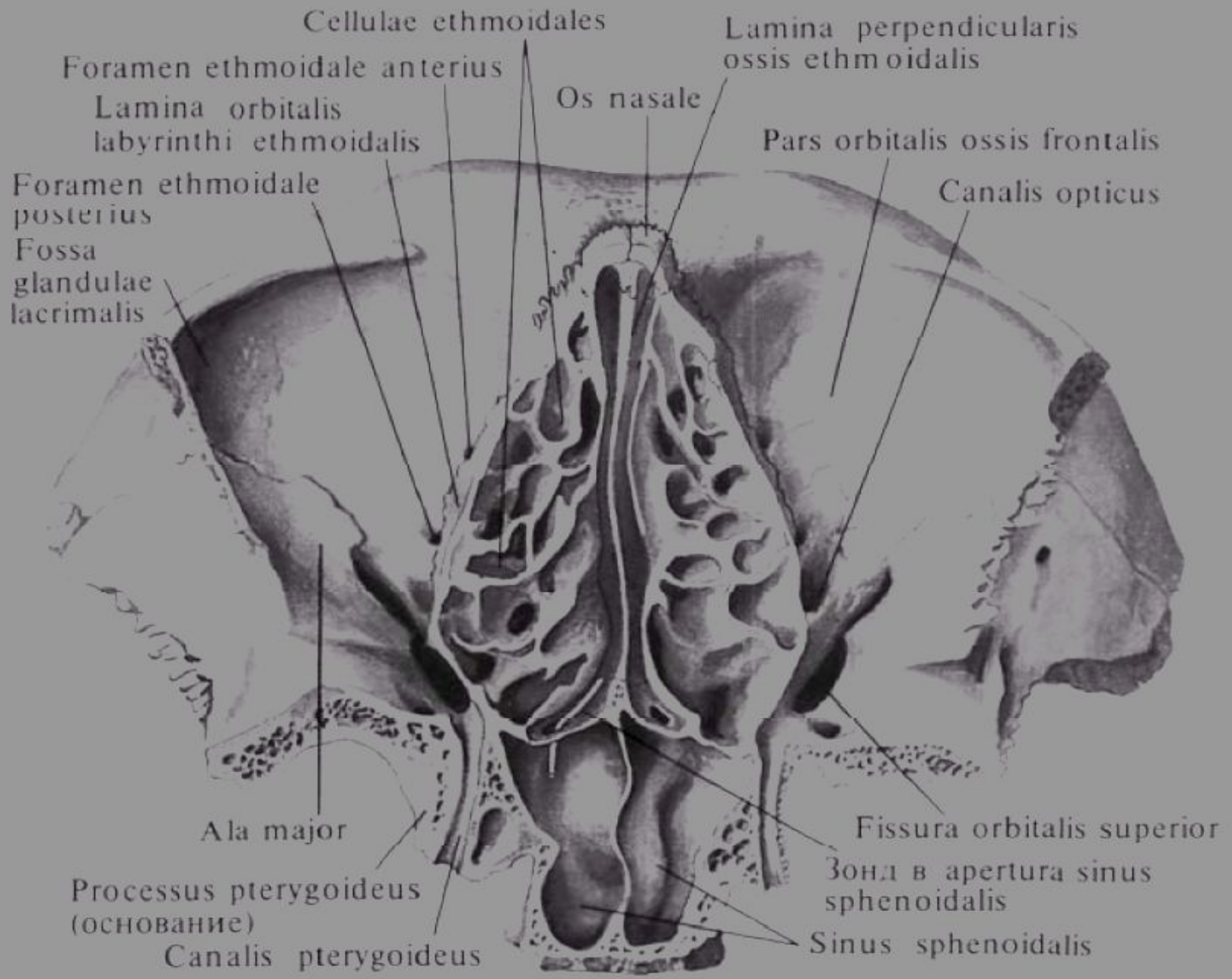


Нос и околоносовые

Сынатәрізді қойнау (*sinus sphenoidalis*) сына тәрізді сүйекте орналасқан, қалқамен екіге бөлінген, әр бөлігінің алдыңғы қабырғасында жоғарғы мұрын жолына ашылатын тесіктері бар. Қойнауда төрт қабырға бар: алдыңғы, жоғарғы, төменгі, сыртқы, ішкі. Қойнаудың төменгі қабырғасының аз бөлігі мұрын жұтқыншақтың доғасын құрайды, жоғарғы қабырғасы түрік ертоқымының төменгі беті болып табылады, бұл қабырғасына сыртынан тек гипофиз ғана емес, мидың маңдайлық иіс сезу аймағы да жанасуы мүмкін. Артқы қабырғасы қалың, шүйде сүйегінің базиллярлы аймағына ауысады. Латеральды қабырғасы өте жіңішке, онымен ішкі ұйқы артериясы, үңгірлі қойнау (*sinus cavernosus*) жанасады, бұл жерден көз қозғалтқыш нерв, үштік нервтің бірінші тармағы, әкетуші нервтер өтеді. Қанмен қамтамасыз етілуі: жоғарғы жақ, жоғарылаған жұтқыншақ, көз артериялары, сонымен қатар, мидың қатты қабығының ортаңғы және артқы артериялары. Веноздық қан мұрын қуысы веналарына, омыртқалық веноздық өрімге құяды. Иннервация: артқы торлы және қанаттаңдайлық түйінмен нервтелінеді.

Торлы лабиринт (*labirynthus ethmoidalis*) бір бірімен және мұрын жолдарымен байланысатын ұяшқтар жиынтығы. Торлы сүйектің медиальды қабырғасы мұрын қуысының латеральды қабырғасы болып табылады. Ұяшықтары алдыңғы, ортаңғы, артқы болады. Қанмен қамтамасыз етілуі: алдыңғы және артқы торлы артериялары. Венозды қан мұрын қуысы веналарына, көз және мидың қатты қабығының веналарына құяды. Иннервациясы: алдыңғы және артқы торлы нерв, қанаттаңдай түйінімен жүзеге асады.





Cellulae ethmoidales

Lamina perpendicularis
ossis ethmoidalis

Foramen ethmoidale anterius

Os nasale

Lamina orbitalis
labyrinthi ethmoidalis

Pars orbitalis ossis frontalis

Foramen ethmoidale
posterius

Canalis opticus

Fossa
glandulae
lacrimalis

Ala major

Fissura orbitalis superior

Processus pterygoideus
(основание)

Зонд в apertura sinus
sphenoidalis

Canalis pterygoideus

Sinus sphenoidalis

Зерттеу әдістері

Қосалқы қойнаулардың ауруларының диагностикасында сырттан қарап тексеру, ауыз қуысын және қатты таңдайды қарап тексеру керек. Пальпация мен перкуссия арқылы қойнаулар проекциясында ауыру сезімін анықтайды. Риноскопия арқылы мұрын жолдары мен қалқандарын қарау, қойнаулардың шырышты қабатына баға беру, кейде қойнау ішіндегі сұйықты Политцер баллоны арқылы сорып алады. Қойнаулардың тесіктерінің өтімділігін тексеру үшін зондтау жүргізіледі. Жиі маңдай қойнауын, сирек сына тәрізді қойнауды зондтайды, ал жоғарғы жақ қойнауын мүлдем зондтамайды. Манипуляция алдында мұрынның шырышты қабатын үш рет жергілікті анестезиялаушы зат (1—2% раствором дикаина или 5% раствором кокаина) және тамыртарлыққыш затпен (3% раствором эфедрина или 0,1% раствором адреналина) сүртеді. Маңдай қойнауын зондтау үшін зонд-канюля (Лансберг) тиімді. Көруді қадағалай отырып, ортаңғы мұрын жолына енгізеді, зондтауды рентгенотелевизионды бақылаумен жасаған өте қолайлы.

Мұрынның қосалқы қуыстарының пункциясын жасау диагностика мен емдік мақсатта жүзеге асырылады. Гаймор қуысына жиі жасалады, маңдай қуысына трепанобиопсия жасалады. Гаймор қуысының пункциясын арнайы инемен (Куликовского, длинной иглой Дюфо и др.) алдыңғы төменгі мұрын қалқанынан 2,5 см қашықтықта төменгі мұрын жолына енгізіледі. Алдын ала жергілікті анестетиктермен және тамыртарылтқыш заттармен мұрын қуысын сүртеді. Ине ұшы қойнауға 1 см енуі керек.

Егер тереңірек енгізетін болса, ине беттің жұмсақ тініне немесе көз орбитасында инфекция тудыруы мүмкін. Қойнаудан алынаған бөліндіні бактериологиялық зерттеуге және антибиотикке сезімталдықты анықтауға жібереді. Қойнауды тазалаған соң антисептиктермен фурацилина (1:5000) или пелоидинмен шаяды. Мұнда Жане шприці не резиналық груша қолданады.

Нос и околоносовые

Маңдай сүйекті трепанобиопсия жасау үшін Антониук әдісі қолданылады — қойнауудың алдыңғы қабырғасы арқылы (место трепанопункции находится на биссектрисе прямого угла, образованного линией, проведенной через лоб и переносицу, и линией, образованной надбровными дугами, отступив 1—1,5 см от вершины угла). Кейде антроскоптар пайдаланады.

Сирек жағдайда қойнаулардың ауалылығын тексеру үшін диафоноскопия қолданады. Электрлік лампочкамен жабдықталған құрылғыны зерттелушінің ауыз қуысына салады. Егер ауалылығы қалыпты болса, қызыл түс береді, егер қойнауудың шырышты қабығы қалыңдаса не полип, экссудат болатын болса, жарықтану интенсивтілігі төмендейді.

Қойнауларды, әсіресе, жоғарғы жақ қойнауын тексеруде рентгенологиялық зерттеу, томография, КТ кең қолданыс тапты. Негізгі проекциялары: рентгенограмма және томограммада қойнаулар жоғары жарықтанған аймақтар болып көрінеді.

Жасанды контрасттауды (синусография) томограмма мен шолу снимоктары ақпарат бермегенде қолданады.

Қойнаулардың патологиялары

Туа біткен ақауларына: қосымша (перегородка) қалқалардың болуы, артық пневматизация, сүйек жіктерінің дегисценциялары жатады. Бұлар клиникалық көріністері байқалмайды, тек қойнаулар қабынғанда көзішілік және бас қаңқаішілік асқынулардың дамуына соқтырады.

Қойнаулар травмалары ашық және жабық, ми ішіне енетін және енбейтін болып бөлінеді.

Симптоматикасы:

□ коммоционды синдром;

□ мұрыннан қан кету;

□ егер бас қаңқасын енетін болса: естен тану, бас айналу, психиканың бұзылысы, көз түбінде ірікілістік жағдайлар, жүрек қантамыр жүйесінің бұзылысы, көздің ауыруы;

□ Патологиялық симптомдардың: Керниг, Брудзинский. (менингит, лептоменингит);

□ қойнауларға қан жиналуы, іріңдеуі. Кейде травманың жергілікті белгілері орбитаның, қабақтың, беттің, маңдайдың теріастылық эмфиземасы пальпациялағанда крепитациялық дыбыс естілуі, ісінуі болуынан анықтауға болады. Кейде мұрыннан не травма жарасынан ликворея алынады. Торлы лабиринт зақымдалса, иіс сезу гипоосмия не аносмия байқалуы мүмкін.

Диагностикасы: риноскопия және фарингоскопия, рентгенография қолдану керек.

Емдеу: травма алынған аймақты біріншілік хирургиялық өңдеу өткізу,

□ Егер сүйектер ығысқан болса, ревизия жасау; қан тоқтату, жараға тігіс салу. Егер жабық травма және сүйектер ығыспаған болса тек антибактериальды терапия тағайындалады.



Қойнаулардың қабынулары

Гайморит – жедел және созылмалы болып бөлінеді. Жедел гайморит белгілері:

- қабынған қойнау үстінде ауыру сезімі, пальпациялағанда күшеюі, беттің жартысына берілуі.*
- жайылмалы бас ауыруы.*
- Мұрынмен тыныс алудың қиындауы. (мұрын қалқандарының ісінуі мен мұрын жолдарының тарылуынан);*
- жас мұрын каналының жабылуынан жас ағуы.*
- Басында мұрыннан бөлінділер сұйық, серозды, кейін лайлы, тұтқыр, іріңді.*
- Жалпы симптомдар:*
- Температура жоғарылауы, жалпы әлсіздік,*

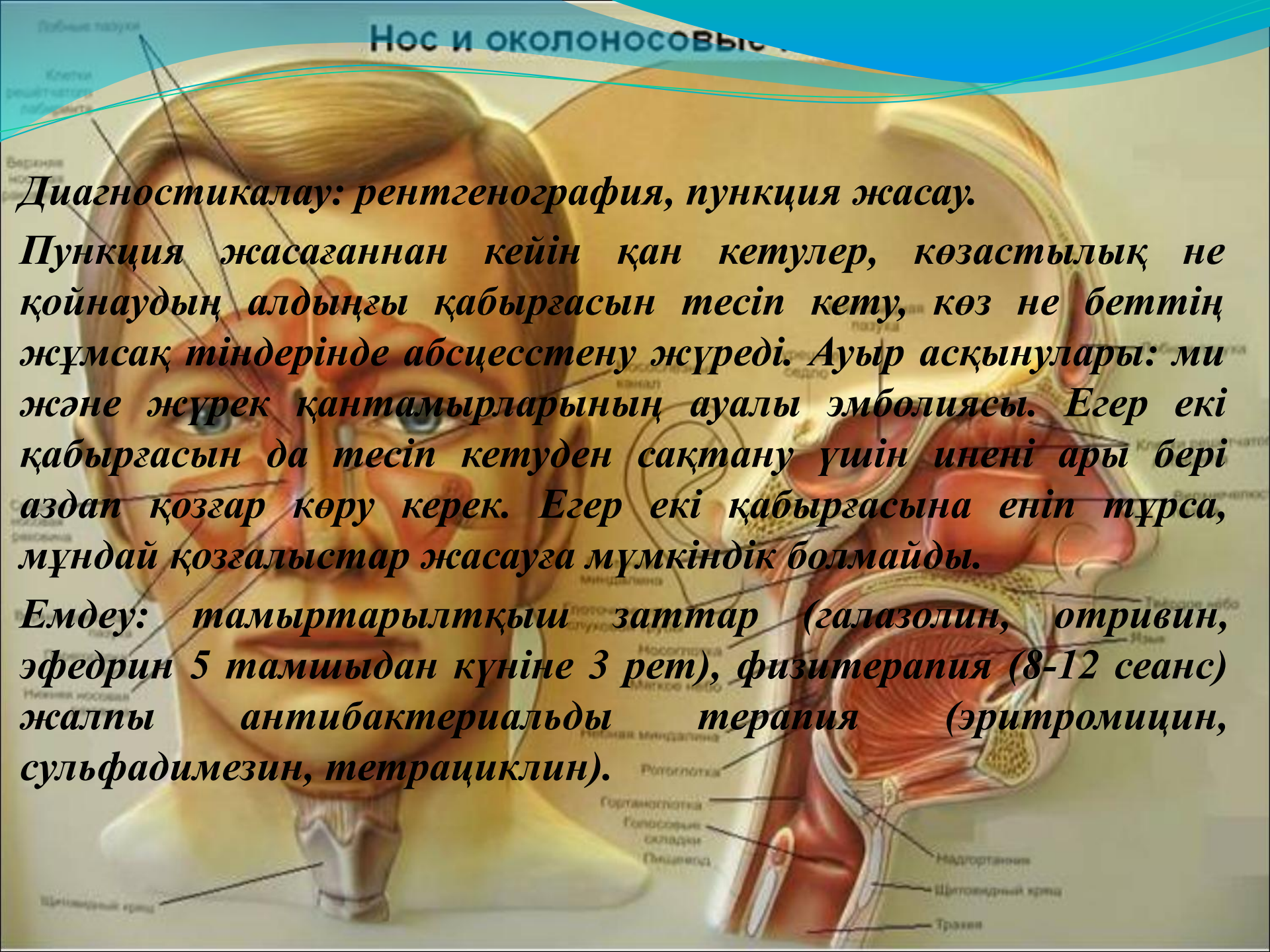
Диагностика: мұрын жолдарын іріңді бөліндіден тазалағаннан соң, науқас басын қарама қарсы қисайтқаннан соң қайта бөлінуі; егер маңдай қойнауы қабынса басты алға еңкейткеннен соң бөлінеді.



Диагностикалау: рентгенография, пункция жасау.

Пункция жасағаннан кейін қан кетулер, көзастылық не қойнауудың алдыңғы қабырғасын тесіп кету, көз не беттің жұмсақ тіндерінде абсцесстену жүреді. Ауыр асқынулары: ми және жүрек қантамырларының ауалы эмболиясы. Егер екі қабырғасын да тесіп кетуден сақтану үшін инені ары бері аздап қозғар көру керек. Егер екі қабырғасына еніп тұрса, мұндай қозғалыстар жасауға мүмкіндік болмайды.

Емдеу: тамыртарылтқыш заттар (галазолин, отривин, эфедрин 5 тамшыдан күніне 3 рет), физитерапия (8-12 сеанс) жалпы антибактериальды терапия (эритромицин, сульфадимезин, тетрациклин).



Созылмалы гаймориттерден жиі кездесетіні: іріңді, іріңді полипозды, сирегірек: катаральды (серозды) аллергиялық, сирек: холестеатомды, казеозды, некротикалық, озенозды гаймориттер. Жедел гаймориттен кейін дамиды, үш аптадан ұзақ созылса созылмалы гайморит диагнозы қойылады.

Симптоматикасы:

эксудативті түрінде мұрыннан сұйық, іріңді гайморитте іріңді бөлінді бөлінуі, катаральды гайморитте бөлінді тұтқыр болады, мұрын ішінде қабық түзеді.

гипоосмия, аносмия.

Бас ауыруы диффузды не шектелген.

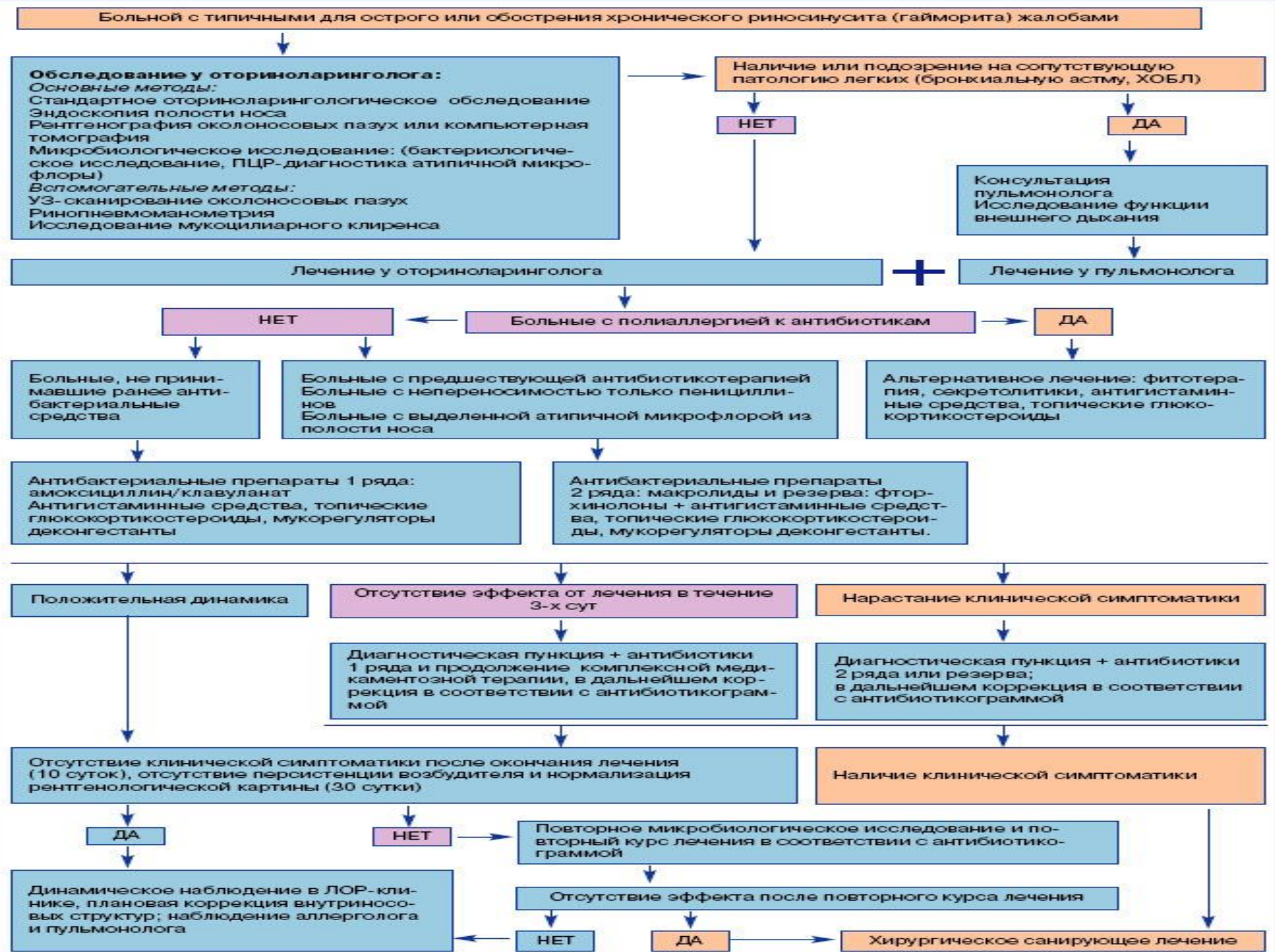
ремиссия уақытында науқас жалпы жағдайы қанағаттанарлық.

өршу кезінде жалпы жағдай нашар, бет пен қабақтың ісінуі, бас ауыруы, үнемі бөлуден мұрын кіреберісі мацерацияланған, ісінген, экзематозды зақымдануы байқалады.



Созылмалы гайморит әсернен қойнауда, мұрын қуысында полиптер пайда болуы мүмкін. Балаларда катаральды, іріңді, катаральды іріңді түрлері жиі кездеседі. Шырышты не шырыштыы іріңді бөлінділер мұрын қуысын түгел толтырып, мұрынжұтқыншақ арқылы ішке ағады. Кейде, сирек жағдайларда, қойнауда тістік гранулемалар, кисталар, жыланкөздер болғанда жалпақтәпителий клеткаларынан холестеатомалар пайда болады. Оның түзілуі ашық травма, қойнау эмпиемасының нәтижесінде цилиндрлік жыпылық эпителийдің жалпақ эпителиге метаплазиясынан болады. Холестеатома қойнаудың медиальды қабырғасының ыдырауын, айналасындағы тіндердің некротикалық ыдырауын тудырады. Холестеатомаказеозды массалар қойнаудың ыдырайтын ісіктері мен саңырауқұлақтық зақымдануын жасыруы мүмкін.

Алгоритм обследования и лечения больных гнойным гайморитом.



Емдеу

Консервативті ем.

□ Бірінші ретте қабынудың себебін жою.

□ Пункция жасау.

□ Физитерапия.

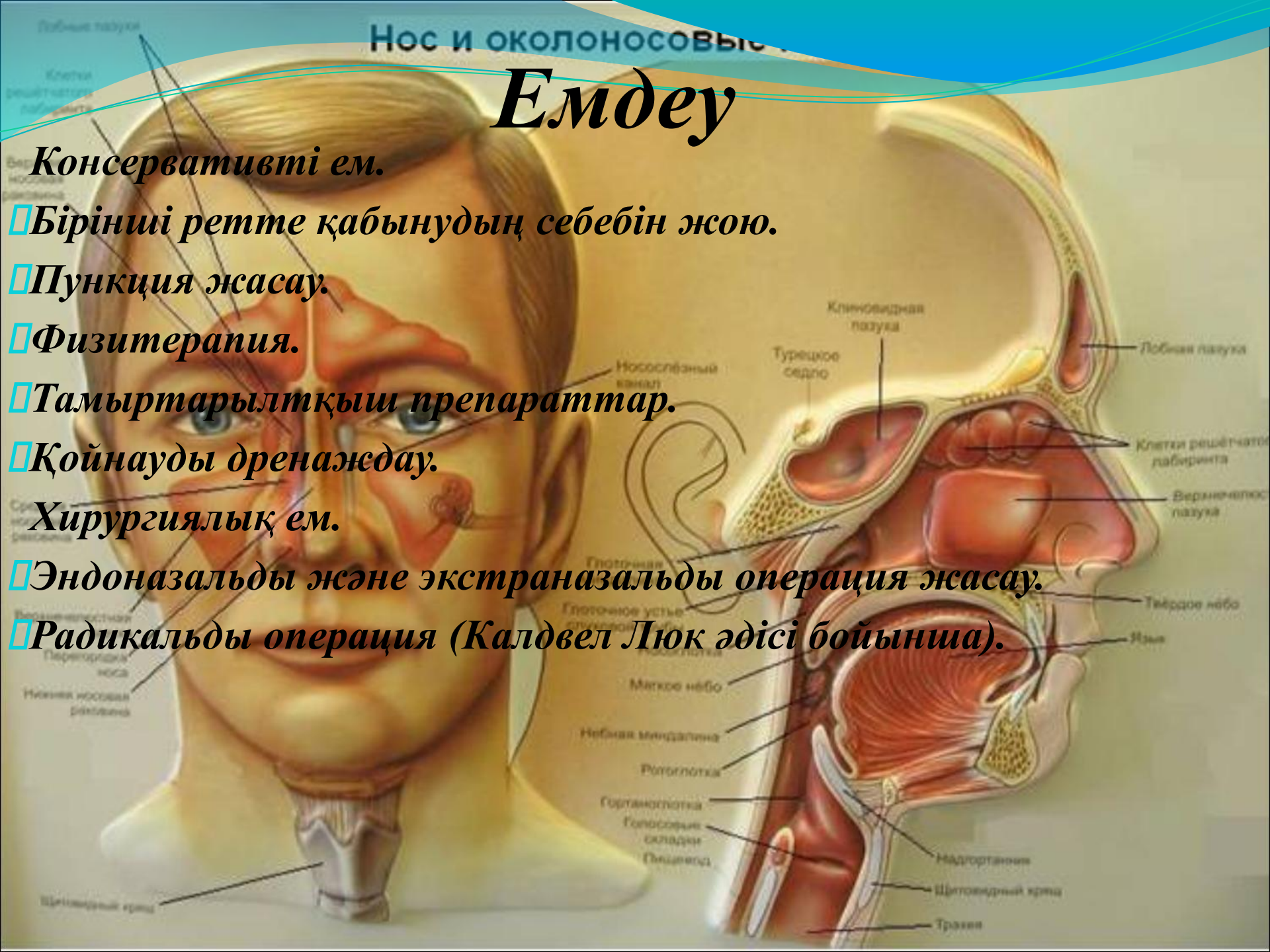
□ Тамыртарылтқыш препараттар.

□ Қойнауды дренаждау.

Хирургиялық ем.

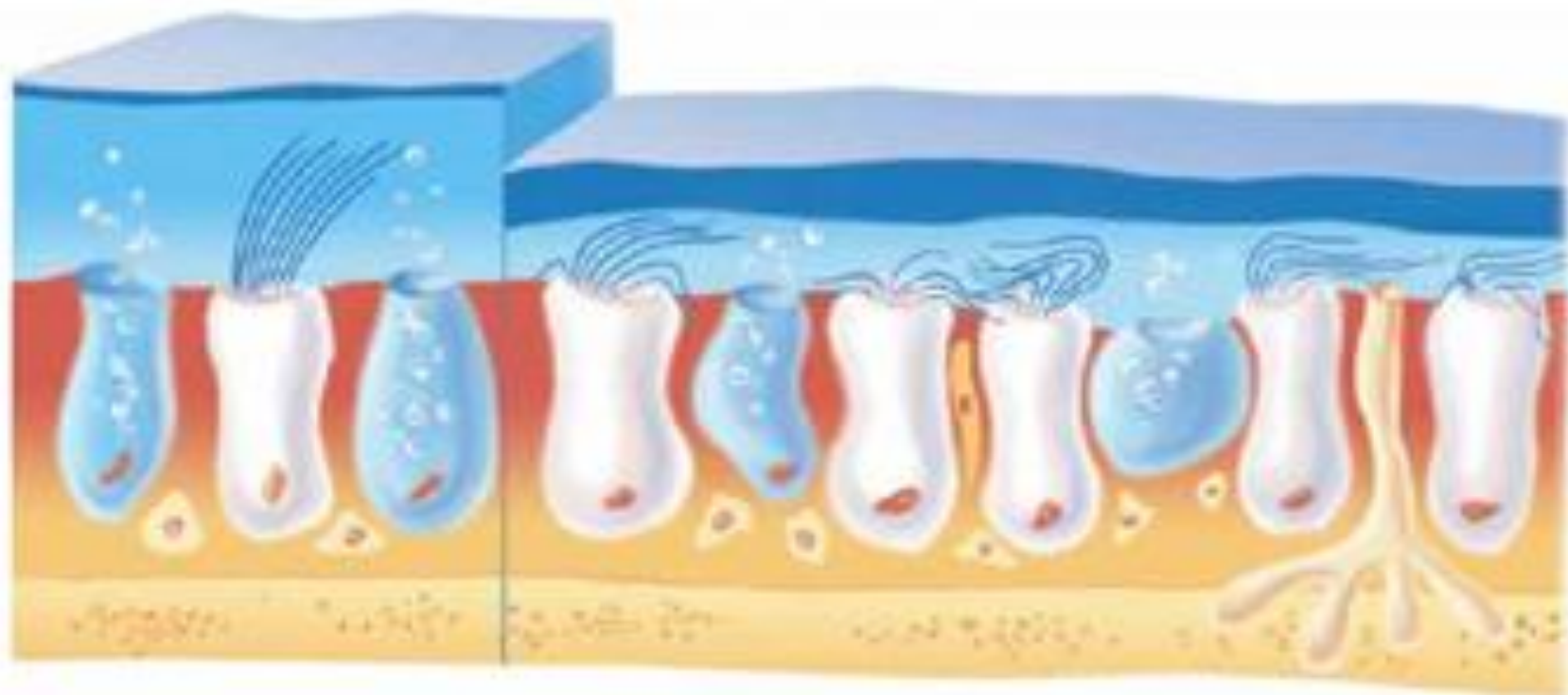
□ Эндоназальды және экстраназальды операция жасау.

□ Радикальды операция (Калдвел Люк әдісі бойынша).



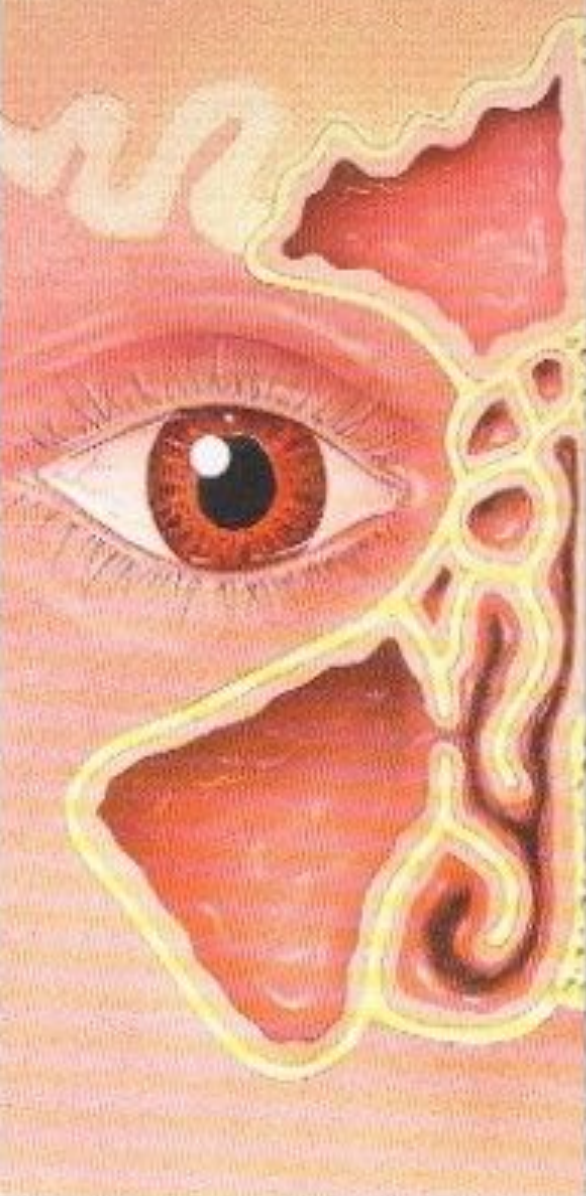
*Усиленная выработка
водянистого секрета
(например, при аллергии)*

*Усиленная выработка секрета
и утолщение пленки секрета
(например, при некоторых
формах хронического воспаления)*



При воспалительных заболеваниях околоносовых пазух имеет место изменения и функциональные нарушения слизистой оболочки.

A1



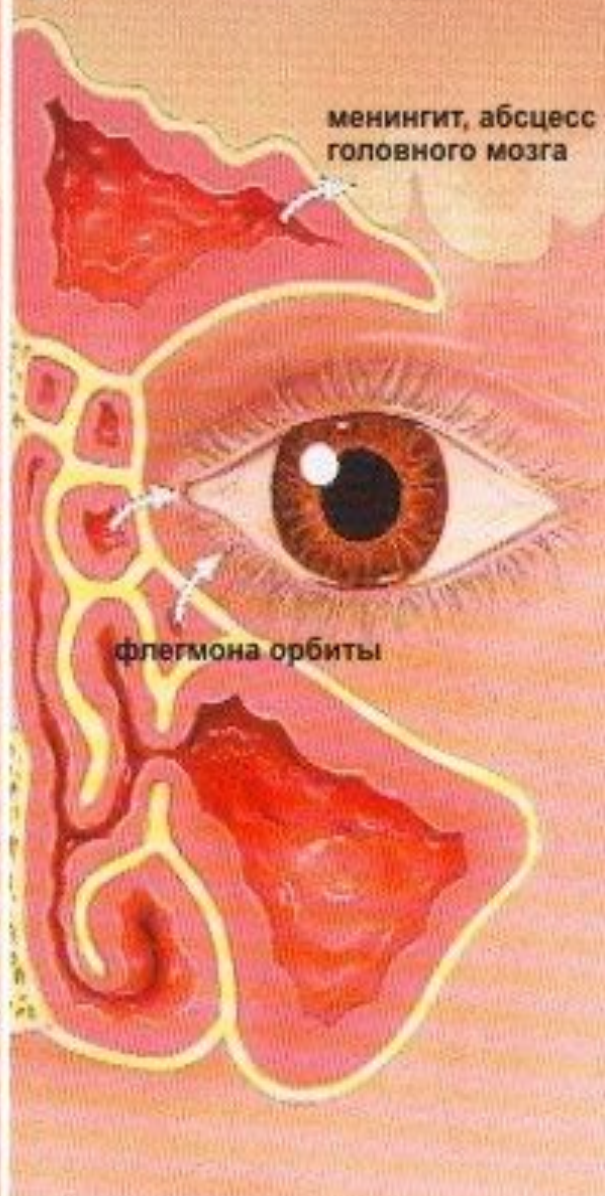
Физиологическое состояние придаточных пазух носа (норма)

A2

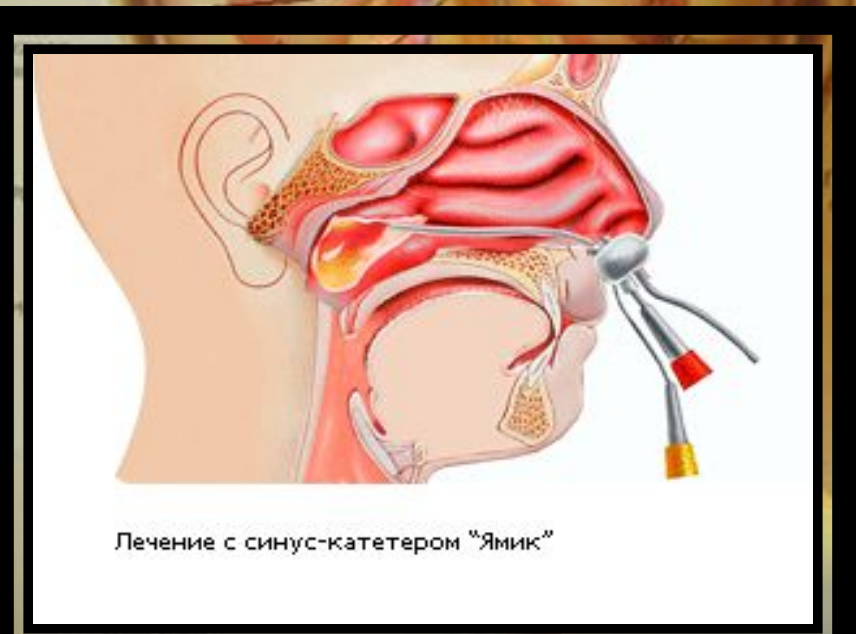
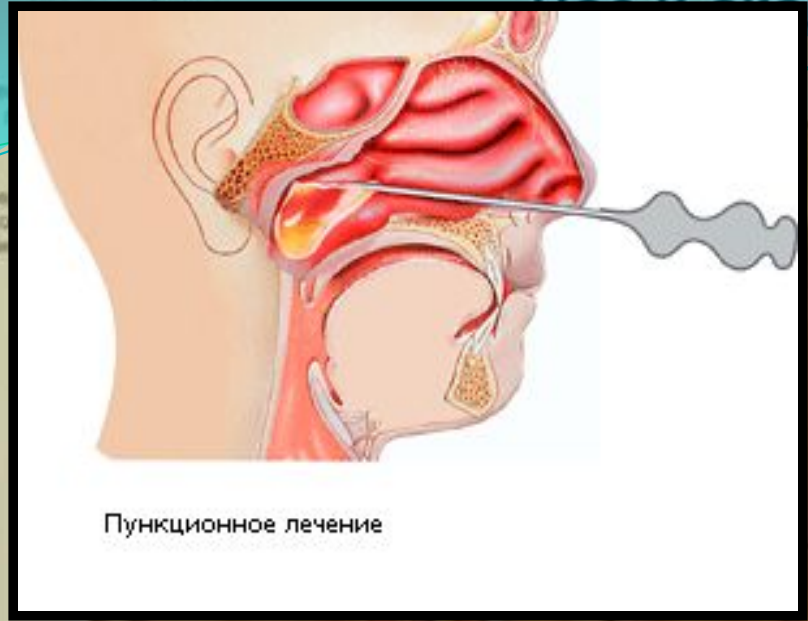


Патологическое состояние придаточных пазух носа (гайморит, фронтит)

A2



Осложнения гнойных синуситов (пути распространения инфекции)





Но



Регистр №: N-113301-02897 от 03/03/11
 N-113301-02898 от 03/03/11

Жедел фронтит

Симптоматикасы:

- Бас ауыруы, әсіресе маңдай тұсының қатты ауыруы. Пальпация мен перкуссияда күшеюі.
- Мұрыннан иіссіз, шырышты іріңді бөлінді бөлінуі.
- субфебрильді температура, жалпы әлсіздік. зақымдалған жақта гана мұрынның бітелуі.
- қойнау үстіндегі теріде гиперемия, ісіну, қабақ пен көз аймағының ісінуі.
- егер жоғарғы қабақта абсцес пайда болса, онда ол маңдай сүйегінің некрозын білдіреді.

Диагностика: риноскопияда ортаңғы мұрын жолынан бөліндінің бөлінуі, қалқандарының ісінуі мен гиперемиясы.

Рентген арқылы маңдай мұрын жолымен пункция жасау, қойнауды жуу.

Трепанопункция.

Рентгенологиялық зерттеу.





*До лечения
(виден уровень гноя)*



*После лечения
(пазуха воздушна чистая)*



Емдеу: консервативті: дәл гайморит кезіндегідей.

Созылмалы фронтит.

Симптоматикасы: ремиссия уақытында шағымдар жоқ.

- Жиі бас ауыруы, мұрынмен тыныс алу, иіс сезу нашарлаған.*
- Ортаңғы мұрын жолының шырышты қабаты гиперемияланған, ісінген, қалыңдаған.*
- Орбитаның ішкі бұрышында ауыру сезімі болады.*
- Мұрын маңдай каналы бітеліп қалғанда, егер қойнауда микрофлора болмаса мукоцеле дамиды. (сұйықтық лимфадан, бездер секретінен тұрады).*

Емдеуі:

Консервативті ем.

Физиотерапия.

Хирургиялық ем. Риттер Янсен әдісі бойынша.



Торлы сүйек қойнауының қабынуы

Торлы қуыстың ауруларына этмоидит жатады. . Оның өзі жедел және созылмалы түрлері болады.

Торлы қабықтың жедел қабынуы көбінесе мұрын қуыстарының қабынуынан, тұмаудан, суықтан дамуы мүмкін. Балалық шақта жедел этмоидит көбінесе респираторлы аурулардан, скарлатинадан, қызылшадан және басқа да инфекциялардан кейін дамиды.

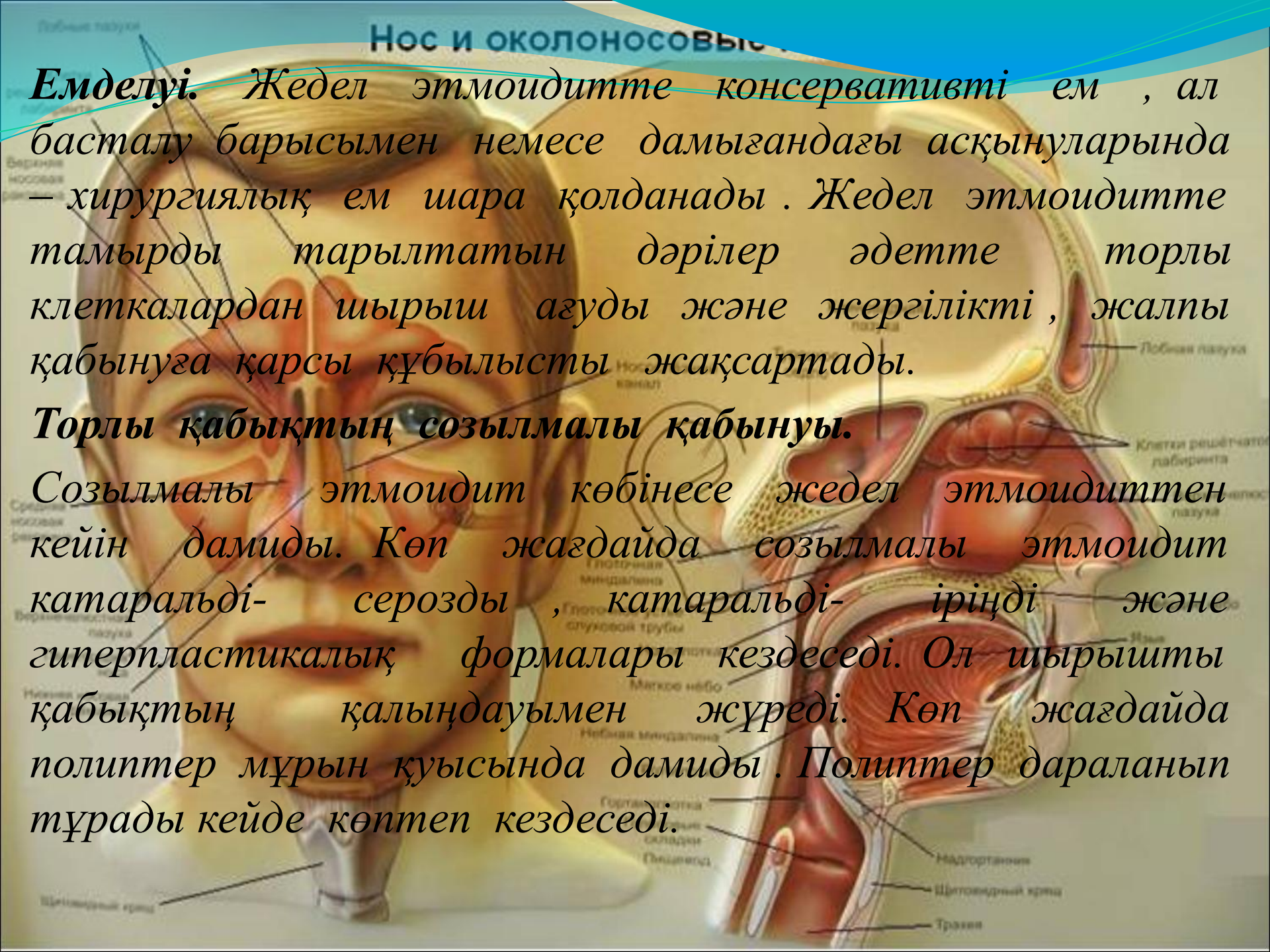
Патологанатамиялық көрінісінде қалыптыда торлы қабықтың қабырғасы борпылдақ түрде болады, ал ауру дамыған жағдайда торлы қабығы ісінген, қызарған түрде болады.

Клиникалық көріністері. Этмоидит ашық немесе жабық (латентті) болады. Ашық түрінде мұрыннан іріңді зат бөлінеді, жабығында жоқ. Жабық этмоидитте субъективті белгілер, яғни көздің ішкі бұрышының ауруы, жоғарғы қабақ ісігі тән. Жедел этмоидиттің клиникалық көріністері болып, мұрын аймақтарының ауру сезімімен, бастың әртүрлі аймақтарының ауру сезімімен және мұрын арқылы дем алудың қиындауы жатады. Бірінші күндері мұрын арқылы серозды бөлінділер бөлінеді емделмесе ары қарай іріңді және серозды – іріңділер бөлінеді. Бөлінділер негізінен иісі жоқ болады. Кішкене балаларда мұрын аймағында гиперемия және ісіну ауру аймағында болады. Ол жерде негізінен гипосмия және аносмия байқалады. Дене температурасы $37,5-38^{\circ}\text{C}$ және ол температура апта бойы сақталады. Көбінесе гектикалық температура аурудың алғашқы сатысында пайда болады.

Емделуі. Жедел этмоидитте консервативті ем , ал басталу барысымен немесе дамығандағы асқынуларында – хирургиялық ем шара қолданады . Жедел этмоидитте тамырды тарылтатын дәрілер әдетте торлы клеткалардан шырыш ағуды және жергілікті , жалпы қабынуға қарсы құбылысты жақсартады.

Торлы қабықтың созылмалы қабынуы.

Созылмалы этмоидит көбінесе жедел этмоидиттен кейін дамиды. Көп жағдайда созылмалы этмоидит катаральді-серозды , катаральді-іріңді және гиперпластикалық формалары кездеседі. Ол шырышты қабықтың қалыңдауымен жүреді. Көп жағдайда полиптер мұрын қуысында дамиды . Полиптер дараланып тұрады кейде көптеп кездеседі.



Клиникалық көріністері . Созылмалы этмоидитте клиникасы аурудың үдемелігіне байланысты жүреді. Ремиссия кезеңінде науқас адамда бастың ауруы , мұрынның түбірімен кейде диффузды түрде таралатын ауру сезімі болады . Катаральды-серозды түрінде бөлінділер ашық түсті , көп мөлшерде шырыш бөлінеді. Ал катаральді-іріңді түрінде аз мөлшерде іріңмен бөлінеді . Мұрыннан бөлінген бөлінділер иісі болады . Дамыған полипоздар жоғарғы және ортаңғы мұрын қуысында да кездеседі. Бұл кезде де жедел этмоидит секілді клиникасы байқалады.

Емделуі. Созылмалы этмоидитте асқынбаған түрінде консервативті ем қолданады . Этмоидитте эндоназальды ашып жергілікті жерге 5-10% кокаин ерітіндісі 3 %-к эфедриннің ерітіндісімен қосып аппликационды анестезия жасайды. Көп жағдайда операция арқылы аяқталады.

Сынатәрізді қойнауудың жедел және созылмалы қабынуы.

Сынатәрізді қойнауудың қабынуы, сфеноидит көбінесе артқы клеткаларның зақымдануымен жүреді.

Жедел сфеноидит оның шырышты қабатының кенеттен ісінуі пайда болады. Симптомдары:

- шүйде аймағында, не көз қуысында, самай мен төбе сүйектерінде ауыру сезімі.
- Іріңді бөлінділер мұрынмен сыртқа шықпай, ішке кетеді, артқы риноскопия мен фарингоскопия арқылы анықталады.
- Іріңді бөлінділер ортаңғы мұрын қалқанының үстінде жиналады.
- Мұрынжұтқыншақ пен хоаналарда іріңді қабыршақтар байқалады.
- Температура субфебрильді, жалпы әлсіздік, тітіркенгіш болып келеді.



Диагностика:

Рентгенография.

Зондтау не пункция жасау.

Емдеу: консервативті: тамыртарылтқыш, антибактериальды.

Зондтау және жуу.

Созылмалы сфеноидит симптоматикаға кедей. мұрынжұтқыншақтан жабысқақ бөліндінің тұрып қалғанына шағымданады, әсіресе таңертең.

Көрудің нашарлауы, процесстің көру нервінің қиылысқан жеріне таралауынан болады.

Емі: созылмалы сфеноидит созылмалы гайморитпен бірге жүреді, сондықтан гаймор қуысына және сфеноидальды синусқа бірей операция жасалынады.



Қойнаулардың қабынуларының орбитальды және интракраниальды асқынулары

Этмоидиттің қолайсыз нәтижесінде орбитальды асқынулар жиі кездеседі.

Chandler (1970 г.) орбитальды асқынулардың 5 түрін ажыратты:

1. қабынулық ісіну немесе пресептальды целлюлит.
2. Орбитальды целлюлит.
3. Субпериостальды абсцесс.
4. Абсцесс (флегмона) орбиты.

Интракраниальды асқынулар жиі маңдай қойнауында, сынатәрізді қойнауда, этмоидитте кездеседі. (E.Lance, J.McClay, 2004; A.Goldman, 2003).

Различают следующие интракраниальные осложнения синуситов:

1. Менингит.
2. Энцефалит.
3. Эпидуральды абсцесс.
4. Субдуральды абсцесс.
5. Миішілік абсцесс.
6. кавернозды синус тромбозы.
7. Субпериостальды абсцесс (опухоль Потта).



Қолданылған әдебиеттер

Интернет <http://www.google.ru/>

Риносинусогенные орбитальные и интракраниальные осложнения

М.А.Лебедева, Д.Н.Капитанов*, А.С.Лопатин***

**ИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко РАМН, **ФГУ ЦКБ
Управления делами Президента РФ, Москва*

*2. Пальчун В.Т., Крюков А.Т. В кн.: Оториноларингология.
М.: Медицина, 2001.*

www.lor.kiev.ua

