

“Астана медицина
университеті” АҚ



АО “Медицинский
университет Астана”

Кафедра: Отоларингология

Тақырыбы: Одонтогенді гайморит

Дайындаған: Құлмұрынова Ә.Н.

Топ: 301 том

Тексерген: Жусупов Б.З.

Жоспары

- 1. Кіріспе
- 2. Негізгі бөлім
 - *ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ СҮЙЕК ҚУЫСЫНЫҢ ОДОНТОГЕНДІ ҚАБЫНУЫ*
 - Гаймориттің жіктелуі
 - Клиникалық белгілері
 - Созылмалы одонтогенді гайморит,емі
 - Жоғарғы жақ қуысы түбінің тесілуі және оның жыланкөзі
 - Гаймор қуысының қабынуы кезіндегі стоматологтың рөлі
- 3. Қорытынды
- 4. Пайдаланған әдебиеттер

Kipicne

Гаймор қуысын (жоғарғы жақ қуысы, синус) 1651 жылы ағылшын дәрігері Гаймор бірінші болып тексеріп, оған сипаттама берді.

Қуыс ішін жауып тұратын кілегей қабығының қабынуының инфекция көзі одонтогендік болса, онда бұл қабыну кезеңін гаймор қуысының одонтогенді қабынуы деп атайды.

Одонтогендік гаймориттің пайда болуы, өрбуі жергілікті және жалпы патогенетикалық жағдайлар, оның анатомиялық құрылымына байланысты болады және оған өз әсерін тигізеді. Жергілікті патогенетикалық жағдайларға: периодонтит, остеомиелит, жоғарғы жақ сүйегінің сары-сулы ісігінің қабынуы, жоғарғы жақ өсіндісіне ота жасаған кезде және жарақаттан болған жоғарғы жақ қуысның тесіктері, Гаймор қуысына басқа заттардың түсуі, сүйек ішінде шықпай қалған тістер болып есептеледі. Гаймориттің дамуына жедел және созылмалы ауруларден кейінгі организм халінің жалпы әлсіреуі әсерін тигізеді.

Гайморит

```
graph TD; A[Гайморит] --> B[одонтогенді]; A --> C[риногенді]; B --> D[гематогенді]; C --> E[Жарақаттан кейінгі];
```

The diagram is a flowchart starting with a light blue rectangular box at the top containing the word "Гайморит" in red. Two dark brown arrows point downwards from this box to two ovals: a dark red oval on the left and a light brown oval on the right. From the dark red oval, a dark brown arrow points to a pink oval below it. From the light brown oval, a dark brown arrow points to a brown oval below it.

одонтогенді

риногенді

гематогенді

**Жарақаттан
кейінгі**

Патогенезіне (өрбу жолдары) байланысты улану (токсический) және инфекциялы болып екіге бөлінеді. Біріншісі Гаймор қуысының кілегей қабығы одонтогенді қабыну ошағындағы токсиндермен уланғандықтан болса, екіншісі сүйек тіні немесе қан тамырлары арқылы микробтардың енуіне байланысты.

Г. Н. Марченко келесі клиникалық жіктелуін ұсынады:

1. Жабық түрі: а) созылмалы периодонтиттерге; б) кисталардың іріңдеуіне байланысты.

2. Ашық түрі: а) перфоративті (тесілу); б) остеомиелиттерден кейінгі гаймориттер.

Гаймориттер клиникалық дамуына байланысты жедел және созылмалы болып екіге бөлінеді

Жедел гаймориттің нақтамасы және клиникалық көрінісі. Одонтогенді жедел гайморит серозды немесе іріңді болып қабынады. Клиникалық белгілері нақсыз-субъективті және нақты-объективті болып бөлінеді.

- Нақсыз-субъективті белгілері алдында ұстамалы түрде басталып, кейін келе жоғарғы жақ сүйегін кернеп ауырады. Жоғарғы жақ сүйегінде орналасқан тістер түгелімен қақсап, бас ауыруы үдейді. Ал «бұзылған» тіс ұзарғандай болады. Дене түршігіп, қалтырап әл кетеді. Дене қызуы $38-40^{\circ}\text{C}$ -ге дейін көтеріледі. Ауыру сезімі самай, көз және маңдайға тарайды. Мұрын арқылы дем алу қиындап, иіс сезу төмендейді. Ауырған жақтағы мұрын жолы бітеліп (тұмау) одан су мен ірің қосылып ағады. Кейіншелік осы жолменен ұдайы ірің ағады. Ауырған жақтағы көз жанары жарықтан қорқып, одан жас ағады. Осындай белгілермен қатар көзасты жүйкесінің невралгиясы басталады

Нақты-объективті белгілері. Сырттан қарағанда ауырған жақтағы жұмсақ тіндер домбығып (ісініп), терісі қызарыңқырап, сау жағымен салыстырғанда қызуы көтеріледі. Саусақпен сипау-пальпация жасағанда жоғарғы жақ сүйегі және төменгі көзасты тесігі ауырады.

Алдыңғы риноскопия жасағанда ауырған жақтағы мұрын қуысының кілегей қабығы қызарып домбыққанын және ортаңғы мұрын желбезегінің астынан Гаймор қуысында жиналған ірің ағуын байқауға болады.

Риноскопияға қосымша әдістердің бірі В.И.Воячек ұсынған диафоноскопия болып есептеледі. Қараңғыланған бөлмеге науқасты отырғызып, ауыз қуысына кішкене электр шамын немесе диафоноскопты енгізіп еріндердің толық жабуын өтінеді. Осыдан кейін шамды жаққанда сау жағындағы тіндер және көз жанары қызарады, ауырған жағы қараңғы болып қалады. Ал, науқас сәулені тек сау жағымен сезінеді.

Жоғарғы жақ сүйегі қуысының ауруларын тексергенде рентгенография әдісі өте бағалы мағлұматтар береді. Әдетте қуыс іші толған, сондықтан рентген сәулесін кедергісіз өткізеді де рентгенограммада ашық болып көрінеді. Егер Гаймор қуысында сулы-ірің немесе басқа заттар болса рентген сәулесі тосқауылға тоқтап рентгенограммада бұлдыр немесе қараңғы болып көрінеді.

Егер, жоғарғы жақ қуысында сұйық ірің жиналса рентгенографияны науқасты тұрғызып жасағанда оның деңгейін байқауға болады. Қуыстың кілегей қабығы домбықса қабырға көлеңкесі тәріздес көрінеді. Одонтогенді гайморитте бұл айтылған көріністер тек бір жағында орналасып, басқа қосалқы мұрын қуыстары таза болады. Рентгенографияны сәуле тоқтататын (контрасты) сұйық заттармен жасағанда аурудың көлемін және сипатын көрумен қатар, дұрыс ем қолданылуын қамтамасыз етеді.

Томография әдісі аурудың қай қабатта жатқанын, оның орналасуын-топографиясын анықтайды. Қазіргі кезде компьютерлік томография әдісі Гаймор қуысында кездесетін ауруларды анықтауға үлкен көмегін тигізеді.

Жоғарғы жақ қуысын төменгі мұрын жолымен Гартман әдісімен тесіп қуыс ішіндегі заттарды сорып алып, оны цитологиялық жолмен тексеріп нақтаманы анықтауға болады. Ол үшін төменгі мұрын жолын 2% дикаин ерітіндісімен жансыздандырып қисық Куликовский инесімен қуысты теседі. Тескеннен кейін шприц арқылы қуыс ішіндегі затты сорып алып, сол ине арқылы қуысты антисептикалық ерітінділермен жуу керек.

Гаймор қуысының ауруларын тіс ауруларымен байланысын анықтау үшін жоғарғы жақ сүйегінде орналасқан тістерді тексеру қажет. Әсіресе жегімен бұзылған тістерді, емделген тістерді электроодонто-нақтама әдісін қолдана отырып тексереді.

Жедел одонтогенді гайморитті жедел ірінді периоститтен, жоғарғы жақ сүйегінің жедел остеомиелитінен, үшкіл жүйкенің невралгиясынан және риногендік гаймориттен айыра білген жөн.

Одонтогенді гайморитті риногенді гаймориттен келесі ерекшеліктеріне сүйене отырып ажыратуға болады: Ауру тістің ауырғанынан басталады, жоғарғы жақ сүйегінде қабыну кезеңдері (периодонтит, пародонтоз, остеомиелит, ірінді киста) болуы мүмкін, жоғарғы жақ қуысымен қатынасты жыланкөз, әдетте қуыс біржақты бұзылады.

- Жедел одонтогенді гайморитті емдеужалпы және жергілікті болып бөлінеді.
-
- Ең алдымен, инфекция көзін жою үшін оған себепші болған тісті жұлып, остеомиелит ошағын ашып қуыс ішіндегі іріңді ағызу қажет. Ол үшін мұрын қуысының төменгі жолының кілегей қабығын 1% дикаин, 2-3% эфедрин ерітінділерімен (жағып) жансыздандырып Куликовский инесімен іріңді сорып алғаннан кейін, қуысқа резинка түтігін енгізу қажет. Сол түтік арқылы қуысты антисептиктермен, антибиотик, кортикостероидты (гидрокортизон, преднизолон т.б.) және протеолитикалық ферменттер ерітінділерімен жуу қажет. Әдетте, қуысқа тәулігіне 10-25 мг трипсинді немесе химотрипсинді 2-3 мл физиологиялық ерітіндімен жібереді. Жалпы ем үшін антибактериялық, десенсибилизациялық, жалпы нығайту, симптоматикалық емдерді қосып қолдану керек.

Здоровый синус

Лобная пазуха

Клиновидная пазуха

Решётчатая пазуха

Перегорodka

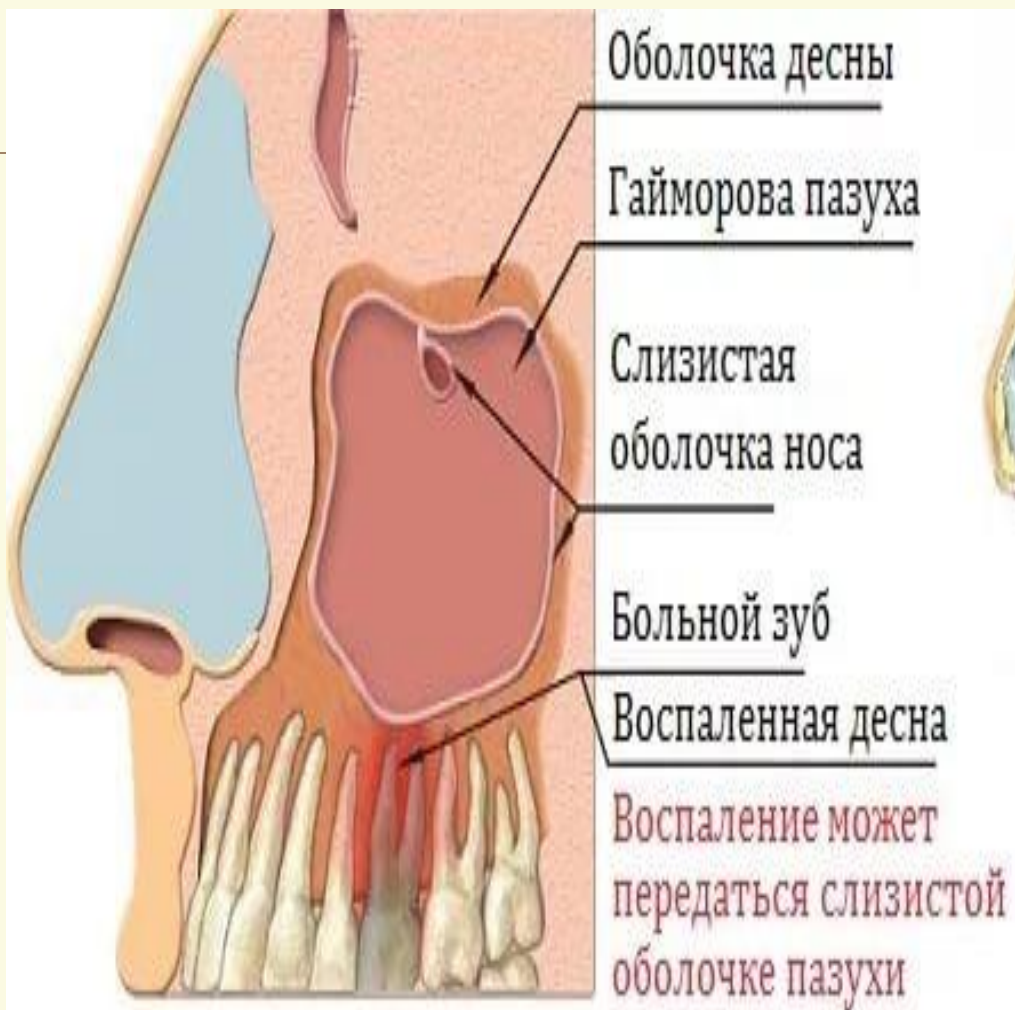
Верхнечелюстная пазуха

Гайморит

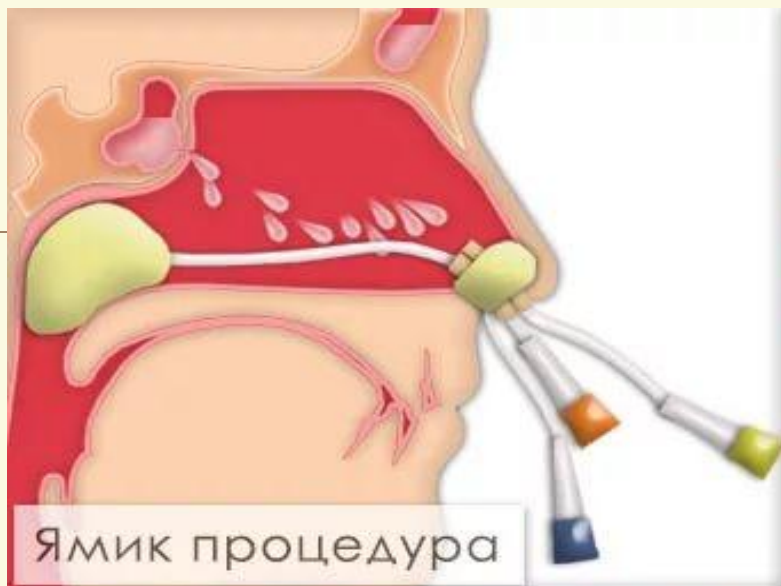
Воспаление лобной пазухи

Лишняя слизь / инфекция пазухи









Созылмалы одонтогенді гайморит.

- Созылмалы гайморит жедел гаймориттің жалғасы немесе оның асқынуы. Кейбірде созылмалы гайморит өз бетінше басталады.

Созылмалы периодонтиттерге, тіс жұлу отасынан кейін немесе сарысулы ісіктің іріңдеуіне байланысты созылмалы гайморит астыртын басталады.

Созылмалы гаймориттердің патологиялық-анатомиялық көрінісі әртүрлі болып келеді. Мысалы: қанталап қабынуда Гаймор қуысын жапқан кілегей қабық домбығып кейбір жерлері қалыңдайды, кейде барлық қуысты толтырады. Ал полипозды қабынуда түрі шыны тәріздес жасыл-көк түсті кең сабаққа орналасқан ісік кездеседі.

Іріңді қабынуда, кілегей қабық үсті грануляциямен жабылып, қалыңдап іріңдейді. Кейбір жерінде жара пайда болып, ол сүйекке шауып, кейін жыланкөз пайда болады.

Бұл аурудың клиникасында нақсыз-субъективті және нақты- объективті белгілері болады.

Тұрақты белгілерінің бірі — ауырған жағындағы танаудан үнемі іріңді су ағуы. Әдетте оның сапасы, көлемі бір тәулік ішінде өзгеріп отырады, Осыған байланысты мұрыннан жағымсыз иіс сезіледі. Ол объективті және субъективті какосмия болып бөлінеді.

Егер науқас жағымсыз иісті өзі сезіп, одан жеркенсе оны субъективті какосмия, ал науқаспен қатар оның айналасындағы адамдар сезсе оны объективті какосмия деп атайды.

Науқас басының бір жағы тоқтамай ауырады, мимен жұмыс істеу қиындайды. Үшкіл жүйкенің екінші бұтағының невралгиясы басталады. Бастың аударылу бағытына байланысты танаудан ағатын ірің көлемі өзгеріп, бас қай жаққа ауса сол жақтан ірің ағады. Жоғарғы жақ қабырғаларын ұрып тексергенде ауыру сезімі болуы мүмкін.

Нақты-объективтік белгілері тек арнайы тексеру әдістерін қолдану арқылы анықталады. Ауыз қуысын тексергенде түбірлері Гаймор қуысының түбіне жақын орналасқан, тіс жегімен зақымдалған тістердің үстіндегі жыланкөздері немесе шектелген одонтогенді гаймориттің клиникалық көрінісі байқалады.

Алдыңғы риноскопияда ауру жағында кей кезде ортаңғы, тыныс жолының, ортаңғы және төменгі мұрын қуыстарының шырышты қабатының гипертрофиясы қою немесе шырышты ірің, іріңді қабық, полиптер көрінеді. Дегенмен одонтогенді гаймориттерде риногенді гаймориттерге қарағанда жиі жағдайда Гаймор қуысының шырышты қабаты өзгермейді, сондықтан экссудаттың Гаймор қуысынан мұрынға ағуы бұзылмайды (А. М.Солнцев, 1962).

Клиникалық көрінісін рентгенографиялық зерттеу дәлелдейді.

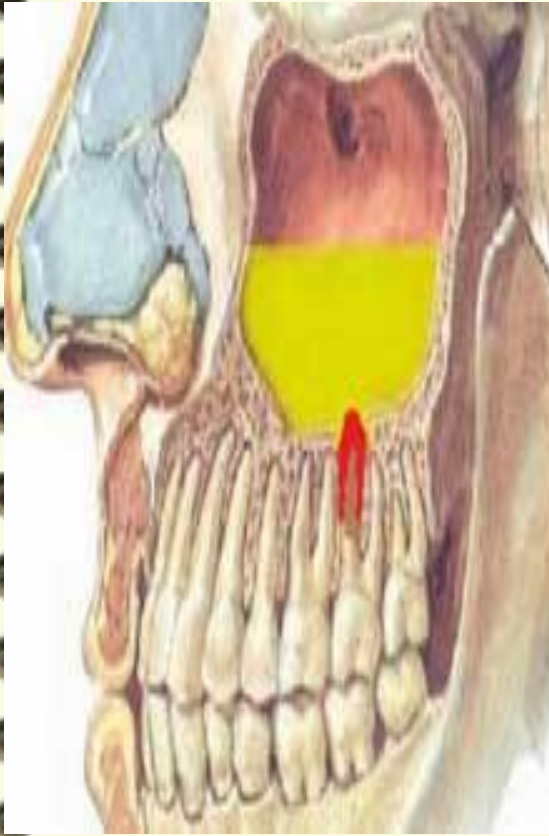
Рентген суретте Гаймор қуысының күңгірттенгені анықталады. Іріңді түрі күңгірттенуінің бірінғай күшейе түсуімен сипатталады, ал полипозды түрінде Гаймор қуысында перде тәрізді және көлемі әр түрлі көлеңке көрінеді. Ауыз қуысының рентген суретінде тіс түбірлерінің қуысқа қатынасы олардың айналасындағы тіндердегі өзгерістер гранулема (киста) сарысулы ісік анық көрінеді. Созылмалы гаймориттерде өзгеріске ұшыраған қуыстағы шырышты қабаттың орналасқан жерін, оның көлемін және сын-сипатын анықтау үшін контрасты рентгеноскопия әдісі өте тиімді. Контрасты зат ретінде 3-7 мл йодлипол қолданылады.

Созылмалы одонтогенді гайморитті Гаймор қуысының шырышты қабатының қатерлі ісігінен ажырата білген жөн. Тұрақсыз белгілерден басқа қатерлі ісік болған жағдайда рентген суретінде Гаймор қуысы қабырғаларының бүлінуі-деструкциясы көрінеді. Толық дұрыс нақтама қою үшін эндоназалды биопсия немесе гайморотомия отасында алынған тінді гистологиялық зерттеу жүргізу керек.

Гаймор қуысындағы одонтогенді қабыну кезеңін басқа да ісіктерден (саркома, остеома, амелобластома, сарысулы ісік) айыра білу керек.

Созылмалы одонтогенді гайморитті парадентарлы Гаймор қуысы қабырғасын жоғары және артқа ығыстырып өсетін сары-сулы ісіктен ажырату керек. Бұл жағдайда мұрыннан су ақпайды.

Рентгенограммада ісік анық шектелген, ал пункция жасаса жылтырақ ірің алуға болады. Осымен қатар одонтогенді гайморит Гаймор қуысының шырышты қабатының созылмалы аллергиялық қабынуына ұқсайтынын есте сақтау керек. Аллергиялық гайморитпен ауырған науқастардың талдауында, аллергиялық экзема, нейродермит, конъюнктивит, Квинке ісінуі, эксудативті диатез (тамаққа немесе дәрі-дәрмектерге) бар екені анықталады. Аллергиялық гаймориттерде одонтогенді ошаққа байланысты ауыру сезімі болмайды, ауру өте ұзаққа созылу мерзімі тән болып, өте көп мөлшерде мұрыннан мөлдір қою су бөлінеді. Мұрынның шырышты қабаты күрт ісініп көгереді.



Созылмалы одонтогенді гаймориттің емі.

Созылмалы одонтогенді гайморитті отасыз-консервативті және хирургиялық жолдармен емдейді. Оның толық емделуі келесі, негізгі талаптарды орындауына байланысты: _____

1) гайморитке соқтықтырған себепті жою; 2) Гаймор қуысындағы патологиялық өзгеріске ұшыраған тіндерді мұқият түрде алып тастау;

3) Гаймор қуысынан экссудатқа ағуға мүмкіндік жасау және оны аэрациялау; 4) соңынан рационалды ем қолдану. Гайморит емін барлық жағдайларда қабыну кезеңінің дамуына себепкер болған одонтогенді қабыну ошағын жоюдан бастап, соңынан отасыз-консервативті ем қолданады. Оларға физиотерапия әдістері (УЖЖ, диатермия, солюкс) және қайта пункция жасап Гаймор қуысын жуып, патологиялық өзгеріске ұшыраған шырышты қабатының көлемі аз ғана болған жағдайда оны дәрімен емдеуге болады.

Гаймор қуысында қабыну кезеңі жайылмалы немесе созылмалы түрлеріне өткен жағдайларда отасыз-консервативті ем өз нәтижесіне бермейді. Сондықтан хирургиялық ем жиі тағайындалады.

Гаймориттердің хирургиялық ем әдістерінің бірі кеңінен таралып қолданатын Коллуэль-Люк отасы. Ота жергілікті ішке сіңу-инфилтративті және өткізгіш (туберальды, көзасты) жансыздандыру арқылы жасалады, ал кей кезде эндотрахеалды наркоз беріледі.

Мұрынның шырышты қабаты 3% кокаин немесе 1% дикаин ерітіндісімен жансыздандырылады. Тілік жоғарғы жақтың өтпелі қатпарында латеральды күрек тістен екінші үлкен азу тіске дейін жасалады. Шырышты қабатты сүйектің сыртқы қабығын қоса сылады.

Жалғасы

Қашаулап немесе бормен, Марченко тескішін қолдана отырып Гаймор қуысының алдыңғы қабырғасын тесіп ашады. Сүйек тесігіне сай Гаймор қуысының шырышты қабатын кесіп алады. Қуыстағы жиналған экссудат, полиптер, өзгеріске ұшыраған шырышты қабатты алып тастайды.

Қуыстағы патологиялық өзгерген тіндерден тазаланған соң мұрынның төменгі тыныс жолымен қатынасатын көлемі 1,2x1,5 см тесік жасалады. Тесіктің мұрынның төменгі тыныс жолының деңгейінде болғанына көңіл аудару керек.

Қуысты йодоформды немесе синтомицин эмульсиясына малынған тампонмен толтырады. Тампонның бір ұшын мұрынның төменгі тыныс жолына шығарады. Жоғарғы жақтық өтпелі қатпарындағы жараға кетгутпен тігіс салады. Ертеңіне тампонды алып тастайды, 3-4 тәулік бойы мұрынның төменгі тыныс жолында жасалған тесік арқылы қуысты жуып тұрады.

Қабыну кезеңі жоғарғы жақтық ұяшық өсіндісінің сүйегін қамтыған жағдайда Денкер, Иванов, Рудаков, Лянде т. б. ғалымдар әдістері бойынша жасалатын оталар оқулықтарда берілген.

Сол оталардың бірі Верлоцкий мен Заславский радикалды

гайморотомия отасының түрі. Мұнда тек қабыну кезеңімен қамтылған ұяшық өсіндінің вестибулярлы бетінен шырышты және сүйектің сырт қабығынан трапециялы қиынды кесіліп алынады. Сонан соң тілік өтпелі қатпармен немесе одан сәл төменірек латеральды күрек тіске және үшінші үлкен азу тіске дейін жалғасады. Әрі қарай ота барысы жоғарыдағы жазылған әдісімен жасалады. Отадан кейін жалпы қабынуға қарсы тағайындалатын терапиямен науқастарға прозерин, дибазол, В1 витамині, ал отадан екі күн өткен соң УЖЖ, 8-10 күндерінен бастап калий йодиді немесе новокаин мен электрофорез тағайындалады. Жүргізілген емнен кейін анемия, парестезия сезімі азайып, тістердің электр тітіркену сезімінің деңгейі төмендейді.

ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ ҚУЫСЫ ТҮБІНІҢ ТЕСІЛУІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЖЫЛАНКӨЗІ

Д. Е. Танфильев Гаймор қуысының тесілуінің себептеріне байланысты келесі жіктелуін ұсынады:

1) Одонтогендік тесік (тіс жұлу, тіс түбірін кесу, цистотомия, гайморотомия).

2) Арнайы тесік (туберкулез, мерез, актиномикоз).

3) Ісіктерден болатын тесік.

4) Жарақатқа байланысты тесіктер.

Клиникалық мәліметтерге қарағанда Гаймор қуысы түбінің тесілуі 50%-дан 90%-ға дейін тіс жұлу отасына байланысты. Жоғарғы жақ қуысының түбі жиі жағдайда жоғарғы үлкен және кіші азу тістерді жұлғанда тесіледі, ол әдетте қуыспен тіс түбірлерінің өзара анатомиялық қарым-қатынасына немесе тіс түбірлеріндегі созылмалы қабыну кезеңдеріне байланысты. Кей жағдайда ұяшық өсіндінің ісіктеріне жасалған отаның асқынуынан, созылмалы остеомиелит, сарысулы ісік, жоғарғы жақ жарақатының салдарынан да тесіледі. Гаймор қуысы түбінің, тесілуі жедел немесе созылмалы, асқынған және асқынбаған түрлерінде болуы мүмкін.

Қуыс түбі тесілген күннен бастап 2-3 аптаға дейін нақтама қойылса ол жедел түріне жатады, ал жоғарыда аталған мерзімнен асса-созылмалы деп саналады.

Егер түбі тесілген Гаймор қуысында қабыну кезеңі дамымаса немесе оған бөгде заттар кірмесе (тіс түбірі, тампон т.б.) бұл асқынбаған түрі, ал гаймор қуысында қабыну кезеңі дамыса, тіс түбірі кірсе, жұлынған тіс ұяшығында остеомиелит болса асқынған деп есептейді.

Кейбір науқастардың Гаймор қуысында қабыну кезеңі кезінде, жоғарғы азу тістерін жұлып жатқанда қуыс түбі тесілуі мүмкін. Гаймор қуысымен ауыз қуысының арасындағы тесік ұзақ мерзімге созылса, жара өзегі бітпесе, жұлынған тіс ұяшығының аумағында жыланкөз дамиды.

Науқастың шағымына, аурудың келіп шығу тарихына-анамнезіне, арнайы зерттеу (сүңгімен тексеру, қуысты жуу, рентгенография т.б.) мәліметтеріне сүйене отырып Гаймор қуысының тесілгеніне нақтама қойылады.

Науқас сіңбіргенде жұлынған тіс ұяшығы арқылы ауыз қуысына ауа өтетініне, ауызын шайғанда су мұрнына кететініне шағым айтады. Науқасты тексергенде оған саусақтарымен мұрнын қысып ол арқылы ауа шығарып көруін ұсыну керек- егер қуыс түбінде тесік болса жұлынған тіс ұяшығына ысылдап немесе ысқырып ауа шығады. Кей жағдайда ұяшықтан көпірген қан немесе ірің ағады. Гаймор қуысының шырышты қабатында полип болған жағдайда, ол тесікті жауып қалып ауа мұрыннан ауыз қуысына өтпейтінін ескеру керек, бұл жағдайда науқас ұртына ауа толтырып үрлей алмайды, өйткені ауа аузынан мұрын арқылы шығып кетеді.

Егер қуыс түбі қабыну кезеңі бар жағдайда тесілсе ұяшықтан ірің ағып, полип шығып тұруы да мүмкін. Әдетте қабыну кезеңі бар қуыстың тесілуі біріншілік созылмалы ағымда болады.

Гаймор қуысының қабынуы кезіндегі стоматологтың рөлі

Клиникалық мәліметтерге қарағанда Гаймор қуысы түбінің тесілуі 50%-дан 90%-ға дейін тіс жұлу отасына байланысты. Жоғарғы жақ қуысының түбі жиі жағдайда жоғарғы үлкен және кіші азу тістерді жұлғанда тесіледі, ол әдетте қуыспен тіс түбірлерінің өзара анатомиялық қарым-қатынасына немесе тіс түбірлеріндегі созылмалы қабыну кезеңдеріне байланысты. Кей жағдайда ұяшық өсіндінің ісіктеріне жасалған отаның асқынуынан, созылмалы остеомиелит, сарысулы ісік, жоғарғы жақ жарақатының салдарынан да тесіледі. Гаймор қуысы түбінің, тесілуі жедел немесе созылмалы, асқынған және асқынбаған түрлерінде болуы мүмкін.

Дәрігер-стоматолог науқасты емдеу кезінде көптеген кедергілерге тап болады. Сол үшін науқастың толық емделуі келесі, негізгі талаптарды орындауына байланысты:

1) гайморитке соқтықтырған себепті жою; 2) Гаймор қуысындағы патологиялық өзгеріске ұшыраған тіндерді мұқият түрде алып тастау; 3) Гаймор қуысынан экссудатқа ағуға мүмкіндік жасау және оны аэрациялау; 4) соңынан рационалды ем қолдану. Гайморит емін барлық жағдайларда қабыну кезеңінің дамуына себепкер болған одонтогенді қабыну ошағын жоюдан бастап, соңынан отасыз-консервативті ем қолданады. Оларға физиотерапия әдістері (УЖЖ, диатермия, солюкс) және қайта пункция жасап Гаймор қуысын жуып, патологиялық өзгеріске ұшыраған шырышты қабатының көлемі аз ғана болған жағдайда оны дәрімен емдеуге болады.

Гаймор қуысында қабыну кезеңі жайылмалы немесе созылмалы түрлеріне өткен жағдайларда отасыз-консервативті ем өз нәтижесіне бермейді. Сондықтан хирургиялық ем жиі тағайындалады.

Гаймориттердің хирургиялық ем әдістерінің бірі кеңінен таралып қолданатын Коллуэль-Люк отасы. Егер қуыс түбі тесілуімен қатар, аз көлемді қабыну кезеңі болса алдымен отасыз-консервативті ем қолданады. Гаймор қуысын антисептик ерітінділерімен жуып соңынан сульфаниламидтер, антибиотиктер, протеолитикалық ферменттер жібереді. Хирургиялық ем тек тесікті жабумен шектеледі.

Қорытынды

Одонтогендік гаймориттің пайда болуы, өрбуі жергілікті және жалпы патогенетикалық жағдайлар, оның анатомиялық құрылымына байланысты болады және оған өз әсерін тигізеді. Жергілікті патогенетикалық жағдайларға: периодонтит, остеомиелит, жоғарғы жақ сүйегінің сары-сулы ісігінің қабынуы, жоғарғы жақ өсіндісіне ота жасаған кезде және жарақаттан болған жоғарғы жақ қуысның тесіктері, Гаймор қуысына басқа заттардың түсуі, сүйек ішінде шықпай қалған тістер болып есептеледі. Гаймориттің дамуына жедел және созылмалы ауруларден кейінгі организм халінің жалпы әлсіреуі әсерін тигізеді.

Пайдаланылған әдебиеттер

Тайбағаров С.Е., Ю.М.Овчиников Алматы білім – 1994, «Құлақ, тамақ және мұрын аурулары».

Толеубаев Раис Кашкенович «Отоларингология»

.А.Г. Басова история сурдопедагогика. М. Просвещение, 1984.

.Күзембаева Ә. Адам анатомиясы. Алматы 2001

.Қ. Дүйсембин, З. Алиакбарова. Жасқа сай физиология және мектеп гигиенасы (Оқулық). Алматы 2003.

Сәтбаева Х.Қ., Өтепбергенова А.А., Нілдібаева Ж.Б. Алматы – 2005, «Адам физиологиясы».

Жандар Керімбектің Ермаханы «Тәнтану. Адам анатомиясы», Алматы – 2004.



Назар аударғандарыңызға рахмет