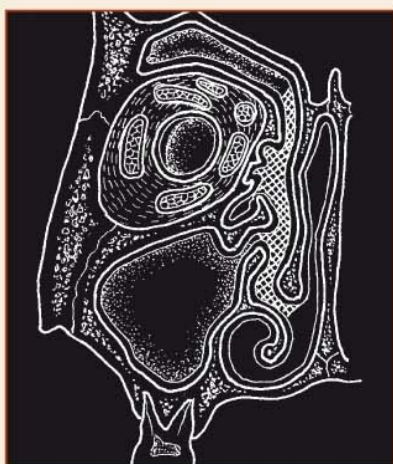




Bohumil Markalous, František Charvát, Jan Nejedlý, Eva Zýková

RINITIDY, SINUSITIDY A NOSNÍ POLYPY

*alergie, imunopatologie • vyšetřovací metody • epidemiologie a klasifikace
rinosinusitid • standardy diagnostiky a léčby • anatomie a patologie
v obraze CT, MR • komplikace sinusitid • vliv rinosinusitid na dolní dýchací cesty
• epistaxe, likvorové píštěle, bolesti hlavy • funkční endoskopická endonazální
chirurgie • navigovaná chirurgie*



TRITON

 **gsk**
GlaxoSmithKline

RINITIDY, SINUSITIDY A NOSNÍ POLYPY



TRITON
Praha/Kroměříž

Kniha vyšla za laskavého přispění firem:

Hlavní sponzor

GlaxoSmithKline, s. r. o.



Další sponzoři

Medtronic Czechia s.r.o.
GE Healthcare (SCE) HandelsGmbH
Siemens s.r.o.
ASI Prag s.r.o.
Merck Pharma k.s.
Schering-Plough s.r.o.
Medial spol. s r.o.
SERVIER s.r.o.
HOSPIMED, spol. s r.o.
Surgipa Medical, spol. s r.o.

GE Healthcare



SIEMENS



***sp* Schering-Plough**

MEDIAL



HOSPIMED®



Bien Air®
Surgery

**Bohumil Markalous, František Charvát,
Jan Nejedlý, Eva Zýková**

RINITIDY, SINUSITIDY A NOSNÍ POLYPY

- **alergie, imunopatologie**
- **vyšetřovací metody**
- **epidemiologie a klasifikace rinosinusitid**
- **standardy diagnostiky a léčby**
- **anatomie a patologie v obraze CT, MR**
- **komplikace sinusitid**
- **vliv rinosinusitid na dolní dýchací cesty**
- **epistaxe, likvorové píštěle, bolesti hlavy**
- **diferenciální diagnóza**
- **funkční endoskopická endonazální chirurgie**
- **navigovaná chirurgie**

TRITON

AUTOŘI

MUDr. Bohumil Markalous, primář Otorinolaryngologického oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.
MUDr. František Charvát, Ph.D., primář Radiodiagnostického oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze
MUDr. Jan Nejedlý, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol v Praze

SPOLUAUTOR

MUDr. Eva Zýková, Anesteziologicko-resuscitační oddělení a ambulance pro léčbu bolesti Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.

LEKTOŘI

Prof. MUDr. Jan Betka, DrSc., přednosta Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol v Praze
Doc. MUDr. Jan Vokurka, CSc., Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, přednosta Kliniky otorinolaryngologie Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Ochranné obchodní známky (chráněné názvy) léků ani dalších výrobků nejsou v knize zvlášť zdůrazňovány. Z absence označení ochranné známky proto nelze vyvozovat, že v konkrétním případě jde o název nechráněný.

Toto dílo, včetně všech svých částí, je zákonem chráněno. Každé jeho užití mimo úzké hranice zákona je nepřipustné a je trestné. To se týká zejména reprodukování či rozšiřování jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, fotografického či elektronického), ale také ukládání v elektronické formě pro účely rešeršní i jiné. K jakémukoli využití díla je proto nutný *písemný souhlas* nakladatele, který také stanoví přesné podmínky využití díla. Písemný souhlas je nutný i pro případy, ve kterých může být udělen bezplatně.

Rinitidy, sinusitidy a nosní polypy

© Bohumil Markalous, František Charvát, Jan Nejedlý, 2009

© TRITON 2009

Illustrations © Ervín Černý, Evžen Markalous,
Iveta Kalinová, Jiřina Furtáková 2009

Figures and color photographs © Bohumil Markalous, 2009

Cover © Renata Brtnická, 2009

Tisk Ekon Jihlava

ISBN 978-80-7387-260-1

Důležité upozornění:

Autoři i nakladatel vynaložili velkou péči a úsilí, aby všechny informace v knize obsažené týkající se dávkování léků a forem jejich aplikace odpovídaly stavu vědy v okamžiku vydání. Nakladatel však za údaje o použití léků, zejména o jejich indikacích, kontraindikacích, dávkování a aplikačních formách, nenese žádnou odpovědnost a vylučuje proto jakékoli přímé či nepřímé nároky na úhradu případných škod, které by v souvislosti s aplikací uvedených léků vznikly. Každý uživatel je povinen důsledně se řídit informacemi výrobců léčiv, zejména informací přiloženou ke každému balení léku, který chce aplikovat.

Notice

The Publishers have made an extensive effort to trace original copyright holders for permission to use borrowed material. If any have been overlooked, they will be corrected at the first reprint. Please notice the Publishers in such a case.

OBSAH HLAVNÍCH KAPITOL

Seznam zkratk v textu	13
Seznam zkratk v popisu obrazů	15
Uspořádání obrazů	18
Poděkování	19
Předmluva	20
1 Anatomie	21
2 Fyziologie a patofyziologie horních dýchacích cest	76
3 Skladba a funkce imunitního systému	82
4 Imunopatologie	91
5 Vyšetření a diagnóza rinosinusitid	100
6 Zobrazovací metody	110
7 Definice a klasifikace rinitid, sinusitid a nosních polypů	131
8 Doporučení diagnostiky a léčby založená na důkazech	135
9 Akutní infekční nespecifické rinosinusitidy	136
10 Chronické infekční nespecifické rinosinusitidy	145
11 Neinfekční, nealergické rinitidy – rinosinusitidy	163
12 Neoperační léčba nealergických rinosinusitid	170
13 Alergické rinitidy – rinosinusitidy	180
14 Neoperační léčba alergické rinitidy a konjunktivitidy	190
15 Mykotické (fungální) rinosinusitidy	198
16 Granulomatózní rinosinusitidy	203
17 Rinosinusitidy při systémových chorobách	210
18 Rinosinusitidy u dětí	225
19 Léčba rinosinusitid u dětí	231
20 Vliv rinosinusitid na dolní dýchací cesty	235
21 Endoskopická endonazální chirurgie	237
22 Anatomické a slizniční variace	274
23 Chirurgicky nebezpečné oblasti	294
24 Rinosinusitidy v obraze	300
25 Rinosinogenní komplikace	311
26 Záněty očnice	328
27 Epistaxe a metody léčby	332
28 Likvorové píštěle	338
29 Dekomprese orbity a zřetivého nervu	350
30 Bolesti hlavy a somatoformní poruchy	354
31 Diferenciální diagnóza nemocí horních dýchacích cest	367
32 Chyby a omyly	375
33 Socio-ekonomické náklady chronické rinosinusitidy a nosních polypů	377
34 Priority a perspektivy dalšího výzkumu rinosinusitid	378
Základní literatura	380
Ostatní literatura	382
Webové adresy	401
O autorech	402

Avamys – zmírnění nosních a očních symptomů pomocí moderního aplikátoru⁶

Krátký vstřikovací nástavec

pohodlný pro pacienty^{7,8}

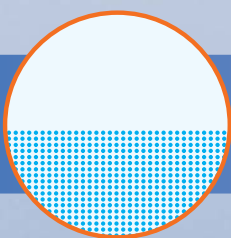
Snadné použití s bočním ovládáním^{7,9}

Prohlížecké okénko

ke sledování zbývajících množství^{7,9}



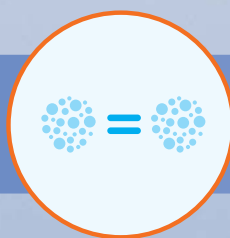
Jemný sprej, příjemný pro pacienty



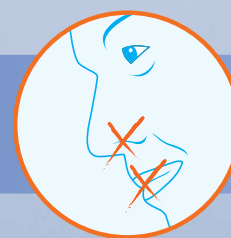
Poloviční objem než u jiných intranazálních steroidů⁷



Zanedbatelné či žádné stékání do krku či nosu⁷



Pokaždé stejné množství^{7,8}



Bez zápachu a bez pachuti nebo jen s minimální pachutí⁷

PODROBNÝ OBSAH

Seznam zkratk v textu 13

Seznam zkratk v popisu obrazů 15

Uspořádání obrazů 18

Poděkování 19

Předmluva 20

1 ANATOMIE 21

1.1 Vývojové poznámky 21

1.2 Nosní dutina a laterální nosní stěna 21

1.3 Paranasální dutiny 24

1.4 Sliznice nosní dutiny a paranasálních dutin 26

1.4.1 Čichová oblast 26

1.4.2 Respirační oblast 26

1.5 Cévní zásobení a inervace 28

1.5.1 Cévní zásobení 28

1.5.2 Inervace 29

1.6 Orbita 33

1.6.1 Skelet 33

1.6.2 Pojivové tkáně a topografické rozdělení prostorů orbity 36

1.6.3 Zrakový nerv 37

1.6.4 Slzný aparát 37

1.7 Obrazová část – koronární a sagitální rovina 40

1.8 Obrazová část – axiální rovina 64

2 FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE HORNÍCH DÝCHACÍCH CEST 76

2.1 Funkce nosu a vedlejších nosních dutin 76

2.1.1 Respirační – klimatizační funkce 76

2.1.2 Obranná funkce v rámci imunitního systému 76

2.1.3 Reflexní funkce 77

2.1.4 Rezonanční funkce 77

2.1.5 Čichová funkce 78

2.1.6 Sexuální funkce nosu – Jacobsonův vomeronazální orgán 78

2.1.7 Funkce paranasálních dutin 78

2.2 Normální bakteriální osídlení kůže a sliznic 79

2.3 Patofyziologie zánětů nosní sliznice 80

2.4 Patologicko-anatomické rozdělení zánětů nosní sliznice 80

2.4.1 Obecné dělení zánětů 80

2.4.2 Rhinitis acuta (exsudativa) 81

2.4.3 Rhinitis chronica (productiva) 81

3 SKLADBA A FUNKCE IMUNITNÍHO SYSTÉMU 82

3.1 Definice a rozdělení 82

3.1.1 Lymfatické orgány a tkáně 82

3.1.2 Nespecifická (přirozená, vrozená, neadaptivní) imunita 83

3.1.3 Specifická (získaná, adaptivní) imunita 83

3.2 Komplement 84

3.3 Buněčné složky 84

3.4 Humorální – protilátková imunita 86

3.5 Buněčná imunita 86

3.6 Komunikace mezi složkami imunity 87

3.6.1 Cytokiny 87

3.6.2 Chemokiny 88

3.6.3 Adhezní molekuly (molekuly buněčných membrán, adheziny) 88

3.6.4 Leukotrieny (eikosanoidy) 89

3.6.5 Metaloproteinázy, TGF- β 1, NF-kappa B 90

3.6.6 Surfactanty 90

3.6.6	Zpracování a prezentace antigenu	90
4	IMUNOPATOLOGIE	91
4.1	Rozdělení	91
4.2	Reakce z přecitlivělosti (hypersenzitivní) – typ I-IV	91
4.2.1	Genetická predispozice	92
4.3	Slizniční imunita a její význam v alergii	92
4.3.1	Klinický význam slizniční imunity	92
4.3.2	Slizniční lymfatická tkáň, žírné buňky sliznic	93
4.3.3	Sekreční imunoglobulin IgA	93
4.4	Alergie a infekce	94
4.5	Mechanismy rozvoje bakteriální infekce sliznic dýchacích cest	95
4.5.1	Patogenní bakterie	95
4.5.2	Biofilmy	96
4.5.3	Staphylococcus aureus	97
4.5.4	Defensiny	98
5	VYŠETŘENÍ A DIAGNÓZA RINOSINUSITID	100
5.1	Hodnocení příznaků rinosinusitidy	100
5.2	Vyšetřovací metody	101
5.2.1	Vyšetřování nosní průchodnosti	102
5.2.1.1	Rinomanometrie	102
5.2.1.2	Akustická rinometrie	102
5.2.1.3	Měření vrcholové výdechové rychlosti	103
5.2.2	Nosní cytologie, biopsie a bakteriologie	103
5.2.3	Hodnocení mukociliární funkce	103
5.2.4	Stanovení oxidu dusnatého	103
5.2.5	Nosní provokační testy	104
5.3	Poruchy a vyšetřování čichu	104
5.4	Kvalita života	106
5.5	Poruchy a vyšetřování chuti	107
5.5.1	Anatomie a fyziologie	107
5.5.2	Poruchy chuti, vyšetření a léčba	108
6	ZOBRAZOVACÍ METODY	110
6.1	Výpočetní tomografie	110
6.1.1	Princip	110
6.1.2	Multidetektorová (MDCT, multislice CT)	110
6.1.3	Virtuální zobrazení CT	111
6.1.4	CT cisternografie v diagnostice rinolikvorey a otolikvorey	114
6.2	Magnetická rezonance	115
6.2.1	Princip	115
6.2.2	Intenzita signálu ve výsledném MR obraze	116
6.2.3	Kontrastní látky	117
6.2.4	MR angiografie (MRA)	118
6.2.5	Protokoly vyšetření MR	118
6.3	Navigovaná chirurgie	120
6.4	Indikace a volba zobrazovací metody	127
6.5	Korelace CT s endoskopickými nálezy	128
7	DEFINICE A KLASIFIKACE RINITID, SINUSITID A NOSNÍCH POLYPŮ	131
7.1	Starší klasifikace rinitid – rinosinusitid	131
7.2	Nové definice a členění rinosinusitid podle doporučení EP ³ OS 2007	132
7.3	Přehled rinosinusitid uvedených v monografii	134
8	DOPORUČENÍ DIAGNOSTIKY A LÉČBY ZALOŽENÁ NA DŮKAZECH	135
9	AKUTNÍ INFEKČNÍ NESPECIFICKÉ RINOSINUSITIDY	136
9.1	Epidemiologie a predisponující faktory	136
9.2	Mechanismus zánětu	137
9.3	Klinický obraz	138
9.3.1	Akutní respirační infekce, chřipka (influenza)	138
9.3.2	Akutní rinosinusitida	141
9.3.2.1	Akutní virová rinosinusitida	141

	9.3.2.2 Akutní bakteriální rinosinusitida	141
	9.3.2.3 Odontogenní maxilární sinusitida	142
	9.4 Doporučení diagnostiky a léčby založená na důkazech	142
10	CHRONICKÉ INFEKČNÍ NESPECIFICKÉ RINITIDY – RINOSINUSITIDY	145
	10.1 Chronická rinosinusitida bez nosních polypů	145
	10.1.1 Epidemiologie a predisponující faktory	145
	10.1.2 Mechanismus zánětu	146
	10.1.2.1 Histopatologie a zánětlivé buňky	146
	10.1.2.2 Patofyziologie a zánětlivé mediátory	147
	10.1.3 Klinický obraz	148
	10.1.3.1 Chronická jednoduchá rinosinusitida	149
	10.1.3.2 Chronická hypertrofická rinosinusitida	149
	10.1.3.3 Chronická suchá atrofická přední rinitida	150
	10.1.3.4 Chronická atrofická krustózní rinitida	150
	10.1.3.5 Chronická hypertrofická a současně atrofická rinosinusitida bez a/nebo s nosními polypy	151
	10.1.3.6 Eozinofilní bakteriální chronická rinosinusitida	152
	10.1.4 Doporučení diagnostiky a léčby založená na důkazech	152
	10.2 Chronická rinosinusitida s nosními polypy	154
	10.2.1 Definice a rozdělení	154
	10.2.2 Epidemiologie a predisponující faktory	156
	10.2.3 Mechanismus zánětu	157
	10.2.4 Klinický obraz	160
	10.2.4.1 Antrochoanální, choanální polyp	160
	10.2.5 Doporučení diagnostiky a léčby založená na důkazech	161
11	NEINFEKČNÍ, NEALERGICKÉ RINITIDY – RINOSINUSITIDY	163
	11.1 Nealergická hyperreaktivní rinitida (dříve vazomotorická, neurovaskulární, idiopatická rýma)	163
	11.2 Nealergická rýma s eozinofilním syndromem (NARES)	164
	11.3 Profesionální rinitida (zaměstnanecská, work-related rhinitis)	165
	11.4 Léky indukovaná rinitida	165
	11.5 Medikamentózní rinitida (rhinitis medicamentosa)	166
	11.6 Endokrinně podmíněná rinitida (hormonální rinitida)	166
	11.6.1 Rýma v těhotenství (těhotenská rýma)	166
	11.7 Rýma (nosní příznaky) na podkladě fyzikálních a chemických faktorů	167
	11.8 Rýma u kuřáků	167
	11.9 Potravinová rinitida (alimentární rýma)	167
	11.10 Rýma u seniorů (senilic rhinitis)	167
	11.11 Rýma u sportovců	168
	11.11.1 Rýma a barotrauma u potápěčů	168
	11.12 Psychogenní, emoční, stresová rinitida	169
12	NEOPERAČNÍ LÉČBA NEALERGICKÝCH RINOSINUSITID	170
	12.1 Léčba rinosinusitid steroidy	170
	12.1.1 Mechanismus působení a indikace	170
	12.1.2 Léčba jednotlivých druhů rinosinusitid steroidy	171
	12.2 Léčba rinosinusitid antibiotiky	172
	12.2.1 Antibiotika v léčbě akutní rinosinusitidy	172
	12.2.2 Antibiotika v léčbě chronické rinosinusitidy	173
	12.2.3 Léčba antibiotiky při exacerbaci chronické rinosinusitidy	173
	12.3 Ostatní medikamentózní léčba rinosinusitid	174
	12.3.1 Dekongestiva	174
	12.3.2 Mukolytika	175
	12.3.3 Antihistaminika, kromony, anticholinergika	175
	12.3.4 Antimykotika	175
	12.3.5 Bakteriální lysáty	175
	12.3.6 Imunomodulátory, imunostimulátory	176
	12.3.7 Nosní a antrální irigace izotonických roztoků a hypertonických solí (saline)	176
	12.3.8 Kapsaicin	177

12.3.9	Furosemid	177
12.3.10	Inhibitory protonové pumpy	178
12.3.11	Antileukotrieny	178
12.3.12	Aspirinová desenzibilizace	178
12.3.13	Kyselina hyaluronová	178
12.3.14	Fytopreparáty	179
12.3.15	Punkce čelistních dutin	179
13	ALERGICKÉ RINITIDY – RINOSINUSITIDY	180
13.1	Nový pohled na alergickou rinitidu podle doporučení ARIA 2008	180
13.2	Definice a klasifikace alergické rýmy	180
13.3	Epidemiologie	182
13.4	Patofyziologie alergické rýmy	183
13.5	Diagnostika alergické rinitidy	184
13.5.1	Charakteristika alergické rinitidy	184
13.5.2	Testy a vyšetření	186
13.5.3	Projevy alergie v průběhu života	187
13.6	Sezonní alergická rinitida (polinóza)	187
13.7	Celoroční alergická rinitida (nesezonní, pereniální)	188
13.8	Vztahy mezi alergickou rinitidou a astmatem a jiné komorbidity	188
13.9	Podpora zdraví a prevence	189
13.10	Závěry	189
14	NEOPERAČNÍ LÉČBA ALERGICKÉ RINITIDY A KONJUNKTIVITIDY	190
14.1	Úvod	190
14.2	Farmakoterapie alergické rinitidy a konjunktivitidy	190
14.2.1	Přehled	190
14.2.2	Antihistaminika	193
14.2.3	Kortikosteroidy	195
14.2.4	Kromony	196
14.3	Specifická imunoterapie alergenem	196
14.4	Anti-IgE (Omalizumab)	196
15	MYKOTICKÉ (FUNGÁLNÍ) RINOSINUSITIDY	198
15.1	Alergická mykotická rinosinusitida (alergie fungal sinusitis, eozinofilní fungální RS)	199
15.2	Neinvazivní mimoslizniční (povrchová) mykotická rinosinusitida	199
15.2.1	Povrchová mykotická rinosinusitida	199
15.2.2	Povrchová rinosinusitida s mykotickými hmotami („fungal ball“, aspergilom)	199
15.3	Invazivní mykotická rinosinusitida	200
15.3.1	Akutní fulminantní mykotická rinosinusitida	200
15.3.2	Chronická invazivní mykotická rinosinusitida	200
15.3.3	Granulomatózní mykotická rinosinusitida	201
16	GRANULOMATÓZNÍ RINOSINUSITIDY	203
16.1	Sarkoidóza	203
16.2	Mykobakteriální rinosinusitida	205
16.3	Lepra	205
16.4	Syfilis	206
16.5	Infekční sklerom (rinosklerom)	207
16.6	Onemocnění destruuující střední nosní oblast	207
16.6.1	Letální granulom střední čáry	207
16.7	Histiocytóza z Langerhansových buněk (histiocytosis X)	207
16.7.1	Letterer-Siweho histiocytóza	208
16.7.2	Hand-Schüller-Christianova histiocytóza	208
16.7.3	Eozinofilní granulom	208
16.8	Cholesterolový granulom	209
17	RINOSINUSITIDY PŘI SYSTÉMOVÝCH CHOROBÁCH	210
17.1	Přehled	210
17.2	Nesnášenlivost kyseliny acetylsalicylové (ASA triáda, Samterův sy)	210
17.2.1	Chronická rinosinusitida s nosními polypy	211
17.3	Cystická fibróza (mukoviscidóza)	212
17.4	Ciliární dyskineze	214

17.4.1	Rozdělení a klasifikace	214
17.4.2	Primární ciliární dyskineze a Kartagenerův syndrom (sy nepohyblivých řasinek, dyskinetický ciliární sy)	214
17.5	Woakesova choroba, syndrom	216
17.6	Youngův syndrom	216
17.7	AIDS	216
17.7.1	Definice a projevy	216
17.7.2	ORL nálezy	217
17.8	Vaskulitidy s pozitivními antineutrofilními cytoplazmatickými protilátkami (ANCA)	219
17.8.1	Vyšetřovací metody	220
17.8.1.1	Protilátky proti cytoplazmě neutrofilů (ANCA)	220
17.8.1.2	Eozinofilie	220
17.8.2	Vyvolávající faktory, léze plic a nosního septa	220
17.8.3	Churgův-Straussově syndrom	221
17.8.4	Wegenerova granulomatóza	221
17.8.5	Léčba ANCA pozitivních vaskulitid	222
17.9	Limitované (neúplné, oligosymptomatické) formy vaskulitid	224
17.10	Překryvný polyangiitický syndrom (overlap sy)	224
17.11	Hypereozinofilní syndrom	224
18	RINOSINUSITIDY U DĚTÍ	225
18.1	Rozdíly mezi chronickou rinosinitidou dětí a dospělých	225
18.2	Epidemiologie a patofyziologie	225
18.3	Klinický obraz	226
18.4	Akutní infekční rýma u kojenců a batolat	227
18.5	Adenoidní vegetace	227
18.6	Přidružené chorobné stavy	230
19	LÉČBA RINOSINUSITID U DĚTÍ	231
19.1	Léčba akutní rinosinitidy u dětí	231
19.2	Léčba chronické rinosinitidy u dětí	232
19.3	Léčba alergické rinitidy dětí	233
20	VLIV RINOSINUSITID NA DOLNÍ DÝCHACÍ CESTY	235
20.1	Bronchiální astma a chronická rinosinitida bez nosních polypů	235
20.2	Bronchiální astma a chronická rinosinitida s nosními polypy	236
20.3	Chronická obstrukční plicní nemoc a rinosinitida	236
21	ENDOSKOPICKÁ ENDONAZÁLNÍ CHIRURGIE	237
21.1	Koncepce metody a patofyziologické poznámky	237
21.2	Indikace operace	240
21.2.1	Obecné indikace	240
21.2.2	Indikace při rinosinitidách	241
21.3	Technické vybavení	241
21.4	Názvosloví operací	242
21.5	Poznámky k operační technice	244
21.5.1	Redukce nosních skořep	244
21.5.2	Rozsah chirurgického výkonu	246
21.6	Pooperační hojení	246
21.7	Efektivita FESS v porovnání s medikamentózní terapií	247
21.8	Vliv věku a přidružených onemocnění na výsledky FESS	249
21.9	Revizní FESS	250
21.10	Operační komplikace	250
21.11	Pooperační stavy	
21.11.1	Stavy po klasických operacích	256
21.11.2	Stavy po FESS	258
21.11.3	Doporučené postupy léčby při přetrvávajícím onemocnění po FESS	258
21.12	Endoskopické nálezy	268
22	ANATOMICKÉ A SLIZNIČNÍ VARIACE	274
22.1	Pneumatizovaná crista galli	275
22.2	Deviace nosního septa	277
22.3	Perforace nosní přepážky	277

22.4	Asymetrie a atrézie choan	278
22.5	Variace nosních skořep a uncinátního výběžku	278
22.6	Uncinátní výběžek	282
22.7	Příčiny změn nosní průchodnosti	284
22.8	Čichové sklepy	284
22.9	Sklípky agger nasi	286
22.10	Hallerovy sklepy	286
22.11	Čelistní dutina	287
22.12	Čelní dutina	290
22.13	Klínová dutina	292
22.14	Slizniční variace	293
23	CHIRURGICKY NEBEZPEČNÉ OBLASTI RINOBAZE	294
24	RINOSINUSITIDY V OBRAZE	300
25	RINOSINOGENNÍ KOMPLIKACE	311
25.1	Orbitální komplikace	316
25.2	Intrakraniální komplikace	316
25.3	Komplikace od kostěného ohraničení paranasálních dutin	319
25.4	Neobvyklé komplikace rinosinuitid	319
25.5	Cysty a mukokély	319
25.5.1	Pneumosinus dilatans	322
25.5.2	Chronická atelektáza čelistní dutiny, silent sinus syndrom	323
26	ZÁNĚTY OČNICE	328
27	EPISTAXE A METODY LÉČBY	332
27.1	Epistaxe a metody léčby	332
27.2	Morbus Rednu-Osler-Weber (hereditární hemoragická teleangiektazie)	336
27.3	Cévní poškození při střelných poraněních hlavy a krku	337
28	LIKVIKOVÉ PÍŠTĚLE	338
28.1	Etiopatogeneze a vyšetřovací metody	338
28.2	Léčba	340
28.3	Arachnoidální cysta tureckého sedla a syndrom prázdného sedla	349
29	DEKOMPRESIE ORBITY A ZRAKOVÉHO NERVU	350
30	BOLESTI HLAVY A SOMATOFORNÍ PORUCHY	354
30.1	Obecně o bolesti	354
30.2	Klasifikace bolestí hlavy	356
30.3	Diferenciální diagnóza bolestí hlavy při závažných život ohrožujících onemocněních	357
30.4	Bolesti v orofaciální oblasti	357
30.5	Bolesti zubů	358
30.6	Bolesti při rinosinuitidách	359
30.7	Bolesti hlavy a operace paranasálních dutin	359
30.8	Sluderův syndrom, dolores e vacuo, kontaktní bolest, midfacial segment pain	360
30.9	Léčba bolesti	361
30.10	Cévní komprese mozkových nervů	362
30.11	Somatoforní poruchy (psychogenní, psychosomatické poruchy)	365
31	DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA NEMOCÍ HORNÍCH DÝCHACÍCH CEST	367
31.1	Přehled	367
31.2	Odlišení rinitid	369
31.3	Odlišení sekretů při rinosinuitidě	370
31.4	Diferenciální diagnóza kašle	370
32	CHYBY A OMYLY	375
33	SOCIO-EKONOMICKÉ NÁKLADY CHRONICKÉ RINOSINUSITIDY A NOSNÍCH POLYPŮ	377
33.1	Přímé náklady	377
33.2	Nepřímé náklady	377
34	PRIORITY A PERSPEKTIVY DALŠÍHO VÝZKUMU RINOSINUSITID	378
	Základní literatura	381
	Ostatní literatura	383
	Webové adresy	402
	O autorech	403

SEZNAM ZKRATEK V TEXTU

ACI	arteria carotis interna	ECRS	eozinofilní bakteriální chronická rinosinusitida
ADCC	antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity (na protilátkách závislá buněčná cytotoxicita)	ELISA	enzyme-linked immunosorbent assay
AIDS	acquired immune deficiency syndrome	Eotaxin	chemokin CCL11
ALI	influenza like illness	EP³OS	dokument Position paper on rhinosinusitis and nasal polyps
ANA	antinukleární protilátka	EPS	extracelulární polymerní substance
ANCA	antineutrophil cytoplasmatic antibody	FEV1	forced expiratory volume in 1 second (jednovteřinový usilovný výdech)
ANS	autonomní nervový systém	FESS	functional endonasal sinus surgery
AR	alergická rinitida	FIESTA	firemní název (GE Medical System) pro T2 váženou sekvenci zobrazující ve velmi tenkých vrstvách
ARI	acute respiratory infection	FLASH	fast long angle shot
ARIA	dokument Allergic rhinitis and its impact on asthma	FMLP	chemotaktický tetrapeptid produkovaný řadou mikroorganismů
ARS	akutní rinosinusitida	fMR	funkční zobrazení MR
ASA	kyselina acetylsalicylová	FOV	field of view
ASA sy	intolerance kyseliny acetylsalicylové	FS	fat suppressed
ATA	atmosféra	FSE	fast spin echo
ATB	antibiotika	FSE	fast spin echo nebo TSE turbo spin echo
AV	adenoidní vegetace	Gd-DTPA	gadolinium-diethylenetriamine pentaacetic acid
BCR	breakpoint cluster region	GIT	gastrointestinální trakt
C	komplement	GM-CSF	granulocyte-macrophage colony stimulating factor (název cytokinu)
CD	diferenční znak (cluster of differentiation)	GR	glukokortikoidní receptory
CF	cystická fibróza	GRASS	gradient recalled acquisition at steady state
CFTR	cystic fibrosis transmembrane regulator (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator)	GRE	gradient echo
CNS	centrální nervový systém	HA	kyselina hyaluronová
COX 2	cyklooxygenáza 2 = prostaglandin-endoperoxidsyntáza-2 (pohotovostní enzym s funkcí opravovat a bránit buňku)	HBD	human beta defensin
CR	komplementové receptory	HCD	horní dýchací cesty
CRP	C-reaktivní protein	HIV	human immunodeficiency virus
CRS	chronická rinosinusitida	HLA	human histocompatibility complex
CS	Churgův-Straussův syndrom	HRCT	high resolution CT (vysokorozlišovací CT)
CF	cystická fibróza (mukoviscidóza)	HRMR	high resolution MR (vysokorozlišovací MR)
CSF	faktor stimulující kolonie (cytokin)	HRQoL	health-related quality of life (zdraví – kvalita života pacienta)
CT	computer tomography (výpočetní tomografie)	HU	Hounsfieldova jednotka
CTC	CT cisternografie	CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
CW	continuous wave	i. v.	intravenózní
CY	cytochrom	ICAM-1	integrine cell adhesion molecule 1
CysLT	cysteinyl-leukotrienes	IFN	interferon (cytokin)
DC	dendritické buňky	IgA	imunoglobulin A
DCD	dolní dýchací cesty	IgE	imunoglobulin E
DCRS	dakryocystorinostomie	IgG	imunoglobulin G
DD	diferenční diagnóza	IgM	imunoglobulin M
DNA	deoxyribonukleová kyselina	IL	interleukin
DTH	delayed type hypersensitivity (oddálená přecitlivělost)	iNOS	indukovatelná syntáza oxidu dusnatého
EBM	evidence-based medicine	IR	inversion recovery
ECP	eozinofilní kationický protein obsažený v eozinofilních granulích poškozující epitel dýchacích cest	k. l.	kontrastní látka
		LB	lební baze
		LGL	large granular lymphocyte

LCH	histiocytóza z Langerhansových buněk	NP	nosní polypy
lig.	ligamentum	NC	navigovaná chirurgie
LT	leukotrien	N-CAM	nerve-cell adhesion molecule
M	morbus	NS	intranazální steroidy
m.	musculus	NSA	nesteroidní antirevmatika
MAC	membrane attack complex (konečný produkt komplementové kaskády působí lýzu a zničení buňky)	OEP	olfactory evoked potentials
MALT	mucous associated lymphoid tissue	OMJ	ostiomeatální jednotka
MBL	lektin vázající manózu	ORL	otorinolaryngologie
MBP	hlavní bazický protein obsažený v eozinofilních granulích	p. o.	per os
MC	mukociliární clearance	PAF	platelet activating factor
MCP	monocyte chemotactic protein (eozinofilní chemotraktor)	PAMP	patogen associated molekular patterns
MDCT	multidetektorová (multislice) CT	PAR	pereniální alergická rýma
mGy	miligray	PC	phase contrast
MHC	hlavní histokompatibilní komplex	PCD	primární ciliární dyskineze
MHz	megahertz	PCR	polymerase chain reaction
MIP	macrophage inflammatory protein (eozinofilní chemotraktor)	PD	proton denzní
MIST	minimally invasive sinus technique	PDGF	platelet derived growth factor (destičkový růstový faktor)
MMP7	proteiny matrix metaloproteinázy	PEES	pediatrická FESS
MP	mikroskopická polyangiitida	PG	prostaglandin
MPB	major basic protein	PGD2	prostagladnin
MPO	myeloperoxidáza	PIA	polysacharid intracellular adhesion
MR	magnetic resonance (magnetická rezonance)	PR	enzym proteináza
MRA	MR angiografie	QoL	quality of life (kvalita pacientova života)
mRNA	messenger ribonucleic acid	r.	ramus
MRS	MR spektroskopie	RANTES	regulated upon activation normal T cell expressed and secreted (eozinofilní chemotraktor)
MRSA	methicilin resistant Staphylococcus aureus	RARE	rapid acquisition with relaxation enhancement
n.	nervus	ROI	region of interest
n. I	olfactorius	RS	rhinosinusitida
n. II	opticus	RTG	konvenční rentgenografie
n. III	oculomotorius	RSV	respiračně syncytiální virus
n. IV	trochlearis	SAEs	enterotoxiny Staphylococcus aureus
n. IX	glossopharyngeus	SAg	superantigen
n. V	trigeminus	SAR	sezonní alergická rýma
n. VI	abducens	SCF	stem-cell factor (faktor kmenových buněk)
n. VII	facialis	SE	spin echo
n. VIII	statoacusticus	SIT	specifická imunoterapie
n. X	vagus	SNR	signal to noise ratio
n. XI	accessorius	SPA	sérový amyloidový protein
n. XII	hypoglossus	SPECT	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
NAAGA	n-acetyl-aspartyl glutamová kyselina (stabilizátory žírných buněk)	SPT	skin prick test
NADPH	nikotinamid adenin dinukleotid fosfát (oxydázový mikrobicidní systém využívající kyslík)	SRSA	slow reacting substance of anafylaxy
NARES	non allergic rhinitis with eosinophilia syndrome	STA	Staphylococcus aureus
NC	navigovaná chirurgie	sy	syndrom
NFB	nuclear factor kappa B	T1	(time) relaxační doba T1
NF-kappa B	nuclear factor kappa B (účastní se nukleární transkripce)	T1 W	T1 weighted image (T1 vážený obraz)
NK	natural killer cells (přirození zabíječi)	T2	(time) relaxační doba T2
NO	oxid dusnatý	T2 W	T2 weighted image (T2 vážený obraz)
		tbc	tuberkulóza
		TCR	komplex receptorů T lymfocytů (zajišťuje specifitu rozpoznávání antigenu)
		TE	time echo
		TF	table feet (posun stolu)
		TGF	transforming growth factor
		Th	T helper lymphocyte (podtřída pomocných

	T lymfocytů)	TSS	toxic shock syndrome
Th1	T lymfocyty podskupiny Th1	TSST	toxic shock syndrome toxin
Th2	T lymfocyty podskupiny Th2	v	véna
TIMP-1	tkáňový inhibitor matrix metaloproteinázy	VACM	vascular cell adhesion molecule (cévně buněčná adhezivní molekula)
TLR	toll-like receptor	VAS	visual analogue scale
TNF alfa	tumor nekrotizující faktor (cytosin, navozuje expresi jiných autokrinních růstových faktorů, protoonkogenů a indukuje signální dráhy vedoucí k proliferaci)	VDN	vedlejší dutiny nosní
TOF	time of flight	VJI	vena jugularis interna
TR	time repetition	VPF/VEGF	vascular permeability factor/vascular endothelial growth factor
TSE	turbo spin echo	WG	Wegenerova granulomatóza
		WHO	World Health Organisation

SEZNAM ZKRATEK V POPISU OBRAZŮ

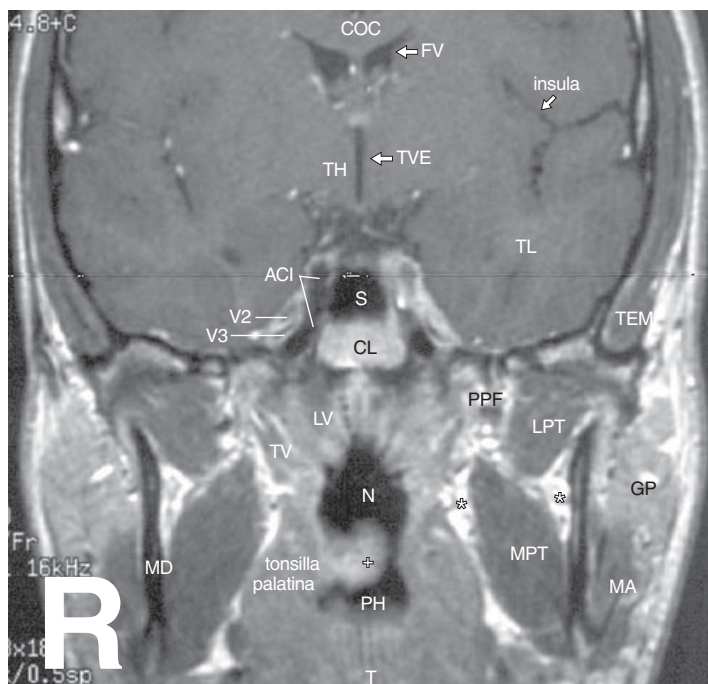
II	optic nerve (nervus opticus)	AW	anterior wall (paries anterior)
III	oculomotor nerve (nervus oculomotorius)	B	ethmoid bulla (bulla ethmoidalis)
IV	trochlear nerve (nervus trochlearis)	BA	basilar artery (arteria basilaris)
V1	ophthalmic nerve (nervus ophthalmicus)	BL	basal lamella (lamella basalis)
V2	maxillary, infraorbital nerve (nervus maxillaris, infraorbitalis)	BM	buccinator muscle (musculus buccinator)
V3	mandibular nerve (nervus mandibularis)	BV	basal vein (vena basalis)
VII	facial nerve (nervus facialis)	C	cochlea
VIII	vestibulocochlear nerve (nervus vestibulocochlearis)	C1	anterior arch of atlas (arcus anterior atlantis)
IX	glossopharyngeal nerve (nervus glossopharyngeus)	CI	cochlear first (basal) turn of the cochlea
X	vagus nerve (nervus vagus)	C2	body of axis (corpus axis)
XI	accessory nerve (nervus accessorius)	CII	cochlear second turn of the cochlea
XII	hypoglossal nerve (nervus hypoglossus)	CA	cochlear aqueduct (aquaeductus cochlearis)
A	mastoid antrum (antrum mastoideum)	CB	concha bullosa
AC	anterior clinoid process (processus clinoides anterior)	CC	common crus (crus commune)
ACA	anterior cerebral artery (arteria cerebri anterior)	CER	cerebellum
ACC	common carotid artery (arteria carotis communis)	CG	crista galli
ACE	external carotid artery (arteria carotis externa)	CL	clivus
ACF	anterior cranial fossa (fossa cranii anterior)	COC	corpus callosum
ACI	internal carotid artery (arteria carotis interna)	CON	confluens sinuum
ACM	medial cerebral artery (arteria cerebri media)	COR	coronoid process of the mandible (processus coronoideus mandibulae)
ACP	posterior cerebral artery (arteria cerebri posterior)	CP	cribriform plate (lamina cribriformis)
AE	anterior ethmoid cells (cellulae ethmoidales anteriores)	CS	cavernous sinus (sinus cavernosus)
AM	nerve and vasa alveolar mandibular (nervus et vasa alveolaris mandibulae)	DA	dens axis
AN	agger nasi cells (agger nasi cellulae)	DISC	articular disc (discus articularis)
AP	alveolar process (processus alveolaris)	DS	dorsum sellae
APA	ascending pharyngeal artery (arteria pharyngea ascendens)	E	ethmoid sinus (sinus ethmoidalis)
AS	anterior subarachnoid space (spatium subarachnoideale anterioris)	EA	ethmoid artery (arteria ethmoidalis)
		EAC	external auditory canal (meatus acusticus externus)
		EM	emissarium mastoideum
		EPI	epitympanum
		ET	Eustachian tube (tuba pharyngotympanica Eustachi)
		F	facial recess (recessus facialis)
		FA	facial artery (arteria facialis)
		FC	falciform crest (crista falciformis, transversa)
		FL	foramen lacerum

FM	foramen magnum	LF	lobus frontalis
FO	foramen ovale	LO	lamina orbitalis
FP	frontal process of the maxilla (processus frontalis maxillae)	LP	lateral pterygoid plate (lamina lateralis processus pterygoidei)
FR	fossa Rosenmüller (fossa Rosenmülleri)	LPF	lesser palatine foramina (foramina palatina minora)
FRO	foramen rotundum	LPM	levator palpebrae superioris muscle (musculus levator palpebrae superioris)
FS	frontal sinus (sinus frontalis)	LPT	lateral pterygoid muscle (musculus pterygoideus lateralis)
FSP	foramen spinosum	LR	lateral rectus muscle (musculus rectus lateralis)
FV	fourth ventricle (ventriculus quartus)	LS	lacrimal sac (saccus lacrimalis)
G	globe (globus)	LSC	lateral semicircular canal (canalis semicircularis lateralis)
GF	geniculate fossa (fossa geniculatum)	LSR	lateral superior recess (recessus lateralis superior)
GG	geniculate ganglion, anterior genu (ganglion geniculatum)	LT	lobus temporalis
GP	greater palatine canal, nerve (canalis, nervus palatinus major)	LV	levator veli palatini muscle (musculus levator veli palatini)
GW	greater wing of the sphenoid bone (ala major ossis sphenoidalis)	LVE	lateral ventricle (ventriculus lateralis)
HC	Haller cells (cellulae Halleri)	LW	lesser wing of the sphenoid bone (ala minor ossis sphenoidalis)
H	hypotympanum	M	maxillary sinus (sinus maxillaris)
HM	head of the malleus (capitulum mallei)	MA	masseter muscle (musculus masseter)
HP	hard palate (palatum durum)	MC	mandibular condyle (condylus mandibulae)
HS	hiatus semilunaris	MCF	middle cranial fossa (fossa cranii media)
HY	hypophysis	MD	mandibula
CH	chiasma opticum	ME	mesotympanum
I	incus	MEF	mental foramen (foramen mentale)
IAC	internal auditory canal (meatus acusticus internus)	MES	mesencephalon
IC	incisive canal (canalis incisivus)	MIA	malleoincudal articulation (articulatio incudomallearis)
ICE	inferior cerebellar vein (vena cerebellaris inferior)	MM	middle meatus (meatus nasi medius)
IMA	internal maxillary artery (arteria maxillaris)	MMA	middle meningeal artery (arteria meningea media)
IM	inferior meatus (meatus nasi inferior)	MO	medulla oblongata
IN	infundibulum	MP	medial pterygoid plate (lamina medialis processus pterygoidei)
IOF	inferior orbital fissure (fissura orbitalis inferior)	MPT	medial pterygoid muscle (musculus pterygoideus medialis)
IPS	inferior petrosal sinus (sinus petrosus inferior)	MT	middle turbinate (concha nasi media)
IS	incudostapedial articulation (articulatio incudostapedialis)	N	nasopharynx
IT	inferior turbinate (concha nasi inferior)	NL	nasolacrimal duct (ductus nasolacrimalis)
ITF	infratemporal fossa (fossa infratemporalis)	NM	neck of the malleus (collum mallei)
IVN	canal for inferior vestibular nerve (canalis nervi vestibularis inferioris)	NR	nasofrontal recess (recessus nasofrontalis)
JB	jugular bulb (bulbus venae jugularis)	NS	nasal septum (septum nasi)
JF	jugular fossa, foramen (fossa, foramen jugularis, -e)	NV	trigeminal nerve (nervus trigeminus)
JS	jugular spina (spina jugularis)	O	orbit (orbita)
JT	jugular tubercle (tuberculum jugulare)	OA	ophthalmic artery (arteria ophthalmica)
L	lacrimal fossa (fossa lacrimalis)	OC	Onodi cells (cellulae Onodi)
LA	lingual artery (arteria lingualis)	OCA	occipital artery (arteria occipitalis)
LAB	labyrinthal artery (arteria labyrinthi)	OCC	occipital condyle (condylus occipitalis)
LB	skull base (basis cranii)	OI	obliquus inferior muscle (musculus obliquus inferior)
LC	longus capitis muscle (musculus longus capitis)	OMJ	ostiomeatal unit
LENS	lens	OMS	occipitomastoid suture (sutura)
LER	lateral epitympanic recess, Prussak's space (recessus epitympanicus lateralis Prussaki)		

	occipitomastoidea)		
OP	occipital protuberance (protuberantia occipitalis)	SPC	spinal cord (medulla spinalis)
OS	obliquus superior muscle (musculus obliquus superior)	SPF	sphenopalatine foramen (foramen sphenopalatinum)
OW	oval window (fenestra ovalis)	SPI	short process of incus (crus breve incudis)
P	pyramida of the petrous bone (pyramis ossis petrosi)	SPP	spinous process (processus spinosus)
PC	posterior clinoid process (processus clinoides posterior)	SPR	sphenoethmoidal recess (recessus sphenoethmoidalis)
PCF	posterior cranial fossa (fossa cranii posterior)	SPS	sphenoparietal sinus (sinus sphenoparietalis)
PE	pyramidal eminence (eminentia pyramidalis)	SPSI	superior petrosal sinus (sinus petrosus superior)
PET	posterior ethmoid cells (cellulae ethmoidales posteriores)	SR	supraorbital recess (recessus supraorbitalis)
PF	pterygoid fossa (fossa pterygoidea)	SS	sphenosquamosal suture (sutura sphenosquamosa)
PG	parotid gland (glandula parotis)	SSC	superior semicircular canal (canalis semicircularis superior)
PGE	posterior genu (genu posterior)	SSS	superior sagittal sinus (sinus sagittalis superior)
PH	pharynx	ST	superior turbinate (concha nasi superior)
PI	petrous inferior sinus (sinus petrosus inferior)	STA	superior thyroid artery (arteria thyreoidea superior)
PIC	posterior inferior cerebellar artery (arteria cerebellaris posterior inferior)	STM	sternocleidomastoid muscle (musculus sternocleidomastoideus)
PN	pars nervosa of the jugular foramen (pars nervosa foraminis jugulare)	STY	styloid process (processus styloideus)
PONS	pons Varoli	SVN	canal for superior vestibular nerve (canalis nervi vestibularis superioris)
PPF	pterygopalatine fossa (fossa pterygopalatina)	T	tongue
PR	cochlear promontory (promontorium)	TA	superficial temporal artery (arteria temporalis superficialis)
PS	petrooccipital synchondrosa (synchondrosis petrooccipitalis)	TEG	tegmen tympani
PSC	posterior semicircular canal (canalis semicircularis posterior)	TEM	temporal muscle (musculus temporalis superficialis)
PV	pars vascularis of the jugular foramen (pars vascularis foraminis jugulare)	TF	temporal fossa (fossa temporalis)
R	sphenoid rostrum (rostrum sphenoidale)	TG	trigeminal ganglion (ganglion trigemini)
REC	rectus sinus (sinus rectus)	TH	thalamus
RL	rectus lateral muscle (musculus rectus lateralis)	TIP	mastoid tip (processus mastoideus)
RM	rectus medial muscle (musculus rectus medialis)	TL	temporal lobe (lobus temporalis)
RV	retromandibular vein (vena retromandibularis)	TM	tympanic membrane (membrana tympani)
RW	round window, niche (fenestra rotundum)	TRF	transvers foramen (foramen transversarium)
S	sphenoid sinus (sinus sphenoidalis)	TS	transvers sinus (sinus transversus)
SC	scutum	TTM	tensor tympani muscle (musculus tensor tympani)
SH	semilunar hiatus (hiatus semilunaris)	TV	tensor veli palatini muscle (musculus tensor veli palatini)
SIG	sigmoid sinus (sinus sigmoideus)	TVE	third ventricle (ventriculus tertius)
SIN	sinus tympani (sinus tympani)	U	uncinate process (processus uncinatus)
SM	scalene muscle (musculus scalenus)	V	vomer
SMF	stylomastoid foramen (foramen stylomastoideum)	VA	vertebral artery (arteria vertebralis)
SO	superior oblique muscle (musculus obliquus superior)	VC	pterygoid, Vidian canal (canalis pterygoideus Vidiani)
SOF	superior orbital fissure (fissura orbitalis superior)	VE	vestibule (vestibulum)
SP	soft palate (palatum mole)	VJI	internal jugular vein (vena jugularis interna)
		VL	vein of Labbé (vena Labbé)
		Z	zygoma (processus zygomaticus)

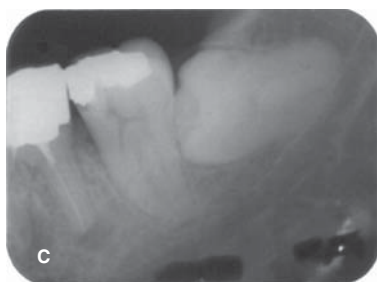
USPOŘÁDÁNÍ OBRAZŮ

Všechny obrázky a topograficko-anatomická schémata mají shodné značení s následujícím snímkem:



A T1 W postkontrastní MR obraz – koronární rovina

Obr. 7.75 A Corpus callosum (COC), IV. (FV) a III. (TVE) mozková komora, thalamus (TH), temporální lalok (TL), klínová dutina (S), clivus (CL), vertikální úsek ACI, n. maxillaris (V2), n. mandibularis (V3), m. temporalis (TEM), nosohltan (N), uvula (+), hltan (PH), jazyk (T), m. tensor (TV) a levator (LV) veli palatini, mandibula (MD), fossa pterygopalatina (PPF), m. pterygoideus lateralis (LPT) a medialis (MPT), corpus adiposum buccae (*), m. masseter (MA), glandula parotis (GP)



Obr. 3.22 C Tři základní polohy retinovaných zubů moudrosti: vertikální, šikmá a horizontální poloha

Stranové označení obrazů je stejné jako při pohledu na pacienta (R – right).

Pořadí obrazů A až F je značeno v popisu pod obrazem vlevo (viz horní obraz) nebo v pravém dolním rohu obrazu (viz dolní snímek).

Druh zobrazení a rovina pohledu jsou vyznačeny kurzivou v popisu pod obrazem vlevo.

Číslování obrazů:

- Číslo 7 odpovídá příslušné kapitole obsahu
- Číslo 75 znamená číslo obrazu v dané kapitole

Popis obrazu následuje za jeho očíslováním.

Zkratky na snímcích jsou voleny převážně z angličtiny a jsou v textu u každého obrázku vysvětleny. Přesný popis jednotlivých zkratk v angličtině a v latině je v kapitole *Seznam zkratk v popisu obrazů*.

PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme Ing. J. Hodanovi za zpracování videoendoskopických nálezů.

Poděkovat bychom chtěli také kolektivu zaměstnanců Radiodiagnostického oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze a Nemocnice v Jindřichově Hradci za obětavou spolupráci při pořizování obrazové dokumentace.

MUDr. M. Zatloukalové děkujeme za korekturu anglických lékařských termínů.

Doc. prim. MUDr. M. Samešovi, CSc., a MUDr. P. Vachatovi, Ph.D., z Neurochirurgického oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem děkujeme za příspěvek ke kapitole Navigovaná chirurgie.

Náš dík náleží doc. MUDr. P. Komínkovi, Ph.D., MBA, přednostovi Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku FN v Ostravě, za zapůjčení snímků rinolitu a dakryocystografií.

Primáři MUDr. P. Lhotákovi a kolektivu spolupracovníků z Radiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., děkujeme za svolení k prezentaci některých obrazů CT a MR.

Prim. MUDr. P. Pavlíčkovi a MUDr. M. Svobodovi z Otorinolaryngologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., děkujeme za poskytnutí snímků navigace při operaci estezienceuroblastomu a skenů CT a MR meningoencefalokély klínové dutiny.

Děkujeme prim. MUDr. P. Střihavkovi ze Stomatologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., za zapůjčení snímků Wegenerovy granulomatózy čelisti.

Děkujeme firmě SIEMENS a MUDr. J. Novotnému ze ZRIR IKEM za svolení prezentovat některé snímky MDCT.

Naše poděkování náleží také kolegům z Krajské nemocnice Pardubice, prof. MUDr. V. Chrobokovi, CSc., Ph.D., z Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku a prim. MUDr. D. Spitzerovi z pracoviště Multiscan, s. r. o. – Radiodiagnostické centrum, za poskytnutí snímků trombózy sigmoidního splavu.

Ing. E. Markalousovi, bratru autora, patří naše díky za zhotovení části kreseb topograficko-anatomických a pomoc s výpočetní technikou.

Ivetě Kalinové děkujeme za provedení části kreseb topograficko-anatomických obrazů.

V neposlední řadě bychom chtěli poděkovat lektorům prof. MUDr. Janu Betkovi, DrSc., a doc. MUDr. Janu Vokurkovi, CSc.

Bohumil Markalous

PŘEDMLUVA

Záněty dýchacích cest jsou závažným a narůstajícím zdravotním problémem s rozsáhlými ekonomickými důsledky pro společnost ve vyspělých zemích. Chronická rinosinusitida je jedním z nejčastějších chronických onemocnění v těchto oblastech. Nové poznatky základního výzkumu přispěly k lepšímu porozumění řady chorobných dějů na úrovni molekulární biologie. O výrazném vzestupu počtu studií a publikací o rinosinusitidách svědčí údaj, že se počet randomizovaných studií v posledních šesti letech vyrovnává počtům až dosud publikovaných sdělení.

Evropská rinologická společnost (ERS) předložila na podkladě těchto nových poznatků a přehodnocení dosavadních léčebných standardů již 3. vydání Evropského doporučeného postupu v diagnostice a terapii rinosinusitidy a nosních polypů se zkratkou EP³OS 2007 (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps), publikované v časopise *Rhinology*. Tento materiál vznikl ve spolupráci s Evropskou akademií alergologie a klinické imunologie (EAACI). Ta vydala v časopise *Allergy* v roce 2008 obdobný dokument ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma). Oba tyto materiály jsou prezentovány na podkladech medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine), obsahují řadu citací z posledních let (EPOS 1 112, ARIA 2 241 citací) a shrnují řadu meta-analýz.

Komentář k závěrům dokumentů EP³OS, ARIA i výsledkům studií medicíny založené na důkazech jsme omezili tak, aby čtenáře inspirovaly k zamyšlení nad problematikou a limity současného vědeckého poznání a obtížností jeho realizace v praxi. Volba a způsob příslušné diagnostiky a léčby závisí na politicko-ekonomických okolnostech v daném regionu a na klinických nálezech, individuálně případ od případu. Pacienti nestonají podle učebnic a nelze všechny léčit podle doporučených standardů diagnostiky a léčby založených na důkazech. Na druhé straně budou lékaři i v budoucnu nadále ostražiti na tvrzení, která jsou bez podpory prospektivní, dostatečně ověřené randomizované klinické studie.

V naší republice ani na Slovensku dosud není specializovaná monografie zabývající se rinosinusitidami, a proto jsme se pokusili shrnout současné literární údaje a případně je doplnili o vlastní zkušenosti. Z ryze pragmatických důvodů (aby byla kniha přehlednější a „čtivější“) jsme většinou neuváděli v textu citace autorů prezentovaných v dokumentech EPOS a ARIA, protože bychom museli vložit více než tisíc těchto odkazů. Oba tyto materiály jsou volně dostupné na internetu, viz webové stránky v závěru knihy.

Dílo se skládá ze dvou částí, které se prolínají. V první se poukazuje na současnou klasifikaci, epidemiologii, fyziologii a patofyziologii, standardy diagnostiky a léčby rinosinusitid. Čerpáno je zejména z uvedených dvou dokumentů.

Druhá část monografie je převzata z druhého vydání monografie *Zobrazení hlavy* autorů Charvát, Markalous a kol., vydané v roce 2006 nakladatelstvím Triton v Praze. Obsahuje topograficko-anatomická schémata, rentgenovou a magnetickou rezonancí zobrazenou anatomii a základní patologické stavy včetně indikace a porovnání zobrazovacích možností jednotlivých metod v korelaci s klinickým obrazem. Většina publikovaných vyobrazení byla klinicky i operačně ověřena.

Monografie má 404 strany A4 formátu, obsahuje 78 tabulek, 19 schémat a celkem 542 obrazů, z nichž 465 tvoří snímky různých zobrazovacích metod a 79 představují topograficko-anatomické kresby. 78 těchto schémat, převážně z prvního vydání knihy *Zobrazení hlavy*, namaloval prof. MUDr. Ervín Černý, DrSc., emeritní přednosta Otorinolaryngologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze, jeden z hlavních představitelů československé otorinolaryngologie s mezinárodním věhlasem v 60. až 80. letech minulého století.

Popisky i grafickou úpravu obrazů a kompozici obrazových stránek včetně zhotovení barevných fotografií vytvořil Bohumil Markalous.

Monografie je určena pro širokou lékařskou veřejnost, zejména pro otorinolaryngology, alergology a imunology, oftalmology, stomatochirurgy, pneumology, praktické lékaře, pediatri a radiology. Užitečnou se stává i pro studující medicíny a středních zdravotnických škol.

Bohumil Markalous

1 ANATOMIE

1.1 VÝVOJOVÉ POZNÁMKY

U šestitýdenního embrya lze rozlišit primitivní patro, oronazální membránu a základ etmoidální kosti v laterální stěně, ve které se vytváří prohlubeň, tzv. *paleosinus*. V něm se zakládá pět lamel a čichové sklípky, které se vtlačují do sousedních kostí a dávají tak vznik všem ostatním vedlejším nosním dutinám (VDN).

Z lamel vznikají tyto útvary

- Ucinátní výběžek
- Etmoidální bula
- Střední nosní skořepa
- Horní a nejhořejší (suprema) skořepa

Z čichových sklepů se utvářejí následující dutiny

- Čelní dutina
- Čelistní dutina
- Klínová dutina

Pneumatizace se vytváří interakcí sliznice a kostní spongiózy. Z poruch pneumatizace vychází i vysvětlení některých *variací VDN*. Vmezežením, vtlačněním dvou a více sklípků na místo jednoho vzniká:

- *Hallerův sklípek* (jeden či skupina) mezi čelistní dutinou a spodinou očnice mediálně od n. infraorbitalis
- *Frontálně rozdělená čelistní dutina*
- Zdvojení čelní dutiny tzv. *frontoetmoidální sklep (bula)*
- Zdvojení klínové dutiny tzv. *sferoetmoidální sklep (bula)*
- *Onodiho sklep* – nad klínovou dutinou v pokračování zadních etmoidů (zdvojená pneumatizace klínové dutiny). Hyperpneumatizovaný obkružuje n. II

Nadměrná pneumatizace dává vznik i dalším strukturám

- *Pneumatizovaná*
 - Crista galli
 - Lamina perpendicularis etmoidální kosti (nosní septum)
 - Intersinózní přepážka v klínové dutině (pokračování pneumatizace nosního septa)
 - Malá a velká křídla klínové kosti
 - Pterygoidní výběžky
 - Přední a zadní klinoidální výběžky

- *Bulózní*
 - Střední skořepa
 - Horní skořepa
 - Uncinátní výběžek

Čichové sklepy mají klíčovou roli ve fyziologii i v patologii horních dýchacích cest, což je jedním ze základních principů funkční endoskopické endonazální chirurgie (FESS). Předoperační CT ozřejmí možné variace v rozvoji VDN, jejichž rozpoznání má zásadní význam jak pro sanaci všech patologicky změněných sklepů, tak i pro orientaci o důležitých anatomických strukturách.

Postnatální vývoj

Věková hranice vzniku a rozvoje pneumatizace, stejně jako ukončení definitivního tvaru VDN se v posledních desetiletích snižuje (viz tabulku 1.1). Radiologické studie potvrzují, že rozvoj pneumatizace akceleruje mezi 1. až 5. rokem věku a po 10. až 12. roce má většina paranasálních dutin téměř definitivní tvar i velikost. Znalost rozvoje VDN umožňuje lépe korelovat klinické a radiologické nálezy u dětí do 12 let, které jsou vyšetřovány pro rinosenogenní choroby. V případě dlouhodobých závažných obtíží u dětí mladších než 12 let je nezbytné před plánováním FESS opakovat CT, lépe však MR alespoň v intervalu jednoho roku.

1.2 NOSNÍ DUTINA A LATERÁLNÍ NOSNÍ STĚNA

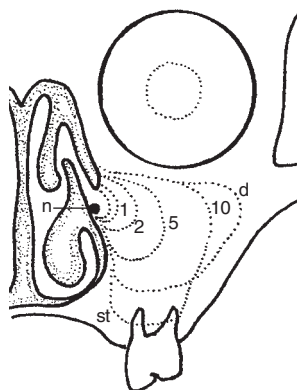
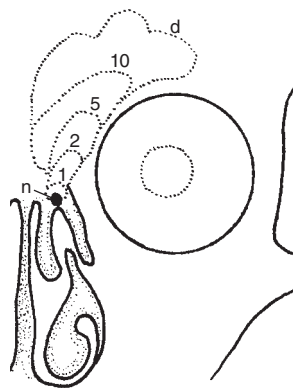
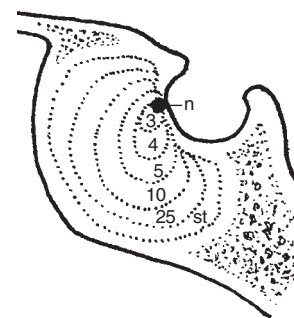
Nosní dutina

Apertura piriformis je utvářena frontálními výběžky maxil a nosními kůstkami.

Choany ohraničuje kraniálně tělo klínové kosti, po stranách mediální ploténka pterygoidního výběžku a kauzálně patrová kost.

Tabulka 1.1 Vývoj, objem a hypoplazie VDN

VDN	tvar u novorozence	postnatální vývoj	dospělost	
			objem (ml)	hypoplazie (%)
čichové sklepy	hrášek	4 až 17 sklípků (nejčastěji 10 až 15), prudký rozvoj mezi 1.–4. rokem, po 12. roce je velikost téměř jako u dospělých	8–10	neuveдено
čelistní dutina	hrášek	do 8 let definitivní tvar včetně recesů	16–20	5–20
čelní dutina	nevytvořena	vzniká mezi 1.–5. rokem věku, variabilní tvar i velikost, asymetrie intersinózního septa	5–30	2–35
klínová dutina	hrášek	pneumatizace bývá ukončena okolo 10 let, typ preselární, selární a konchální, asymetrie intersinózního septa	5–20	2,5

Obr. 1.1 Vývoj čelistní dutiny
Novorozenci (n), 1, 2, 5, 10 let,
dospělí (d). Staří jedinci (st)Obr. 1.2 Vývoj čelní dutiny
Novorozenci (n), 1, 2, 5, 10 let,
dospělí (d)Obr. 1.3 Vývoj klínové dutiny
Novorozenci (n), 3, 4, 5, 10, 25 let.
Staří jedinci (st)

Strop nosní dutiny je tvořen nosními kůstky, čelní kostí, kribriformní ploténkou čichové kosti a tělem klínové kosti.

Spodinu vytváří premaxila (os incisivum), patrový výběžek maxily a horizontální ploténka patrové kosti. V přední části sutura palatina mediana je *foramen incisivum* (viz obr. 1.21 s. 40 a 1.73 s. 65) vedoucí kanálkem do nosní dutiny. Obsahuje n. nasopalatinus přicházející spolu s tepénkou po nosní přepážce.

Zadní kostěný okraj septa utváří lamina perpendicularis čichové kosti a vomer. Vomer končí kranálně na výběžku klínové kosti při rostrum sphenoidale, kaudálně se spojuje se spina nasalis posterior maxillae. Septum může pneumatizovat samostatně nebo přechází kranálně v pneumatizaci crista galli a dorzálně v intersinózní septum klínové dutiny.

Lamina cribrosa obsahuje 15 až 20 otvorů pro vlákna n. I. Leží ve variabilní výši vzhledem k úrovni stropu čichových sklepů, zpravidla leží níže. Vztah je významný pro možné iatrogenní poškození rinobaze při endoskopických operacích viz odd. 23 s. 294.

Crista galli je vertikální extenzí perpendikulární ploténky čichové kosti nad kribriformní laminu v přední jámě lební. Tvrdá plena mozková je pevně srostlá s kristou.

Area olfactoria (čichová oblast – horní část nosní přepážky a mediální horní porce střední skořepy) je vyjma onkologické léčby pro rinochirurga nedotknutelná, neboť při jejím poranění může vzniknout likvoreia. Fila olfactoria jsou doprovázena mozkovými obaly, a tudíž i likvorovými prostory i pod úrovní kribriformní ploténky v nosní

dutině. Na filamentech v čichové oblasti byla prokázána arachnoidea. Tento nazomeningeální trakt vede i podél krevních a lymfatických cév, které procházejí skrz lamina cribrosa.

Laterální nosní stěna

Laterální kostěnou stěnu utváří odpředu dozadu: frontální výběžek a tělo maxily, slzná kost, dolní nosní skořepa, vertikální ploténka patrové kosti a mediální ploténka pterygoidního výběžku klínové kosti.

Tři konchy (výjimečně i čtvrtá – suprema) probíhají sagitálním směrem. Dvě horní jsou součástí čichové kosti, s níž souvisejí vysoko při lamina cribrosa v její laterální části. Dolní skořepa je samostatná kost a zasahuje více dopředu.

Nazolakrimální duktus ústí pod přední částí dolní skořepy v dolním nosním průduchu.

Sfenoetmoidální reces je mezi horní skořepou a kribriformní ploténkou, dorzálně pak pokračuje ke klínové kosti, mediální hranicí je nosní septum. Drénují do něho zadní čichové sklípky a klínová dutina.

Incisura sphenopalatina (mezi orbitálním a sfenoidálním výběžkem svislé ploténky patrové kosti) je uzavřena připojením k lební bazi (LB) ve *foramen sphenopalatinum*. Otvor leží těsně za zadním okrajem střední skořepy na laterální nosní stěně; obsahuje a. sphenopalatina (větve a. maxillaris) a nn. nasales posteriores superiores. Prostřednictvím foramen sphenopalatinum je nosní dutina

propojena s *fossa pterygopalatina* (viz odd. 2.57 s. 57 až obr. 1.61 s. 59, obr. 1.81 s. 69 až 1.83 s. 70).

Bazální lamely

Každá etmoidální skořepa má mediální část, která je viditelná v nosní dutině a část laterální, kterou je ukotvena na laterální nosní stěně. Tato část se označuje jako *bazální lamela* (základní lamela, ground lamela, Ursprungslamelle). Zpravidla bývají lamely konstantní, a představují tak důležité orientační body při operaci. Mohou být dehiscentní i bulózní.

Druhy bazálních lamel

- Lamely ve frontální rovině
 - Střední skořepa (viz obr. 1.46 s. 51 a 1.83 s. 70)
 - Horní skořepa
 - Nejhořejší skořepa
- Lamela v sagitální rovině
 - Uncinátní výběžek

Střední lastura

Podle připojení k LB a laterální nosní stěně se dělí střední lastura na tři části:

- *Svislá přední ploténka* střední skořepy je volná, leží paramediálně v sagitální rovině. Kotví se k laterálnímu okraji kribriformní ploténky. Její nalomení nebo odtržení vede k perforaci do přední jámy lební a eventuální ztrátě čichu
- *Střední část* střední lastury se nazývá *bazální lamela* a vzniká rotací přední části skořepy do koronární roviny. Odděluje přední a zadní čichové sklepy, kde utváří zadní stěnu etmoidální buly. Částečně se upíná na lamina papyracea nebo maxilu
- *Zadní oddíl* skořepy leží horizontálně a připojuje se na laterální stěnu nosní (lamina papyracea nebo maxila a svislá ploténka patrové kosti). Těsně za zadním okrajem ukotvení střední skořepy je *foramen sphenopalatinum*

Ostiomeatální jednotka (ostiomeatální komplex, OMJ, viz obr. 1.41 a 1.42 s. 49)

OMJ je klíčovou oblastí, do níž ústí skupina předních VDN (čelní, čelistní a přední čichové dutiny). Je ohraničena střední skořepou mediálně, lamina papyracea laterálně, bazální lamelou střední skořepy kranálně a dorzálně. Dopředu a dolů OMJ komunikuje s nosním nitrem. Definice OMJ není jednotná.

Nověji se tento prostor nazývá *přední OMJ* na rozdíl od *zadní OMJ* (dorzálně od bazální lamely), kam drénují zadní čichové sklepy a klínová dutina. Toto rozdělení je důležité pro fyziologii i patologii a volbu rozsahu etmoidektomie.

Anatomické útvary přední OMJ

- Sklípky agger nasi
- Uncinátní výběžek
- Frontální reces
- Hiatus semilunaris, infundibulum
- Etmoidální bula
- Přední čichové sklepy

Agger nasi

(viz obr. 1.35 s. 47, 21.8 s. 257)

Jde o návalek kosti frontálního výběžku maxily nad a před předním úponem střední skořepy. Je-li pneumatizován, tvoří nejpřednější čichové sklípky. Těsně před agger nasi je sutura s os lacrimale a *fossa lacrimalis* se slzným vakem a kaudálně směřujícím slzovodem. Vztah je významný pro možné šíření zánětu (vzhledem k tenké slzné kosti) jak z etmoidů zevně, tak i mediálně do VDN při dakryocystitidě. Frontální reces, nazolakrimální duktus a agger nasi leží společně v jedné koronární rovině (viz obr. 2.24 s.74). Jestliže agger nasi není pneumatizován, jsou frontální reces i slzný vak laterálně od agger.

Uncinátní výběžek

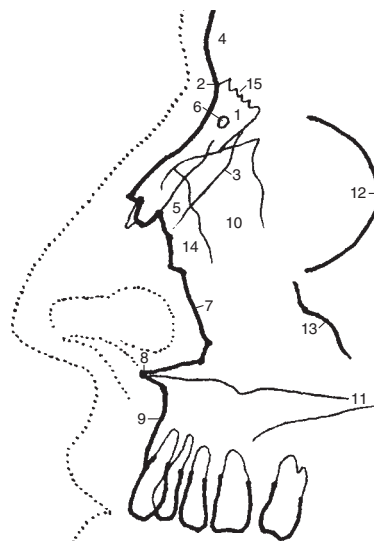
(viz obr. 1.40 s. 48 až 1.42 s. 49 a 1.67 L s. 63)

Tento útvar formuje přední a mediální stěnu etmoidálního infundibula. Má přibližně tvar písmene L (bumerangu). Delší je vertikální část, kratší část horizontální, jež se spojuje s etmoidálním výběžkem dolní lastury asi 1 cm dorzálně od nazolakrimálního duktu. Rozděluje tak fontanelu na přední a zadní část.

Uncinátní výběžek se odstraňuje při vytváření supraturbínální antrostomie (viz odd. 21 s. 237).

Frontální reces (infundibulum frontale)

Frontální výběžek dává vznik pneumatizaci čelní dutiny, která do něho ústí (viz odd. 22.12 s. 290) nejčastěji v anterosuperiorní oblasti recesu. Mediální hranicí je horní přední část střední skořepy a laterálně je reces



Obr. 1.4 Bočná projekce nosních kůstek: 1 – os nasale, 2 – radix nasi, 3 – sutura na somaxil laris, 4 – os frontale, 5 – sulcus ethmoidalis, 6 – foramen nasale, 7 – okraj apertura piriformis, 8 – spina nasalis anterior, 9 – processus alveolaris maxillae, 10 – processus frontalis maxillae, 11 – palatum durum, 12 – margo infraorbitalis, pars zygomatica, 13 – okraj os zygomaticum, 14 – septum nasi osseum (přední okraj), 15 – sutura frontonasalis

ohraničen lamina papyracea (orbitalis) ossis ethmoidalis. Zadní stěna je variabilní v závislosti na úponu etmoidální buly. Jestliže se přední stěna buly upíná na strop etmoidů, je současně zadní stěnou frontálního recesu, a ten je tak oddělen od laterálního sinu. Protože však je úpon přední stěny buly na stropu etmoidů většinou nekompletní nebo chybí, propojuje se frontální reces častěji s laterálním sinem.

V závislosti na úponu uncinátního výběžku se otevírá frontální reces do středního nosního průchodu nebo do etmoidálního infundibula.

Velikost frontálního recesu je závislá na rozvoji pneumatizace etmoidální buly a sklípků agger nasi.

Laterální sinus (recessus suprabullaris et retrobullaris, viz obr. 22.9 B s. 280)

Laterální sinus je variabilní štěrbina, která leží kranálně a dorzálně od etmoidální buly. Nachází se mezi lamina papyracea a střední skořepou. Dorzálně může extendovat mezi bazální lamelu střední lastury a vpředu je propojen s frontálním recesem nebo bývá separován etmoidální bulou.

Hiatus semilunaris

Jde o štěrbinu ohraničenou vpředu výstupkem uncinátního výběžku (je těsně za agger nasi) a dorzálně etmoidální bulou. V hiatu ústí vpředu přímo nebo skrz etmoidální sklípek nazofrontální duktus v malém rozšíření *infundibulum frontale* (frontální reces). Asi uprostřed délky hiátu je druhé rozšíření, *infundibulum ethmoidale*, do něhož ústí ostium maxillare, někdy krátkým kanálkem.

Bulla ethmoidalis

(viz obr. 1.39 s. 48 až 1.43 s 50, 1.67 K s. 63 a 1.83 s. 70)

Etmoidální bula představuje *největší a téměř konstantně se vyskytující přední čichový sklep*, který dorzálně ohraničuje semilunární hiatus. Je překryta mediálně a částečně i vpředu střední skořepou a laterálně vpředu uncinátním výběžkem. Tvoří důležitý orientační útvar pro vstup do čichových sklepů (viz FESS – etmoidektomie). Pod ní a dále dorzálně je zadní fontanela, skrz niž ústí přídavná ostia čelistní dutiny.

Etmoidální bula je sklípek, který *zaujímá celou šíři čichových sklepů*, mediálně od střední skořepy až po orbitální lamina papyracea. Představuje tak nejzazší mediální i laterální chirurgickou hranici při etmoidektomii.

Hyperpneumatizovaná bula je v kontaktu se střední lasturou a může zhoršovat drenáž OMJ a být zdrojem kontaktní bolesti.

Zadní stěna buly bývá totožná s bazální lamelou střední lastury nebo je od ní oddělena zadní částí laterálního sinu.

Horní stěna buly dosahuje ke stropu etmoidů a k zadní stěně frontálního recesu. Zpravidla těsně před ní probíhá horizontálně a. ethmoidalis anterior. Obě jmenované struktury tvoří dorzální (nejzazší) hranici při vytváření frontální sinusotomie a současně dorzální ohraničení čelní dutiny vzhledem k mozku. Někdy je horní stěna separována od stropu čichových sklepů laterálním sinem.

1.3 PARANAZÁLNÍ DUTINY

Čichové sklípky

Tvar, velikost a množství čichových sklípků jsou variabilní.

Anatomické i chirurgické hranice etmoidálního labyrintu:

Laterálně leží lamina papyracea (bývá dehiscentní), která je mediální stěnou orbity. Mírným tlakem zevně na oční bulbus dochází v endoskopickém pohledu při etmoidektomii k vyklenování lamina papyracea (manévr se užívá pro orientaci).

Mediální hranicí je střední a částečně i horní skořepa. Kaudálně a laterálně od střední lastury je střední nosní průchod a inferolaterálně od horní skořepy je horní nosní průchod. Přístup mediálně skrz střední lasturu při stropu etmoidů, stejně jako mediokranálně, je zapovězen pro riziko nejčastěji zde vznikajících iatrogenních perforací rinobaze (olfaktorní bulbus, čelní mozkový lalok) s likvoreou při intranazálních operacích.

Stropem (*fovea ethmoidalis* – strop čichových sklepů po provedené etmoidektomii) je v předních dvou třetinách velmi tenká lamina interna ossis frontalis (časté dehiscece), k níž pevně lne tvrdá plena mozková. Dorzálně je horní stěna etmoidů tlustší, ale i v ní mohou být dehiscece. Ostřejší zakřivení přední jámy lební na přechodu zadních čichových sklepů v klínovou dutinu je příčinou možných iatrogenních perforací LB při sferoetmoidektomii.

Horní stěna čichových sklepů bývá umístěna výše nad úrovní lamina cribrosa, a to až o 17 mm (viz *lamella lateralis laminae cribriiformis* str. 104). Fragilní je zejména horní mediální část se vstupem přední etmoidální tepny.

Klasifikace čichových sklepů

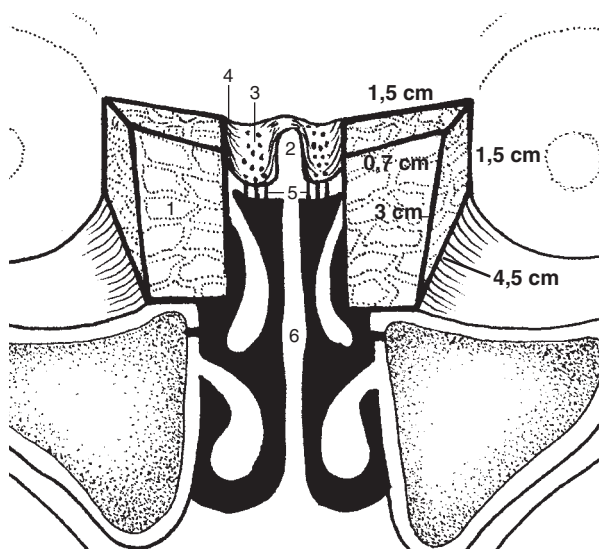
Přední sklípky jsou odděleny od zadních bazální lamelou (ground lamela) střední skořepy.

- *Přední sklípky drénují* společně s čelistní a čelní dutinou do středního nosního průduchu v OMJ. Jsou početnější a menší než zadní sklepy, tvoří se ve více etážích jak v předozadním, tak i ve svislém směru
- *Zadní čichové sklepy ústí* do horního nosního průchodu. Jsou méně početné a objemnější než přední sklípky, nejzazší sklep bývá jediný a nejobemnější

Pro rinochirurga jsou důležité všechny skupiny sklípků, které si i navzdory velké variabilitě ponechávají určité pravidelné uspořádání.

Čelistní dutina (antrum Highmori)

Spodina maxilárního sinu leží u dospělého asi 5 mm pod úrovní dna nosní dutiny; u novorozenců může být naopak výše. Do dutiny mohou zasahovat zubní kořeny (predispozice odontogenních sinusitid při kariézním chrupu, riziko oroantrální komunikace při extrakcích).



Obr. 1.5 Čichové sklípky

1 – cellulae ethmoidales, 2 – crista galli, 3 – lamina cribrosa, 4 – lamella lateralis ossis cribriformis, 5 – fila olfactoria, 6 – lamina perpendicularis ossis ethmoidalis

Strop tvoří spodní stěnu orbity, přibližně uprostřed je prominence n. infraorbitalis, jehož kanálek může být dehiscenční.

Zadní stěna sousedí s fossa pterygopalatina.

Recesy čelistní dutiny: alveolární, zygomatický, superomedialní (DD na axiálním snímku CT od velkých čichových sklepů, viz obr. 1.83 s. 70 a 23.5 s. 296).

Etmoidomaxilární ploténka (viz obr. 1.50 s. 53 a 1.51 s. 54) odděluje zadní čichové sklepy od čelistní dutiny. Perforuje se při transantrální etmoidektomii.

Ostium maxillare (viz obr. 1.41–2 s. 49) je v přední horní části dutiny, několik milimetrů od jejího stropu. Vyústění má tvar elipsoidní nebo 1 až 20 mm dlouhého kanálku, který ústí mezi uncinátním výběžkem, lamina papyracea a etmoidální bulou asi ve středu semilunárního hiatusu. Průměrná vzdálenost od slzného kanálku je

asi 4 mm, často i méně (možné poranění slzovodou při vytváření supraturbanální antrostomie zpětným štípkem, viz odd. 21 s. 237).

Aksesorní ostium – ostia (viz obr. 1.49 s. 52, 1.82 s. 69, 21.26–27 s. 266) existují v 10 až 51 % případů. Zpravidla jsou v oblasti zadní i přední fontanely těsně nad dolní skořepou. Neúčastní se na drenáži čelistní dutiny. Mukociliární transport směřuje vždy k primárnímu ostiu. Přidatná ostia, zvláště v zadní fontanelle, jsou dobře přístupná endoskopickému vyšetření, zatímco vlastní pravé ostium maxilární dutiny není přehledné, neboť je kryto uncinátním výběžkem.

Přední a větší zadní fontanela (viz obr. 1.29 s. 43 a 1.50 s. 53) je vazivová část (paries membranacea) mediální stěny čelistní dutiny s průměrem 0,5 až 2,5 cm. Fontanelu rozděluje na přední a zadní část uncinátní výběžek spolu s protilehlým etmoidálním výběžkem kosti dolní skořepy. Dorzálně je fontanela ukončena svislou ploténkou patrové kosti. Objem čelistní dutiny je 15 ml.

Při hodnocení CT a MR by neměla být fontanela zaměňována s dehiscenční nebo destruovanou mediální stěnou čelistní dutiny. Naopak při supraturbanální antrostomii se většina této fontanely odstraňuje k zajištění vhodné drenáže (viz obr. 21.26–7 s. 266).

Čelní dutina

Čelní dutina má mezi všemi VDN největší variabilitu svou velikostí i tvarem. Většinou jsou dutiny asymetrické, oddělené přepážkou, která může být dehiscenční (oboustranné šíření zánětů). Při extrémně velké pneumatizaci expanduje frontální sinus až do temporoparietální oblasti. Objem je přibližně 7 ml.

Supraorbitální reces a drenáž čelní dutiny viz odd. 22 s. 274.

Nazofrontální spojení je přístupné endoskopickému pohledu zpravidla až po snesení uncinátního výběžku a po přední etmoidektomii.

Tabulka 1.2 Klasifikace a výskyt čichových sklepů

skupina	systém	sklípky	výskyt (%)	
PŘEDNÍ	prebulární	uncinátní (laterálně od uncinátního výběžku)	terminální – nejvýše uložen, může vytvářet frontální bulu	100
			přední (agger nasi)	52
			zadní – umístěn v bule	25
			dolní – může vytvářet Hallerovy sklepy	46
	bulární (střední etmoidální)	meatální (mediálně od uncinátního výběžku)	premeatální – těsně za ventrokranálním úponem střední složky	–
			přední - dává vznik nazofrontálnímu duktů a čelní dutině	–
			zadní (orbitofrontální) – obsahuje při stropu a. ethmoidalis anterior	–
			inrabulární - dávají vznik bulózní střední skořepě	0–41
ZADNÍ	superior (odděleny bazální lamelou horní skořepy)	suprabulární	10–41	
		přední - u stropu etmoidů	–	
	supreme	centrální	–	
		zadní horní (Onodi) - vždy jeden, dosahuje stropu etmoidů, je nad a zevně od klínové dutiny	12–42	

Vstup do čelní dutiny je tak mediálně ohraničen střední skořepou, dorzálně horním okrajem etmoidální buly nebo přední čichovou tepnou a laterálně orbitou. Laterokraniálně leží rovněž LB, která může být zaměněna se supraorbitálními sklepy nebo s čelní dutinou.

Klínová dutina

Pneumatizace i tvar jsou značně variabilní. Chirurgicky je významné, že intersinózní septum se téměř vždy uchyluje. Naopak konstantní bývá středový úpon vomeru a lamina perpendicularis i při jinak vybočené nosní přepážce. Objem je okolo 7,5 ml.

Zadní stěna při stropu dutiny sousedí s tureckým sedlem a hypofýzou.

Laterální stěna leží v bezprostřední blízkosti důležitých struktur (viz odd. 22 s. 274 a 23 s. 294): n. II, ACI, n. III, IV, VI, 1. a 2. větev n. V, ganglion Gasseri a sphenopalatinum, a. ophthalmica, sinus cavernosus.

Ostium klínové dutiny je ve sfenoetmoidálním recesu, kde nemá konstantní polohu. Bývá v recesu mediálně i laterálně a převážně kraniálně (15 až 25 mm od horního okraje choany). Ústí leží poměrně těsně za lamina cribrosa, která může být, stejně jako planum sphenoidale, poraněna při instrumentaci v ostiu.

1.4 SLIZNICE NOSNÍ DUTINY A PARANAZÁLNÍCH DUTIN

1.4.1 ČICHOVÁ OBLAST

Čichová oblast se nachází na části horní skořepy, odstupu střední lastury, v horní třetině nosního septa a přilehlém okrsku stropu nosní dutiny (lamina cribrosa), jde o štěrbinu asi 1 mm širokou. Velikost čichové sliznice je přibližně 2 cm², což činí přibližně 1,25 % plochy nosní sliznice. Při FESS je tato oblast zapovězena pro možnost vzniku likvorey poraněním fila olfactoria či kribriformní ploténky.

Čichový epitel je roztroušen na způsob šachovnice mezi respiračním epitelem. Za patologických stavů má tendenci ke zmenšování plochy včetně úbytku čichových buněk. Čichový epitel je *pseudostratifikovaný, cylindrický* s bohatě celulizovanou lamina propria. Obsahuje buňky *mikrovilární, bazální, podpůrné cylindrické a čichové*. Epitel nemá submukózu.

Čichové buňky jsou čichové receptory – bipolární neurony, na volném povrchu mají 8–20 cilií dlouhých 200 mikrometrů, které jsou receptorovou dendritickou částí buňky. Jsou citlivé na chemické podněty z látek rozpuště-

ných ve vzduchu. Tyto jsou nejprve uchyceny na vazebné proteiny v povrchovém hlenu sliznice čichové oblasti, rozpuštěny a poté vnímány. Z bazální membrány čichové buňky vychází nervové vlákno – neurit (axon), které prochází skrze lamina cribrosa a vstupuje do čichového bulbu kůry frontálního mozku (bulbus olfactorius) na bazi přední mozkové jámy.

Odhaduje se asi 10⁷ čichových receptorů. Soubory neuritů čichových buněk o 10–100 nemyelinizovaných axonech obklopených cytoplazmou Schwannových buněk se nazývají *fila olfactoria*. Ta představují *nervus olfactorius* (1. hlavový nerv).

Čichový epitel má ojedinelou *schopnost regenerovat*. Všechny typy čichových buněk vznikají z bazálních buněk. Bazální buňky jsou zdrojem nových receptorových neuronů při fyziologické obměně i při poškození čichového epitelu, regenerační cyklus se pohybuje v rozmezí 3 až 7 měsíců. Regenerace trvá, dokud jsou nepoškozené bazální buňky.

Podpůrné buňky obsahují mikroklky, které jsou propleteny s ciliemi čichových buněk. Pravděpodobně se podílejí na odstraňování molekul odorantů.

Funkce mikrovilárních buněk není objasněna.

Příležitostně se v čichové oblasti vyskytují degenerativní buňky a migrující zánětlivé buňky, zejména lymfocyty.

Glandulae olfactoriae (Bowmanovy žlázy) jsou serózní tuboalveolární žlázy zasahující pod epitel v čichové oblasti. Jejich sekret je bohatý na tuk a předpokládá se, že rozpouští a koncentruje látky vnímané čichem a následně je odplavuje.

Organum vomeronasale (Jacobsonův orgán) je kanálek smyslového epitelu 2–10 mm dlouhý, uložený ve sliznici nosního septa při cartilago vomeronasalis. Je všeobecně považován za rudimentální orgán, protože nemá nervové spojení s mozkem. U některých zvířat slouží k chemoreceptci feromonů a ke vnímání vůní z potravy v ústech (nervové spojení přes ductus incisivus), viz odd. 2.1.6 s. 78.

1.4.2 RESPIRAČNÍ OBLAST

Vzduch proudí do nosní dutiny *přes vestibulum nasi* – nozdry oddělené kolumelou, které vedou do vlastní nosní dutiny přes chlopeň. *Nosní chlopeň* (valvula nasi) je utvářena dolní částí laterální nosní chrupavky (podmiňuje vyklenutí laterální nosní stěny – *limen nasi*), předním okrajem dolní lastury a nosním septem. Nejužší částí nosní dutiny je právě v úrovni nosní chlopně a v oblasti přední části dolní skořepy. Nosní chlopeň představuje přibližně 50 % celkového odporu dýchacích cest od předních nostril až do alveolů.

Nosní průchodnost ovlivňují také výraznější deformace nosní přepážky. Na jejich rozvoji okolo třetí dekády života má podíl až do tohoto věku trvající enchondrální osifikace chrupavčité části nosní přepážky, která vede k deformaci kostěné lamina perpendicularis čichové kosti.

Výstelka nosní dutiny a vedlejších nosních dutin (buňky ciliární, intermediální, bazální, podpůrné)

- *Nosní vestibulum*: dlaždicový vícevrstevnatý epitel, vlasové folikuly, potní a mazové žlázy
 - Přední část: rohovějící dlaždicový vícevrstevnatý epitel
 - Zadní část – nosní chlopeč: nerohovějící dlaždicový vícevrstevnatý epitel
- *Nosní dutina*
 - Čichová oblast viz výše
 - Respirační část nosní dutiny: víceřadý cylindrický epitel s řasinkami
 - ~ Horní oddíl: pseudovrstevnatý respirační cylindrický epitel se mísí s čichovým epitelem
 - ~ Přední část: řasinkové buňky jsou ploché, kubického tvaru, malé množství pohárkových buněk i seromucinózních žlázek, tenká lamina propria
 - ~ Střední část: vysoké řasinkové buňky cylindrického tvaru, silná lamina propria s hojným počtem pohárkových buněk i žlázek
 - ~ V přední části septa a na skořepách obsahuje lamina propria kavernózní plexy
 - ~ Zadní část nosní dutiny a nosohltan: přechod cylindrického epitelu v nerohovějící dlaždicový vícevrstevnatý epitel
 - ~ Novorozenec až do 10 let věku dítěte: víceřadý cylindrický epitel s řasinkami
 - Na předním okraji dolní i střední skořepky a přední části nosního septa se mohou vyskytovat okrsky dlaždicobuněčné metaplasie epitelu
- *VDN*: nižší víceřadý cylindrický epitel s řasinkami a s chudším vybavením sekrečními elementy

V úrovni nosní chlopeč se mění kožní kryt vchodu do nosu ve slizniční povrch nosního nitra. Slizniční povrch nosní dutiny má vzhledem k členité laterální stěně s lasturami celkovou plochu 100–200 cm². Tento velký povrch se uplatňuje při naplnění funkcí nosní dutiny, viz níže.

Respirační oblast zaujímá ostatní plochu nosního nitra vyjma čichové oblasti a přechází do VDN. Nemá smyslové buňky. Na přední části septa, na skořepách a v okolí ostií VDN přechází v *plexus cavernosi*, což jsou bohatě pleteně širších žilek, nejnápadněji na dolní lastuře.

Bazální buňky se mohou diferencovat při regeneraci sliznice buď v řasinkové, nebo pohárkové a jejich uchování má význam pro regeneraci epitelu. Proto se podle současné koncepce FESS sliznice maximálně šetří a po operaci se hojení podporuje, např. medikamentózně.

Epitel je oddělen *bazální membránou* od *lamina propria*, kde jsou *glandulae nasales* – smíšené tuboalveolární žlázy. Dominantní množství nosního sekretu produkují tyto *glandulae nasales*, v jejichž seromucinózním sekretu převažuje serózní složka nad mucinózní v poměru 8 : 1. Odhaduje se, že těchto žláz je v nosní dutině 90 tisíc.

Zdroje nosní sekrece jsou vícečetné, zahrnují:

- Malé množství serózního sekretu ze žláz v nosním vestibulu (anterior nasal glands)

- Smíšené tuboalveolární seromucinózní žlázy v lamina propria
- Epiteliální pohárkové buňky
- Slzy z ductus nasolacrimalis ústícího do dolního nosního průduchu pod předním úponem dolní skořepky
- Exsudace z krevních cév, zejména z oblasti kavernózních soustav

Množství a vzájemný poměr řasinkových buněk, pohárkových buněk i seromucinózních žlázek kolísá v závislosti na lokalitě a množství proudícího vzduchu. Průměrná hustota seromucinózních žlázek je v nosním nitru vyšší (8/1 mm²) než ve VDN (1/2 mm²). Hustota pohárkových buněk v čelistní dutině je 9 6000/1 mm², zatímco v nosní dutině je jejich denzita přibližně třikrát vyšší.

Řasinkový epitel se podílí na odstraňování prachových částic z vdechovaného vzduchu. V nosní dutině kmitají řasinky směrem dorzálním do nosohltanu, ve VDN k ostiím (viz obr. 1.28 s. 43 a 21.1 s. 238).

Mukociliární clearance (transport) je podmíněna kmitáním řasinek (cilií). Každá řasinková buňka nosní sliznice i VDN má 50–200 *cilií* dlouhých 6 mikrometrů. Řasinka má na povrchu buněčnou membránu, která je pokračováním membrány řasinkové buňky. Uprostřed řasinky je centrální pár mikrotubulů obklopený 9 páry periferních mikrotubulů. Centrální pár je u zdravého jedince uložený konstantním směrem, protože pohyb cilie je vždy v pravém úhlu k linii spojující oba mikrotubuly. Periferní dvojice se spojují se sousedními a oddělují pomocí dvou pohyblivých ramének (vnitřního a vnějšího), která jsou umístěna na levém mikrotubulu v každém páru a zajišťují tak pravidelný a směrově stálý pohyb řasinky. S centrální dvojicí mikrotubulů jsou periferní dvojice spojeny radiálně uloženými raménky.

Bazální membrána odděluje epitel od lamina propria. Její funkce není blíže objasněna, zbytně nespecificky působením různých škodlivin a stárnutím.

Lamina propria se skládá ze sítě *fibrocytů*, kolagenních a elastických vláken, v nichž jsou rozmístěny *reaktivní buňky*, zejména lymfocyty, plazmatické buňky a eozinofily (viz. odd. 3 s. 82). Další složkou lamina propria je *základní hmota* tvořená proteiny a mukopolysacharidy.

Sliznice vedlejších nosních dutin

VDN vznikají z laterální nosní dutiny jako výchlipky nosní sliznice (viz s. 21). Ve VDN má sliznice nižší víceřadý cylindrický epitel s menším množstvím pohárkových buněk i žláz, než je v nosní dutině. Sekret těchto žláz přechází činností řasinkového epitelu do nosního nitra. Bazální membrána většinou chybí.

1.5 CÉVNÍ ZÁSOBNÍ A INERVACE

1.5.1 CÉVNÍ ZÁSOBNÍ

Tepny

V dolní etáži jsou tkáně zásobeny z povodí *a. carotis externa*. Její větev *a. sphenopalatina* (z *a. maxillaris*) vstupuje do nosní dutiny za úponem střední skořepy a bývá zde zdrojem silného krvácení, zvláště u hypertonií. Další větví zevní krkavice je *a. nasopalatina* procházející *canalis insicivus*, která anastomozuje na nosním septu s větvemi *a. sphenopalatina* i s *a. labialis superior*.

Horní část nosní dutiny je zásobena z povodí *a. carotis interna* prostřednictvím přední a zadní etmoidální tepny odstupujících z *a. ophthalmica*. Obě povodí spolu komunikují včetně pravé a levé strany a vytvářejí v přední části nosního septa arteriolo-venózní pletěň tzv. *locus Kieselbachi*. Z něho je většina epistaxí, které lze dobře ošetřit.

Povodí *zevní a vnitřní karotidy jsou propojena* v oblasti *agger nasi*, lastur, orbity a někdy i nosohltanu. Tato spojení, zejména pokud jsou širší, mohou být zdrojem iatrogenních komplikací (intranazální injekce, punkce čelistních dutin, embolizace, operace aj.).

A. ethmoidalis anterior je větví *a. ophthalmica* (viz obr. 1.19 s. 39). Tepna probíhá ve švu mezi čelní a čichovou kostí do přední jámy lební, kde zásobuje oblast tvrdé pleny a pak teprve sestupuje skrz *lamina cribrosa* do nosní dutiny. Větvení ve *foramen ethmoidale ant.* se někdy zobrazuje na *CT* v koronární i axiální rovině (viz obr. 1.87A s. 72, 21.45 s. 270 a 23.1 s. 295). Nervově-cévní kanálek může procházet v subseptu několik milimetrů vzdáleném od stropu etmoidů, někdy má tepna více větví. Arterie leží zpravidla v místě mírného oblého zlomu (asi 15°) mezi horní šikmou a zadní, spíše horizontální částí etmoidálního stropu. Nejzranitelnější je tepna v místě perforace *lamella lateralis ossis cribriformis* (viz s. odd. 23 s. 294). Tepna bývá ve většině případů těsně před horním ukotvením přední stěny etmoidální buly a spolu s ní tak vytváří dorzální hranici při frontální sinotomii a současně přechod dolní stěny čelní dutiny v přední jámu lební s frontálním mozkovým lalokem.

Nekonstantní je *a. ethmoidalis media*.

A. ethmoidalis posterior (větev *a. ophthalmica*, viz obr. 1.89 s. 73) je na stropu čichových sklepů v úrovni sferoidálního přechodu asi o 12 mm dále od přední čichové tepny dorzálním směrem. I její kanálek bývá dehiscentní, avšak méně často než kanálek přední tepny.

A. sphenopalatina je větví *a. maxillaris*. Vstupuje skrz *foramen sphenopalatinum*, které leží za zadním okrajem střední skořepy na laterální nosní stěně při zadním horním obvodu choany. Tepna se záhy rozděluje na laterální větev pro boční stěnu nosní dutiny a větev mediální. Bývá častým zdrojem krvácení ze zadního okraje supratubinnální antrostomie, zadních partií dolní a střední lastury. Mediální větev zásobuje dolní část přední stěny klínové

dutiny. Může být poraněna při vytváření endoskopické sfenoidotomie, je-li snesena přední stěna klínové dutiny příliš kaudálně.

Žilní řečiště

Žíly tvoří bohaté pleteně, zejména v nosním nitru, které jsou spojeny s žilami okolí (obličej, oční, intrakraniální, patra a nosohltanu). Mají význam při šíření zánětlivých procesů oběma směry. Vény odtékají skrz *v. facialis ant.*, *plexus pterygoideus* a kranálně skrz *vv. ethmoidales ant. et post.* do žil oční (v. *ophthalmica*). S orbitálními žilami souvisí i prostřednictvím *canalis nasolacrimalis*. Jedna z etmoidálních vén je propojena skrz *lamina cribrosa* s žilní pletení *bulbus olfactorius* nebo s některou žilou na orbitální ploše čelního laloku mozku. U dětí probíhá ve *foramen caecum* žilní spojka do *sinus sagittalis superior*.

Kavernózní systémy leží v úrovni sliznice nosních skořep (zejména na dolní), nosní přepážky (zbytek tzv. *Zuckermandlova tělesa* – erektilní tkáň) a ostíí *VDN* (vchod do *OMJ*). Rychlou změnou objemu protékající krve se reguluje nosní odpor, výdej tepla a sekrece podle aktuální potřeby klimatizace vdechovaného vzduchu. Ovládané jsou vazomotorickou inervací, která se podílí na regulaci objemu náplně krve a rychlosti jejího průtoku zvláště ve sliznici mohutně zduřujících kavernózních soustav. Zvětšení objemu dolní skořepy se podílí až 65 % na obturaci nosní dutiny.

Parasympatická stimulace (ganglion *sphenopalatinum*) vede k vazodilataci a vzrůstu serózního typu sekrece.

Sympatická stimulace (horní krční ganglion) způsobuje vazokonstrikci a zvýšení mucinózní sekrece.

Faktory, které způsobují změny krevního průtoku

- *Místní vlivy*: teplota, vlhkost a znečištění vzduchu, trauma (i operační), infekce, aplikace lokálních dekonjestiv aj.
- *Celkové vlivy*: léky (některá antihypertenziva, estrogeny, hormonální antikoncepce), hypertyreóza a hypothyreóza, gravidita, emoce, fyzická zátěž aj.

Nosní cyklus je fyziologický proces zvětšování objemu nosní sliznice (zejména v oblasti kavernózních systémů) střídavě po dvou až čtyřech hodinách v obou nosních průduších. Významně ovlivňuje nosní průchodnost.

Demonstrace cyklu je možná jak *CT*, tak zejména *MR T2 W* obrazem, na kterém je patrný vzrůst intenzity signálu a zvětšení objemu sliznice.

DD: po dekonjesci normální sliznice oplaskává, na rozdíl od hypertrofické sliznice, jejíž objem se anemizací příliš nemění. Malignity mají nízkou intenzitu signálu při *MR T2 W* zobrazení.

Lymfatické řečiště

Téměř všechny lymfatické cévy z *VDN* směřují k ostíím a jimi do nosní dutiny. Menší část lymfy je odváděna do nosohltanu.

Rychlé a objemné zbytnění sliznice *VDN* v průběhu zánětu je důsledkem venostázy, zánětlivé infiltrace a lym-



A CT koronární rovina



B T1 W MR obraz koronární rovina

Obr. 1.6 A, B Po slizniční dekongesci vlevo stejně jako během nazálního cyklu, dochází ke zmenšení objemu nosní sliznice, zejména na dolní skořepě (IT). Sliznice VDN není výrazněji ovlivněna

fostázy v důsledku strangulace lymfatických cév v oblasti vývodů. Nevhodné operační výkony na VDN mohou vyvolávat a udržovat otoky sliznice.

Klinicky významná je drenáž lymfy z čelistní dutiny nejen přes ostia a fontanely, ale i ze zadní stěny, putující společně s krevními cévami *do chrupavčité části sluchové trubice a torus tubarius*.

Z oblasti hilus semilunaris směřuje míza do patrových oblouků a patrových tonzil a dále do hlubokých krčních uzlin při v. jugularis interna.

Lymfatické řečiště pravděpodobně také komunikuje okolo vláken čichové nervu s nitrolebím: *cavum subdurale et subarachnoidale*.

1.5.2 INERVACE

Inervace nosní dutiny

Nervus terminalis

U člověka jde o rudimentární nerv, jenž začíná ve sliznici nosní přepážky jako četná rozvětvená vlákna. Tato po spojení v jediný nerv procházejí skrz lamina cribrosa spolu s vlákny n. I. Podél tractus olfactorius pokračuje n. terminalis do kůry v okraji substantia perforata anterior, probíhá dále do oblasti lamina terminalis, septum verum a snad až do hypotalamu. Vzhledem k nálezu i eferentních vláken se předpokládá funkce spojená s činností autonomního nervového systému, u senzitivní složky se uvažuje o chemorecepční funkci.

Nervus olfactorius

Tenká vlákna fila olfactoria bez myelinové pochvy (lokalizovaná v regio olfactoria nosní sliznice na stropu nosní dutiny) prostupují lamina cribrosa ossis ethmoidalis

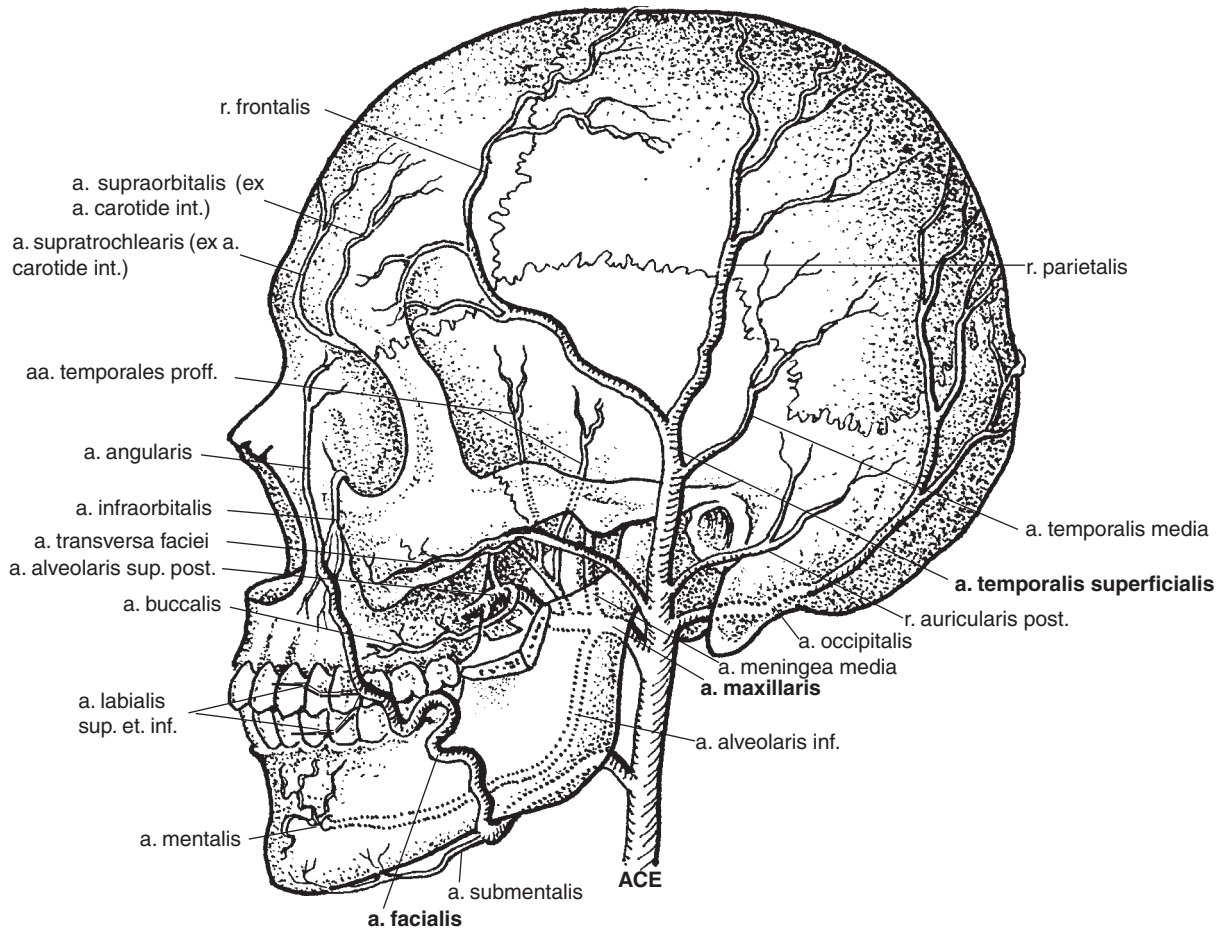
a vnikají do bulbus olfactorius, dále pokračují jako tractus olfactoris do trigonum olfactorium a laterální části hypotalamu (limbický systém).

Nervus trigeminus

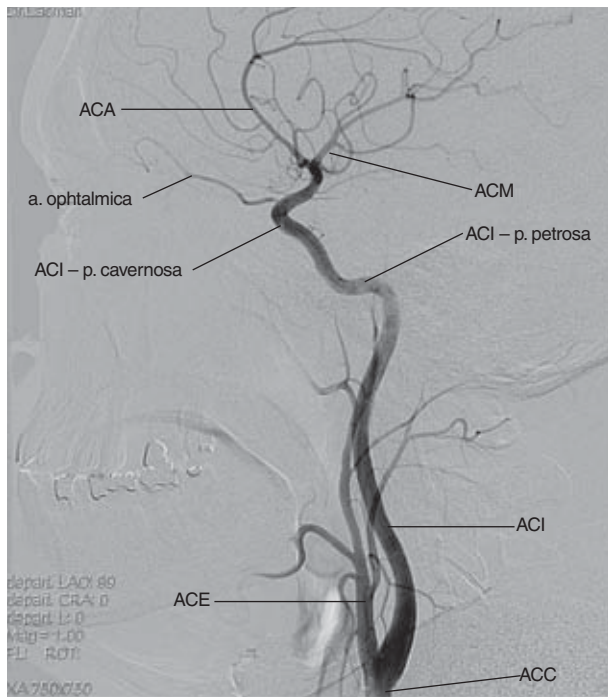
Nerv vystupuje z ventrolaterální plochy pontu do oblasti prepontinních cisteren, dále do Meckelovy dutiny = cavum trigeminale (oblast durální invaginace při hrotu pyramidy) a v zadní části kavernózního sinu. Obsahuje vlákna motorická, senzitivní a ganglion Gasseri. Větve n. V probíhají do orbity, fossa pterygopalatina, do žvýkačích svalů, do obličeje a kalvy:

- *N. ophthalmicus* (1. větev) je senzitivní, vystupuje laterokaudálně vzhledem ke kavernóznímu splavu a ACI, probíhá kaudálně ke klinoidálnímu výběžku a společně s n. III, IV a VI vstupuje do fissura orbitalis superior, kde se dále dělí na n. frontalis, lacrimalis a nn. nasociliares
- *N. maxillaris* (2. větev) je senzitivní, vstupuje ventrálně od třetí větve kaudálně do kavernózního splavu a skrz foramen rotundum pokračuje do fossa pterygopalatina. Zde komunikuje s ganglion pterygopalatinum a fissura orbitalis inferior. Dělí se na n. infraorbitalis, zygomaticus a nn. pterygopalatini
- *N. mandibularis* (3. větev) je senzitivní i motorický. Probíhá v dorzokaudální části sinus cavernosus a skrz foramen ovale vystupuje extrakraniálně. Větví se na n. massetericus, buccalis, auriculotemporalis, lingualis a n. alveolaris inferior

Přední části nosní sliznice náleží *1. větvi n. trigeminus* (n. etmoidalis ant. et post. z n. ophthalmicus). Část přední dolní oblasti nosního septa a laterální nosní stěny je zásobena z n. alveolaris a plexus dentalis superior. Jejich poškození při septoplastice může způsobit necitlivost a „trnutí“ horních zubů (zpravidla se tato léze upravená do 2–3 měsíců).

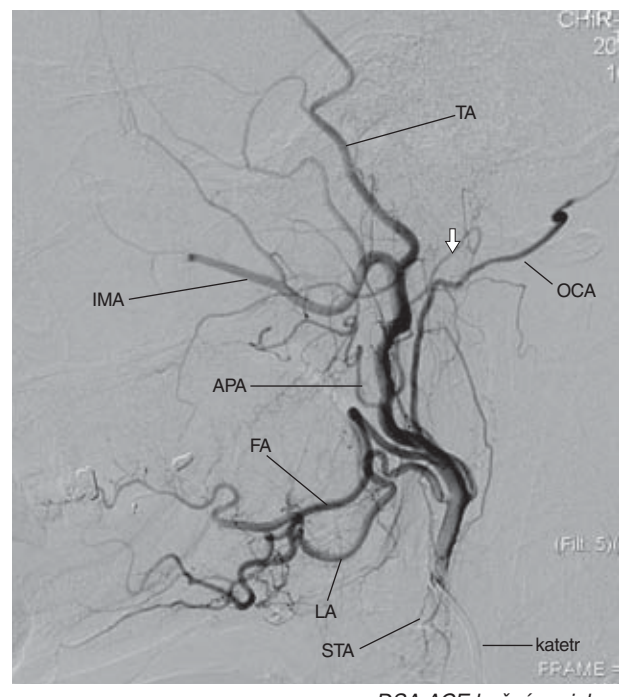


Obr. 1.7 Povrchové tepny hlavy



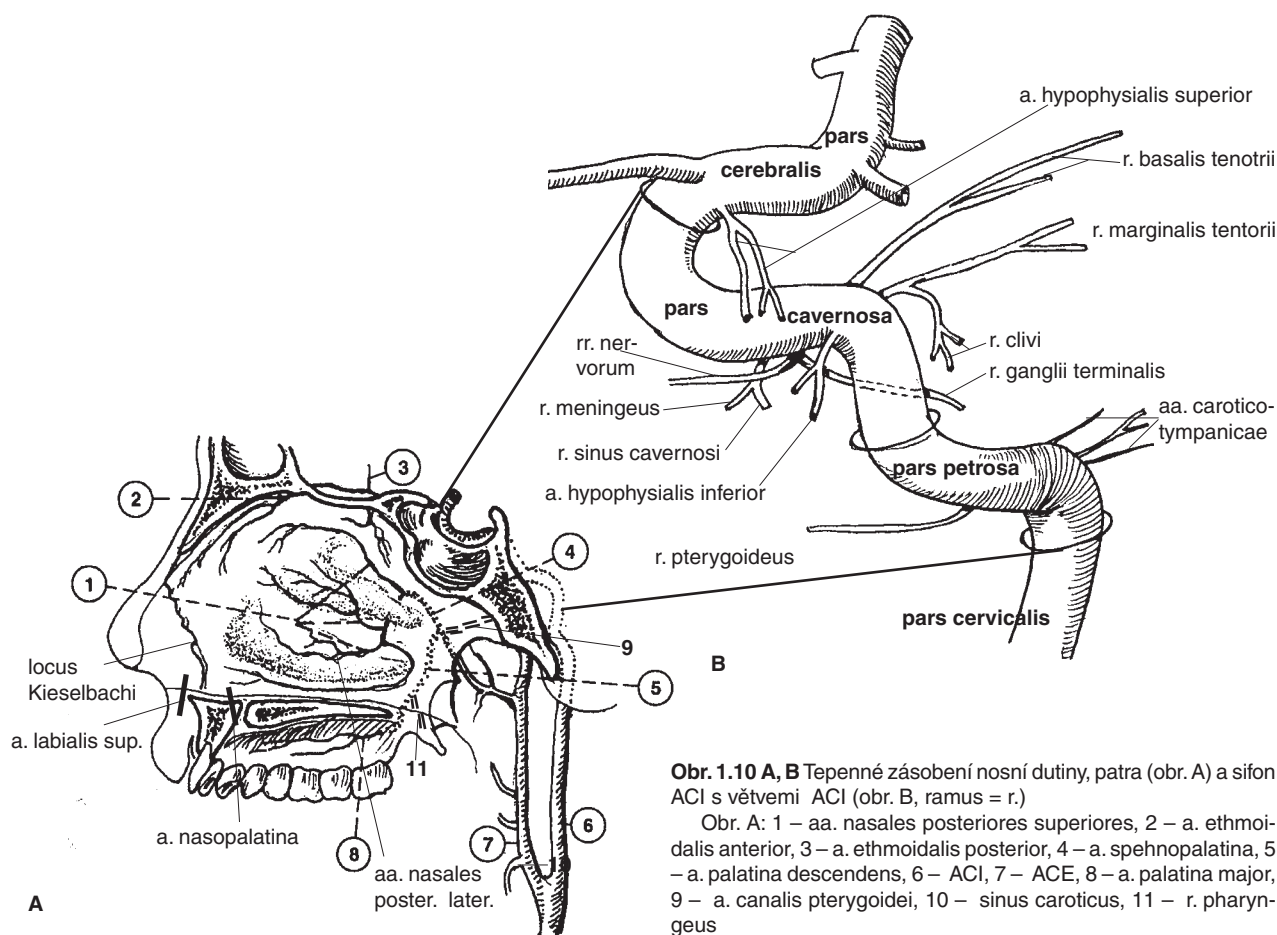
DSA ACC bočná projekce

Obr. 1.8 Větvení společné krkavice. A. cerebri anterior (ACA), a. cerebri media (ACM)



DSA ACE bočná projekce

Obr. 1.9 Větve ACE: a. thyroidea superior (STA), a. lingualis (LA), a. facialis (FA), a. pharyngea ascendens (APA), a. maxillaris (IMA), a. temporalis (TA), a. occipitalis (OCA), a. auricularis posterior (šipka)



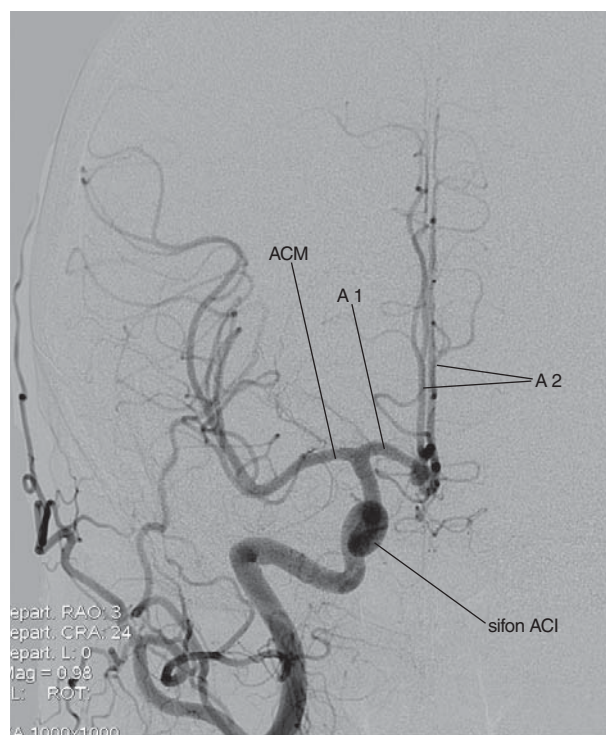
Obr. 1.10 A, B Tepenné zásobení nosní dutiny, patra (obr. A) a sifon ACI s větvemi ACI (obr. B, ramus = r.)

Obr. A: 1 – aa. nasales posteriores superiores, 2 – a. ethmoidalis anterior, 3 – a. ethmoidalis posterior, 4 – a. sphenopalatina, 5 – a. palatina descendens, 6 – ACI, 7 – ACE, 8 – a. palatina major, 9 – a. canalis pterygoidei, 10 – sinus caroticus, 11 – r. pharyngeus



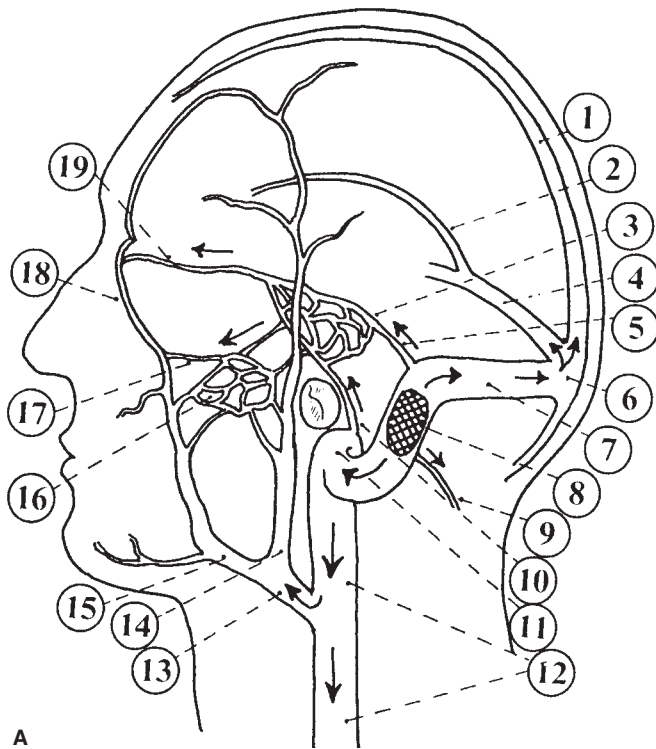
DSA ACI bočná projekce

Obr. 1.11 Normální angiogram – větve ACI: a. cerebri anterior (ACA), a. cerebri media (ACM)



DSA ACC vpravo předozadní projekce

Obr. 1.12 A 1 první úsek a. cerebri anterior. Přes a. communicans anterior se plní i levostranný úsek A 2. A. cerebri media (ACM)



A

Obr. 1.13 A, B, C, D Obr. A: vény lebky – možnosti šíření tromboflebitidy ze sinus sigmoideus

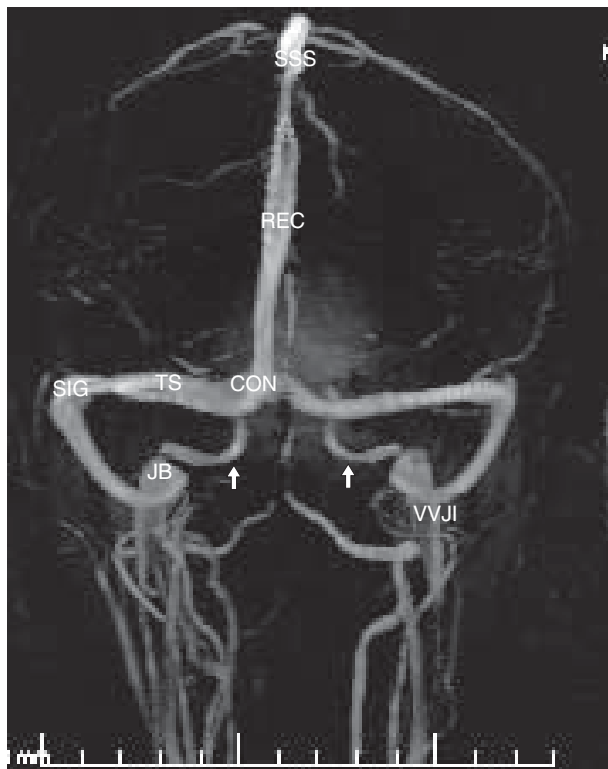
1 – sinus sagittalis sup., 2 – s. sagittalis inf., 3 – s. cavernosus, 4 – s. rectus, 5 – s. petrosus sup., 6 – confluens sinuum, 7 – s. transversus, 8 – thrombus v sinus sigmoideus, 9 – vena emissaria mastoidea, 10 – s. petrosus inf., 11 – bulbus VJI, 12 – VJI, 13 – v. facialis comm., 14 – v. retromandibularis, 15 – v. facialis, 16 – plexus pterygoideus, 17 – v. ophthalmica inf., 18 – v. angularis, 19 – v. ophthalmica sup.



B

bočný pohled

Obr. B Zobrazení MR 3D phase contrast. Lebňní splavy, sinus cavernosus (šipky)



Obr. C Zobrazení MR 3D phase contrast. Lebňní splavy: sinus cavernosus (šipky), sinus sagittalis superior (SSS), s. rectus (REC), confluens sinuum (CON), s. transversus (TS), s. sigmoideus (SIG), bulbus VJI (JB), VJI. Zadopřední pohled



Obr. D Zobrazení PC MRA – 3D, zadopřední boční poejkce

Zadní polovinu nosní dutiny inervuje 2. větev n. trigeminus – n. maxillaris a jeho větev n. nasopalatinus jdoucí skrz foramen sphenopalatinum. Senzitivní nervy provázejí i autonomní vlákna z ganglion pterygopalatinum a z autonomní pleteně provázející a. ophthalmica.

Bohatá senzitivní inervace je v oblasti středního nosního průduchu, kde proudí největší množství vzduchu. Má pravděpodobně dominantní roli v autonomní inervaci regulace vazomotorů (překrvení nosní sliznice) a sekrece žláz. Je utvářena vzájemně propojeným systémem adrenergním (sympatikus), cholinergním (parasypatikus) a peptidogenním (neuropeptidy), který je také ovlivňován n. V a n. I.

Ganglion pterygopalatinum hraje klíčovou roli v inervaci nosní dutiny, obsahuje senzitivní, sympatická i parasympatická nervová vlákna:

- Eferentní větve
 - Senzitivní inervace nosní dutiny z n. maxillaris (2. větev n. trigeminus)
 - Autonomní regulace seromucinózních žláz nosní sliznice
 - Autonomní regulace žláz na tvrdém patře a slzné žlázy
- Aferentní větve
 - Parasympatická vlákna z n. intermedius (z ganglion geniculi n. VII) přicházejí z n. petrosus major. Prochází skrz canalis pterygoideus spolu s n. petrosus profundus, oba pod názvem n. pterygoideus Vidii. Jeho přetětí se provádělo při vazomotorické rinitidě, avšak bylo spojeno s rizikem atrofické rýmy. Neurotransmitery asociované s těmito parasympatickými nervy jsou acetylcholin (ovlivnění sekrece žláz), vazomotorické intestinální peptid (působí vazodilataci), neuropeptid Y, oxid dusnatý, enkefalin a somatostatin
 - N. petrosus profundus přivádí sympatická vlákna (působí vazokonstrikci) z plexus caroticus internus. Neurotransmitery zahrnují norepinefrin a neuropeptid Y

Na regulaci funkce nosní sliznice se také podílí *respirační reflexy* z nitrohručních mechanoreceptorů (aferentní vlákna z n. vagus). Naopak nazopulmonálním reflexem je ovlivňována činnost hladkých svalů průdušek.

Inervace paranazálních dutin

Nervové zásobení VDN je v porovnání s nosním nitrem chudší, zřejmě vzhledem k menšímu vystavení sinů zevním noxám.

Nervové zásobení VDN:

- Čelní dutina je inervována n. nasociliaris a n. frontalis z 1. větve trigeminu (n. ophthalmicus)
- Maxilární sinus: n. alveolaris superior posterior a n. infraorbitalis z 2. větve n. V (n. maxillaris)
- Čichové sklepy: n. ethmoidalis anterior et posterior (1. větev n. V) a z nn. pterygopalatinu (2. větev n. V)
- Klínová dutina: n. ethmoidalis posterior

1.6 ORBITA

1.6.1 SKELET

RTG orbity a optického kanálku (v současnosti se nahrazuje CT a MR)

- *Zadopřední projekce orbity:* centrální paprsek je skloněn v úhlu 25° od vertikály kaudálním směrem, aby směřoval kolmo k rovině zevního okraje očníce
- *Bočná projekce lebky*
- *Šikmá, temporoorbitální projekce orbity* se užívá pro odprojektivování očních, které se v bočné projekci překrývají
- *Projekce podle Rhese-Goawina:* kanálek n. II se promítá při zevní části orbity jako ostře konturované kruhové projasnění

Orbita obsahuje oční bulbus, okohybné svaly a oční adnexa. Očníce má tvar pyramidy, jejíž základnou je plocha otevřená zevně. Ta představuje vchod do orbity. Vrcholem je nejdále v dorzálním směru uložený pól orbity, v němž do ní vstupuje n. II.

Skelet tvoří tyto kosti: čelní, čichová, slzná, lícni, patrová, klínová a čelistní.

Orbitální vchod má průměrnou šířku 41 mm, výšku 34 mm, hloubka orbity je asi 42 mm. Nejširší místo očníce je však v sagitálním průřezu asi 10 mm za vchodem. Mediální stěny orbit jsou navzájem rovnoběžné s průměrnou interorbitální vzdáleností 25 mm.

Strop orbity tvoří tenká lamina orbitalis ossis frontalis. Mediálně je strop orbity spodinou čelní dutiny, často zdvojenou supraorbitálním recesem (výjimečně může být i celou orbitu – obr. 22.34 s. 289), dorzálně pak spodinou přední jámy lební. Nejčastějším onemocněním bývá přechod zánětů z čelních dutin, expanze mukokél a penetrující poranění.

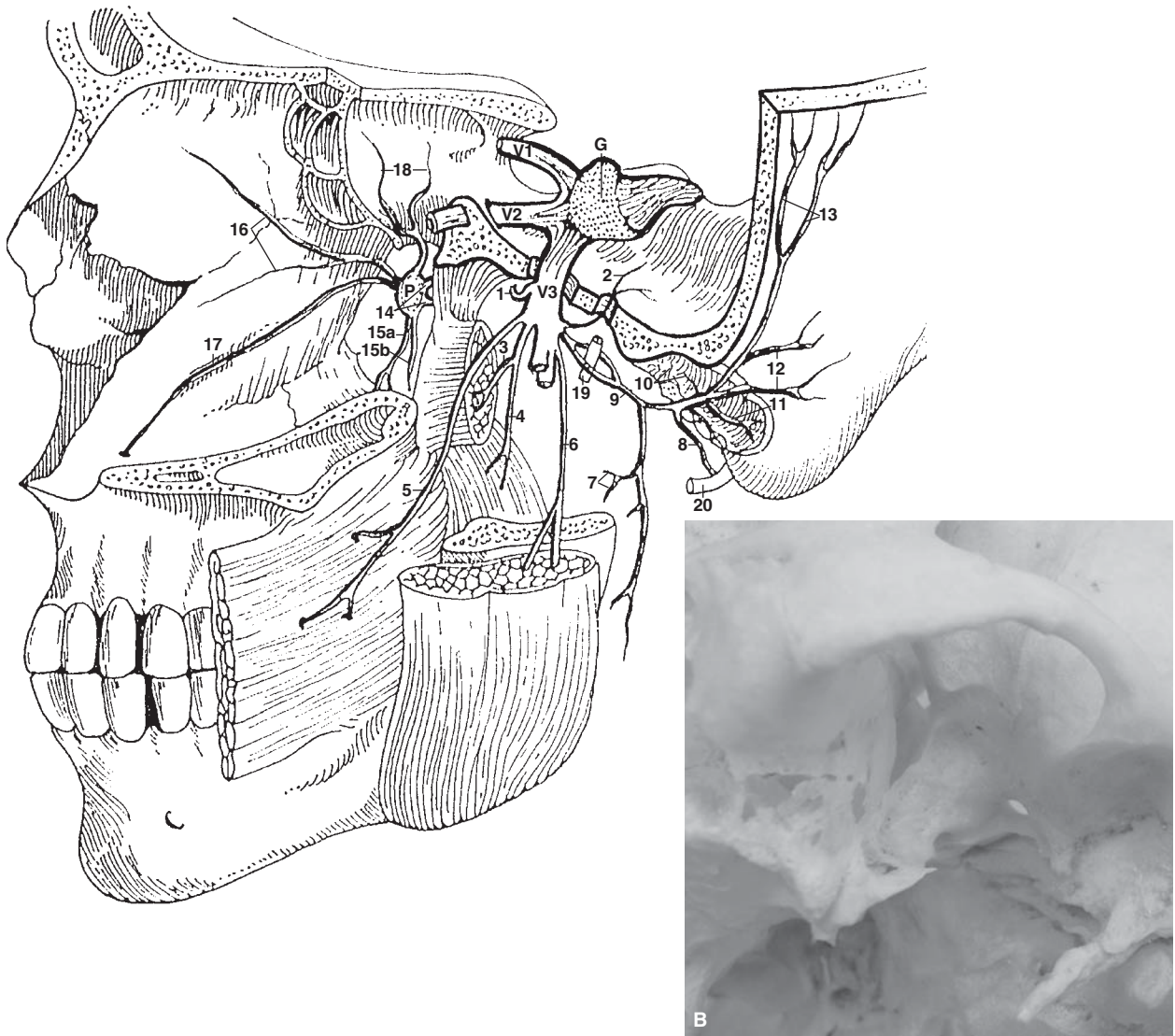
Mediální stěna orbity je nejtenčí zvláště v místech, kde sousedí s labyrintem čichových sklípků (lamina orbitalis, papyracea ossis ethmoidalis). V přední části je svíslá brázda slzného vaku, která kaudálně přechází v nazolakrimální vývod.

Pro svoji křehkost i časté dehiscence (až ve 30 %) se stává lamina papyracea místem menší rezistence obdobně jako strop orbity. Je chirurgickou laterální hranicí při etmoidektomii, a proto může být iatrogeně perforována s následným výhřezem tukové tkáně. Poškození m. rectus medialis vede k poruše hybnosti bulbu mediálním směrem. Orbitální ploténka je snadno destruována při nádorech čichových sklepků.

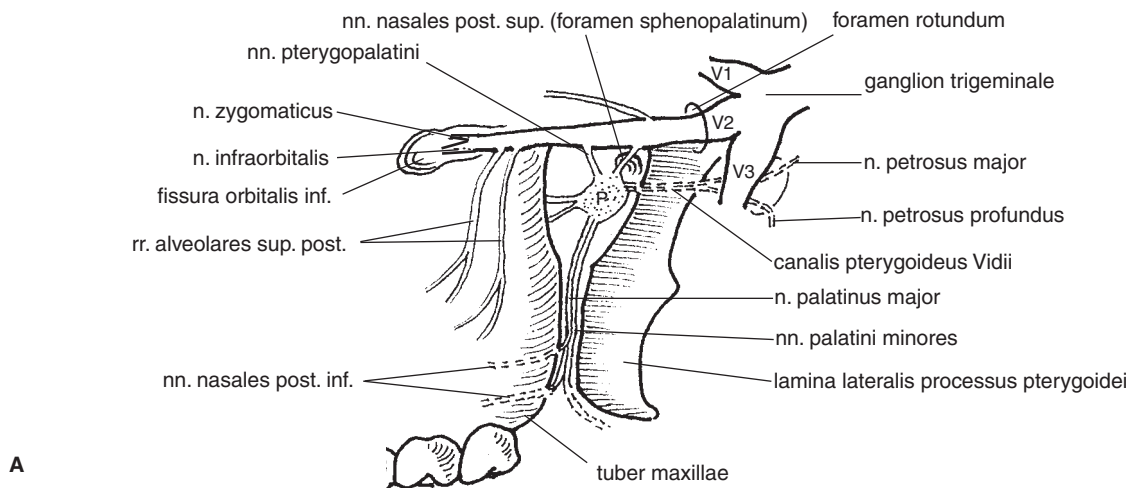
U dětí je nejčastějším patologickým stavem této lokality flegmóna a absces orbity při orbitocelulitidě.

Mediální a dolní stěna očníce se nejčastěji snáší při dekompresích orbity (viz odd. 29 s. 350).

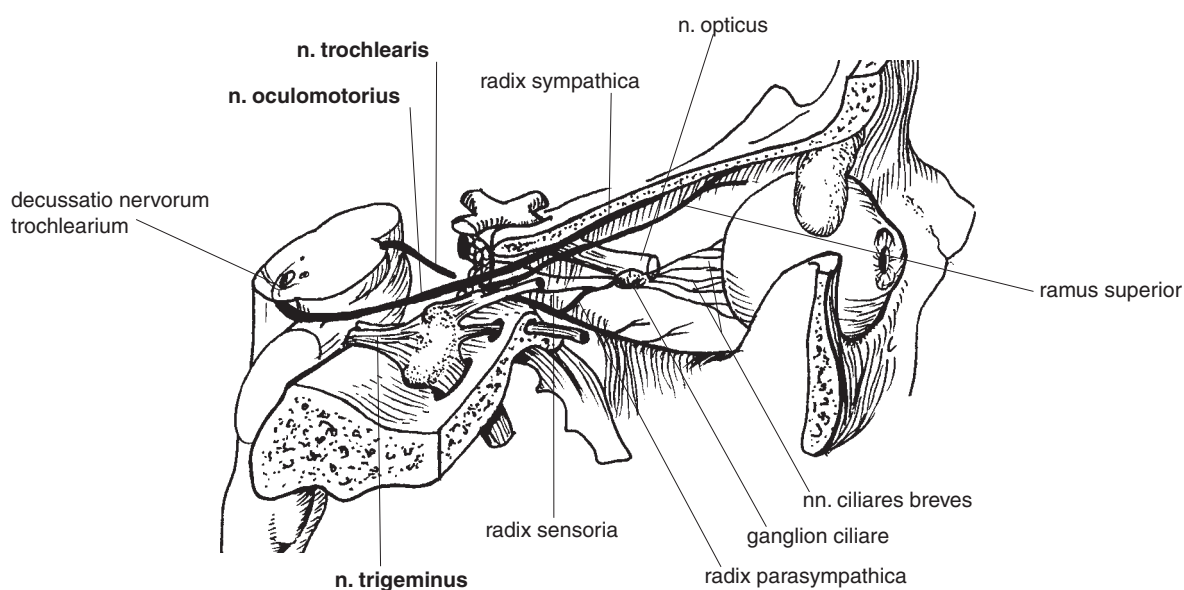
Spodina orbity je tvořena tenkou kostí (facies orbitalis maxillae), jež bývá dehiscenční až v 16 % případů. Často se láme při úrazech v místě svého největšího oslabení (na rozhraní vnitřní a střední třetiny šířky), které je



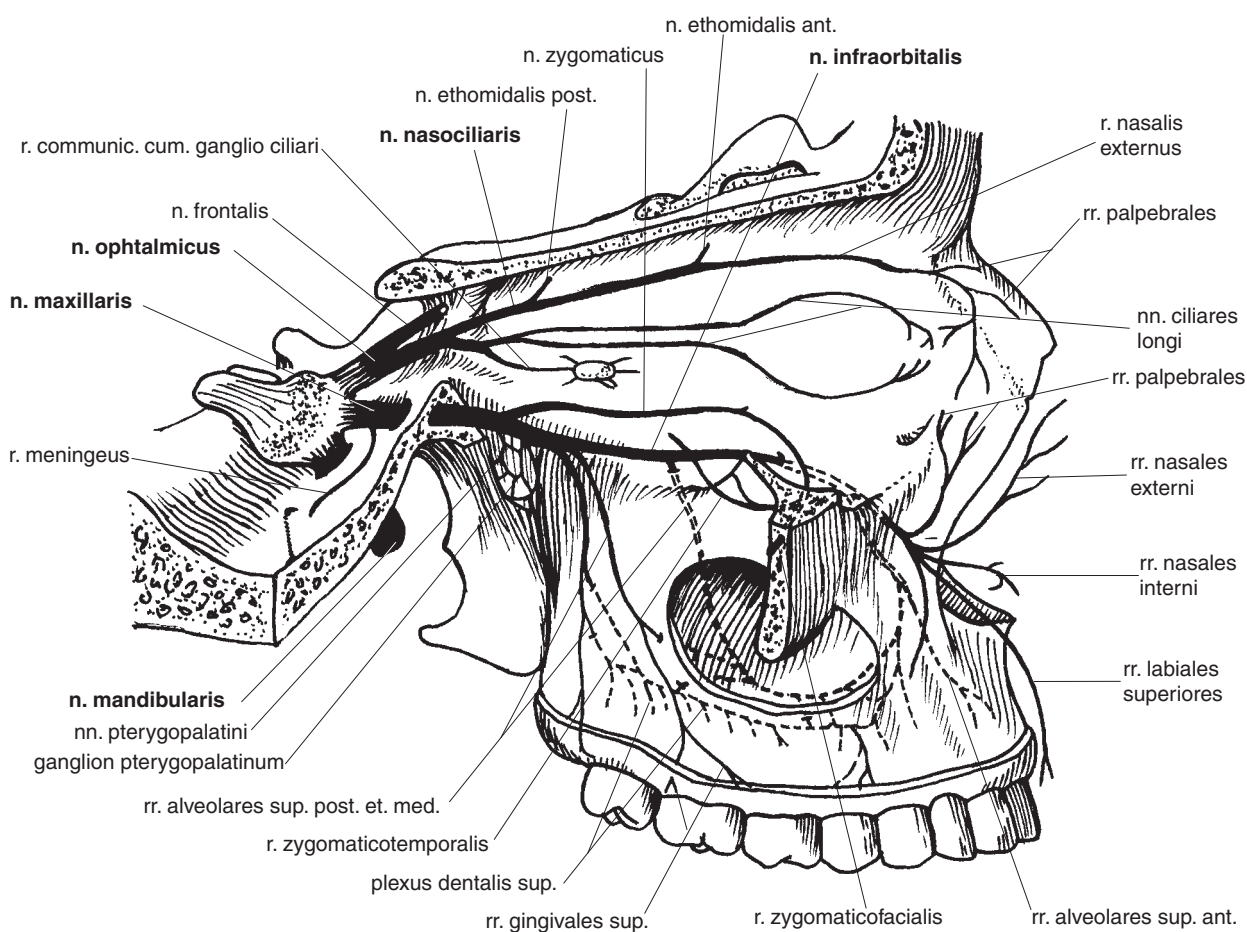
Obr. 1.14 Lebka – přibližně parasagitální rovina. Hlavové nervy
 G – ganglion trigeminale Gasseri, V1 – n. ophthalmicus, V2 – n. maxillaris, V3 – n. mandibularis, P – ganglion pterygopalatinum, 1 – nn. temporales profundi, 2 – r. meningeus (n. spinosus), 3 – n. pterygoideus lateralis, 4 – n. pterygoideus medialis, 5 – n. buccalis, 6 – n. massetericus, 7 – rr. parotidei, 8 – rr. communicantes (cum nervo faciali), 9 – n. auriculotemporalis, 10 – rr. membranae tympani, 11 – n. meatus acustici externi, 12 – nn. auriculares anteriores, 13 – rr. temporales superficiales, 14 – n. petrosus major (parasymphat.) a n. petrosus profundus (sympat.) probíhají v canalis pterygoideus Vidii, 15a – n. palatinus major, 15b – nn. palatini minores, 16 – rr. nasales posteriores superiores mediales, 17 – n. nasopalatinus (incisivus), 18 – rr. orbitales (fissura orbitalis inf.), 19 – a. meningea media, 20 – n. VII



Obr. 1.15 A, B Fossa pterygopalatina
 Ganglion pterygopalatinum (P), n. ophthalmicus (V1), n. maxillaris (V2), n. mandibularis (V3)



Obr. 1.16 Nervus oculomotorius a nervus trochlearis



Obr. 1.17 Hlavové nervy: n. nasociliaris, n. maxillaris

dáno průchodem nervově-cévního infraorbitálního svazku (délka kanálku 3 až 11 mm). Z chirurgického hlediska je významné, že infraorbitální kanálek bývá dehiscenční na své spodině při stropu čelistní dutiny, kterou může zcela ojedinele i volně procházet.

Laterální stěna očníce je tlustá. Vpředu hraničí se spánkovou jámou, zadní dvě třetiny sousedí se střední jámou lební. Je zřídka patologicky změněna. Její část se snáší při laterální orbitotomii, která se často provádí při onkologických orbitálních operacích. Na rozhraní vnitřní a střední třetiny je v horním orbitálním okraji incisura supraorbitalis pro stejnojmenný nerv a cévy a mediálně pak incisura frontalis. Mediálně od incisury je za okrajem orbity hmatná jamka – fossa trochlearis, k níž je s periorbitou fixována chrupavčitá kladka pro šlachy horního šikmého svalu.

Paranasální dutiny

Orbita leží v těsném sousedství všech VDN. Čelistní a čichové dutiny i dutina čelní se užívají pro otevření jako přístupové cesty k očníce při operacích tumorů nebo dekompresi orbity. N. II lze dekomprimovat nejen transkranálně, ale i endoskopickou endonasální cestou přední stěnou klínové dutiny a zadními čichovými sklípky.

Optický kanál a orbitální fisury

Optický kanálek (délka asi 9 mm) je uložen v malém křídle klínové dutiny, má oválný průřez asi 5×4,5 mm. Na skiagramech se považuje průměr větší než 6 mm za patologické rozšíření (např. gliom). Kanálek probíhá nejčastěji při úhlu mezi stropem a bočnou stěnou klínové dutiny a obsahuje optický nerv a tepnu se sympatickým plexem. Arterie je v optickém kanálku uložena pod n. II.

Průběh a dehiscence n. II v klínové dutině a zadních horních čichových (Onodiho) sklepech z endoskopického pohledu při FESS viz odd. 23 s. 294 a obr. 1.59 s. 58, 1.89 s. 73, 21.59 a 21.66 s. 272–3).

Fissura orbitalis superior (cerebralis) je šterbina mezi dolním okrajem malého a horním okrajem velkého křídla klínové kosti. Prochází zde n. III, IV, VI, n. ophthalmicus (1. větev n. V) a sympatická vlákna. Jsou zde i venózní spojky do kavernózního splavu (v. ophthalmica superior). Při nádorovém nebo jiném útlaku může vzniknout v této lokalitě „syndrom horní orbitální fisury“ s poruchou funkce uvedených struktur.

Fissura orbitalis inferior (sphenomaxillaris) je úžina mezi dolním okrajem velkého křídla klínové kosti a zadní plochou horní čelisti. Probíhá zde n. et vasa infraorbitales, n. zygomaticus (z druhé větve n. V) a v. ophthalmica inferior. V oblasti dolní orbitální fisury jsou v periorbitě hladké svalové buňky, které svým tonusem tlačí obsah orbity navenek.

Foramen ethmoidale anterius et posterius v mediální stěně orbity jsou vytvořeny spojením kostních žlábků

v čichové a čelní kosti. Procházejí jimi stejnojmenné tepny, které jsou větvemi ACI, a větve n. nasociliaris (z 1. větve n. V). Při masivní epistaxi lze čichové tepny koagulovat zevním přístupem při vnitřním očním koutku (obdobný řez jako při zevní etmoidektomii).

1.6.2 POJIVOVÉ TKÁNĚ A TOPOGRAFICKÉ ROZDĚLENÍ PROSTORŮ ORBITY

Pojivové tkáně orbity: kost, periorbita (perioist), orbitální septum (tarzoorbitální fascie), svalová pouzdra s mezi-svalovou membránou (svalový kužel), Tenonovo pouzdro (fascia bulbi), brzdné vazy okohybných svalů a trámčina orbitálního tuku. Pojivové struktury jsou významné při šíření zánětů a nádorů.

Periorbita

Periorbita je perioistální membrána, která kryje kostěné stěny orbity a dorzálně přechází v optickém kanálku v duru n. II. Ventrálně přechází v *septum orbitale* (tvorící val arcus marginalis), které zasahuje do očních víček a spolu s očním bulbem vytváří uzávěr orbity navenek. Orbitální septum se laterálně spojuje s ligamentem zevního koutku a mediálně se upíná k zadnímu hřebenu slzné kosti. Cirkulárně se periorbita ztlušťuje okolo střední části fissura orbitalis superior a orbitálního okraje kanálku n. II a vytváří zde *anulus tendineus communis Zinni* (viz obr. 1.51 s. 54, 1.55 s. 56 a 23.8 s. 294). V prstenci se upínají čtyři přímé okohybné svaly. Periorbita bývá často jedinou přepážkou mezi obsahem očníce a cystou nebo tumorem rostoucím z okolí. Periorbitu lze při operacích dobře odloučit od kosti, pevně lne jen v oblasti trochley, orbitálních fisur a etmoidálních otvorů.

Orbitální tuk vyplňuje za normálních okolností periorbitou ohraničený prostor tak, že ji udržuje napjatou. Při protěti periorbity vyhřezává tuk ven, což je zvláště nápadné při zvýšeném intraorbitálním tlaku, který vzniká expanzí tumoru, nebo u endokrinní orbitopatie.

Okohybné svaly

V orbitě jsou *čtyři přímé a dva šikmé okohybné svaly a levátor horního víčka*. Každý sval je kryt vazivovou tkání a laterální plochy přímých očních svalů jsou spojeny mezi-svalovým septem, které rozděluje orbitu na periferní a centrální prostor.

M. obliquus inferior začíná na spodině orbity (crista lacrimalis posterior), probíhá po dolní stěně očníce a upíná se v zadním dolním laterálním kvadrantu na bulbus.

M. obliquus superior, *m. levator palpebrae superioris*, *m. rectus lateralis*, *medialis*, *superior* a *inferior* začínají

ze společného vazivového prstence (*anulus tendineus communis Zinni*), který obkružuje n. II a je upevněn ve hrotu orbity.

Horní šikmý sval směřuje z hrotu mediálně a při mediálním okraji stropu orbity obkružuje trochleu a upíná se na zadní laterální horní kvadrant bulbu. Zdviháč, levátor horního víčka probíhá těsně pod stropem orbity, rozšiřuje se ve šlachy v horním víčku a končí v horní tarzální ploténce.

Inervace laterálního přímého svalu je z n. VI, horního šikmého z n. IV. Ostatní svaly inervuje n. III. Porucha funkce okohybných svalů vzniká postižením svalových vláken nebo příslušných nervů. Projevuje se typickým omezením hybnosti očního bulbu.

Funkce: m. rectus medialis stáčí bulbus mediálně, m. rectus lateralis laterálně, m. rectus inferior dolů a mírně mediálně a m. rectus superior otáčí bulbus vzhůru a poněkud mediálně. M. obliquus superior otáčí bulbem dolů a laterálně, m. obliquus inferior nahoru a laterálně.

1.6.3 ZRAKOVÝ NERV

N. II je ontogeneticky traktem bílé mozkové hmoty. Jeho funkce může být porušena přímým tlakem expanze v orbitě, která utlačuje a. ophthalmica, a tím dochází k ischemii čivých buněk bulbu. N. II bývá postižen i přímým prorůstáním tumoru. Změny na nervu se přenáší na sítnici a mohou být pozorovány při vyšetření očního pozadí jako edém papily nebo atrofie optiku.

Tabulka 1.3 Úseky n. II

úsek n. II	délka v mm
intrakraniální	10
intrakanalikulární	5–6
intraorbitální	25
intraokulární	1,5

1.6.4 SLZNÝ APARÁT

Slzný aparát je složen ze slzné žlázy, přídatných slzných žlázek uložených v horní klenbě spojivky a odvodných slzných cest.

Glandula lacrimalis (viz obr. 1.87 s. 72 a 1.93 B s. 75) je uložena ve fossa glandulae lacrimalis při zevním obvodu stropu očníce. Aponeurotická šlacha m. levatoris palpebrae superioris ji rozděluje na dvě části: pars orbitalis je nad šlachou víčkového zdvihače. Vzadu sousedí s orbitálním tukem, zevně se dotýká m. rectus lateralis a mediálně dosahuje k okraji m. levator palpebrae superioris. Pars palpebralis glandulae lacrimalis je menší, netvoří kompaktní žlázu, její lalůčky jsou od sebe odděleny a mají samostatné vývody. Palpebrální část žlázy spočívá na for-

nix conjunctivae superior. Konstantním projevem nádoru slzné žlázy je protruze bulbu s kaudální dislokací.

Odvodné slzné cesty začínají od puncta lacrimalia, pokračují v canaliculi lacrimales sup. et inf., které jsou v místě ohybu rozšířeny v ampuly. Kanálky probíhají blízko okraje víčka a otevírají se v 90 % případů společným ústím (ampulou) nebo samostatně do slzného vaku, který má délku 12 až 15 mm a šíří 3 až 6 mm. Slzný vak je uložen ve fossa saci lacrimalis mezi crista lacrimalis anterior et posterior a zde jej objímají obě raménka ligamentum palpebrae mediale. Vzhůru se vak vyklenuje svým fornixem výše nad horní okraj vazy. Zezadu naléhá na slzný vak pars lacrimalis m. orbicularis oculi, který začíná na crista lacrimalis posterior, připíná se do stěny slzného vaku a při kontrakci rozšiřuje jeho lumen. Vak přechází v ductus nasolacrimalis, dlouhý asi 17 až 20 mm, jenž ústí pod dolní nosní skořepu (obvykle na rozhraní přední a střední třetiny) do dolního nosního průduchu.

Odtok slz je zabezpečen aktivní pumpou palpebrální, ampulokanalikulární a sakální při pohybu víček a výše uvedeným m. orbicularis. Pasivní tok vzniká gravitací v saku a zábranou retrográdního toku slz systémem slizničních chlopní.

Dakryocystografie (viz obr. 1.37 s. 47): po lokální anestézii spojivky se nasonduje slzný kanálek ve vnitřním očním koutku na dolním víčku. Následuje injekce 1 až 3 ml 30 až 60procentního roztoku vodné k. I. Vyšetření se dokumentuje zadopředním a bočním snímkem lebky, event. VDN nebo CT v koronární a axiální rovině. Je fakultativním vyšetřením při zjišťování lokalizace obstrukce ve vývodných slzných cestách, zejména u komplikovaných stavů (revize, po traumatech, hypoplazie aj.).

Intervence v oblasti odvodných slzných cest

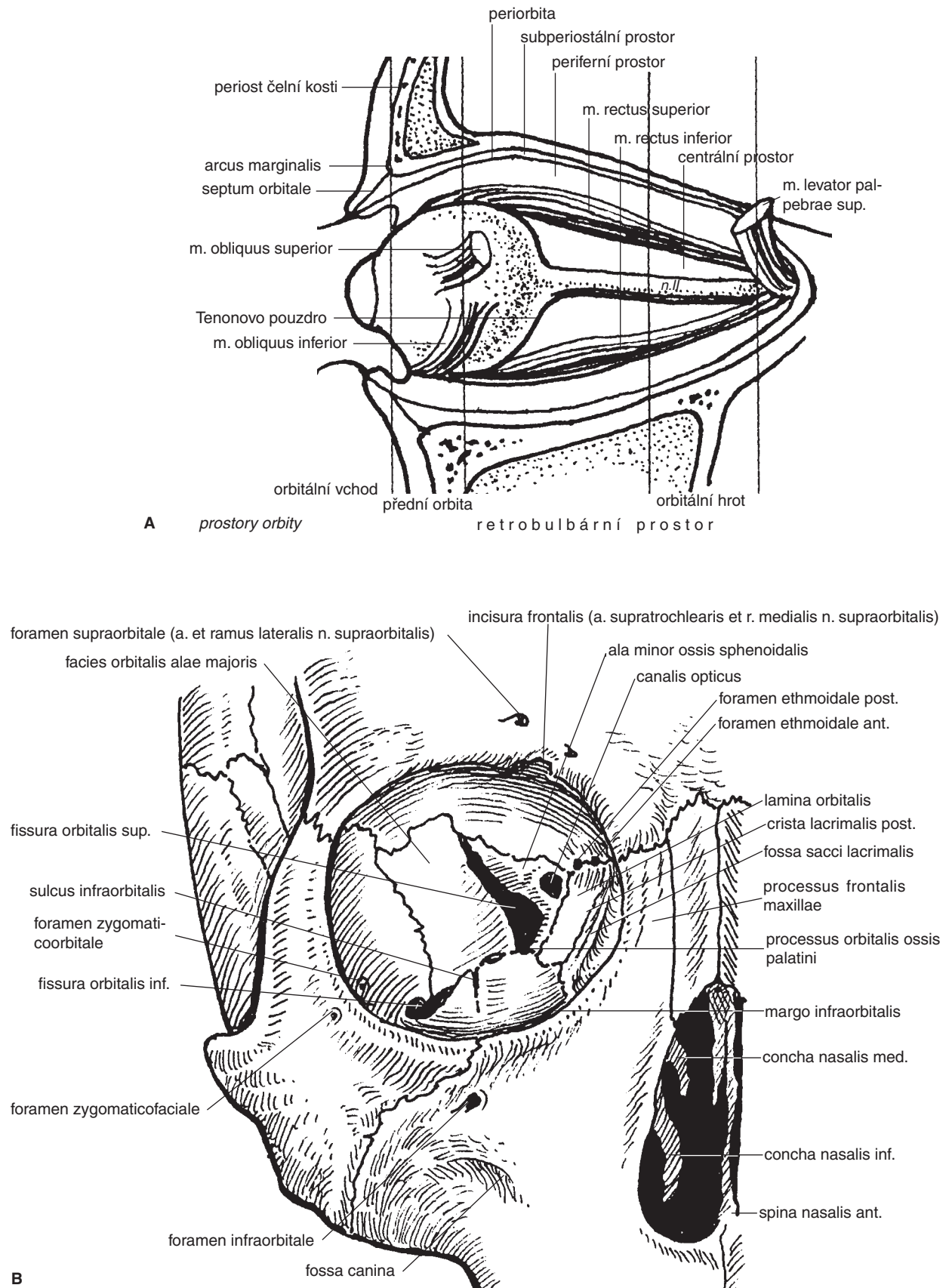
Intervence se provádějí při obstrukci slzných cest po zhodnocení dakryocystografií. Provádějí se následující výkony

- Balónková dilatace (balónková dakryocystoplastika)
- Zavedení stentu
- Extrakce konkrémentu a dočasné zavedení stentu

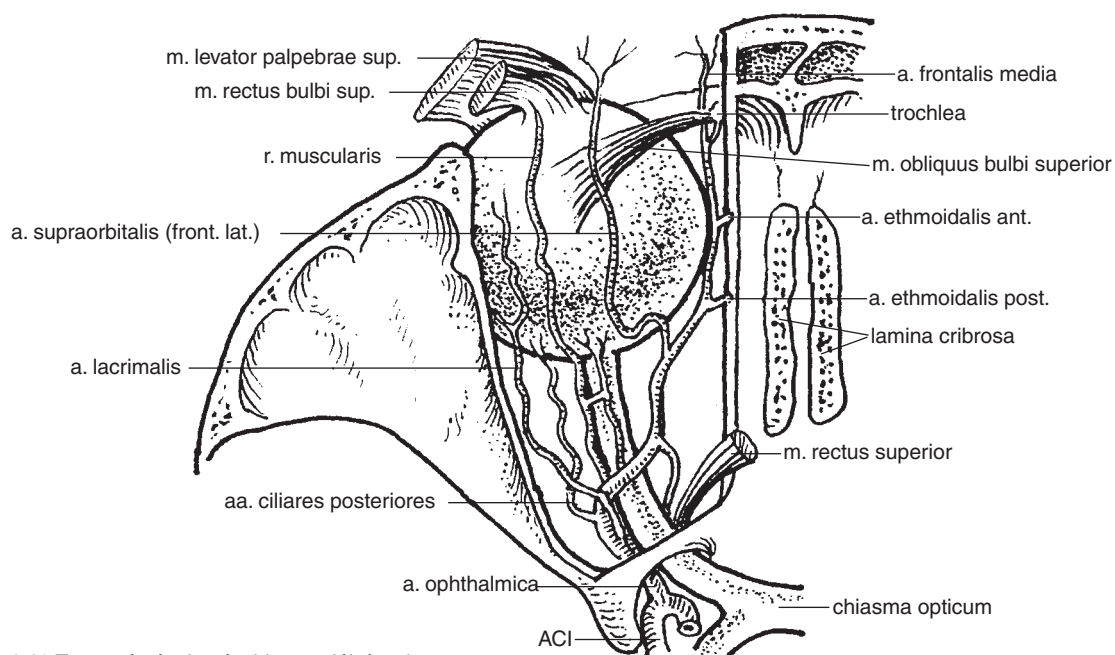
Balónková dilatace

Metoda se vyvinula z angioplastických balónkových dilatací. Zavedení katétru je možné anterográdně i retrográdně za skiaskopické kontroly. Dilatace se provádí naplněním balónku kontrastní látkou. Nejčastěji jsou používány balónky 3–4 mm. Délka insuflace balónku je různá, kolísá od 20 sekund do 5 minut. Úspěšnost metody se uvádí mezi 85 až 95 %. Balónková dilatace by měla být indikována u dětí pro všechny typy obstrukcí, kde selže místní masáž či sondáž bez ohledu na věk.

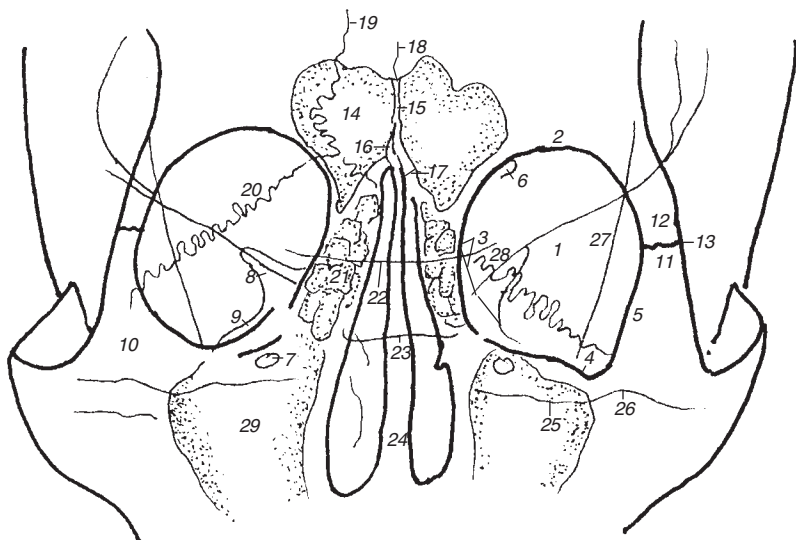
Po balónkové dilataci striktur je možné fragmentovat konkrément a odstranit úlomky výplachem. Pokud přetrvávají zbytky dakryolitu, lze je aspirovat a/nebo odstranit speciální kličkou přes dolní nosní meatus slzovodem.



Obr. 1.18 A, B Orbita



Obr. 1.19 Tepenné zásobení orbity – axiální rovina



A

schéma rentgenogramu



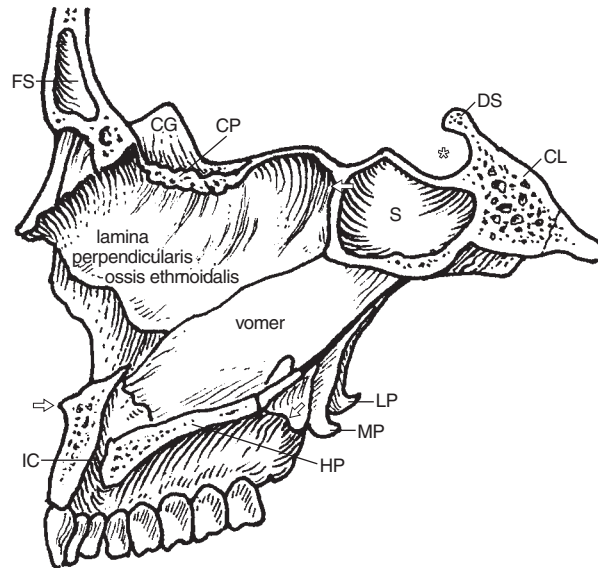
B

RTG zadopřední projekce

Obr. 1.20 A, B Zadopřední projekce očníce

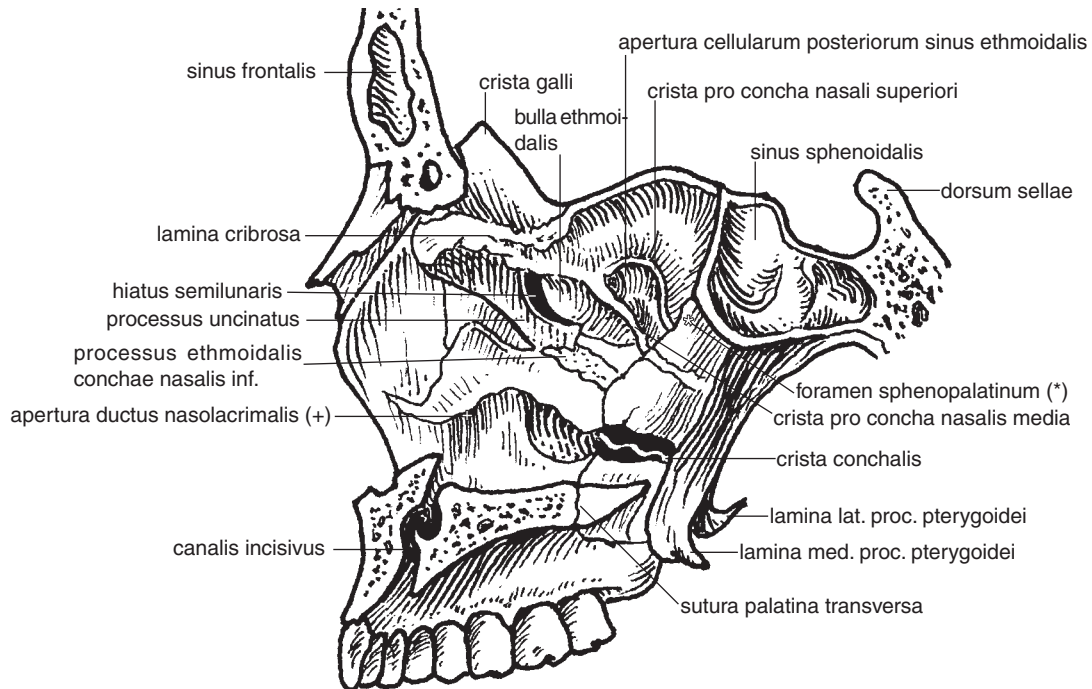
1 – orbita, 2 – margo supraorbitalis, pars frontalis, 3 – margo medialis, pars maxillaris, 4 – margo infraorbitalis, pars maxillaris et zygomatica, 5 – margo lateralis, pars zygomatica, 6 – incisura frontalis, 7 – foramen infraorbitale, 8 – fissura orbitalis sup., 9 – fissura orbitalis inf., 10 – os frontale, 11 – processus frontalis ossis zygomatici, 12 – processus zygomaticus os. frontalis, 13 – sutura frontozygomatica, 14 – sinus frontalis, 15 – septum sinuum frontalem, 16 – crista galli, 17 – sutura frontonasalis, 18 – sutura frontalis, 19 – sutura sagittalis, 20 – sutura lambdoidea, 21 – labyrinthus ethmoidalis, 22 – planum sphenoidale, 23 – sinus sphenoidalis (dolní okraj), 24 – septum nasi osseum, 25 – pars petrosa ossis temporalis (horní hrana), 26 – eminentia arcuata, 27 – ala major (ortorentgenografická projekce části), 28 – ala minor ossis sphenoidalis, 29 – sinus maxillaris

1.7 OBRAZOVÁ ČÁST – KORONÁRNÍ A SAGITÁLNÍ ROVINA



Obr. 1.21 Lebka – sagitální vrstva v úrovni nosní přepážky

Sinus frontalis (FS), crista galli (CG), lamina cribrosa (CP), fossa hypophysialis (*), dorsum sellae (DS), clivus (CL), sinus sphenoidalis (S) s apertura sinus sphenoidalis (šipka směřující vpravo). Spina nasalis anterior (šipka směřující vlevo), canalis incisivus (IC), palatum durum (HP), sutura palatina transversa (šipka směřující doprava dolů), lamina medialis (MP) a lateralis (LP) processus pterygoidei



Obr. 1.22 Laterální nosní stěna