

Y. QASIMOV

QULAQ BURUN VƏ BOĞAZ XƏSTƏLİKLƏRİ

**TİBB UNIVERSİTETİ
ÜÇÜN DƏRSLİK**

**YENİDƏN İŞLƏNMİŞ VƏ
TAMAMLANMIŞ III NƏŞRİ**

BAKI-2018

Kitabı yenidən işləyib III nəşrini tərtib edən ATU-nun “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri” kafedrasının assistenti, t.ü.f.d., **F.A.Əbilova**

Rəyçi: ATU-nun “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri” kafedrasının professoru, t.ü.e.d., **A.M.Xudiyev**

Redaktor: ATU-nun “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri” kafedrasının müdiri, t.ü.e.d., professor **V.M.Pənahian**

Bu kitab ilk olaraq 1969-cu ildə dərslik kimi tələbələr və praktik həkimlər üçün Azərbaycan dilində nəşr olunmuşdur.

Dərsliyin müəllifi dosent Qasimov Yaqub Əli oğlu Almaniyada təhsil almış yüksək səviyyəli mütəxəssis olub.

Kitabın tirajı az olduğuna görə 1980-cı ildə ikinci dəfə nəşr olunub.

Qeyd etmək vacibdir ki, uzun illər ərzində Y.Ə.Qasimovun “Qulaq burun və boğaz xəstəlikləri” adlı dərsliyi öz aktuallığını hələ də saxlayır. Elmi və praktik tibbi fəaliyyət göstərən həkimlər, ATU-nun tələbələri, müdavimlər, aspirantlar və rezidentlər bu kitabdan hələ də yararlanırlar.

1991-ci ildən Azərbaycan Respublikası müstəqilliyə nail oldu və Dövlətimizin Rəhbərliyinin sərəncamı ilə ana dilimiz latın qrafikasına keçdi. Son 27 ildə elmimizin çoxlu sahələrində yeni kitablar çap olundu.

Dos. Y.Ə.Qasimovun əziz xatirəsinə və dərsliyin dəyərliliyinə, uzun illər boyu zamanın imtahanından keçdiyinə görə kitabın latın əlifbasında yenidən çap olunmasını qərara aldıq.

Ümidvarıq ki, kitabın yenilənmiş üçüncü nəşri otorinolarinqoloqlarımız və ATU-nun tələbələri üçün vacib dərs vəsaiti kimi istifadə olunacaq.

ATU-nun “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri”
kafedrasının assistenti,
t.ü.f.d., **F.A. Əbilova**

İ F Ə S İ L

OTORİNOLARINQOLOGİYANIN TARİXİNDƏN

Otorinolarinqologiya yunan sözlərindən (otos – qulaq, rhinos – burun və laryngos – boğaz) əmələ gəlmişdir. Otorinolarinqologiyayı qısaca olaraq LOR adlandırırlar.

Bu klinik fənn, qulaq, burun, udlaq və qırtlağın quruluşunu, onların eşitmə və statokinetik, qoxu, tənəffüs, nitq və səs əmələgətirmə funksiyalarını, eləcə də onların xəstəliklərini və müalicəsini bütün orqanizmlə qarşılıqlı əlaqə halında öyrənməklə məşğul olur.

Hələ qədim həkimlər: Hippokrat, Aristotel, Sels LOR üzvlərinin xəstəliklərini, burun polipini çıxarma və intubasiya metodlarını təsvir etmişlər. Qulağın ağız boşluğu ilə anatomik rabitəsi Aristotela də bəlli idi.

Qədim misirlilər traxeotomiya edirdilər. Orta əsrlərdə ərəb təbabəti daha çox şöhrət tapmışdı. Məşhur ərəb həkimlərindən Razi və ya Razes (864 – 925-ci illər) günəş işığında qulağa baxırmışlar. Buxaralı Əbu Əli Sina təbabətin görkəmli nümayəndəsi olmuşdur. Bu alimin, “Əlqanun” adlı məşhur əsərində qulaq, burun və boğaz xəstəliklərinə böyük bir fəsil həsr edilmişdir.

Otorinolarinqologiyanın indiki inkişafı qulağın, boğazın və burunun endoskopik müayinə metodlarının işlənib hazırlanması nəticəsində baş vermişdir. Anton v. Tröltsh (1829 – 1890) qulaq həkimi (otiatr) olmaqla bərabər otoskopiya məqsədilə alın reflektorunu ilk dəfə, o, işlətməmişdir. Hoffmann güzgüsü onun təkmilləşdirilmiş güzgüsünün prototipi hesab olunur. Bu müəllif, ortasında müayinə (gözdənkeçirmə) üçün dairə şəklində amalqamadan təmizlənmiş olan adi girdə güzgüdən istifadə edirdi.

Vokal pedaqogika üzrə ingilis professoru Manuel Garcia (1804 – 1906) dəstəyə rəbt olunmuş kiçik yastı güzgü ilə ilk dəfə 1859-cu ildə qırtlağı görə bilmişdir. Qarsianın təcrübəsinə əsaslanan çex alimi Crermak isə udlağın burun hissəsinin (burunudlağın) müayinəsi üçün kiçik ölçülü güzgü təklif etmişdir.

Rusiyada otorinolarinqologiyanın inkişafına dünya şöhrəti qazanmış böyük alimlər: cərrah N.İ.Piroqov (1810 – 1881), terapevtlərdən S.P.Botkin (1832 – 1889) və Q.A.Zaxaryin (1829 – 1897) kömək etmişlər. Qulağın, burun və boğazın anatomiya, topoqrafiya məsələləri N.İ.Piroqovun əsərlərində aydın əksini tapmışdır. S.P.Botkin və Q.A.Zaxaryin otorinolarinqologiyanın inkişafına təkan vermişlər. Onlar LOR üzvlərin endoskopik müayinə metodlarının böyük əhəmiyyətini lazımınca qiymətləndirərək Rusiyada həmin metodların geniş tətbiqinə və inkişafına kömək etmişlər.

Öz zamanəsinin görkəmli klinikaçı-terapevtləri olan Q.A.Zaxaryin və S.P.Botkin otorinolarinqologiyayı öyrənməyi öz əməkdaşlarına tövsiyə edirdilər. LOR ixtisasının Rusiyadakı inkişaf dövrünün ilk çağlarında, əsasən terapevtik xarakter daşması bununla izah olunur.

1886-cı ildə Peterburq tibb-cərrahlıq akademiyasında otorinolarinqologiya üzrə privat-dosentura (ştatdankənar dosent) təsis olunmuşdu.

Otorinolarinqologiya üzrə ilk dərsləri əvvəllər terapevt işləmiş B.İ.Nikitin (1850 – 1918) yaratmışdır. O, 1896-cı ildə professor seçilmişdir. 1906-cı ildə V.N.Nikitin o zamankı otorinolarinqologiyanın bir sıra görkəmli xadimləri ilə birlikdə əlahiddə jurnalı – “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri”nin aylıq jurnalını buraxdı. B.T.Nikitin rinoloq idi, buna görə də otiatriya kursunu V.N.Okunev (1862 – 1919) oxuyardı. O, hərbi tibb akademiyasını bitirmiş və Nikolayevsk hərbi qəspitalının qulaq şöbəsində ordinator işləmişdir.

V.N.Okunevin şagirdlərindən L.T.Levin (1869 – 1944) Petroqrad həkimləri təkmilləşdirmə institutunda LOR kafedraya rəhbərlik edirdi (1917). L.T.Levin istedadlı cərrah kimi şöhrət qazanmış, qulağın cərrahi xəstəliklərinə dair ilk samballı əsər yazmışdır.

Otorinolarinqologiyanın başlanmasında və inkişafında N.P.Simanovski (1854 – 1922) böyük rol oynamışdır. O, əvvəlcə S.P.Botkinin klinikasında ordinator işləmiş, 1885-ci ildə rinolarinqologiya üzrə adyunkt-professor (professor köməkçisi) vəzifəsinə seçilmişdir. Qulaq xəstəliklərini A.F.Prussak tədris edirdi. Qeyd etmək lazımdır ki, avadanlıq və alətlərin olmaması tədris işini çətinləşdirirdi. Yalnız 1892-ci ildə N.P.Simanovski klinika üçün ayrıca bina ala bilmişdi. Prussak istefaya çıxdıqdan (1893) sonra kafedra birləşdirilmiş və N.P.Simanovskiyə tapşırılmışdı. Onun şagirdlərindən V.İ.Voyaçək, M.F.Sitoviç, N.M.Aspisov sovet dövründə həmin tibb ixtisasının görkəmli xadimləri olmuşlar.

N.P.Simanovski istefaya çıxdıqdan sonra onun yerini V.İ.Voyaçək tutdu. 1930-cu ildə onun yaxından iştirakı ilə Leninqradda elmi-tədqiqat qulaq, boğaz, burun və nitq institutu yaradıldı. Bu alim eşitmənin fiziologiyasına böyük diqqət yetirmişdir. Burun arakəsməsinin əsirgəyici operasiyasının texnikasını, məməyəbənzər çıxıntının çəkicsiz trepanasiya ideyasını da, o, təklif etmişdir. V.İ.Voyaçək onkologiya sahəsində qırtlağın kontrablastik ekstirpasiya metodunu irəli sürmüşdür. O, praktikaya bir sıra yeni alətlər daxil etmişdir. 1945-ci ildə V.İ.Voyaçək SSRİ Tibb Elmləri Akademiyasının həqiqi üzvü seçilmişdir. O, sovet otorinolarinqoloqlarının böyük məktəbini yaratmışdır. İndi müxtəlif ali tibb məktəblərində kafedralara rəhbərlik edən bir sıra görkəmli sovet mütəxəssisləri onun şagirdləridir.

N.P.Simanovskinin başqa bir şagirdi M.F.Sitoviç (1869 – 1936) Saratovda kafedraya rəhbərlik etmişdir: orada Sitoviç tərəfindən yuxarı tənəffüs yolları institutu yaradılmışdır.

Rus elminin şöhrətini artıran və böyük ad qazanmış olan bir çox otorinolarinqoloqlar Moskvada işləmişlər. Bunlardan S.F.Şteyn, S.S.Preobrajenski və L.İ.Sverjevskini göstərmək olar. S.F.Şteyn (1855 – 1920) vestibulyar aparatın

fiziologiyası və patologiyası sahəsindəki elmi işləri ilə dünya şöhrəti qazanmışdır. O, öz şagirdləri ilə birlikdə üç böyük cildə elmi əsərlər buraxmışdır. S.S.Preobrajenski (1864 – 1927) 1918-ci ildə Moskva universitetinin professoru seçilmiş, öz fəaliyyətinin xeyli hissəsini surdologiyaya həsr edərək bir sıra qiymətli əsərlər yaratmışdır.

L.İ.Sverjevski (1867 – 1941) 1905-ci ildə Moskva universitetində privat-dosent seçilmiş, 1911-ci ildən Moskva ali qadın kurslarında mühazirəçi işləməyə başlamışdır. O və onun şagirdləri otorinolarinqologiyanın bir çox həlledilməmiş məsələlərini tədqiq etmişlər.

Görkəmli alim A.F.İvanov (1867 – 1935) da Moskvada işləmiş və yaratmışdır. O, Moskva tibb institutunda kafedra müdiri vəzifəsində işləyirdi. A.F.İvanov bir sıra orijinal əsərləri ilə bərabər qırtlaq perixondritlərinin və stenozlarının müalicəsi sahəsindəki əsərləri ilə də tanınmışdır.

S.M.Kompaneyets görkəmli nəzəriyyəçi və klinikaçı kimi Ukraynada tanınmışdı. O, 1921-ci ildən Dnepropetrovskda, 1930-cü ildən Xarkovda kafedraya rəhbərlik etmiş, rus və Ukrayna dillərində bir sıra monoqrafiyalar və dərsliklər yazmışdır. O, ilk dövrü sovet jurnalı olan “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri”ni təsis etmiş, ömrünün axırına qədər həmin jurnalın redaktoru olmuşdur. Onun bir çox şagirdləri ölkənin, əsasən, Ukraynanın ali tibb məktəblərində kafedralara rəhbərlik etmişlər.

1922-ci ildə Sovet hökumətinin xüsusi dekretinə əsasən otorinolarinqologiya məcburi fənn kimi tibb institutlarının proqramına daxil edildi. Əgər keçmiş çar Rusiyasında bu ixtisas – LOR üzrə yalnız 5 kafedra və 400 həkim var idisə, indi belə kafedraların sayı yüzdən, həkimlərin sayı isə 8000-dən artıqdır (1960-cı il məlumatı).

Hazırda otorinolarinqologiyanı B.S.Preobrajenski, V.K.Qrutnev, K.L.Xilov, F.V.Undrits, Y.S.Tyomkin, N.A.Bobrovski, A.Q.Lixaçov inkişaf etdirirlər.

Xaricdə otorinolarinqologiyanın görkəmli xadimlərindən F.Betsold, A.Politser, Urbançiç, Q.Killian və b. göstərmək olar.

Sovet hakimiyyətindən əvvəl Azərbaycanda bu sahədə 4 həkim var idi ki, onların hamısı Bakıda işləyirdi. Mövcud şəhər müalicəxanalarında qulaq, boğaz və burun xəstəlikləri üzrə kabinetlər yox idi. Sovet hakimiyyəti qurulduqdan sonra Bakıda otorinolarinqoloqların işlədikləri bir neçə ambulatoriyada kabinetlər açıldı.

Bakıda otorinolarinqoloji klinika 1926 – 1927-ci dərslər ilində açılmış, ona M.F. Sitoviçin şagirdlərindən biri olan İ.İ.Lukov rəhbərlik etmişdir. Klinikanın ilk illərdə bir ambulatoriyası və 10 çarpayılıq stasionarı var idi. 1930-cu ildən sonra ambulatoriya bağlandı, stasionar isə genişləndirildi.

Bakıda müxtəlif xəstəxanalarda açılmış 8 stasionarlarda, qulaq, burun və boğaz xəstələri üçün 254 çarpayısı vardır, bunlardan 70-i uşaqlara məxsusdur.

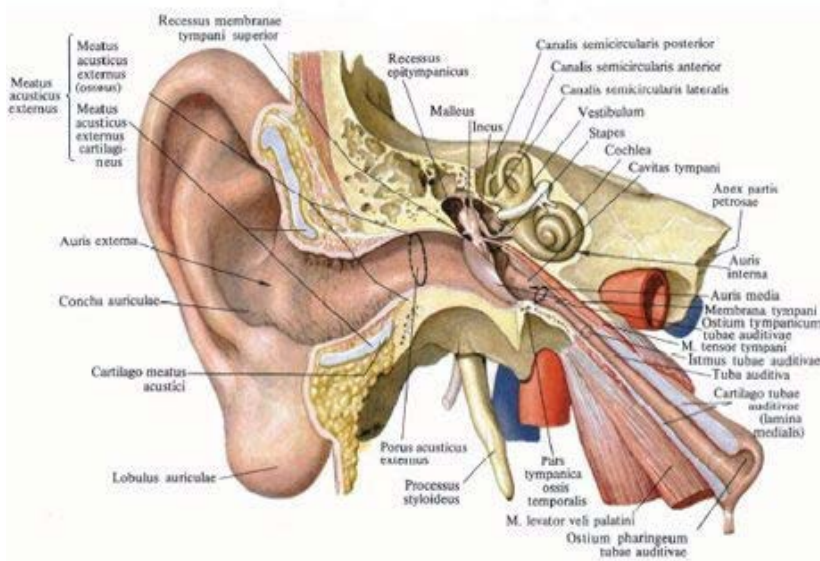
Respublikanın başqa şəhər və rayon mərkəzlərində poliklinikalardakı xüsusi kabinetlərdən başqa stasionarlarda 442 çarpayısı vardır; bunlardan 70 çarpayısı uşaqlar üçündür. Hazırda Bakıda mütəxəssislərin sayı 185 nəfər, rayonlarda isə 126 nəfərdir.

QULAQ XƏSTƏLİKLƏRİ

QULAĞIN ANATOMİYASI

Eşitmə üzvünün, burun və boğazın klinik anatomiyasını dərinlən bilmək bu üzvlərin xəstəliklərini öyrənməkdə və onların müalicəsində böyük əhəmiyyətə malikdir.

Qulaq anatomik cəhətcə üç hissəyə bölünür: xarici, orta və daxili qulaq. Funksional cəhətcə qulaqda iki hissə: eşitmə aparatı və statokinetik (müvazinət və sahə hissi) aparat ayırd olunur (şəkil 1).



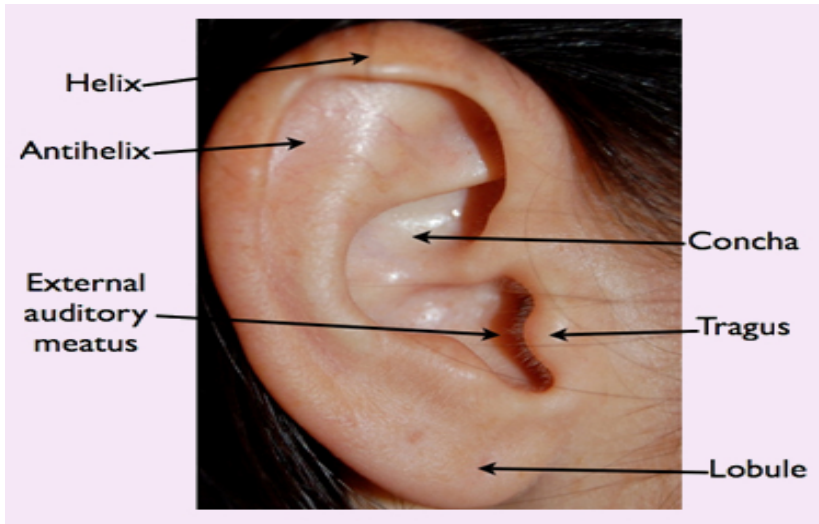
Şəkil 1. Eşitmə üzvünün sxematik təsviri.

Eşitmə analizatorunun periferik reseptoru zarlı ilbizdə, sahə hissi və müvazinət aparatının ki isə zarlı dəhlizdə və yarımdairəvi kanallardadır. Analizatorun aparıcı yollarilə birlikdə ara sinir mərkəzləri və beyin qabığında yerləşən mərkəzi hissəsi də ayırd olunur.

Xarici qulaq (auris externa)

Xarici qulağa qulaq seyvanı və xarici qulaq keçəcəyi aiddir.

Qulaq seyvanı (auricula) çənə oynaqı ilə məməyabənzər çıxıntı arasında yerləşib bir neçə əzələ vasitəsilə yuxarıda gicgah sümüyünün puluna, dalda məməyabənzər çıxıntıya, öndə isə almacıq sümüyünə rəbt olmuşdur. Qulaq seyvanının əksər hissəsi qığırdaq təbəqədən ibarət olub qığırdaqüstlüyü və dəri ilə örtülmüşdür. Onun yalnız kiçik aşağı hissəsi, yəni sırğalıq (lobulus auriculæ) qığırdaq əsasdan məhrumdur, belə ki, onda qığırdağı piy əvəz edir (şəkil 2).



Şəkil 2. Qulaq seyvanı.

Qulaq seyvanında iki səth: ön (lateral) və arxa (medial) səthlər ayırd olunur. Ön səth batıq, arxa səth isə qabarıqdır. Seyvanın sərbəst kənarı qıvrım (helix) adlanır. Qıvrımın başlanğıc hissəsini onun ayaqcığı (crus helices) əmələ gətirir. Ayaqcıq seyvandakı çökəkliyi iki hissəyə: balıqqulağı qayığına (cymba conchae) və balıqqulağı boşluğuna (cavum conchae) bölür. Qıvrıma paralel yerləşən törəmə, qarşı qıvrım (anthelix) adlanır və ondan qayıq (scapha) adlanan şırım ilə ayrılır. Qarşı qıvrımın hər iki ayaqcığı (crura anthelices) arasında üçbucaq şəklində çökəklik, yəni üçbucaq çuxur (fossa triangularis) yerləşir. Qarşı qıvrım aşağıya doğru kiçik çıxıntıya – antitraqusa (antitragus) keçir. Traquslararası oyma (incisura intertragica) antitraqusu traqusdan ayırır.

Qulaq seyvanının başın yan səthinə rəbt olunduğu yerdə dərin şırım – qulaq seyvanının dal şırımı (sulcus auriculae posterior) gözə çarpır. Klinikada onun böyük əhəmiyyəti vardır (mastoidit zamanı həmin şırım yox olur).

Xarici qulaq keçəcəyi (meatus acusticus externus) iki hissədən ibarətdir: qulaq keçəcəyi uzunluğunun 1/3-ni təşkil edən qıgırdaq hissəsi və onun qalan 2/3-nə bərabər olan sümük hissəsi aiddir. Hər iki hissə bir-birinə fibroz toxuma ilə rəbt olunmuşdur. Xarici qulaq keçəcəyi bir qədər S-əbənzər formaya malikdir, belə ki onun istiqaməti arxadan önə və yuxarıdan aşağıya doğru olub, uzunluğu 2,5 sm-dir.

Xarici qulaq keçəcəyində olan iki oyma otoskopiyanı asanlaşdırır. Bu oymalar ön və aşağı divarda qıgırdağın fibroz toxuma ilə əvəz edilməsi nəticəsində əmələ gəlib Santorini oymaları (incisura Santorini və ya incisura cartilagineis meatus acustici externi) adlanır.

Xarici qulaq keçəcəyinin mənfəzi təbil zarına doğru dəyişilir: keçəcəyin eni qıgırdaq hissədə tədricən daralır, boğaz (isthmus) adlanan ən dar yer qıgırdaq

hissə ilə sümük hissənin hüdundadır. Qulağa yad cisimlər düşmüş olduqda bunu nəzərə almaq lazımdır.

Qulaq keçəcəyi kəsikdə oval formaya malikdir. Xarici qulaq keçəcəyinin dörd divarı: yuxarı, aşağı, ön və arxa divarı ayırd edilir. Yuxarı divar eyni zamanda orta kəllə çuxurunun dibini təşkil edir. Aşağı divar qulaqyanı ağız suyu vəzisinə söykənir. Bununla əlaqədar olaraq irinli proses qulaq keçəcəyi qığırdağı oyması vasitəsilə qulaqdan vəziyə tərəf işləyərək onu yoluxdura və əksinə, vəzidən qulağa keçə bilər. Ön divar çənənin oynaq kisəsinə söykənir. Bu səbəbdən qulaq keçəcəyində iltihab prosesi olduqda çəynəmə aktı ağrılı olar, digər tərəfdən çənənin travması zamanı aşağı divar sına bilər. Arxa divar eyni zamanda məməyəbənzər çıxıntının ön divarıdır. Buna görə də burada rast gəlinə bilən patoloji dəyişikliklər mastoiditin diaqnostikası üçün qiymətli əlamətdir.

Xarici qulaq keçəcəyi divarlarının uzunluğu müxtəlifdir: ön divar arxa divardan, aşağı divar isə yuxarı divardan uzundur. Qulaq keçəcəyinin divarları dəri ilə örtülmüşdür. Qulaq seyvanının dərisi ilə keçəcəyin qığırdaq şöbəsinin dərisi eyni quruluşa malikdir. Buradakı dəri tüklər, piy və qulaq kiri vəziləri ilə təchiz olunmuşdur. Qulaq keçəcəyinin sümük şöbəsinin dərisi nazik olub vəzilərə və tüklərə malik deyildir.

Yenidoğulmuş və südümər uşaqlarda xarici qulaq keçəcəyinin sümük şöbəsi yoxdur. Yenidoğulmuş uşaqlarda qulaq keçəcəyinin mənfəzi, sümük şöbə müstəsna olmaqla dar yarıq şəklində olub ilk yaxma (vernix caseosa) adlanan xüsusi maddə ilə dolmuşdur. Onun tərkibində piy və dəri epidermisi vardır ki, bu səbəbdən qulağın müayinəsi yeni doğulmuş uşaqlarda xeyli çətinləşir.

Arxa və yuxarı divarların hüdundan daimi olaraq az ya çox nəzərə çarpan və spina suprameatum Henle adlanan bir çıxıntı yerləşir. Bunun əhəmiyyəti mağaranın proyeksiyasına uyğun olmasıdır.

Təbil pərdəsi (membrana tympani) xarici qulağı orta qulaqdan ayırır və öz vətər halqası ilə gicgah sümüyünün fibroz halqasına (annulus fibrocartilagineus) bağlanır. Təbil pərdəsi yeni doğulmuş uşaqlarda girdə formaya, yaşlılarda isə oval formaya malikdir. Təbil pərdəsinin uzununa diametri 9,5 – 10 mm, qısa diametri 8,5 – 9 mm-dir.

Təbil pərdəsində anatomik cəhətcə iki hissə ayırd olunur: gərginləşmiş (pars tensa) və sallanmış (pars flaccida) hissələr. Bu axırıncı Şrapnel zarı (membrana Shrapnelli) da adlanır. Gərginləşmiş hissə təbil halqada tarım çəkilmiş üç qatdan ibarətdir: 1) xarici qulaq keçəcəyi dərisinin davamı olan bayır qat (stratum cutaneum); 2) orta fibroz qat (stratum fibrosum) liflərin boylama bə halqavı istiqamətdə yerləşdiyi iki təbəqədən ibarətdir; 3) daxili qat; bu, təbil boşluğunun selikli qişasının davamı olan selikli qişadan (stratum mucosum) ibarətdir. Sallanmış hissədə orta fibroz qat yoxdur. Onun sallanmış olması da bundan irəli gəlir.

Təbil pərdəsi qıfabənzər formaya malikdir. Onun ən batıq yeri göbək (umbo membrana tympani) adlanır.

Yeni doğulmuş uşaqlarda təbil pərdəsinin ölçüləri böyüklərdəki kimidir. Yalnız iki aya qədər olan südümər körpələrdə qulaq pərdəsinin vəziyyəti üfüqi olur, uşaq böyüdükcə isə şaquli vəziyyət alır. Yeni doğulmuş uşaqlarda qulaq

pərdəsi böyüklərdə olduğuna nisbətən qalındır, bu, orta qulağın selikli qışasının embrional xüsusiyyəti ilə izah olunur.

Təbil pərdəsi boz-sədəf rəngdədir.

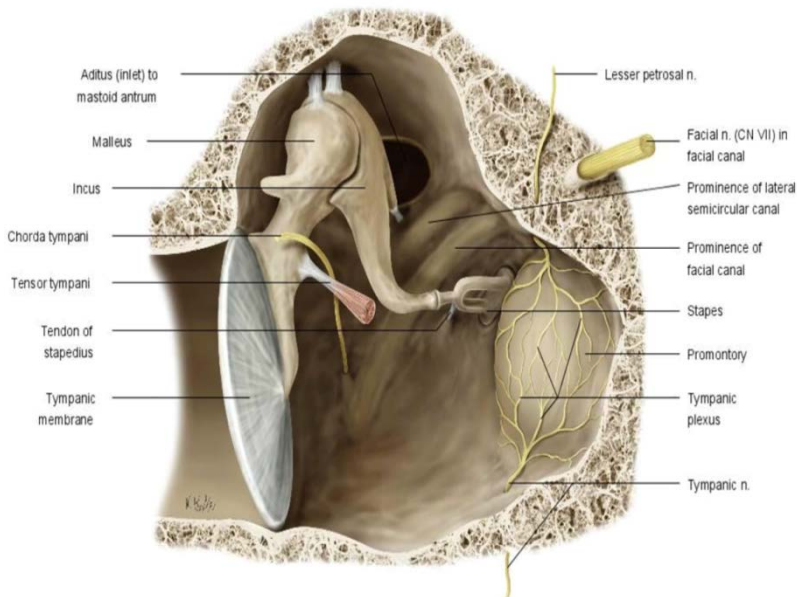
Orta qulaq (auris media)

Orta qulağın tərkibinə təbil boşluğu, eşitmə (Yevstax) borusu və məməyabənzər çıxıntının cisimcikləri (hüceyrələr) daxildir.

T ə b i l b o ş l u ğ u (cavum tympani) gicgah sümüyünün piramidində yerləşib, qeyri-düzgün formalı qısa prizmanı xatırladır. Boşluğun tutumu 1 sm³-dir. Onun altı divarı: bayır (lateral), içəri (medial), yuxarı, aşağı, ön və dal divarları vardır.

Bayır divarın əsas hissəsini təbil pərdəsi əmələ gətirir. Bu divarın bütövlüyü (tamlığı) təbil pərdəsi üstündə yerləşən attikin bayır divarı və onun altında yerləşən qulaq keçəcəyinin aşağı sümük divarı ilə təmin olunur.

İçəri və ya labirint divarı eyni zamanda labirintin bayır divarının bir hissəsidir. Bu divarda çıxıntı şəklində törəmə nəzərə çarpır ki, o, burun (promontorium) adlanır. Burun ilbizin əsas qıvrımıdır. İçəri divarda eşitmə üçün böyük əhəmiyyəti olan iki pəncərə: girdə (fenestra cochleae seu rotundum) və oval (fenestra vestibuli seu ovalis) pəncərə vardır. Bu pəncərələrin ikisi də burunun arxasında, həm də ilbiz (girdə) pəncərəsi aşağıda, dəhliz (oval) pəncərəsi isə yuxarıda yerləşmişdir. Oval pəncərə üzənginin ayaqaltı səfhəsi ilə, girdə pəncərə isə ikinci təbil pərdəsi (membrana tympani secundaria) ilə qapanmışdır. Hər pəncərədə xüsusi oyuqlar vardır (şəkil 3).



Şəkil 3. Təbil boşluğundan keçən frontal kəsik.

Təbil boşluğunun yuxarı və ya damı (fegmen tympani) təbil boşluğunu kəllənin orta çuxurundan ayırır. Onun qalınlığı 1 mm-dən 6 mm-ə qədər olur. Bəzən burada anadangəlmə sümük qüsurları (dehiscentio) qeyd olunur. Belə hallarda təbil boşluğunun selikli qışası beynin sərt qışasına söykənir. Yenidoğulmuş və südəmər uşaqların təbil boşluğunun yuxarı divarında yarıq (fissura petro-sqamosa) vardır. Uşaqlarda otit zamanı beyin simptomlarının meydana çıxmasını infeksiyanın məhz bu yarıqdan keçməsi ilə əlaqələndirirlər.

Aşağı divar nazik sümük səfhədən əmələ gəlmişdir. Bu, təbil boşluğunu vidacı venanın soğanağından (bulbus venae jugularis) ayırır. Bəzən bu divarda da dehissensiyalar rast gəlinir. Belə hallarda vidacı vena soğanağının təbil boşluğuna girə biləcəyi imkanı olduğundan parasentez zamanı onun yaralanması təhlükəsi meydana çıxmış olur.

Ön divar aşağı hissədə daxili yuxu arteriyasının kanalı ilə hədudlanır. Bu divarın yuxarı hissəsinə eşitmə (Yevstax) borusunun daxili dəliyi açılır.

Arxa divar məməyəbənzər çıxıntı ilə hədudlanır. Bu divarın yuxarı hissəsini məməyəbənzər mağaranın girəcəyi (aditus ad antrum) tutur. Divarın dərinliyində üz siniri kanalı yerləşmişdir.

Təbil boşluğunda üç hissə ayırd edilir: 1) yuxarı hissə, yəni təbilüstü sahə və ya attik (epitympanum seu atticus); 2) orta hissə (mesotympanum); 3) aşağı hissə (hypotympanum). Orta hissə həcmcə hamısından böyükdür.

Təbil boşluğunun bütün divarları nazik selikli qışa ilə örtülmüşdür. Selikli qışa eyni zamanda sümüküstlüyünü əvəz edir. Təbil boşluğundakı selikli qışa birqatlı yastı epitel ilə örtülmüşdür və selik vəziləri yoxdur. Selikli qışa təbil boşluğunun içindəkiləri, yəni qulaq sümükçülərini, əzələləri, bağları örtərək ciblər və büküşlər əmələ gətirir. Yenidoğulmuş uşaqlarda təbil boşluğu miksoid toxuması ilə dolmuş olur ki, o da tədricən sorulur.

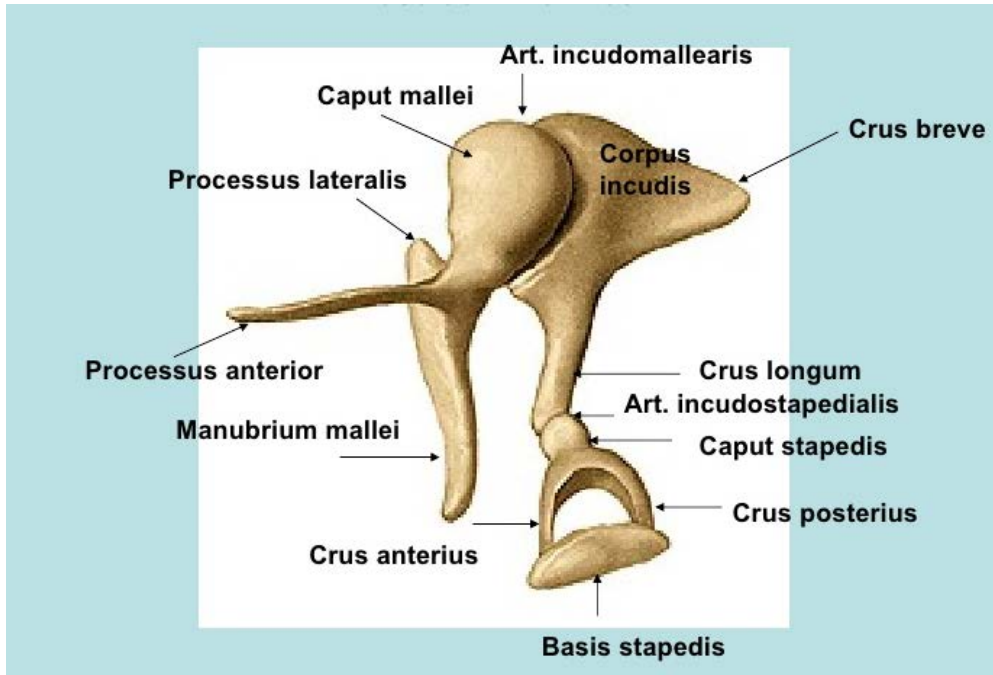
Təbil boşluğunda çəkic (malleus), zındən (incus) və üzəngi (stapes) adlanan üç qulaq sümükçüyü vardır.

Çəkicdə: 1) baş (caput), 2) boyun (collum) və 3) dəstə (manibrium mallei) ayırd olunur. Dəstədə yan (processus lateralis) və ön (processus anterior) çıxıntı vardır. Otoskopiya zamanı o dəstəyin yuxarı hissəsində nəzərə çarpır (şəkil 4).

Zindəda cisim (corpus incudis) və ayaqcıq adlanan iki çıxıntı, yəni uzun və qısa ayaqcıq (crus longum et breve) ayırd edilir. Üzənginin başı (caput stapedis) ön və dal ayaqcığı (crura anterior et posterior), habelə ayaqaltı səfhəsi və ya üzəngi əsası (basis stapedis) vardır.

Sümüyün üçü də bir-birinə birləşmişdir. Bundan başqa bir tərəfdən çəkicin dəstəsi qulaq pərdəsinin fibroz qatına, digər tərəfdən isə üzənginin ayaqaltı səhvəsi həlqəvi bağın (liqamentum annulare) köməyi ilə oval pəncəyə

bağlanmışdır. Belə quruluş sayəsində səs dalğaları təbil pərdəsindən qulaq sümükçüklərinə və sonra perilimfadan daxili qulağa ötürülür (şəkil 4).



Şəkil 4. Qulaq sümükçükləri.

Qulaq sümükçüklərinin təbil boşluğunda topoqrafik yerləşməsi belədir: zindanın cismi, çəkicin başı və boynu attikdə, qalan hissələri isə mezoimpanumda yerləşmişdir.

Təbil boşluğunda bir-birinə görə antoqonist olan iki əzələ vardır. Həmin əzələlər bunlardır: təbil pərdəsini gərginləşdirən əzələ (musculus tensor tympani) və üzəngi əzələsi (musculus stapedius). Təbil pərdəsini gərginləşdirən əzələ öz kanalından çıxarkən təbil boşluğunun daxili divarında kiçik hündürlüyə, yəni ilbizəbənzər çıxıntıya (processus cochleariformis) rast gəlinir, onu dolanıb keçərək təbil pərdəsinə yanaşır. Üzəngi əzələsi üzənginin başına bağlanır. Bu əzələlər birinci üçlü sinir ilə, ikinci üz siniri ilə innervasiya olunur.

E ş i t m ə (Y e v s t a x) b o r u s u (tuba auditiva seu Eustachii) təbil boşluğunu burun-udlaq (udlağın burun hissəsi) ilə birləşdirir. Borunun uzunluğu böyüklərdə 3,5 sm-ə yaxın, yeni doğulmuş uşaqlarda 1,9 sm-dir. Bunu da qeyd etmək lazımdır ki, körpələrdə borunun mənfəzi xeyli genişdir. Eşitmə borusunun belə quruluşa malik olması infeksiyanın təbil boşluğuna keçməsinə münasib şərait yaradır. Eşitmə borusu iki hissədən: sümük və qığırdaq hissələrdən (pars ossea et pars cartilaginea) ibarətdir. Onların birincisi təbil boşluğundan başlanır və 12 mm-

lik uzunluğa malikdir; qığırdaq hissənin uzunluğu təqribən 24 mm-ə bərabərdir, bu hissə eşitmə borusunun udlaq ağzı (ostium pharyngeus tubae auditivae) şəklində burun-udlağa açılır. Borunun ən dar yeri, yəni eşitmə borusunun boğazı (istmus tubae auditivae) sümük hissə ilə qığırdaq hissənin bir-birinə keçdiyi yeri təşkil edir. Yaşılarda eşitmə borusunun təbil boşluğuna açılan ağzı təbil pərdəsinin ön-aşağı seqmentinə proyeksiya olunur, kiçik uşaqlarda isə yuxarı seqmentə uyğun gəlir.

Borusunun udlaq ağzı aşağı burun balıqqulağının arxa kənarı səviyyəsində burun-udlağın yan divarında yerləşib udlaq cibinə açılır. Burada qığırdaq hissə boru yastığı (torus tubarius) adlanan aypara hündürlük əmələ gətirir.

Eşitmə borusu kirpikli silindrik epitelə malik selikli qışa ilə örtülmüşdür; selikli qışanın kirpikləri burun-udlağa tərəf hərəkət edir. Eşitmə borusunun iki əzələsindən biri – damaq pərdəsini qaldıran əzələ (musculus levator veli palatini) olub, digər əzələ (musculus tensor veli palatini) boru mənfəzinin açılmasına səbəb olur. Bunun nəticəsində təbil boşluğu ventilyasiyaya uğrayır ki, bu da eşitmə üçün olduqca vacibdir.

Məməyəbənzər çıxıntı (processus mastoideus). Böyüklərdə və kiçikyaşlı uşaqlarda məməyəbənzər çıxıntının quruluşu bir-birindən xeyli fərqlənir. Məsələ burasındadır ki, yenidogoğulmuş uşaqlarda məməyəbənzər çıxıntı yoxdur. İnkişafın ilk mərhələsində onu kiçik hündürlük, yəni mağara (antrum) və bir-iki hüceyrə əvəz edir. 2 yaşdan başlayaraq məməyəbənzər çıxıntı həmin hündürlükdən inkişaf edir. Çıxıntının inkişafı 3 yaşında sona yetir və o, özünəməxsus forma alır.

Məməyəbənzər çıxıntının quruluşunda üç tip ayırd olunur: pnevmatik, diploetik və sklerotik tip.

Pnevmatik tipli quruluşda çıxıntı müxtəlif ölçülərə və formaya malik ayrı-ayrı hüceyrələrdən (cellula – hüceyrə və ya qovucucq, cisimcik mənada) ibarət olur. Hüceyrələrin yayılması fərdi xarakter daşıyır, həm də müxtəlif olur, hüceyrələrə gicgah sümüyünün almacıq çıxıntısında, ənsə sümüyündə, piramiddə və onun zirvəsində rast gəlinir. Bunların hamısı kiçik dəliklər vasitəsilə bir-biri ilə birləşmişdir; onlar mağara və mağara girəcəyi vasitəsilə, həm də təbil boşluğu ilə anatomik rabitədədir. Sağlam halda bu hüceyrələrdə hava olur. Onların əmələ gəlməsi pnevmatizasiya prosesi ilə əlaqədardır. Pnevmatizasiya bundan ibarətdir: mağaranın mukoperiostu spongioz və rüşeymi miksoid toxumalara soxulur, bunun nəticəsində toxumalar əriyib həll olur və hüceyrələrin birinci sırası əmələ gəlir, onlardan isə növbə ilə sonrakı cərgələr meydana çıxır. Hüceyrələrin hamısı mağara ilə əlaqədardır.

Məməyəbənzər çıxıntının diploetik tiptə quruluşu kiçik uşaqlarda maddələr mübadiləsinin pozulması nəticəsində spongiozlaşmadan irəli gəlir. Bu quruluş

tipində sümük narın məsaməli sümük iliyi boşluqlarından ibarət olur. Hüceyrələrin sayı burada az olur və onlar mağaranın dövrəsində yerləşir.

Sklerotik quruluşda sümük kompakt və yalnız antrum olur, qalan hüceyrələr orta qulaqda baş vermiş irinli proses nəticəsində əmələ gəlmir və pnevmatizasiya prosesi dayanır.

Çox vaxt çıxıntının zirvəsində böyük hüceyrə yaranır ki, ona hüdudi (terminal) hüceyrə deyilir. Bu hüceyrənin olması patologiyada böyük əhəmiyyətə malikdir.

Çıxıntının quruluşu tez-tez qarışıq tipə də malik olur, bu, hüceyrələr və süngəri maddə eyni vaxtda olduqda müşahidə olunur.

Məməyəbənzər çıxıntı xaricdən kortikal qat adlanan kompakt sümüklə örtülmüşdür. Çıxıntının içəri divarını nazik sümük səfhə (lamina vitrea) əmələ gətirir. Bu divar, məməyəbənzər çıxıntının hüceyrələrini kəllənin möhtəviyyatından (onun içindəkilərdən) ayırır. Çıxıntının zirvəsində məməyəbənzər oyma (incisura mastoidea) vardır. Musculus digastricus bu oymaya bağlanır. Bəzən çıxıntının empieması zamanı irin sümüyə işləyərək, bu oymadan çıxıb döş-körpücük-məməyəbənzər əzələnin altına axır.

Məməyəbənzər çıxıntının içəri (kəllə) səthində S-əbənzər şırım (sulcus sinus sigmoidea) vardır. Burada S-bənzər venoz cib keçir, belə ki, beyindən axan venoz qan bu cib vasitəsilə vidaci venanın soğanağına (bulbus venae jugularis) axır.

İrinli prosesdən məməyəbənzər çıxıntıya məxsus lamina vitrea-da fistul əmələ gələrkən iltihab cibə və kəllə möhtəviyyatına (beyin qışalarına, beyinə) keçə bilər.

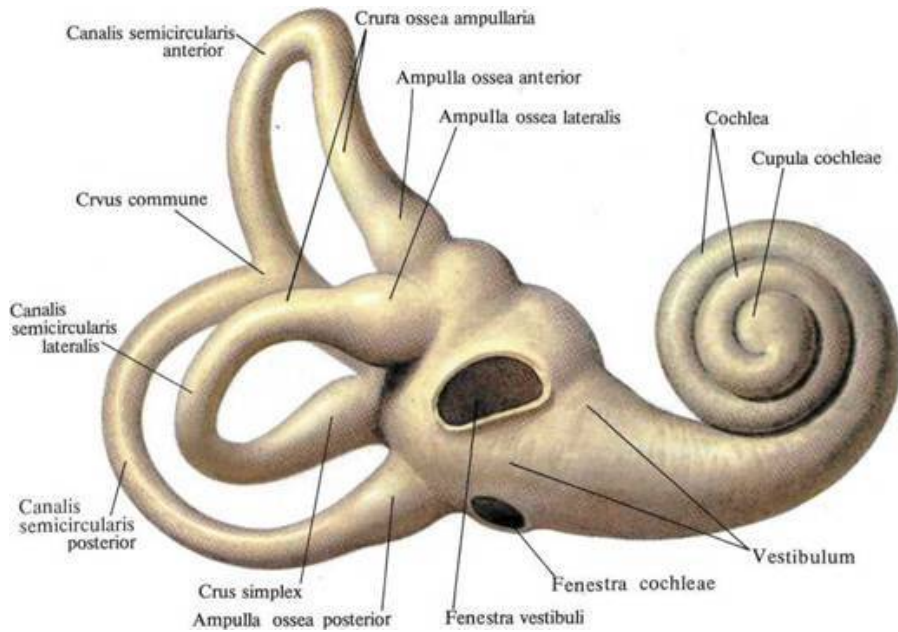
Məməyəbənzər çıxıntının arxa kənarında emissarium mastoideuma məxsus girdə dəlik (foramen mastoideum) vardır. (Müvafiq fəsildə görəcəyimiz kimi septikopiemiyanın Kerner tipində emissariuma axan kiçik venalarda tromboz əmələ gələ bilər).

Məməyəbənzər çıxıntının heceyrələri təbil boşluğu selikli qışasının davamı olan selikli qışa ilə örtülüdür, o, çox nazik olub sümüküstlüyünə sıx birləşmişdir.

Daxili qulaq və ya labirint (Auris interna seu labyrinthus)

Daxili qulaq gicgah sümüyünün daşlıq hissəsində yerləşmişdir və iki hissədən: sümük və zarlı labirintdən (labyrinthus osseus et membranaceus) ibarətdir. Sümük labirint zarlı labirint üçün bir növ qılaf və ya kapsul vəzifəsini görür. Daxili qulaq öz quruluşunun son dərəcə mürəkkəb olması nəticəsində labirint adlanır.

S ü m ü k l a b i r i n t d ə dəhliz, ilbiz və üç yarım dairəvi kanal ayırd edilir (şəkil 5).



Şəkil 5. Sağ sümük labirint.

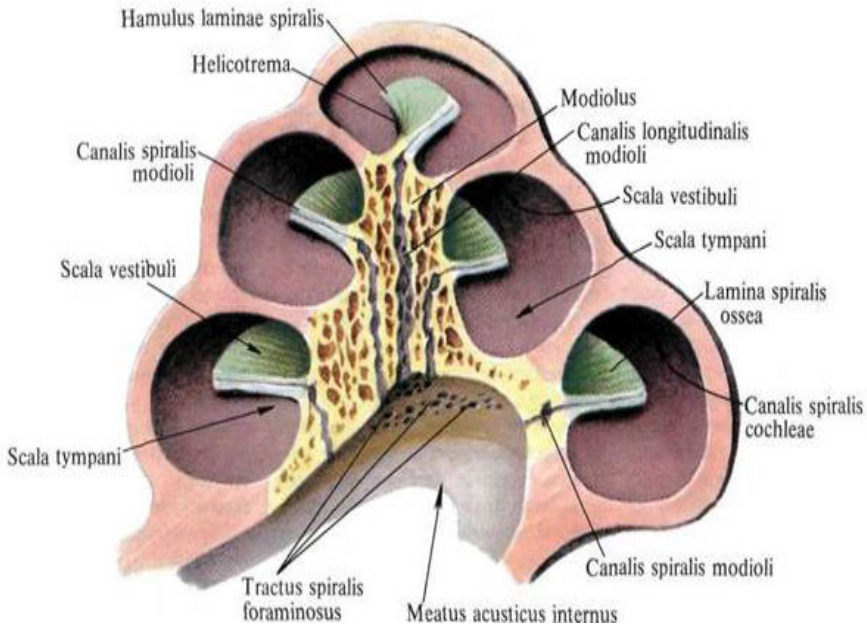
Dəhliz (vestibulum) labirintin mərkəzi hissəsidir. Ondan yuxarıda və arxada yarım dairəvi kanallar, öndə və aşağıda isə ilbiz yerləşir. Dəhliz kiçik boşluqdan ibarət olub 6 divarı vardır: bayır, ön, içəri, arxa; yuxarı və aşağı divarlar. Onun bayır divarında dəhliz pəncərəsi yerləşir. Təbil boşluğunun anatomiyasından bilirik ki, bu pəncərənin onunla əlaqəsi vardır, özü də üzəngi ilə qapanmışdır. İçəri divarda dəhliz darağı (crista vestibuli) adlanan törəmə vardır. Bu daraq vasitəsilə dəhliz iki mərtəbəyə bölünür ki, bunlara cib deyilir. Bunlardan biri yuxarı elliptik cib (recessus ellipticus), digər aşağı sferik (recessus, sphaericus) cibdir.

S ü m ü k y a r ı m d a i r ə v i k a n a l (canales semicirculares ossei) üçdür: bayır (canalis semicircularis lateralis), ön (canalis semicircularis anterior) və arxa (canalis semicircularis posterior) kanallar. Hər kanalın iki: sadə (crus simplex) və genişlənmiş ampullu ayaqcığı (crus ampullare) vardır. Bu ayaqcıqların hamısı dəhlizə açılır. Yalnız şaquli yarım dairəvi kanalların, yəni ön və arxa kanalların sadə ayaqcıqları dəhlizə ümumi bir ayaqcıq (crus commune) ilə açılır.

S ü m ü k i l b i z d ə (cochlea ossea) ox və ya iy (modiolus seu fusus coclea) ayırd edilir. İlbiz kanalı (canalis spiralis cochleae) ox ətrafında iki yarımdövrə vurur) bu elə olur ki, hər qıvrım əvvəlkinin üzərinə düşür və diametrə ondan kiçik olur. Belə quruluşda labirintin bu hissəsi baxça ilbizinə oxşayır, bu səbəbdən də ilbiz adlanır. Kanalı uzunluğu 30 – 35 mm-ə yaxındır. Oxdan aşağıdan yuxarıya doğru spiral şəkildə sümük səhfə (lamina spiralis ossea) qıvrılıb gedir. Oxun zirvəsinə doğru bu səhfənin eni tədriclə kiçilir, ümumiyyətlə, bütün gedişi üzrə kanalı mənfişini tamamilə tutmur; spiral sümük səhfə ilə ilbizin bayır divarı arasında qalan sahə əsas zar (membrana basilaris) ilə tutulmuşdur.

Deyilənlərdən aydın olur ki, sümük səhfədən fərqli olaraq əsas zarın eni zirvəyə doğru artır.

Spiral sümük səhfənin vasitəsilə ilbiz kanalının boşluğu pilləkən adlanan iki şöbəyə bölünür. Yuxarı şöbə dəhlizlə əlaqədar olduğundan dəhliz pilləkəni (scala vestibuli), aşağıdakı isə ilbiz pəncərəsi vasitəsilə təbil boşluğu ilə birləşib təbil pilləkəni (scala tympani) adlanır. Bu şöbələr arasında əlaqə yalnız ilbizin zirvəsindəki helikotrem (helicotrema) adlanan kiçik dəlik sayəsində yaranır (şəkil 6).



Şəkil 6. İlbizin quruluşu.

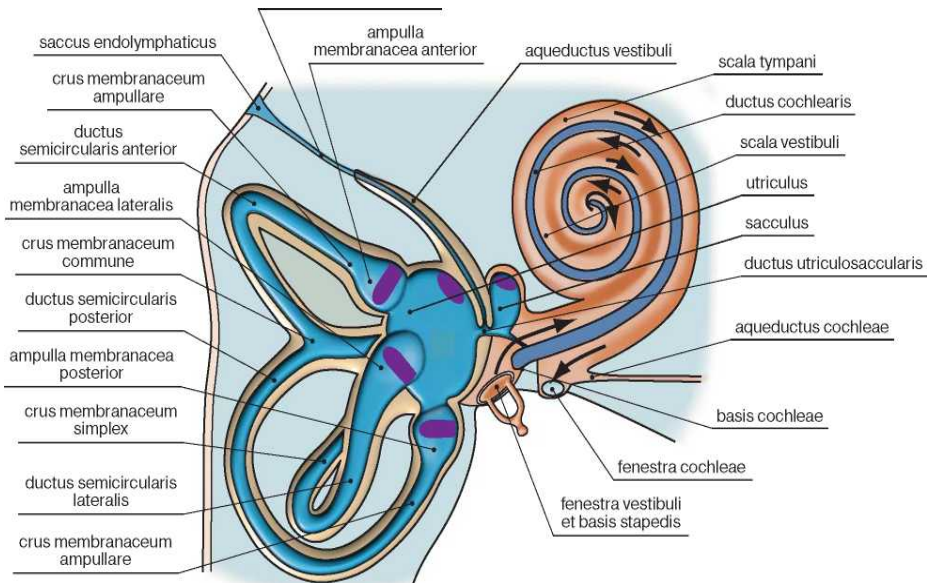
Yuxarıda deyildiyi kimi əsas qıvrımın bir hissəsi burun şəklində təbil boşluğuna qabarıq.

Sümük labirintin daxilində perilimfa adlanan maye vardır. Bəzi tədqiqatçıların rəyinə görə perilimfa ilbizin qan damarlarından hasil olur; başqaları isə onun əmələ gəlməsini ilbizin su kəməri ilə axan likvor ilə və ya Reysner zarından (membrana vestibularis) sızılan endolimfa ilə əlaqələndirirlər.

Daxili qulaq keçəcəyi (meatus acusticus internus) də sümük labirintə aiddir. O, daxili qulaq dəliyi (porus acusticus internus), oval şəklində dəlik vasitəsilə piramidin dal səthindən başlayaraq sümüyün daxili ilə bayıra və önə doğru uzanır. Keçəcəyin uzunluğu 8 – 10 mm-ə bərabərdir, dibi isə ilbizin əsasına uyğun gəlir.

Daxili qulaq keçəcəyində ara sinir (nervus intermedius), eşitmə (n. vestibulocochlearis) və üz (nervus facialis) sinirləri, daxili qulaq arteriyası və venası yerləşmişdir.

Zarlı labirintdə vestibulyar aparat kisəcik (sacculus), torbacıq (utricle), üç zarlı yarımdairəvi kanal və eşitmə aparatı, yəni zarlı ilbiz ayırd olunur (şəkil 7).



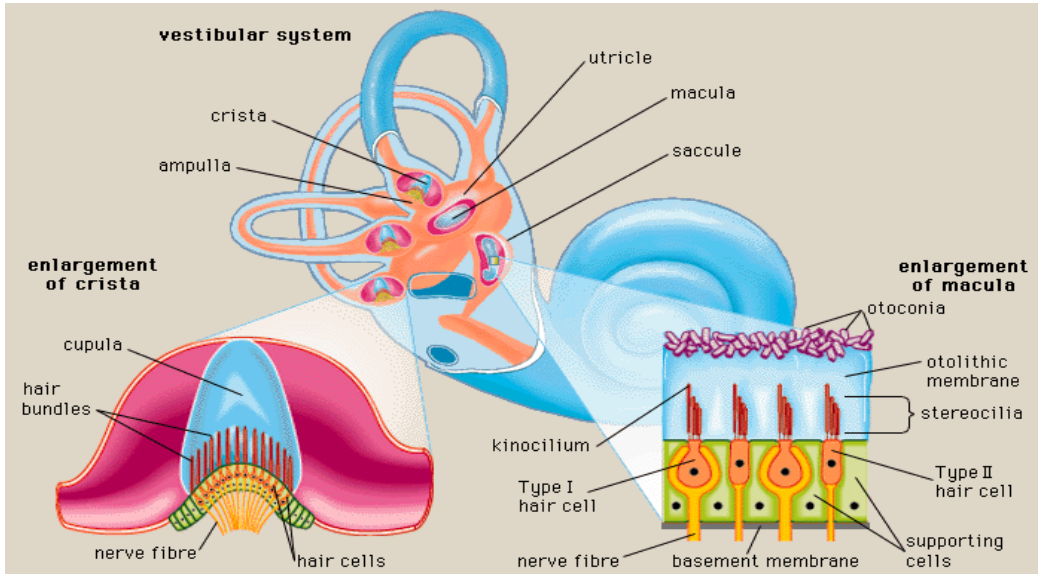
Şəkil 7. Sağ qulaq labirinti.

Kisəcik girdə formaya malik olub sferik cibdə yerləşir. Torbacıq ellips şəklindədir və elliptik cibdə yerləşmişdir.

Kisəciyin və torbacığın içəri səthində macula sacculi et macula utriculi adlanan ağımtıl ləkələr vardır. Bu ləkələr eyni quruluşa malikdir. Kisəcik və torbacığın içəri səthi yastı epitel ilə örtülüdür, yalnız ləkələr müvafiq sahə iki cür silindrik epitel ilə örtülmüşdür: onların biri dayaq (istina) hüceyrələri olub indifferent rol oynayır, digər qismi isə həssas olub tükcüklərə malikdir. Onların

tükcükləri bir-birilə birləşərək tor əmələ gətirir. Bu torun ilgəklərində karbonat əhəngindən ibarət mikroskopik kristallar – otolitlər vardır.

Otolitlər öz aralarında bir-biri ilə jelatinəbənzər substansiya ilə birləşir və əvvəlcə təsvir olunmuş tor ilə otolit zarı əmələ gətirir. Kısəciyin otolitləri sagitta, torbacığındakı isə lapilla adlanır. Həmin ləkələrdə yayılan rami utriculares et sacculares statik reseptorlardır (şəkil 8).



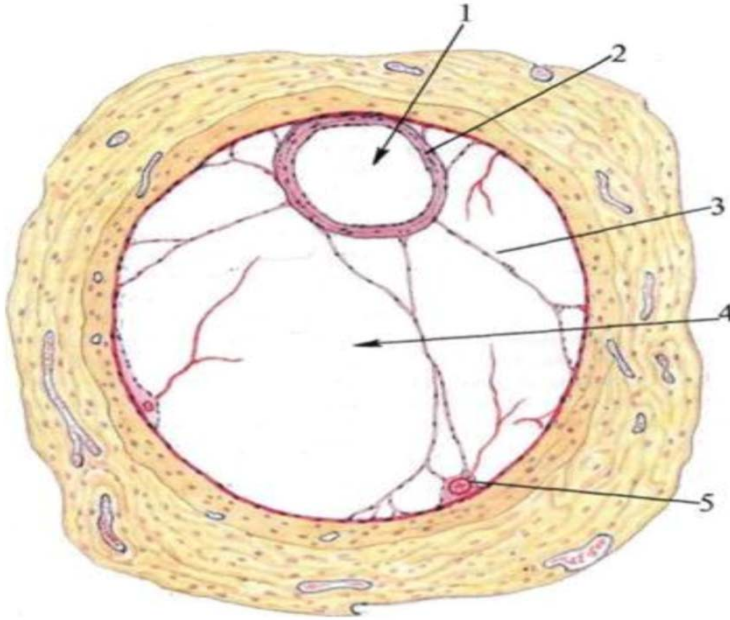
Şəkil 8. Ampulun və dəhlizin sxemi.

Kisəcik ilbiz axacağı ilə birləşdirici axacaq ductus reuniens Henseni vasitəsilə birləşir. Torbacıq ilə kisəcik öz aralarında torbacıq-kisəcik axacağı (ductus utriculo-saccularis) ilə birləşir. Bu axacağın ardını təşkil edən endolimfa axacağı (ductus endolymphaticus) piramidin arxa səthində yerləşmiş endolimfa kisəsinə (saccus endolymphaticus) tərəf gedir.

Zarlı yarımdairəvi kanallar beş dəlik vasitəsilə kısəciyə açılır. Quruluş formasına görə onlar sümük yarımdairəvi kanallara oxşayır, onlar da sadə və ampullu ayaqçıqlara malikdir. Zarlı yarımdairəvi kanallar sümük kanalların mənfəzini tamamilə doldurmur (tutmur), yəni onlar ekssentrik vəziyyətdə olur. Qalan sahə perilimfa və birləşdirici toxuma atmalarından ibarət torla dolmuşdur.

Ampulların içəri səthində kiçik hündürlük, yəni daraq (crista ampullaris) vardır, bayır tərəfdə darağa müvafiq dərin şırım yerləşir ki, ona sulcus ampullaris deyilir. Daraq ağımtıl rəngdədir, epitellə örtülmüşdür. Bu epitel örtüyü iki sıra hüceyrələrə, yəni dayaq və hissi (tükcüklü) hüceyrələrə malikdir. Hissi hüceyrələrin uzun tükcükləri qotaz şəklində düzülmüş olur və cupula terminalis

adlanır. Hissi hüceyrələr dəhliz sinirinin periferik reseptorları hesab olunur. Skarpa qanqlionunun (ganglion vestibuli) daxili qulaq keçəcəyindəki sinir lifləri zərli dəhlizin və yarımdairəvi kanalların reseptorlarında qurtarır.

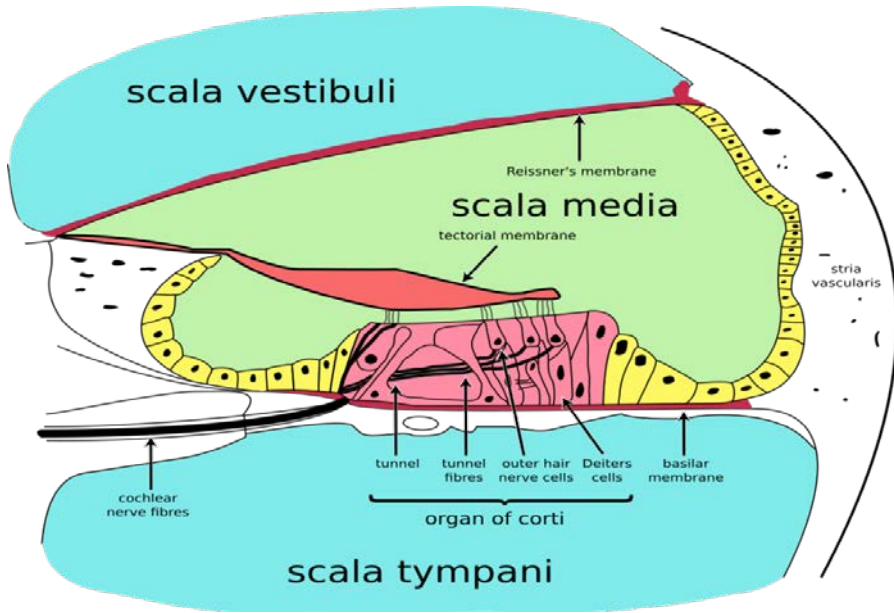


Şəkil 9. Yarımdairəvi kanalın kəsiyi.

1 – ductus semicircularis; 2 – epithelium ductus semicircularis; 3 – trabecula perilymphatica; 4 – ductus perilymphaticus; 5 – arteria.

Zərli ilbiz və ya ilbiz axacağı (ductus cochlearis) köndələn kəsikdə üçbucaq şəklindədir, ilbiz kanalının daxilində dəhliz pilləkənində yerləşmişdir. Axacağın yuxarı divarını dəhliz və ya Reysner zarı (membrana Reissneri) əmələ gətirir. Aşağı divar kimi bu divar da ilbizin spiral bağından (ligamentum spirale cochleae) başlanır. Axacağın bayır divarı sümük ilbizin bayır divarının qalınlaşmış sümüküstlüyünə kip surətdə birləşmişdir. Aşağı divarı əsas və ya spiral zar (membrana basilaris seu lamina spiralis membranacea) əmələ gətirir. Bu zarı təşkil edən elastik liflər ilbizin bayır divarı ilə sümük spiral səfhə arasında simlər kimi çəkilmişdir. Spiral səfhənin quruluşuna müvafiq olaraq ilbizin əsasından başlamış zirvəsinə qədər spiral bağın uzunluğu tədricən artır, ayrı-ayrı liflərin gərginliyi (tarımlığı) isə zəifləyir. Qeyd etmək lazımdır ki, spiral bağın ayrı-ayrı hissələrinin təklidə (ayrıca) rəqs etməsi də mümkündür, bu ayrı-ayrı liflər arasında bağın son dərəcə zəif olması ilə izah edilir.

Spiral bağda Korti spiral üzvü adlanan üzv yerləşir. O, koxlear aparatın periferik hissəsidir. Bu üzvün quruluşu son dərəcə mürəkkəbdir. Onun quruluşunda, hər şeydən əvvəl, hissi neyro-epitel (tükçüklər), müxtəlif istinad və sütün hüceyrələri vardır. Sinir lifləri yalnız hissi hüceyrələr və ya tükçük ilə əlaqədardır. İstinad hüceyrələri xarici və daxili sütün hüceyrələrindən ibarətdir. Bu hüceyrələrin zirvələri (Korti tükçükləri) oynaq kimi bir-biri ilə təmasa gələrək Korti qövsünü əmələ gətirir (şəkil 10).



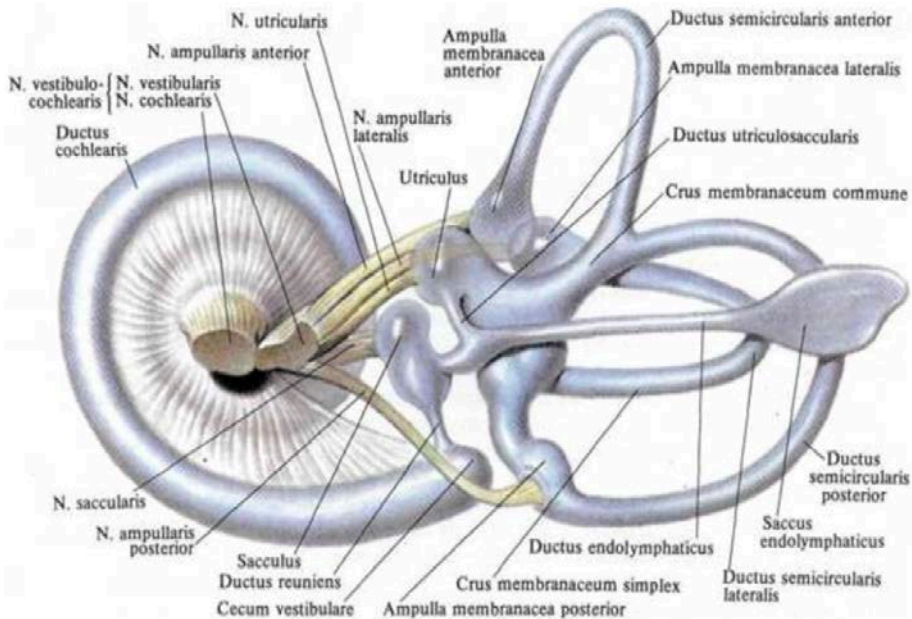
Şəkil 10. İlbiz yolunun kəsiyi.

Əsas zar ilə Korti qövsü arasındakı üçbucaq sahə tunel sahəsi adlanır. Bu tuneldən keçən sinir lifləri tükçüklü hüceyrələrin ətrafında kələf şəklində birləşir.

Tükçüklü hüceyrələr də iki cür olur: xarici və daxili hüceyrələr. Xarici hüceyrələrin sayı 20000-ə, daxili hüceyrələrininki isə 3500-ə yaxın olur.

Korti üzərində örtük zarı (*membrana tectoria*) yerləşir; o, yumşaq, elastik səthə olub nazik tükçüklərdən ibarətdir. Korti üzvünün tükçüklü hüceyrələri, yəni eşitmə tükçükləri yalnız spiral zarın rəqsi zamanı örtük zarına toxunur. Lakin müəyyənləşdirilmişdir ki, tükçüklü hüceyrələr örtük zarına da yayılır. Bu onu göstərir ki, həmin iki törəmə arasında bilavasitə əlaqə mövcuddur (şəkil 11).

Eşitmə üzvünün periferik reseptoru olan Korti üzvü ilbizin yalnız əsasında və zirvəsində olmur.



Şəkil 11. Endolimfa labirinti sinirlər ilə.

Labirintin topoqrafiyası. Labirint gicgah sümüyünün piramidində yerləşmiş və bir sıra mühüm üzvlər ilə əhatə olunmuşdur. Həmin üzvlər bunlardır: üz siniri, S-əbənzər cib, daxili qulaq keçəcəyi, beyin, yuxu arteriyası, vidacı vena. Piramidin içəri-arxa səthində daxili qulaq keçəcəyi yerləşmişdir ki, onun haqqında əvvəldə bəhs olunmuşdur.

Kapsulun daxili səthi arxa kəllə çuxuruna yönəlmişdir; dəhliz su kəmərinin xarici dəliyi burada yerləşir. İlbiş su kəmərinin xarici dəliyi isə aşağı səthində özünəməxsus ayrıca çuxurda yerləşmişdir. Gördüyünüz kimi labirintin bayır divarı eyni zamanda təbil boşluğunun içəri divarı hesab olunur.

Qulağın vaskulyarizasiyası və innervasiyası

Xarici qulaq xarici yuxu arteriyasından çıxan səthi gicgah arteriyasının şaxələri və qulaq seyvanının arxa arteriyası ilə qidalandırılır.

Təbil pərdəsi xarici (bayır) tərəfdən arterial qana qulağın dərin arteriyasından, içəri tərəfdən isə təbil arteriyasından alır.

Təbil boşluğu arterial qanı təbil arteriyalarından (əng arteriyasının və udlağın qalxan arteriyasının şaxələridir), biz-məməyəbənzər arteriyadan (qulağın arxa arteriyasının şaxəsidir), beyinin sərt qişasının orta arteriyasından, habelə daxili yuxu arteriyasından (a. carotis interna) alır.

Daxili qulağın vaskulyarizasiyası: 1) labirint arteriyası (arteria labyrinthi) əsas arteriyanın (a. basilaris) şaxəsi ilə; bu arteriya daxili qulaq

keçəcəyinə eşitmə və üz sinirləri ilə birlikdə daxil olur; 2) eşitmə torbacığının ləkəsi, ampul daraqları, yarımdairəvi kanallar dəhliz arteriyası ilə; 3) dəhliz, ilbiz arteriyaları ilə; 4) labirint arteriyasının ilbiz şaxəsi ilə.

Qulağın vanaları. Xarici qulağın venoz qanı səthi gicgah, xarici vidacı və əng vanalarına axır. Orta qulağın venaları qanı qanadabənzər kələfin venalarına, yuxarı daşlıq cibə, vidacı venanın soğanağına və yuxu kələfinə axıdır. Daxili qulaq vanaları beyin qışalarının venaları ilə anastomozlaşır. Dəhliz venalarının qanı dəhliz su kəmərinin venası ilə köndələn cibə, ilbiz venalarının qanı isə ilbiz su kəməri ilə aşağı daşlıq cibə axır.

Xarici və orta qulağın l i m f a s ı xarici qulağı öndən, aşağıdan və arxadan əhatə edən regional (məhəlli) limfa düyünlərinə yığılır. Limfa buradan boynun dərin limfa düyünlərinə axır. Orta qulağın limfatik düyünləri isə eşitmə (Yevstax) borusunun limfa yolları vasitəsilə udlaq arxasının və boynun dərin sahəsinin limfa düyünləri ilə əlaqədardır.

Q u l a ğ ı n i n n e r v a s i y a s ı – Xarici qulağın innervasiyasında üz siniri, böyük qulaq siniri (boyun kələfinin şaxəsidir) və üçlü sinirin şaxəsi olan qulaq-gicgah siniri iştirak edir.

Xarici qulaq keçəcəyinin ön hissəsi əsasən üçlü sinir ilə arxa hissəsi isə azan sinir ilə innervasiya olunur. Xarici qulaq keçəcəyinin belə innervasiyasına müvafiq olaraq xarici qulaq keçəcəyini müayinə edərkən, yaxud pambıqla silərkən azan sinirin qıcıqlanması nəticəsində reflektor öskürək baş verir.

Təbil pərdəsi qulaq-gicgah siniri ilə innervasiya olunur. Təbil boşluğunun innervasiyasında üz, dil-udlaq və üçlü sinirlər iştirak edir. Bu sinirlər yalnız hərəkəti və hissi, həm də vegetativ liflərə malikdir.

Üz sinirinin əsas hissəsi gicgah sümüyündə yerləşir. O, daxili qulaq keçəcəyindən çıxan kimi təbil boşluğu ilə gedir. Burada üz siniri dizcik qanqlionu (ganglion geniculi) və iki dizcik əmələ gətirir.

Üz sinirinin gicgah sümüyündə xüsusi kanalı (canalis facialis seu Falopii) vardır. Bəzən üz sinirinin patologiyası və bununla əlaqədar olaraq onda parezlərin və ifliclərin əmələ gəlməsi üz sinirinin qulaqla məhz belə anatomik qonşuluğu ilə izah olunur.

Təbil teli ara sinirin klinika üçün ən mühüm şaxələrindən biridir. Təbil boşluğunda bu şaxə çəkcik ilə zindan arasından keçir. Təbil boşluğundan çıxan kimi aşağıya enir və dil sinirinin dal kənarına birləşir. Bunun nəticəsində orta qulağın irinli xəstəlikləri zamanı bəzən dilin ön üçdə iki hissəsində dad funksiyasının pozulması müşahidə olunur.

Eşitmə (Yevstax) borusunun əzələləri üz, dil-udlaq və azan sinirlər ilə, daxili qulaq isə eşitmə siniri (nervus vestibulo – cochlearis seu octavus) ilə innervasiya olunur. Bu sinir daxili (n. cochlearis) şaxəsinə bölünür. Dəhliz sinirinin beş şaxəsi (radix utricularis, saccularis, ampullares lateralis, anterior et posterior) eyni adlı anatomik hissələri innervasiya edir. İlbiz nervus cochlearis ilə innervasiya olunur. Bu sinirin şaxələrinin bir hissəsi ilbizin birinci qıvrımına,

qalanları isə ilbizin oxuna daxil olur. Sinir lifləri spiral sümük səfhədə spiral qanqlionda (ganglion spirale modiolus) yerləşir, buradan isə spiral səfhənin qatları arasından keçməklə tükcüklü hüceyrələrə yayılır.

Səkkizinci cüt sinir beyində iki kökə bölünür. Onların biri, yəni dəhliz kökü kəndirəbənzər cisimdən (corpus restiforme) içəriyə tərəf, ilbiz kökü isə ona nisbətən bayırda yerləşir. Dəhliz kökü uzunsov beyindəki üç nüvədə tamam olur: 1) bayır nüvə (nucleus lateralis seu Deitersi); 2) içəri nüvə (nucleus medialis seu Schwalbe) və 3) yuxarı nüvə (nucleus superior seu Bechterevi). Nüvələr arasındakı reflektor əlaqə bu yolla yaranır: 1) dəhliz-beyincik yolu – tractus vestibulocerebellaris; 2) dəhliz-nüvə yolu – tractus vestibulonuclearis; 3) dəhliz-onurğa beyni yolu – tractus vestibulospinalis.

İlbiz sinirinin kökü uzunsov beyində iki nüvədə: arxa nüvədə və ya eşitmə qabarcığında (nucleus cochlearis dorsalis) və ön nüvədə (nucleus cochlearis ventralis) qurtarır. Bəzi liflər həm eyni, həm də əks tərəfdəki yuxarı zeytunda tamam olur, sonra yan ilgəyin nüvələrində, dörd təpəli cismin əks tərəfdəki qabarcılarında qurtarır. Liflərin bir hissəsi qırılmadan beynin əks tərəfdəki gicgah payının qabığına gedir – eşitmənin qabıq (kortikal) mərkəzləri burada yerləşir.

Deyilənlərdən aydın olur ki, sağ və sol eşitmə üzvlərinin yalnız öz tərəfindəki ilə deyil, həm də əks tərəfin mərkəzləri ilə əlaqəsi (rabitəsi) vardır.

QULAĞIN FİZİOLOGİYASI

Qulaq iki funksiyaya malikdir: eşitmə və statokinetik (müvəzinət və sahə hissi) funksiya.

Eşitmə aparatının fiziologiyası

Eşitmə reseptorunda iki aparat: səsi qəbul edən və səsi nəql edən aparatlar vardır. İrəlidə görəcəyiniz kimi bunların hər biri ayrı-ayrı elementlərdən ibarətdir. Bu aparatların hər birinin ayrılıqda müxtəlif cür yerləşməsinə, quruluşca fərqi baxmayaraq, beyin qabığındakı eşitmə mərkəzi də daxil olmaqla bütün eşitmə aparatına vəhdət təşkil edən tam bir sistem kimi baxılmalıdır (Y.S.Tyomkin). Səs bu sistemin adekvat qıcıqlandırıcısıdır.

Səs, bizi əhatə edən mühitin dalğaşəkilli rəqslərinə deyilir ki, eşitmə duyğuları onların təsirindən meydana çıxır. Səslər arasında musiqi tonları və küylər ayırd edilir. Təmiz tonlar bir-birindən rəqslərin amplitudu və tezliyi ilə fərqlənir: onların birincisi (amplitud) səsin qüvvəsini, rəqs tezliyi isə ucalığını müəyyən edir.

İnsan səsində, musiqi alətlərində təmiz tonlar yoxdur, ancaq mürəkkəb səslər vardır ki, bunlar əksərən təmiz tonlar kompleksindən ibarət olur. Məlumdur ki, səslənən cisimlər yalnız bütöv (tam) halda deyil, həm də öz hissələri ilə rəqs edir. Təmiz tondan fərqlənən isə oberton və ya əlavə ton adlanır.

Tonun rəqsləri dövrü və sistemli olur.

Səsin keçirilməsində qulaq seyvanı, xarici qulaq keçəcəyi, təbil pərdəsi, qulaq sümükləri və əzələlər, eşitmə borusu, hər iki pəncərə, əsas zar və dəhliz (Reysner) zarı, perilimfa və endolimfa iştirak edir.

Qulaq seyvanı rüpor (səsi gücləndirən boru) rolunu oynayır, başqa sözlə, o, səs dalğalarının kollektorudur. Lakin insanda qulaq seyvanının fəal hərəkətlərdən məhrum olması, onun fizioloji əhəmiyyətini azaldır. Daha yaxşı eşitmək üçün əlimizi qulaq seyvanına söykəyirik ki, bununla da rüporun sahəsi genişlənməmiş olur; bu, səs dalğalarının toplanmasına kömək edir.

Səs dalğaları xarici qulaq keçəcəyindən daxil olur. Bu dalğalar qulaq keçəcəyində o vaxt ləngiyə bilər ki, orada obturasiyaedici (tıxayıcı) qulaq kiri problemləri, yaxud travmatik stenoz olsun. Belə hallarda eşitmə qabiliyyəti xeyli zəifləyir, hətta itə bilər. Qulaq keçəcəyindəki tüklər və qulaq kiri problemi qulağı tozdan və kiçik həşəratdan qoruyur.

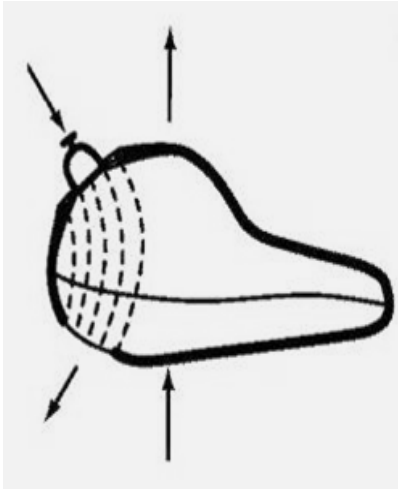
Səs dalğaları oval pəncərəyə qulaq pərdəsi eşitmə sümükləri ilə nəql olunur. Səsi nəql edən aparatın ən mühüm hissəsi orta qulaq sistemidir; əvvəlcə, o, səsləri olduğu kimi labirintə ötürür, ikincisi isə oval pəncərəyə düşən səs təzyiqini qat-qat artırır. Təbil boşluğunun iki əzələsi daxili qulağı son dərəcə intensiv olan çox alçaq səslərin (göy gürultusu) təsirindən qoruyur.

Qeyd etmək lazımdır ki, səs rəqsi iki fazaya: təzyiqin artması (sıxlaşma) və azalması (seyrəlmə) fazalarına malikdir. Qulaq pərdəsinin basıqlığı onun sahəsini artırır, bu da ona düşən səs təzyiqinin güclənməsinə kömək edir. Lakin burada başlıca amil qulaq pərdəsi sahəsinin üzəngidəki ayaqaltı səthənin sahəsinə nisbətən sayılır. Məsələ bundadır ki, qulaq pərdəsinin böyük səthindən gələn səs enerjisi ayaqaltı səthənin kiçik səthində cəmlənmiş olur. Buna transformasiya mexanizmi deyilir. Təbil pərdəsi girdə pəncərəni xarici təsirlərdən qoruyur, başqa sözlə, təbil pərdəsi girdə pəncərə üçün qoruyucu ekran (sipər) rolunu oynayır.

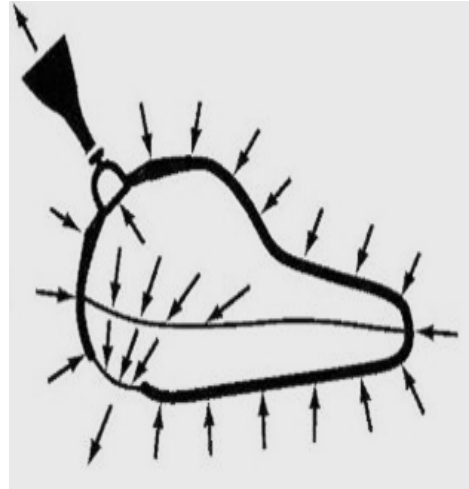
Eşitmə sümükləri silsiləsinə ling sistemi kimi baxmaq lazımdır: o, səs təzyiqinin artmasına kömək edir. Sonra səs dalğaları oval pəncərədən keçərək perilimfaya təkan verir.

Maye sıxlaşa bilmədiyindən perilimfa sütunu in toto hərəkətə gəlir, bu hərəkət dəhlizdə başlanıb dəhliz pilləkəni ilə davam edərək, helikotrema vasitəsilə təbil pilləkəninə yayılır. Perilimfanın yerdəyişməsi nəticəsində əsas zar ilə Reysner zarı rəqs edir (ehtizaza gəlir). Üzəngi səthəsinin daxilə hər bir hərəkəti zamanı girdə pəncərənin zarı təbil boşluğuna doğru qabarıq. Bütün bunların hamısı birlikdə sıxlaşma fazasını əmələ gətirir. Təzyiqin seyrəlmə fazasında hərəkət əks istiqamətdə baş verir.

Səs dalğalarının labirintə bu cür keçməsi hava keçiriciliyi adlanır. Hava keçiriciliyindən fərqli olaraq sümük və ya toxuma keçiriciliyi də ayırd edilir. Sümük keçiriciliyində səs xarici qulaq keçəcəyinə çatmadan daxili qulağı qət etmiş olur, belə ki, kəllə sümükləri vasitəsilə orta qulağa daxil olub, sonra adi yolla, yəni oval pəncərə (osteotimpanal yol) vasitəsilə davam edir (şəkil12).



Şəkil 12. Sümük keçiriciliyinin inersiya mexanizminin sxemi. Başın hərəkəti oxla göstərilmişdir (V.F. Undritsdən alınmışdır).



Şəkil 13. Sümük keçiriciliyinin kompression mexanizminin sxemi. Girdə pəncərə zarının asan yerdəyişməsi nəticəsində əsas zar təbil pilləkəninə tərəf qabarıq (V.F. Undritsdən alınmışdır).

Müasir tədqiqatlar nəticəsində sübut edilmişdir ki, üzənginin əsla rol oynamadığı xalis sümük keçiriciliyi də vardır. Sümük keçiriciliyinin bu tipində iki növ ayırd edilir: kompression və inersion növ. Kompression tipdə səs dalğaları labirintin kapsuluna təzyiq edir, nəticədə perilimfaya təzyiq hər tərəfdən artır, bu isə hər iki pəncərəyə məxsus zarın təbil boşluğuna tərəf qabarmasına səbəb olur. Dekompressiya fazasında zarlar ilk vəziyyətə qayıtmış olur (şəkil 13).

Burada belə bir cəhəti də nəzərdən qaçıрмаq olmaz ki, sümük əsas və girdə bağ olmadığından girdə pəncərənin zarı daha dəyişkən (elastik) olur. Bundan əlavə, ayaqaltı səfhənin müqaviməti habelə sümüklər sistemi və qulaq pərdəsi sayəsində artır.

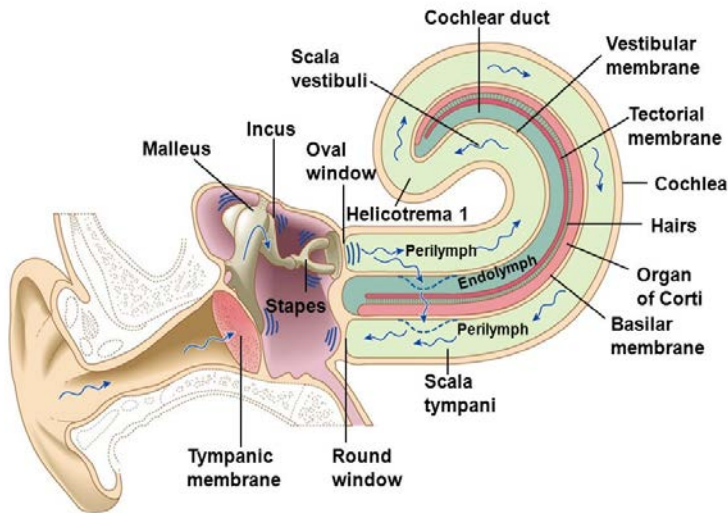
Kəllə sümüklərində sıxlaşma və seyrəlmə zonaları müşahidə olunarkən rəqs tezliyi artdıqda kompression tip üstün olur.

Sümük keçiriciliyinin inersion tipi belə izah olunur: kəlləyə səs düşərkən o, kompressiyaya və dekompressiyaya məruz qalır, bununla bir zamanda kəllə bir tam kimi rəqs edir, əgər vibratoru (kamertonu) təpəyə qoysaq rəqs irəliyə və geriyyə, məməyəbənzər çıxıntıya qoysaq rəqs frontal səthdə olacaqdır. Sonrakı mexanizm bundan ibarətdir ki, kəllə gah üzəngiyə yaxınlaşır, gah uzaqlaşır, başqa sözlə, oval pəncərənin kənarı ilə ayaqaltı səfhə arasında yerdəyişmə baş verir. Burada vacib olan budur ki, hava keçiriciliyindən fərqli olaraq labirint ayaqaltı səfhə üzərində hərəkət etmiş olur.

Alçaq (pəs) səslərin keçirilməsində inersion sümük keçiriciliyinin əhəmiyyəti böyükdür. Təcrübə göstərir ki, üzənginin angilozunda kompression keçiricilik güclənir, inersion keçiricilik isə zəifləyir.

Nəhayət, qeyd etmək lazımdır ki, eşitmə (Yevstax) borularının yaxşı keçiriciliyə malik olması və bununla əlaqədar olaraq, təbil boşluqlarının kafi dərəcədə aerasiyası eşitmə qabiliyyətini saxlamağın zəruri şərtləridir.

S Ə S İ N Q Ə B U L U – səs dalğasının təsirindən ayaqaltı səfhənin rəqsi nəticəsində perilimfa oval pəncərədən girdə pəncərəyə doğru hərəkət etdiyi zaman əsas zar sinxron sürətdə rəqs etmiş olur. Söz yox ki, bu, Korti üzərində əks olunur. Korti üzvü bu ana qədər sakit halda olub, onun eşitmə tükcükləri örtük zarının aşağı səthinə toxunmurdu (şəkil 14). Eşitmə tükcüklərinin örtük zarına toxunduğu anda səsi qəbuletmə funksiyası başlanmış olur. Halbuki qulağın anatomiyası bəhsində göstərilmişdi ki, tükcüklü hüceyrələr örtük zarına qədər davam edir. Elə buna görədir ki, bu nəzəriyyəni indiki elmi nəticələrə əsasən yanlış hesab etmək lazımdır.



Şəkil 14. Səs dalğalarının ilbizdə hərəkəti.

Burada vacib olan nədir: səsi nəqlədən (keçirən) aparatda xalis fiziki hadisələr baş verir; səsi qəbul etmənin başladığı andan isə fiziki enerji sinir prosesinə çevrilir. Aydındır ki, səs təsirindən reseptorda biocərəyanlar və ya fəaliyyət cərəyanları əmələ gəlir ki, bunlar elektrik potensiallarıdır. Bu cərəyanlar öz qüvvəsinə, tezliyinə və formasına görə səs əyrisinə uyğun olur və gücləndikdən sonra yenidən səsə çevrilir. Məlum olur ki, ilbiz səs rəqslərini elektrik rəqslərinə çevirən canlı mikrofon rolunu oynayır.

Səs analizatorunun, səsi, ucalığına, qüvvəsinə və çalarlığına (tembrinə) görə ayırd etmək qabiliyyəti vardır.

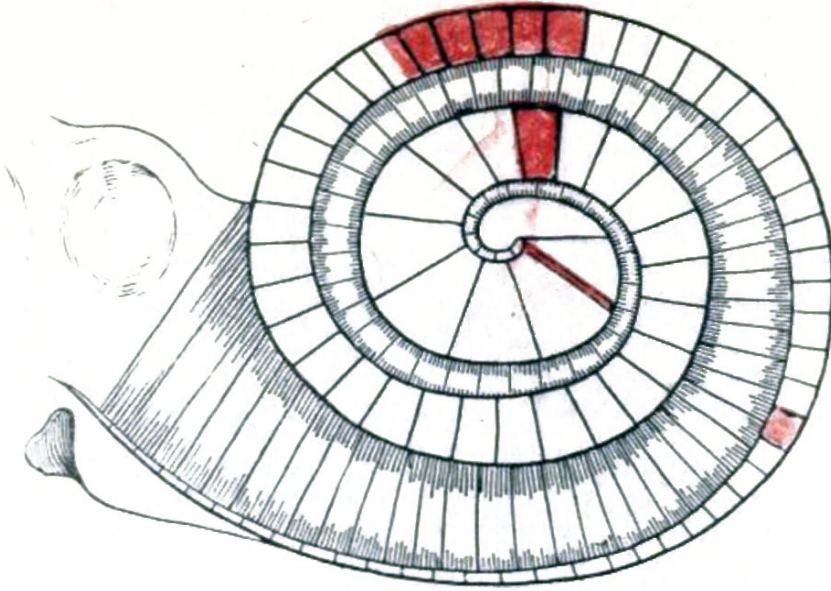
Səsin ucalığı rəqslərin tezliyi ilə təyin edilir. İnsan qulağı cüt (qoşa) rəqslərin saniyəlik sayı 16-dan 20000-ə qədər olan səsləri qəbul edir. İnfrasəsləri (16 rəqsdən aşağı) və ultrasəsləri (1 saniyədə 20000-dən artıq rəqs) qulağımız qəbul edə bilmir. Bu səbəbə görədir ki, insanın səs qəbuletmə qabiliyyəti bir saniyədə 16 rəqsdən 20000 rəqsə qədərdir. Buna görə aşağı hədd, yəni bir saniyədə 16 – 32 rəqsə bə bir saniyədə 18000-dən 20000 rəqsə qədər olan yuxarı hədd (limit interior et superior) ayırd edilir.

Eşitmə üzvünün xəstəliyi aşağı həddün artmasına (səsi keçirən aparat xəstələndikdə) və ya onun yuxarı həddünün enməsinə (səsi qəbul edən aparat xəstələnərkən) səbəb ola bilər. Söz yox ki, səsi qəbuletmə diapazonu hər iki həddün bir vaxtda dəyişilməsi hesabına, yəni aşağı həddün artması və yuxarı həddün azalması (enməsi) nəticəsində daralması (kiçilməsi) bilər.

Tezlik ədədindən başqa tonun ucalığını notla da ifadə etmək olar.

Səsin qəbulunu izah edən bir sıra nəzəriyyələr vardır.

Səsləri ucalığına görə fərqləndirmək üçün Helmholtzs 1863-cü ildə rezonans nəzəriyyəsi adlanan nəzəriyyəni təklif etmişdir (şəkil 15). Bu nəzəriyyəyə görə, əsas zərin ayrı-ayrı lifləri müxtəlif uzuluğa bə gərilməyə (sim kimi) malik olmaqla müxtəlif ucalıqda olan səslərə, başqa sözlə, özünə müvafiq tona məxsus müxtəlif sahələri ilə rezonans hasil edir. Aydın edilmişdir ki, alçaq (pəs) səslər ilbizin zirvə qıvrımlarında, uca səslər əsas, orta ucalığa malik səslər isə orta qıvrımlarda rezonansa səbəb olur.



Şəkil 15. İlbiz quruluşunun Helmholtzsun rezonans nəzəriyyəsinə müvafiq sxematik təsviri.

Göründüyü kimi, bir tərəfdən burada rezonator rolunu əsas zar oynayır, digər tərəfdən isə, müxtəlif şəkildə rast gələn tonları ilbiz sahəyə qəbul edir. Yəni hər bir xalis tonu əsas zərin ona məxsus xüsusi sahəsi qəbul edir. Bununla əlaqədar olaraq Helmholtzsun nəzəriyyəsinə sahə nəzəriyyəsi də adlandırırlar.

Beləliklə, ilbizdə ilkin analiz əmələ gəlir.

Eşitmə pozulmalarının topik diaqnostikasında bu nəzəriyyənin klinika üçün böyük əməli əhəmiyyəti vardır. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, səsi qəbuletmə kimi mürəkkəb hadisəni Helmholtzs nəzəriyyəsi yalnız fizika qanunları ilə mexaniki rezonansa əsasən izah edir.

Sovet alimlərinin eksperimental işləri bu nəzəriyyənin doğru olduğunu təsdiq etmişdir, həm də tədqiqat nəticəsində aydın olmuşdur ki, ilbizdə xalis (sırf) fizioloji proseslər baş verir.

L.A.Andreyev ilk dəfə olaraq itlər üzərində şərti refleks metodu ilə eksperimental surətdə sahə nəzəriyyəsinin düzgünlüyünü bir daha isbat etmişdir.

V.F.Undrits heyvanlar üzərində eksperimental tədqiqat yolu ilə ilbizin ayrı-ayrı yerlərinin təmliğini pozmaqla zədələnmə yerindən asılı olaraq müxtəlif tonların biocərəyanlarının zəiflədiyini tapmışdır.

Bekesy öz tədqiqatlarına əsasən müəyyən etmişdir ki, səs dalğasının təkanından əsas zarda (oval pəncərənin yanında) deformasiya alınır. Yüyrən dalğa kimi bu deformasiya əsas zar ilə zirvəyə doğru yayılır. Hərəkət edən (yüyrən) dalğa silsilə ilə olur, çünki deformasiya bir dəfə ilə qurtarmayıb əmələ gələn səs dalğalarının ardınca meydana çıxır. Bu, ürəyin yığılmaları zamanı arteriyalar ilə yayılan nəbz dalğasına oxşayır.

Membranda (zarda) yüyrən dalğanın yolu üzənginin rəqs tezliyindən asılıdır. Məlumdur ki, zar oval pəncərənin yaxınlığında qısa və çox gərgin (tarım) olur. Bununla əlaqədar olaraq, səs nə qədər uca olarsa, zar üzrə hərəkət edən dalğanın yolu da bir o qədər qısa olmalıdır. Ən pəs səslər helikotrema yaxınlığında deformasiya verir, başqa sözlə, pəs səslərin törətdiyi dalğa zarın bütün uzunluğunu əhatə edir.

Bu təsvir olunan proses sahə nəzəriyyəsinin düzgünlüyünü təsdiq edir.

S ə s i n q ü v v ə s i amplitudanın böyüklüyü ilə ölçülür. Səs nə qədər güclü olarsa, eyni zamanda əsas zarın daha geniş sahəsi rəqs etmiş olur.

Müxtəlif amplitudlu və müxtəlif qüvvəyə malik səslərə qulağın həssaslığı eyni deyildir. Əgər qulağa amplitudu tədricən azalan səslər versək, elə qüvvəyə malik səs tapmaq olar ki, onu qulağımız güclə eşidə bilsin. Buradan belə bir nəticə çıxır ki, eşitmə duyğusuna səbəb olan minimal səs enerjisi eşitmə duyğusunun kəndarını təyin edir.

Digər tərəfdən qulağa verilən səslərin amplitudu getdikcə artarsa, bununla eşitmə duyğusu müəyyən həddə qədər güclənir. Bu həddin ardınca təzyiq duyma kəndarı başlanır. Qəfləti güclü səsdən insanın ağrı hiss edərək qulağını tutması hadisəsi də bununla izah olunur.

Bu iki kəndar arasında səsi qəbul etmə sahəsi yerləşir ki, bütün səslər ucalığına və qüvvəsinə görə burada persepsiya olur (perceptio) – qəbul edilir (qavranılır). Bunu da əlavə etmək lazımdır ki, kəndarlar arasındakı məsafə eyni deyildir: o, rəqslərin saniyəlik miqdarı 500 – 5000-ə qədər olan səslər üçün maksimal, pəs və çox uca səslər üçün minimaldır.

S ə s i n t e m b r i əsas tona bir sıra obertonların və ya yuxarı harmonik tonların qarışmasından irəli gəlir. Rəqslərin sayına görə bu tonlar əsas tona görə

müəyyən nisbətdə (məsələn, 3 və ya 2-nin 1-ə nisbəti) olur. Bu belə izah olunur ki, səslənən cisimlər yalnız tam halda deyil, öz yarısı, üçdə biri, dördüdə biri və s. ilə də rəqs edir.

Beləliklə, səsin tembri onun xarakterini və çalarlığını təşkil edir; tembrə əsasən, biz, səsin mənbəyini müəyyən edir, telefonda tanış adamın səsini tanıya bilirik, musiqi alətlərinin səsini də tembrinə görə ayırmaq olur.

Səs qıcıqlarının yüksək (ali) analizi və sintezi səs analizatorunun nüvəsində baş verir ki, o da böyük yarımkürələrin gicgah paylarının qabığında yerləşmişdir.

Səslərin sahəcə yerləşməsi aparıcı yolda və ara nüvələrdə əsasən saxlanmış olur. Ən yeni eksperimental məlumata görə, kortikal (qabıq) zona barədə aydın edilmişdir ki, pəs tonların proyeksiyası beyin qabığının akustik (eşitmə) zonasının ön-bayır hissəsində, uca tonlarınkı isə arxa-içəri hissəsində yerləşmişdir. Bu, beyin qabığında müxtəlif tonların sahəcə ayırıcı sintezini göstərir.

İ.P.Pavlovun rəyinə görə eşitmə analizatorunun elementləri böyük yarımkürələr qabığında səpələnmişdir. Səslərin elementar analizi və sintezi yalnız onlarda baş verir (sitat Y.S.Tyomkindən alınmışdır).

Adaptasiya və yorulma. Qıcığın qüvvəsinə hiss üzvləri uyğunlaşır ki, buna adaptasiya deyilir; bununla bir zamanda üzvün həssaslığı da artır və ya azalır. Eşitmə üzvü barədə bu hadisəni, səsin ona təsiri zamanı müşahidə edirik.

Burada funksional xüsusiyyət o mənada dəyişilir ki, qulaq onu qıcıqlandıran səsə öz həssaslığının azalması və ya artması ilə uyğunlaşır. Qüvvətli səslərin təsirindən qulağın həssaslığı xeyli zəifləyir, sakitlikdə adaptasiya baş verir və həssaslıq itiləşir.

Adaptasiya habelə eşitmə üzvünün mərkəzindəki funksional dəyişikliklərdən baş verir.

Deyilənlərdən aydın olur ki, adaptasiya fizioloji hadisədir. Eşitmə analizatorunun uzun müddət ərzində güclü sürətdə qıcıqlanmasından onun işgörmə qabiliyyəti azalır və yorulma baş verir ki, bu da yalnız istirahətdən sonra keçib gedir. Bəzi hallarda yorulma qalır, eşitmə üzvündə küy əmələ gəlir və sonradan yaranan küy travması da onun nəticəsidir. Adaptasiya işləmək iqtidarını artırdığı halda, əksinə, yorulma onu həmişə azaldır.

Ototopika. Ototopika, dinləməklə səsin istiqamətini təyin etmək deməkdir. Heyvanlar aləmində bunun xüsusi bioloji əhəmiyyəti vardır: bununla heyvanlar gələn təhlükədən vaxtında xəbər tutur.

Ototopika hər iki eşitmə üzvü olduqda, yəni binaural (iki qulaqla) eşitmə zamanı mümkündür. Əgər səs mənbəyi sağda yerləşirsə, aydındır ki, sağ qulaq səsi sol qulaqdan tez eşidəcək və səsin şiddəti də sağ qulaqda çox olacaqdır. Bu, əvvələn, səs mənbəyinə sağ qulağın nisbətən yaxın olması ilə, ikincisi sol qulağın başın “səs gölgəsində” olması (başın “ekranlayıcı” təsiri) ilə izah olunur.

Bu deyiləndən aydın olur ki, ototopika üçün iki cəhətin əhəmiyyəti vardır: 1) hər qulaq tərəfindən ayrılıqda qəbul edilən səs qüvvəsi arasındakı fərq; 2) hər iki qulağın səsi qəbul etməsi arasındakı vaxt fərqi. Qulaqlar arasındakı məsafə nə qədər böyük olarsa, sahəcə orientasiya da o qədər düürst olur. Səs mənbəyini təyin etmək qabiliyyətinin fillərdə yaxşı inışaf etmiş olması bununla izah edilir.

Maskalanma. Məlumdur ki, kənar küy təsirindən səs qəbulu zəifləyir və zəifləmə dərəcəsi küyün intensivliyindən asılı olur. Bir səs başqa səslə batırılması maskalanma adlanır. Başqa səsi batıran səse maskalayıcı səs deyilir; nəhayət, qəbuləilmə qüvvəsini itirən səs maskalanan səs adlanır. Maskalanan səs maskalayıcı səs fonunda müayinə edilir.

Bütün səslərin maskalayıcı effekti eyni deyildir. Məsələn, pəs səslər daha böyük zonaya maskalayıcı effekt verir və yuxarıda yerləşən tonların hamısında həssaslığın şiddətli surətdə azalmasına səbəb olur. Tezlik cəhətcə maskalayıcı tona yaxın olan səslərə görə alınan effekt daha güclü olur.

Maskalama hadisəsi böyük nəzəri və əməli əhəmiyyətə malikdir. Audiometriya zamanı maskalanmanın köməyi ilə müayinə olunmayan qulağı batırmaq tez-tez tətbiq olunur. Bu zaman maskalayıcı effekt 40 – 50 db zəifləyir. Burada qüsürlü cəhət budur ki, maskalayıcı səs müayinə olunan qulağa və lazım olmayan maskalayıcı təsir göstərə bilər. Bunun nəticəsində:

- 1) mərkəzlərin funksional halının dəyişilməsi baş verə bilər (mərkəzi mənşəli maskalanma);
 - 2) səs kəllənin toxumaları vasitəsilə müayinə olunan qulağa verə bilər.
- Uca səsləri maskalamaq üçün, adətən, pəs səslərdən istifadə edilir.

Vestibulyar aparatın fiziologiyası

Vestibulyar analizatorun periferik hissəsini zarlı ampullar və dəhlizin torbacığı ilə kəsəciyi təşkil edir. Onların vəzifəsi sahədə müvazinəti saxlamaq və əzələ tonusunu tənzim etməkdir. Yarımdairəvi kanallar barədə müəyyən edilmişdir ki, bucaq təcilləri (fırlanma) onlar üçün spesifik və ya adekvat qıcıqlandırıcıdır. Onlar başın və ya bütün bədənə dönüşləri zamanı meydana çıxır. Bu zaman endolimfanın yerdəyişməsi baş verir ki, reseptorların uclarının qıcıqlanmasına səbəb olur. Müəyyən edilmişdir ki, endolimfa axını ampula tərəf yerini dəyişdikdə (ampulopetal axın) cupula terminalis dəhlizə tərəf əyilir, endolimfa hamar dizə tərəf hərəkət etdikdə kupula da hamar dizə tərəf əyilir (ampulofuqal axın). Endolimfa qıcıqlanan kanalda hərəkət etmiş (yerini dəyişmiş) olur. Bu hadisələr nistaqm ilə, yəni göz almalarının ritmik rəqsləri ilə müşayiət edilir.

Labirint mənşəli nistaqm iki: yavaş və tez tərkib hissələrinə malikdir. O nistaqmin başqa növlərindən (qazmaçılarda olan nistaqm, görmə nistaqmı) bununla fərqlənir.

Vestibulyar aparat qıcıqlanarkən göz alması yavaş-yavaş irəli hərəkət edib sonra sürətlə geriye qayıdır. Nistaqmin yavaş komponenti sırf reflektor xarakter daşıyır; sürətli komponent isə mərkəzi mənşəyə malikdir. Nistaqmin sürətli komponentini onun istiqaməti hesab edirlər.

Nistaqmin müstəvisi fırlanma müstəvisi (səthi) ilə tuş gəlir.

Yarımdairəvi kanalların qıcıqlanmasından göz əzələlərinə refleksdən (nistaqmı) başqa gövdə əzələlərinə, hər iki yuxarı və aşağı ətrafların əzələlərinə reflekslər də müşahidə olunur. Vegetativ sinir sistemində qıcıqlanma nəticəsi olaraq bir sıra hadisələr: soyuq tər, dərinin “biz-biz” olması, uzun qızarması və ya avazıması, mədə bulanması, qusma, defekasiya baş verə bilər.

Otolit aparatın adekvat qıcıqlandırıcısı, üfüqi və şaquli istiqamətdəki xətti təcillərdir (lift). Bu zaman otolitlər tərpənmiş olur və nəticədə tükcüklü hüceyrələrin gərilməsi və qıcıqlanması baş verə bilər.

Nəzərə almaq lazımdır ki, vestibulyar aparatın qıcıqlandırıcısı öz-özlüyündə hərəkət olmayıb, yalnız bunun müsbət və ya mənfi təcilidir. Vestibulyar aparatın qıcıqlanması zamanı gözlər, gövdə və ətraflar tərəfindən baş verən hadisələr vestibulyar nüvələrdə göz əzələlərinin nüvələri, beyincik və onurğa beyni arasındakı əlaqə ilə izah olunur. Daxili üzvlər tərəfindən olan əlamətlər isə vestibulyar nüvələrlə azan sinirin nüvələri arasındakı əlaqədən irəli gəlir.

QULAĞIN MÜAYİNƏ METODLARI

Qulağın müayinə metodları bunlardır: 1) anamnez toplanması; 2) otoskopiya; 3) eşitmə və statokinetik aparatların funksional müayinəsi; 4) rentgenotomografiya.

Anamnez. Xəstələrin şikayətlərinə, adətən, qulaqda ağrı, eşitmə qabiliyyətinin zəifləməsi, qulaqdan ifrazat axması, şişkinlik əmələ gəlməsi, temperaturun yüksəlməsi, qulaqlarda küy, başgicəllənmə, mədə bulanması, qusma, müvazinətin pozulması, bəzən əzginlik və s. aiddir.

Qulaq “ağrısı” dedikdə bunu dəqiqləşdirmək lazımdır ki, bir çoxları “qulağım ağrır” dedikdə heç də ağrını deyil, qulaqdan irin (çirk) gəlməsini nəzərdə tuturlar. Sonra xəstəliyin bütün təzahürlərlə, yəni temperatur, ağrı, eşitmənin zəifləməsi və s. ilə birlikdə nə vaxt başladığını aydınlaşdırmaq lazımdır. Başqa sözlə, xəstəliyin tam inkişaf təsviri haqqında təsəvvürə malik olmaq tələb olunur. Xəstəyə aydınlaşdırıcı suallar vermək müstəsna hallarda ola bilər. Qulaqdan irin gəlməsi zamanı onun qulaq ağrısı ilə bir vaxtda olduğunu, ağrı ilə müşayiət olunmadığını dürləşdirmək, irinaxmanın sonrakı xarakterini, yəni vaxtaşırı və ya həmişə olduğunu aydınlaşdırmaq lazımdır. Qulaqdan gələn ifrazatın miqdarını, xarakterini, yəni selikli, irinli, qarışıq, qan qatışmış və ya qansız olduğunu da dürləşdirirlər. Eşitmənin zəifləməsindən və qulaqlarda uğıltudan (küydən) şikayət olduqda bu əlamətlərin daimi, yaxud vaxtaşırı xarakterdə olduğunu, onların necə inkişaf etdiyini, yəni tədricən ya birdən-birə baş verdiyini aydınlaşdırırlar.

Xəstənin peşəsini müəyyən etmək də diaqnostika üçün əhəmiyyətlidir, çünki bəzi müəssisələrdə iş küy və vibrasiya ilə müşayiət olunur ki, bunlar eşitmə sinirinin və Korti üzvünün patologiyasına səbəb olur.

Məlumdur ki, başgicəllənmə, ürəkbulanma və qusmanı bir sıra xəstəliklər törədə bilər. Orta qulağın irinli xəstəliklərində bu təzahürlərin ciddi əhəmiyyəti vardır.

Qulağın fiziki müayinəsi onun görünən hissələrinin, yəni qulaq seyvanının, qulaq keçəcəyinin xarici dəliyinin və məməvari çıxıntı nahiyyəsinin gözdən keçirilməsindən başlanır. Əlləməklə (palpasiya) toxumaların konsistensiyası və fluktuasiyanın olması haqqında mühakimə yürütmək olar. Bəzən ağrı müxtəlif sahələrə təzyiq etməklə aşkar edilir.

Otoskopiya. Otoskopiya dedikdə xarici qulaq keçəcəyinin dərin hissələrinin və qulaq pərdəsinin süni surətdə işıqlandırılması başa düşülür.

Otoskopiya üçün işıq mənbəyi, alın reflektoru və qulaq qıfı lazımdır. Xəstəni stula oturdur, onun sağ qulaq seyvanı bərabərində işıq mənbəyi (elektrik lampası) qoyulur; reflektor mənbədən gələn işığı əks etdirməklə qulağı işıqlandırır. Hər şeydən əvvəl, qulaq seyvanına, xarici qulaq keçəcəyinə, sonra təbil pərdəsinə diqqət yetirmək lazımdır. Xarici qulaq keçəcəyi əyri-üyrüdür, onu düzləndirmək üçün sol əlin şəhadət və orta barmaqları ilə qulaq seyvanını tutmaq, böyüklərdə arxaya və yuxarıya, uşaqlarda isə arxaya və aşağıya dartmaq lazım

gəlir. Qulağa baxmaq üçün qıfıdan istifadə edilir; qıfın ölçüsü qulaq keçəcəyinin ölçüsünə müvafiq olmalıdır.

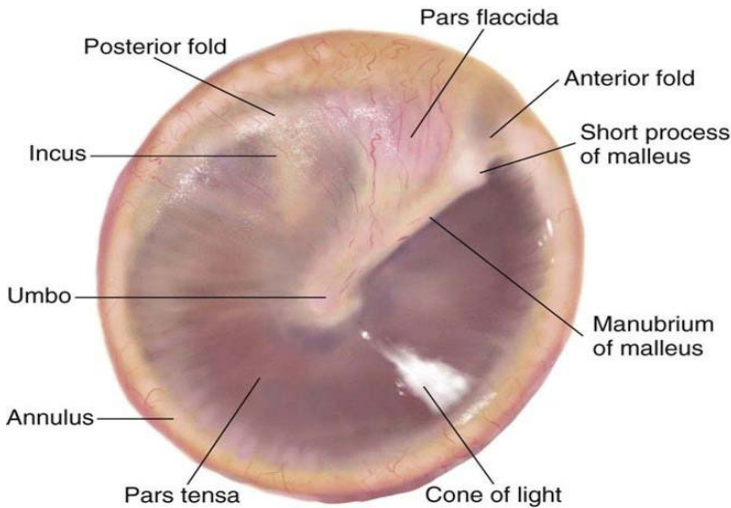
Qıf sağ əllə qulaq keçəcəyinə yerləşdirilir və saxlamaq üçün sol ələ verilir. Qıfı dərinə, yəni keçəcəyin sümük hissəsinə yeritmək məsləhət görülmür, çünki bu ağrı törədir. Müayinə zamanı kiçik uşaqları köməkçinin və ya ananın dizlərində fiksə etmək lazım gəlir, köməkçi sağ əli ilə uşağın gövdəsini və qollarını, sol əli ilə başını tutub saxlayır.

Təbil pərdəsində perforasiya olduqda isə onun qismən ya tam olmasından asılı olaraq təbil boşluğunun gözdən keçirilməsi, otoskopiyanın son mərhələsini təşkil edir.

Əlbəttə, müayinədən qabaq qulaq keçəcəyindəki qulaq kirini, epidermis probkasını və ya qartmaqları pambığın köməyi ilə, yaxud hər hansı ilıq dezinfeksiya məhlulu ilə yumaqla yaxşıca təmizləmək lazımdır. Qulaq keçəcəyindəki irin isə yumaqla kənar edilir.

Təbil pərdəsinin vəziyyəti orta qulaqda baş verən proseslər haqqında mühakimə yürütməyə imkan verir.

Təbil pərdəsində görünən patoloji dəyişikliklərin təsviri asan olsun deyə onu 4 kvadranta bölürlər: çəkicin dəstəsindən keçməklə bir ucdan o birisinə qədər xəyalən xətt çəkir, göbək səviyyəsindən ona isə perpendikulyar olaraq ikinci xətt çəkilir. Bu yolla alınmış kvadrantlar ön-yuxarı, ön-aşağı, arxa-yuxarı və arxa-aşağı kvadrant adlanır (şəkil16).



Şəkil 16. Təbil pərdəsi.

Otoskopiya zamanı, hər şeydən əvvəl, təbil pərdəsinin rənginə diqqət yetirirlər, normada o, sədəfəçalan – bozuntul rəngdə olur. Təbil pərdəsindəki bir sıra tanınma nişanələrinin olmaması, ya pozğun şəkllə düşməsi orta qulaqdakı

patoloji proseslərin şiddəti və dərinliyi haqqında mühakimə yürütməyə imkan verir.

Tanıma nöqtələri bunlardır: işıq refleksi, çəkicin dəstəsi və qısa çıxıntısı, təbil pərdəsinin hər iki (ön və arxa) büküşləri. Işıq refleksi üçbucaq formasına malikdir. Onu zirvəsi göbəyə, əsası isə periferiyaya baxır. Çəkicin dəstəsi göbəyə doğru yuxarıdan aşağı istiqamətə uzanır. Dəstədən önə və yuxarıya doğru ağaran qabarcıq çəkicin kiçik çıxıntısıdır. Ondan hər iki tərəfə təbil pərdəsinin ön və dal büküşləri uzanır.

Tanıma nöqtələrinin vəziyyətindəki dəyişiklik orta qulaqda gedən bu və ya başqa patoloji prosesin olduğunu göstərir. Təbil pərdəsində müxtəlif formaya, ölçüyə və lokalizasiyaya malik perforasiyalar (total, kvadrantlar üzrə, şrapnel zarında) rast gəlinə bilər. Təbil pərdəsi normada hərəkətli olur. Bəzi xəstəliklər zamanı təbil pərdəsinin mütəhərrikliyi azalır və ya təmamilə itir. Buna görə də təbil pərdəsinin bu xüsusiyyətini bəzən müayinə etmək lazım gəlir; bu məqsədlə Ziqlenin (Siegle) “pnevmatik” qıf adlanan aparatı tətbiq edilir. Bu aparat qıfıdan və balondan ibarətdir. Qıfın enli ucu şüşə səhfə ilə qapanmış olur, aparatın ensiz ucu isə, hermetik surətdə qulaq keçəcəyinə daxil edilir. Yan tərəfdəki dəlik rezin balon ilə birləşdirilmişdir. Qıfıla təbil pərdəsinə baxarkən qulaq keçəcəyindəki seyrək havanı balon ilə sıxlaşıdırırlar. Bu, xaricə tərəf qabarma, yaxud içəriyə doğru çökmə (dartılma) şəklində atrofik çapıq olduğunu, eləcə də, qulaq pərdəsinə məxsus hərəkətliliyin azaldığını, yaxud yox olduğunu müəyyən etməyə imkan verir. Bunların hər ikisi diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Eşitmə borusunun hava üçün keçiciliyini müayinə etməkdən ötrü Politser balonu ilə üfürmə tətbiq olunur (şəkil 17).



Şəkil 17. Qulağın üfürülməsi üçün Politser balonu.

Bu balon kifayət qədər tutuma, armudabənzər formaya malikdir və olivayabənzər ucluqla təchiz olunmuşdur. Ü f ü r m ə t e x n i k a s ı sadədir: balonu sağ əldə tutub ucluğunu burunun girəcəyinə daxil edib, eyni zamanda, sol əlin baş barmağı ilə burunun o biri yarısının qanadını kip surətdə burun arakəsməsinə basır. Sol qolun qalan dörd barmağı ilə olivanı (ucluğu) tuturlar; balonu sağ əl ilə sıxırlar (şəkil 18).

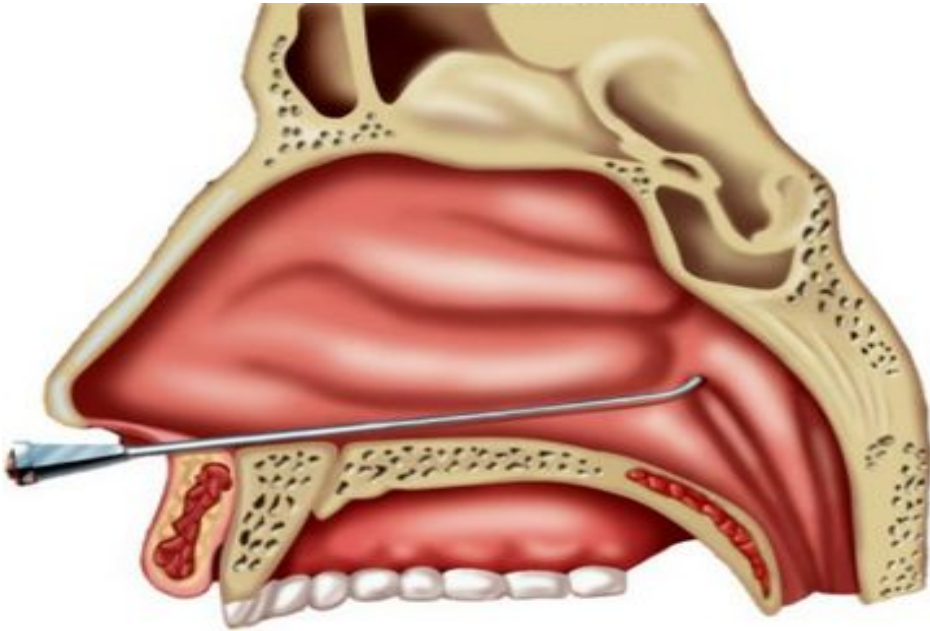


Şəkil 18. Qulağın üfürülməsi.

Olivanı aşağı burun keçəcəyi istiqamətində yeritmək lazımdır (burun arakəsməsinin selikli qışasını zədələməmək şərti ilə) . Üfürülən hava eşitmə borusuna (mədəyə yox) girsin deyə damaq pərdəsi burun-udlağı udlağın qalan hissəsindən hermetik surətdə ayırmalıdır. Bu məqsədlə xəstə ağzına bir udum su alır və həkimin işarəsi ilə onu udur, bununla bir vaxtda həkim balonu sıxır. Su əvəzinə "ku-ku" deyə bilər.

Yalnız bir qulağı üfürməklə kifayətlənmək lazım gəldikdə metal kateterdən istifadə edilir. K a t e t e r i z a s i y a t e x n i k a s ı üfürmədən mürəkkəbdir (şəkil 19). Kateter metal borudur (sterilizasiya edilmək üçün) onun bir ucu borunun ağzına yeridilmək üçün dimdik şəklində əyilmişdir, o biri ucu isə qıfsayağı genişləndirilmişdir. Genişləndirilmiş hissəyə dimdiyin istiqamətini

göstərən halqa bərkidilmişdir (lehimlənmişdir). Kateterin genişlənmiş ucundan sağ əllə yazı qələmi kimi tutaraq buruna daxil edir, bu zaman sol əlin baş barmağı ilə burunun ucunu bur qədər qaldırır aləti, dimdiyi aşağıya olmaqla ehtiyatla yeridirlər, burun boşluğunun dibi ilə sürüşdürərək aşağı burun keçəcəyi vasitəsilə üfüqi istiqamətdə irəlilədirlər. Kateterin dimdiyi udlağın burun hissəsində olan kimi, burun arakəsməsinin arxa kənarına toxunana qədər, ehtiyatla özünə tərəf çəkmək, həm də əvvəlcə onu 180° bayıra (lateral) tərəf döndərmək lazımdır. Sol əlin IV və V barmaqları ilə kateteri bu vəziyyətdə fiksə edirlər. Bundan sonra balonun ucluğunu kateterin geniş dəliyə malik sərbəst ucuna taxıb hava üfürürlər, bu zaman xəstələr təbil boşluğuna hava daxil olduğunu təkan şəklində hiss edirlər. Lakin bunu uclarında olivalar olan rezin boru ilə yoxlamaq məsləhət görülür: olivaların (ucluqların) biri müayinə olunan şəxsin qulağına, digəri həkimin qulağına taxılır. Eşitmə borusu sərbəst surətdə keçiciliyə malik olduqda üfürmə zamanı incə üfürmə küyü eşidilir.



Şəkil 19. Qulağın kateterizasiyası. Yevstax borusunda kateter dimdiyinin vəziyyəti.

Kateter salmaq həmişə asan olmur. Burun arakəsməsinin əyilmələri, daraqları və tikanları kateterizasiya etməyə mane olur. Belə hallarda onlardan yan keçmək lazımdır. Əgər bu baş tutmursa, kateteri burunun o biri yarısından salmaq tələb olunur.

Selikli qışanı zədələməmək üçün əməliyyat zamanı ehtiyatlı olmaq lazımdır, çünki kobud hərəkət selikli qışada cırılmalar törədir, nəticədə üfürülən hava emfizemanın əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Buna görə də birinci dəfə hava üfürüldükdə xəstə ağrı olduğunu deyərsə, üfürməni dərhal dayandırmaq və kateteri çıxarmaq lazımdır.

Borunun keçiciliyini təyin etməyin ən dəqiq üsulu V.İ.Voyaçekin qulaq manometri sayılır. Qulaq manometri içərisində bir damcı spirt olan kapillyar borucudur; borucuq qulaq keçəcəyinə daxil edilən nazik material boru ilə birləşdirilmişdir. Orta qulaqda və qulaq keçəcəyinin daxili hissəsində təzyiq dəyişildikdə spirt damcısı borucuqda hərəkət (ekskursiya) edir. Normada udma hərəkəti zamanı damcı da hərəkət edir (birinci sınaq); bu, Yevstax (eşitmə) borusunun ən yaxşı keçiriciliyi hesab olunur. Əgər bu müşahidə olunmursa Toynbi təcrübəsində, yəni burun dəliklərini qapayaraq udqunma kimi üsuldən istifadə etməklə ikinci sınaq aparılır. Təcrübədən müsbət nəticə alınması birinci təcrübədəkinə nisbətən borunun hava keçiciliyinin pis olduğunu göstərir. Nəhayət, bu təcrübədən də mənfi nəticə aldıqda Valsalva təcrübəsi – dərin nəfəs aldıqdan sonra burun dəliklərini qapayaraq nəfəsvermə (ekspirasiya) tətbiq olunur (üçüncü təcrübə). Bu təcrübə zamanı spirt damcısının yerdəyişməsi boruda keçiciliyin daha pis olduğunu göstərir. Boru təməmilə tutulduqda (qapandıqda) üfürmə də nəticə vermir.

Boru keçiciliyini kəmiyyətə təyin etmək üçün balonu sıxarkən təzyiqi civəli manometr ilə ölçürlər, manometr üçağızlı borunun kapillyarları ilə birləşdirilmiş olur.

GİCĞAH SÜMÜKLƏRİNİN RENTGENOQRAFİYASI VƏ TOMOQRAFİYASI

Qulaq xəstəliklərində rentgenoqrafiyadan geniş istifadə olunur. Diaqnostikanın bu üsulu gicğah sümüklərinin, təbil boşluğu divarlarının, antrumun, cibin (sinusun, mağaranın) vəziyyəti haqqında mühakimə yürütməyə imkan verir, şişlərin habelə travmalar zamanı çatlamalar, sınıqlar, yad cisimlərin (güllə, qəlpə) diaqnozunda əvəzolunmaz müayinə üsuludur.

Gicğah sümüklərinin rentgenoqrafiya üsulları çoxdur, onlar bir-birindən mərkəzi şüanın istiqamətinə görə fərqlənir. Şyuller (gözdən keçirməklə şəkil çəkilməsi), Meyyer (sümük qulaq keçəcəyinin divarları, təbil boşluğu, mağara girəcəyi, mağaranın özü və onu əhatə edən hissələr yaxşı görünür) və Stenvers (labirint, daxili qulaq keçəcəyi və piramidin zirvəsi xüsusilə yaxşı görünür) üsullarından daha tez-tez istifadə edirlər.

Xəstə qulağı sağlam qulaq ilə müqayisə etmək məqsədilə hər iki gicğah sümüyünün rentgen şəklini almaq tövsiyə olunur.

Alınmış şəkillərdəki törəmələri bəzən düzgün oxumaq çətin olur; şəkillərin oxunuşu anamnezi və klinik mənzərəni dürüst bilmək ilə asanlaşır.

Patoloji prosesin yerini düzəltməkdə üçün rentgenoqrafiyadan başqa tomoqrafiya adlanan metod da vardır, o, bu və ya başqa üzvün şəklini qat-qat almağa imkan verir. Bu metod adi rentgenoloji müayinə üçün böyük yardımçı əhəmiyyətə malikdir.

Koxlear aparatın müayinə metodikası

Eşitməni müayinə etməkdə məqsəd onun pozulma dərəcəsini, yerini və xarakterini aydınlaşdırmaqdır. Müalicənin gedişində eşitmənin dinamik müayinəsi xəstəliyin gedişini və müalicə məqsədilə işlədilən vasitələrin təsirini müəyyən etməyə imkan verir.

Eşitməni müayinə etməyin üç metodu vardır: – nitq (danışiq), müxtəlif tezliyə malik kamertonlar və audiometr ilə müayinə.

Eşitmənin müayinəsini ilk dəfə olaraq nitqdən başlayırlar. Eşitməni nitq ilə yoxlamaq üçün ehtiyat havadan istifadə olunur; bu, nitqə eyni ucalıq vermək məqsədini güdür. Eşitmənin müayinə olunduğu otaqda tam sakitlik hökm sürməlidir, müayinəyə pıçıltıdan başlayırlar; pıçıltını 6 metrədən eşitmək mümkün olduqda eşitməni adi danışiq ilə müayinə lazım gəlmir. Adi danışığı isə eşitmək mümkün olmadıqda eşitməni uca nitqə görə yoxlayırlar.

Eşitməni yoxlayarkən xəstə müayinə edən şəxsə nisbətən yanakı (onun dodaqlarının hərəkətini görməsin deyə), 6 – 7 metrlik məsafədə dayanır, müayinə olunmayan qulağını barmağı və ya yaş pambıq ilə tıxayır. Əgər xəstə bu məsafədə sözləri ya rəqəmləri eşitməzsə, həkim tədricən ona yaxınlaşır.

Böyüklərdə eşitməni müayinə etmək üçün ikirəqəmli ədədlərdən, uşaqlarda isə birrəqəmli ədədlərdən, bas və ya diskant zonalara aid sözlərdən ibarət cədvəldən istifadə olunur. Belə cədvəli rus dilində V.İ.Voyaçek, Azərbaycan dilində Y.Ə.Qasımov və A.Ö.Şıxlinski tərtib etmişlər. Bas qrupuna aid ayrı-ayrı sözlər orta hesabla 5 metrlik, diskant qrupuna aid olanlar isə 20 metrlik məsafədə eşidilir.

Eşitməni rəqəmlər ilə müayinə edərkən də bu sözlər kimi elələrini seçirlər ki, onların tərkibində müxtəlif ucalığa malik səslər olsun.

Beləliklə, müəyyən sözlər və ya rəqəmlər kompleksi (çeşidi) orta və daxili qulaq xəstəliklərinin topik diaqnozunu təyin etməyə müəyyən dərəcədə imkan verir.

Bəzən labirintdə operasiya məsələsini həll edərkən, qulağın ağır eşitməsinə aid aqravasiyanı, simulyasiyanı və ya bir qulağın karlığını aşkar etdikdə, birtərəfli karlığı təyin etmək lazım gəlir. Bu məqsədlə Barani şaxşaxından istifadə olunur, eşitməni müayinə edərkən onun vasitəsilə sağlam qulağı “batırırlar”.

Eşitmənin kamertonlar ilə müayinəsi müxtəlif ucalığa malik xalis tonları qəbul etməyi müəyyənləşdirməyə imkan verir. Bu müayinədən alınan məlumat ağır eşitməyə və ya karlığa topik diaqnoz qoymağa imkan verir. Müayinə etmək üçün bir sıra təcrübələr təklif olunmuşdur.

Eşitmənin müayinəsinə başlamazdan əvvəl normal eşidən şəxsə hər kamertonun səslənmə müddətinin saniyələrlə davamını bilmək lazımdır. Adətən, kamertonlar pasport ilə buraxılır ki, həmin məlumat müəssisə pasportunda göstərilmiş olur. Məsələn, C_{128} kamertonun hava ilə səslənmə müddəti 60 saniyəyə, sümük ilə səslənmə müddəti isə 30 saniyəyə bərabərdir. Eşitməni kamerton ilə müayinə edərkən onun yuxarı və aşağı hədudlarını təyin edirlər.

Eşitmənin aşağı hədudu bas kamertonlarla, yəni C_2 və C_1 (16 və 32 qoşa rəqs) ilə müayinə edilir. Əgər xəstələr hava ilə onlara qəbul etmirsə, kamertonların növbəti sırası (64 və 128 rəqs) tətbiq olunur. Belə hallarda söhbət eşitmənin aşağı hədudunun artmasından (qalxmasından) gedir ki, bu da eşitmənin səsi nəql etmə zəminində meydana çıxan pozğunluqlarında müşahidə olunur.

Eşitmənin yuxarı hədudunu qalton – Edelmann fişdırığı ilə yoxlayırlar, o, rezin balonun köməyi ilə səsləndirirlər. Borunun polad silindrinin uzunluğunu tənzim etməkdə müxtəlif ucalığa malik diskant tonlar almaq olar. Əgər ən uca tonları qulaq qəbul etmirsə (eşitmirsə), bu, eşitmənin yuxarı hədudunun

azalmasını göstərir və daxili qulağın, yaxud eşitmə sinirinin xəstəliyində müşahidə olunur.

V e b e r t ə c r ü b ə s i, adətən, saniyədə 128 rəqsli kamerton ilə aparılır. Kamerton səslənsin deyə onu ya boş barmağın hündürlüyünə vurur, yaxud hər iki branşı (ucu) bir-biri ilə təmasa qədər yaxınlaşdırıldıqdan sonra əli tez çəkməklə kamerton rəqsə gəlir, yəni səslənir. Səslənən kamertonu müayinə olunan təpəsinə (burun kökündən arxaya və bir qulağın kənarından o birisinə qədər keçirilən xətlərin kəsişdiyi yerə) qoyur, bu zaman müayinə olunan kamertonun tonunu hansı qulağı ilə daha yaxşı eşitdiyini deməlidir. Buna səsin lateralizasiyası deyilir. Müayinə olunan şəxs məsələyə obyektiv və diqqətli yanaşdıqda səs keçirici aparatın xəstələnməsində o səsin xəstə qulaq tərəfə lateralizasiyasını, ikitərəfli patologiya zamanı isə onun pis eşidilən qulaq tərəfə olduğunu qeyd edəcəkdir. Səsi qəbuletmə zəminində eşitmə bir qulaqda zəifləmiş olduqda, lateralizasiya sağlam qulağa olur; ikitərəfli patologiyada isə yaxşı eşidən qulağa lateralizasiya baş verir.

S ü m ü k k e ç i r i c i l i y i n i n t ə y i n v ə y a Ş v a b a x t ə c r ü b ə s i. Bu təcrübə müayinə olunan şəxs ilə müayinə edən şəxsin (əlbəttə, o, normal eşidirsə) sümük keçiriciliyini müqayisə etməyə əsaslanır. Əgər müayinə olunan şəxs təpəsinə qoyulmuş kamertonun səslənməsini daha eşitmərsə, müayinə edən onu öz təpəsinə qoyur və eşidir. Belə hallarda söhbət xəstədə sümük keçiriciliyinin qısalmasından gedir; bu, səsi qəbul edən aparat xəstələndiyi zaman baş verir. Səsi keçirən aparatın xəstəliyində sümük keçiriciliyi uzanır, yəni müayinə olunan şəxs kamertonun səslənməsini daha artıq (uzun müddət) eşidir.

Qeyd etmək lazımdır ki, Veber və Şvabax təcrübələri mütləq etibarlı nəticələr vermir.

R i n n e s ı n a ğ ı kamerton səsinin hava və sümük keçiriciliyi ilə qavranılmasının (qəbulunun) müqayisəsinə əsaslanır. Bu məqsədlə 128 rəqsli kamertondan istifadə olunur. Kamertonu səsləndirdikdən sonra onu müayinə olunan şəxsin məməyəbənzər çıxıntısının yuxarı hissəsinə söykəyirlər: o, eşitməkdən qalan kimi kamertonu ucları ilə xarici qulaq keçəcəyinə yaxınlaşdırır və vaxtı qeyd edirlər. Nəticədə üç variant ola bilər: 1) müayinə olunan şəxs kamertonun səslənməsini tutaq ki, daha 28 saniyə eşitməkdə davam edir (normada bu vaxt 25 – 30 saniyəyə bərabərdir). Bu, norma olub “müsbət Rinne” adlanır, üstəgəl (+) işarəsi ilə göstərilir; 2) əgər müayinə olunan şəxs kamertonun səslənməsini daha az vaxt, məsələn, 10 saniyə eşidirsə, bu “kiçik Rinne” adlanır və + 10 kimi işarə olunur. Bu variant eşitmənin səsi qəbuletmə zəminində pozulması zamanı müşahidə olunur; 3) xəstə məməyəbənzər çıxıntıdan qulaq keçəcəyinə yaxınlaşdırılmış kamertonu eşitməz. Buna görə də səslənən kamertonu əvvəlcə qulaq keçəcəyinin dəliyinə, sonra isə məməyəbənzər çıxıntıya qoymaqla

təcrübə təkrar olunur. Əgər müayinə olunan şəxs kamertonun səslənməsini eşitməkdə davam edərsə bu sümük keçiriciliyinin hava keçiriciliyindən üstün olduğunu göstərir (bu, hava keçiriciliyinin sümük keçiriciliyindən üstün olduğu birinci iki variantda əksdir). Həticəsi “mənfı Rinne” deyə ifadə olunur. Bu, orta qulağın xəstələnməsindən eşitmənin pozulduğunu göstərir. İzah olunanlardan məlum olur ki, səsi nəql edən aparatın xəstələnməsində sümük və hava keçiriciliyi, səsi qəbul edən aparatın isə yalnız hava nəqliyyatı pisləşir.

Ağır eşitmənin diaqnostikasında bu üç təcrübə bir-birini tamamlayır.

J e l l e (Gelle) t ə c r ü b ə s i. Bu təcrübə ilə oval pəncərənin taxçasında üzənginin mütəhərrikliyini təyin edirlər, bu da otosklerozun və üzənginin fiksasiyası ilə müşayiət olunan adheziv katarın diaqnostikasında mühüm rol oynayır. 128 rəqslı kamertonun ayaqcığını xəstənin təpəsinə qoyur, eyni zamanda Politser balonuunu olivası ilə qulaq keçəcəyində havanı hermetik qapayırlar. Üzəngi hərəkətli olduqda eşitmə gah yaxşılaşır, gah zəifləyir, yəni Jelle təcrübəsi müsbətdir; əgər üzəngi oval pəncərənin taxçasına fiksə olunub öz mütəhərrikliyini itirmişsə heç bir dəyişiklik baş vermir (Jelle təcrübəsi mənfidir). Təcrübə müsbət olduqda bu, labirintdaxili təzyiqin artması ilə, mənfı olduqda isə təzyiqin dəyişilməməsi ilə izah olunur.

Eşitmənin müayinəsi tam sakitlik şəraitində ayrıca otaqda aparılmalıdır. Kamertonlar ilə müayinə apardıqda isə onları vaxtaşırı surətdə qulaqdan az vaxta (2 – 3 saniyəyə) uzaqlaşdırmaq lazımdır. Bundan məqsəd: 1) eşitmə sinirinin tez yorulduğunu nəzərə alıb eşitmə üzvünə uyğunlaşma (adaptasiya) imkanı verməkdir; 2) xəstəyə səsi eşidib-eşitmədiyini ayırd etməyə imkan verməkdir (çünki kamertonu qulağa yaxınlaşdırdıqda səsi duyma eşidilir).

Audiometriya. Eşitməni dəqiq yoxlamaq üçün audiometriyadan istifadə olunmalıdır. Müasir audiometr xüsusi elektroakustik ölçü cihazıdır. Bu aparat xalis (obertonus) tonlar verən generator ilə təchiz olunmuşdur. Tezlik və intensivlik cəhətdən tonlar pilləli şəkildə dəyişilə və 64 gs-dən 8192 gs-ə (saniyəlik rəqslər) qədər səsləri əhatə edə bilər. Səsin ucalığı desibel ilə ölçülür (bel – səsin ölçü vahididir, əlverişli olsun deyə daha kiçik vahiddən desibeldən “db” istifadə edirlər ki, bu, belin onda birinə bərabərdir). Səsin intensivliyini dəyişərək eşitmə və təzyiqi duyma kəndarlarını təyin etmək olar.

Audiometr ilə danışığı, eşitmə qabiliyyətini hava və sümük keçiriciliyini və s. müayinə edirlər.

Eşitmənin müayinəsi müxtəlif səlislik əyriləri verir ki, onlara əsasən eşitmənin pozulma xarakteri müəyyən edilir.

Tonal audiometriya ilə eşitməni müayinə etmək üçün iki növ telefon: hava və sümük telefonu tətbıq olunur. Rezin içlik (ara qat) ilə təchiz olunan hava

telefonu səsləri xarici qulaq keçəcəyinə, sümük telefonu isə məməyəbənzər çıxıntıya çatdırır.

Sümük telefonu hava telefonundan fərqli olaraq içlik ilə təchiz edilməmiş və bu səbəbdən qulaq kənar səs-küydən mühafizə olunmamışdır. Audiometrə 128-dən 8192 gs qədər tezlik olur. Şkalada ucalıq 5 db-dən az olmayan intervallar ilə dərəcələrə bölünür. Bu tezliklər klinikanın tələbatını təmin edir. Eşitmə qabiliyyətinin itirilməsini audiometr desibel ilə göstərir.

Müayinədən alınan məlumat xüsusi qrafalanmış vərəqəyə yazılır, həm də sağ və sol qulağı, sümük və hava keçiriciliyini bir-birindən ayırmaq üçün iki rəngli karandaş ilə hər səsə müvafiq qrafaya kiçik dairələr və xaçlar şəklində həkk olunur. Bu işarələri bir-biri ilə birləşdirərək eşitmənin qrafik təsvirini (audioqram) alırlar. Audioqramın müxtəlif tipləri aşağıda göstərilmişdir.



Şəkil 20. Eşitmənin audiometrlə müayinəsi.

Danışiq audiometriyasının metodikası. Danışiq audiometriyası üçün Y.Ə. Qasimov və A.Ö. Şıxlinski Azərbaycan dilində xüsusi sözlərdən ibarət cədvəl təklif etmişlər. Belə cədvəli rus dilində Q.İ. Qrinberq tərtib etmişdir. Cədvəldəki sözləri müayinə olunan şəxsə həkim vasitəsilə və ya xüsusi maqnitofon yazısı ilə çatdırırlar.

Audiometr, müayinə olunan şəxsin qulağına çatdırılan sözlərin qüvvəsini tənzim edən attenuator ilə təchiz edilmişdir. Maqnitofonda yazarkən eyni ucalığa malik sözləri tələffüzünə nəzarət etmək üçün xüsusi voltmetrdən istifadə edirlər.

Danışiq audiometriyası danışığı eşitmə qapısını və ordinatlar oxu üzrə hesablanan maksimal səlisliyi təyin etməyə imkan verir (şəkil 20).

Danışiq audiometriyası ilə səlislik əyrisi alınır; bu, azı üç nöqtənin təyin olunmasını tələb edir (B.F.Undrits). Birinci nöqtə: müayinə olunan şəxs mikrofon ilə verilən sözlərin müəyyən intensivliyində səs gəldiyini eşidir. İkinci nöqtə: danışığı müəyyən intensivliyə qədər gücləndirdikdə müayinə olunan şəxs sözlərin 50%-ni düzgün təkrar etməyə (yazmağa) başlayır. Adətən bu səviyyə birincidən təqribən 25 – 30 db yüksək olur. Üçüncü nöqtə maksimal səlislik verən intensivlikdə təyin olunur. Normada bu səviyyə tonal səviyyədən 40 – 45 db yüksək intensivliyə müvafiq olur. Müayinə olunan şəxsin sözləri azı 90%-nin təkrar etməsi maksimal səlislik hesab olunur.

Vestibulyar aparatın müayinə metodikası

Koxlear aparatın müayinəsindən fərqli olaraq vestibulyar aparatın müayinəsi, müayinə edilən şəxsi iradəsindən asılı olmayan nəticələr (başgicəllənmə, nistaqm) alınmasına kömək edir. Deməli, onun yoxlanmasından alınan məlumat daha obyektiv olur.

Vestibulyar aparatın müayinəsinə başlamazdan əvvəl müayinə edilən şəxsdə başgicəllənmə, ürəkbulanma, qusma, yerləş pozğunluğu olub-olmadığını bilmək vacib hesab olunur. Başgicəllənmə olduqda onun xassəsini müəyyənləşdirmək lazımdır. Başgicəllənmənin bir sıra xəstəlikləri (hipertoniya, ateroskleroz, beyin şişləri, qanazlığı, nevrasteniya, mədə xəstəlikləri) müşayiət etdiyini nəzərə alaraq labirint mənşəli başgicəllənmələrin xarakter xüsusiyyətlərini bilmək lazımdır.

Labirint mənşəli başgicəllənmə əqli və fiziki gərginlik ilə əlaqədar olmur; o, başın dönuşündən, onun əyilmələrindən güclənir və yeriyərkən meydana çıxır. Labirint mənşəli başgicəllənmələr zamanı xəstə şeylərin onun dövrəsində sanki fırlanmasını hiss edir, yaxud, ona elə gəlir ki, o, özü müxtəlif istiqamətlərdə və müstəvilərdə hərəkət edir. Başgicəllənmə müəyyən tərəfə yığılma və ya yerləşin pozulması ilə müşayiət olunur, xəstə sərxoş kimi səndələyərək yeriyir. Bu zaman başgicəllənməyə əks istiqamətdə meydana çıxan hərəkətlər reaktiv xarakter daşıyır və müvazinəti saxlamağa kömək edir.

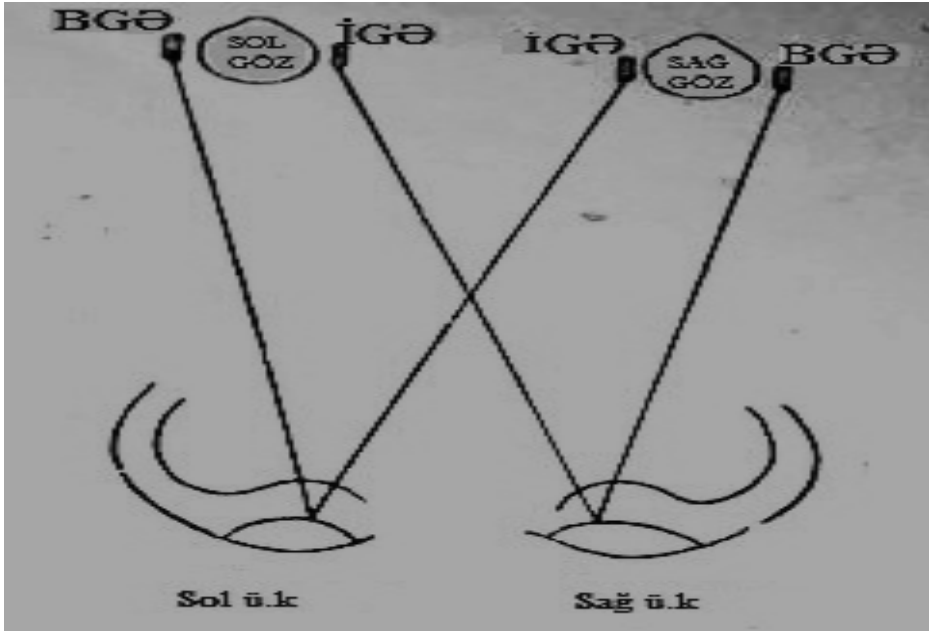
Adətən, başgicəllənmə, ürəkbulanma (mədə bulanması) və qusma ilə müşayiət olunur, başın vəziyyətini dəyişdikdə güclənir.

Vestibulyar aparatın müayinəsini, adətən, spontan əlamətlərin təyinindən: yəni spontan nistaqm, statokinetika, barmaq-burun və şəhadət sınaqlarından, adi adohokinezdən başlayırlar.

S p o n t a n n i s t a q m. Gözlərin ritmik əsməsi (rəqsi) üç növ olur: üfüqi, rotator və şaquli nistaqm. Spontan nistaqımı müayinə edərkən müayinə olunan şəxsə sağa və sola, yuxarıya və aşağıya, yəni müayinə edənin barmağı (barmaq 70

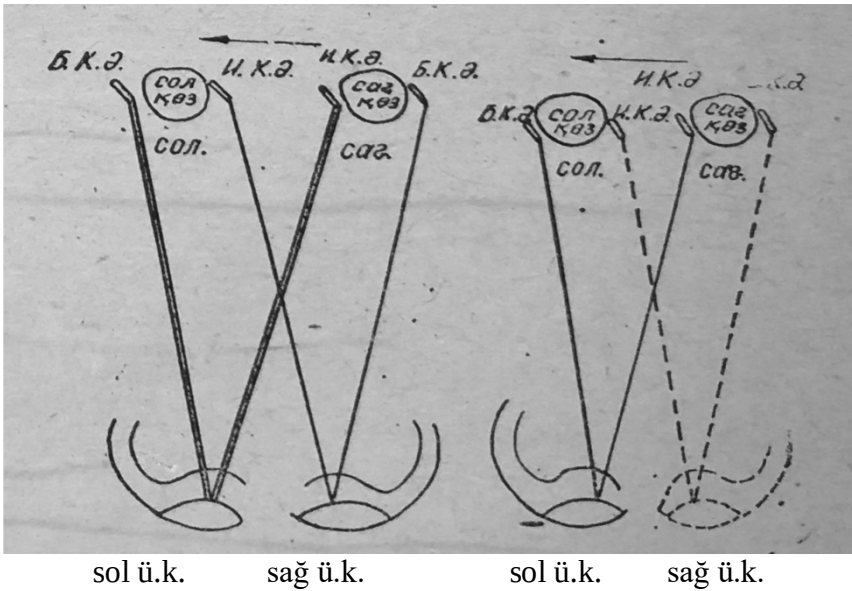
– 75 sm-lik masafədə olmalıdır) olan tərəfə baxmaq təklif edilir. Bu təcrübə zamanı nistaqmin baş verməsi labirint tonusunun dekompensasiyasını göstərir.

Normada spontan nistaqm müşahidə olunmur, çünki hər iki gözün labirintlərdən aldığı impulsar eyni qüvvəyə malik olur (şəkil 21).



Şəkil 21. Labirintlə gözün hərəkət aparatı arasındakı qarşılıqlı münasibət (normada). S. ü. k. və s. ü. k. – sol və sağ üfüqi kanal; s. g. və s. g. – sol və sağ göz; b. d. ə. və i. d. ə. – bayır və içəri düz əzələ.

Spontan nistaqmin görünməsi labirintlər arasında olan müvazinətin pozulması ilə izah edilir. Belə ki, sağ labirintin tonusunun yüksəlməsi (qıcıqlanma zamanı) sağ tərəfə nistaqm törədir (üstünlük); əgər bu labirintin funksiyası zəifləmiş ya tamamilə sıradan çıxmış olarsa, başqa bir mənzərə alınır. Bu ittifaqda nistaqm sağlam tərəfə, yəni sol qulağa doğru yönəlir və xəstələnmiş qulaq tərəfdən impulsların kəsilməsi ilə izah olunur (şəkil 22, 23). Belə təsadüflərdə üstünlük sol qulaq tərəfində olacaqdır. Adətən, hər iki impulsu iki atlı arabanı sürən arabaçının cilovu ilə müqayisə edirlər; burada atlar gözlərə bənzədilir, arabaçının qolları isə sanki labirintin rolunu ifa edir.



Şəkil 22. Sol labirintin oyanması – sola nistaqm.

Şəkil 23. Sağ labirintin tormozlanması – sola nistaqm.

Qıcıqlanma dayanan kimi spontan nistaqm yox olur və bununla bir zamanda impulsar arasındakı müvazinət bərpa olunur. Tonus pozularkən mərkəzi kompensasiya baş verdikdə spontan nistaqm və müvazinətin pozulması zəifləyir.

Labirint mənşəli nistaqmin başqa fərqləndirici xüsusiyyəti onun müvəqqətin xarakter daşmasıdır. Nistaqmin stabilləşməsi və ya güclənməsi isə beyinciyin xəstələnməsi ilə izah olunur.

Statokinetikanın müayinəsinə Romberg təcrübəsindən başlayırlar. Müayinə olunan şəxs ayaqlarını qoşalaşdırıb açıq və yumulu gözlərlə qollarını irəli uzadaraq barmaqlarını aralayır. Xəstədə müvazinət pozğunluğu olduqda bədəni sağ və ya sol tərəfə əyilir, hətta yıxılma baş verir.

Müasir dövrdə Unterberger və Barre təcrübələrini daha etibarlı hesab edirlər.

U n t e r b e r g e r t ə c r ü b ə s i və ya yerimə ilə aparılan təcrübədə xəstəni qolları irəliyə uzadılmış, gözləri yumulmuş halda yerində addımladırlar. Labirintlərdən birinin funksiyası zəifləmiş olduqda xəstənin tədricən xəstə tərəfə dönməsi qeyd olunur.

B a r r e t ə c r ü b ə s i. Ucundan yük asılmış sap qarşısında yumulu gözlə dayandırılmış xəstənin bədən oxu şaquldan xəstə labirintə tərəf meyillənmiş olur (lateropozisiya). Bu, xəstə gözlərini yummuş olarkən müşahidə edilir.

Kinetikanı müayinə etmək məqsədilə xəstəni, gözləri açıq və yumulu halda irəliyə və geriye yeriməyə məcbur edirlər. Lazım gəldikdə yanaşı yerləşmə tətbiq olunur.

Təcrübə göstərir ki, labirintdə patologiya olduqda spontan nistaqm baş verməsi ilə bərabər yerişin pozulması da müşahidə olunur. Labirint qıcıqlanarkən xəstələnmiş qulaq tərəfə səndələmə, onun funksiyası zəiflədikdə və ya tamamilə sıradan çıxdıqda isə sağlam qulaq tərəfə səndələmə olur.

Hər iki labirintin funksiyası pozularkən yeriş şiddətlə pozulur, o uzun müddət (bir neçə ay – kompensasiya baş verənə qədər) mümkün olmur.

Labirint mənşəli yerişin mühüm xüsusiyyəti budur ki, başın vəziyyətini dəyişdirmə yıxılmanın istiqamətinə təsir edir. Bunu misal ilə aydınlaşdıraraq. Tutaq ki, xəstədə sağ tərəfə spontan nistaqm var və o, sola yığılır; əgər yeriyərkən onun başını sola döndərsək (90°) arxaya, sağa (90°) döndərsək önə yığılacaqdır.

Beyincik xəstələndikdə isə, əksinə olaraq başın vəziyyətini dəyişdirmək yıxılmanın istiqamətinə təsir etmir. Beyincik xəstələndiyi zaman yana yeriş xüsusilə pozulur ki, bu qiymətli diaqnostik əlamət sayılır. Bu zaman gözləri yumaraq yeridikdə xəstə sağa və ya sola əyilir, yığılma və ya səndələmənin istiqaməti isə xəstəlik olan tərəfə müvafiq olur.

Labirintin xəstəliyi əzələ tonusunun da pozulmasına səbəb olur. Bu iki sınaq ilə: barmaq-burun və Baraninin şəhadət sınaqları ilə müayinə olunur.

B a r m a q - b u r u n s ı n a ğ ı . Müayinə olunan şəxs qolunu dizlərindən qaldıraraq şəhadət barmağını öz burnunun ucuna toxundurmalıdır. Labirint xəstəliyi bu zaman barmağın nistaqmın yavaş komponenti olan tərəfə əyilməsi ilə təzahür edir.

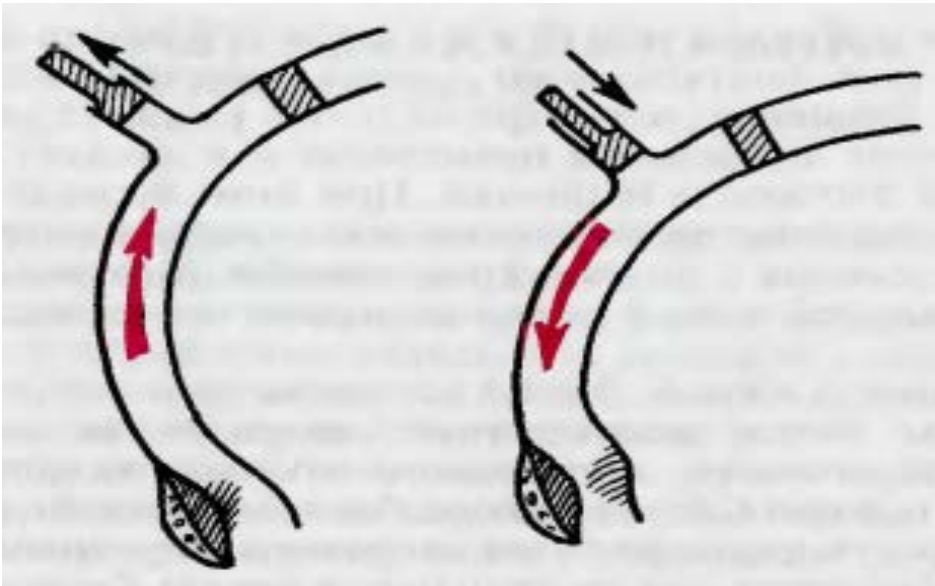
B a r a n i n i n ş ə h a d ə t s ı n a ğ ı da diferensial diaqnostikada müəyyən əhəmiyyətə malikdir. Bu sınağın mahiyyəti ondan ibarətdir ki, normada gözlər yumulu ikən özünün uzadılmış əlinin şəhadət barmağını müayinə edən şəxsin qarşıda qoyulmuş barmağına dəqiq sürətdə toxundurmaq olar. Labirintin funksiyası pozulmuş olduqda hər iki əl nistaqmın yavaş komponenti olan tərəfə əyilmiş (hədəfdən yan keçmiş) olur. Beyincik xəstələnmiş olduqda isə bir əlin (xəstəlik olan tərəfdə) proses olan tərəfə əyilməsi (hədəfdən yan keçməsi) müşahidə olunur.

Bu sınaq zamanı müayinə olunan şəxsi stulda oturdurlar; o, şəhadət barmağından başqa bütün barmaqlarını bükərək əlini dizinə qoymalıdır. Onun qolunu uzadılmış halda aşağıdan yuxarıya qaldırıqda şəhadət barmağı müayinə edən şəxsin uzadılmış əlinin şəhadət barmağına toxunmalıdır. Bu zaman müayinə edənin də şəhadət barmağından başqa bütün barmaqları bükülməli və əlin ovucu aşağıya baxmalıdır. Sağlam labirinti suni sürətdə qıcıqlandırdıqdan sonra eksperimental nistaqmın yavaş komponenti olan istiqamətdə əyilmə (hədəfdən yan keçmə) baş verir. Əgər bu təsadüfdə yan keçmə baş verməzsə beyinciğin həmin tərəfdəki yarımkürəsində patologiya olduğunu nəzərdə tutmaq lazımdır. Bundan fərqli olaraq labirintin patologiyasında hədəfdən yan keçmə (barmağa düşməmək) hər iki ətrafda müşahidə olunur. Qeyd etmək lazımdır ki şəhadət sınağı yalnız başqa müayinələrdən alınan nəticələr ilə birlikdə qiymətli olur.

Adiadohokinez beyinciğin xəstəliyində müşahidə olunur. Müayinə olunan şəxsə tez-tez supinasiya və pronasiya etdirirlər. Beyincik normal halda ikən hər hansı qolun geri qalması müşahidə olunmur, beyinciğin yarımkürələrindən biri xəstələnmiş olduqda isə müvafiq tərəfdəki qol hərəkətdə geri qalır.

Vestibulyar aparatın müayinəsi üçün müxtəlif qıcıqlandırıcılardan geniş istifadə edirlər. Xaraktercə onlar 2 qrupa bölünür: adekvat (fırlanma) və inekvat (labirintin süni soyudulması, qızdırılması və qalvanizasiyası) olur.

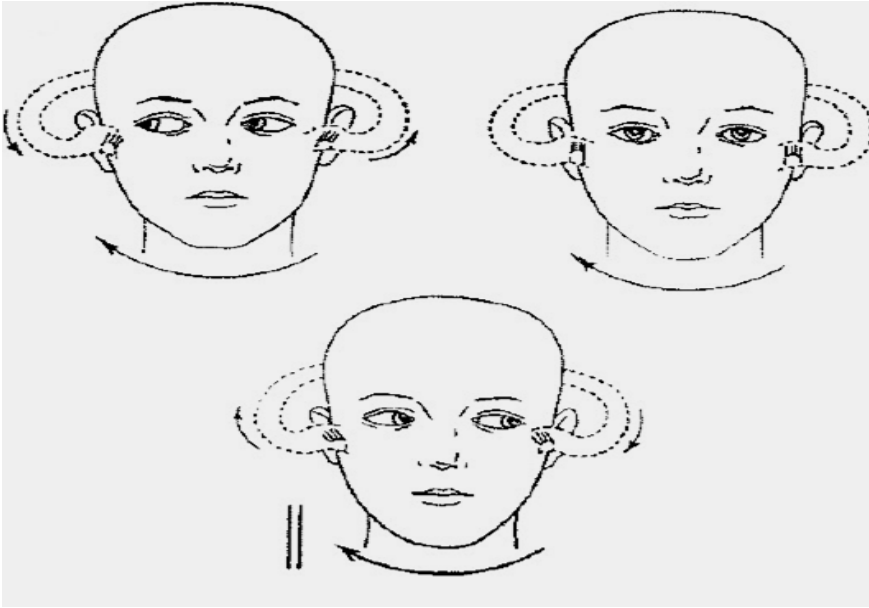
F ı r l a n m a n ı s t a q m v ə y a B a r a n i n i n f ı r l a n m a s ı n a ǵ ı .
Bu sınağın mahiyyətini anlamaq üçün Evald təcrübələrini göstərək. Bu müəllif göyərçinin bayır yarımdairəvi kanalının hamar ucunu dəşərək yenə plomblamışdır. Evald (şəkil 24) ikinci dəliyi ampuldan bir qədər aralı – hamar uca tərəf açmışdır. O, həmin dəliyə porşenli kiçik nasos qoymuşdur. Porşeni kanalın mənfəzinə yeridib havanı sıxlaşdırmaq və porşeni çəkərkən onu (havanı) seyrəltmək ilə endolimfanın hərəkətini öyrənən Evald tapmış ki, hava sıxlaşdıqda endolimfa hamar ucdan ampula doğru hərəkət edir (ampulopetal axın) ki, bu da qıcıqlanan qulaq tərəfə nistaqm törədir. Havanı seyrəltəndikdə axının istiqaməti ampuldan hamar uca doğru olur (ampulofutal axın) və bu, o biri qulaq (əks) tərəfə nistaqm törədir (şəkil 24).



Şəkil 24. Endolimfanın Evalda görə hərəkət sxemi.

Bu təcrübələrin nəticələrini insan üzərində tətbiq edərək fırlanmaqla vestibulyar aparatın müayinəsindən irəli gələn hadisələri asanlıqla aydınlaşdırmaq olar. Təcrübə göstərir ki, fırlanma anından (saga fırlanma zamanı) başlayaraq sağ bayır kanalda endolimfanın hərəkəti ampul istiqamətində, sol kanalda isə

ampuldan hamar uca doğru olacaqdır. Deməli, nistaqmın istiqaməti sağa olacaqdır. Fırlanmanı birdən-birə dayandırdıqda mənzərə dəyişilir, yəni sağ bayır kanalda endolimfa hamar uca doğru, soldakında isə ampul uca doğru hərəkət edəcəkdir. Buna görə də nistaqmın istiqaməti sola olacaqdır. Bu axırıncı postnistaqm adlanır. Beləliklə, aydın edilmişdir ki, əvvələn nistaqm ilə fırlanma müstəvisi eynidir, ikincisi nistaqm həmişə endolimfa cərəyanına əks istiqamətə yönəlmiş olur (şəkil 25).

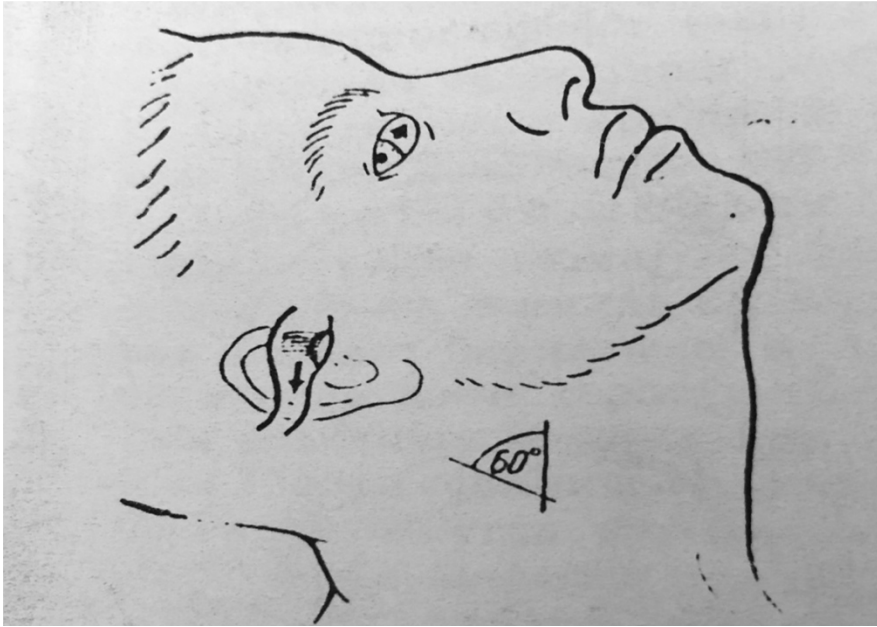


Şəkil 25. Sağa fırlatmadan ibarət klinik təcrübənin sxemi. Fırlanmanın əvvəlində sağa nistaqm; fırlanma zamanı endolimfa axını və nistaqm olmur; dayandırdıqda sola nistaqm olur.

Praktikada Barani təcrübəsi Barani kürsüsündə belə aparılır: müayinə olunan şəxsi gözləri yumulu halda və başı 30° aşağıya əyilməklə (bu vəziyyətdə bayır yarım dairəvi kanal müayinə olunur, arxa kanallar başı bu və ya digər çiyinə əyməklə, ön kanallar isə başı önə çox əyməklə çənəaltı döşə dəyənəcən, yəni 90° əyməklə mayinə olunur) kürsüyə əyləşdirirlər. Qeyd etmək lazımdır ki, praktikada yalnız bayır kanalları müayinə etməkdən istifadə olunur. Sağ qulağı müayinə etmək məqsədi ilə xəstəni 20 saniyə 10 dövrə olmaqla sol tərəfə fırladırlar. Fırlanmanı birdən-birə dayandırdıqdan sonar xəstə düz dayanır, gözlərini açır və sağa baxır. Bu zaman normada sağa nistaqm baş verir və 20 – 30 saniyə davam edir. Bunun kimi də sol labirinti qıcıqlandırmaq üçün xəstəni sağa fırladırlar. Bu vəziyyətlərdə postnistaqm sola olacaqdır.

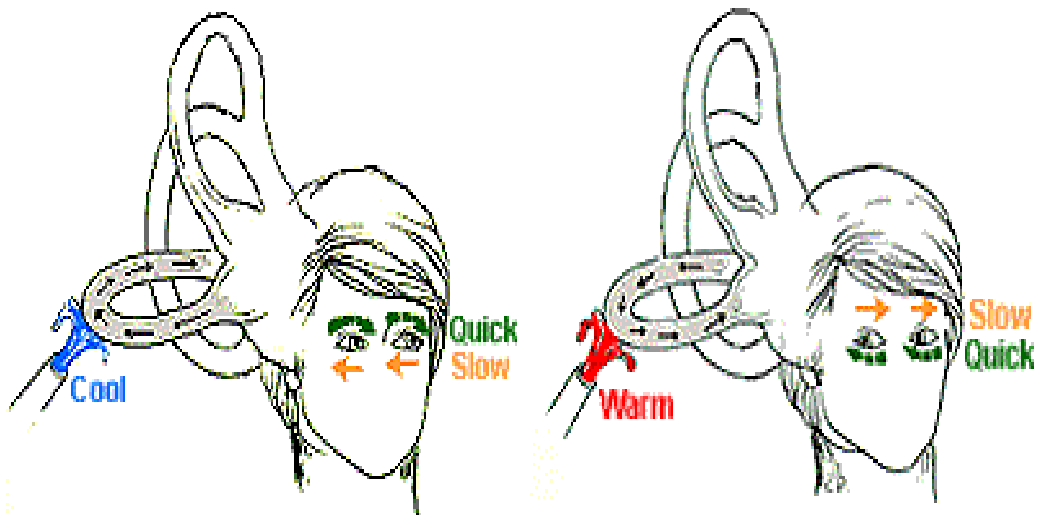
K a l o r i k s ı n a q. Fırlanma sınağının nöqsanı budur ki, həmin sınaq aparılarkən hər iki labirintin qıcıqlanması baş verir. Kalorik sınaqda bu aradan

qalxmış olur və hər labirint ayrılıqda müayinə edilir. Bu üsul vestibulyar aparatın adekvat qıcıqlandırıcısı deyildir (şəkil 26). Kalorizasiya zamanı labirinti suni surətdə soyudur ya isidirlər, həmin üzvün bu və ya başqa dərəcədə qıcıqlanması buna qarşı reaksiya sayılır.



Şəkil 26. Sağ bayır yarım dairəvi kanalın soyuq su ilə kalorizasiyası (Ekkert–Möbiusdan).

Bu üsulun praktik tətbiqi belədir: 50 – 60 ml miqdarında qaynadılmış soyuq ($18 - 20^{\circ}$) və ya isti ($42 - 45^{\circ}$) su götürür, Brünings otokalometri ilə xarici qulaq keçəcəyinə tökürlər, bu olmadıqda adi şpris və ya Esmarx parçanı işlətmək olar. Bunlara rezin borucuq geydirərək ucunu 1 – 2 sm qulaq keçəcəyinə daxil edib sonar suyu qulağa tökmək olar. Yarım dairəvi kanalların hər biri ayrılıqda müayinə olunur, bu məqsədlə onlara optimal vəziyyət verilir. Məsələn, bayır kanalların müayinəsi üçün müayinə edilən şəxsin başını 60° dala əyirlər, başın bu vəziyyətində kanalın ampulu şaquli vəziyyət alır. Soyuq su ilə sınıyarkən endolimfanın soyudulan molekulları aşağıya, hamar uca tərəf, yəni ampulofuqal istiqamətdə hərəkət edəcəklər. İsti suyun təsirindən endolimfa molekulları isinərək yuxarıya ampula doğru qalxacaq, yəni ampulopetal istiqamətdə hərəkət edəcəkdir (şəkil 27). Bu hadisə fizika qanununa uyğun surətdə baş verir. Məlumdur ki, içərisində maye olan qabın soyuması və ya qızması axına səbəb olur: soyuq hissəciklər dibə enir, isti hissəciklər isə yuxarıya qalxır.



Şəkil 27. Endolimfa axınının sxematik təsviri:
a – qulağa soyuq su yeritdikdə; b – isti su yeritdikdə.

Xəstədə sağa tərəf spontan nistaqm olduqda, sağ qulağı yoxlamaq üçün soyuq sudan istifadə etmək lazımdır. Sola nistaqmın əmələ gəlməsi sağ qulaq oyanıqlığının saxlanması, nistaqm istiqamətində dəyişiklik olmaması isə oyanıqlığın olmadığını göstərir.

Şaquli kanalları müayinə etmək üçün xəstənin başını 60° dala və 45° müayinə olunan qulağa əks olan çiyinə tərəf əymək tələb olunur. Belə vəziyyətdə soyuq su əks tərəfə, isti su isə həmin tərəfə nistaqm törədir. Lakin praktikada yalnız bayır yarımdairəvi kanalların müayinəsi ilə kifayətlənilir.

Kalorizasiyanın əvvəldə göstərilən müsbət tərəfi (hər labirintin halını ayrılıqda öyrənmək imkanı) ilə bərabər qulaq pərdəsində quru perforasiya olduqda onu tətbiq etməyin mümkün olmaması (ikinci dəfə infeksiya yeritmək təhlükəsi) bu üsulun nöqsanı sayılır. Öz-özlüyündə aydındır ki, kalorizasiyadan qabaq otoskopiya edilməli və əgər qulaq kiri problemi, polip olarsa əvvəlcə onları kənar etmək lazımdır.

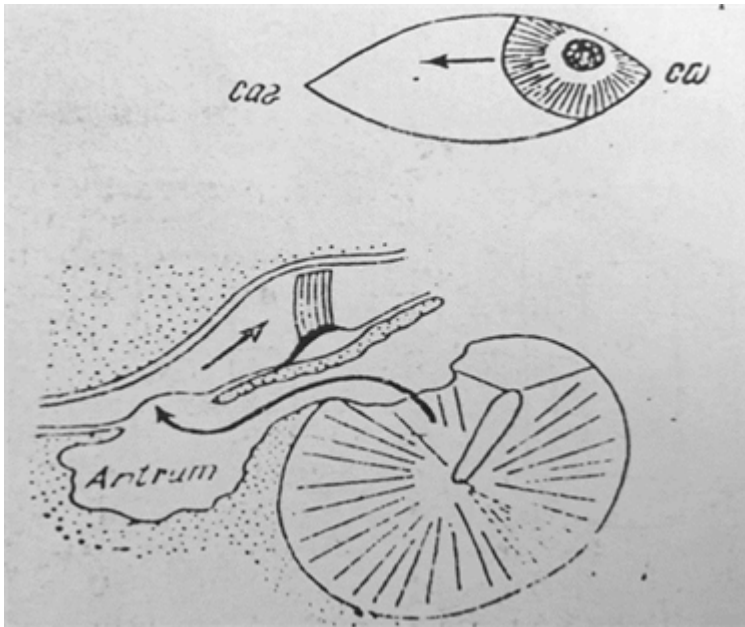
Azı 50 ml su sərf edildikdə labirintin oyanıqlığını yüksəlmiş, 80 ml-dən çox işlədildikdə isə azalmış hesab edirlər. Labirint oyanıqlıqdan (qıcıqlanma qabiliyyətindən) məhrum olduqda (lal-karlarda kalorizasiya zamanı) hətta 250 – 300 ml soyuq su işlədilməsi belə nistaqm törətmir (Y.Ə.Qasımov).

Qeyd etmək lazımdır ki, nistaqmın intensivliyi və onun baş vermə sürəti bədənin temperaturu ilə qulağın kalorizasiyası üçün işlədilən suyun temperaturu arasındakı fərqdən asılıdır. Buradan belə nəticə çıxır ki, soyuq su (onunla bədənin

temperature arasındakı fərq təqribən $16 - 17^{\circ}$) isti suya (fərq $6 - 7^{\circ}$) nisbətən labirintin daha güclü surətdə qıcıqlanmasına səbəb olur.

Qulagın soyuq su ilə başqa kalorizasiya üsulu da vardır. Bu, Kobrak tərəfindən təklif olunmuş *zəif qıcıqlandırma* lər üsuludur. Bu üsulda 5 ml-lik şprisi soyuq ($12 - 13^{\circ}$) su ilə doldurub qulağa yeridirlər. Əgər bu təcrübədə nistaqm olursa, 5 dəqiqədən sonar qulağa 10 ml və daha artıq su yeridirlər ki, bu, nistaqm törədir. Bu təcrübə labirintin oyanma qapısını təyin etməyə imkan verir.

Pnevmatik sınaq və ya fistul simptomu. Bayır yarımdairəvi kanalda və ya ümumiyyətlə, labirintin sümük kapsulunun hər hansı bir yerində fistul olduqda, xarici qulaq keçəcəyində hava təzyiqinin dəyişilməsindən nistaqm müşahidə olunur. Fistul əlamətinin müayinə texnikası belədir; qulaq keçəcəyinə kip yerdilmiş Ziqle qıfının köməyiylə onda havanı sıxlaşdırır və seyrəldirlər; bu zaman havanın sıxlaşmasından müayinə olunan qulaq istiqamətində, seyrəlməsindən isə əks tərəfə şiddətli nistaqm baş verir (şəkil 28). Ziqle qıfı əvəzinə barmaqla traqusa tez təzyiq edib, tez də götürməklə (havanın sıxlaşması və seyrəlməsi) həmin təcrübəni aparmaq olar. Lakin bu təcrübə həmişə etibarlı olmur. Məsələn, fistula qapayan xolesteatoma olduqda nistaqm alınmaya da bilər. Bunu da əlavə etmək lazımdır ki, labirintin sifilisində və qızılyel iltihabında fistul simptomu müsbət ola bilər.



Şəkil 28. Sağ bayır yarımdairəvi kanalın simptomu (Ekkert–Möbiusdan).

Otolit aparatı funksiyasının müayinəsi. V.I.Voyaçek bu məqsədlə otolit reaksiyası (qısaca “OR” deyə işarə edirlər) adlanan sınaq təklif etmişdir. Bu təcrübəni sonralar K.L.Xilov təkmilləşdirmişdir. Təcrübə buna əsaslanır ki, otolit aparatın qıcıqlandırılması yarımdayirəvi kanalların funksiyasına ləngədici təsir bağışlayır.

Otolit reaksiyasının (iki qat fırlanma təcrübəsi də adlanır) icra texnikası belədir: müayinə olunan şəxsi gözləri yumulu halda, başı və gövdəsi önə 90° əyilmiş vəziyyətdə Barani kürsüsünə əyləşdirir, 10 saniyə ərzində bu və ya digər tərəfə 5 dövrə vururlar. Fırlanmanı kəskin sürətdə dayandırdıqdan sonra 5 saniyə ərzində hər hansı hərəkəti reaksiya olub-olmayacağını müşahidə edirlər. Əgər reaksiya olmazsa xəstəyə dərhal düzəlmək və gözlərini açmaq təklif olunur. Bu zaman reaksiyanın olması özünü başın və gövdənin fırlanma istiqamətində əyilməsi şəklində, mühafizə reaksiyalarının və müxtəlif intensivliyə malik vegetativ təzahürlərin meydana çıxması ilə büruzə verir.

Mühafizə reaksiyalarının 3 dərəcəsi ayırd edilir: 1) gövdənin fırlanma tərəfə meyl etməsi (əyilmə), iradə ilə bunu asanlıqla dəf etmək olur ($0 - 5^\circ$ əyilmə zəif reaksiya kimi); 2) gövdə o qədər əyilir ki, onun qarşısını almaq çətin olur ($5 - 30^\circ$ əyilmə, yəni orta şiddətə malik reaksiya); 3) qusma, soyuq tə, bayılma kimi əlamətlərdə olan coşqun reaksiya; bu zaman bədənin müvazinəti itmiş olur. Refleksin əmələ gəlməsi “0” (sıfır) indeksi ilə işarə edilir.

Mühafizə hərəkətlərinin hamısı (bütün dərəcələri) və güclü olmayan vegetativ reaksiyalar vestibulyar aparatı müntəzəm məşq etdirməklə aradan qaldırıla bilər.

XÜSUSİ HİSSƏ

XARİCİ QULAĞIN İNKİŞAF ANOMALİYALARI

Qulağın inkişaf anomaliyaları müxtəlifdir və kişilərdə daha çox qeyd edilir. Bütün eşitmə üzvünün inkişafdan qalması ilə bərabər onun ayrı-ayrı hissələrinin anomaliyaları və inkişaf qüsurlarına da rast gəlinir. Qulaq seyvanının böyüməsi (makrotiya), aralı (şəşə) qulaqlar ("palazqulaq") daha tez-tez, seyvanın inkişafdan qalması (mikrotiya) və ya olmaması (anotiya) isə az-az rast gəlinir. Axırındakı iki qüsurlar bir və ya ikitərəfli olaraq müşahidə edilir. Demək olar ki, həmişə onlarla yanaşı xarici qulaq keçəcəklərinin atreziası, bir sıra hallarda isə təbil boşluğunun və daxili qulağın inkişafdan qalması rast gəlinir. Əgər zarlı-qığırdaq şöbə saxlanmışsa (qalmışsa), o, qulaq keçəcəyinin bitişmiş (qapanmış) sümük şöbəsinə kor surətdə qurtarmış olur. Daxili qulağın anadangəlmə aplaziyası zarlı hissədə daha tez-tez rast gəlinir və anadangəlmə lal-karlığa aparıb çıxarır. Anadangəlmə fistullar (fistula auris congenita) nisbətən tez-tez rast gəlinir. Onlar kor (qapalı) surətdə qurtaran müxtəlif uzunluqlu yollar olub, adətən, traqusun üstündə və qıvrımdan öndə yerləşir. Fistulların möhtəviyyatı sıyıqvari, ya da duru kütlə şəklində olur.

M ü a l i c ə. Makrotiyanı və aralı qulaqları ("palazqulaq") plastik əməliyyatlar ilə düzəltmək olar. Mikrotiya və qulaq keçəcəyinin bitişməsi olduqda orta qulağın və labirintin vəziyyətini aydınlaşdırmaq lazımdır. Əvvəllər güman edirdilər ki, əməliyyat yalnız onlar qalmış olduğu təqdirdə müvəffəqiyyətlə nəticələnə bilər. Lakin qulağın bərpası üzrə müasir cərrahlik burada geniş fəaliyyət meydanına malikdir; o, xarici qulaq keçəcəyi yaradır və müxtəlif timpanoplastik metodların köməyi ilə timpanal səskeçirməni bərpa edir. Onlar ümitsiz olduqda isə bayır yarımdairəvi kanalın fenestrasiyası ilə məqsədə nail olurlar.

Mikrotiyanı öz-özlüyündə plastik yol ilə düzəltmək olar, burada daha tez-tez natural seyvan şəklində və rəngində plastik kütlədən hazırlanmış protezlərə əl atırlar. Anadangəlmə fistullara gəldikdə onlarda yalnız irinli maye ya sıyıgabənzər kütlə (ətraf toxumaların reaksiyası ilə bərabər) olduqda əməliyyat edilməlidir. Belə hallarda onları geniş yarırırlar. Fistul kanalının qəti olaraq kəsilib götürülməsi dəridəki iltihab təzahürləri çəkildikdən sonra məsləhət görülür.

QULAĞIN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Qulağın zədələnmələri müxtəlif səbəblərdən irəli gəlir. Zərbələr, əzilmələr, kəsilmə, deşilmə, dişlənmə yaralar və odlu silah yaralanmaları ayırd edilir. Son zamanda küçə hərəkətinin artması və idmanla əlaqədar olaraq qulağın (elə burunun da) travmatik zədələnmələrinə xüsusilə tez-tez rast gəlinir.

Qulağın müxtəlif hissələrinin odlu silah yaralanmaları arasında qulaq seyvanının yaralanmaları daha tez-tez rast gəlinir. Seyvanın zədələnmə dərəcəsi müxtəlif olur. Yüngül yaralanmalar zamanı sonralar yoluxma (infeksiya) baş verməzsə sağalma, adətən, tez olur. Əks təqdirdə proses qulaq seyvanında xondroperixondritin və deməli kosmetik qüsurların əmələ gəlməsi ilə qurtara bilər (şəkil 29). Seyvanın odlu silah yaralanmaları çox vaxt qulaq keçəcəyinin yaralanması və qulaqyanı ağız suyu vəzisi də daxil olmaqla onu əhatə edən periaurikulyar nahiyyənin zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə olunur. Enməkdə (düşməkdə) olan güllə və qəlpə qulaq keçəcəyində, bəzən qulaq seyvanının qalınlığında ilişib qala bilər. Qığırdaqüstlüyü ilə qığırdaq arasında travmadan sarımtıl mayenin (qan və zərdab) toplanması əmələ gəlir ki, buna da othematoma deyilir. O, gimnastlarda, boksçularda, ağır yük daşıyanlarda, habelə spontan olaraq qocalarda da müşahidə olunur.



Şəkil 29. Qulaq seyvanının perixondriti.

M ü a l i c ə. Yarada ilkin işlənmə əməliyyatı aparılır, toxumalar qopmuş olarsa tikiş qoyulur. Səthi yaralanmalar zamanı yara səthinə antibiotiklər, sulfanilamid preparatları səpilməsi və ya məlhəmli sarğı qoyulması yaxşı kömək edir (antibiotiklər və sulfanilamidlər də təyin edirlər).

Othematomanı müalicə edərkən, hər şeydən əvvəl, onun ölçülərini nəzərə almaq lazımdır. Hematoma böyük olmadıqda yod çəkmək, seyvana sıxıcı sarğı qoymaq, soyuq tətbiq etmək ilə kifayətlənirlər. Biz öz təcrübəmizdə orta

böyüklüyə malik hematomalar zamanı sızılmış qanı çəkib (ikinci dəfə ola biləcək infeksiyanın qarşısını almaq üçün şprisi və iynəni mükəmməl sterilizə etmək lazımdır), sonra boşluğa 1 – 2 damcı antiseptik yeridərək sıxıcı sarğı qoymağı müvəffəqiyyətlə tətbiq edirik. İrinləmə olduqda geniş kəsiklər aparılır. Qığırdağın qanqrenası və bununla əlaqədar olaraq qulağın eybəcərləşməsi təhlükəsi meydana çıxdıqda, qığırdağı retroaurikulyar (qulaqarxası) kəsik ilə kənar etməyi məsləhət görürlər.

Q u l a q k e ç ə c ə y i n i n z ə d ə l ə n m ə l ə r i bilavasitə və dolayı olur; lokalizasiyaya görə qığırdaq və sümük şöbələrinin zədələnmələri ayırd edilir.

Gizlində yerləşdiyinə görə qulaq keçəcəyinin bilavasitə zədələnməsi az-az müşahidə olunur. Gicişməni sakit etmək məqsədilə qulağı kibrit, şpilka, çöp və s. ilə qurdaladıqda (uşaqlarda qulaq keçəcəyi bəzən təsadüfi olaraq çöp, karandaş ilə yaralanır) və yaxud yad cismini də bacarıqsız çıxarmaq cəhdi də onun yaralanmasına səbəb olur.

Xarici qulaq keçəcəyinə (habelə seyvana) kimyəvi və termiki yanıqlar da xələl yetirə bilər. Müalicə yarıtmaz aparıldıqda bu yanıqlar qulaq keçəcəyinin çapıqdan daralmasına aparıb çıxara bilər.

Qulaq keçəcəyinin dolayı yaralanmaları birgə zədələnmələrə aiddir. Onlar zərbədən, yığılmadan və ya odlu silah yaralanmasından (güllə, qəlpə), kəllənin travmatik zədələnməsindən əmələ gələ bilər. Qulaq keçəcəyinin bu yaralanmaları eyni zamanda almacıq sümüyünün, məməyəbənzər çıxıntının, çənə oynaqının, təbil boşluğu damının yaralanması və kəllə əsasının sınığı ilə birlikdə ola bilər.

Ə l a m ə t l ə r i zədələnmənin xarakterindən asılıdır. Otoskopiya travmanın şiddətini, dərinliyini, yara kanalının ətrafdakı toxumalar və kəllə boşluğu ilə əlaqəsini göstərir. Ağzı açarkən, əsnəmə zamanı ağrı əmələ gəlməsi çənə oynaqı başının sındığını göstərir. Nəticəsi yara kanalının istiqaməti ilə təyin olunur.

Xarici qulaq keçəcəyinin bilavasitə zədələnmələrinin **d i a q n o z u** çətin deyildir. Dolayı zədələnmələr zamanı vurulmuş travmanın xarakteri və mexanizmi nəzərə alınır.

M ü a l i c ə. Yüngül yaralanma hallarında aseptik sarğı qoymaqla kifayətlənirlər. Qulaq keçəcəyində stenoz və yaxud yad cisim (güllə, qəlpə) olduqda, xüsusən artıq irinləmə prosesi varsa, müalicə cərrahi üsulla olmalıdır. Hər bir ayrıca təsadüfdə əvvəlcə stenozun yayılma dərinliyi öyrənilir və cərrahi müdaxilənin gedişi nəzərə alınır. Qulaq keçəcəyinin mənfəzi (keçiciliyi) bərpa olsun deyə mükəmməl müalicə aparmaq lazımdır. Qulaq keçəcəyinin ön divarının sınıqları zamanı çənəyə sarğı qoymaqla immobilizasiya edilir, bu zaman əvvəlcə qulaq keçəcəyinə steril tampon qoyulur; bu, parçaların (qəlpələrin) yerdəyişməsinin qarşısını alır.

Təbil pərdəsi də bilavasitə və dolayı olaraq zədələne bilər. Təbil pərdəsinin bilavasitə baş verən partlamaları qulaq keçəcəyindən yad cisimləri bacarıqsız çıxarmaqdan, xəstənin özünün müxtəlif əşyalar ilə qulağında manipulyasiya etməsindən irəli gələ bilər. Bunun nəticəsində nəinki sıyrıntılar, hətta partlamalar belə baş verə bilər. Kompressiya və dekompressiya (kessonçular və dalğıcılar) qaydalarının pozulması, hava kontuziyaları təbil pərdəsinin cırılmasına (ruptura) səbəb ola bilər. Təbil pərdəsinin kiçik cırıqları ilə yanaşı onun təməmilə dağılması da müşahidə olunur.

Təbil pərdəsinin dolayı cırıqları güllə ilə yaralanma və kəllə əsasının sınıqları zamanı olur.

D i a q n o s t i k a çətin deyildir. Təzə və yüngül yaralanmalar zamanı təbil pərdəsində ekstravazatlar tapılır. Daha ağır təsadüflərdə təbil keçəcəyində qansızma olur; təbil pərdəsi dəşilir (perforasiya), eşitmə az ya çox zəifləmiş olur. Xəstələr qulaqlarda küy olduğunu qeyd edirlər.

M ü a l i c ə. Təbil pərdəsinin zədələnmələrini müalicə edərkən bu qaydaya riayət etmək lazımdır; qan laxtalarını kənar etmək üçün qulağı yumaq, yaxud silmək kimi manipulyasiyaya əl atmaq heç bir vəchlə olmaz, bununla təbil boşluğuna infeksiya daxil etmək olar. Adətən, belə təsadüflərdə qulaq keçəcəyinə (əgər qanaxma varsa) steril piltə daxil etmək, aseptik sarğı qoymaq, antibiotiklər və sulfanilamidlər təyin etməklə kifayətlənmək olar.

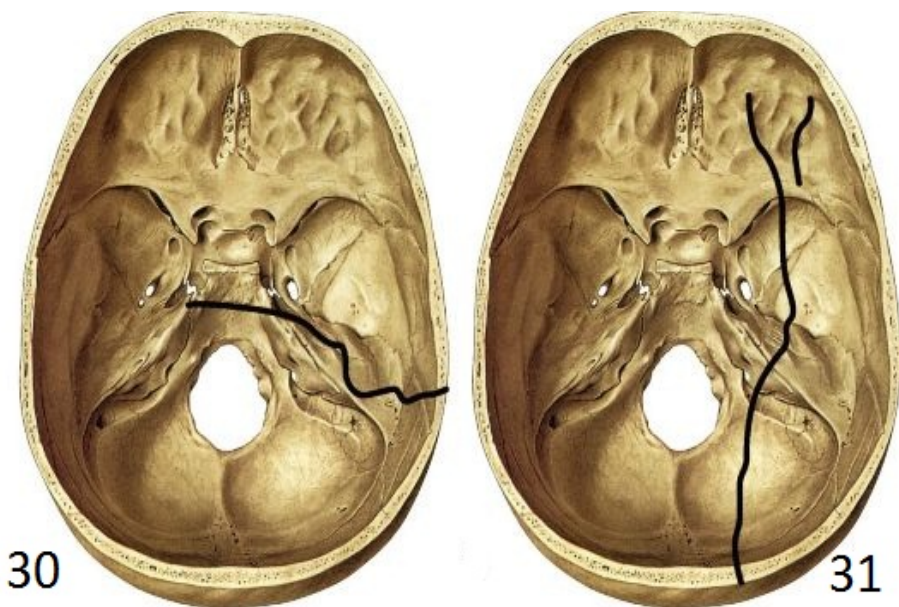
Rupturun çapıqlaşması münasib şəraitdə, adətən, 12 – 15 günə tamam olur. Əgər bu müddətdə proses irinləmə verib ağırlaşarsa, otitriyada qəbul edilmiş üsullar ilə müalicə edirlər.

Orta və daxili qulağın zədələnmələri də bilavasitə və dolayı olur.

Qulağın bu hissələrinin gizli vəziyyəti sayəsində **o n l a r ı n b i l a v a s i t ə** zədələnməsinə az rast gəlinir. Burada qulağın radikal əməliyyatları zamanı, güllə ilə yaralanmada (çox az hallarda) təbil boşluqlarının yaralanmalarını da xatırlatmaq olar.

Dolayı yaralanmalar başa küt zərbə endirildikdə, əzilmədə, hündür yerdən yıxıldıqda, nəhayət, başın odlu silahdan yaralanmalarında müşahidə olunur.

Dinc vaxtda (müharibə olmayan) daxili qulağın yaralanmaları kəllə əsasının sınığından irəli gəlir. Bu sınma xətti iki cür: köndələn və boylama ola bilər (şəkil 30, 31). Bunların hər ikisi gicgah sümüyünün piramidindən keçir. Məsələn, piramidin boylama sınıqlarında təbil pərdəsi cırılır və qulaqdan qan axır. Daxili qulağa, demək olar ki, xələl gəlmir. Koxlear və vestibulyar funksiyaların saxlanması (qalması) da buna dəlalət edir. Bu hallarda eşitmə qabiliyyətinin az və ya çox zəifləməsi səsi nəql etmənin zəifləməsi ilə izah olunur.



Şəkil 30. Labirintin boylama sınığı.

Şəkil 31. Labirintin köndələn sınığı.

Gicgah sümüklərinin köndələn (eninə) sınıqları ağır nəticələr verə bilər. Belə hallarda sınma xətti daxili qulaqdan və onun keçəcəyindən keçir və üz sinirini zədələyir. Eyni zamanda zarlı labirintin partlamaları müşahidə olunur. Xarici qulaq keçəcəyi və təbil pərdəsi salamat (intakt) qalır. Sınığın bu tipində təbil boşluğuna qansızma (hematotimpanon) müşahidə olunur. Labirintin zədələnməsi zamanı ön plana çıxan (daha qabarıq olan) əlamətlər karlıq və üz sinirinin iflicidir; bu axıncını cərrahi üsulla aradan qaldırmaq (sinirə yol açmaq çətin olduğundan) daha mümkün deyildir.

Daxili qulağın yaralanmalarında p r o q n o z həmişə ciddi olur. Əgər labirint funksiyalarının təmamilə sıradan çıxması, yaxud irinləmə baş verərsə, sonralar kəllədaxili ağırlaşmalar olacağını gözləmək lazımdır.

D i a q n o z xəstəni mükəmməl müayinə etməyə, yaranı böyük ehtiyat ilə zondlamağa əsasən qoyulur. Xəstənin halı imkan verərsə, labirintin koxlear və vestibulyar funksiyalarını müayinə etmək lazımdır. İki proyeksiyada aparılan rentgenoqrafiya diaqnoza kömək edir.

M ü a l i c ə. İlk növbədə qanaxma və şoka qarşı mübarizə aparmaq lazımdır; xəstəyə xüsusi yardım stasionarda göstərilir. V.F.Undrite hesab edir ki, meningeal boşluğa işləyən yaralar olmadıqda xəstələr (yaralı xəstələrin üçdə ikisi) operasiya edilməlidirlər. Aşkar edilən və asanlıqla əlçatan yad cisimləri çıxarırlar. Kəllə əsasının sınıqlarında müalicə gözləmə taltikası ilə aparılır.

QULAĞIN HAVA KONTUZİYASI

Hazırda "kontuziya" termini ilə başlıca olaraq mərkəzi sinir sistemində mərmilərin, minaların, aviasiya bombalarının partlayarkən əmələ gələn hava dalğası nəticəsində törənən zədələri ifadə edirlər (J.C.Tyomkin). Mexaniki zədənin burada rolu azdır.

Kontuziya qüvvəli akustik qıcıqlanma nəticəsində hava təzyiqinin bir anda törəməsindən olur. Təzyiq partlayış dalğasının qüvvəsilə təyin edilir. Zərbə dalğası təbil pərdəsində rupturaya və ya onun tamamilə dağılmasına səbəb olaraq, orta və daxili qulağa ziyan vura bilər. O, kəllə sümükləri vasitəsilə daxili qulağa mənfi təsir edərək, orada silkələnmə, onun akustik və statokinetik hissələrində zədə törədə bilər.

Labirintdəki dəyişikliklərin patoloji-anatomik substratı labirintə qansızılması, onun ayrı-ayrı törəmələrinin spesifik neyroepitelinin dağılması ola bilər. Təbil pərdəsinin cırılması, hətta dağılması mümkündür. Kontuziya zamanı müşahidə olunan karlıq çox vaxt lallıq ilə birlikdə olur; buna *s u r d o m u t i z m* deyilir. Bu axırıncı isterotraumatik patologiya hesab olunur. Burada həlledici rolü isterik komponent oynayır, travma isə provokasion amil əhəmiyyətinə malikdir (J.C.Tyomkin).

K l i n i k a. Xəstəliyin başlanması iti, lakin ağrısız və normal temperaturla olur ki, bu da travmanın qəflətən baş verməsi ilə izah olunur. Kontuziyalı şəxslərdə əvvəlcə huşun itməsi müşahidə olunur ki, o, bir neçə dəqiqədən bir sutkaya qədər, hətta daha çox davam edir. J.C.Tyomkinə görə təsadüflərin 61%-ində huşun itməsi 4 saata qədər davam etmişdir. Kontuziyalar qulaqlardan və tənəffüs yollarından qanaxma ilə müşayiət olunur ki, bu da partlayış dalğasının təsiri ilə izah edilir. Kontuziya nəticəsində qulaqlarda küy, mədəbulanması və qusma ilə olan başgicəllənmə, eşitmə, danışmaq qabiliyyətinin itməsi baş verə bilər. Hava kontuziyasının ən tez-tez olan təzahürləri surdomutizm; səs qəbulunun pozulması xarakterində olan ikitərəfli karlıq (J.C.Tyomkinə görə 58,8 %), qulaq pərdəsinin zədələnməsi və kontuzion orta otit hesab olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, surdomutizm karlıqdan güclü (üstün) olur.

Otoskopiya zamanı, adətən çəkcik dəstəsinin, təbil pərdəsinin yuxarı hissəsi damarlarının inyeksiyası (çoxlu qanla dolması), təbil pərdəsinə qansızma və onun yeni cırıqları tapılır. Təbil pərdəsinin perforasiyası əksərən orta qulağın ağırlaşması ilə müşayiət olunur. Perforasiya dəliyindən təbil boşluğunun selikli qişasında genəlmiş damarlar və seroz-qanlı ifrazat görünür; kontuziyanın ilk günlərindən olan seroz-qanlı ifrazat, sonralar selikli xarakter alır. Ağ qanda patoloji dəyişikliklər olmur. Gedişi inadkar və sürətli olur, bəzən mastoidit əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Kontuzion mastoidit zamanı proses kortikal qatı tutmur, yumşaq toxumalarda şişin və qızartının olmaması bununla izah olunur, bəzi hallarda temperatur bir qədər yüksəlir, qanyaradıcı üzvlər tərəfindən nəzərə çarpan reaksiya olmur. Başağrısının əhəmiyyəti yoxdur.

Operasiya zamanı məməyəbənzər çıxıntısı hüceyrələrindən tapılan qatı seliylə ədildə mikrob kulturası tapılmır. Kontuzion otit və mastoiditin operasiyadan sonrakı gedişi çox vaxt ağır olur.

D i a q n o z anamnezə və klinik şəkllə əsasən qoyulur. Şurikin və Bexterev təcrübələri mərkəzi mənşəli karlığın diaqnostikasına bir qədər kömək edir. Eşitmə qabiliyyətinin sıçrayışvarı, bəzən isə qəflətən yaxşılaşması karlığın bu forması üçün xarakterikdir (V.F.Undrits).

P r o q n o z – əgər karlıqla mutizm (lallıq) birlikdə (kombinasiya) deyilsə tez keçib gedir. Surdomutizm də yüngül və tez dönən olur, bu şərtlə ki, beyində, sinir sistemində və psixikada qabarıq pozulmalarla müşayiət edilməsin. Ağırəşitmənin və karlığın davamlı (inadkar) formaları az rast gəlinir. Böyük Vətən müharibəsi dövründə kontuziya olanların 90%-ə qədəri qısa müddətdən sonra sıraya qaytarılmışdı.

M ü a l i c ə. Qulağın kontuziyasını müalicə edərkən kontuziyalı xəstənin somatika və psixikasının vəziyyətinə eyni zamanda təsir etmək lazımdır. Yerli müalicəyə mümkün qədər tez başlanılmalıdır, bu, xüsusilə surdomutizmə aiddir. Kontuziyadan bilavasitə sonra aparılan müalicədə kontuziyalı şəxsin patoloji tormozlanma halından çıxarılması vacib mərhələ sayılır. Psixikaya təsir edən terapiya böyük kömək göstərir: kontuziyalı şəxs özünün sağalacağına, yəni danışa və eşidə biləcəyinə inanmalıdır. Fizioterapiyanı və medikamentoz müalicəni kəskin dövr qurtaranda aparırlar. Müalicə vasitələrini xəstəliyin fazasından asılı olaraq tətbiq edirlər. Əvvəlcə yuxu ilə terapiya yaxşı kömək edir. Strixnin (sinir toxumasını tonuslandırır), papaverin (mərkəzi sinir sisteminə sakitləşdirici təsir edir), brom, valerian, vitamin B₁ təyin edirlər. Fizioterapevtik vasitələrdən qulaqların darsonvalizasiyasını tətbiq edirlər; boyun simpatik qanqlionlarının diatermiyasından ümidverici nəticələr alınır. Qulaqlarda küy olduqda təbil pərdəsinə pnevmatik masaj təyin olunur.

Qulaq kontuziyasının müalicəsində eyni zamanda bədən tərbiyəsi, əməklə müalicə müsbət nəticə verə bilər.

Kontuzion otitləri və mastoiditləri adi otit və mastoidit kimi müalicə edirlər. Qulaqdan 1 – 2 ay ərzində çoxlu ifrazat gəlməsi, ifrazatın güclü pulsasiyası, təbil pərdəsinin hiperemiyası, antrotomiyaya göstəriş sayılır. Rentgenoqram operasiya məsələsinin həll olunmasına kömək edir.

XARİCİ QULAĞIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Qulaq seyvanının donması (Congelatio)

Özünün zərbəyə məruz (açıq) vəziyyəti, nisbətən zəif qan təchizinə malik olması, dəri örtüklərinin nazikliyi nəticəsində qulaq seyvanı xüsusilə soyuq qurşaqlarda tez-tez donmaya məruz qalır. Dərialtı piy toxumasının, demək olar ki, tamamilə yoxluğu da az rol oynamır. Zəif və anemik şəxslərdə xüsusilə müşahidə olunur.

Donmanın dörd dərəcəsi ayırd edilir: I dərəcəli zəif donmadır. Bu qəbildən olan donmalar qulaq seyvanlarında tünd qırmızı ləkələrin və qızartıların əmələ gəlməsi ilə tanınır; II dərəcəli donma seroz-qanlı möhtəviyyətə malik qovluqlar əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur; III dərəcəli donma dərinin və IV dərəcəli donma qığırdağın nekrozu, bunun ardınca isə xoraya çevrilməsi və qanqrenası ilə meydana çıxır.

M ü a l i c ə. Donmanın yüngül təsadüflərində qulaqları qar ya spirt ilə ehmalca ovmaq yaxşı effekt verir. Bu, qan dövranını bərpa edir. Dermatit təzahürləri olduqda Burov mayesi ilə kompres qoyulur. Olan qovuqları (sudurları) əvvəlcə yarırlar. Qaşınma və göynəməyə qarşı yod da məlhəm (Kamfora spirtli və sink məlhəmi) yaxmaq təyin edilir. Fizioterapevtik vasitələrdən solyuks işlədilir. Üçüncü dərəcəli donmalarda qığırdağın nekrozlaşmış hissələrini kənar edirlər. Yerli müalicə üçün belə bir məlhəm: Argenti nitrici, vazelin yağı işlədirlər. Xorali səthlərə səpmək üçün antibiotiklər və sulfanilamidlər tətbiq olunur.

P r o f i l a k t i k a. İlk növbədə qanazlığına qarşı mübarizə aparmalı və orqanizmi möhkəmləndirməli.

Qulağın yanığı (Combustio auris)

Qulağın bütün hissələri, hətta orta qulaq yana bilər. Yanıqlara qulağa çox isti maye, məsələn, yağ, su düşməsi, habelə çox isti buxarların, qələvilərin və turşuların təsiri səbəb ola bilər. Biz elektrik cərəyanından qulaq seyvanının yanığına təsadüf etmişik: o, qulaq seyvanının məməyəbənzər çıxıntının yumşaq örtüklərinin nekrozu və kömürləşməsi ilə nəticələnmiş, qulağın dövrəsindəki sümük toxumasının üstü açılmışdı. Qulaq seyvanının yanması günəşdən də ola bilər.

Qızmar metal qəlpələrin təsiri orta və daxili qulağın yanmasına səbəb olur.

Klinik nöqtəyi-nəzərdən yanıqın dörd dərəcəsi ayırd edilir. I dərəcəli yanıqda dəri qızarmış və şişmiş olur; II dərəcəli yanıqda dəridə sudurlar əmələ gəlir; III dərəcəli yanıqda damarlarda tromboz baş verməsi ilə əlaqədar olaraq seyvanın toxumaları tələf olur (nekroz); IV dərəcəli yanıqda toxumaların kömürləşməsi baş verir. Yanıq nəticəsində qulaq keçəcəyi daralır, hətta tutulur. Orta yanıqlar ağır nəticələr verə bilər.

M ü a l i c ə. Təzə yanıqlarda qulaq seyvanlarının üzərinə spirtdə isladılmış pambıq qoyulması yaxşı kömək edir. Sudurlar əmələ gəlmiş olduqda aseptikaya riayət etməklə onları yarmaq, sonra yaralı sahəyə duru parafin, balıq yağı, Vişnevski məlhəmi, sintomisin emulsiyası, xarici qulaq keçəcəyinin yanıqında uzun müddət 1% sintomisin emulsiyasını piltəyə hopdurub keçəcəyə yeritmək lazımdır. Bu əməliyyat keçəcəyin davamlı daralmasının qabağını alır. Gələcəkdə Tırş üsulu ilə dəri plastikası edilir. Hər dəfə sarğını dəyişərkən ultrabənövşəyi şüalar ilə müalicə aparılması yaxşı təsir göstərir. Sarğını üç gündə bir dəfə dəyişdirirlər.

Qulağın yad cisimləri (Corpora aliena)

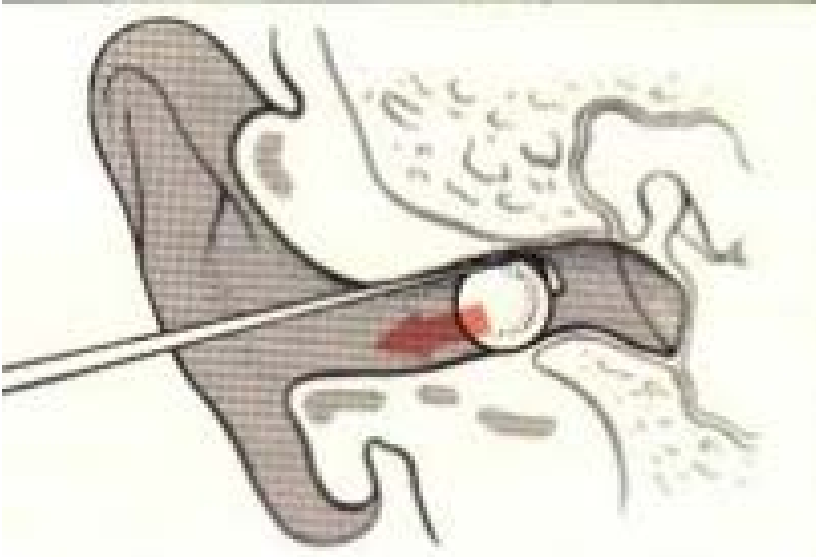
Xarici qulaq keçəcəyində (xüsusilə uşaqlarda) yad cisimlərə tez-tez rast gəlinir. Meyvə tumlarını, muncuğu, noxudu, kiçik daşı, günəbaxan tumunu və sairəni uşaqlar özlərinin ya yaşıdlarının qulaq keçəcəyinə daxil edirlər. Biz, elektromaqnitlə dörd yaşlı oğlanın qulaq keçəcəyindən 5 kiçik şurup çıxarmışıq, bunları uşağın qulağına onun 7 yaşlı böyük qardaşı yeritmişdi. Yaşlı adamlarda yad cisimlərin qulağa düşməsi spicəka ilə qulağı qurdalayarkən onun qırılmasında və xüsusilə müharibədə (güllə, qəlpə) olur. Az-az olsa da qulaqda canlı yad cisimlər: milçək, tarakan, taxtabiti, bəzən (irinli otitlərdə) milçək sürfələri (otomiaz) müşahidə olunur.

K l i n i k a. Sivri və iri yad cisimlər, habelə asanlıqla şişən (noxud) yad cisim (təzyiq etməklə) ağrı törədə bilər. Canlı yad cisimlər (müxtəlif həşərat) əziyyətli olur; onlar ağrıdan başqa xoşagəlməz küyə səbəb olur. Canlı yad cisim təbil pərdəsində sürünərkən xüsusilə əziyyətli olur. Öz-özlüyündə yad cisimlər ağırlaşma vermir, lakin onları çıxarmağa bacarıqsız cəhd göstərdikdə yad cisimlər qulaq keçəcəyində daha dərinə, qulaq keçəcəyinin qığırdaq boğazından içəriyə itələnir və ağırlaşma verə bilər. Bəzən bunun nəticəsi olaraq təbil pərdəsində perforasiya, hətta yad cismin təbil boşluğuna itələnib düşməsi baş verir, bu axırıncı orta qulağın radikal operasiya tələb edən xoşagəlməz və bəzən ciddi ağırlaşmalarını törədir.

M ü a l i c ə. Qulaqdan yad cisimlər, adətən, yuma ilə xaric edilir, bu məqsədlə hər hansı dezinfeksiyaedici maddə işlədilir. Təbil pərdəsində quru perforasiya olduqda (anamnezə görə müəyyən edilir) qulağın yuyulması məsləhət deyil; iti əşyalar qulaq keçəcəyinin dərisinə sancılmış olduqda və yad cisimlər qulaq keçəcəyinin mənfəzini tamamilə tıxadıqda qulağın yuyulması effekt vermir. Belə hallarda xüsusi küt qarmağın köməyinə əl atırlar. Baxmaqla nəzarət edərək onu ehtiyatla qulağa – yad cismin arxasına daxil edir və yüngülcə traksiya ilə onu yad cisimlə birlikdə çıxarırlar (şəkil 32). Qulaqda şişmiş noxud olan təsadüfdə qulaq keçəcəyinə bir neçə damcı spirt tökürlər, onun təsirindən noxud suyunu itirir, həcmcə kiçilir və yuma ilə asanlıqla çıxarılır. Əgər yad cisim qulaq

keçəcəyində ilişmişə və təsvir etdiyimiz üsullarla onu çıxarmaq mümkün deyilsə operasiya etmək lazımdır.

Canlı yad cisimləri çıxarmazdan qabaq qulağa bir neçə damcı spirt ya bitki yağı tökməklə onları tələf edir, sonra yuma ilə xaric edirlər. Bunu da xatırlatmaq lazımdır ki, uşaqların qulağından yad cisimləri çıxarmaq üçün bir çox hallarda onları yatırımaq lazım gəlir.



Şəkil 32. Qulaqdan yad cismin çıxarılması sxematik.

Qulağın ekzeması (Eczema auris)

Qulağın ekzeması xüsusən uşaqlarda tez-tez rast gəlinir və əziyyətli olur. O, ayrıca ola bildiyi kimi yayılmış ekzemanın yerli təzahürü kimi də meydana çıxır.

Ekzemanın səbəbləri eksudativ diatez, konstitusional anomaliyalar, uşaqlarda qidalanmanın, maddələr mübadiləsinin pozulmaları (diabet, podaqra), bəzi dərman maddələrinə (yod, yodoform, müxtəlif antibiotiklər və kosmetik vasitələr) idiosinkraziya ola bilər. Bəzən günəş şüaları da ekzema törədir (eczema solare). Yerli səbəblərdən qulaqdan irinli ifrazat gəlməsini (dərinin qıcıqlanması) göstərmək olar.

Ekzema kəskin əv xronik olur. Kəskin ekzema zamanı proses qulaq seyvanını, xarici qulaq keçəcəyini tutur. Əvvəlcə dəridə qızartı və şişkinlik əmələ gələrək qaşınma (hərdən xüsusilə əziyyətverici xarakter daşıyan), göynəmə duyğusu ilə müşahidə olunur; temperaturun yüksəlməsi az təsadüf olunur. Qaşınma xəstəliyin gedişini pisləşdirir, iltihablaşmış dərinin zədələnməsinə

kömək edir. Tezliklə seroz möhtəviyyata malik sudurlar əmələ gəlir. Onlar partlayaraq özlərindən sonra sulanan səth qoyurlar. Sonralar qartmaq əmələ gəlir.

Bir sıra təsadüflərdə ekzema göstərilən ümumi xəstəliklər ilə törədilmişşə proses uzanır, xroniki gedişi müşahidə olunur.

Xronik ekzema prosesin dərinin bütün qatlarına yayılması ilə xarakterizə olunur. Belə olduqda qulaq seyvanı həcmcə böyüyür, forması dəyişilir. Seyvanın ayrı-ayrı yerlərində qartmaqla örtülü çatlar əmələ gəlir, qartmağın altından irinə oxşayan maye xaric olur.

Proses qulaq keçəcəyinə yayıldıqda, o, daralır. Bəzi təsadüflərdə dərinini örtən qalın çatlar şəklində pulcuqların əmələ gəldiyi qeyd olunur.

Ekzemanın d i a q n o z u çətin deyildir. Ekzemanı qızılyel iltihabından, qulaq seyvanının perixondritindən və diffuz (yayqın) xarici otitdən fərqləndirmək (diferensiasiya) lazımdır.

Kəskin ekzemanın p r o q n o z u yaxşıdır. Xronik ekzemalar dedikcə inadkar olur, residivlər verir, bəzən də qulaq seyvanını eybəcər şəkllə salır.

Ekzemanı müalicə edərkən endogen və ekzogen amilləri nəzərə almaq və onlara təsir etmək lazımdır. Qulaqdan irin gəlməsinin ekzemanı uzatdığını nəzərə alıb onunla mübarizə aparmaq tələb olunur. Sulanan ekzemada 1 – 2%-li lyapis məhlulunun gündə 1 – 2 dəfə yaxılması, islatmalar (Ziq. Aluminii acetici 10,0, Aq. destillatae 90,0, yaxud hidrokortizon, prednizolon, levomekol mazı, daha müvəffəqiyyətlə sinalar tətbiq edilir. Olan qartmaqları əvvəlcə hər hansı indiferent məlhəm ilə yumşaltdıqdan sonra kənar edib, sonra patoloji prosesə tutulmuş yerlərə ağ civə məlhəmi qoyurlar. Pullu forma zamanı proses olan yerə borasid məhlulu yaxılır. Qaşınma zamanı fukorsinin yaxılması yaxşı kömək edir. Nəhayət, xəstə qulağı qaşımaqdan çəkinmək, ona funqisid mazlar və islatmamaq məsləhət görülür.

Xarici qulaq keçəcəyinin furunkulu (Otitis externa circumscripta)

Xarici qulaq keçəcəyinin furunkulozu tez-tez rast gəlinir. O, adətən qulaq keçəcəyinin vəzilər və tüklərlə zəngin təchiz olunmuş qığırdaq hissəsində yerləşir.

E t i o l o g i y a. Qulaq keçəcəyində furunkulun əmələ gəlməsinə səbəb infeksiyanın, məhz stafilokokkun dərinin qalınlığına daxil olmasıdır. Qulaq keçəcəyini barmaq və ya hər hansı əşya ilə zədələmək bunu asanlaşdırır. Qulaqdan irinli ifrazat gəlməsi, qulaq keçəcəyi dərisinin maserasiyası və ekzeması, avitaminoz, hipotireoidizm, allergiya, diabet, furunkulun əmələ gəlməsində müəyyən rol oynayır. O, dərinin qıcıqlandırıcı amil olub (gicişmə!) xəstəni sakit olmaq üçün qulağı qaşımağa məcbur edir.

S i m p t o m l a r. Əsas əlamət qulaqda bəzən xeyli əziyyətli olan ağrıdır; ağrı dişlərə, peysərə irradiasiya verir, onu yatmağa qoymur, çeynəmə zamanı güclənir. Qulağa toxunduqda şiddətli həssaslıq qeyd olunur. Qulaq keçəcəyi xeyli

daralır, eşitmə qabiliyyətinin bəzən müşahidə olunan zəifləməsi də bununla izah edilir. Temperatur bir qədər yüksəlmiş olur.

Qulaq furunkuluna d i a q n o z qoymaq çətin deyildir. Lakin bu xəstəliyi qulaqyanı vəzinin absesi qulaq keçəcəyinə açıldıqda onunla qarışıq salmaq olar: bu zaman fistul yolunda, adətən, qranulyasiyalar görünür ki, furunkul zamanı bu olmur, qulaqyanı vəzinə basdıqda isə irin gəlməsi güclənir. Bəzən qulağın dalında (seyvanın arxasında) ödemlər ilə müşayiət olunan furunkul olduqda kəskin mastoiditi istisna etmək lazım gəlir. Kəskin mastoiditdə məməyəbənzər çıxıntının dərisinə təzyiq etdikdə barmağın yeri (çuxur) qalmır, halbuki furunkul zamanı o müşahidə olunur. Eşitmə qabiliyyətinin saxlanması orta qulağın irinli iltihabını istisna edir.

G e d i ş v ə n ə t i c ə. Qulaq furunkulu sorula və ya qulaq keçəcəyinə açıla (partlaya) bilər, bu axırıncı daha tez-tez müşahidə olunur. Bəzən bir-birinin ardınca bir neçə furunkul müşahidə olunur. Bu, xüsusən diabet zamanı rast gəlinir.

M ü a l i c ə. Xəstəliyin əvvəlində isidici kompreslər yaxşı kömək edir; qulaq keçəcəyinə borasid məhlulu ilə piltə yeridirlər. Sintomisin və levomekol mazları yararlıdır. Biz öz müşahidəmizdə naftalan yağı ilə birlikdə bitki yağları (yarıbayarı) müvəffəqiyyətlə tətbiq edirik. Daxilə antibiotiklər, sulfanilamidlər, analgetiklər təyin edirlər; şiddətli ağrılar olduqda qeyri steroid iltihab əleyhinə preparatlar vurulur. Fizioterapevtik vasitələrdən göy işıq, xüsusilə "UYT" tövsiyə olunur. Residivlər zamanı bir neçə gün antibiotiklər (1 q. sutkada bir dəfə) təyin edirlər. Residivlərin qarşısını almaq üçün əvvəlcə dezinfeksiyaedici məhlullar ilə müntəzəm tualet məsləhət görülür 0,5 yə ya 1 % dioksidin; sonra 1,5%-li brilliant göyü məhlulu, 2 – 5%-li lyapis (argentum-nitrat) məhlulu yaxılır. Diabet zamanı ümumi müalicə zəruri sayılır.

Xarici qulaq keçəcəyinin diffuz iltihabı (Otitis externa diffusa)

Xarici qulaq keçəcəyinin diffuz iltihabı qulaq keçəcəyinin dərisindəki sıyrıntılara və çatlara infeksiya keçdiyi zaman baş verir. Bu xəstəlik zamanı infeksiyanın daxilolma səbəbləri qulaq keçəcəyi furunkulunun etiologiyasından bəhs edərkən təsvir olunduğu kimidir. Termik və kimyəvi yanıqların da əhəmiyyəti az deyildir.

S i m p t o m l a r. Kəskin mərhələdə şiddətli ağrılar olması az rast gəlinmir, lakin onlar furunkuldakı kimi şiddətli olmur. Temperatur, adətən, normal olur. Otoskopiya zamanı qulaq keçəcəyi dərisinin (bəzən bütün boru üzrə) qızarması və şişməsi qeyd olunur, sonralar dərinin səthi qatlarının qopub ayrılması baş verir, maserasiyaya uğrayır və qopur, qulaq keçəcəyinin epidermisi seroz ya irinli ifrazat ilə qarışır və qulaq keçəcəyini doldurur. Bu kütlə bakteriyalar ilə qarışır və kəskin fetid (foetor – pis qoxu, üfunət) qoxu verir. Qulaq pərdəsi də iltihab prosesinə tutula bilər.

Proses xronik formaya keçə bilər. Belə olduqda dəri infiltrasiyaya uğrayır və qalınlaşır.

D i a q n o z çətin deyildir. Daha yaxşı nəzərdən keçirmək üçün qulaq keçəcəyini yuyaraq təmizləyirlər.

P r o q n o z ümumiyyətlə yaxşıdır. Ağırlaşmış formalar zamanı sepsis müşahidə edilə bilər.

M ü a l i c ə. Xəstəliyi törədən amillərə qarşı aparılmalı, irinli otitlər müalicə olunmalıdır. Qulaq keçəcəyini hər hansı dezinfeksiyaedici məhlul ilə yuyub, pambıq ilə qurudurlar. Qulaq keçəcəyindəki çatlara lyapis, yod məhlulu yaxılır. Antibiotik tərkibli qulaq damcıları yaxşı nəticə verir. Gicişmə zamanı fukorsin məhlulu və göbələk əleyhinə mazlar və qulaq damcıları tövsiyə olunur. Xəstənin qidasından tünd xörəklər, ədviyyat, hissə verilmiş ərzaqlar çıxarılır. Qida vitaminlər ilə zəngin olmalıdır.

Otomikoz (Otomycosis)

Otomikoz xarici qulaq keçəcəyinin dərisinin diffuz iltihabi xəstəliyidir. O, az-az rast gəlinir və müxtəlif kif göbələklərinin (əksərən aspergillus niger, fumigatus, pidulans, yəni qara, bozuntul-yaşıl, yaxud penicillinum) burada sakin olması ilə törədilir. Dərinin iltihabı göbələklərin sıx tor şəklində əmələ gətirdikləri miseli təsirindən əmələ gəlir. Göbələklərin qulaqda sakin olmasına əvvəlcədən meyl yaradan səbəblərə qulağa yağlı məhlullar tökülməsi, xəstə qulağın natəmiz saxlanması aiddir.

S i m p t o m l a r. Bəzi xəstələrdə xəstəlik əlamətsiz davam edir və qulağın müayinəsi zamanı təsadüfən tapılır. Adətən, xəstələr şiddətli gicişmədən şikayət edirlər. Otoskopiya zamanı epidermisin deskvamasiyası və göbələklərin növündən aslı olaraq bu və ya başqa xarakterli ifrazat gözə çarpır. Qulağı yuyarkən bəzən qulaq keçəcəyinin epidermisi miselilərlə birlikdə keçəcəyin sürəti (modeli) şəklində xaric olur.

D i a q n o z. Mikroskopik müayinə (göbələklərin tapılması) diaqnozu təsdiq edir.

M ü a l i c ə qulağın əsaslı mexaniki təmizlənməsindən ibarətdir. Bu məqsədlə qulaq keçəcəyinin hər gün yuyulması tətbiq olunur; qurutduqdan sonra qulağa borasid məhlulu tökülür (15 dəqiqə qulaqda qalır). Nitrofungin qulağa damcı şəklində yaxşı kömək edir. Hər hansı antibiotik işlədilməsi əks göstərişdir. Daxilə yod, nistatin təyin edirlər.

Qulaq kiri tıxacı (Cerumen obturans)

Anatomiyadan məlumdur ki, xarici qulaq keçəcəyinin qığırdaq hissəsində qulaq kiri vəziləri vardır. Vəzilərin sekresiyasının pozulmasından kir ifrazatı arta və ya azala bilər. Qulaq keçəcəyinin dərisinin qıcıqlanması ilə əlaqədar olaraq

sekresiya artır, kir qulaq keçəcəyinin divarlarında yığılıb tıxac əmələ gətirir. Bəzi şəxslərdə kirin toplanmasına qulaq keçəcəyinin tükləri şərait yaradır. Qocalarda kir qulaq keçəcəyinin divarlarının yatması nəticəsində toplanır. Kir kütlələrində xolesterin tapılmasından və eyni zamanda qanda onun miqdarı artdığından, kirin çox əmələ gəlməsini xolesterin mübadiləsinin pozulması ilə əlaqələndirirlər.

Qulaq keçəcəyində toplanan kir danışma, çeynəmə zamanı xaric ola bilir. Konsistensiyasının dəyişilməsi ilə əlaqədar olaraq qulaq kiri suvaşqanlılığının artması onun qulaq keçəcəyinin divarlarına yapışmasına kömək edir.

S i m p t o m l a r. Xəstələr, qulaq keçəcəyi yalnız kir kütləsi ilə tamamilə tutulduqda (obtursiya) şikayətlənirlər. Xəstənin şikayətləri qulaqlarda küydən, eşitmənin birdən-birə zəifləməsindən, hətta bəzən yüksək dərəcədə tutulmasından olur. Çox vaxt xəstələr özləri ağır eşitməni çimmə zamanı qulağa su tökülməsi ilə əlaqələndirirlər. Əslində bu, qulaq kirinin sudan durulaşması ilə izah olunur, belə ki, durulaşmış kir qulaq keçəcəyi mənfəzini tamamilə doldurur; buna qədər olan hətta cüzi yarıq səs dalğalarının təbil pərdəsinə keçməsinə təmin edirdi.

D i a q n o s t i k a çətin deyildir. Otoskopiya zamanı qulaq keçəcəyində qəhvəyi rəngə, yaxud tünd sarıya çalan və ya qara rəngli kütlə görünür. Bəzən qulaq kiri kütləsində dərinin qopmuş epitelisi qarışmış olur ki, o, öz ağımtıl rəngi ilə seçilir. Bəzi təsadüflərdə qulaq kirinə malik olmayan ayrıca epidermoidal probkanın əmələ gəlməsi müşahidə olunur.

M ü a l i c ə s i yumaqla tıxacı xaric etməkdən ibarətdir. Əvvəlcə anamnez toplamaq lazımdır ki, əvvəllər xəstənin qulağından irin gəlib, ya yox. Əgər cavab müsbət olarsa, təbil pərdəsində quru perforasiya ola bilməsi barədə ehtiyatlı olmalı; bu, qulaq kirini yuma ilə xaric etməyə əks göstərişdir. Bunu nəzərə alaraq tıxacı quru üsulla, yəni xüsusi ucu əyri zondun köməyi ilə çıxarmağa cəhd edirlər. Lakin tıxac yalnız quru olan təsadüflərdə bu üsulun tətbiqi müvəffəqiyyətli nəticələnir. Uşaqlarda bu manipulyasiyanı son dərəcə ehtiyatla etmək lazımdır. Əgər quru qayda ilə tıxacı çıxarmaq mümkün olmur, təbil pərdəsinə quru perforasiya ola biləcəyi ilə hesablaşmayaraq 2 – 4 gün ərzində qulağa sodadan dezinfeksiyaedici məhlul tökürlər ki, bunda da məqsəd qulaq kiri kütləsini durulaşdırmaqdır. Biz öz praktikamızda 3%-li hydrogenium peroxydatum məhlulundan istifadə edir və eyni zamanda təbil pərdəsində quru perforasiya olduğundan şübhələndikdə profilaktika məqsədilə daxilə antibiotiklər və sulfanilamidlər təyin edirik. Qulaq kiri tıxacı bu məhlulların biri ilə doldurulmuş Janne şprisi ilə yuyulur.

Y u m a t e x n i k a s ı. Qulaq seyvanını dartdıqdan sonra su axını qulaq keçəcəyinin yuxarı arxa divarı ilə yeridilir. Qulaq kirinin yuyulması irinin adi yuyulmasından onunla fərqlənir ki, kiri yuyarkən mayenin axını ayrı-ayrı porsiyalarla, təkanvari surətdə yönəldilir. Qulaq kiri xaric edilən kimi qulaq keçəcəyini zondun ucuna bürünmüş pambıqla qurudur və oraya pambıq qoyurlar; xəstəyə tapşırırlar ki, bir-iki saatdan sonra pambığı qulağından çıxartsın. Adətən, bundan sonra eşitmə qabiliyyəti bərpa olunur.

Epidermis probkasını qarmaqla çıxarırlar, yaxud əvvəlcə qulağa 70° salisil spirtinin 1%-li məhlulunu töküüb yumşaltdıqdan sonra yumaqla xaric edirlər.

Qulaq seyvanının qızılıyli (Erysipelas auriculae)

Qulaq seyvanının qızılıyel iltihabı birincili və ikincili ola bilər. Birincidə infeksiyanın (hemolitik streptokokk) giriş qapısı sıyrıntılar ola bilər ki, bunlar da qulağı qaşımaqdan, ekzemadan əmələ gəlir; o, (qızılıyel) orta qulaqdan irinli ifrazat gəldikdə, furunkul zamanı, ya qulaqda operasiyadan sonra meydana çıxa bilər. Qulaq seyvanından qızılıyel üzrə, başa yayıla bilər.

İkincili qızılıyel qulağa başdan ya üzdən yayılır.

S i m p t o m l a r. Xəstəlik çoxğun, yüksək temperatur və üşütmə ilə olur. Qulaq seyvanı həcmcə böyüyür, kəskin həddlərə malik dərinin şiddətli hiperemiyası qeyd olunur.

D i a q n o z u n qoyulması əvvəlcə çətinlik törədir, bu, eyni zamanda irinli otit varsa və əlamətləri hələ kifayət qədər qabarıq deyilsə, xüsusilə çətindir. İrinli otit zamanı mastoiditi istisna etmək lazımdır. Qızılıyli perixondrit ilə qarışıq salmaq olar. Burada fərqləndirici əlamət olur ki, perixondrit zamanı prosesə qulaq seyvanının yalnız qığırdaq hissəsi cəlb olunur.

M ü a l i c ə. Yerli müalicə: qulaq seyvanını durulaşdırılmış (su ilə yarıbayarı) spirtdə, yaxud bor turşusunun 3%-li məhlulu ilə yarıbayarı durulaşdırılmış Burov mayesində isladılmış tənziqlə bürüməkdən ibarətdir. Antibiotiklər və sulfanilamidlər (streptosid), habelə civə-kvars lampası ilə şüalandırmaq yaxşı kömək edir. Temperatur yüksək olduqda eyni zamanda ürək dərmanları təyin edilir.

ORTA QULAĞIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Ümumi qeydlər

Orta qulağın xəstəlikləri tez-tez rast gəlinir. Uşaqlarda isə bu daha tez-tez müşahidə olunur. Onlar aseptik kataral otitlər, yaxud bu və ya digər infeksiya ilə törədilən irinli otitlər şəklində olur. Otitin nəticəsi ağır eşitmə, hətta karlıq və küy ola bilər. İrinli orta otitlə əlaqədar olaraq vestibulyar aparatın xəstələnməsi də az rast gəlinmir. İrinli otitlər bəzən kəllədaxili ağrılaşmalar verir ki, bunların da nəticəsində ölüm baş verə bilər.

Kəskin otitin spesifik törədicisi yoxdur, o, müxtəlif patogen mikroblar ilə törədilir. Orta otitin əmələ gəlməsində və gedişində mikrobun (törədicinin) rolu o virulent olduqda belə əsas deyildir: virulent infeksiyanın qarşısında orqanizmin müqavimət qabiliyyəti dayanmış olur. Sağlam orqanizm orta qulağa keçmiş infeksiya ilə asanlıqla bacara bilər. Lakin orqanizmin müqavimət göstərmək iqtidarı bir sıra səbəblərlə, məsələn, ağır ümumi xəstəliklər, alimentar distrofiya, avitaminoz, diabet və s. ilə zəiflədilə bilər. Burunun, udlağın, burun və ağız şöbələrinin patoloji dəyişiklikləri orta qulaq xəstəliklərinin əmələ gəlməsini asanlaşdırır (meyllik yaradır – dispoziya).

Bu eşitmə borusunun qapanması və bununla əlaqədar olaraq təbil boşluğunda aerasiyanın pozulması ilə izah edilir.

Orta qulağın kəskin katarı

Eşitmə (Yevstax) borusunun və təbil boşluğunun kəskin katarı

(Otitis media catarrhalis acuta, catarrhustubae auditivae)

Eşitmə borusunun və təbil boşluğunun kəskin katarı burunun və udlağın patoloji dəyişiklikləri (kəskin və xronik rinitlər, burunun polipləri, adenoidlər, şişlər və s.) nəticəsində meydana çıxır. Bu xəstəliklər Yevstax borusunun selikli qişasında iltihabi dəyişikliklər törədir, nəticədə borunun mənfəzi daralır və ya tamamilə tutulur. Borunun qapanmasına (tutulmasına) səbəb olan başqa bir amil xalis mexaniki səbəbdir. Bu, uşaqlarda adenoidlərlə, bəzən burun-udlağın şişləri ilə tutulması nəticəsində baş verir.

Fiziologiyadan bildiyimiz kimi eşitmə borusunun normal keçiciliyi (mənfəzi) eşitmə qabiliyyəti üçün böyük əhəmiyyətə malikdir. Boru qapanmış olduqda havanın təbil boşluğuna daxil olması dayanır, nəticədə təbil boşluğunda havanın seyrəlməsi baş verir; bununla əlaqədar olaraq çox dolmuş damarlardan serumun transsudasiyası müşahidə olunur. Bu transsudat aseptik olur, təbil boşluğunun hamısını doldurmur: otoskopiya zamanı aydın xətt şəklində maye səviyyəsinin çox vaxt müşahidə olunması bunu göstərir; başın hərəkəti zamanı bu xətt öz vəziyyətini dəyişdirir.

Xəstələrin şikayətləri eşitmənin zəifləməsindən, qulaqlarda küydən olur; bəzən xəstələr başın vəziyyətini dəyişdirdikdə mayenin şırıltısını qeyd edirlər.

Otoskopiya zamanı qulaq pərdəsinin az və ya çox dərəcədə içəriyə batması görünür; bunun nəticəsində çəkicin dəstəsi retraksiya edir, bu səbəbdən qısalmış kimi nəzərə çarpır, qısa çıxıntı qabarıq, dal büküş isə daha aydın görünür. Qulaq pərdəsinin rəngi də dəyişilir: o sarımtıl olur; işıq refleksi itir (sönür) ya qırılır, yaxud periferiyaya doğru çəkilir. Transsudasiya təzahürləri olmaya da bilər. Belə hallarda eşitmənin zəifləməsini qulaq pərdəsinin daxilə doğru dartılması və qulaq sümükçükləri silsiləsinə xas olan mütəhərrikliyin azalması ilə əlaqələndirmək lazımdır.

Eşitmənin müayinəsi onun pıçıltı və ucadan danışığa görə zəiflədiyini göstərir (Rinne təcrübəsi mənfi, Şvabax təcrübəsi uzanmış olduqda səsin xəstə, yaxud pis eşidən qulağa tərəf lateralizasiyası). Audiometriya həm pəs, həm zil səslərə görə eşitmənin, demək olar ki, bərabər səviyyədə zəiflədiyini göstərir; bəzən bas səsə karlıq daha şiddətli olur. Eşitmə, adətən, orta hesabla 20 – 30 db zəifləyir.

M ü a l i c ə xəstəliyi törədən səbəblərin aradan qaldırılması ilə başlanılmalıdır; o, nə qədər tez başlansa bir o qədər müvəffəqiyyətli olar. Burada burunun, burun-udlağın vəziyyətinə diqqət verilməli və patoloji dəyişikliklər olduqda müvafiq müalicə təyin edilməlidir. Məsələn, əgər kəskin zökəm aşkar edilmişsə damarbüzüsdürücü burun damcıları: naftizin, sanorin, otrivin təyin olunur. Transsudatın sorulmasına tərlədici dərmanlar yaxşı təsir göstərir. Göstəriş olduqda operasiyaya da müraciət edərək burun poliplərini, burun balıqqulağının hiperplaziyaya uğramış hissələrini, uşaqlarda adenoidləri çıxarırlar. Fizioterapevtik vasitələr – solyuks, göy işıq, UYT təyin edirlər. Bu tədbirlərdən sonra, adətən, burunun keçiciliyi normalaşır, transsudat sorulur, yaxud təbil boşluğundan axıb gedir. Bütün bunların nəticəsində eşitmə qabiliyyəti bərpa olunur. Bəzi təsadüflərdə Polister üsulu ilə qulağı üfürmək lazım gəlir (günaşırı olmaqla 10 seans) .

Bu metodlar ilə müalicədən nəticədə alınmadıqda, bəzən sonradan qulağı üfürmək şərtilə qulaq pərdəsinin parasentezinə müraciət edirlər; bu zaman transsudat qulaq keçəcəyinə atılmış olur. Müsbət effektdən başqa parasentezin profilaktik əhəmiyyəti də vardır; təbil boşluğunda qalmış transsudat orqanizasiyaya uğrayır və təbil boşluğunda yapışan katarlara səbəb ola bilər.

Orta qulağın xronik katarı (Otitis media catarrhalis chronica)

Orta qulağın vaxtında və ya düzgün müalicə edilməmiş kəskin katarı eşitmə borusunun sürətli tutulmasına və prosesin xronik formaya keçməsinə səbəb olur. Burunun və burunudlağın xronik iltihabı xəstəlikləri, yaxud burunudlaqda tədricən böyüyən şiş və adenoidlərlə boru ağzının mexaniki qapanması təsirindən də orta qulaqda katar meydana çıxa bilər.

Xəstənin şikayətləri borunun kəskin katarlarında olduğu kimidir; fərq yalnız bundadır ki, xəstəliyin əlamətləri burada daha şiddətli olur.

Otoskopiya zamanı tapılan əlamətlər: qulaq pərdəsinin bulanıqlaşması ya batıqlığı daha qabarıq olur, bəzən o, hətta içəri divarla təmasa gəlir. Belə hallarda pərdə gərilir, nazilir və atrofiyalaşır. Bunun nəticəsində çəkicin dəstəsinin vəziyyəti dəyişilir, o, üfüqi vəziyyət alır və sanki qısalmış görünür. İşıq refleksi tamamilə itə bilər.

Eşitmə müayinəsi onun səsi nəqlətmə tipində şiddətli zəiflədiyini göstərir.

Deyilənlərdən görünür ki, qulaq pərdəsində xronik katar olduqda qulaq pərdəsi vəziyyətinin dəyişilməsi diqqəti cəlb edir. Bu, həmin xəstəliyi xronik adheziv otitlərlə diferensiasiya etməkdə müəyyən əhəmiyyətə malikdir. Xronik adheziv otit zamanı qulaq pərdəsinin vəziyyətində deyil, özündə dəyişiklik olur. Bu iki xəstəlik arasındakı başqa bir fərqləndirici əlamət budur ki, adheziv proses zamanı qulağı üfurmə müvəffəqiyyət vermir və qulaq pərdəsinin mütəhərrikliyi pozulmuş olur.

M ü a l i c ə. Qulağın müalicəsinə başlamazdan əvvəl burunun və burun-udlağın vəziyyətinə diqqət yetirmək lazımdır. Onlardakı patoloji dəyişiklikləri aradan qaldırmaq tələb olunur. Bununla eşitmə borusunun birini, ya hər ikisinin keçiciliyini bərpa etmək mümkündür. Sonralar qulaqların üfürülməsi və ya kateterizasiyası (yalnız böyüklərdə) göstəriş sayılır, həm də bunlar ilk günlərdə hər gün, sonralar günaşırı edilməlidir. Adətən, sağalana qədər 10 – 15 dəfə üfurmə ya kateter salma tətbiq edilir. Kəskin kataral otitdəki kimi burada da nəticə alınmadıqda qulaq pərdəsinin parasentezinə müraciət edirlər.

Xronik otitin müalicəsində fizioterapevtik vasitələr: ultrabənövşəyi və infraqırmızı şüalar, diatermiya, palçıq müalicəsi (20 – 30 dəqiqəyə bilavasitə məməyəbənzər çıxıntının dərisinə 40 – 45°-li kökələrin aplikasiyası şəklində; soyuduqda isitqaç qoymaqla temperaturu həmin səviyyədə saxlamaq olar) müvəffəqiyyətlə işlədilir.

Xronik adheziv orta otit (Otitis media chronica adhaesiva)

Orta qulaqda adhesiv proses keçirilmiş irinli xəstəliklər və ya sonradan birləşdirici toxumanın nüfuz etməsi ilə transsudat ya ekssudatın orqanizasiyası nəticəsində əmələ gəlir. Keçirilmiş irinli otitlərdən sonra qalan təzahürlər özlərini qulaq pərdəsində, təbil boşluğunda çapıqlar şəklində biruzə verir. Bu təzahürlər qulaq pərdəsi ilə çəkicin dəstəsi arasında, yaxud qulaq sümüklərinin arasında bitişmələrə, habelə üzənginin oval pəncərə oyuğu ilə bitişməsinə aparıb çıxarır. Bu dəyişikliklərlə əlaqədar olaraq səs dalğaları daxili qulağa keçə bilmir, həmin təsadüfdə eşitmənin pozulması da bununla izah olunur. Aydındır ki, qulaqlarda küylə bərabər eşitmənin zəifləməsi də xəstələrin əsas şikayətlərindən sayılır.

Adheziv katarın diaqnostikasında təbil pərdəsinin halına (çapıqlar, əhəng duzlarının toplanması!) fibroz qatın atrofiyasına diqqət yetirirlər. Eşitmənin zəifləməsi səs keçirmənin pozulması üçün xarakter olduğu kimi, mənfi Jelle təcrübəsi də üzəngi əsası ilə oval pəncərə arasında bitişmə olduğunu göstərir.

P r o q n o z. Xəstəlik çətin müalicə olunur. Eşitmənin tamamilə bərpa etmək, xüsusən xəstəlik uzun müddət davam etdikdə çətinlik təşkil edir.

M ü a l i c ə. Burunda, udlaqda aparılan müalicədən və Yevstax borusunun keçiciliyi bərpa olduqdan sonra orta qulağı üfürür və kateterizasiyaya uğradır, təbil pərdəsinə pnevmo-elektromasaj, qulaqlar nahiyəsinə diatermiya, UYT tətbiq edirlər. Dərman maddələrindən aloye (əzvey) inyeksiyası, təbil boşluğuna yeritməklə xomopsin ya ximotripsin, UYT işlədirlər. Bərpa operasiyaları (üzənginin mobilizasiyası) da göstəriş sayılır.

Aerootit

Hava nəqliyyatının inkişafı ilə əlaqədar olaraq orta qulağın uçuşlar nəticəsində əmələ gələn xəstəliyi getdikcə tez-tez rast gəlinir. Genəz və kliniki cəhətcə həmin xəstəliklə orta qulağın katarı arasında ümumi cəhətlər çoxdur; bu xəstəliklərin hər ikisi eşitmə borularının keçiricilərinin pozulması nəticəsində meydana çıxır, lakin aerootit zamanı bu amildən başqa təyyarə sürətlə enərkən atmosfer təzyiqinin dəyişməsi də böyük rol oynayır.

Məlumdur ki, təyyarə qalxarkən xarici qulaq keçəcəyində təzyiqin enməsi tədriclə baş verir. Halbuki elə bu zaman o, orta qulaqda normal səviyyədə qalmaqda davam edir. Sonralar onların arasında təzyiqin tənləşməsi yavaş-yavaş olur. Bu səbəbə görədir ki, müəyyən müddət ərzində təbil boşluğunda xarici qulaq keçəcəyindəkinə nisbətən artır, bunun nəticəsində qulaq pərdəsi qabarıq.

Təyyarə endiyi zaman xarici qulaq keçəcəyində təzyiq artır, təbil boşluğunda isə azalmış olur, başqa sözlə, vakuum yaranır.

Təyyarə sürətlə endikdə xarici və orta qulaqlarda olan təzyiqin fərqi xüsusilə çox olur, bu da qulaq pərdəsində və orta qulağın selikli qişasında az ya çox qabarıq dəyişikliklərə səbəb olur. Dəyişikliklər özünü qulaq pərdəsinin batıqlığı (daxilə dartılması) və çəkil dəstəsi damarlarının infeksiyası ilə büruzə verir. Bütün bunlar kataral otitin klinikasını xatırladır. Ağır təsadüflərdə qulaq pərdəsində diffuz hiperemiya, qansızma, təbil boşluğunda isə seroz-qanlı ekssudat qeyd edilir.

Xəstələrin şikayətləri qulaqlarda ağrıdan, küydən, eşitmənin zəifləməsindən ibarət olur.

Kataral otitdə olduğu kimi aerootit zamanı orta qulaqdakı həmin təzahürlər yalnız eşitmə borusunun keçilməzliyində meydana çıxır, həm də uçuş zamanı keçməzlik boru ağzının mexaniki səbəbdən qapanmasından yaxud borunun selikli qişasının iltihablaşmasından irəli gəlir. Bu iki patoloji hal arasındakı fərq bundadır

ki, aerootit zamanı havanın seyrəlməsi tez baş verir və ya da təbil pərdəsinin rupturuna (partlmasına) qədər böyük patoloji dəyişikliklərə səbəb ola bilər.

D i a q n o z çətin deyildir. Hər şeydən əvvəl, anamnez və otoskopik mənzərə nəzərə alınır.

G e d i ş i səlisdir. 2 – 4 gün ərzində sağalır; bu zaman borunun ventilyasiyası burnun müvafiq müalicəsindən (damar daraldıcı dərmanlar), qulaqların üfürülməsindən sonra bərpa olunur. Bəzən sağalma öz-özünə baş verir.

Orta qulağın kəskin iltihabı (Otitis media acuta)

Orta qulağın kəskin iltihabı xeyli tez-tez rast gəlinən xəstəlikdir. O, təbil boşluğuna süzülmiş patogen patogen mikroblar ilə törədilir. Normal halda təbil boşluğu steril olur.

Orta qulağın iltihabı xəstəlikləri klinik gedişinin müxtəlifliyi ilə seçilir: tez müalicə olunan xəstəliklər ilə bərabər orta otitin intrakranial ağırlaşmalar verən son dərəcə ağır təsadüfləri də müşahidə olunur ki, bu barədə əvvəlcə bəhs olunmuşdur.

Orta qulağa infeksiya eşitmə borusu ilə, hematogen yolla, qulaq pərdəsi zədələndikdə isə xarici qulaq keçəcəyi vasitəsilə daxil olur. Axırındı yolla infeksiyanın orta qulağa daxil olması az rast gəlinir.

Orta qulağa infeksiyanın tubar (boru) yolla daxil olması xüsusən uşaqlarda tez-tez rast gəlinir.

Tubar infeksiyaya yerli meyillik yaranmasına burun, burun-udlaq və ağız-udlaq xəstəlikləri səbəb olur. Orta qulağa infeksiya keçməsi arxa tamponada və qeyri-düzgün finxırmadan eşitmə borusunun baryer funksiyanın tez-tez pozulması ilə izah edilir.

Hematogen yol tezlik cəhətcə ikinci yeri tutur və infeksiyon xəstəliklər zamanı mikrobların virulent olmasından meydana çıxır (qızılca, qrip, sifilis, vərəm, məxmərək). Nəhayət, orta otitin törənməsi və inkişafında orqanizmin müqavimət qabiliyyəti mühüm rol oynayır. Ümumi meyl yaradan amillərdən orqanizmin soyumasını (soyuqdəymə), əmək şəraitinin və temperaturun tez-tez dəyişilməsini, qulağın mümkün ola bilən zədələnmələrini göstərmək olar.

İrində əksərən streptokokklar (xüsusən hemolitik streptokokk), sonra stafilokokklar, pnevmokokklar və s. tapılır.

P a t o l o j i a n a t o m i y a. Kəskin otitin yüngül gedişində təbil boşluğunun selikli qişasında ekssudasiya ilə bərabər orta dərəcəli hiperemiya müşahidə olunur. Əgər proses ağır formaya keçərsə, xırda hüceyrəli infiltrasiya baş verir: bu, selikli qişanın az ya çox şiddətli qalınlaşması ilə təzahür edir. İnfeksiya məməyəbənzər çıxıntının hüceyrələrinə yayılaraq altı yerləşən sümüyü prosesə cəlb edir. Bu xüsusən, ağır yoluxucu uşaq xəstəliklərində, diabet zamanı müşahidə olunur.

Eşitmə borusunun selikli qışasının qalınlaşması nəticəsində ekssudatın təbil boşluğundan udlağa axıb getməsi pozulur, seroz, selikli, selikli-irinli ya irinli olur. İrinli maye təbil boşluğunda toplanır, təbil pərdəsinə təzyiq edir. Bunula əlaqədar olaraq, təbil pərdəsində trofikanın pozulması dəşilməyə aparıb çıxarır, həm də perforasiya əksərən ön-aşağı kvadratda olur; perforasiya dəliyinin böyüklüyü və xaric olan ifrazatın miqdarı infeksiyanın virulentliyindən (infeksion otitlərdə) və növündən (vərəm otiti) asılıdır. Prosesin gedişi və nəticəsi yaxşı olduqda sonralar təbil pərdəsindəki dəlik qapana bilər, ağır hallarda bu müşahidə olunmur və xəstəliyin gedişi xronik olur.

S i m p t o m l a r . Kəskin orta otitlər ilkin ya genuin və ikincili dəyə iki qrupa bölünür. Genuin orta otitlər dedikdə sağlam orqanizmdə baş verən, yəni yoluxucu xəstəliklərin nəticəsi olmayan otitlər başa düşülür.

Subyektiv və obyektiv simptomlar ayırd edilir. Subyektiv əlamətlərə ağrı, qulağın tıxanması, qulaqlarda küy aiddir.

Ağrı müxtəlif intensivliyə malik, bəzən isə dözülməz olur. Gecələr xəstələrə əziyyət verərək onları yatmağa qoymur. Ağrı ekssudatın və qalınlaşmış selikli qışanın üçlü sinir şaxələri ilə innervasiya edilən qulaq pərdəsinə təzyiqi ilə izah olunur. Bəzən müşahidə olunan diş ağrısı, gicgahda ağrı anatomik sinir əlaqələri ilə izah edilir. Ağrı səhərə yaxın, adətən, sakitləşir, ağrının tamamilə yox olması yalnız irin yarıb çıxardıqda, yaxud təbil pərdəsinin süni parasentezi zamanı müşahidə olunur. Təbil pərdəsində keçmiş otitlərdən qalan çapıqlar olduqda ağrı olmur.

Qulaq ağrısı ilə bərabər xəstələr eşitmənin zəifləməsindən və qulaqda küydən də şikayətlənirlər.

Obyektiv əlamətlər ümumi və yerli olaraq iki qrupa bölünür. Ümumi simptomlara bunlar aiddir: temperaturun yüksəlməsi (bəzən 40°-yə qədər qalxması); bu xüsusən uşaqlarda və infeksiyon otitlər zamanı müşahidə olunur. Ağrı kimi temperatur da qulaqdan ifrazat gəldikdən sonra aşağı enir. Sonralar temperaturun yüksəlməsi prosesin qonşu üzvlərə keçdiyini, yaxşı təsadüfdə isə kifayət qədər axıb gedə bilmədiyindən irinin təbil boşluğunda ləngidiyini göstərir: adətən, nəbz temperatura müvafiq olaraq tezləşmiş olur. Lakin bəzən beynin məhdud zədələnməsini göstərən bradikardiya müşahidə olunur; qanın dəyişikliyi xəstəliyin ağırlığından asılıdır. Hər cür iltihabi proseslərdə olduğu kimi kəskin orta otit də ağır hallarda 15000 – 20000-nə çatan leykositozla, EÇS sürətlənməsi ilə müşayiət olunur (formulun sola dönüşü də müşahidə olunur). Otitin başlanğıc mərhələsində sümüküstlüyünün reaksiyası məməyəbənzər çıxıntını basarkən (təzyiq) ağrı ilə meydana çıxır.

Yerli simptomlar otoskopiya zamanı təyin olunur. Tipik təsadüflərdə əvvəlcə damarların radiar inyeksiyası, qulaq pərdəsinin yastılaşması, bəzən də azca qabarması nəzərə çarpır.

Təbil pərdəsi tədricən diffuz hiperemiyaya uğrayır. Hiperemiya qulaq keçəcəyinin yuxarı divarına yayılır. Bəzən təbil pərdəsinin epidermisi

deskvamasiyaya uğradıqda otoskopik mənzərə aydınlığını itirir, tutqun görünür. Pulcuqları xaric etdikdən sonra iltihablaşmış və şişmiş təbil pərdəsinə müvafiq otoskopik mənzərə görünür. Tədricən bütün tanınma nöqtələrinin itməsi qeyd olunur.

İrin yarıldıqdan, yaxud parasentezdən sonra otorreya müşahidə olunur. Əvvəlcə zərdəbli xarakter daşıyan ifrazat sonralar tədricən selikli, selikli-irinli xarakter alır, iysiz olur. İfrazatın miqdarı birinci həftədə cüzi və ya çox ola bilər.

Otorreyanın baş verməsi ilə temperatur normaya qədər enir, ağrı yox olur, ümumi halın yaxşılaşması qeyd olunur. Otokopiya zamanı tədricən tanınma nöqtələrinin görünməsi, hiperemiyanın çəkilməsi qeyd olunur.

Gedişi ağır olan otitdə təsvir olunmuş simptomatika və prosesin gedişi başqa şəkil alır: temperatur xeyli xeyli yüksəlir, ağrı daha da şiddətlənir. Bunlar xəstənin ümumi halının ağırlaşması, az ya çox güclənən baş ağrısı, bəzən mədə bulanması, qusma və başgicəllənmə ilə müşayiət olunur. Prosesin ağırlığına səbəb infeksiyanın virulentliyindən başqa: 1) irinin təbil boşluğunda ləngiməsi və bununla əlaqədar olaraq, infeksiyanın ətrafdakı sümüyə, çıxıntının hüceyrələrinə keçməsi və iltihab prosesinin güclənməsi; o (irinin ləngiməsi), prosesin xronik formaya keçməsinə kömək edir; 2) süst gedişə malik olan, lakin kəllədaxili ağırlaşmalar verən mukoz otitlər; 3) yolxucu otitlərdir.

Orta otitin ağır təsadüflərində proses tez inkişaf edir, dərhal yüksək (39,5 – 40°) temperaturla başlayır. Qulaq və baş ağrısından əlavə uzun müddət dayanmayan çoxlu miqdarda ifrazat qeyd olunur. Belə təsadüflərdə otokopiya çox vaxt təbil boşluğunda selikli qışanın şişdiyini, perforasiyaya dəlikdən məməcik şəklində qulaq keçəcəyinə doğru qabardığını (çıxdığını) göstərir. Məməcik adi qranulyasiyadan zirvəsində irin xaric olan dəliyin varlığı ilə seçilir; qranulyasiyalarda isə irin patoloji toxumanın yanından (böyründən) xaric olur.

İrin xaric olduqdan sonra temperaturun enməməsi də prosesin ağırlığını göstərir. Əgər irinin axması 6 – 8 həftədən çox çəkərsə, bunu infeksiyanın məməyəbənzər çıxıntı hüceyrələrinə keçməsi ilə əlaqələndirmək lazımdır.

N ə t i c ə s i. Kəskin otitin gedişi tipik olduqda proses tam sağalma ilə qurtarır; qulaqdan irin axması dayanır, perforasiya incə, bəzən nəzərə az çarpan çapıqla qapanır, eşitmə qabiliyyəti tamamilə bərpa olunur (lakin bu həmişə belə olmur). Orta otitin atipik gedişində təbil boşluğunda müxtəlif xarakterli bitişmələr ola bilər, yaxud ifrazat kəsildikdən sonra perforasiya dəliyi qapanmır. Belə bitişmələrə və quru perforasiyalara, eləcə də çapıqlara irinli otitdən sonrakı qalıq təzahürləri (residua) kimi baxılmalıdır. Elə təsadüflər də olur ki, müalicə səmərə vermir, yaxud proses kəllədaxili ağırlaşma ilə qurtarır.

D i a q n o z yaşlılarda çətin deyildir. Xəstənin anamnezi, xəstəliyin kəskin başlanması (ağrı və temperatur), otokopiyadan alınan məlumat, eşitmənin zəifləməsi düzgün diaqnoz qoymağa imkan verir. Qulaq pərdəsinə gözdən keçirməyə çox vaxt qulaq kiri problemləri, epidermisin yığılması yaxud irin mane

olur, bu da xəstəliyə diaqnoz qoymağı çətinləşdirir, buna görə də qulağı ciddi təmizləmək lazım gəlir.

Xəstəliyi qulaq keçəcəyinin furunkulu ilə diferensiasiya etmək lazım gəlir. Orta otitin fərqləndirici əlamətləri bunlardır: 1) irinə selik qarışması (qulaq keçəcəyində selik vəziləri yoxdur), 2) eşitmənin zəifləməsi.

M ü a l i c ə n i xəstəyə tərlədici dərmanlar (aspirin, moruq çayı) təyin etməklə başlamaq lazımdır. Ümumi müalicə vasitələrindən sulfanilamidlər ağır təsadüflərdə böyük miqdarda tətbiq olunur. Əgər xəstənin halı ağır deyilsə və proses yüksək temperatur və şiddətli ağrılar ilə müşayiət olunmursa xüsusi tələbat olana qədər antibiotikləri işlətməkdən çəkinmək lazımdır.

Məsələ bundadır ki, bir çox təsadüflərdə antibiotiklər klinikanı ört-basdır edir, iltihab residivlərinə səbəb olur və eləcə də stafilokokkların və streptokokkların rezistentliyini artırır. Sulfanilamidləri xəstələrə pro die 3,0 – 4,0 (böyüklər üçün işlədilən dozalar) tam sağalma baş verənə qədər təyin edirlər; sonra göstərilən dozanın yarısını xəstə daha 2 – 3 gün ərzində qəbul etməlidir.

Yerli müalicə vasitəsi kimi ağrı kəsmək üçün otoprofen və ya lidofen məhlulu işlədirlər (6 – 8 damcıdan gündə 3 dəfə təyin olunur): 1) dərmanı qulaqda 10 – 15 dəqiqə saxlayıb başını əyirlər; 2) qulaq pərdəsinin spontan (öz-özünə) cırılmasından, ya onun parasentezindən sonra orta qulaqdan ifrazat gəldikdə spirt tərkibli damcıların istifadəsini dərhal dayandırmaq lazımdır, belə hallarda selikli qışaya "yeyici" təsir göstərir. Bir çox müəlliflər daha yaxşı ağrısızlaşdırıcı təsir göstərməsi üçün borasid ilə qulağa piltə yeridirlər. Orta qulağın kəskin iltihabında damcı şəklində 90%-li spirt də işlədirlər.

Bu dərmanların hər ikisinin mənfi cəhətləri vardır. Spirtin təsirindən qulaq keçəcəyi dərisinin və qulaq pərdəsi epidermisinin qabıq verməsi mümkündür; bunun nəticəsində onlar qulaq keçəcəyinin dərinliyində toplana bilir ki, bu da diaqnozu çətinləşdirir.

Fiziki müalicə metodlarından isidici kompreslər, "UYT" (Ultrayüksək tezlikli cərəyanlar), solyuks işlədirlər. Bəzi müəlliflər məməyəbənzər çıxıntı nahiyyəsinə soyuq və buz applikasiyaları qoymaqla müalicə etməyi tövsiyə edirlər. İstinin təsirindən damarların genəlməsi və ekssudatın sürətlə sorulması baş verir; soyuq yerli qanazlığı törədir, iltihab prosesini ləngidərək ağrını zəiflədir.

İsidici kompresləri belə təyin edirlər: təqribən $4 \times 8 - 10$ sm ölçüdə bir neçə (6 – 8) qat bint, yaxud iki qat kətan parça götürüb, onu uzununa iki bərabər hissəyə bölürlər (kəsiyi axıra qədər aparmırlar). Spirt məhlulunda (su ilə yarıbayarı duruldulmuş) isladıb sıxır, qulağın üstündən aşırma vəziyyətində qoyub mum kağızı və ya müşəmbə ilə qulağı bağlayırlar (qulaq üçün dəşik açırırlar). Onların üzərindən pambıq qoyub bintləyirlər. Kompresləri gündə 3 dəfə dəyişmək lazımdır.

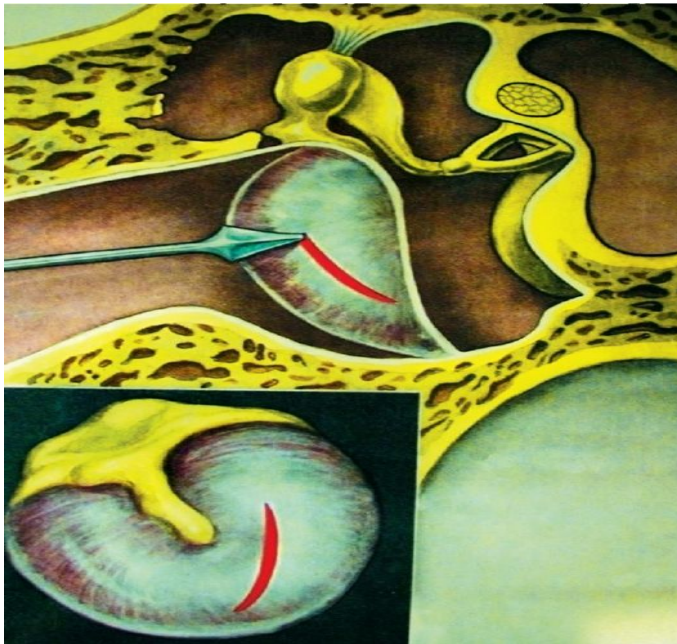
Buzlu qovuğu salfetə büküb bir saatlığa məməyəbənzər çıxıntı nahiyəsinə qoyurlar; bir saatlıq fasilədən sonra proseduranı yenə təkrar edirlər. Bəzi xəstələr, xüsusilə uşaqlar soyuğa dözmədikdə ondan imtina etmək lazımdır.

Müalicənin səmərəliliyi ilə yuxarı tənəffüs yollarının halı arasında sıx əlaqə vardır: onlarda tapılan patoloji prosesləri sərəncamımızda olan konservativ və cərrahi metodlar ilə müalicə etmək lazımdır; bu barədə kataral otitlərin müalicəsində bəhs olunmuşdur.

Qulağın ağır xəstələnməsində xəstə hökmən yataq və xüsusi yemək rejimində olmalıdır (qida tünd və çox olmamalıdır), spirtli içkilərdən çəkinməli, papiros çəkməyi minimuma qədər azaltmalıdır. Bağırsağın funksiyasını nizama salmaq lazımdır.

Əgər bütün bu tədbirlər müvəffəqiyyət verməzsə, yəni ağrı sakit olmur, temperatur bir neçə gün davam edərsə, bundan başqa otoskopiya qulaq pərdəsinin şiddətlə qabarması qeyd olunursa, onda ağırlaşmalara yol verməmək üçün dərhal parasentezə (yəni irinə yol vermək üçün təbil pərdəsini kəsməyə) girişmək lazımdır.

Parasentezin faydası, habelə bundan ibarətdir ki, qulaqdan irin axması dayandıqda, adətən, perforasiya nəzərə çarpan çapıq vermədən sağalır (şəkil 33).



Şəkil 33. Parasentezin texnikası.

Parasentez çox ağrılı olduğundan o yerli keyitmə ilə edilir: ağrısızlaşdırmaq üçün 10%-li lidokain applikasiya şəklində işlədilir.

Xeyli narahat xəstələrdə və körpə uşaqlarda parasentezi ümumi narkoz ilə etmək lazım gəlir. Xəstəni kürsüyə əyləşdirir və ya uzadırlar. Qulaq keçəcəyinin qulaq kirindən (əgər varsa) təmizlədikdən və spirtlə sildikdən sonra başını fiksasiya (rəbt) edirlər. Parasentezi, adətən, aşağı kvadrantda, bəzən isə təbil pərdəsinin ən çox qabarmış hissəsində edirlər. Təbil boşluğundakı törəmələri zədələməyə yol verməmək üçün iynəni dərinə yeritməmək tələb olunur. Son vaxtlar mikrotoçerrahiyyənin inkişafı ilə əlaqədar olaraq, paracentez əməliyyatı cərrahi mikroskop altında aparılır.

Qeyd etmək lazımdır ki, təbil pərdəsinin vaxtında edilən paracentezi xəstəliyin gedişini yaxşılaşdırır.

Artıq irinli otitə çevrilmiş olan kəskin orta otitin sonrakı müalicəsi qulağın gündəlik tualetindən ibarətdir. Bu ya Janne şprisilə (əgər irin çoxdursa) hər hansı ilıq dezinfeksiyaedici məhlul ilə yuyub, yaxud (irin azdırsa) zonda sarınmış pambıqla qurutmaqla edilir. Qulağı yuduqdan sonra da qulaq keçəcəyini pambıqla yaxşıca qurudurlar. Əgər müalicənin gedişində qulaq ekzeması əmələ gəlmişsə onun yuyulmasını dayandırmaq və irini pambıqla xaric etmək lazımdır. İrini bu və ya başqa üsulla xaric etdikdən sonra patoloji ocağın özünə təsir etmək lazımdır. Kəskin (elə xroniki otitin də) irinli orta otitin iki müalicə metodu vardır: yaş və quru metodlar. Bunların birincisi qulağa aşağıdakı qulaq damcının tökülməsindən ibarətdir: dioksidin, otifa, polideksa (5 damcıdan gündə 3 dəfə qulağa tökmək).

Uşaqlarda bu məhlullar ilə piltələri isladib qulaq keçəcəyinə yeridirlər. Öz-özlüyündə yaxşı drenaj borusu olan qulaq keçəcəyini drenajlamağın mənası yoxdur. Həm də irini özünə hopdurmuş piltə daha onu sormayıb əslində onun çıxmasına mane olur.

İndiki dövrdə ən yaxşı müalicə üsulu floranın qabaqca həssaslığını müəyyən etməklə aparılan müalicədir. Sonralar irinli otitin müalicəsi üçün həmin floranın həssas olduğu dərmanı işlədərək onu insufflyasiya şəklində qulaq keçəcəyinə daxil edirlər. Burada mühüm bir məsələni qeyd etmək vacibdir: mayeni qulaq keçəcəyinə elə miqdarda damızdırmaq lazımdır ki, o, qulaq pərdəsinə, yaxud (böyük perforasiyalar zamanı) təbil boşluğunu əhatə etsin.

Hər hansı antibiotiki uzun müddət işlətdikdə flora ona qarşı rezistentlik kəsb edə bilər. Bunu nəzərə alaraq bir antibiotiki başqası ilə dəyişdirməyi məsləhət görürlər. Kəskin irinli otitin müalicəsində sulfanilamidlər də işlədilir.

Floranın həssaslığı təyin edilənə qədər xəstələrdə qulağa dioksidin “vanna” formasında istifadə etmək olar.

Əgər ağırlaşmamış otitdə irinaxma dayanmırsa, bu müxtəlif səbəblərlə izah oluna bilər və o perforasiya dəliyinin kiçik olması və təbil boşluğu selikli qişasının deşikdən düşməsi (prolyapsus) ilə əlaqədar olaraq təbil boşluğundakı irinin kifayət qədər axıb gedə bilməməsi ilə izah oluna bilər. Birinci halda dəliyi genişlətmək məqsədilə əlavə paracentezə, ikincidə isə qulaq ilgəyi və kyuretkə ilə təbil boşluğunun selikli qişasının yerindən düşməsinə (prolyansını) çıxarmağa əl atmaq lazımdır.

Qulaqdan irinaxma dayandıqda perforasiya çapıqlaşdıqdan sonra Polister üsulu ilə qulağı üfürmək məsləhət görülür (çapığın perforasiyasına yol verməmək üçün ehtiyatla edilir). Bu üfürmələrdən (6–8–10 dəfə) məqsəd təbil boşluğunda hökmən eşitmənin zəifləməsinə səbəb olan bitişmələrin əmələ gəlməsinə mane olmaqdır.

Təbil pərdəsinin pnevmatik masajı da bu cəhətdən müvəffəqiyyətlə tətbiq olunur.

Kəskin orta otitin müalicə məsələsini qurtararaq vitaminlər ilə aparılan müalicənin və ümumi möhkəmləndirici müalicənin də faydalı olduğunu göstərmək lazımdır.

Uşaqlarda kəskin orta otit

Uşaqlarda orta qulağın iltihabı gedişinə görə böyüklərdəkindən xeyli fərqlənir. Bu fərq hətta uşaqların müxtəlif qruplarında yəni yenidoğulmuşlarda, körpələrdə, kiçik və böyük uşaqlar arasında da olur.

Körpə uşaqlarda orta irinli otitin əmələ gəlməsi və inkişafı üçün təbil boşluğu quruluşunun daha bir sıra xüsusiyyətini qeyd etmək lazımdır. Məlumdur ki, körpə uşaqların təbil boşluğunda kiçik, bir-birilə əlaqəsi zəif olan boşluqlar əmələ gətirən büküşlər və atmalar olur. Onlarda irinlə dolmuş xırda ocaqlar əmələ gələ bilər. Bundan əlavə yeni doğulmuş uşaqlarda dölyanı maye olur. Bunlar mikroblar üçün yaxşı qidalı mühit sayılır.

Qulağın anatomiyasını izah etdikdə biz körpə uşaqlarda eşitmə borusunun böyüklərdəkinə nisbətən xeyli qısa, mənfəzinin isə geniş olmasını qeyd etmişdik. Onlarda orta otitin tez-tez rast gəlinməsi də bununla və südəmə uşaqların uzanmış vəziyyətdə olması ilə izah edilir. Bundan əlavə, infeksiya xəstəlikləri (qrip, qızılca, skarlatina) da orta otitlərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Təbii (ana südü ilə) qidalanan uşaqlara nisbətən süni qidalanan uşaqlar otitlə daha tez-tez xəstələnirlər. Bir çox müəlliflərin fikrincə seksiya zamanı aşkara çıxarılan orta otitlərin miqdarı sağlıqda diaqnoz qoyulandan daha çoxdur. İş burasındadır ki, südəmə uşaqlarda xarici qulaq keçəcəyinin forması yarığa bənzədiyindən onlarda orta otitin diaqnozunu qoymaq çətin olur.

S i m p t o m l a r . Südəmə və böyük uşaqlarda orta qulaq iltihabının simptomları fərqli olduğuna görə, onları ayrı-ayrı təsvir edəcəyik.

Südəmə uşaqlarda proses simptomuz gedə bilər; çox vaxt onlarda otit aşkara çıxarılmır; uşaqlarda temperaturun yüksəlməsini nazofaringitin olması ilə əlaqələndirirlər. Orta qulağın iltihabını uşağın özünü aparması (ümumi halsızlıq, ağlama, yuxusuzluq, döşü rəddetmə) göstərə bilər. Uşaq o döşü həvəslə əmir ki, əmdiyi zaman xəstə qulağı aşağıda qalmış olsun. Südəmə uşaqlarda qulağın xəstələnmə nişanələri təxminən həyatın dördüncü ayında diqqəti özünə cəlb edə bilir. Bu nişanələr: uşaq vaxtaşırı olaraq qulaqlarını əlləşdirir, əlini başına atır, başını saat kəfkiri kimi hərəkət etdirir. Temperatur 40°-yə və daha yüksəyə qalxa

bilər. Otoskopiya zamanı qulaq pərdəsini az-çox qızarmış (hiperemiyalı), çox vaxt yuxarı-arxa kvadrantını, yaxud Şrapnel zarını önə doğru qabarmış görürük. Bəzən meningizm təzahürləri: qusma, huşunu itirmə, qıcolmalar, ənsə əzələlərinin gərginliyi qeyd olunur. İrin öz-özünə, yaxud parasentez nəticəsində axdıqdan sonra izah edilən simptomlar, adətən, tezliklə çəkilir. Bəzən irin geniş mənfəzli eşitmə borusundan axıb tökülür.

Südəmə uşaqlarda bağırsaq intoksikasiyasının orta otitlə əlaqəsi barədə müəlliflərin rəyi eynidir: M.T. Liçkus və başqaları xəstə qulağı infeksiyanın mənbəyi hesab edirlər. Qulaq sağaldıqdan sonra bağırsaq təzahürlərinin ləğv olunması bunun düzgün olduğunu göstərir.

D i a q n o z. Südəmə uşaqlarda kəskin otitin diaqnostikası çətinidir. Orta qulağın xəstələnməsi məsələsi ümumi və yerli əlamətlərin cəminə görə həll edilir. Qulağı müayinə etdikdə qulaq keçəcəyini ehtiyatla yumaq və yaxud pambıqla təmizləmək lazımdır.

Burada otoskopik mənzərəni qeyri-düzgün şərh etməyə səbəb ola bilən bir halı göstərmək lazımdır: qulağı yuyarkən uşağın çığırtısından təbil pərdəsi bir qədər qızarır (hiperemiya); buna görə də belə hallarda qulağın müayinəsini 20 – 30 dəqiqə təxirə salmaq lazımdır.

Bir sıra müəlliflər orta otitdə traqusa təzyiq edərkən ağrının meydana çıxmasına əhəmiyyət verirlər. Yuxuda olan zaman traqusa təzyiq nəticəsində belə ağrının meydana çıxması diaqnoz üçün daha qiymətlidir. Vaxtında kəskin otitə diaqnoz qoyulmaması qulaqdan irin axdıqda onu (diaqnozu) aşkar edir. Şübhəli hallarda M.T.Liçkusun məsləhətilə grunfelder et Rothe əlamətindən istifadə edirlər ki, o da refleks əmələ gəlməsindən ibarətdir: uşağı ayaqları yanaşı uzadılmış vəziyyətdə arxası üstə uzadırlar; dizdən yuxarı ayaqlara təzyiq etdikdə (basdıqda) xəstə qulağa əks tərəfdə baş barmaq dorzal bükülməklə qalan barmaqlar yelpik şəklində olur. Bəzən bu əlamət qulaq pərdəsindəki qabarıq dəyişikliklərdən əvvəl müşahidə olunur.

İki yaşından başlayaraq uşaqlardakı otoskopik mənzərə böyüklərdəkinin eynidir.

Uşaqlarda xəstəliyin nəticəsi tipik təsadüflərdə təbil boşluğundan irinin kifayət qədər sərbəst axıb getməsindən asılıdır. Südəmə uşaqlarda xəstəlik bir çox təsadüflərdə təbil pərdəsi yarılmadan (deşilmədən) irinin geniş eşitmə (Yevstax) borusu ilə axıb xaric olması ilə qurtarır. Uşaq böyüdükcə otitin gedişi və nəticəsi də yaxşılaşır. Əksərən proses eşitmə funksiyası saxlanmaqla yanaşı qurtarır. Yalnız zəif, azqanlı, hipotrofik uşaqlarda müalicə uzanır və xəstəlik stasionar müalicə tələb edir.

Bunu da qeyd etmək lazımdır ki, antrumun böyüklüyü və təbil boşluğu ilə onun geniş əlaqəsi infeksiyanın yayılmasını asanlaşdırır və uşaqlarda antrit əmələ gəlməsinə kömək edir.

Uşaqlarda kəskin orta otitin müalicəsini ağrıları sakitləşdirməklə başlayırlar, bu məqsədlə 70%-li spirt işlədirlər. Spirtin təsiri su hopdurmaqdan, bütöv təbil

pərdəsindən ekssudatı diffuziya etdirmədən ibarətdir; bu, təbil boşluğunda təzyiqin azalmasına kömək edir.

Damcı dərmanlarından başqa isidici kompreslər, antibiotiklər, sulfanilamidlər, fiziki vasitələr ("UYT") tətbiq edilir. Böyüklərə nisbətən uşaqlarda parasentezə daha tez-tez müraciət edirlər. Qulaqdan irin gəldikdə müalicə böyüklərdəki kimi olur.

İnfeksiyon xəstəliklər zamanı rast gəlinən kəskin otit

Uşaq infeksiyalarından irəli gələn orta otitlər ikincili xəstəlik sayılır.

Çox vaxt onlar son dərəcə ağır davam edir və müxtəlif ağırlaşmalar verə bilər. Qrip, skarlatina və qızılcadan əmələ gələn otitlər xüsusilə ağır gedişə malik olur.

Q r i p p o z o t i t l ər uşaqlarda qəflətən 40° temperaturla başlanır. Orta qulağa infeksiya (virus) tubar (Yevstax borusu) və ya hematogen yolla daxil olur. Xəstəlik dözülməz ağrı ilə müşayiət edilir, eşitmə qabiliyyətinin şiddətlə zəifləməsi qeyd olunur, həm də bu zəifləmə səsi nəqlədiyi aparatın patologiyası üçün xarakterikdir. Otoskopiya zamanı qrippoz otit üçün xarakterik olan dəyişikliklər: təbil pərdəsində qansızmalar, pərdədə, qulaq keçəcəyinin sümük hissəsində qanlı qovuqcuqların əmələ gəldiyi qeyd edilir. Prosesin lokalizasiyası təbilüstü sahədə daha çox olur.

İnfeksiya ağır olduqda, orqanizm zəifləyərkən toksik koxlear nevrit, mastoidit, labirintit və karlıq meydana çıxır.

Q ı z ı l c a z a m a n ı o t i t l ər xəstəliyin hər bir dövründə müşahidə oluna bilər. Buna əsaslanaraq daha ağır gedişli tez və gec otitlər ayırd edilir. Nekrotik otitlər adlanan otitlər daha ağır gedişli olur: bu zaman təbil pərdəsi sürətlə dağılır, sümük törəmələrinin kariyesi müşahidə olunur. Bəzən infeksiyanın labirintə, habelə kəllə boşluğuna keçməsi qeyd edilir. Bu ağırlaşmalara baxmayaraq xəstəlik ağrısız davam edə bilər ki, bunu qulaq pərdəsindəki sinir uclarının dağılması (pozulması) ilə izah edirlər; buradan xəstəliyin ağırlaşmalarını nəzərdən qaçıрмаq təhlükəsi meydana çıxır.

S k a r l a t i n o z o t i t l ər, xüsusən onların nekrotik formalarının gedişi uzun olur. Qulaqda (adətən, hər iki qulaqda) ağırlaşma xəstəliyin ilk günlərində olur, gec ağırlaşmalar isə nisbətən yüngül formalarlardır. Xəstəliyin gedişi qızılcadakına nisbətən daha coşğun olur. Xəstəlik yüksək temperaturla, bəzən üşütmə ilə başlanır. Xəstənin ümumi halı pozulur. Təbil pərdəsinin tez dağılması qeyd olunur. Qızılacada olduğu kimi burada da ağrının yoxluğu bununla izah edilir. Sümük (sümük çürüməsi, kariyesi), daxili qulaq parçalanma (dağılma) prosesinə uğrayır ki, bu da burda ağır nəticələr, hətta tam karlıq verə bilər. Fallop kanalının dağılması ilə əlaqədar olaraq üz sinirinin iflicləri də baş verə bilər.

Skarlatina və qızılca otitləri sürətli gedişi ilə seçilir və tezliklə xronik mərhələyə keçir.

D i a q n o z çətin deyildir. O, anamnezə, otoskopik mənzərənin təhlilinə və simptomlara görə qoyulur. Başlanğıc mərhələdə iltihab təbil pərdəsində hiperemiyaya və onun qabarmasına aparıb çıxarır. Sonralar bu dəyişikliklər şiddətlənir, təbil pərdəsinin perforasiyası və dağılması qeyd olunur.

İnfeksiyon otitlərin müalicəsi kompleksli olmalıdır, o, əsas xəstəliyin və qulağın müalicəsindən ibarət olur. Qulağın müalicəsi genuin otitlərdəki kimidir.

Orqanizmin müqavimət iqtidarını yüksəltməyə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, skarlatinanın və qızılcanın ağırlaşmalarının antibiotiklərlə müalicəsi ağırlaşmaların sayını xeyli azaldıb.

Kəskin mastoidit (Mastoiditis acuta)

Orta irinli otitlərin antibiotiklər sırasından qabaq tez-tez rast gəlinən ağırlaşması olan kəskin mastoidit, xüsusən çıxıntı qabarıq pnevmatik quruluşa malik olduqda daha tez-tez müşahidə olunur.

Müasir dövrdə kəskin orta otitin düzgün və vaxtında aparılan müalicəsi mastoiditin xeyli azalmasına səbəb olur.

İrinli orta otit zamanı proses, adətən, yalnız təbil boşluğunu tutmayıb, eyni zamanda məməyəbənzər çıxıntı hüceyrələrinin selikli qişasına da yayılır.

Mastoiditin bu növü ikincili mastoidit adlanır və beləliklə, travmalar və başqa üzvlərin irinli xəstəlikləri (metastaz) zamanı az rast gəlinən ilkin mastoiditdən fərqlənir.

E t i o l o g i y a. Mastoiditin əmələ gəlməsində əsas cəhətlər bunlardır: 1) orqanizmin müqavimət qüvvəsinin azlığı ya olmaması; 2) infeksiyanın yüksək virulentliyi; 3) irinin axıb çıxması üçün münasib anatomik şəraitin olmaması ucbatından irinin çıxıntı hüceyrələrində ləngiməsi; 4) spontandeşilmənin ya parasentezin gec olması nəticəsində orta qulaq boşluğunda drenajın gecikməsi və nəhayət; 5) xəstənin yaşı (bu da mühüm sayılır); böyüklərə nisbətən 10 yaşa qədər uşaqlarda mastoidit $2 \frac{1}{2}$ dəfə tez-tez rast gəlir (İ.M.Rozenfeld).

P a t o l o j i a n a t o m i y a. Məməyəbənzər çıxıntı hüceyrələrinin iltihablaşmış selikli qişası əhəmiyyətli dərəcədə qalınlaşmış olur. O, tədricən konsentrik qaydada dolur, yaxud paz şəklində bütün hüceyrələrə yayılır. Bunun nəticəsində hüceyrələr bir-birindən və antrumdan ayrılır. Sonralar ekssudasiyanın artmasından çıxıntı hüceyrələrində təzyiqin artması, hüceyrəarası arakəsmələrin dağılması və nəticədə böyük irinli boşluğun əmələ gəlməsi baş verir.

Əgər prosesə vaxtında tədbir görülməzsə, kortikal qatı yarıb periost altına keçən irin sümüküstlüyünün altına yığıla bilər və subperiostal abses əmələ gələr.

Bir sıra təsadüflərdə irinin yarıb keçdiyi yer lamina vitrea, bunun nəticəsində isə müxtəlif kəllədaxili ağırlaşmalar olur.

S i m p t o m l a r. Ümumi, yerli subyektiv və obyektiv simptomlar ayırd edilir. Ümumi simptomlar yalnız mastoidit üçün patognomonik olmadığından xarakterik deyildir. Onlara: 1) ümumi halın pozulması; 2) temperaturun yüksəlməsi; 3) qandakı dəyişikliklər aiddir.

Y e r l i s u b y e k t i v s i m p t o m l a r. Spontan ağrılar sümüyə təzyiq etdikdə ağrı şiddətlənir. Spontan ağrı çox vaxt ürəyin döyünməsi ilə sinxron pulsasiya xarakterinə malik olur. Subyektiv simptomlara nisbi (ümumiyyətlə otitlərdə rast gəlinən əlamət kimi) əhəmiyyətə malik olan eşitmənin zəifləməsi də aiddir.

O b y e k t i v s i m p t o m l a r. Təcrübə göstərir ki, orta irinli otitin gedişi yaxşı olduqda 2 – 3 həftədən sonra qulaqdan ifrazat gəlməsi şiddətlə azalır və ya tamamilə dayanır. Qulaqdan gələn irinli ifrazatın bir daha çoxalması orta qulaq sistemində hər hansı irin mənbəyinin olduğunu göstərir; belə bir rezervuar məməyəbənzər çıxıntı ola bilər. Prosesin əvvəlində məməyəbənzər çıxıntıda gözə çarpan dəyişiklik çıxıntıya təzyiq zamanı ağrılı hiperemiya, ödem, yumşaq toxumaların pastozluğu olur. Sonralar irinin kortikal qatdan keçərək periost altına keçməsi (subperiostal abses) ilə əlaqədar olaraq fluktuasiyalar, hətta irinin dəridən xaricə axması qeyd olunur. Subperiostal abseslər, adətən, qulaq seyvanının önə və aşağıya qabarması ilə müşahidə olunur; bu zaman qulaqarxası büküş hamarlanır. Kortikal qat çox qalın olduğuna görə yaşlı adamlarda subperiostal abses müşahidə olunmur. Bəzən otoskopiya zamanı qulaq keçəcəyinin az ya çox daralması qeyd olunur. Bu, qulaq keçəcəyinin sümük hissəsində sümüküslüyü şişdiyindən, sümük keçəcəyinin arxa yuxarı divarının sallanması ilə izah edilir. Mastoiditin diaqnostikasında bu mənzərə etibarlı əlamətlərdən biri sayılır.

Mastoiditin xüsusi formaları da vardır. Bunlara Betsold mastoiditi adlanan zirvə-boyun mastoiditi, skvamitlər ziqomatisitlər və petrozitlər aiddir.

Betsold mastoiditində irin terminal hüceyrədən zirvənin aşağı səthi vasitəsilə fossa digastrica-dan keçərək döş-körpücük məməyəbənzər əzələnin altına yığılır. Bu özünü klinik cəhətcə boyunun yan səthində bərk şişkinliyin əmələ gəlməsi ilə göstərir. Fluktuasiya olmur, bu da irinin çox dərin yığılması ilə izah olunur. Baş xəstə tərəfə əyilməklə məcburi vəziyyət alır. Evakuasiya vaxtında edilmədikdə irin aşağıya retrofaringeal kövşək birləşdirici toxumaya keçərək udlaqarxası abses mənzərəsi verir, yaxud divararası sahəyə daxil olaraq mediastinit törədir. Mastoiditin bu forması boyun limfadenitinin zirvə konturlarının olmaması ilə seçilir.

Skvamitlər və ziqomatisitlərdə irin pul və almacıq çıxıntısının hüceyrə sistemə keçərək müşahidə olunur. Bu, çıxıntının geniş pnevmatizasiya təsadüflərində, adətən, mastoiditin əmələ gəlməsi ilə bir zamanda (həm də ayrıca

olaraq) müşahidə edilir. Skvamitlər və ziqomatisitlər klinik cəhətcə hiperemiya, şişkinlik, fluktuasiya, sonralar isə irin periost altında yol açır.

Petrozit və ya apisit piramid zirvəsindəki hüceyrələrin iltihabıdır; o, gicgah sümüyünün pnevmatizasiyasının piramidin zirvəsinə doğru yayılması şəraitində rast gəlinir. Bu hüceyrələr dərinədə, kəllənin boşluğunda yerləşir, irin ortaya keçərkən labirint massivindən keçən ensiz və uzun yol qət etməlidir.

Petrozit son dərəcə az törənir, ləng inkişafa və təhlükəli kəllədaxili ağırlaşmalara səbəb ola bilər. Zirvə hüceyrələrində irin irinli orta otitin gec dövrlərində, yaxud mastoidit artıq əmələ gəlmiş olduqda keçir; petrozitlər mastoidotomiyadan sonra da müşahidə olunur. Yaraların ləng sağlması və antrum nahiyyəsindən pulsasiya edən çoxlu irin xaric olması petrozitin xarakter xüsusiyyətidir.

1904-cü ildə Gradenigo petrozitin klinik mənzərəsini simptomlar üçlüyü şəklində təsvir etmişdir: 1) kəskin və yaxud xronik irinli orta otit; 2) üçlü sinirin nevrалgiyası; 3) uzaqlaşdırıcı sinirin parezi və ya iflici. Üçlü sinirin nevrалgiya əlamətləri göz yuvasına, çənəyə irradiasiya verən şiddətli başağrısı şəklində meydana çıxır; bu ağrı üçlü sinirin Qasser qanqlionunun kollateral ödemi və iltihab infiltrasiyası, yaxud intoksikasiyası ilə izah edilir.

Xəstəlik qızdırmalı hal, temperaturun (subfebril qızdırmadan 39°-yə qədər) yüksəlməsi ilə xarakterizə edilir. Xəstənin halı düşkün olur.

D i a q n o z. Orta qulaq iltihabının gedişindəki pozğunluq, habelə müvəffəqiyyətlə edilmiş mastoidoektomiya ilə eyni zamanda başın eyni yarısında küt ağrının meydana çıxması petrozitdən şübhə doğurur. Prosesin dinamikasını müşahidə etmək zəruridir; qanı leykositoza, eritrositlərin çökmə reaksiyasına görə, göz dibini, habelə onurğa beyinin mayesini təkrarən yoxlamaq lazımdır. Gicgah sümüyünün rentgenoqrafiyası (piramidin zirvəsinin dağılması) xəstəliyin diaqnostikasını xeyli asanlaşdırır.

Petrozitin gedişi bəzən aylarla davam edir. İrin öz-özünə (sponton) təbil boşluğuna açılib tökülə bilər.

Petrozitin müalicəsində antibiotiklərin böyük dozaları ilə birlikdə sulfanilamidlər tətbiq olunur. İrinin spontan yarılməsi və xəstəliyin öz-özünə sağlması əməliyyat üçün gözləmə taktikasına əsas verir. Kəllədaxilinə ağırlaşmalar verən təsadüflər əməliyyat üçün qəti göstəriş sayılır.

Cərrahi müdaxilə infeksiya ocağını açmaqdan ibarət olur.

Uşaqlarda mastoiditin gedişi

Südəmə və böyük yaşlı uşaqlarda mastoiditin gedişi müxtəlif olur. Bu, gicgah sümüyünün quruluş fərqi ilə izah edilir. Yenidöğulmuş və südəmə uşaqlarda məməyəbənzər çıxıntı inkişaf etməmiş olur. Onlarda yalnız antrum və nadir hallarda onun qonşuluğunda tək-tək hüceyrələr olur. Buna görə də südəmə

uşaqlarda “mastoidit” əvəzinə “antrit” termininin istifadə edilməsini düzgün hesab edirlər.

İltihabi proses nəticəsində təbil boşluğu ilə antrum arasındakı əlaqənin pozulması antritin əmələ gəlməsinə kömək edir. Təbil boşluğunda irinaxma dayandığı halda antrumda proses davam edə və qapalı irinli ocağın, başqa sözlə antritin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Nadir hallarda antritlər toksik dispepsiyanın etioloji amili olur.

S i m p t o m l a r. Adətən, proses ikitərəfli olur. Təbil pərdəsində görünən dəyişikliklər bəzən olmur, yaxud bu dəyişikliklər özünü yuxarı-arxa kvadrantın cuzi qabarması ilə bərabər qulaq pərdəsinin güclə nəzərə çarpan hiperemiyası şəklində göstərir. Temperatur yüksəlmiş olur.

D i a q n o s t i k a bir qədər çətin olur. Uşaqda olan toksikoz, çəkinin sürətlə azalması, daxili orqanlarda patoloji dəyişikliklər olmadığı halda leykositar formulda sola dönüş məsələsini antritin lehinə həll edir. Yardımçı diaqnostik metodlara parasentez, timpanopunksiya, antropunksiya və rentgenoqrafiya aiddir.

Parasentez və antropunksiya həm diaqnostik, həm də müalicəvi metodlardır. Sitoloji müayinə üçün təbil boşluğundan irin çəkmək üçün timpanopunksiyadan istifadə edirlər.

Böyükyaşlı uşaqlarda mastoiditlərin gedişi böyüklərdəki kimidir.

M ü a l i c ə – Antritlərin müalicəsində konservativ və cərrahi metodlar işlədilir.

Konservativ müalicə vasitəsi kimi sulfanilamidlər, antibiotiklər və isti (solyuks) tətbiq edilir. Vena daxilinə qlükoza, vitamin iynələri, qan ya plazma köçürülməsi təyin olunur.

Timpano-antropunksiya etdikdə antrumu və təbil boşluğunu fizioloji məhlulla yuyur, sonra antruma 1 – 1,5ml fizioloji məhlulda həll olunmuş penisillin və ya seftriakson (0,5 q, ağır hallarda isə 1 q.) yeridirlər. Bu manipulyasiyalar yaxşı effekt verir. Antrumu və təbil boşluğunu yumaq üçün istifadə edilmiş fizioloji məhlul eşitmə (Yevstax) borusu ilə xaric olur.

Əgər konservativ metodlar yaxşı nəticə vermirsə və ya uşağın halı ağır olarsa, antrotomiyaya müraciət edilir.

M a s t o i d i t i n m ü a l i c ə s i. Mastoiditin müalicəsi iki üsulla: konservativ və cərrahi yolla aparılır. İndiki zamanda müalicə praktikasına sulfanilamidlərin və antibiotiklərin daxil edilməsi ilə əlaqədar olaraq subperiostal abseslərin olması ilə gedən mastoiditlər, skvamitlər, Betsold mastoiditi müstəsna olmaqla qalan mastoiditləri konservativ yolla müalicə etmək mümkün olur. Kəskin orta irinli otitlərin müalicəsində işlədilən bütün metodlar burada da tətbiq olunur.

C ə r r a h i m ü a l i c ə. Mastoidotomiyaya göstərişlər mütləq və nisbi olur.

Mütləq göstərişlər: 1) labirint mənşəli və intrakranial ağırlaşmaları göstərən simptomların meydana çıxması; 2) məməyəbənzər çıxıntı nəhiyəsində fistulun ya

subperiostal abses, habelə Betsold mastoiditi, skvamit, petrozit əlamətlərinin olması; 3) qulaq keçəcəyinin yuxarı-arxa divarının sallanması; 4) üz sinirində parez ya iflicin əmələ gəlməsi.

Nisbi göstərişlər: sistematik müalicə aparılmasına baxmayaraq 4 – 6 həftə ərzində qulaqdan profuz irin axması.

Məməyəbənzər çıxıntının trepanasiya məsələsinin həllində xəstənin ümumi halının əhəmiyyəti az deyildir.

Belə ki, diabetiklərdə, yaşlı şəxslərdə, eləcə də infeksiya zəminində əmələ gələn mastoiditlərdə (skarlatina, qızılca, tiflər) operasiyaya göstəriş geniş olmalıdır.

Mukoz otit

Mukoz otit orta otitin atipik gedişli növlərindən biridir. O, selikli streptokokk ilə törədilir, yaşlı adamlarda, nadir hallarda uşaqlarda müşahidə olunur.

Klinik simptomlar və gediş. Xəstəlik, adətən, temperatur yüksəlmədən, tipik orta otit üçün xarakterik ağrı olmadan başlanır. Bununla əlaqədar olaraq xəstənin ümumi halı pis olmur.

Otoskopiya təbil pərdəsi çox vaxt solğun infiltrasiyalı şəkildə görünür. Təzyiq etdikdə məməyəbənzər çıxıntıda artıq həssaslıq qeyd olunmur.

G e d i ş i ləng olur, spontan perforasiya bir neçə həftədən sonra baş verə bildiyi kimi olmaya da bilər. Perforasiya zamanı ifrazat selikli xarakter daşıyır və cüzi miqdarda olur. Xəstələrin şikayətləri o qədər əhəmiyyətsiz olur ki, xəstəliyə diqqət verilmir. Çox vaxt proses məməyəbənzər çıxıntıya yayılıb onda empiema törədir və proses sonralar kəllədaxili ağrılaşmalara səbəb olur.

Anamnez, klinik müşahidə, ifrazatın selikli streptokokka görə müayinəsi və rentgenoqrafiya diaqnoza kömək edir. Rentgenoqramda məməyəbənzər çıxıntıda sümüyün ərimə nöqtələri təyin olunur. Daha çox aydın olsun deyə rentgenoqramı sağlam tərəfin rentgenoqramı ilə müqayisə etmək tövsiyə olunur.

M ü a l i c ə. Spontan perforasiya uzun müddət ola bilmədiyindən vaxtında paracentez edilməsi məsləhət görülür. Cərrahi əməliyyata məməyəbənzər çıxıntıda otitlərdəkinə nisbətən daha tez- tez müraciət olunur.

Antrotomiya (mastoidotomiya və ya mastoidektomiya) – mastoiditin cərrahi müalicəsi onun trepanasiyasından ibarət olub antrotomiya və ya mastoidotomiya adlanır.

Xəstəni operasiyaya göstərilən qaydada hazırlayırlar: operasiya ediləcək qulağın dövrəsində saçları ülgüclə üç barmaq eninə qırılır, dezinfeksiya məhlulu ilə yuduqdan sonra qulağa borulu və ya furasillinli spirtə isladılmış piltə yeridirlər. Xəstəyə əvvəlcə promedol yeritdikdən sonra operasiyanı, adətən, yerli keyitmə (20 – 30 ml miqdarında 1 – 2%-li novokain məhluluna 10 damcı adrenalin qataraq) ilə edirlər. Uşaqları, narahat xəstələri, habelə subperiostal abses

olduqda belə ümumi efir narkozu ilə operasiya edirlər. Potensləmə narkozu da (dərmanın təsirini gücləndirmə) tətbiq olunur.

Operasiya bu qayda üzrə edilir: kəsik qulaq seyvanının arxasından, onun bitişdiyi yerdən 1 sm aralıda, ona paralel olaraq aparılır. Yaşlılarda yumşaq hissələr dərhal sümüyə qədər kəsilir, iki yaşa qədər olan uşaqlarda isə reoperasiya etmək lazım gəldikdə kəsik qat-qat aparılır. Yuxarıda kəsik seyvanın yuxarı kənarına müvafiq səviyyəni qət edir, aşağıda isə çıxıntının zirvəsindən azca aşağıya çatır.

Subperiostal abses olduqda bıçağın ucunu yeridərək əvvəlcə irini buraxmaq üçün kiçik dəlik açmaq zəruridir. Raspator vasitəsilə yumşaq toxumaları sümüküstlüyü ilə bərabər sümükdən ayırdıqdan sonra məməyəbənzər çıxıntının səthi geniş sürətdə, belə ki, yuxarıda kəllənin orta çuxurunun hüdudu olan gicgah xəttini qət edir. Öndə sümük qulaq keçəcəyinin arxa kənarı, aşağıda isə çıxıntının zirvəsi görünməlidir. Bir çox hallarda döş-körpücük-məməyəbənzər əzələnin bağlandığı yerdən bir qədər kəsib ayırmaq lazım gəlir.

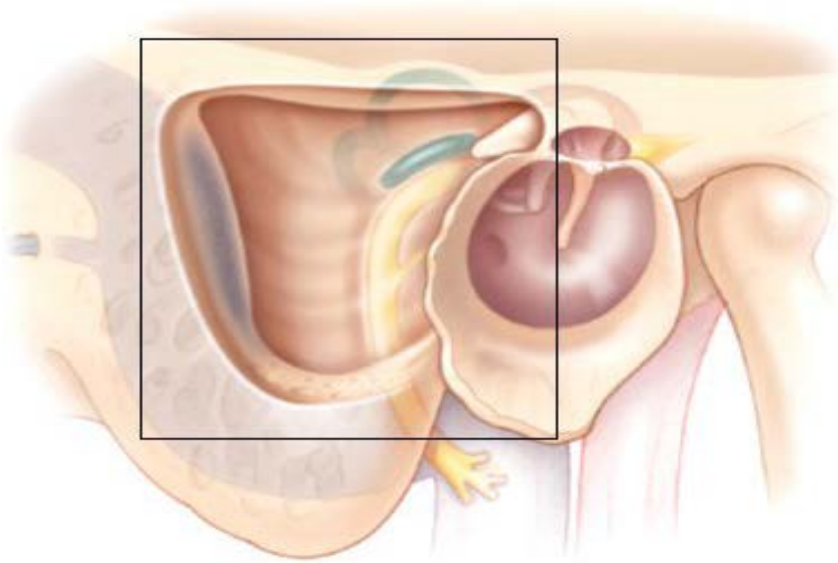
Bundan sonra yaranın kənarlarını Yansenin avtomatik genəldiciləri (bir sıra hallarda iki genəldicidən istifadə etmək lazım gəlir) ilə aralayır. Antrum spina suprameatum ilə gicgah xətti arasında proyeksiya edir, sümüyü də məhz buradan oymağa başlamaq lazımdır. Məməyəbənzər çıxıntının səthində fistul olduqda antrumun yarılması üçün fistul dəliyini genəltməyə başlayırlar.

Enli novalçayabənzər iskanəni sol əldə tutub sümüyə (linea temporalis-dən aşağıda) perpendikulyar qoyub, sağ əldəki çəkiclə (daha yaxşısı taxta çəkiclə) isə onu vurur və kortik açırlar. Sonra yuxarıda göstərilmiş spina suprameatuma əsaslanaraq iskanəni aşağıya dayayırlar. Beləliklə, iskanənin dayama yerlərini növbə ilə dəyişdirir, onu sümüyə bucaq altında (yanakı) dayayaraq, kortikalisi çıxarır və tədricən sümüyün dərin yerinə keçir, eyni zamanda sümük yarasının sahəsini aşağıya doğru genişləndirirlər. Çıxıntının dərinliyinə nüfuz etdikcə və hüceyrələri bir-birinin ardınca çıxartdıqca daha ensiz iskanələrdən istifadə edirlər. Empiema olduqda iskanəsiz də keçinmək olur: iti qaşıqlardan istifadə edərək patoloji dəyişikliyə uğramış sümüyü və qranulyasiyaları xaric edirlər.

Antrum 1,5 – 2 sm dərinlikdə yerləşir. Çox vaxt antrumu yararkən ondan tezyiqlə irin xaric olur.

Antruma açılmış yolda sümüyü iskanə ilə kenar edərək və antrumdan qranulyasiyaları qaşıyıb xaric etməklə genişləndirib sümükdəki yaranı enli iskanə ilə, bəzi yerdə isə maqqaş işe aşağıya – çıxıntının zirvəsinə doğru genişləndirirlər: burada çox vaxt xeyli irin kütləsi və qranulyasiya ilə dolu olan böyük hüceyrə (terminal hüceyrə) yerləşir. Başqa hüceyrələrdə olduğu kimi bu qranulyasiyaların da hamısı qaşınıb xaric edilir (şəkil 34). Bəzən maşa ilə zirvəni qoparmaq lazım gəlir, adətən, bu mastoiditin zirvə – boyun forması olduqda tələb olunur. Belə təsadüflərdə operasiyanın əlavə mərhələsi kimi zirvədən 3 – 4 sm aşağı olmaqla döş-körpücük-məməyəbənzər əzələnin üzərindən kəsik apararaq boyunda

kontrapertura açılır. Küt üsulla boyun əzələlərinin altına keçib qoparılmış zirvəyə doğru kanal yaradılır.



Şəkil 34. Kəllədə mastoidektomiya.

Ziqomatit zamanı almacıq çıxıntısının hüceyrələrinə yol açmaq məqsədilə kəsiyi qulaq seyvanının yuxarisından önünə doğru davam etdirirlər.

Operasiya zamanı beynin sərt qışası və S-ə bənzər sinusun divarı açıla, yaxud zədələnə bilər. Bu zaman sinusdan qanaxma baş verdikdə, onun üzərinə hydrogen-peroksiddə isladılmış pambıq topası qoyurlar. Operasiya qurtardıqda sümük yaranı iti qaşıqla əsaslı sürətdə qaşıyır, kənarlarını hamarlayırlar; vaxtında sağalması üçün yaraya aşağıdakı qaydada qulluq edirlər: yaranı hidrogen-peroksiddə yuyur, qurudur, penisillin ya streptomisinlə doldururlar. Operasiya yaranın tamponadası ilə tamam olur. İlk sarğını operasiyadan sonrakı 6 – 7-ci gün edirlər. Əgər temperatur çox yüksəlsə ilk sarğını 2 – 3-cü gün, sonralar hər gün, daha sonra günəşırı edirlər. Yaranın tamamilə sağalması təqribən 1 – 1½ ay davam edir. Sağalma uzun müddət davam etdikdə yaraya ultrabənövşəyi işıq verilir, vitaminlərlə zəngin qidalar təyin olunur.

Söz yox ki, operasiyadan sonrakı dövrdə antibiotiklər və sulfanilamid preparatları da çox işlədilir.

Xronik, irinli orta otit, mezo-epitimpanit (Otitis media purulenta chonica, meso epitympanitis)

Orta qulağın xronik irinli iltihabı, adətən, kəskin irinli proses zamanı meydana çıxır. Kəskin prosesin xronik prosesə keçmə səbəbləri bunlardır:

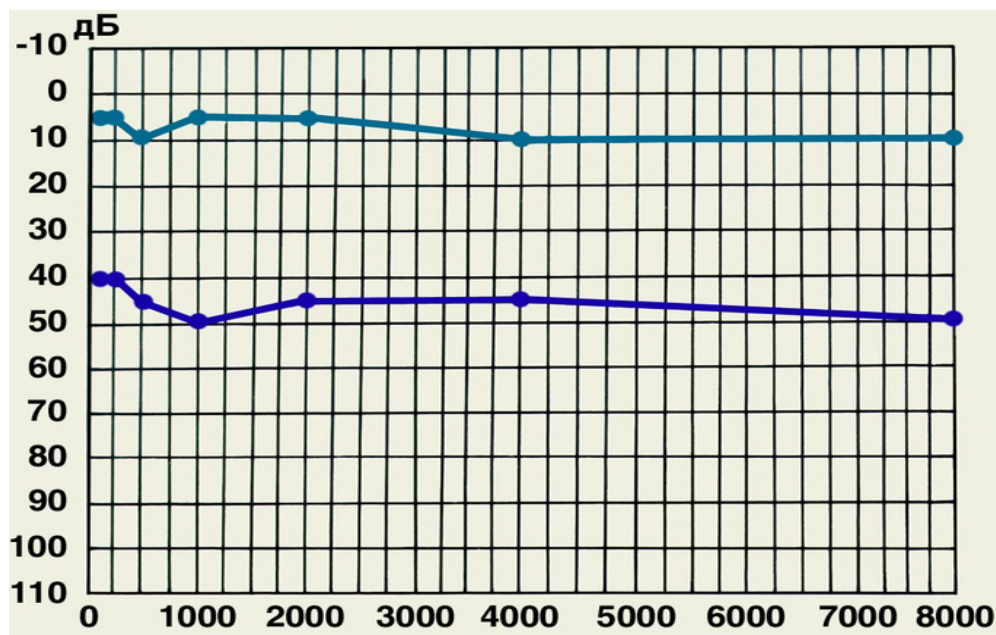
- 1) pis müalicə olunmuş, yaxud müalicəsi axıra çatdırılmamış kəskin irinli otit;
- 2) mikrofloranın yüksək virulentliyi;
- 3) ümumi xəstəliklər: diabet, raxit, vərəm, avitaminoz, ekssudativ diatez, üzülmə və s. ilə əlaqədar olaraq orqanizmin müqavimətinin zəiflədilməsi;
- 4) burunda, burunudlaqda və ağızudlaqda olan patoloji dəyişikliklər.



Şəkil 35. Xronik irinli epitimpanit.

Xronik irinli orta otit əvvəllər tez-tez rast gəlinirdi (20 – 34%, 1922 – 1926-cı illər məlumatı). Statistika məlumatına görə 1937-ci ildə Leninqradda əhalinin 3%-də xronik irinli orta otit var idi. İnqilabdan qabaq irinli orta otit çox yayılmış xəstəliklərdən hesab olunurdu.

Xronik orta irinli otitin iki forması ayırd edilir: mezo-epitimpanit və epitimpanit. Bunların birincisi təbil boşluğunun yalnız selikli qişasını əhatə edərək səlis olur, proses ağırlaşmalar vermədən getdiyi halda, ikincisi, yəni epitimpanit təhlükəli xəstəlikdir. Lakin xroniki otitin bu iki növü arasındakı əsas fərq həmişə olmur: uzun davam edən tipik mezo-epitimpanit zamanı sümük xeyli dağılmış olur, hətta həyat üçün təhlükəli kəllədaxili ağırlaşmalar baş verir.



Şəkil 36. Xronik otit zamanı audioqram.

Mezotimpanit mərkəzi lokalizasiyaya malik perforasiya (gərginləşmiş hissədə) ilə xarakterizə olunur, perforasiyanın forması və böyüklüyü müxtəlif olur. Perforasiya geniş olduqda təbil boşluğunun iltihaba uğramış selikli qışası görünür. Onun rəngi avazımsı, normal ola bildiyi kimi, hiperemik, özü isə qalınlaşmış olur. Bəzən polinoz degenerasiya, yaxud qranulyasiyalar qeyd olunur.

Qulaqdan xaric olan ifrazat selikli-irinli xarakter daşıyır, çox vaxt illərlə davam edir, bəzən fasilə verir. Adətən, pis iyli olmur, olduqda isə onu irində tapılan saprofitlərlə əlaqələndirirlər.

Mərkəzi perforasiyalı otitlərdən, yəni xoşxassəli gedişə malik mezotimpanitlərdən fərqli olaraq yuxarı kvadrantlarda kənarı perforasiyaya, Şrapnel zarında perforasiyaya malik irinli otitlər ayırd olunur. Bunlar epitimpanit adlanır. Xronik irinli orta otitlərin növlərinin fərqi ayırd etmək böyük əhəmiyyətə malikdir. Bütün qulaq pərdəsini əhatə edən deffekt (qüsurlar) da az rast gəlinmir (total perforasiya). Otitlərin bu forması mezoepitimpanit adlanır. Epitimpanitin təhlükəli cəhəti kariyes, yəni sümük çürüməsi və xolesteatoma əmələ gəlməsidir.

Sümük kariyesindən danışarkən parietal və ossikulyar kariyesi ayırd etmək lazımdır. Birinci təsadüfən kariyesə təbilüstü sahənin sümük divarları, əksərən attikin lateral divarı tutulur. Ossikulyar kariyesdə isə proses, adətən, çəkici və

zindanı, çox nadir hallarda isə üzəngini əhatə edir. Kariyes müxtəlif dərəcəyə (şiddətə) malik olur.

X o l e s t e a t o m a şişəbənzər törəmədir; onun əmələgəlmə mexanizmində kənar perforasiyanın olması zəruri şərt sayılır, belə perforasiya qulaq keçəcəyi epidermisinin orta qulağa batmasına şərait yaradır. Sonralar kariyes sümükdəki parçalanma məhsulunun və irinin təsirindən attikə soxulmuş epidermis şiddətlə çoxalır, maserasiyaya uğrayır və şişir, bu tələf olmuş və buynuzlaşmış epitelinin qopması ilə nəticələnir. Lakin proses bununla qurtarmadığından qopmuş epitelinin sonrakı qatları konsentrik olaraq soğanaq şəklində bir-birinin üzərinə düşür. Xolesteatomanın əmələ gəlməsi nəzərə çarpmadan və tədricən baş verir. Xolesteatomanın tərkibində xolesterin olur. Xolesteatomanın təhlükəsi bundadır ki, o, çoxalaraq və həcmcə böyüyərək asanlıqla məməyəbənzər çıxıntıya soxulur və hüceyrəarası arakəsməli və lamina vitrea-nı dağıdaraq otogen sepsis verə bilər; o, təbil boşluğunun və antrumun damını dağıdır, kəllənin orta çuxuruna soxula bilər.

Belə təsadüflərdə intrakranial ağırlaşmalara xas olan mənzərə meydana çıxır.

Xolesteatoma təbil boşluğundan labirint divarında kariyes törədə bilər. İrinin təsirindən xolesteatoma dağılaraq üfunətli iy verir. Sonralar qranulyasiyalar və poliplər əmələ gəlməyə başlayır. Xolesteatomanın rəngi ağımtıl olub, sədəf parlaqlığına malikdir.

S i m p t o m l a r. Proses illərlə heç bir simptomla malik olmadan davam edə bilər. Bəzi təsadüflərdə xəstələr qulaqda yaxud başın müvafiq yarısında təzyiq hissindən, bəzən mədə bulanmasından, başgicəllənmədən şikayət edirlər. Az və ya çox miqdarda olan irinli ifrazat, adətən, üfunətli xarakterə malik olur. Çox vaxt perforasiya dəliyi vasitəsilə attikdə olan qranulyasiyalar, qulaq sümüklərinin kariyesi görünür. Nadir hallarda xəstələr dilin ön üçdə ikisində (müvafiq yarısında) dad hissiyyatının pozulduğunu qeyd edirlər; bu, təbil telinin qıcıqlanması və ya dağılması ilə izah olunur. Qulağın xolesteatoması zamanı bəzən arxa-yuxarı divarın sallanması müşahidə olunur ki, bu, ostit hesabına attikin lateral divarının qalınlaşması nəticəsində baş verir. Xolesteatoma attikin yan divarı vasitəsilə qulaq keçəcəyinin periostualtına yarıldıqda (açıldıqda) qığırdaq hissənin arxa-yuxarı divarının qabarması qeyd olunur; bu qulaq keçəcəyi mənfəzinin xeyli daralmasına səbəb olur. Qranulyasiyaların ya poliplərin əmələ gəlməsi az olmur. Poliplər böyüyərək bütün qulaq keçəcəyini doldura bilər (şəkil 37). Belə hallarda onlar irinin ləngiməsinə və bundan irəli gələn nəticələrə səbəb ola bilər.



Şəkil 37. Qulaq keçəcəyinin böyük polipi.

Kəskin otit kimi xronik irinli otit də eşitmənin müxtəlif dərəcədə pozulmaları ilə müşayiət olunur, bu pozulmalar səsin keçirilməsi tipində olur. Xəstə pıçıltını bəzən bilavasitə seyvanın yanında (qulağa pıçıldadıqda), eşidir (şəkil 36).

G e d i ş. Xoşxassəli mezotimpanit zamanı xəstəlik xəstəyə zərər yətmədən illərlə davam edə bilər. Xolesteatoma ilə gedən epitimpanitlərdə isə vəziyyət başa cür olur. Xolesteatoma olduqda proses tez-tez kəskinləşir, bu da qulaq ağrına, temperaturun yüksəlməsinə səbəb olur. Qulağa su düşdükdə xolesteatoma şişə bilər və sümüyü sürətlə dağıdıb intrakranial ağırlaşmalar verə bilər. Kəskin otitlərdə olduğu kimi xroniki otitlər zamanı da üz sinirinin parezləri və iflicləri müşahidə olunur.

Ümumiyyətlə, xəstəliyin klinik mənzərəsi dəyişilir; antibiotiklərin yararsız tətbiqi nəticəsində o tez-tez “sürtük” (qeyri-səlis) forma alır.

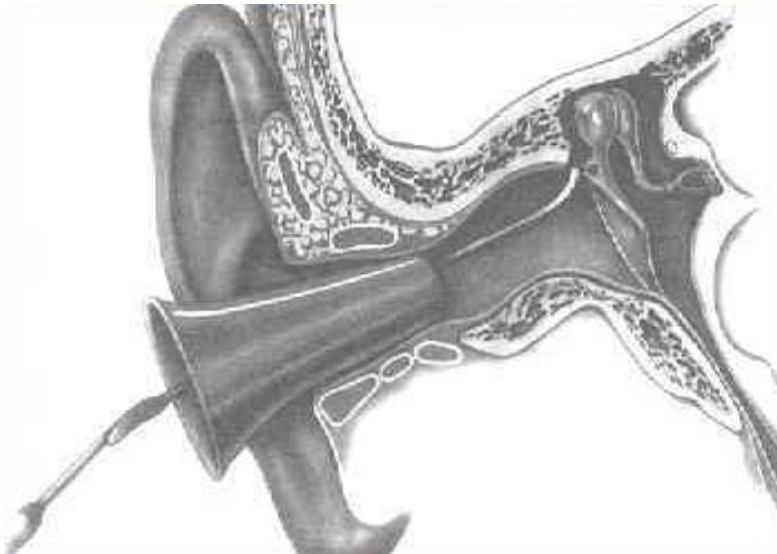
İrinli orta otitlərin diaqnostikası, adətən, çətin deyildir. Yalnız perforasiyanı tapmaq lazımdır (kiçik olduğundan bəzən bu çətin olur). Belə hallarda çox vaxt lupadan ya Politser üsulu ilə qulağı üfürmədən istifadə edirlər; diqqətli həkim üfürmə zamanı perforasiyanı irinin pulsasiyasına əsasən görə bilər. Perforasiyanın lokalizasiyasına görə orta qulaqdakı irinli proseslərin mezoya ya epitimpanitə aid edirlər. Bəzən perforasiya dəliyi qartmağa çevrilmiş irinlə qapanmış olur.

Bele qartmaqları səhvən qulaq kiri hesab etmək mümkündür. Bu qartmaqları (əvvəlcə onları islatmaq lazımdır) kənar etdikdən sonra onların yerində perforasiya tapılması praktikada az rast gəlinir.

P r o q n o z. Deyilənlərdən aydın olur ki, kariyes olmadıqda mezoimpanitlərin proqnozu yaxşıdır. Epitimpanit zamanı, xüsusən proses xolesteatoma əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunursa proqnoz şübhəli olur.

M ü a l i c ə. Xronik irinli otitin müalicəsi həkimdən bacarıq, inadkarlıq, xəstədən isə səbirli olmağı tələb edir. Mezoimpanitlər nisbətən asan müalicə oluna bildiyi halda, epitimpanitlər çox vaxt çətin müalicə edilir. Otitlərin hər iki növünün müalicəsində konservativ və cərrahi metodlar ayırd olunur.

Konservativ müalicədən məqsəd otorreyanı dayandırmaqdır. Lakin burun, burunudlaq və ağızudlaq boşluğunda patoloji dəyişikliklər olduqda irinli otitlər çətin müalicə edildiyindən əvvəlcə həmin üzvlər sanasiya edilməlidir. Xəstəlik ocağına təsir etmək üçün kəskin irinli otitlərin müalicəsində işlədilən dərmanlar tətbiq olunur. Təbil boşluğunda olan qranulyasiyalara 10%-li lyapis, çəkmək, büzücü dərmanlar ilə yumaq vasitəsilə təsir edilir. Sink-sulfatın təsiri özünü selikli ifrazatın miqdarını azaltmaqla göstərir. Böyük qranulyasiyaları əvvəlcə keyitdikdən sonra xüsusi qulaq maşası ya kyüretka ilə, polipləri isə qulaq ilgəyi ilə xaric edirlər. Sekvestrlər tapıldıqda onları da ehtiyatla xaric etmək lazımdır. Xolesteatoma olarsa 10 qramlıq şprisə taxılmış xüsusi Hartman kanyulyası ilə attikin yuyulması məsləhət görülür. Yumaq üçün ilıq halda 70%-li spirdən istifadə edirlər (şəkil38).



Şəkil 38. Attikin kanyula ilə yuyulması.

Bir sıra təkrar (8 – 10 dəfə) yumadan sonra çox vaxt attiki xolesteatoma kütlələrindən təmizləmək və bununla da xəstəni qulağın radikal operasiyası kimi ağır və ciddi operasiyadan xilas etmək mümkün olur.

Nəhayət, bunu da elavə etmək lazımdır ki, otorreyanı müalicə ederkən xəstənin ümumi halına xüsusilə diqqət yetirmək tələb olunur. Vərəm, sifilis, qanazlığı, diabet, limfatik diatez kimi xəstəliklər həkimin diqqətindən yayınmamalıdır.

Ancaq, qeyd etmək lazımdır ki, son dövrlərdə xroniki irinli otitin müalicəsində radikal operasiya məsləhət görülür. Konservativ müalicəyə operasiyaya hazırlıq mərhələsi kimi baxmaq lazımdır (N.A. Preobrajenski).

C ə r r a h i m ü a l i c ə . Əgər konservativ müalicə nəticə vermezse qulağı operasiya etmək lazım gəlir, bu məqsədlə orta qulağın radikal və ya ümumboşluq operasiyası tətbiq olunur. Bu operasiyadan məqsəd təbil boşluğunu, mağarani, məməyəbənzər çıxıntının hüceyrələrini və xarici qulaq keçəcəyini bir-birilə birləşdirərək vahid (ümumi) hamar boşluq yaratmaqdır. Bu boşluğun epitelizasiyası sonralar otorreyanın dayanmasına imkan yaradır.

Radikal operasiyaya göstərişlər arasında texirəsalınmaz halları: intrakranial otogen ağırlaşmaları, üz siniri parezinin və ya iflicinin bütün təsadüflərini xüsusilə ayırmaq lazım gəlir. Qəflətən meydana çıxan başağrısı, mədə bulanması və başgicəllənmə ilə qusma, yəni labirintin qıcıqlanma simptomları, temperaturun yüksəlməsi, məməyəbənzər çıxıntı tərəfindən subperiostal abses və irin fistulu kimi təzahürlər, eşitmənin karlığa qədər qəflətən zəifləməsi qulağın radikal operasiyasına göstəriş sayılır. Uşaqlarda radikal operasiyaya göstərişlər azaldılmalıdır.

Operasiyanı, adətən, yerli keyitmə (0,5 – 1 %-li novokainin 30 ml məhluluna 3 damcı adrenalin qatmaqla) ilə aparırlar. Son zamanlar ümumi endotraxeal narkozundan istifadə olunur. Nəzərdə tutulmuş kəsik xəttindən əlavə qulaq keçəcəyinin arxa-yuxarı divarını da keyitmək məsləhət görülür. Kəsiyi mastoidotomiyada olduğu kimi aparırlar. Yumşaq hissələri ayırdıqdan sonra planum mastoideum-un üstü açılır. Bu zaman arxa sümük divarın xarici kənarının açılması mühüm mərhələ hesab olunur. Sonra burun elevatoru ilə qulaq keçəcəyinin arxa divarının dərisini qulaq pərdəsinə qədər sümükdən ayırırlar. Bu zaman attikin xarici divarı da açılmış (aşkar) olur.

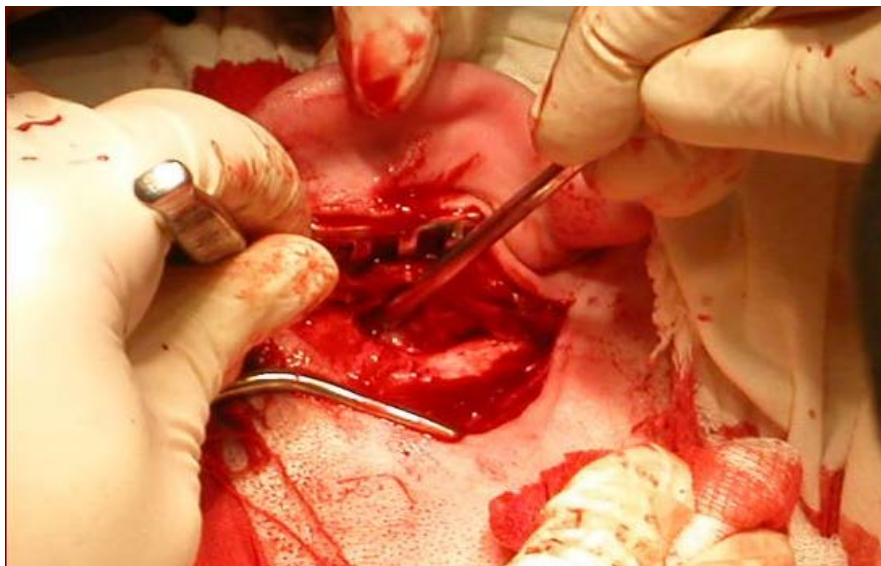
Əgər operasiya yerli keyitmə ilə aparılırsa, alınmış yarığa lidokainin 10%-li məhlulunda isladılmış piltə yeridirlər. Bütün bunlardan sonra antrumu geniş surətdə açmağa başlayırlar. Xronik irinli otitlər zamanı oyarkən çox vaxt sümük sklerozlaşmış (olduqca sərt) tapılır. Antrumu açıdıqdan (novalçayabənzər iskanədən istifadə edirlər) və onun boşluğunu iti antrum qaşığı ilə qaşıyıb təmizlədikdən sonra patoloji prosesə tutulmuş hüceyrələri yarmağa, sonra isə dal sümük divarını yonmağa başlayırlar. Operasiyanın bu mərhələsi böyük ehtiyatla aparılmalıdır; çünki arxa sümük divarı kütləsində üz sinirinin kanalı yerləşmişdir. Əvvəlcə mastoidal yara tərəfdən bu massivi ensizləşdirir, yalnız bundan sonra

Fallop kanalını və deməli üz sinirinin zədələnmək üçün düz iskanə ilə nazik yonqarlar şəklində yonurlar; əgər üz siniri zədələnmiş olsa üz əzələləri iflic olar. Qanaxma baş verməsi sinirin yaxında olduğunu göstərir. Arxa sümük divarın "şpor" adlanan qalan hissəsini hamarlayırlar; bu zaman xəstənin üzünə baxırlar: üz əzələlərinin qeyri-iradi yığılmaları (titrəmələri) kanalın zədələndiyini göstərir. Arxa divarın daha çox nazildilmiş hissəsinə "körpücük" deyirlər, o, attiki antrum ilə birləşdirən tunelin üzərindən "salınmış" olur. "Körpücüyün" qoparılması olduqca məsuliyyətli mərhələ sayılır. Operasiya texnikası bacarıqsız olduqda bayır yarım dairəvi kanalı zədələmək olar. Buna yol verməmək üçün körpücüyün altına Ştakke qoruyucusunu qoymaq məsləhət görülür. Körpücüyü o qədər nazildirlər ki, onu bir zərbə ilə sındırmaq mümkün olsun. Bu vaxt iskanəni perpendikulyar olaraq körpücüyə dayayır və qopmuş sümüyü zondla öndən arxaya doğru xaric edirlər. Bütün bu manipulyasiyada antrum, qismən də attik açılmış olur. Attikdən patoloji qranulyasiyaları, xolesteatoma kütlələrini xaric etdikdən sonra iskanə ilə yan divarın çox hissəsini yonurlar. Sonra qranulyasiyaları və xolesteatoma kütlələrini çıxarmaq üçün təbil boşluğunu ehtiyatla qaşayıb təmizləyirlər. Bu zaman çəkcik və zindan (əgər onlar sekvestrasiyaya uğramışsa) xaric edilir. Aydınır ki, zədələnmək üçün üzəngiyə dəymirlər. Qaşımını aşağıdan və arxadan yuxarıya, önə doğru etmək tövsiyə olunur. Eşitmə borusunun ağzı da yaxşıca qaşınıb təmizlənməlidir.

Operasiyanın sümük hissəsi qurtarandan sonra onun son mərhələsinə – qulaq keçəcəyinin plastikasına başlayırlar.

Plastikanın bir neçə üsulu vardır. Biz öz praktikamızda arxa dəri divarın T-yə bənzər kəsiklə plastikasından istifadə edirik.

Plastikanın edilməsi qaydası. Qulaq keçəcəyinə əyilmiş novalçayabənzər zond yeridirlər. Bundan məqsəd arxa divarın qığırdaq hissəsini qaldırmaq və qulaq keçəcəyinin ön divarının zədələnməsinə yol verməməkdir. Kəsiyi şaquli istiqamətdə aparır və qığırdaq divarını yarırlar. Kəsiyin xətti seyvanın çuxuruna gedib çıxmamalıdır. Birinci kəsiyi apararkən qulaq seyvanı qığırdağının zədələnməsi perixondrit verə bildiyindən ehtiyatlı olmaq lazımdır. İkinci kəsiyi qulaq seyvanının bitişmə xətti üzrə köndələnə aparırlar. Plastika nəticəsində alınmış iki parça ("loskut") əvvəlcə nazikləşdirildikdən sonra ketqut ilə yaranın yuxarı və aşağı bucaqlarına tikilir. Nəticədə böyük boşluq alınır ki, artıq deyilmiş olduğu kimi onu qulaq keçəcəyi, təbil boşluğu, mağara və məməyəbənzər çıxıntı əmələ gətirir. Operasiya mükəmməl hemostaz, yaranın hidrogen peroksid ilə yuyulması, qurudulması və penisillin ya streptomisin doldurulması ilə qurtarır. Labirint mənşəli, yaxud kəllədaxili ağırlaşmalar olmayan təsadüflərdə tampondan sonra yara tamamilə (kip) tikilir. Operasiyadan sonra profilaktika məqsədilə sulfanilamidlər və ya antibiotiklər təyin edirlər (şəkil 39).



Şəkil 39. Qulaqda radikal əməliyyat.

Əgər müalicənin gedişində qranulyasiyalar tapılırsa onları ya qaşıyır, ya da lyapisin (gümüş-nitratın) 20%-li məhlulu ilə dağlayırlar. Sağalma operasiyadan sonrakı $1\frac{1}{2}$ – 2 ay ərzində baş verir. Bu zaman tam epitelləşmə olur ki, o, operasiyanın müvəffəqiyyətini və qulaqdan irin axmasının dayanmasını təyin edir.

Əlbəttə, qulaqda operasiyaların başqa radikal metodları (təbil pərdəsini saxlamaqla aparılan konservativ radikal operasiya, endaural operasiyalar) da vardır. Burada operasiyanın əsas taktikasını xatırlatmaq yerinə düşər: antrotomiya mümkün qədər radikal, operasiya isə mümkün qədər konservativ olmalıdır.

Operasiyadan sonrakı müalicə. Operasiyadan sonra qulağa buz qoyur, sulfanilamidlər, antibiotiklər, ürək dərmanları, piramidon təyin edirlər. Operasiya edilmiş xəstələr yataq rejimində olmalıdırlar. Əgər operasiyadan qabaq ağrılaşma və operasiyadan sonra temperatur yüksəlməyibsə birinci sarğı operasiyadan 6 – 7 gün sonra edilir. Sarğı zamanı tamponu əvvəlcə hydrogen-peroksidi ilə isladır, ağrıya, qanaxmaya səbəb olmamaq üçün onu ehtiyatla çıxarırlar.

Birinci sarğı zamanı tikişlərin yalnız yarısını (birini çıxarıb növbəti tikişi saxlamaq hesabı ilə), ikinci sarğıda isə qalanını çıxarırlar. Sonralar sarğı hər gün edilir, tamponu qulağa penisillin məhlulunda islatmaqla boş halda qoyurlar. Müalicə əsasında əmələ gələn qranulyasiyaları lyapisin 20%-li məhlulu ilə dağlayır, yaxud kyuretkla ilə çıxarırlar. Operasiyadan sonrakı dövrdə penisillin əvəzinə hidrokortizon işlədilməsi patoloji qranulyasiyaların qarşısını almağa yaxşı kömək edir. Yara birincili sağalma ilə qurtarır. Bu zaman irinaxma kəsilir (bu, nəticəsi yaxşı olan təsadüflərə aiddir).

Eşitməyə gəldikdə xəstələrin təqribən 80%-i həmin operasiyadan sonra eşitmə qabiliyyətini 50 – 40 db qədər itirir.

Bir sıra təsadüflərdə operasiyadan sonra qulaqdan irin ifrazının kəsilməsini və eşitmə qabiliyyətinin yüksək dərəcədə pozulmasını nəzərə alaraq Wullstein radikal operasiyadan sonra timpanoplastika adlı operasiya metodunu təklif etmişdir.

Bu operasiyanın prinsipi pozulmuş səs keçirməni bərpa etməkdir; o, böyük ya kiçik timpanal sistem yaratmağa əsaslanır, bu sistem funksional cəhətcə səs təzyiqinin transformasiyasına, yaxud oval pəncərəni ekranlamağa qabil olmalıdır: nadir hallarda bayır yarım dairəvi kanalda yeni pəncərə açılır.

Rəqs qabiliyyətinə malik qulaq pərdəsini bərpa etmək məqsədilə plastik yolla sərbəst transplantat tətbiq edir, yaxud qulaq pərdəsinin qalıqlarından (böyüklüyü kifayət qədər olarsa) istifadə edirlər. Bunun nəticəsində müxtəlif böyüklüyə malik qapalı təbil boşluğu alınmalıdır. Timpanoplastika yalnız eşitmə (Yevstax) borusunun mənfəzi yaxşı (açıq) olduqda müsbət nəticə verir. Elə buna görə də əvvəlcə onun halını öyrənmək, burun, burunudlaq və ağızudlağın sanasiyası zəruri sayılır.

Bu operasiyalardan son məqsəd eşitməni bərpa etmək olduğundan onlara bərpa və ya rekonstruktiv operasiyalar da deyilir. Timpanoplastikanın 5 tipi təklif olunmuşdur. Birinci 3 tiptən məqsəd səs təzyiqinin transformasiyasını bərpa etməkdir; 4 – 5-ci tiplər isə girdə pəncərənin səs proteksiyası prinsipini həyata keçirir.

Eksudativ orta otit

Xəstəliyin səbəbi məlum deyildir. Güman edirlər ki, ekssudativ orta otitin əmələ gəlməsində qrip, allergiya, kəskin orta otitin müalicəsində antibiotiklərin səmərəsiz tətbiqi, eşitmə borusunun funksiyasını pozan burun və burunudlaqda olan patoloji dəyişikliklər rol oynayır. Nəticədə təbil boşluğuna olan təzyiq azalır, ya mənfəi olur. Bu isə öz növbəsində təbil boşluğunda seroz, transsudat ya ekssudatın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Təbil boşluğunda olan maye seroz, selik ya həlməşik konsistensiyalı olur. Xəstə qulaqda doluluq hissi, küy, autofoniya, bəzən də ağrı qeyd edir. Ağır eşitmənin şiddəti dəyişilə bilər. Böyükklərdə xəstəlik birtərəfli olduğu halda, uşaqlarda ikitərəfli və daha da davamlı olur.

Yuxarıda söhbət orta qulağın kəskin ekssudativ otitindən gedirdi. Ekssudativ orta otitin xronik forması da ayırd olunur.

Prosesin xronik gedişində təbil pərdəsinin mütəhərrikliyi pozulur, eşitmə borusunun üfürülməsi effekt vermir. Proses uşaq yaşlarında başlanarsa, Şrapnel zarının içəri batması və atrofiyası zəminində vakuum və spontan perforasiya törənir. Bunun nəticəsində təbil boşluğunda xolesteatoma əmələ gəlir.

Xəstəliyin klinik mənzərəsi: təbil pərdəsi tutqun, qalınlaşmış olduğundan təbil boşluğunda olan mayeni müşahidə etmək çətin olur. Bəzi hallarda sarı-samanı rəngli mayenin səviyyəsini ayırd etmək mümkün olur (müayinəni lupaya operasiya mikroskopu ilə etməyi məsləhət görürlər).

D i a q n o z çətindir. Anamnezə əsaslanaraq, ağır eşitmənin nəqlədiyi xarakterli artmasını nəzərə almaq diaqnozun düzgün qoyulmasına kömək edir. Eşitmənin tez-tez müayinəsi onun üfürülmədən sonra yaxşılaşmaması, eşitmənin qəbuletmə dərəcəsinin başın vəziyyətindən asılı olması xəstəliyin tipik əlamətləridir (metodik göstərişdir)

N ə t i c ə. Patoloji ocağa kifayət qədər fəal təsir olunmadıqda eksudatın orqanizasiyasından çapıqlar və bitişmələr törənir.

M ü a l i c ə. İlk növbədə burunda, burunudlaqda olan patoloji dəyişiklikləri aradan qaldırmaq lazımdır. Allergiya etiologiyalı xəstəliklərdə antihistamin müalicəsi təyin edilir. Yüngül hallarda hidrokortizonun suspensiyası, pipolfenin 0,5% – 1%-li məhlulu, antibiotiklərin aerosolu (8 – 10 prosedur), naftizin damcıları ilə aparıldıqda müalicə müvəffəqiyyətli olur. Eşitmə borusunun kateterizasiyası və kateterlə təbil boşluğuna dərman maddələrinin yeridilməsi yaxşı nəticə verir. Dərmanlardan hidrokortizon emulsiyası, aloe və lidaza istifadə olunur.

Xəstəlik uzun müddət davam edərsə timpanopunksiyaya, mirinqotomiyaya, yaxud timpanotomiyaya müraciət olunur.

Orta qulağın vərəmi

Orta qulaqda vərəm prosesi ikincili olaraq meydana çıxır və vərəm çöpu ilə törədilir. Qulaqda ilkin proses son dərəcə az rast gəlinir. Xəstəlik orqanizmin başqa vərəmli fokuslarından hematogen yolla əmələ gəlir.

S i m p t o m l a r. Proses əvvəlcə özünü heç nə ilə biruzə vermir, orta qulağın adi iltihab prosesinə xas olan nə ağrı, nə də temperaturun yüksəlməsi müşahidə olunmur. Lakin perforasiya əmələ gələndən bir neçə gün qabaq xəstələr qulaqlarda küydən, eşitmə qabiliyyətinin zəifləməsindən şikayətlənirlər ki, bu da getdikcə şiddətlənə bilər.

Təbil pərdəsinin çoxlu perforasiyası və tez dağılması vərəm otiti üçün tipik hesab olunur. Irində Kox çöpləri həmişə tapılmaz. Sekresiyanın miqdarı müxtəlif ola bilər və proses məməyabənzər çıxıntıya keçə bilər.

Vərəm mastoiditləri adi mastoiditlərə xas olan gedişə malik olur (ağrılar, subperiostal abses).

G e d i ş i xroniki olur. Kəllədaxili ağırlaşmalar az müşahidə olunur.

P r o q n o z əsas xəstəlikdən asılıdır.

D i a q n o z. Çoxlu perforasiyalar olduqda diaqnostika çətin deyildir. İrinin vərəm bakterlərinə və qranulyasiyaların tipik (nəhəng hüceyrəli) tuberkulumlara görə müayinəsi diaqnostikaya böyük köməkdir.

M ü a l i c ə. Xəstəliyin əsas müalicəsi aminoqlikozid qrup antibiotikləri (PAST, streptomisin və s.), ümumi möhkəmləndirici terapiya mühüm rol oynayır. Yerli müalicə qulağın tualetindən və streptomisin üfürmədən ibarətdir.

DAXİLİ QULAĞIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Daxili qulağın xəstəlikləri iltihabi və qeyri-iltihabi, yaxud atrofik-degenerativ labirintitlərə ayrılır.

Labirintdə iltihab prosesləri timpanogen, meninqogen, hematogen yolla əmələ gəlir, lakin bir qanun kimi kəskin xronik irinli otitlər zəminində müşahidə olunur. Labirintitin tez-tez əmələ gəlməsi timpanogen yolla olur. İnfeksiyanın daxilolma yolları aşağıdakılardır: 1) hər iki pəncərə, əksərən oval pəncərə; 2) labirintin sümük kapsulunda əksərən bayır yarım dairəvi kanalda əmələ gələ bilən fistul; 3) orta qulağı daxili qulaq ilə birləşdirən qan damarları və nəhayət; 4) zədələnmələr – radikal operasiyalarda baş verən üzəngi çıxışı.

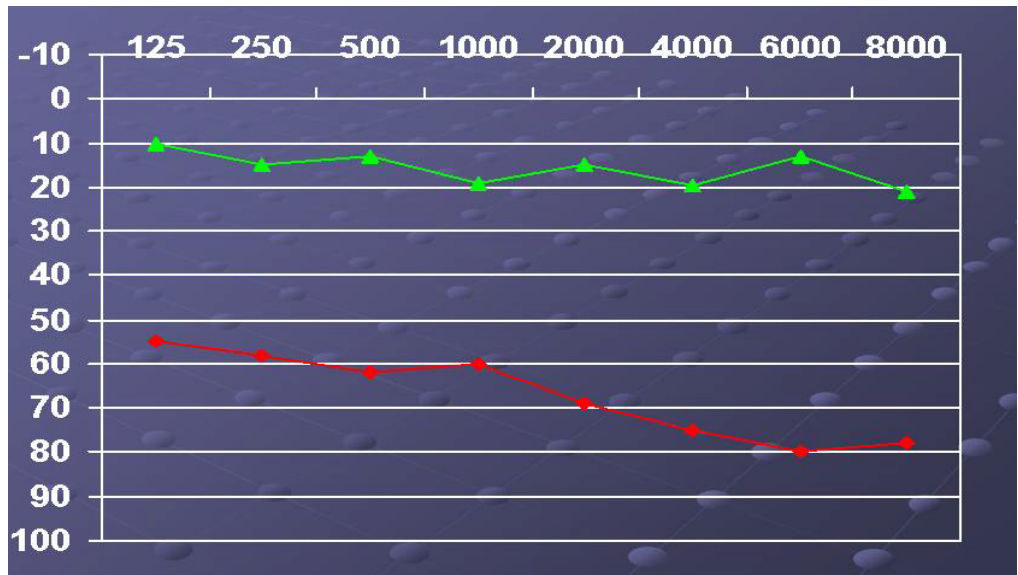
Məhdud, yaxud diffuz, seroz və irinli labirintitlər, ayırd olunur.

M ə h d u d l a b i r i n t i t, adətən, orta qulağın xronik irinli prosesi zəminində, labirintitin sümük kapsulunun xolesteatoma ya qranulyasiyaedici ostit ilə arrosiyası zamanı əmələ gəlir. Fistul əksərən bayır yarım dairəvi kanalda əmələ gəlir; təbil boşluğunun içəri divarında fistul nadir halda tapılır.

Məhdud labirintitin simptomları nəzərə çarpmadan meydana çıxaraq hələ fistul əmələ gəlməmiş müşahidə olunur, özünü yüngül başgicəllənmə şəklində biruzə verir. Yarılma başverməklə kanalın sümük divarında fistul meydana çıxır. Klinik cəhətcə xəstəlik fistul simptomuna əsasən təyin olunur; xarici qulaq keçəcəyində hava sıxlaşdıqda xəstə qulaq tərəfə, seyrəldikdə isə sağlam tərəfə nistaqm olur. Fistul əmələ gəlməsilə başgicəllənmə güclənir; mədə bulanması və qusma olur.

Labirintin pəncərələr vasitəsilə bakterial invaziyası, yaxud ona bakterial toksinlərin təsiri ilə həmişə diffuz seroz ya irinli labirintit əmələ gəlir. Labirintitin bu forması əksərən kəskin orta otitlər, yaxud xronik proseslərin kəskinləşmələri zamanı müşahidə olunur. Seroz iltihab bakteriyaların toksinləri ilə törədilib, adətən, kəskin otit müşahidə olunduğu halda irinli proses bakteriyaların özləri ilə törədilir, həm də xəstəliyin törədiciləri labirinti massiv surətdə doldura bilər.

Seroz labirintitlər vestibulyar simptomlar (başgicəllənmə, mədə bulanması, qusma, müvazinətin pozulması) şəklində meydana çıxır ki, bu əlamətlər az və ya çox şiddətli olur. Spontan nistaqm, adətən, xəstə tərəfə olur. Eşitmənin zəifləməsi səsi qəbuletmə tipində olur (şəkil 40). Bəzən tam karlıq da olur.



Şəkil 40. Otokleroz zamanı alınmış audioqram.

Diffuz irinli labirintin kəskin və xronik irinli otit zamanı müşahidə olunur; o, labirintin ən təhlükəli və ağır zədələnməsidir. Xəstəlik coşqun sürətdə başlanır.

Proses patoloji anatomik cəhətcə labirinti leykositlərlə zəngin ekssudatın doldurulması ilə xarakterizə olunur. Bütün bunlar zarlı labirinti sürətlə dağıdır, nəticədə xəstə qulaq eşitmə (tam karlıq).

Diffuz irinli labirintitin diaqnostikasında Veber təcrübəsinə qiymət verərkən səs lateralizasiyasının xəstə qulaqdan sağlam qulağa yerdəyişməsi çox kömək edir. Vestibulyar aparat tərəfindən pozulma simptomu sağlam tərəfdə spontan nistaqm (funksiyadan qalma) şəklində meydana çıxır. Labirintit olduqda üz sinirinin parezi, ya iflici az rast gəlinmir, bu, labirintlə sinirin yaxın qonşuluğu ilə izah olunur.

Labirintitin ayrı-ayrı formalarında proqnoz müxtəlif olur.

Məhdud irinli labirintit zamanı proses yüngülləşdirici operasiyalardan (kəskin otitlərdə mastoidotomiya, xronik otitlərdə radikal operasiya) sonra geriyyə inkişaf edə bilər.

Diffuz seroz labirintit zamanı proqnoz diffuz irinli labirintitdəkindən yaxşı olur. Axırncı formada bəzən kəllədaxili ağırlaşmalar tez-tez müşahidə olunur.

Eşitmə qabiliyyətinin bərpa olunması cəhətcə proqnoz şübhəli, bir sıra təsadüflərdə isə, ümumiyyətlə pisdır.

Müalicə vaxtında aparıldıqda proqnoz yaxşı olur.

Labirintitlərin müalicəsi konservativ və cərrahi olur. Müalicə zamanı, hər şeydən əvvəl, xəstəyə tam rahatlıq yaratmalı, palata isə qaranlıq olmalıdır. Antibiotikləri və sulfanilamidləri massiv dozalarda təyin etmək lazımdır. Pəhriz yüngül, vitaminləşdirilmiş olmalıdır.

Diffuz labirintitlərin müalicə praktikasına antibiotiklər daxil edilməzdən əvvəl orta qulaqdakı ilkin ocağın eliminasiyasından başqa labirintin üstünü açırdılar. Hazırda irin mənbəyini ləğv etmək üçün orta qulaqda yüngülləşdirici operasiya ilə kifayətlənirlər. Bundan sonra təyin edilən antibiotik müalicəsi labirintitin ləğv olunmasında çox vaxt yaxşı nəticələr verir. Yalnız meningial əlamətlərin meydana çıxması labirinti dərhal operasiya etməyi tələb edir.

Qeyd etmək lazımdır ki, məməyəbənzər çıxıntıda operasiyaları çəkinsiz, yəni V.İ.Voyaçek üsulu ilə iskənə vasitəsilə etmək tələb olunur. Müalicənin müvəffəqiyyəti xəstəliyə vaxtında diaqnoz qoymaqdan və deməli, vaxtında operasiya etməkdən asılıdır. Onurğa beyin mayesini dinamik müayinə etmək lazımdır.

Meningogen labirintit timpanogen labirintitə nisbətən az rast gəlinir, körpə uşaqlarda epidemik serebrospinal meningit zamanı müşahidə olunur. Daxili qulağa infeksiya subaraxnoidal sahədən daxili qulaq keçəcəyi və ilbizin su kəməri ilə keçir. Xəstəliyin törədicisi meninqokokklardır.

Simptomların timpanogen labirintitlərdəkinə nisbətən qabarıq olmasına baxmayaraq xəstəliyə diaqnoz qoymaq çətindir.

Xəstəlik çox vaxt gedişi ağır olan meningitlərdə sağalma ilə qurtarır.

Əgər xəstəlik ölümə nəticələnməzsə karlıq ilə qurtarır.

Diaqnoz, adətən, sağaldıqdan sonra (tam karlıq və labirint funksiyasının sıradan çıxması) qoyulur.

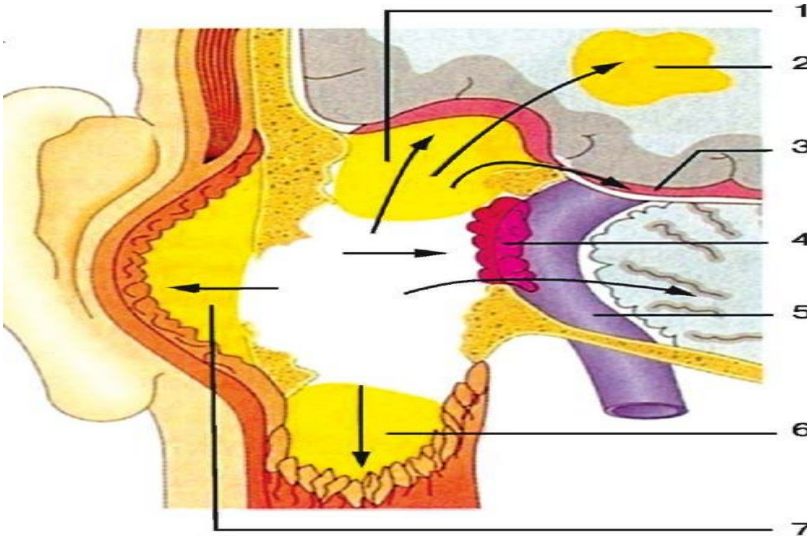
Hematogen labirintitlər son dərəcə az rast gəlinir. Onlar infeksiya xəstəlikləri nəticəsində meydana çıxır. Orta qulaqda iltihab prosesləri olmur. Adətən, hər iki qulaq xəstələnir, gedişi kəskin olur, labirintitin hər iki funksiyası tamamilə sıradan çıxır.

Müalicə. Rahatlıq, antibiotiklər, sulfanilamidlər təyin edilir.

Hazırda orta qulaqda olan irin mənbəyini ləğv etmək məqsədilə ancaq yüngülləşdirici operasiya ilə kifayətlənirlər (mastoidektomiya və yaxud radikal operasiya).

OTOGEN KƏLLƏDAXİLİ AĞIRLAŞMALAR

İnfeksiyanın kəllə boşluğuna daxilolma yolları müxtəlifdir. İnfeksiyanın orta qulaqdan kəllə boşluğuna ən çox təbil boşluğunun və mağaranın damından (onlar xolesteatoma ilə dağılmış olduqda) daxil olur. Lakin, haqqında qulağın anatomiyası bəhsində məlumat verilmiş anadangəlmə dehisensiyaların əhəmiyyətini də inkar etmək olmaz (şəkil 41).



Şəkil 41. Otogen kəllədaxili ağırlaşmalar.

- 1 – ekstradural abses; 2 – beyinin absesi; 3 – subdural abses, meningit;
4 – S-əbənzər cibin flebit və tromboflebiti; 5 – S-əbənzər cib;
6 – Betsold mastoiditi; 7 – subperiostal abses.**

Buradan kəllənin orta çuxuruna keçən infeksiya müxtəlif ağırlaşmalar verə bilər.

Kəllənin arxa çuxuruna infeksiyanın yayılması, məməyəbənzər çıxıntı hüceyrələrinin və onun içəri divarının ardıcıl surətdə dağılması zamanı baş verir. Həmin divar ilə s-ə bənzər cib arasında irin toplanması bu təsadüflər üçün xarakterik sayılır və perisinuoal absesin törənməsinə səbəb olur. Çox vaxt bunun nəticəsində irinli sinusflebit əmələ gələ bilər. S-ə bənzər sinusun daxili divarı ilə infeksiyanın kəllənin arxa çuxuruna yayılması sonralar irinli leptomeningitin, yaxud beyincik absesinin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Kəllə boşluğuna infeksiya habelə hematogen və labirintogen yolla keçə bilər. İnfeksiya labirintogen daxilolma təsadüfündə daxili qulaq keçəcəyi, ilbizin və dəhlizin su kəmərləri ilə yayılır.

Körpə uşaqlarda kəllədaxili ağırlaşmalar az rast gəlinir. Bu, intrakranial ağırlaşmaların əmələ gəlməsində bitişməmiş perforasiya yarıqlarının az əhəmiyyətə malik olduğunu göstərir.

Kəllədaxili ağırlaşmaların bu növləri ayırd edilir: 1) ekstradural abses və subdural abses; 2) otogen seroz və irinli leptomeningit; 3) sinustromboz, otogen septikopiyemiya; 4) beyinin və beyinciyin absesləri.

Ekstradural abses (Abscessus extraduralis)

Ekstradural abses həm kəskin, həm də xronik irinli orta otitlərin ağırlaşmalarıdır. Kəskin irinli otit zamanı ekstradural abses məməyabənzər çıxıntı hüceyrələri prosesə cəlb olunarkən müşahidə olunur. Xəstəliyin sonrakı inkişafında proses məməyabənzər çıxıntının daxili divarını s-ə bənzər sinus cib nahiyəsində dağdır və irin sinusun divarına keçərək onu örtür (perisinuoza abses).

Bu, ekstradural absesin ən tez-tez rast gəlinən növüdür. İnfeksiya kəllənin orta çuxuruna keçərkən (əksərən xolesteatomlarda) irin məməyabənzər çıxıntının daxili divarı ilə beyinin sərt qışası arasında yığılıb ekstradural abses əmələ gətirir.

Əksərən ekstradural absesi operasiya müddətində aşkar olunur, bu zaman bir çox təsadüflərdə sinus ya beyinin sərt qışası sanki irində üzür. Bu cəhət həmin xəstəliyin son dərəcə cüzi simptomatikaya malik olduğunu göstərir.

Simptomların tipikləri az, özləri isə qeyri-inandırıcı olur. Ən daimi simptom ekstradural absesin patoloji proses olan tərəfdəki baş ağrısıdır. Bu ağrı gecələr olur. Məməyabənzər çıxıntının arxa kənarında təzyiqdən ağrı törənir. Xronik proseslərdə, yaxud kəskin proseslərin gec mərhələsində qulaqdan irinaxmanın qəflətən güclənməsi müəyyən dərəcəyədək ekstradural abses olduğunu göstərir; bu zaman otorreyanın güclənməsi absesin birdən-birə orta qulaq boşluğuna yayılması ilə izah olunur. Temperatur subfebril ola bilər.

Yuxarıda göstərilənlərdən aydın olur ki, diaqnozu təyin etmək çətindir və o, adətən, operasiya zamanı müəyyən edilir: əksərən təsadüfi olaraq fistul, yaxud kəllənin orta ya arxa çuxurunun daxili divarının tamamilə ərیمیş olduğu tapılır.

Operasiya vaxtında edildikdə p r o q n o z yaxşıdır.

M ü a l i c ə cərrahi yolla, həm də prosesin xarakterindən asılı olaraq mastoidektomiya ya qulağı radikal operasiya edib beyinin sərt qışasının və sinusun prosesə tutulmuş hissəsini (sağlam toxumaya qədər) geniş açırlar. Bununla bərabər antibiotiklər və sulfanilamidlər ilə müalicə aparırlar.

Otogen leptomeningit (Leptomeningitis otogenica)

Otogen meningiti streptokokklar, əksərən hemolitik streptokokk, stafilokokk, pnevmokokk, diplokokk və s. törədir.

Xəstəlik subaraxnoidal sahəyə infeksiyanın keçməsi nəticəsində meydana çıxır.

İnfeksiyanın yolları timpanogen, labirintogen və hematogen olur. Birincidə kəllə boşluğuna infeksiya kontakt yolu ilə, yəni təbil boşluğunun və magaranın damındakı fistul yolları ilə daxil olur ki, bu da məlum olduğu kimi xolesteatomanın dağıdıcı təsirinin nəticəsidir. Belə hesab edirlər ki, proses xronik irinli otitin kəskinləşməsindən sonra baş verir. Labirintogen yolla əmələ gələn meningitlər başqa kəllədaxili ağırlaşmalara nisbətən tez-tez rast gəlinir. Kəskin orta irinli otit zamanı meningitlər hematogen yolla əmələ gəlib ən qorxulu xəstəlik hesab olunur. Nəhayət, otogen meningitin beyin və beyincik absesinin, subdural absesin yan mədəciyə, yaxud hörümçək torunabənzər qışaaltı sahəyə açılması nəticəsində əmələ gəlidiyi təsadüflər də olur.

Xəstəliyin patoloji anatomik substratı beynin hörümçək torunabənzər və yumşaq qışaların iltihabı ilə əlaqədar olaraq xaric olan ekssudatdır. Ekssudat hörümçək torunabənzər qışa altına yığılaraq yumşaq qışanı infiltrasiyaya uğradır. Yumşaq qışanın zəngin vaskulyarizasiyası nəticəsində və hörümçək torunabənzər qışaaltı sahənin tutumu ilə əlaqədar olaraq ekssudasiyanın şiddəti və sahəsi müxtəlif olur. Sonralar bu, kəllədaxili təzyiqin artmasına aparıb çıxarır. Leptomeningit zamanı, adətən prosesə beyin maddəsi tutulduğundan meningit ilə yanaşı həmişə ensefalit təzahürləri də olur.

İnfeksiya orta qulaqdan keçdikdə proses kəllənin orta çuxurunda, labirintdən keçərkən isə arxa çuxurunda baş verir.

K l i n i k a. Otogen meningitin simptomatologiyası son dərəcə müxəlif və mürəkkəb olur. Bu, kəllədaxili təzyiqin artması, prosesin lakolizasiyası və infeksiyanın xarakteri ilə izah olunur. Meningitlərin terapiyasında antibiotiklərin tətbiqi simptomatologiyanı ört-basdır edir.

Xəstəliyin başlanması, adətən çoxun və qəflətən olur. Xəstənin ümumi halı çox ağır olur. Daha ağır təsadüflərdə huşun itməsi, sayıqlama baş verir. Ən tez-tez rast gəlinən subyektiv əlamət əziyyətli baş ağrısıdır ki, o, kəllədaxili təzyiqin artması (bu haqda əvvəlcə bəhs olunmuşdur) ilə izah olunur. Ağrı onda əhəmiyyət kəsb edir ki, onlarla yanaşı omada və arxada kürəkdə də ağrılar olsun (Fleyşman simptomu), çünki belə baş ağrıları başqa kəllədaxili ağırlaşmalarda və ümumiyyətlə, bir çox xəstəliklərdə də olur.

Azan sinirin qıcıqlanması nəticəsində nəbz əvvəlcə seyrəlik; sonralar nəbzın müşahidə olunan tezləşməsinə sinirin iflici kimi şərh edirlər. Xəstələrdə ağlağanlıq, yüksək oyanıqlıq (xüsusilə uşaqlarda), hiperesteziya qeyd olunur.

Onurğa beyni köklərinin qıcıqlanması nəticəsində ənsədə opistotonus dərəcəsinə çatan rigidlik (ifrat gərginlik) müsbət Kernik və Brudzinski simptomları meydana çıxır. Kəllədaxili təzyiqin artması və patoloji Babinski, Rossolimo, Oppenheym və Qordon refleksləri də olur.

Meningitin gedişi müxtəlif olur, bəzən o, çox sürətlə (“ildırım” kimi) davam edib tezliklə ölümə səbəb olur. Son dərəcə sürətli gedişə malik meningit

hematogen infeksiya zamanı müşahidə olunur. Başqa təsadüflərdə xəstəlik həftələr, hətta aylarla davam edə bilər. Xəstəliyin gec mərhələlərində xəstənin huşu itir; xəstə barmaqları ilə yorğanını araşdırır, bu hərəkət korların xüsusi kitab oxumaq ədasını xatırladır. Tənəffüs Çeyn-Stoks tipinə keçir və xəstə tələf olur.

Meningitin diaqnostikası həmişə asan olmur, çünki sadalanmış simptomların bir çoxları başqa kəllədaxili ağrılaşmalar zamanı müşahidə oluna bilər. Lakin otorreya olduqda mədə bulanması, qusma ilə bərabər Kerniq simptomu və ənsə əzələlərində rigidlik varsa, qətiyyətlə diaqnoz qoymaq olar.

Qanın analizi hiperleykositoz (20 – 30 min və daha çox) olduğunu göstərir. Neytrofillərin miqdarı 90%-ə çatır, sola nəzərə çarpan dönüş olmur. Burada lyumbal (bel) punksiya həlledici əhəmiyyətə malikdir, onu uzanmış vəziyyətdə etmək və 20 – 30 sm³-dən artıq punktata buraxmamaq tələb olunur. Normada punktata orta səviyyədə təzyiq (damcı-damcı) xaric olur, şəffaf və rəngsizdir. Meningit zamanı kəllədaxili təzyiq artmış olduğundan maye axınla çıxır, bulanıq olur.

Pandi, Nonne-Appelt zülal reaksiyaları meningit zamanı müsbət olur (zülal normada 0,2 – 0,5%-ə). Şəkərin miqdarı azalır (normada 0,5-dən – 0,75%-ə qədər). Sitoz artır.

Otogen meningitə diaqnoz qoyarkən epidemik serebrospinal meningiti və vərəm meningitini istisna etmək lazımdır. Birincidə onurğa beyin mayesinde meninqokokklar tapılır. Vərəm meningiti olduqda başqa üzvlər tərəfindən də vərəm əlamətləri olur; onurğa beyni mayesi şəffaf qalmaqla yüksək təzyiqə xaric olur. Punktata sınaq şüşəsində saxladıqda bir neçə saatdan sonra hörümçək toru şəklində fibrin laxtası əmələ gəlir. Vərəm çöplərini punktata təsadüflərin təqribən yarısında tapırlar.

Seroz və irinli meningitləri simptomlarına görə bir-birindən fərqləndirmək çətindir. Seroz meningit daha yüngül davam edir, pleositoz (serebrospinal mayədə qanın formalı elementlərinin artması) çox olmur (likvorun 1 mm³-də 10 – 20-dən artıq deyil). Lakin, nəzərə almaq lazımdır ki, seroz meningit asanlıqla irinli meningitə keçə bilər. İrinli meningit zamanı pleositoz bir neçə minə çata bilər.

Sulfanilamidlərin və antibiotiklərin müalicə praktikasına daxil edilməsi ilə meningitin proqnozu xeyli yaxşılaşmışdır: letallıq 10%-ə və daha aşağıya enmişdir. Xəstəliyin erkən diaqnostikası yaxşı nəticələrin sayını daha da artırır.

Xəstəliyin müalicəsi, hər şeydən əvvəl, ilkin ocağın eliminasiyasından (xronik prosesdə radikal operasiya və kəskin proses zamanı mastoidektomiya) və bunun ardınca kəllənin orta və arxa çuxurlarının sağlam toxumalar görünənə qədər açılmasından ibarətdir. Operasiya qurtardıqda yara boşluğuna antibiotiklər doldurulur və tamponlanır. Yara tikilmir. Sonrakı müalicə tez-tez lyumbal punksiyalar etməkdən və likvor (onurğa beyin mayesi) buraxmaqdan, xəstəlik ocağına antibiotiklər və sulfanilamidlər ilə təsir etməkdən ibarətdir. Penisillinin (təzə hazırlanmış kristallik penisillin 50 – 75 q miqdarında 2 ml fizioloji məhlulda həll edilir) onurğa beyni kanalına (intralyumbal) yeridilməsi

yaxşı nəticə verir. Son zamanlar sefolosporin və makrolid qruplar antibiotikləri daha geniş istifadə olunur.

S-əbənzər cibin tromboflebiti, otogen sepsis (Tromboflebitis sinus sigmoidei, septicopyaemia otogenica)

Xəstəlik həm kəskin, həm də xronik orta irinli otit zamanı eyni tezlikdə rast gəlinir. S-ə bənzər cibdə trombozun əmələ gəlməsinə səbəb infeksiyanın təbil boşluğundan cibin xarici divarına keçməsidir; infeksiyanın keçmə yolları ardıcıl olaraq belədir: məməyəbənzər çıxıntının az və ya çox böyüklükdə patoloji prosesə tutulmuş hüceyrə sistemi və onun ərimiş daxili divarı (şüşəyəbənzər divar).

S-ə bənzər cibin orta qulağa topoqrafik yaxınlığını alverişli şərait yaradan amil hesab edirlər. Az rast gəlinən və Kerner osteoflebiti adlanan patologiyada infeksiya yolları məməyəbənzər çıxıntının xırda sümük venalarıdır. Emissarium mastoidei-yə açılan bu venalar onun vasitəsilə infeksiyanı sinusa daxil edir. Başqa venoz ciblərin patoloji prosesə tutulması az rast gəlinir.

Sinusun mənfəzinə infeksiyanın daxilolma nəticəsi divar trombunun, sonra isə obturasion trombun əmələ gəlməsidir. Qanaxmanın yavaşması və infeksiyanın olması bu prosesə kömək edən amillərdir. Tromb s-ə bənzər cibdən vidaci venaya tərəf, yaxud yuxarıya sinusların qovuşmasına qədər yayıla bilər; o, steril qala, yaxud irinli parçalanmaya (dağılmağa) uğraya bilər; nadir hallarda trombun kanalı və qan dövrənin bərpası müşahidə olunur. Sinustrombozdan qabaq, demək olar ki, həmişə perisinüs absesin əmələ gəlməsi baş verir.

Trombun mərkəzi hissələrində gedən parçalanma zamanı onun hissəcikləri embol şəklində kiçik qan dövrəni sisteminə daxil olur və nəticədə ağciyərlərdə infarktın və absesin meydana çıxmasına səbəb olur. Embol böyük qan dövrəsinə daxil ola bilər, qaraciyərdə, oynaq kisələrində metastazlar əmələ gətirir.

Otogen sepsisin törədiciləri, hər şeydən əvvəl, hemolitik streptokokk, nisbətən az stafilokokk və pnevmokokk olur. Burada infeksiyanın virulentliyi böyük əhəmiyyətə malikdir. Ona əksərən böyük yaşlı uşaqlar tutulur.

S i m p t o m l a r. Hər şeydən əvvəl, qeyd etmək lazımdır ki, heç bir simptom üçün patognomonik deyil.

Sırf didaktik mülahizələrə əsasən sepsisin klinikasını piemik və septik formalara ayırmaq qəbul olunmuşdur. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, bir forma bir başqasına keçə bilər. Otogen sepsisin piemik forması daha tez-tez rast gəlinir. Onun fərqləndirici əlamətləri: 1) şiddətli üşütmə; o, gündə 2 – 3 dəfə təkrar olunub, 15 dəqiqədən 30 dəqiqəyədək davam edə bilər; 2) yüksək temperatur (40 – 41°), onun norma və ya normadan aşağı şiddətlə azalması ilə tərləmə. Bu zaman temperaturun dəyişmə amplitudu 5 – 6°-ya çata bilər (uşaqlarda şiddətli üşütmələr olmaya bilər); 3) bədən bütünü hissələrində (ağciyərlərdə, dərialtı gövşək birləşdirici toxumaya, oynaqlara, əzələlərə) metastazlar. Bu axırıncı əlamətlər həmişə olmur. Temperaturun yüksəlməsi və şiddətli üşütmə qana mikrobların və

ya onların toksinlərinin yeni porsiyasının daxil olması ilə törədilir. Nəbz tezləşmiş olur. Əgər temperatur endikdən sonra nəbz normalaşmırsa bu proqnostik cəhətcə pis əlamət sayılır.

Septik tipli gediş az rast gəlinir, lakin xəstənin ümumi vəziyyəti xeyli pis olur. Temperatur da yüksək rəqəmlərə qalxır, daimi (febris continua) xarakter daşıyır; üşütmə və tərləmə olmur. Piemik forma üçün xarakterik sayılan metastazlar əvəzinə daxili üzvlər tərəfindən septik təzahürlər: ednokardit, nefrit, hepatit, daxili üzvlərə, dəri altına, tor qışaya şoxlu qansızmalar müşahidə olunur, dalaq böyüyür. Bunu da qeyd etmək lazımdır ki, nadir hallarda sinustromboz qızdırmasız və simptomsuz davam edə bilər. Bu zaman yerli təzahürlər ya çox zəif, ya da ki, heç olmur.

G e d i ş v ə n ə t i c ə. Otogen sepsisin vaxtında diaqnoz qoyulub müalicə edilmiş təsadüfləri sağala bilər. Başlı-başına buraxıldıqda isə xəstəlik pis nəticələnir. Ölüm piemiya ya sepsis təzahürləri ilə, meningitdən, beyin absesindən, əksərən isə metastatik plevritdən, pnevmoniyadan, ağciyər qanqrenasından olur.

Ümumi və yerli simptomlar olduqda otogen sepsisin d i a q n o z u çətinlik törətmir. Piemiya zamanı titrətmə və çoxlu tərləmə ilə olan temperaturu və xəstəliyin septik formasında continua tipli temperaturu nəzərə almaq lazımdır. Bəzən mühüm Qrizinger simptomu – məməyəbənzər çıxıntının arxa kənarında emissarium mastoidei dəliyinin olduğu yerə müvafiq sahədə ödematoz şişkinlik müşahidə olunur və onun (buraxıcının) trombozunu göstərir. Boyuna təzyiq etdiqdə vidaci vena boyunca ağrılığın meydana çıxması trombun həmin venaya yayıldığını göstərir; bəzən burada tromb atma şəklində əllənilir. Voss simptomu, yəni auskultasiya zamanı xarakterik küyün olmaması, damar mənfəzi obturasiyaya uğradığından venada qan dövrəninə dayandığını göstərir. Otogen sepsisə diaqnoz qoymaqda hemoqrammanın və qanın bakterioloji müayinəsinin əhəmiyyəti az deyildir.

Qanın müayinəsi hemoqlobinin və eritrositlərin azaldığını, rəng göstəricisinin kiçildiyini göstərir. Leykositoz (15000 – 18000), anezoinofiliya, neytrofillərin sola dönüşü, limfopeniya qeyd olunur. Ağır təsadüflərdə limfositlərin miqdarı azalaraq 4 – 5%-ə enir, cavan formalar və mielositlər tapılır. Eritrositlərin çökmə reaksiyası sürətlənmiş olur.

Otogen sepsis ilə malyariya, pnevmoniya, miliar vərəm, qarın yatalağı və qayıtma yatalağı, qulaq seyvanının qızılyeli arasında diferensiasiya aparılmalıdır.

Otogen sepsisin müalicəsini cərrahi müdaxilə (operasiya) ilə başlayırlar. Kəskin proseslərdə antrotomiya, xronik xəstəlikdə isə radikal operasiya edirlər.

Məməyəbənzər çıxıntının bütün hüceyrələrini diqqətlə yardıqdan sonra s-ə bənzər cibin divarı geniş açılır. Bir sıra təsadüflərdə bunu patoloji prosesin öz gedişi edir; belə təsadüflərdə, adətən, perisinuoal abses də müşahidə olunur. Sinustromboz zamanı cibin (sinusun) bəzən müşahidə olunan dəyişilməmiş xarici divarı aldadıcı və yanlışlığa, qeyri-düzgün şərhlərə səbəb ola bilər

Sinusun punksiyasına yalnız sepsis aşkar olunduqdan sonra müraciət olunur. Adətən, gözləmə taktikası tətbiq olunur: əgər operasiyadan sonrakı yaxın 2 – 3 gün ərzində prosesin gedişində sağalmağa doğru dönüş əmələ gəlməzsə aseptikaya ciddi əməl etməklə cibin punksiyasına başlamaq lazımdır: operasiya boşlugunu (yaranı) hidrogen-peroksidi ilə yuyub cibin divarını və iynəni yodla təmizləyirlər (dezinfeksiya).

İynəni cibin divarına iti bucaq üzrə yeridirlər. Punksiyanın nəticələri belə ola bilər: 1) şprisdə qan görünməsi, bu, cibdə tromb olmadığı demək deyil; tromb parietal (divar trombu), yaxud vidaci venanın sağanağında ola bilər; 2) şprisdə qanın olmaması trombon olduğunu göstərir; 3) şprisdə irin olması trombon irinli əriməsini göstərir.

Cibdə obliterasiyaedici tromb tapıldıqda onu xaric edirlər. Bu məqsədlə cibin xarici divarının bir hissəsini tromb böyüklüyündə kəsib götürürlər. Bu qayda ilə üstü açılmış trombu qaşiq və ya pinset ilə çıxarırlar.

Cibdə irinli əriməyə uğramış tromb olduqda da onu bu qayda ilə yarırlar. Vidaci venada tromb olduqda ona liqatur qoyulur.

Qeyd etmək lazımdır ki, trombon ancaq mərkəzi hissəsi xaric olunmalıdır: onun hər iki ucuna toxunmurlar. Lakin sonra antibiotiklər ilə aparılan müalicə nəticə verməzsə, trombu tamamilə çıxarmaq lazımdır. Bu məqsədlə sümük yaranı əvvəlcə hər iki tərəfə genişləndirlər.

Təsvir edilmiş cərrahi müalicənin məqsədi ilkin ocağı (mənbəyi) eliminasiya etməkdir, bununla infeksiyanın qana yenə keçməsinə son qoyulur. Aydındır ki, xəstələri bununla birlikdə antibiotiklər və sulfanilamidlər (böyük dozalarda) ilə müalicə edirlər. Otogen sepsisli xəstələrdə hipovitaminozun asan əmələ gəldiyini nəzərə alaraq onlara vitaminlər, o cümlədən vitamin C ilə zəngin qida təyin edilir. Antikoagulyantlar, məsələn, heparin (venaya 2%-li məhluldan 2 – 5 ml) ya dikumarin (0,1 – 0,2, gündə bir poroşokdan 2 dəfə) təyin edilməsi də məsləhət görülür. Metastazlar olduqda müalicə ümumi cərrahlıq qaydaları ilə aparılır. Aydındır ki, düzgün təşkil olunan qulluq və qidalanma xəstəliyin gedişinə müsbət təsir göstərir.

Beyinin və beyinciyin otogen absesi (Abscessus cerebri et cerebelli)

Xəstəlik başqa kəllədaxili ağırlaşmalara nisbətən xeyli az rast gəlinir. Əksərən bu ağırlaşmaya səbəb xolesteatomalı xronik epitimpanitlər olur. Kəskin otitlərin uzanan formaları beyin absesi ilə ağırlaşa bilər. Otogen beyin abseslərinin adi lokalizasiyası onun gicgah payı və beyincikdir. Bu, beyinin şöbələrinin xəstə qulaqla yaxın qonşuluğu ilə izah olunur. Infeksiyanın (əksərən streptokokklar (bəzən anaeroblar və stafilokokklar ilə birlikdə), nadir hallarda stafilokokklar, başqa kokklar da tapılır) yayılma yolları başqa kəllədaxili ağırlaşmalarda olduğu kimidir.

Beyinciyn absesləri əksərən s-ə bənzər cibin trombozunda və labirintin patologiyasında müşahidə olunur. Bəzən beynin kontralateral absesləri də müşahidə olunur. Onların əmələ gəlməsini otogen septikopiyaya zamanı olan metastazlar ilə izah edirlər. Nadir hallarda çoxlu abseslər də müşahidə olunur. Abseslər kapsullu olur, yaxud yayılmış xarakter daşıyır. Onların böyüklüyü müxtəlif olub, nə vaxt əmələ gəldiyi müddətdən (təzə, köhnə) asılı olur. Abseslərin böyüməsi mədəciklərə və subaraxnoidal sahəyə doğru olur.

Vaxtında diaqnoz qoyulmamış abseslər mədəciklərə və subaraxnoidal sahəyə yarılib (açılıb) çox iti gedişli meningit törədərək letal nəticə verir.

S i m p t o m l a r. Beynin otogen absesinin müxtəlif simptomlara malik olması onun diaqnostikasını çətinləşdirir. Onun klinikasını daha yaxşı anlamaq üçün inkişafında 4 mərhələ ayırılır:

- 1) başlanğıc və ya inisial mərhələ;
- 2) gizli və ya latent mərhələ;
- 3) aşkar və ya manifest mərhələ;
- 4) son və ya terminal mərhələ;

Lakin qeyd etmək lazımdır ki, belə mərhələli mənzərə həmişə rast gəlinmir; elə təsadüflər müşahidə olunur ki, başlanğıc mərhələ gizli mərhələ olmadan aşkar fazaya keçir, yaxud xəstəliyin manifest mərhələsi qabarıq olmur. Başlanğıc mərhələ uzun sürmür və başağrıları, qusma, bəzən subfebril temperatur şəklində meydana çıxır. Gizli mərhələ həftələr, hətta aylarla davam edə bilər. Bu mərhələnin yüngül keçməsinə baxmayaraq otitin ağırlaşmasını güman etmək mümkün olur, iştahanın olmaması və arıqlama, ağızdan iy gəlməsi, qəbizlik, üzün torpaq rəngində olması, yuxusuzluq, tez yorulma və işləmək həvəsinin olmaması.

Beyin absesi, adətən, aşkar mərhələdə müəyyən olunur ki, bunların da 3 qrup xarakterik əlamətləri olur: 1) ümumi simptomlar; 2) ümumi beyin simptomları və beyində artmış təzyiqin simptomları; 3) məhəllili beyin simptomları.

Ümumi simptomlara başağrısı, mədə bulanması, qusma, inadkar qəbizlik, bəzən temperaturun yüksəlməsi aiddir.

Ümumi beyin simptomları : başın müəyyən hissəsində yerləşən bəzən diffuz xarakter daşıyan dözülməz başağrısı yalnız başı tıqqıldatdıqda əmələ gələn ağrı absesin lokalizasiyasını bir qədər düzüst göstərə bilər. Psixikanın pozulması qeyd olunur ki, bu da apatiya, yuxuculuq, xəstənin huşunun tormozlanması şəklində meydana çıxır (huşun tamamilə itməsi qeyd olunmur). Bəzən eyforiya ya ifrat çərxənçilik müşahidə olunur.

Beyin təzyiqinin artması simptomlarına bradikardiya və göz dibinin dəyişiklikləri: neuritis optica və ya papilla oedematosa aiddir. Bu simptomların hər ikisi daimi olmadığından onların yoxluğu beyin absesinin olmadığını göstərə bilməz, həm də irinli orta otitlərin müalicəsindən işlədilən antibiotiklərin

təsirindən bu iki simptom səlisliyini (aydınlığını) itirir, bu səbəbdən beyin abselərinin diaqnostikası daha da çətinləşmiş olur.

Məhəlli beyin simptomları böyük əhəmiyyətə malikdir. Burada, hər şeydən əvvəl, sensor afaziyanın müxtəlif növlərini göstərmək lazımdır; onlar abses yalnız sol gicgah payında (Broka danışmaq mərkəzi) yerləşərkən müşahidə olunur. Afaziyanın ən tez-tez rast gəlinən forması amnestik afaziyaadır: xəstə göstərilən əşyanı tanıyır, lakin adını deyə bilmir. Optik afaziya zamanı xəstələr əşyanı yalnız əllədikdən, yaxud müvafiq səsi eşitdikdən sonra tanıyırlar. Hərəkəti (motor) afaziyaada isə xəstələr sözləri başa düşür, lakin təkrar edə bilmirlər. Afaziyanın bu formaları abses sağ yarımkürədə olduqda, habelə solaxaylarda rast gəlinir. Beyin absesi ətraflarda çarpaz parezlərə və ifliclərə qıcıqlamalara səbəb olur.

Beyinciyn abselərində müşahidə olunan məhəlli simptomlara beyincik ataksiyası, başgicəllənmə, dayanarkən və yeriyərkən müvazinətin pozulması aiddir. Adiadohokinez, barmaq-burun sınağında yanılma (“yan vurma”, “hədəfə düşməmə”) müşahidə olunur, yana yerləş də pozulur. Xəstə tərəfə böyük amplitudlu nistaqm qeyd olunur.

Beyincik abselərinin uzaq nəticələri bunlardır: baxışın parezi və iflici, gözlərin məcburi meyllənməsi (dönüşü), nitqin, udmanın və tənəffüsün pozulmaları.

Beyin absesinin aşkar mərhələsi 1 – 3 həftə, sonra son mərhələ gəlir ki, bu da az müddət davam edir. Absesin mədəciklərə yaxud beyin qışalarına doğru partlaması ilə törədilir. Bunun nəticəsində diffuz irinli meningit mənzərəsi və ölüm baş verir.

Məhəlli simptomlar olmadıqda beyin və beyincik abselərinin diaqnostikası çətinlik törədir. Müasir metodların tətbiqi, yəni EEG (elektroensefaloqrafiya, xüsusən arterioqrafiya, həmçinin – ventrikuloqrafiya) diaqnoza kömək edir.

Beyin abseləri ilə irinsiz ensefalit (simptomları tez dəyişilir və keçib gedir), araxnoidit (gedişi yavaş olub remissiyalıdır, qan və onurga beyni mayesi normal olur) və meningit arasında diferensiasiya aparılmalıdır.

Proqnoz həтта indi – güclü müalicə vasitələrinin (antibiotiklərin, sulfanilamidlərin) olduğu bir zamanda çox ciddidir. Vaxtında edilən operasiya xəstələrin əksəriyyətini (bizim son nəticələrimizə görə 80%-ə yaxın) ölümdən xilas edir.

Sağalma, tam, yaxud anatomik və funksional qüsurlar ilə bərabər hissəvi ola bilər.

Müalicə yalnız cərrahi yolla, həm də vaxtında aparılmalıdır. Qulaqdakı ilkin patoloji ocağın eliminasiyasından sonra kəllənin orta və ya arxa çuxurunun (irinliyin lokalizasiyasına görə) sərt beyin qışasını geniş açır və beyni punksiya

edirlər (iynəni 4sm-dən artıq dərinliyə yeritmək olmaz). İrinliyi tapdıqda onu iynənin

Üzərindən ensiz skalpel ilə yarırırlar. Absesin irini xaric olduqdan sonra boşluğu hidrogen-peroksidlə yuyur, ehtiyatla qurudur, içərisinə penicillin doldururlar, abses boşluğunun drenajı üçün əlcəkdən kəsilmiş rezin zolaqdan istifadə edirlər. Zolağın sərbəst ucuna ipək sap bağlayırlar. Sovet müəllifləri beyin abseslərinin “əsirgəyici” müalicə metodunu hazırlamışlar. Həmin metod bundan ibarətdir: bir-birindən ayrı iki kanaldan ibarət xüsusi kanyula ilə absesin punksiyasından və irin tapıldıqdan sonra abses boşluğunu hidrogen-peroksidlə yuyur və onu penisillin məhlulu ilə doldururlar. İrin abses boşluğundan çıxana qədər bu manipulyasiyanı davam etdirirlər. Münasib şəraitdə hər iki müalicə metodu sayəsində irin yox olur və sağalma baş verir.

Bəzən sağalmadan sonra beyin toxuması yırtıq şəkildə yaraya girir; bu, ensefalitin əlamətidir. Ensefalit ləğv edildikdə bu da aradan qalxır.

Aydınır ki, cərrahi müalicə ilə yanaşı xəstəyə yüksək dozalarda antibiotiklər təyin edilir, eyni zamanda dehidratasion müalicə (venaya çoxlu miqdarda hipertonik qlükoza məhlulu yeridilir) aparılır. Operasiyadan sonra xəstə uzun müddət yataq rejimində olmalıdır.

Sağaldıqdan sonra xəstə bir il ərzində nəzarət altında olmalıdır (residiv baş verə bilər).

Otogen araxnoidit (Arachnoiditis otogeniüca)

Otogen ağrılaşmaların qeyri-irinli formaları arasında araxnoiditlər diqqəti xüsusilə cəlb edir. Bu xəstəlik subdural və subaraxnoidal sahələrdə seroz iltihabdan ibarətdir.

Araxnoidit m ə h d u d və d i f f u z ola bilər (N.N.Usoltsev diffuz araxnoiditi ayrıca nozoloji forma kimi ayırmağı lazım bilmir). Araxnoiditin etiologiyasında, ümumiyyətlə, travma, subaraxnoidal qansızmalar, kəskin və xronik ümumi infeksiyalar rol oynayır. Otogen araxnoiditlər isə subaraxnoidal sahəyə qulaqdan, az virulentli mikrob florasının və ya toksinlərin keçməsi nəticəsində meydana çıxır. Güman edirlər ki, otogen araxnoidit allergiya nəticəsində də əmələ gələ bilər.

P a t o l o j i - a n a t o m i k nöqteyi-nəzərdən araxnoiditin iki əsas: yapışan və sistoz tipləri ayırd olunur. Araxnoiditin s i m p t o m a t o l o g i y a s ı bir sıra amillərdən asılıdır; burada prosesə səbəb olan əsas xəstəliyin xarakteri, patoloji prosesin forması, gedişi, onda ensefalitin iştirakı və patoloji dəyişikliklərin lokalizasiyası rol oynayır.

Araxnoiditin gedişi həm kəskin, həm də xroniki formada ola bilər; bəzən kəskinləşmələr olur. Kəllənin arxa çuxurunda yerləşən məhdud formalar daha tez-

tez rast gəlinir. Həm kəskin, həm xronik araxnoidit zamanı xəstəliyin simptomları diffuz leptomeningitdəki kimidir.

Burada, hər şeydən əvvəl, kəllədaxili hipertenziya təzahürləri: şiddətli başağrısı, qusma, başgicəllənmə, bəzən bradikardiya olur.

Prosesin subkəskin gedişində və ya az kəskinləşməsi baş verdikdə məhəlli simptomlar daha qabarıq olur; onlar prosesin kəllənin arxa çuxurunda getdiyini göstərir. Beyin sinirlərindən V, VI, VII və VIII cüt sinirlər patoloji prosesə daha tez-tez tutulur.

Vestibulyar pozulmalar, adətən, koxlear pozulmadan üstün olur. Bəzən öz istiqamətini dəyişən spontan nistaqm qeyd olunur. Onurğa beyni mayesi böyük təzyiqlə xaric olur. Sitoz 1 mm^3 -də 15 – 50 hüceyrə, zülalın miqdarı azca artmış olur.

G e d i ş i yavaş, həm də remissiyalarladır. Qan dəyişikliyə uğramır.

Otogen araxnoiditin d i a q n o z u çox çətindir. Araxnoidit ilə beyin absesi arasında diferensiasiyanın böyük əhəmiyyəti vardır. Qulaqda proses sönərkən, yaxud hətta o sağaldıqdan sonra başlanma araxnoidit üçün xarakterik sayılır; o, həm də sümük destruksiyası ilə müşayiət olunmayan, yaxşı gedişli qulaq xəstəlikləri zamanı meydana çıxır. Araxnoidit əksərən birdən-birə yüksək temperaturla prodromal dövr olmadan başlanır. Xəstənin arıqlaması qeyd olunmur (beyin abseslərində bunlar olmur). Araxnoiditi beyin şişi ilə qarışıq salmaq asandır. Şişlər zamanı simptomlar daha davamlı xarakter daşıyır və getdikcə şiddətlənməyə meyli olur.

Otogen araxnoiditlərin m ü a l i c ə s i onların formasından asılıdır. Plastik formalar zamanı rentgen ilə müalicəyə müraciət olunur ki, o da yaxşı nəticə verir. Antibiotiklərdən alınan nəticə davamlı olmur. Beynin qışaları arasında patoloji bitişmələrin ayrılmasına bəzən lyumbal punksiyalar kömək edir. Punksiyadan sonra hava yeridilməsi daha müvəffəqiyyətli olur (proses kəllənin arxa çuxurunda yerləşdikdə hava yeritmək olmaz!).

Sitoz formalarda əməliyyat əlverişli sayılır. O, beynin sərt qışasını açıb yan sisternanı punksiya etməkdən ibarətdir; bu zaman çoxlu miqdarda likvor xaric olur. Onun axıb çıxması daha bir neçə gün davam edir ki, bu, təməmilə davamlı sağalma verir.

OTOSKLEROZ (Otosclerosis)

Otoskleroz qərribə xəstəlik olub, bu zaman labirint kapsulunda distrofik proses əmələ gəlir, kompakt hissə kövşək süngəri sümük ilə əvəz olunur. Bu səbədən həmin xəstəliyi *o t o s p o n g i o z* adlandırmağa daha düzgün hesab edirlər.

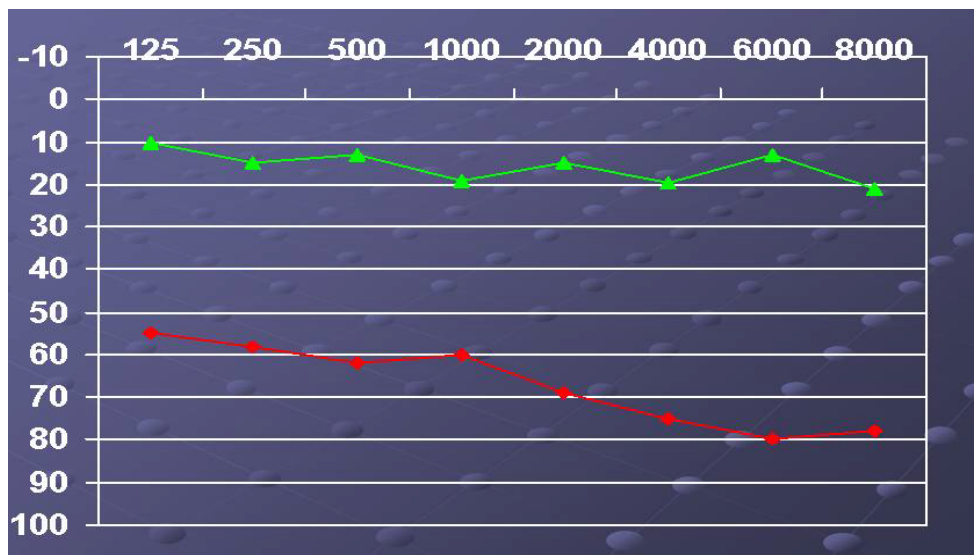
Adətən, proses oval pəncərənin ön qütbündən başlayıb, halqayabənzər bağı və üzənginin ayaqaltı səfhəsini tutur, getdikcə yayılaraq girdə pəncərəyə, koxlear kapsula və daxili qulaq keçəcəyinin dibinə keçir. Belə spongiozlaşma nəticəsində üzəngi oval pəncərədə fiksə olunur ki, bu da onu mütəhərriklikdən məhrum edir (anlikoz).

Otosklerozun *e t i o l o g i y a s ı* indiyədək məlum deyildir. Bir çox etioloji amillər (iltihabi, irsi, mexaniki və s.) ilə yanaşı otosklerozun əmələ gəlməsində irsi endokrin və konstitusional amillərə də böyük əməliyyat verirlər. Bu nəzəriyyənin hər ikisi belə bir faktla haqq qazanmış olur ki, xəstəlik ən çox qadınlarda rast gəlinir, cinsi yetişkənlik dövründə meydana çıxır, nəyahət, aybaşı, hamiləlik, doğuş və laktasiya vaxtında şiddətlənir.

K l i n i k a. Xəstələr eşitmənin zəifləməsindən və şiddətli subyektiv küylərdən şikayətlənirlər. Küy bəzən dözülməz olur. Xəstəlik şiddətləndikcə küylər də artır və o, xəstənin psixikasına təsir edir. Başgicəllənmə nadir hallarda olur. Qeyd etmək lazımdır ki, ağır eşitmə yalnız xəstələrin 10%-də baş verir, çünki otosklerotik sümük mənbələr çox vaxt funksional lal zonalarda sakit olur (Oekep). Sümük mənbələr, demək olar ki, həmişə simmetrik yerləşir. Eşitmə borusunun funksiyası pozulmur. Zarafatca deyirlər: otoskleroz elə xəstəlikdir ki, xəstə eşitmir, amma həkim görmür.

Xalis otoskleroz zamanı otoskopik mənzərə normal qalır. Tez-tez Schwarze simptomu qeyd olunur: çəhrayı promontorium təbil pərdəsindən görünür. Promontoriumun hiperemiyası patoloji-anatomik cəhətcə otoskleroz olan sahədə qan təchizatının güclü olması ilə izah edilir.

D i a q n o z. Göstərilən simptomlar (küy və ağır eşitmənin şiddətlənməsi), başqa anamnez məlumatlar (hamiləlik və ya doğuş ilə əlaqəsi olan və s.), eşitmənin müayinəsindən alınan nəticələr diaqnozu təsdiq edir. Diaqnoz üçün Betsold üçlüyünün mühüm əhəmiyyəti vardır: 1) sümük keçiriciliyinin xeyli uzanması; 2) mənfi Rinne; 3) eşitmənin aşağı hüdudunun xeyli yüksəlməsi. Üzənginin hərəkətliliyini təyin etmək üçün Jelle təcrübəsindən istifadə olunur (mənfi Jelle). Eşitmənin audiometrik müayinəsi hava keçiriciliyinin azalmasını göstərir ki, bu, yüksək dərəcədə ola bilər, eşitmə qapısının ayrısı isə bir qədər yüksəlmə xarakteri daşıyır. Sümük keçiriciliyin ayrısı eşitmə itkisini 10 – 15 db qədər göstərir (şəkil 42).



Şəkil 42. Eşitmənin perseptik zamanı alınmış audioqram.

Otosklerozun diaqnostikasında eşitmənin küylü şəraitdə yaxşılaşması (paracusis willisii) müəyyən əhəmiyyətə malikdir. O, otosklerozlu xəstələrin təqribən 75%-də müşahidə olunur. Otoskleroz zamanı müşahidə olunan başqa simptom deprecusis qidanı çeynəyərkən, hətta eşitmə aparatından istifadə etdikdə belə adi danışığı eşitməyin mümkün olmamasıdır. Sümük keçiriciliyi yaxşı olduqda qabarıq xarakter daşıyan bu simptom daxili qulağı xəstə olan şəxslərdə olur. Parakuzisdən fərqli olaraq deprecusis yalnız bir qulağı pis eşidən şəxslərdə də tapılır.

Bunu da əlavə etmək lazımdır ki, proses daxili qulağa yayıldıqda eşitmənin funksional müayinə nəticələri də müvafiq surətdə dəyişilir. Belə hallarda səsi keçirən aparatın patologiyası ilə bərabər səsi qəbul edən aparatın da pozulması qeyd olunur. Bunun nəticəsində yüksək dərəcəli qatışıq tipli ağır eşitmə meydana çıxır.

Otosklerozun gedişi getdikcə şiddətlənən xarakter daşıyır; baş vermiş ağır eşitmə tam karlıq ilə qurtara bilər; digər tərəfdən bir qulaqda başlamış proses, o biri qulağa keçə bilər.

M ü a l i c ə. Otosklerozun müalicəsi üçün bir çox dərmanlar təklif olunmuş, lakin onların heç biri praktikada özünü doğrultmamışdır. Küy xəstəyə hər şeydən çox əziyyət verir, bu səbəbdən ona təsir etmək üçün qulaqlara və ya boyunun simpatik qanqlionlarına diatermiya, gümüş-nitratın 2%-li məhlulundan 1ml

günaşırı sümüküstlüyünün altına yeritmək məsləhət görülür; B.S. Preobrajenskinin rəyincə bu, qan dövranını yaxşılaşdırır.

Otosklerozun müalicəsində işlədilmiş fiziki metodlardan darsonval cərəyanı, qulağa palçıq (köklər şəklində) yaxılmasını qeyd etmək olar. Lakin bunlar müvəffəqiyyət qazana bilməmişdir.

Axırıncı onilliklərdə otosklerozu müalicə etmək üçün cərrahi müalicə, yəni bərpaedici əməliyyatlar tətbiq olunur. Həmin əməliyyatlara aid olanlar: 1) bayır yarım dairəvi kanalda ya dəhlizin qübbəsində dəlik açmaq məqsədi daşıyan Lempert əməliyyatıdır. Yeni açılan pəncərə səsin bilavasitə (qulaq pərdəsini və qulaq sümükçüklərini qət etməkdən) labirintə ötürülməsinə imkan yaradır. Bununla perilimfanın mütəhərrikliyi bərpa olunur; 2) Rozen əməliyyatı və ya “üzənginin mobilizasiyası”. Ondan məqsəd üzənginin hərəkətliliyini bərpa etməkdir; 3) stapedektomiya və üzənginin protezlə əvəz edilməsi.

Bərpaedici əməliyyatlar danışan şəxsi (müsahibi) xəstə eşidə bilmədiyi hallarda edilir. Digər tərəfdən əgər səsi qəbul edən aparat çox pozulmuşsa (hava keçiriciliyinin 70 *db* yuxarı və sümüyün 40 *db* artıq), yəni əməliyyatdan sonra da eşitmə kifayət qədər bərpa olmayacağına cərrahi müdaxilə öz əsas əhəmiyyətini itirmiş olur.

Qulaq cərrahiyyəsi mütəxəssislərinin bir çoxları yaşı 50-dən artıq olan şəxsləri əməliyyat etmirlər. Ölkəmizdə üzənginin mobilizasiya üsulunu N.A. Preobrajenski, A.İ. Kolomiyçenko və başqaları hazırlamışlar. Bu üsulun praktikada tətbiqinə isə K.A. Xilov səbəb olmuşdur. Nəhayət, cərrahi müdaxiləni etioloji müalicə deyil, simptomatik terapiya hesab etmək lazımdır.

MENYER XƏSTƏLİYİ

Öz gedişinə görə Menyer xəstəliyi labirintopatiyalara aiddir. Xəstəliyə xas olan bir sıra nişanələr və simptomlar onu labirintopatiyaların başqa növlərindən fərqləndirir. Məsələn Menyer xəstəliyi yalnız fazalı xarakterə malikdir, yəni tutma fazası rahatlıq fazası ilə əvəz olunur.

Xəstəliyin tutmaları qəflətən, təməmilə sağlam şəxslərdə başgicəllənmə, mədə bulanması və qusma, qulaqlarda küy, ağırəşitmə ilə başlanır. Xəstə müvazinətini itirir, nə yeriye nə də otura bilir; yataqda məcburi vəziyyət alır və sağlam tərəfinə, başqa sözlə, nistaqm yönələn tərəfə uzanır. Tutma 1 – 6 saatdan bir neçə günə qədər davam edir.

Beləliklə, tutmaların periodik formada olması və sonra ümumi vəziyyətin yaxşılaşması Menyer xəstəliyi üçün patognomonik əlamətlər sayılır.

Tutmalar həm də ağır təsadüflərdə tez-tez – 5 – 6 gündə bir dəfə, yüngül təsadüflərdə isə ildə bir dəfə və daha az təkrar olunur.

Hər tutmadan sonra bir qulağın eşitməsi bir dəfə zəifləyir, lakin vestibulyar simptomlar yox olur. Bir neçə il müddətində təkrar tutmaların nəticəsində eşitmə qabiliyyəti getdikcə pisləşir və beləliklə şiddətli ağır eşitməyə, hətta tam karlığa qədər çata bilər (V.F.Undrist). Eşitmənin xəstəlikdən pozulması perseptiv xarakter daşıyır. Xəstəlik 30 – 50 yaşlarda müşahidə olunur və əksərən qadınlarda rast gəlinir.

Menyər xəstəliyi təməmilə sağlam adamlarda rast gəlindiyindən onu genuin xəstəlik hesab edirlər. Lakin təsvir edilmiş təzahürlər başqa simptomları kimi də meydana çıxar bilər. Məsələn, nevroz (travmatik və klimakterik), hipertonik xəstəliyin, müxtəlif labirintopatiyaların, koxlear nevrit, beyinciyn və s. xəstələnməsi (Menyer simptomokompleksi).

Xəstəliyin etiologiyası hələ təməmilə aydınlaşdırılmamışdır. Güman edirlər ki, xəstəliyə səbəb labirintin hidropsudur. Hidropsun əmələ gəlməsində, ehtimal ki, endolimfa hasilinin artması, həm də labirint qan damarlarının spazmı bir qədər rol oynayır.

Proqnoz. Menyer xəstəliyindən ölüm olmur. Eşitmə qabiliyyətinin pozulması təsadüflərin əksəriyyətində dönməz xarakterdə olur; qulaqda küy getdikcə az əziyyətli olur, hətta təməmilə yox ola bilər.

Müalicə. Kəskin tutma zamanı yarıqaranlıq otaqda xəstə ciddi yataq rejiminə riayət etməlidir. Menyer xəstəliyində su mübadiləsinin pozulmasını nəzərə alaraq dehidratasiya tədbirləri görülməlidir. Bu məqsədlə venaya kalsium-xlorid ilə qlükoza yeridirlər; sidik ifrazını artıran dərmanlar (hipothiazidi 0,025 in tabul, gündə 4 – 6 tablet) təyin edirlər. Tərlədici dərmanlar məsləhət görülür. 2%-li novokain məhlulunun (5ml) yavaş-yavaş venaya yeridilməsi ağır tutmaların

sağalmasını tezləşdirir. Novokain blokadasını Y.S. Tyomkin üsulu ilə (Agger nasi nahiyəyə) edirlər (10 gün – 1ml). Adenozin üç-fosfor turşusunun (ATF) venaya yeridilməsi oksigen ilə orqanizmin təkmilləşdirilməsini təchiz edir. Bunlardan əlavə, spazmı aradan götürən dərmanlar təyin edilir (Spasmolytini 0,1, in tabul., gündə 3 dəfə yeməkdən sonra 1 tablet). Tutma vaxtında aeron (0,0005), validol (hər dəfə 2 – 3 damcı), ayaqlara xardallı vannalar təyin edirlər. Xörək duzu əvəzinə ammonium-xlorid (yemək zamanı 1 – 2 qr gündə təyin edilir).

Ədəbiyyatda (Eckert – Moebius) Menyer xəstəliyi zamanı cərrahi müalicənin müvəffəqiyyətli tətbiqi haqqında məlumat vardır. Eşitmə qabiliyyətinin müddətlə pozulması 4 gündən artıq olmayan təsadüflərdə əməliyyat edilə bilər. Sonra edilən əməliyyat müvəffəqiyyət vermir, çünki dəyişikliklər artıq dönməz xarakter almış olur. Əməliyyat təhlükəsiz vestibulotomiya əməliyyatından ibarətdir.

EŞİTMƏ SINIRININ ATROFİK-DEGENERATİV XƏSTƏLİKLƏRİ

Koxlear nevrirlər

İlhitabi labirintitlərdən fərqli olaraq burada degenerativ- atrofik proseslərdən bəhs olunacaqdır. Bunları törədən səbəb və şərait bir sıra amillərdir.

Y.S.Tyomkin onları təsir mexanizmi nöqtəyi-nəzərdən qiymətləndirməyi məqsədəuyğun hesab edərək bu amilləri 2 qrupa bölür: adekvat və inekvat.

Adekvat amillərə akustik qıcıqlar: istehsalat küyü və vibrasiya, atmosfer təzyiqinin dəyişilməsi, partlayış, artilleriya atəşi aiddir. Qulağın reseptor-sinir aparatına xəsarət yetirən bütün qalan amillər inekvat amillərdir.

Həmin aparatın bu və ya başqa səbəbdən patoloji prosesə uğraması eşitmə qabiliyyətinin bəzən karlıq dərəcəsinə çatan az ya çox pozulması (tormozlanma, sıxıntı simptomu) ilə nəticələnir. Bu zaman eşitmə sinirinin vestibulyar şaxəsinin patoloji prosesə tutulması son dərəcə az rast gəlinir. Qulağın filogenezdən məlumdur ki, vestibulyar aparat eşitmə aparatından qabaq əmələ gəlmiş. Bununla da onun müxtəlif zərərli təsirlərə davamlı olması izah edilir.

Koxlear nevrirlər zamanı ağrısız eşitmə və karlıq ilə yanaşı küy, bəzən isə başgicəllənmə duyğusu olur ki, bunlar insana qıcıqlandırıcı (qıcıqlanma simptomu) təsir göstərir. Küy, hətta tam karlıq əmələ gəldikdən sonra da ola bilər və xəstəni yenə narahat edir. Bunun kimi labirintin başgicəllənməyə və mədə bulanmasına səbəb olan qıcıqlanması xəstələrə mənfi təsir göstərir. Labirintdə oyanıqlığın azalması isə xəstələri narahat etmir (Y.S. Tyomkin).

Qeyd etmək lazımdır ki, eşitmənin pozulma xarakteri zədələnmənin yerindən və şiddətindən, periferik sinir aparatının, yəni qəbuledici Korti üzvü hüceyrələrinin və eşitmə siniri kötüyünün həssaslığından asılıdır. Əgər dəyişikliklər zəifləsə proses geriyə inkişaf edə bilər.

Koxlear sinirin qeyri-iltihabi xəstəliklərinin bir sıra növləri ayrılmalıdır: 1) infeksiya nevrirləri; 2) toksik nevrirlər; 3) peşə ilə əlaqədar olan (professional) nevrirlər; 4) daxili qulağın siflis zamanı rast gəlinən xəstəlikləri; 5) damar pozulmaları zamanı rast gəlinən daxili qulaq xəstəlikləri; 6) qocalıq karlığı.

Eşitmə siniri xəstəliklərinin birinci üç növü daha tez-tez rast gəlinir və eşitmənin yuxarıdakı pozulmalarının ictimai əhəmiyyəti olduqca böyükdür, bu səbəbdən onların bəzilərini ayrı-ayrılıqda nəzərdən keçirək.

Eşitmə sinirinin infeksiya nevrirləri

Eşitmə sinirinin infeksiya zədələnməsi xüsusən uşaqlarda tez-tez rast gəlinir. Antibiotiklərin tətbiqinə qədər daxili qulağa daha tez-tez xəsarət yetirən serebrospinal meningit, skarlatina, qızılca, difteriya və yatalaqlar idi. Axırındı

illərin statistik məlumatına görə uşaq infeksiyalarının müalicəsində antibiotiklərin və kimyəvi terapevtik dərmanların tətbiqi xəstəliklərin sayını azaltmışdır.

Serebrospinal meningit zamanı karlıq, adətən, ikitərəfli olur. Karlığın əmələgəlmə mexanizmi eşitmə sinirinin qışalarına, yaxud labirintin mayesinə meninqokokkun təsiri ilə izah olunur; bu, irinli labirintitə səbəb olur, bunun nəticəsində hər iki qulağın karlığı baş verir. Proses hematogen yolla törənir; onu meninqokokk sepsisi deyə hesab edirlər. Neyrotrop xassəyə malik olan meninqokokklar sinir liflərini yoluxdurur və onların degenerasiyasına səbəb olur, ilbiz diffuz irinli parçalanmaya uğrayır. Bu, qəfləti yaranan karlıq və labirint əlamətləri ilə meydana çıxır. Uşağın halı ağır olduqda onun karlığı ilk vaxtlarda ətrafdakılara məlum olmur.

Otoskopiya təbil pərdəsinin normal mənzərəsini göstərir. Simptomatologiya kəskin irinli diffuz labirintitdəkindən fərqlənir.

Skarlatina, qızılca və difteriya zamanı daxili qulağın xəstəlikləri orta qulaq xəstələnmədən ayrıca meydana çıxa bilər. Lakin bu tez-tez olmur. Labirint mənşəli ağrılaşmaların mexanizmi daxili qulağa bakterial toksinlərin və ya onların parçalanma məhsullarının daxili olmasıdır; bu, damar sistemi vasitəsilə, təbil boşluğundan isə labirintin pəncərəsi vasitəsilə baş verir.

Tez (spesifik infeksiya) və gec (tubar infeksiya) otitlər skarlatina və qızılca üçün ümumi sayılır. Gec otitlərin gedişi xüsusilə ağır olur. Ağrılaşmaların hər iki növündə qulaq pərdələrinin çox dağılması – orta qulağın xronik irinli prosesinə xas olan mənzərə qeyd olunur. Simptomlar da eyni (ümumi) olur. Eşitmənin funksional müayinəsi səs qəbuletmənin tipik pozulmasını göstərir.

Virus etiologiyalı qripin epidemiyalarında meydana çıxan qripoz otitlər zamanı qulaq pərdəsində, orta qulağın selikli qışasında, habelə sinir lifləri arasında qansızmalar müşahidə olunur; təbil pərdəsindəki qan sudurcuqları xarakterik əlamət sayılır. Proses, adətən, təbilüstü sahədə yerləşir. Lakin əvvəlcə təsvir olunan infeksiya ağrılaşmaların növlərindən fərqli olaraq prosesin gedişi, adətən, səlis olur və eşitmə qabiliyyəti bərpa edilir, əlbəttə, tam karlıq ilə qurtaran təsadüflər də olur. Qulağın qripdən zədələnməsi, adətən, birtərəfli olur, labirint ilə əlaqədar təzahürlər nadir hallarda rast gəlinir.

Epidemik parotit zamanı eşitmə üzvü də prosesə cəlb olunur. Bu zaman xəstələrin şikayətləri qulaqda şiddətli ağrıdan və küydən olur. Eşitmə qabiliyyətini itirmək bəzən hətta parotit meydana çıxmamışdan əvvəl olur. Güman edirlər ki, burada karlığa səbəb olan labirintin toksik zədələnməsidir. Parotit virusunu artıq xəstəliyin ilk günlərindən qanda və likvorda tapmaq olur. Parotit zamanı karlıq, əksərən birtərəfli olur və səsi dərk edən xarakter daşıyır. Karlıqdan başqa bəzən vestibulyar əlamətlər də müşahidə edilir.

P r o q n o z müxtəlifdir: ağrışəitmə ya karlığın sağlması inadkar ola bildiyi kimi sonralar yaxşılaşma da mümkündür.

Qarın yatalağı və səpgili yatalaq zamanı da eşitmənin pozulması müşahidə olunur. Səpgili yatalaqda eşitmə üzvünün xəstələnməsi artıq birinci həftədə

meydana çıxır, koxlear-vestibulyar pozulmalar da elə bu zaman aşkar olunur. Böhran vaxtı eşitmə qabiliyyəti xüsusilə pisləşir, bütün tonlara görə həm sümük, həm də hava keçiriciliyi pozulur. Vestibulyar aparat tərəfindən reaksiya qeyd olunur. Səpgili yatalaqdan fərqli olaraq qarın yatalağında eşitmə üzvünün xəstələnməsi yatalaq prosesinin ikinci-dördüncü həftəsində başlanır. Ağır eşitmə yüksək dərəcəyə çatır. Qarın yatalağının fərqləndirici əlaməti inadkar sinir xarakterli ağır eşitmənin az rast gəlinməsidir. Vestibulyar aparat infeksiyaya xeyli az-az reaksiya verir.

Eşitmə sinirinin toksik nevritləri

Labirint, bakteriya və onların toksinləri, sənaye zəhərləri, dərman maddələrinin təsirindən xəstələnmə bilər. Burada arsen, qurğuşun, cıvə, xinin, salisil turşusunun preparatları, streptomisin, neomisin, monomisin, dəm qazı, işıq qazı, ağır metalların duzları və s. daxildir. Bu zəhərlərin bəziləri (xinin, arsen, streptomisin) bilavasitə sinir toxumasına təsir edir, başqaları isə damar zəhərləri olub daxili qulağın qan təchizini pozur. Xininin adi dozalarda malyariyanı müalicə edərkən qəbul edirlər; onu uzun müddət işlətdikdə eşitmə sinirinə təsir göstərir (qulaqlarda küy, hipoakuziya); keçici vestibulyar pozulmalar az rast gəlmir. Streptomisin eşitmə sinirinə seçici təsirə malik olub, eşitmə sinirinin hər iki şaxəsinə zəhərli təsir göstərir. Müvazinətin pozulmaları daha tez-tez rast gəlinirsə, şiddətli olmur (hər iki qulaq eyni dərəcədə zədələnir). Streptomisinin neomisinin və monomisinin törətdiyi dərin pozulmalar dönməz xarakter daşıyır.

Daxili qulağın kəskin zəhərlənməsində orqanizmə zəhərli maddənin daxil olmasının dayanması, prosesin geriye inkişafı mənada ona yaxşı təsir göstərə bilər.

Daxili qulaqda xronik intoksikasiyaların baş verməsi tədricən olur; belə təsadüflərdə orqanizmə zəhərlər az dozalarda illərlə daxil olur. Buna misal olaraq inqilabdan əvvəlki Rusiyanın müəssisələrindəki qurğuşunla zəhərlənmələri göstərmək olar (Y.S. Tyomkin). Xronik zəhərlənmələrdə ağır eşitmə nəzərə cərpmadan şiddətlənir və yüksək dərəcəyə çatır.

Küy və vibrasiya təsirindən qulaqda əmələ gələn peşə xəstəlikləri

Eşitmə üzvü kəskin akustik travma, məsələn, partlayış, artilleriya atəşi, paravoz fiti, reaktiv mühərrik küyü təsirindən zədələnmə bilər. Qıçıq həтта qısa müddətdə belə öz ifrat qüvvəsi ilə Korti üzvünə təsir göstərir. Xəstələr eşitmə qabiliyyətinin bu və ya başqa dərəcədə qəflətən zəifləməsi kimi əsas şikayətdən başqa qulaqda ağrı olduğunu qeyd edirlər.

Xronik səs travmasının əmələ gəlməsində sürəkli, təkrar küy və vibrasiya müəyyən əhəmiyyətə malikdir. Bunların nəticəsində daxili qulaqda degenerativ

dəyişikliklər törənir. Eşitmə analizatorunun bütün periferik neyronu degenerasiyaya uğrayır; bəzən bütün Korti üzvünün atrofiyası, dağılması, onların bulanıq olması və şişməsi tapılır. Aşkar edilmişdir ki, şiddətli akustik qıcıq spiral qanqlionunun hüceyrələrində dərin kimyəvi dəyişikliklər törədir. Daxili qulaqda qansızmalar da olur. Həmin dəyişikliklər professional karlıq nişanəsidir.

Fiziki cəhətdən küy, qeyri-periodik (aperiodik) səsdır; o müxtəlif ucalıqlı və qüvvəyə malik çoxlu sadə tonlardan ibarətdir. Ayrı-ayrı tonların rəqsləri aşkar nizamsız xarakter daşıyır. Bütün orqanizmə, xüsusən eşitmə üzvünə onun zərərli təsirini bununla aydınlaşdırmaq lazımdır. Aydın edilmişdir ki, fasiləli xarakterə malik pəs küy zil küydən az zərər yetirir. Səs travmasını ən asan törədən diskant səslərdir (1000 – 6000 hers). İstehsalat küyünə nisbətən təbiətdə yaranan küylər (dənizin, göy gurultusunun) eşitmə üzvünü xeyli az qıcıqlandırır.

Küy şiddət cəhətcə desibellə ölçülür, herslərlə ölçülən tezlik spektrinə görə alçaq tezlikli (300 hersə qədər), orta tezlikli (800 hersə qədər) və yüksək tezlikli (800 hersdən artıq) küylər ayırd olunur. Küyün təhlükəli səviyyəsi işçinin fərdi həssaslığından asılı olaraq 70 db ilə 95 db arasındadır (Y.S.Tyomkin).

Küyün ucalığı onu təşkil edən tezliklərin tərkibindən asılıdır. Ucalıq fizioloji anlayış olub subyektiv eşitmə duyğusunun qüvvəsini təyin edir. Səsin şiddəti (intensivliyi) isə ondan fərqli olaraq fiziki anlayışdır. Yüksək tezlikli küy uca olub eşitmə üzvünə daha güclü təsir göstərir. Yüksək (zil) səslərin ucalığı alçaq (pəs) səslərin ucalığından milyon dəfə artıqdır.

Bir çox istehsalat sahələrində texniki proses küylə bərabər vibrasiya ilə müşahidə olunur. Vibrasiya bərk (sülb) cisimlərin rəqsidir. Küydən fərqli olaraq vibrasiya əsasən sinir sisteminə təsir edir. T.A. Havyajskiye görə yalnız nadir hallarda xalis vibrasiya ilə ilbizdə degenerasiya törətmək olar. Buna görə müəllif vibrasiyanın roluna az əhəmiyyət verir. Bunu da nəzərə almaq lazımdır ki, istehsalatda küysüz “xalis” vibrasiya olmur, vibrasiyasız küy isə tez-tez müşahidə olunur. Vibrasiyanın orqanizmə təsir dərəcəsi tezlikdən, sürətlənmə amplitudu ilə enerjisindən asılıdır.

K l i n i k a. Eşitmə üzvünün peşə ilə əlaqədar olan patologiyasının ilk mərhələsində əsas dəyişikliklər, adətən, olmur; zədələnmə iş stajı çox olduqda meydana çıxır. Bununla yanaşı elə təsadüflər olur ki, qazançılar, yaxud başqa küylü peşələrdə çalışanlar istehsalatda 10 – 15 il işləyərək eşitmə qabiliyyətini yaxşı saxlamış olurlar. Y.S.Tyomkin və T.A.Havyajski səs qıcığına qarşı reaksiyanın fərdi xüsusiyyətə və davamlılığa malik olduğunu qeyd edirlər. Belə nəticə Bakı şəhərindəki gəmi təmiri zavodunun küylü sexlərinin böyük bir qrup (167 nəfər) fəhləsi üzərində Y.Ə.Qasimovun və R.T.Bayraməlibəyovanın apardığı müşahidələrdən və alınmış məlumatın İ.P. Pavlov təlimi nöqtəyi-nəzərindən təhlilindən də irəli gəlir.

Məlum olmuşdur ki, iş stajı 5 ilə qədər olan şəxslərin 21-də (34-dən), 10 ilə qədər olanların 19-da (40-dan), 15 ilə qədər 7-də (38-dən), 20 ilə qədər 5-də (13-dən) və 25 ilə qədər olan fəhlələrin 2-də (17-dən) eşitmə qabiliyyəti normal

qalmışdır. Müəlliflər bununla yanaşı küylü sexlərin fəhlələrində sinir sistemini mərkəzi sinir sisteminin tipoloji xüsusiyyətləri cəhətcə öyrənmişlər. Onlar alınmış nəticələrə əsasən belə qərara gəlmişlər ki, eşitmənin zəifləməsi əsasən iş stajından deyil, sinir sisteminin tip xüsusiyyətlərindən asılıdır. İş stajı artdıqca küydən şikayət azalır, bu da, ehtimal ki, sinir sisteminin kütləşməsi (həssaslığının azalması) ilə izah olunur.

Y.S.Tyomkinə görə küylü peşələrdə işləyən fəhlələrdə orta qulağın irinli, kataral xəstəliklərinin tezliyi tozlu peşələrdə çalışan fəhlələrdə (təmbəki tozu, dəyirman işçisi) həmin xəstəliklərin tezliyindən xeyli artıqdır.

Hensen, telefonçu qadınlarda eşitmək üçün istifadə etdikləri qulaqda qulaq pərdəsini gərginləşdirən əzələnin səs qıcığına reaktiv yığılmasını və qulaq pərdəsinin içəriyə batıqlığını müşahidə etmişdir.

Aşkar edilmişdir ki, şiddətli akustik qıcıqlanma spiral qanqlion hüceyrələrində dərin kimyəvi dəyişikliklər törədir.

A.Mitrinoviç–Modjeyevska harmonik tezliklərin üstün olduğu akustik qıcıqlandırıcılara dair maraqlı məlumat verir: qeyri-harmonik tezliklərdən (küydən) fərqli olaraq onlar eşitmə aparatını zədələmir. Məsələn, orkestrin səsi opera müğənnilərinin, xor iştirakçılarının və çalğıçıların eşitmə üzvünə zərərli təsir göstərmir.

Müəlliflərin bəziləri səsin şiddətini (intensivliyini), başqaları isə ucalığını eşitməyə mənfi təsir göstərən amil hesab edirlər.

Küylə yanaşı vibrasiya da güclü mənfi təsir göstərir. Vibrot travma maşınların, dəzgahların, nəqliyyat vasitələrinin titrəməsindən əmələ gəlir. İlbizin zirvə qıvrımlarına təsirdən başqa, vibrasiya vestibulyar və eşitmə analizatorlarının nüvələri ilə mərkəzi sinir sistemində də xəsarət yetirir.

Klinik cəhətcə müəyyən edilmişdir ki, yalnız küyün təsirinə məruz qalmış fəhlələrdə eşitməni müəyyən edərkən yüksək səsləri qəbul etməyin azaldığı müşahidə olunur. İş stajının artması ilə əlaqədar olaraq səsin qəbuledilmə (qavranılma) dərəcəsi də bütün diapazon üzrə azalır. Həm küy, həm də vibrasiya olan şəraitdə işləyən fəhlələr qrupunda yüksək və alçaq səsləri qəbul etməyin zəiflədiyi müşahidə olunur; sümük keçiriciliyi qısalar. Birinci qrupda proses əsas qıvrımdan başlanıb yuxarıya doğru yayılır, ikincidə isə əsas və yuxarı qıvrımlardan başlanıb hər iki tərəfə yayılır.

Koxlear aparat kimi vestibulyar aparat da küyün, xüsusən vibrasiyanın təsirinə dözmür. Doğrudur, xəsarətin dərəcəsi koxlear aparatdakına nisbətən xeyli azdır. Biz müəyyən etmişik ki, küylü sexlərin bir çox fəhlələrində (16, 44 %) labirint xarakterli başgicəllənmə olmuşdur. Vestibulyar pozulmaların dərəcəsi və tezliyi də sinir sisteminin tipoloji xüsusiyyətlərindən, iş stajından asılıdır.

Küylü istehsalatdakı iş stajı, eşitmə qabiliyyəti pozulmuş fəhlələrin çox olması peşə ilə əlaqədar olan karlığın diaqnostikasına kömək edir.

DAXİLİ QULAĞIN KESSON XƏSTƏLİKLƏRİ

Atmosfer təzyiqinin dəyişmələri (artması və azalması) eşitmə üzvünə təsir edir. Qulaq pərdəsinin dözü bildiyi ən yüksək təzyiq 228, ən aşağı təzyiq isə 28 sm-dir (S.M.Kompaneyets).

Təzyiqin dəyişmələri, yəni atmosfer təzyiqinin artması və azalması təsirindən eşitmə üzvünün zədələnmə mexanizminin əsasını Yevstax borusu keçiriciliyinin (mənfəzinin) tam ya hissəvi pozulması və kompressiyanın itiliyi təşkil edir. Əgər dəyişmələr yavaş olarsa, eşitmə üzvü tərəfindən reaksiya müşahidə olunmur. Dəyişmələr sürətlə olduqda isə təbil pərdəsi və daxili qulaq patologiyası dəyişikliyə uğrayır.

Buna oxşar təzahürlər aerootitdə və kesson işləri zamanı dalgıclarda olur. Atmosfer təzyiqinin şiddətli sürətdə azalması oval və girdə pəncərələr vasitəsilə labirintə təsir göstərir; nəticədə nəinki eşitmənin pozulması, hətta vestibulyar aparatın pozulması da baş verə bilər. Bəzən qan damarlarında hava emboliası olur. Təbil pərdəsində perforasiya olduqda daxili qulağın zədələnməsi daha yüngül xarakter daşıyır.

S i m p t o m l a r. Qulağın xəstələnməsini göstərən ilk əlamətlər şlyuzdan çıxıxdan (dekompressiyadan) bir neçə dəqiqə və ya bir neçə saat sonra, nadir hallarda isə bir neçə gün keçdikdə meydana çıxır. Xəstələrin şikayətləri başağrısından, qulaqlarda küydən, eşitmənin zəifləməsindən, hətta karlıqdan, başgicəllənmədən və müvazinətin pozulmasından olur. Dekompressiya çox iti (tez) olduqda hava emboliası zəminində ağır ümumi patologiyalar dəyişikliklər müşahidə olunur. Bu dəyişikliklər Menyer xəstəliyi şəklində gedişə malik olur. Eşitmənin müayinəsi səsin dərkedilmə qabiliyyətinin pozulmasını göstərir.

G e d i ş i. Təbil pərdəsində perforasiya olduqda orta qulaqdan irinli ifrazat xaric ola bilər. Xəstəlik başlandıqdan sonrakı bir neçə həftə ərzində eşitmə qabiliyyəti qismən, yaxud tamamilə bərpa oluna bilər. Lakin tam karlıq ağrısız və vestibulyar funksiyaların sürətlə pozulması kimi təsadüflərdə olur.

M ü a l i c ə. Müxtəlif etioloji amillərin olmasına baxmayaraq daxili qulaq xəstəliklərinin müalicəsində ümumi cəhətlər çoxdur. İlk növbədə nəzərə almaq lazımdır ki, yalnız sinir degenerasiyası kimi dönməz dəyişikliklər olmadıqda ağır eşitmənin müalicəsi az-çox mümkün ola bilər.

Kəskin intoksikasiyalar zamanı orqanizmdən zəhərli maddələri xaric etmək məqsədilə tərlədici dərmanlar, məsələn, pilokarpin, aspirin məsləhət görülür. Pilokarpini 0,008 dozadan başlayıb hər gün 0,004 qr artıraraq 0,02 dozaya çatdırmaq. Sonra bu dozaları həmin qaydada ilk miqdara çatana qədər azaltmaq (S.M.Kompaneyets) lazımdır. Günaşırı olaraq pilokarpinin 0,01%-li məhlulunu 0,5 – 1 ml miqdarda dərialtına inyeksiya etmək olar. Kəskin intoksikasion nevrin

zamanı işlətmə dərmanlarından da istifadə etmək lazımdır. Streptomisin, neomisin, monomisinədən əmələ gələn nevritlərdə BAL, ya unitol tez təyin olunarsa az-çox kömək etməsə də proses sakitləşər. Unitolun dozası: Sol. Unitoli 5% – 5,0 dəraltına, yaxud əzələyə bədən kütləsinin hər 10 kq-ına 1 ml yeridirlər. Bu şərtlə ki, birinci sutkada 3 – 4 dəfə, ikincidə 2 – 3, sonrakı 3 – 7 sutkada 1 – 2 dəfə. Bundan əlavə B₁, B₂, B₆ və B₁₂, A və C vitaminləri təyin edirlər. Streptomisinin gündəlik dozası 1 – 2 qr olmaqla cəmi 20 – 30 qr təyin edildikdə daxili qulağa xəsarət yetirəcəyini gözləmək lazımdır. Ümumiyyətlə, streptomisinin işlədilməsinə ancaq ciddi hallarda yol verilir.

Əks göstərişlər: 1) endolyumbal yeritmə; 2) ağrıəşitmə dərkedici xassədə olduqda; 3) böyrək xəstəlikləri; 4) hamiləlik dövründə; 5) başgicəllənmə, mədə bulanması, qusma, inamsız yeriş. Qulaqlarda küy əmələ gələrsə streptomisinin təyini kəsilir. Streptomisin barəsində qeyd edilənlər monomisinə, neomisinə və kanamisinə də aiddir.

Xronik intoksikasiya zamanı ilk növbədə peşənin dəyişilməsinə ciddi diqqət verilməlidir. Bu tədbir zəhərli maddələrin orqanizmə daxil olmasına son qoyur.

İnfeksion nevritlərin müalicəsi vaxtında başlanarsa az-çox müsbət nəticə verə bilər. Göstərdiyimiz vitaminlərin orqanizmdə çatışmazlığını nəzərə alaraq, onların təyin edilməsi zəruridir.

Şübhə yoxdur ki, infeksiion nevritlərin müalicəsində az-çox müsbət nəticə qazanmaq onu vaxtında başladıqda mümkündür. Müalicəni penisillin (gündə 3 – 4 dəfə, hər dəfə 30 q), xlorotetrasiklin (hər gün gündə 4 – 5 dəfə 100 q), rondonisin və başqa antibiotiklərin təyin edilməsindən başlayırlar. Aloe ekstraktı (1ml-dən dəraltına gündə 1 dəfə 30 gün), qamma-qlobulin (1ml), yod preparatları işlədilir. İnfeksion nevritlərdə strixnin (Strychnini nitrici 0,05 Massa pil. q. s. tif pil № 30,1 həbdən gündə 3 dəfə) təyin edilir.

LALKARLIQ (Surdumutitas)

İnsan eşitmə üzvü vasitəsilə onu əhatə edən aləmlə ünsiyyətə girir və onu dərk edir. Yararlı danışığda onun rolu böyükdür. Korluq kimi eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi də böyük ictimai bəla olub insanın danışığını çətinləşdirir və ya təmamilə qeyri-mümkün edir. Uşaq yalnız ətrafındakıları dinləmək və onları təqlid etməklə danışmağı öyrənir; kar doğulan, yaxud körpə ikən eşitmə qabiliyyətini itirən uşaq lalkar olur. Həmin xəstəliyin tərfi də bundan irəli gəlir, lalkarlıq elə patoloji haldır ki, bu zaman adi yolla danışmağı öyrənməyi qeyri-mümkün edən anadangəlmə ya qazanılma karlıq olur; xəstə danışmağı öyrənmiş olduqda isə o, təcricən unudulur. Lakin karlıq 5 – 7 yaşından sonra əmələ gəldikdə danışq qabiliyyəti daha itirilmir. Bu deyilənlərə əsasən, güman etmək olar ki, lalkarlıq zamanı üzvü dəyişiklikləri, yalnız eşitmə üzvündə axtarmalıyıq.

Hər bir ayrıca təsadüfdə lalkarlığın xarakteri haqqında məlumatı kar uşaqların valideynlərindən alırıq, lakin bu məlumata tənqidi sürətdə yanaşmaq tələb olunur. Statistika məlumatına görə anadangəlmə lalkarlığın miqdarı qazanılmanınkindən xeyli azdır.

1930-cu il məlumatına əsasən SSRİ-də əhalinin hər 100 000 nəfərindən 78-i lalkar idi (S.M.Kompaneyets). Əlbəttə, sonuncu onilliklərdə əhalinin maddi güzəranının yaxşılaşması və mədəni səviyyənin yüksəlməsi, habelə müalicə praktikasına antibiotiklərin daxil edilməsi ilə əlaqədar olaraq bu rəqəmi xeyli azalmış hesab edə bilərik. Müşahidə göstərir ki, lalkarlıq ən çox dağlıq, ən az isə düzən yerlərdə olur.

Çox vaxt kar uşaqların ata-anası “eşitmək” və “duymaq” təsirini qarışdırırlar. Kar uşaq avtomobil, təyyarə, qapının çırpılıb örtülməsini eşitmə, yalnız duyur. Ata-anası isə buna düzgün qiymət vermir və eşitməni aktivasiya üçün yararlı sayırlar.

E t i o l o g i y a. Üç növ karlıq qeyd olunur: 1) prenatal (anadangəlmə, doğuşdan qabaq) karlığa eybəcərlik, ananın hamiləlik dövründə intoksikasiyası, endemik, endokrin patologiya, toksoplazmoz, kretinizm, embrionopnatiya, lues, ana ilə uşaq arasında rezus amilə görə uyuşmazlıq; 2) perinatal (doğuş vaxtı) karlığa aiddir: qanaxma, azadolma vaxtı anoksemiya halı, doğuş vaxtı dölün travması; 3) postnatal (doğumdan sonra) karlığa dərman, intoksikasiya, bakterial və virus infeksiyaları aiddir.

S i m p t o m l a r otoskopiya lalkarlığa məxsus xüsusi dəyişikliklər olduğunu göstərmir. Anadangəlmə lalkarlıq zamanı qoşulmuş kataral təzahürlər yoxsa otoskopiya qulaq pərdəsi, adətən, dəyişiksiz olur. Başqa infeksiyalar (qızılca, skarlatina) ilə törədilən lalkarlıq zamanı perforasiyalar və irinli ifrazat tapılır.

Eşitmənin müayinəsi tam karlılığı (əksərən qazanılma lalkarlıqda), yaxud eşitmənin qalıqlarını (əksərən anadangəlmə karlıqda) göstərir. Eşitmənin qalıqları cüzi (yalnız bəzi tonları eşitmək mümkündür), yaxud əhəmiyyətli (ayrı-ayrı hecaları, bəzi tanış sözləri, qısa cümlələri eşitmək mümkündür) olur. Bezolt tonal pilləkənin ayrı-ayrı tonları qəbul etməyən kəsirlərindən fərqli olaraq bu qalıqları “adacıqlar” adlandırır.

Qazanılma lalkarlıq zamanı vestibulyar aparat xeyli tez-tez xəstələnir.

Daxili qulağın koxlear sistemi müxtəlif zərərli amillərin daşıyıcı təsirinə, xüsusən qazanılma lalkarlıqda daha çox (dərindən) uğrayır. Vestibulyar aparat isə, əksinə, zərərli təsirlərə daha davamlı olur. Bu eşitmə üzvünün filogenezi ilə izah olunur.

Lalkarlığın diaqnostikası yalnız lap körpə uşaqlarda çətindir. Lalkar uşağın eşitmə analizatorunun müayinəsi xeyli mürəkkəb olub hövsələ və uşaqlara müvafiq sürətdə yanaşma tələb edir. Kar uşağın hər bir inkişaf dövründə, eşitmə və müvazinət analizatorunun müayinəsində xüsusi üsul tətbiq olunur (A.İ.Feldman). Südəmə uşaqları əmzikli butulkadan əmizdirdikdə onlarda şərti əmmə refleksinin alınması həkimə kömək edə bilər; bu haqda “Qulağı müayinə metodları” bəhsində ətraflı məlumat verilmişdir. Ümumiyyətlə, körpə kar uşaqlarda eşitməni müayinə edərkən zıncırovların, kamertonların, metal cismə çəkilən zərbəsinin, audiometrin səslənməsindən istifadə olunur.

Südəmə uşaqlarda eşitmə qabiliyyətinin olduğunu auropalpebral üsulu (“Qulağı müayinə metodları” bəhsinə baxın) ilə də təyin edirlər. Məlumdur ki, eşidən uşaq öz hərəkətlərini dayandırmaqla özünün “eşitmə diqqətini” bürüzə verir. Bunun kimi “vestibulyar diqqət” də ayırd edilir: uşaq yırğalanmağa vəziyyətini dəyişdirməklə reaksiya verir. Diqqətli ata-anadan bu barədə məlumat almaq olar.

Eşitmə aparatı funksiyasının pozulduğunu: 1) ototopikanın pozulması; 2) ananın və uşağın əhatəsində olanların səsinə reaksiyanın yoxluğu; 3) səsə (zəngə) qarşı hər hansı reaksiyanın olmaması da göstərir.

Böyük uşaqlarda və yaşlılarda lalkarlığın diaqnostikası xarakterik hecavi monoton danışq, tipik mimika və eşitmənin funksional müayinəsindən: adətən, qışqırıqla ayrı-ayrı saitlərin, hecaların, sözlərin tələffüzündən alınan nəticələr, kamertonlar və audiometrlə müayinə ilə asanlaşmış olur.

Karlarda qeyd olunduğu kimi vestibulyar aparatın da pozulması aşkar olunur; o, labirint funksiyasının şiddətli sürətdə zəifləməsi, ya təməmilə sıradan çıxması şəklində zahir olur: belə təsadüflərdə eksperimental təcrübələr, (kalorizasiya və hərfləmə) zamanı nistaqm ya olmur və ya 2 – 4 saniyə olur. Lalkar uşaqlar, adətən yeriyərkən ayaqlarını yerə sürürlər ki, diaqnostikada bunu da nəzərə almaq lazımdır.

M ü a l i c ə. Adətən, lalkarlıq müalicə olunmur. Lalkarlarda danışiq üzvünün intakt qalığını nəzərə alaraq onlardakı eşitmə qalığından fəallaşdırmaq və danışiq öyrətmək məqsədilə istifadə etmək lazımdır.

Ölkəmizdə lalkar uşaqların təhsilinə və tərbiyəsinə böyük diqqət yetirilir. Onlar üçün xüsusi məktəblər şəbəkəsi açılmış, lalkarlar surdoloq həkimlərin köməyi ilə təyin olunmuşlar. Keçmiş çar Rusiyasında lalkar uşaqların oxudulması xalis filantropik xarakter daşıyırdı. Rusiyada lalkarların təlim tarixində bir çox görkəmli rus surdopedaqoqlarının adlarını çəkmək olar; onların son dərəcə namünasib şəraitə baxmayaraq surdopedaqogikanın bir sıra mürəkkəb problemlərinin həlli üzərində inadla çalışmışlar. O zamankı Almaniyada lalkarların təlimində “sırf şifahi metod” tətbiq olunurdu; orada bu metodun praktik tətbiqi lalkar uşağın ümumi inkişafını və məntiqi təfəkkürünü ləngidirdi. Sovet surdopedaqogikası öz nəzəri və praktik işləri ilə mimika və daktiologiya kimi yardımçı təlim üsullarından istifadə edərək lalkar uşaqlarda danışığı inkişaf etdirmək işində böyük müvəffəqiyyətlər qazanmışdır, bu, lalkar uşaqların əqli inkişaf problemlərini ön plana çəkmiş və onların məntiqi təfəkkürü üçün stimül olmuşdur. Uşaqlarda saxlanılmış reseptorlar kimi görmədən, taktil hissiyyatdan və kinetik nəzarətdən istifadə olunması böyük əhəmiyyətə malikdir.

Lalkar, hətta korlalkar adamlarda intellektin yüksək dərəcədə inkişaf etmə təsadüfləri heç də tək-tək deyildir. Professor Sokolyanskinin (Ukrayna SSR) rəhbərliyi ilə korlalkar olan Olqa Skoroxodova ilə aparılan iş bu sahədə sovet defektologiyasının müstəsna nailiyyətidir. Məlumdur ki, o, ali təhsil almış və özünü ədəbi fəaliyyətə həsr etmişdir. Buna misal olaraq Leninqradda Ümumittifaq Bədaye akademiyasının heykəltəraşlıq şöbəsini müvəffəqiyyətlə bitirmiş azərbaycanlı M.Mirqasimovu göstərmək olar.

AĞİREŞİTMƏ (Surdastritas)

Ağırəşitmə eşitmə qabiliyyətinin elə zəifləməsidir ki, bu zaman xəstə onu əhatə edənlərlə ünsiyyətdə olarkən çətinlik çəkir. Ağırəşitmənin dərəcəsi müxtəlifdir. Qulağı yanında uca danışığı eşitməyən şəxs praktik cəhətcə kar hesab edilir. Karlıq ilə ağırəşitmənin diferensiasiyası çox vacibdir. Çünki ağırəşitmə bəzən müəyyən qədər müalicə oluna bilir və bu zaman protez gəzdirməsinə göstəriş var.

Lalkar uşaqlardan fərqli olaraq ağır eşidən uşaqlar başqaları ilə ünsiyyət üçün müəyyən söz ehtiyatına malik olur və sonralar inadkar və müvafiq surətdə müalicə olunduqda bu ehtiyatı xeyli artırır bilirlər.

E t i o l o g i y a. Ağırəşitmənin ən tez-tez rast gəlinən səbəbləri keçirilmiş orta otitdən sonrakı qalıqlar, sonra burunun, burunudlağın, ağızudlağın xəstəlikləri (xronik rinitlər, adenoidlər, damaq badamcıqlarının xəstəlikləri) və bunlarla əlaqədar olaraq eşitmə (Yevstax) borusu keçiriciliyinin pozulması nəticəsində təbil boşluğunda aerasiyanın pozulmasıdır.

Uşaq infeksiyalarının rolu və ağırəşitmənin otosklerotik genezi haqqında müvafiq fəsillərdə məlumat verilmişdir.

Deyilənlərdən aydın olur ki, ağırəşitmə həm səsi keçirmənin, həm də səsi qəbuletmənin pozulma nəticəsi ola bilər. Xəstəliyin etiologiyası barədə diqqətlə toplanmış anamnez, patoloji prosesin lokalizasiya və dərəcəsinin dəqiqləşdirilməsi sonralar onun müalicəsində böyük əhəmiyyətə malikdir.

İctimai ünsiyyəti çətinləşdirən ağırəşitmənin əhali arasında rast gəlinmə tezliyi müxtəlif ölkələrdə, yəqin ki, 2 – 3%-ə qədər çatır (Y.S.Tyomkin).

Uşaqlarda ağırəşitmə tez-tez rast gəlinir ki, bu, danışmaq qabiliyyətinin inkişafını ləngidə bilər. Onlarda ağırəşitməni mümkün qədər tez aşkar etməyin vacibliyi buradan aydın olur; bu, eşitmənin müasir müayinə metodları ilə, həm də dinamik qaydada yoxlamaqla edilir. Eşitmənin təkrarən müayinə olunması ağırəşitməyə dəqiq diaqnoz qoymağa imkan verir.

M ü a l i c ə. Səsi keçirmənin pozulmasından irəli gələn ağırəşitmə müalicə oluna bildiyi halda persepsion ağırəşitmənin müalicəsinə güman azdır. Orta qulağın xəstəliyi ilə əlaqədar olan ağırəşitmə zamanı inadla və düzgün aparılan müalicə (irinli ifrazat, burunun keçilməzliyi, adheziv proseslər ilə mübarizə) nəticəsində müəyyən müvəffəqiyyətlər qazanmaq olar. Persepsion ağırəşitmə zamanı eşitmə sinirinin nevritlərində olduğu kimi müalicə aparırlar.

DAXİLİ QULAĞIN SİFİLİS XƏSTƏLİYİ

Həm anadangəlmə, həm də qazanılma sifilis daxili qulağı tez-tez zədələyir və təzahürləri müxtəlif olur.

Anadangəlmə sifilis zamanı karlıq 10 – 12 yaşlarda qəflətən baş verir və ikitərəfli olur. Otoskopiya patoloji dəyişikliklər göstərmir. Müvazinət üzvü sifilisdən xeyli gec zədələnir. Fistul simptomu tez-tez müşahidə olunur (fistul əmələgəlmədən).

S i m p t o m l a r. Əvvəlcə xəstəlik şiddətli küy ilə müşayiət olunur. Eşitmə qabiliyyəti zəifləyir. Müayinə danışıqın yaxşı eşidildiyini və eyni zamanda kamertonla müayinə hava keçiriciliyinin sümük keçiriciliyindən üstün olduğunu göstərir. Sümük keçiriciliyi xeyli zəifləmiş olur, bəzən heç olmur.

Vestibulyar simptomlar xəstəliyin yalnız başlanğıc mərhələsində qeyd olunur, bunlar bir neçə günə, bəzən isə bir neçə həftəyə yox olur (A.Mitrinoviç – Modjeyevska).

D i a q n o s t i k a. Hutçinzon üçlüyü (parenximatoz keratit, yuxarı kəsici dişlərin formaca dəyişilməsi və karlıq), habelə udlaqda ulduzşəkilli ağımtıl çapıqlar, burunun sümük strukturundakı qüsurlar kömək edir. Eşitmə qabiliyyətinin zəifləməsi daimi (həmişə rast gəlinən) əlamət sayılır (S.M.Kompaneyets).

Kişilərdə daha tez-tez rast gəlinən daxili qulağın qazanılma sifilisi qəflətən başlayır; gedişi isə coşğun olur. Xəstəlik bir neçə ay ərzində karlıqla nəticələnə bilər. Qulağın zədələnməsi ikitərəfli olur.

M ü a l i c ə. Daxili qulaq sifilisinin müalicəsi yalnız spesifik ola bilər. Qanburaxma və zəli ilə müalicə küyün və başgicəllənmələrin azalması mənasında yaxşı nəticə verir.

QULAĞIN PROTEZLƏNMƏSİ

Surdologiyada protezlərin rolu görmənin zəifləməsində eynəklərin rolu ilə bərabər sayılır. Eşitmə (qulaq) protezi iki tələbi ödəməlidir: səsi gücləndirməli və onu danışığın aydın eşidilə biləcəyi ucalığa çatdırmalıdır. Protez öz sahibinin eşitmə qabiliyyətini itirəndən qabaqkı vəzifəsində işləməsini təmin etməlidir. Bütün bunlardan başqa aparat danışığı gücləndirərkən onu təhrif etməməlidir.

Hazırda aparatlardakı elektrik lampaları yarımkeçiricilərlə əvəz edilmişdir; bu aparatı daha rahat və portativ edir, onun işlədilmə müddətini artırır. Eşitmə aparatından məktəbdə də istifadə etmək olar. Hazırda eşitmə aparatlarının eynəyə quraşdırılması onu daha əlverişli edir. Audiometr ilə eşitmənin mükəmməl müayinəsi bu aparatları almağın zəruri şərtidir.

QULAQ XƏSTƏLİKLƏRİNİN PROFİLAKTİKASI

Orta qulağın qeyri-iltihabi, kəskin və xüsusilə xronik xəstəliklərinin qarşısını almaq üçün zəruri sayılan şərt burunun, burun və ağız-udlağın funksiyalarını normal hala salmaqdır. Tez-tez zökəmin olması və bunun tənəffüsünün çətinləşməsinə səbəb burun arakəsməsinin əyilməsi, balıqqulaqlarının hipertrofiyası, hiperplaziyası, burun boşluğunda polipin və müxtəlif şişlərin olmasıdır. Uşaqlarda adenoidlər, damaq badamcıqlarının hipertrofiyası, orta qulağın qeyri-iltihabi xəstəliklərinə səbəb olur. Ağırəşitmə ilə müşayiət olunur. Buna görə də burunda olan həmin patoloji halları ləğv etmək lazımdır.

Bu xəstəliklərə qarşı mübarizədə orqanizmi bədən tərbiyəsi, bədənə soyuq su vurmaq, ya onu soyuq suda isladılmış dəsmalla silmək, təmiz havada gəzinti ilə möhkəmləndirmək də vacibdir. Qida vitaminlərlə zəngin olmalıdır.

Uşaq infeksiyaları ilə mübarizə onlarda ağırəşitmənin və karlıqın qarşısını almağın mühüm vasitəsidir. Xəstələnmiş uşağın xəstəxanaya vaxtında qoyulması burada əsas rol oynayır.

Bizim şəraitdə xəstəliklərin, xüsusən peşə xəstəliklərinin profilaktikası sovet səhiyyəsinin mühüm üsurlərindən biridir. Zərərli peşələrdə çalışan və uzunmüddət işlədikdə ağırəşitməyə hətta karlığa məruz qalan işçilərin qayğı ilə əhatə olunmasını buradan başa düşə bilərik.

Küy və vibrasiya ilə əlaqədar olan iş qulaqları və burunu sağlam şəxslərin seçilməsi də bu cəhətdən mühüm tədbirdir. Fəhlələrin müntəzəm dispanserizasiyası və eşitmə üzvü zədələnmiş şəxslərin aşkar edilməsi faydalı hesab olunur. Müayinə zamanı işçinin yaşını, eşitmə aparatının yorulma dərəcəsini, habelə adaptasiya qabiliyyətini nəzərə almaq lazımdır. (A.Mitrinoviç – Modjeyevska):

Peşə ilə əlaqədar olan karlığın profilaktikasında istehsalat küyünün və vibrasiyasının aradan qaldırılması və ya zəiflədilməsi üzrə görülən texniki tədbirlər başlıca rol oynayır. Küylü müəssisələrdə şəxsi profilaktika tədbirlərinin görülməsi də nəzərdə tutulur. Bu məqsədlə antifon adlanan cihazdan istifadə olunur. Antifonlar küyün ucaltığını 30 – 35 db azalda bilər.

Kesson xəstəliyinin profilaktikası kompressiya və dekompressiya qaydalarına riayət etməyə əsaslanır. Eşitmə borusunun, burunun normal halı böyük əhəmiyyətə malik olduğundan kessonlarda işləməyə qəbul edərkən buna xüsusilə diqqət yetirmək lazımdır; bu üzvlərin halına tez-tez nəzarət etmək çox vacib məsələdir. Hava emboliyası olduqda müalicə şlyuzuna qoymaq lazımdır. Barokamerada profilaktika məşqləri xəstəliyin qarşısını almaqda müsbət rol oynayır.

II FƏSİL

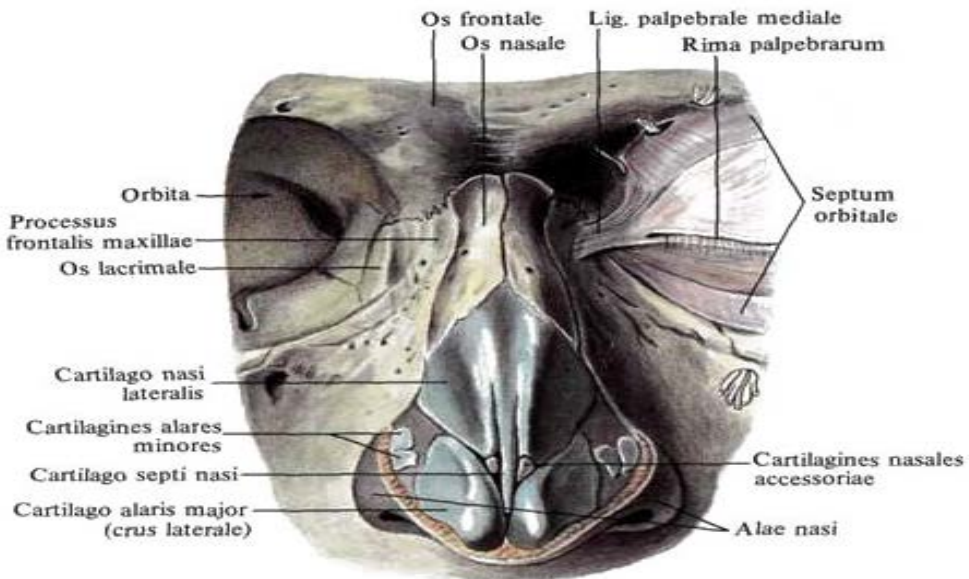
BURUNUN VƏ ONUN ƏLAVƏ CİBLƏRİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

BURUNUN VƏ ƏLAVƏ CİBLƏRİN KLİNİK ANATOMİYASI

Burun (Nasus)

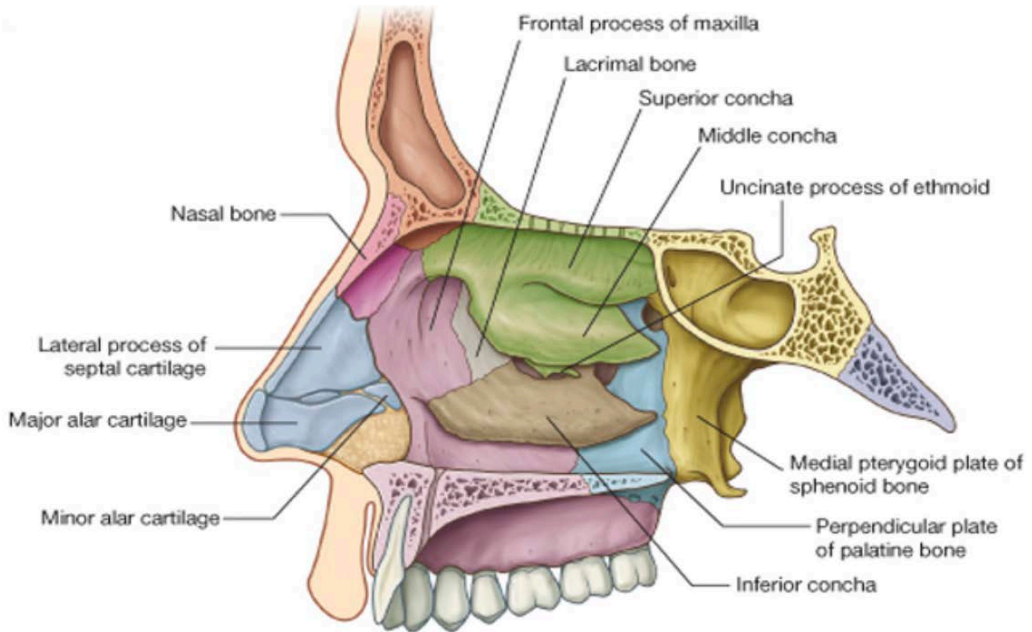
Burunun tərkibinə xarici burun, burun boşluğu və əlavə ciblər aiddir.

Xarici burun üçüzlü piramid formasına malik olub sümük və qığırdaq əsasdan ibarətdir. Sümük əsas qoşa burun sümüklərindən, alın sümüyünün yuxarıdan onlara birləşən burun hissəsindən və yanlardan əngin alın çıxıntılarından əmələ gəlmişdir (şəkil 43).



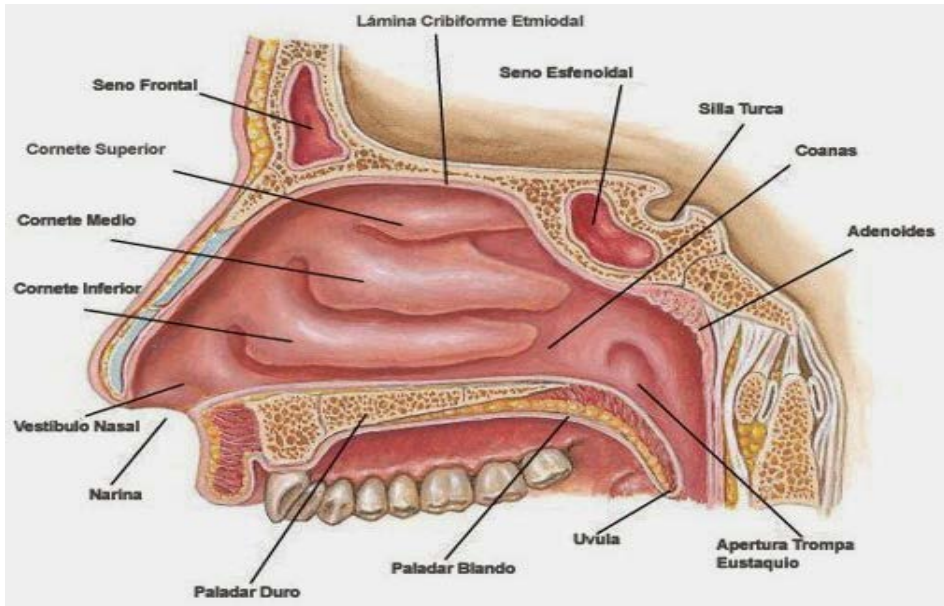
Şəkil 43. Xarici burun (öndən görünüşü).

Burun sümükləri orta xətdə birləşərək burun arxasını (dorsum nasi) əmələ gətirir; burun sümüklərinin alın sümüyü ilə birləşdiyi yerə burun kökü (radix nasi) deyilir. Burunun qığırdaq əsası sümük skeletinin davamı olub armudabənzər dəliklə (apertura piriformis) möhkəm bitişmişdir. Armudabənzər dəlik yuxarıda adları çəkilmiş burun sümükləri və əngin alın çıxıntısı ilə əhatə olunur və bu, sümük preparatında yaxşı görünür. Qığırdaq əsasın tərkibinə üçbucaq qığırdaqları (cartilagine triandulares) burun qanadının qığırdaqları (cartilagine alares) və bir neçə küncütəbənzər (sesamoid) qığırdaq (cartilagine sesamoideae) daxildir. Üçbucaq səfhələr burun boşluğuna burularaq burun arakəsməsinin qığırdaq hissəsinə keçir və burun dəliklərini əmələ gətirir. Qığırdaqlar insanda rudimentar halda olan əzələlər ilə örtülmüşdür. Onların vəzifəsi burun dəliklərini daraltmaq və genişləndirməkdir. Burun boşluğuna keçərək burun qanadlarının daxili səthini, burun arakəsməsinin hərəkətli hissəsini və burunun dibini örtür.



Şəkil 44. Burunun lateral divarı.

B u r u n b o ş l u ğ u (cavum nasi) yuxarıdan kəllənin ön çuxuru, aşağıdan ağız boşluğu, xaricdən isə göz yuvaları ilə məhdudlaşmışdır. Burun boşluğu arxa tərəfdən oval şəkildə olan dəliklər (xoanalar) vasitəsilə burunudlağa açılır (şəkil 45).



Şəkil. 45. Burun boşluğu.

Burun boşluğunun qığırdaq divarlar ilə əhatə olunan ön hissəsi dəhliz (vestibulum nasi) adlanır. Burun boşluğunda dörd divar ayırd edilir: içəri (medial), bayır (lateral), yuxarı və aşağı divarlar. İçəri divar və ya burun arakəsməsi burun boşluğunu çox vaxt bərabər olmayan iki hissəyə bölür. Sümük və qığırdaq hissələrdən ibarət arakəsmənin əmələ gəlməsində burun arakəsməsinin tək dördbucaq qığırdağı (cartilago quadrangularis septi nasi), xəlbir sümüyün (os etmoidale) perpendikulyar səfhəsi (lamina perpendicularis), xış sümüyü (vomer), alın sümüyünün burun tını, əsas sümüyün dimdiyi, əngin və damaq sümüyünün burun daraqları iştirak edir. Dörqbucaq qığırdaq burun arakəsməsinin ön hissəsini, perpendikulyar səfhə arxa yuxarı, xış sümüyü isə arxa aşağı hissəsini təşkil edir. Burunun xarici divarı mürəkkəb quruluşa malikdir. O, burun sümüyündən, əng cismindən və onun alın çıxıntısının içəri səthindən, göz yaşı sümüyündən, xəlbir sümüyün hüceyrələrindən, damaq sümüyünün perpendikulyar səfhəsindən, aşağı balıqqulağından və əsas sümüyün qanadabənzər çıxıntısının daxili səfhəsindən əmələ gəlmişdir. Burun boşluğunun bayır divarında üç balıqqulağı: aşağı, orta və yuxarı (conchae nasales inferior, media et superior) vardır. Bəzi təsadüflərdə hətta dördüncü balıqqulağı (conchlea nasalis suprema) da aşkara çıxır. Aşağı balıqqulağı ayrıca (müstəqil) sümük (os turbinatum) olub qalan ikisi isə xəlbir sümüyü labirintinin hissələridir. Balıqqulaqlarının altında burunun 3 keçəcəyi: aşağı, orta və yuxarı keçəcəklər (meatus nasi inferior, media et superior) yerləşir. Burunun aşağı keçəcəyi burun dibi ilə aşağı balıqqulağı

arasında yerləşir, orta keçəcək orta balıqqulağı ilə aşağı balıqqulağı arasında, yuxarı keçəcək isə orta balıqqulağı ilə yuxarı balıqqulağı arasında yerləşmişdir. Bunlardan başqa bir də ümumi burun keçəcəyi (*meatus nasi communis*) ayırd olunur. Ümumi keçəcək daxildən arakəsmə, xaricdən balıqqulaqları, yuxarıdan burunun tağı və aşağıdan burun dibi ilə məhdudlaşmışdır. Aşağı balıqqulağının ön ucundan 14 mm geridə burunun aşağı keçəcəyinin ən yüksək nöqtəsinə göz yaş-burun kanalının dəliyi açılır; haymor cibinin (mağarasının) sınaq punksiyasında bunu nəzərə almaq lazımdır. Burunun aşağı keçəcəyinin klinik əhəmiyyəti onunla burunudlağa kateterlər salınmasından irəli gəlir.

Burunun orta keçəcəyində aypara dəlik (*hiatus semilunaris*) vardır. Aypara dəlik yuxarıdan və arxadan xəlbir sümüyün cisimciyi (xəlbir qovucquğu – *bulla ethmoidalis*), aşağıdan və öndən isə qarmağabənzər çıxıntı (*processus uncinatus*) ilə məhdudlaşır. Aypara dəliyi ilk dəfə təsvir edən Piroqov onu çəp yarımkanal (*semicanalis obliquus*) adlandırmışdır. Aypara dəlik dərin yerində genələrək qıf (*infundibulum etmoidale*) əmələ gətirir.

Yuxarı divarı və ya burunun tağını burun sümüyü və xəlbir sümüyün çox nazik xəlbir səfhəsi (*lamina cribrosa ossis ethmoidalis*) təşkil edir. O, üfüqi vəziyyətdə yerləşir və onun dəlikləri vasitəsilə qoxu sinirinin şaxəcikləri burun boşluğundan kəllənin orta çuxurcuğuna daxil olur; bunu alın cibinin və xəlbir hüceyrələrinin endonazal əməliyyatlarında xüsusilə nəzərə almaq lazımdır.

Burun boşluğunun aşağı divarının və ya burun dibinin təşkilində iki sümük: öndə əngin damaq çıxıntısı, arxada isə damaq sümüyünün üfüqi səfhəsi iştirak edir. Bunlar birlikdə *palatum osseum* əmələ gətirir.

Xoanalar içəri tərəfdən xış sümüyünün arxa kənarı, bayır tərəfdən əsas sümüyün qanadabənzər çıxıntısının içəri səfhəsi, yuxarıdan əsas sümüyün cismi, aşağıdan isə damaq sümüyünün üfüqi səfhəsinin arxa kənarı ilə əhatə olunmuşdur.

Burunun selikli qışası. Xarici burunun dərisi onun qanadını dolanıb qismən burunun girəcəyini örtür, sonra ara zona adlanan hissədir ki, bu da burunun selikli qışasına keçir. Burundakı dəri tükcüklər və piy vəziləri ilə təchiz olunmuşdur. Burun boşluğunu selikli qışasının funksiyasına müvafiq olaraq iki hissəyə: tənəffüs (*regio respiratoria*) və qoxu (*regio olfactoria*) hissələrinə bölürlər.

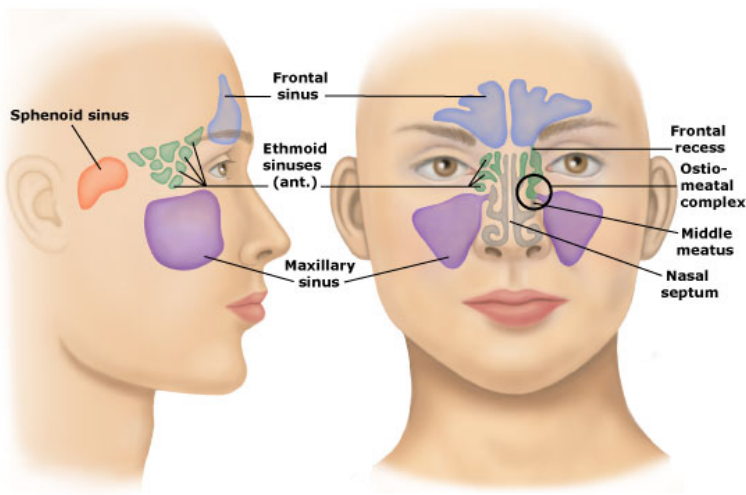
Qoxu hissəsinə yuxarı balıqqulağının sərbəst içəri səthini, orta balıqqulağının yuxarı hissəsini və burun arakəsməsinin onlara baxan hissəsini aid edirlər. Burun boşluğundakı selikli qışanın bütün qalan hissəsi tənəffüs hissəsinə aiddir. Qoxu sinirinin xəlbir səfhədən buruna keçən uç şaxələri qoxu hissəsində yerləşir. Burun boşluğu bu sahədə iki növ hüceyrələr: istinad və qoxu hüceyrələrinə malik spesifik epiteli ilə örtülmüşdür. Burada selikli qışanın qalınlığından qoxu hüceyrələri üçün sekret hasil edən “Boman vəziləri” (*glandulae olfactoriae*) vardır.

Burun boşluğunun tənəffüs sahəsindəki selikli qısa çoxqatlı səyrici silindrik epiteli ilə örtülmüşdür: tükcüklərin hərəkəti arxaya – xoanalar tərəfə yönəlmiş olur. Selikli qısa sümüküstlüyünə sıx bitişmişdir; onun qalınlığı hər yerdə eyni deyildir; aşağı balıqqulağının medial səthi və sərbəst kənarı, aşağı və orta balıqqulaqlarının arxa ucları çox inkişaf etmişdir ki, bu da selikaltı qışada sıx venoz torun olmasından asılıdır. Venoz tor genəlmiş venaların ilgəklərindən ibarət mağaralı və ya kavernoza toxumanı əmələ gətirir. Bu damarların divarlarında çoxlu miqdarda saya əzələ toxuması və elastik liflər vardır. Bir sıra amillər: mexaniki, termiki, kimyəvi və psixi amillər bu labil kavernoza cisimlərə reflektor təsir edərək onların qanla dolmasına, deməli balıqqulaqlarının şişməsinə səbəb olur.

Burun arakəsməsinin Kisselbax sahəsi (Kiesselbachii) adlanan ən aşağı hissəsinin və ya A.Q.Lixaçovun müvəffəqiyyətlə adlandırdığı kimi burun arakəsməsinin qanayan zonasının klinikada əhəmiyyəti çoxdur. Bu ad onunla doğrulur ki, burun qanaxmalarının 90%-i burunun bu sahəsindən baş verir.

Körpə uşaqlarda burun boşluğunun quruluşunun patologiyada əhəmiyyəti olan bəzi xüsusiyyətləri qeyd olunur: 1) yenidoğulmuş uşaqda xoana köndələn dəşik şəklindədir, bu səbəbdən eni hündürlüyündən artıq olur; bu, xış sümüyün hündürlüyünün az olması ilə izah edilir. Yalnız 14 yaşına yaxın onun şaquli diametri üfüqi diametrindən böyük olur; 2) yenidoğulmuş və südəmər uşaqlarda xəlbir səfhə sümükləşən fibroz toxumadan təşkil olunmuşdur; 3) yenidoğulmuş uşaqda perpendikulyar səfhə hələ olmur; o, yalnız 6 yaşında ikən təməmilə inkişaf edir. Böyümə prosesində xış sümük ilə perpendikulyar səfhə arasında qığırdaq zolağı qalır; buna “böyümə zanası” deyilir. İkinci böyümə zona xış sümük ilə dördbucaq qığırdaq arasında olur, onlar böyüdükcə (3 yaş ilə 5 yaş arasında) birbirinə yanaşır. 10 yaşına yaxın burun arakəsməsi formalaşmış olur və sonralar “böyümə zonalarının” hesabına inkişaf edir; 4) yenidoğulmuş uşaqlarda aşağı balıqqulağı burunun dibinə qədər enir, bu səbəbdən burunun aşağı keçəcəyi onlarda çox dar olur. Burun əksinə burunun orta keçəcəyi xeyli geniş olur; 5) bətdaxili həyatda göz yaşı- burun kanalı qapalı olur və uşaq doğularkən açılır. Kanalin dəliyi aşağı balıqqulağının ön kənarından 0,75 – 1 sm (yaşlılarda 1,4 sm) arxada yerləşir. Kanal iki hissədən: uzun zarlı və qısa sümük hissələrdən ibarətdir. Gözyaşı burun kanalının inkişaf anomaliyasında zarlı kanalın açılışı ləngiyir, bu da gözyaşının axıb getməsinə əngəl törədir. Bunun nəticəsində zarlı kanalın burun ucunun kistoz genəlməsi və burun tənəffüsünün çətinləşməsi baş verə bilər.

Burunun əlavə cibləri (sinus para nasales). Burunun əlavə cibləri daxilində hava olan boşluqlardır. Bu ciblərə əng və ya haymor cibi, alın cibi, xəlbir ya labirintin xəlbir hüceyrələri və əsas cib aiddir (şəkil 46).



Şəkil 46. Burunun əlavə ciblərinin qarşılıqlı münasibəti.

Ciblərin ən böyüyü *h a y m o r c i b i d i r* (sinus maxillaris Highmori). O, əng cismində yerləşmişdir. Haymor cibinin həcmi 3 sm^3 ilə 30 sm^3 arasında təbəddüd edir (orta hesabla $10 - 12 \text{ sm}^3$ -dir). Formaca bu cib dördüzlü piramidə oxşayır piramidin əsasını burunun bayır divarı, zirvəsini isə almacıq çıxıntıları təşkil edir. 4 divarı: yuxarı, aşağı, ön və içəri divarları vardır. Yuxarı divar eyni zamanda göz yuvasının alt divarıdır; o, çox nazikdir, radikal əməliyyat zamanı (cibi qaşıyıb təmizləyərkən zədələmə təhlükəsi gözlənildiyindən!) bu cəhəti nəzərə almaq lazımdır. Yuxarı divarda göz yuvasıaltı sinirin kanalı keçir. Aşağı divar alveol çıxıntının cibinə yanaşır, məlum olduğu kimi, bu cibdə ikinci kiçik azı diş ilə birinci və ikinci böyük azı dişlərinin kökləri yerləşir. Haymor cibinin içəri divarı eyni zamanda burun boşluğunun bayır divarını təşkil edir, bu səbəbdən klinikada əhəmiyyəti böyükdür: bu divar burunun aşağı və orta keçəcəklərinə müvafiqdir. İçəri divarın aşağı hissəsi nazikdir, yuxarıya doğru tədricən daha da nazikləşir, burunun orta keçəcəyi bərabərində sümük toxuması təməmilə yox olur, onu selikli qişanın duplikaturası (fontaneila) əvəz edir; mağaranı burun boşluğu ilə birləşdirən dəlik (hiatus maxillaris) də burada yerləşir. Beləliklə haymor cibinin çıxacaq dəliyi onun yuxarı kənarında göz yuvasının bilavasitə altındadır; bu, iltihab sekretinin onda ləngiməsi üçün şərait yaradır. Bəzən əlavə dəlik (ostium accessorium) müşahidə olunur. Belə hallarda sekret burun boşluğuna keçmək üçün özünə müəyyən dərəcəyədək yol tapa bilər. Haymor cibinin ön divarını əlləmək mümkündür. Bu divarda köpək çuxuru (fossa canina) adlanan kiçik çuxur vardır. Onun klinik əhəmiyyəti radikal əməliyyat zamanı haymor cibinin buradan yayılmasındadır. Köpək çuxurunun yuxarı kənarının üzərində göz yuvasıaltı sinirin çıxması üçün dəlik (foramen infraorbitale) vardır. Bunu bilmək haymor cibini əməliyyat etdikdə üzün yumşaq toxumalarını ayıran zaman ehtiyatlı

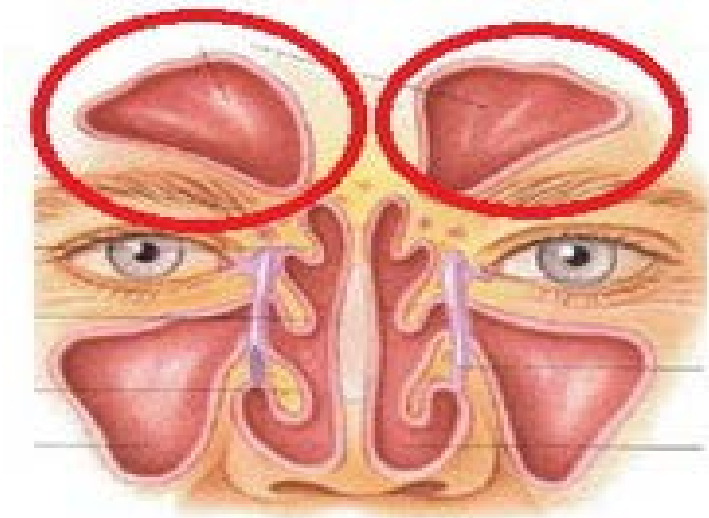
olmağı tələb edir. Əlavə etmək lazımdır ki, haymor ciblərinin hər ikisi həmişə eyni dərəcədə inkişaf etmir, bu da onların quruluşunda asimmetriyaya səbəb olur; mağaranın (cibin) iki hissəyə bölünməsi də rast gəlinir.

A l ı n c i b i (sinus frontalis) üçtərəfli piramid formasındadır. Onun əsası göz yuvasının yuxarı divarında olub zirvəsi yuxarıya baxır. Alın cibi alın sümüyü pulunun səfhələri və onun göz yuvası hissəsinin arasında yerləşir.

Alın cibinin böyüklüyü də haymor cibi kimi geniş hədlərdə tərəddüd edir. Onun orta tutumu $3 - 5 \text{ sm}^3$ -ə bərabərdir.

Alın cibi bu divarlarla məhdudlaşmışdır: 1) ön və ya xarici; 2) arxa və ya beyin; 3) daxili; 4) aşağı və ya göz yuvası divarları. Bunların ən qalını ön divar, ən nazıyı isə aşağı divardır. Arxa divar cibi kəllə möhtəviyyatından ayırır. Onun klinik əhəmiyyəti patoloji prosesin alın cibindən kəllənin boşluğuna keçə bilməsindən irəli gəlir. Medial divar cibi həmişə bərabər olmayan 2 hissəyə bölür. Bunu bilməyin zəruriliyi xalis klinik mülahizələrdən irəli gəlir: bir sıra hallarda, məsələn, sağ alın cibinin iltihabında bu divarın sola meyl etməsi nəticəsində xəstənin şikayətlərini və xəstəliyin klinik mənzərəsini düzgün qiymətləndirmədikdə diaqnostik səhvə yol vermək olar; belə hallarda yalnız rentgen şəkli həkimin fikrinə düz istiqamət verə bilər.

Aşağı divar alın cibini göz yuvasından ayırır və onun klinik əhəmiyyəti də bundadır. Bu divar vasitəsilə irinin göz yuvasına keçməsi müşahidə olunur. Alın cibi alın-burun kanalı (canalis naso-frontalis) vasitəsilə burun boşluğu ilə birləşir. Kanal alın cibinin aşağı divarından başlayaraq burunun orta keçəcəyinə açılır.



Şəkil 47. Alın cibi.

X ə l b i r l a b i r i n t i (labyrinthus ethmoidale) alın ilə əsas cib arasında yerləşmişdir. Xəlbir sümük kəllənin ön çuxurundan xəlbir səfhə (lamina cribrosa)

ilə ayrılır; onda 30-a yaxın xırda dəlik vardır ki, bunlar qoxu siniri şaxələrinin (fila olfactoria) keçməsi üçündür. Xəlbir səfhədən ayrılan sümük səfhə (lamina perpendicularis) perpendikulyar istiqamətdə aşağıya doğru kedərək kəllə boşluğunda xoruz pipiyinədək (crista galli) davam edir.

Xəlbir labirintinin hüceyrələri perpendikulyar səfhədən yanlarda xüsusi sümük, qılafda yerləşmişdir. Bu qılafın xarici divarını nazik sümük, yəni kağız səfhə (lamina papyracea) təşkil edərək labirinti göz yuvasından ayırır. Daxili divarı orta və yuxarı balıqqulaqları təşkil edir. Xəlbir labirint kapsulunun dibini xəlbir qovluğu (bulla ethmoidalis) adlanan törəmə əmələ gətirir; o, eyni zamanda burunun orta keçəcəyinin də damıdır. Xəlbir labirinti hüceyrələri 3 qrupa: ön, orta və arxa hüceyrələrə bölünür. Ön və orta qrupa aid olanların bir qismi burunun orta keçəcəyinə, qalanları isə yuxarı keçəcəyə açılır. Labirintin arxa hüceyrələri görmə sinirinin kanalı ilə yaxın topoqrafik əlaqədə olur, bunun da klinikada böyük əhəmiyyəti vardır.

Ə s a s c i b (Sinus sphemoidalis) əsas sümüyün cismində yerləşir. Arakəsmənin asimmetrik yerləşməsi ilə əlaqədar olaraq bu hissələrinin həcmi qeyri-bərabər ola bilər, digər tərəfdən, ümumiyyətlə, cibin tutumu (həcmi) dəyişkəndir. Əsas cibin arakəsməsi dimdik (rostrum sphenoidale) şəklində burun boşluğuna daxil olur və perpendikulyar səfhənin arxa kənarı ilə bitir. Əsas cibin hər iki şöbəsi burun boşluğu ilə cibin ön divarında yerləşmiş dəliklər (apertura sinus sphenoidalis) vasitəsilə əlaqədar olur.

Əsas cibin hər yarım hissəsi 6 divara malikdir: ön, arxa, yuxarı, aşağı, daxili və xarici divarlar. Ön nazıyı olan ön divar xəlbir labirintin arxa hüceyrələri ilə hüdudlanır. Arxa divar isə, əksinə, qalındır; onun əsas hissəsi təqribən frontal səthdə yerləşir və kəllənin arxa çuxuruna yönəlmiş olur. Yuxarı divar kəllənin ön və orta çuxurlarına yanaşır. Onun üzərində görmə dəliklərinə malik kiçik qanadların kökləri və türk yəhəri vardır. Yəhərin çökük yerində (çalasında) hipofiz (beynin alt artımı) ondan qabaqda isə görmə sinirlərinin çarpazı (chiasma opticum) yerləşir. Görmə sinirlərinin əsas cibə yaxınlığının klinik əhəmiyyəti bundadır ki, yuxarı divar çox nazik olduqda irinli sfenoiditlər nəticəsində korluq kimi ağırlaşma baş verə bilər. Əsas cibin aşağı divarı burunudlaq tağının əmələ gəlməsində iştirak edir. Onun yan şöbələrində nervus vidianus-a məxsus basıqlar vardır. İçəri (daxili) divarını cibarası arakəsmə təşkil edir. Yuxu arteriyası və mağaralı venoz cib, sinirlərdən isə gözün hərəkəti siniri, blok siniri, uzaqlaşdırıcı sinir və üçlü sinirin birinci şaxəsi yan divardadır.

Burunun əlavə cibləri burun selikli qişasının davamı olan nazik selikli qişə örtülmüşdür: onda vəzilər azdır.

Uşaqlarda əlavə ciblərin inkişaf və quruluş xüsusiyyətlərinə keçərək bunları qeyd edək: yenidoğulmuş uşaqlarda haymor cibi ensiz yarıq kimi olur. Bu yaşda haymor cibinin anatomiyası L.İ.Sverjevski tərəfindən mükəmməl sürətdə öyrənilmişdir. Doğulandan sonra haymor cibinin inkişafı ləng olur və yalnız 6 yaşından başlayaraq, o, sürətlə inkişaf edir. Haymor cibi tam inkişafa 15 – 20 yaşlarda çatmış olur. Haymor mağarası kimi xəlbir labirint rüşeymdə belə olur.

Hüceyrələrin formalaşması 6 yaşından başlanır. 12 – 14 yaşlarda hüceyrələr təməmilə formalaşmış olur. Alın və əsas ciblər uşaq doğularkən hələ inkişaf etməmiş olur. Alın cibinin mayası bir yaşın axırında meydana çıxır. Birinci 3 – 4 yaşlarda onların pnevmatizasiyası şiddətli olur, sonralar ləngiyir. Cibin təməmilə inkişafı 25 yaşa yaxın qurtarır. Bəzən isə bir və ya hər iki alın cibinin inkişafında ləngimə baş verə bilər. Əsas cib rüşeymdə maya şəklində olur. Uşaq anadan olarkən sümük kapsulda onun özülü olur. Yenidoğulmuş uşaqda cib yarıq şəklindədir və sonralar ləng inkişaf edir. Əsas cibin inkişafı 12 – 14 yaşlarda qurtarır.

Burunun və onun ciblərinin öyrənilməsinə N.İ.Piroqov, L.İ.Sverjevski, Zuckerkande və başqa müəlliflər çoxlu əmək sərf etmişlər. Haqqında deyilmiş çəp yarımkanaldan başqa xəlbir qovucquğu da ilk dəfə N.İ.Piroqov təsvir etmişdir. O, meylləri donduraraq onlarda burunun anatomiyasını öyrənirdi. L.İ.Sverjevski burunun əlavə ciblərinin quruluşunu öyrənərək bir sıra maraqlı və mühüm cəhətləri müşahidə etmişdir. Biz onların yalnız bir qismindən bəhs edəcəyik. Məsələn, L.İ.Sverjevski müəyyən etmiş ki, haymor cibini zondlamanın müvəffəqiyyətsizliyi təsadüflərinin 65%-də aypara dəyişin daralması ilə izah olunur. Onun aldığı nəticələrə görə haymor cibinin dibi təsadüflərin 17,9%-ində burun boşluğunun dibindən hündürdə yerləşir, təsadüflərin üçdə ikisində isə görmə sinirinin kanalı əsas cibin hesabına böyümüş arxa xəlbir hüceyrənin yuxarı yan divarı ilə keçir.

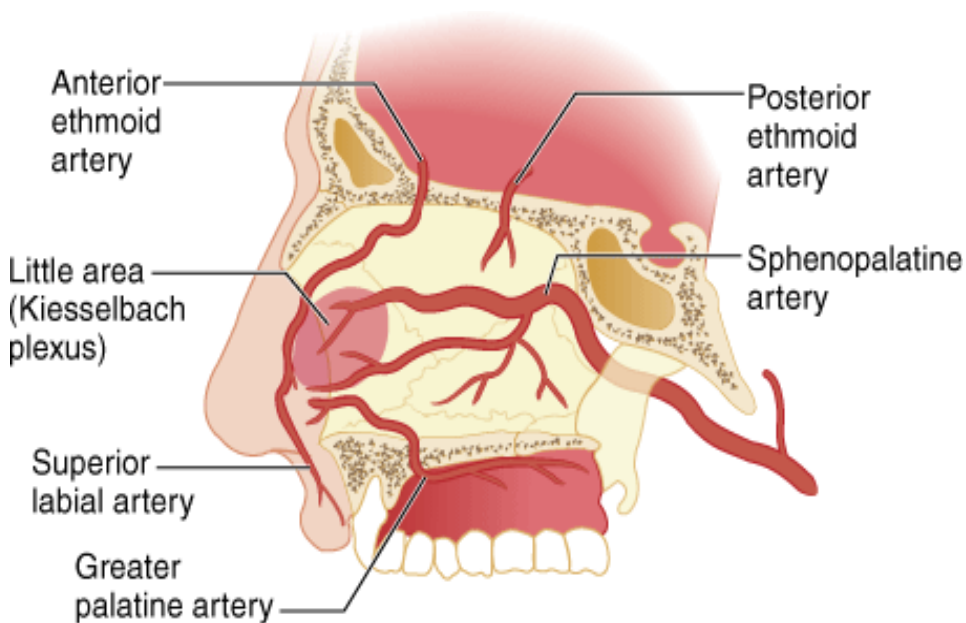
L.İ.Sverjevski alın cibinin və xəlbir labirintin anatomiyasını öyrənməyə də xeyli əmək sərf etmişdir.

Xarici amillərdən Tsukerkandl burunun və onun əlavə ciblərinin anatomiyası sahəsində çox çalışmış və böyük nüfuz qazanmışdır. O, burunun və əlavə ciblərin quruluşunda bir sıra variasiyalar aşkar etmişdir. Bu müəlliflər ilk dəfə göstərdi ki, təqribən hər on təsadüfdən birində dördüncü balıqqulağı olur. Haymor cibi iki hissədən ibarət (qoşa) olarsa, ön yarısı ostium maxillare vasitəsilə tipik yerinə, arxa yarısı isə burunun yuxarı keçəcəyinə açılır. Daha bir sıra kəşflər də onun adı ilə bağlıdır, bunlar rinologiyada “Tsukerkandl tipi” adlandırılmışdır.

Burunun vaskulyarizasiyası və innervasiyası

Xarici burun əsasən üz arteriyası (a. facialis) qismən də əng arteriyası (a. maxillaris) ilə qidalanır. Xarici burunun venaları bir neçə şaxə şəklində göz venasına (v. ophtalmica) və üz venasına (v. facialis) qarışır.

Burun boşluğu əsas damaq arteriyasının (a. sphenopalatina) (əng arteriyasının şaxəsidir) qanı ilə təchiz olunur. Eyni adlı dəlikdən burun boşluğuna daxil olan bu arteriya şaxələnir; bu şaxələrin bir qismi, yəni burunun arxa bayır arteriyası burunun xarici divarına, burun arakəsməsinin arxa arteriyaları a. a. nasales posteriores laterales et septi isə burun arakəsməsinə yanaşır. Burunun xarici divarının yuxarı hissəsi və xəlbir sümüyün hüceyrələri göz arteriyasının şaxələri olan ön və arxa xəlbir arteriyaları ilə vaskulyarizasiya edilir. Venoz qan, əsasən, üz venası ilə axıb gedir (şəkil 48).



Şəkil 48. Burun arakəsməsinin arteriyaları.

Əlavə ciblərin vaskulyarizasiyası

Haymor cibinin qanla təchizi boldur; o, qanı əng arteriyasının (a. maxillaris media) şaxələrindən alır.

Alın cibini ön xəlbir və əsas damaq arteriyalarının şaxələri qidalandırır.

Xəlbir labirintini burun balıqqulaqlarının selikli qışasındakı qan damarları və xəlbir arteriyaları (a. a. ethmoidalis anterior et posterior) qidalandırır.

Əsas cibin vaskulyarizasiyası a. nasales posterior, Vidianus arteriyası (a. canalis pterygoidei) şaxələri ilə olur.

Burunun əlavə ciblərinin venoz toru bir-biri ilə və burun, üz, gözyuvası, kəllə boşluğu venaları ilə, habelə kəllənin venoz cibləri ilə anastomozlaşır. Bu səbəbə görədir ki, burunda və əlavə boşluqlarda irinli proseslər zamanı bəzən cibdə (sinusda) flebit prosesləri müşahidə olunur.

Burunun innervasiyası. Burunun innervasiyası üçlü sinirin birinci və ikinci şaxələri ilə olur.

Burun boşluğu selikli qışasının ön hissəsinin üçlü sinirin birinci şaxəsi olan n. nasociliaris-dən ayrılan n. ethmoidalis anterior, qalan hissəsini ganglion pterygopalatina üçlü sinirin ikinci şaxəsi n. nasopalatinus innervasiya edir.

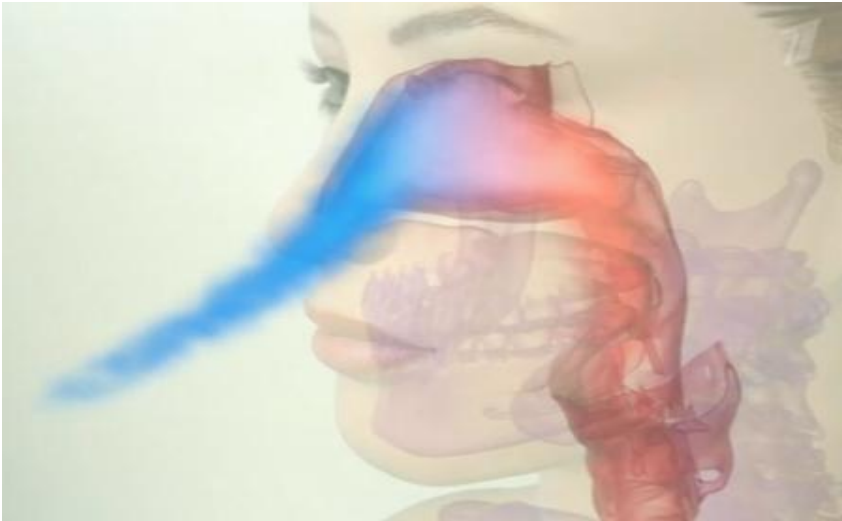
Qoxu sinirinin incə şaxələri xəlbir səfhənin dəliklərindən burun boşluğuna daxil olub selikli qışanın qoxu hissəsində yayılır. Qoxu sahəsinin daxili və xarici səthləri arasındakı yarığı rhima olfactoria adlandırırlar.

BURUNUN FİZİOLOGİYASI

İnsanın həyatında burun boşluğu böyük rol oynayır. Ondakı dəyişikliklər (burun arakəsməsinin əyilməsi, poliplər, balıqqulaqlarının hiperplaziyası, şişlər), habelə burunudlağın patologiyası (şişlər, adenoidlər) burun tənəffüsünü az və ya çox şiddətli çətinləşdirir, hətta sıradan çıxararaq bir sıra mənfi təzahürlərə səbəb olur. Məsələn, çətinləşmiş burun tənəffüsünün, əlavə ciblərin və orta qulağın ventilyasiyasına, qazlar mübadiləsinə, mədə-bağırsaq traktının hərəkəti və sekretor funksiyasına, ürəyin işinə, qanın morfoloji tərkibinə, yaddaşa və i. a. mənfi təsirini qeyd etmək olar. Burun vasitəsilə tənəffüs etdikdə döş qəfəsi xeyli çox genişlənir.

Burun funksiyaları bunlardır: 1) tənəffüs; 2) qoxu; 3) mühafizə və 4) rezonans funksiyaları.

Tənəffüs funksiyası. Hava axınının burun boşluğuna daxil olması qismən burun dəlikləri mənfəzinin dəyişilməsindən və daha artıq balıqqulaqlarının mağaralı cisimlərinin qanla dolma dərəcəsindən asılıdır. Burunun xarici dəliklərinin üföqü vəziyyətdə olması nəticəsində nəfəs alınan hava axını öz əsas kütləsi ilə əvvəlcə qövsəbənzər sürətdə yuxarıya yönələrək orta və qismən yuxarı burun keçəcəyi ilə aşağıya və arxaya doğru, yəni xoanalara tərəf enir; nəfəsvermə zamanı hava axınının istiqaməti bunun əksinə olur, yəni həmin yolla gedir və qismən qoxu yarığına daxil olur (şəkil 49). Burada əsas cəhət nəfəs alınan hava axınının burulğan əmələ gətirməsidir. Hava burulğanları nəfəs almadan nəfəs verməyə və əksinə keçərkən daha qabarıq olur. Hava axınının burulğanları yalnız burun boşluğunun anatomik quruluşu ilə, yəni onda balıqqulaqlarının və dar əyri keçəcəklərin olması ilə izah olunur.



Şəkil 49. Nəfəs alınan hava axınının istiqaməti.

Burunun qoruyucu funksiyası havanın isidilməsindən və nəmləşdirilməsindən, nəfəs alınan hava axınının təmizlənməsindən və dezinfeksiyasından ibarətdir. Qeyd etmək lazımdır ki, burunun həmin qoruyucu funksiyaları əvvəlcə danışılmış balıqqulaqları və əyri burun keçəcəklər olduqda mümkündür.

Burun boşluğunun bu cür arxitektonikaya malik olması burunun selikli qişasının səthini qat-qat böyüdür; nəfəs alınan hava bu yolu qət edərkən kifayət dərəcədə isinməyə və rütubət almağa (nəmişlənməyə) macal tapır. Havanın isinməsi burunun selikli qişasının qan damarları ilə yaxşı təchiz olunaraq (mağaralı cisimlər!) istilik verməsi nəticəsində olur. Havanın nəmişlənməsinə selikli vəzilərin sekresiyası və epitelindən sızılan limfa, gözyaşı-burun kanalı ilə buruna gedən gözyaşı səbəb olur.

Müəyyən edilmişdir ki, nəfəs alınan havadakı tozların və bakteriyaların başlıca hissəsi burunda işilib qalır. Bu, belə olur: burunun girəcəyində olan tüklər nəfəs alınan havada ola biləcək iri toz hissəciklərini tutub saxlayır, daha incə tozları isə burunun seliyi tutub bürüyür, selikli qişanın kirpikcikləri isə onları burunudlağa tərəf itələyib aparır. Sonralar onların bir hissəsi bayıra tüpürülür, bir qismi isə udulur. Ağız ilə tənəffüs etdikdə bütün bu zərərli kütlə dərin tənəffüs yollarına daxil olur. Məlumdur ki, burun seliyində bakteriostatik və bakteriosid təsirə malik olan maddələr vardır. Musin və lizosim belə maddələrdəndir. Nəfəs alınan hava ilə buruna düşmüş bakteriyaları həmin maddələr zərərsiz hala salır.

Burun boşluğu ilə əlaqədar olan reflektor aktları da onun qoruyucu funksiyalarına aid edirlər; bunlara asqırma, öskürmə, gözyaşı ifrazı və selik ifrazı aiddir. Bu reflekslərin sayca artması, məsələn, tez-tez asqırma insanın xəstələndiyini göstərir. Burunun selikli qişası qazanabənzər və kimyəvi zərərli maddələri neytrallaşdırır.

Burunun qoxu funksiyası. İnsanda qoxu zonasının heyvanlara nisbətən inkişaf cəhətcə geridə qalmasına baxmayaraq, onun həyatında qoxu funksiyası stimuləedici və qoruyucu vasitə kimi olduqca əhəmiyyətlidir. Qoxulama, başqa sözlə, güclü nəfəsalma zamanı iyli maddələr hava axını ilə qoxu sahəsinə düşmüş olur, qida udarkən, yəni nəfəsvermə zamanı da belə olur. Bu axıncı təsadüfdə dad maddələri ilə birlikdə ağıza alınan iyli maddələr qoxu sahəsinə qət edir. Buna dad qoxusu və ya qustator qoxu deyilir. İyli maddələrin molekulları odorivektorlar adlanır. Periferik qoxu reseptorunu qət etmiş odorivektorlar qıcığı ara və mərkəzi analizatorlara ötürür və yalnız bundan sonra biz iyi duymuş oluruq. Qoxulama vasitəsilə havada zəhərli maddələrin (mənzildə qazın xaric olması) olmasını, xarab olmuş ərzaqların iyini bilirik. Qidanın xoşa gələn iyi yemək həvəsi doğurur, mədə sekresiyasını artırır; xoşa gəlməyən iy mədə bulanması, hətta qusma törədə bilər.

Qoxu funksiyası olfaktometr adlanan xüsusi cihazla müayinə olunur. Müxtəlif odorivektorların qoxulama itiliyi müxtəlifdir. İnsan 1 l suda 1 : 23000000 mq nisbətində durulaşdırılmış merkaptanın iyini ayırd edə bilir. Qoxu analizatoru adaptasiya (uyğunlaşma) qabiliyyətinə malikdir.

Burunun rezonator funksiyası. Burun boşluğu əlavə ciblər və burunudlaq ilə birlikdə səs üçün hərəkətsiz rezonatordur. Kəskin zökəm, balıqqulaqlarının hiperplaziyası, poliplər və s. nəticəsində burun tənəffüsü pozulmuş olduqda səs tutqun çalarlıq (ton) kəsb edir, tıntın olur. Əgər fonasiya vaxtında burun parez ya iflic nəticəsində damaq pərdəsi ilə ağızudlaqdan ayrılmırsa, əgər xəstədə qurdağızlıq olarsa, danışiq zamanı hava sərbəst olaraq buruna keçir və səs yenə də tıntın olur. Birinci halda qapalı tıntınlıq (rhinolalia clausa), ikincidə isə açıq tıntınlıq (rhinolalia aperta) olur. Tıntınlığın qarışıq formasına da (rhinolalia mixta) rast gəlinir.

BURUNUN MÜAYİNƏ METODLARI

Burunu gözdən keçirməzdən əvvəl xəstədən ətraflı anamnez toplamaq lazımdır. Bu zaman aşağıdakı məsələlər aydınlaşdırılır: xəstələnmə vaxtı, xəstənin tənəffüsü çətinləşmişdir ya yox (əgər belədirsə bir və ya ikitərəfli olması), ifrazat və onun xarakteri, miqdarı, başağrıları, onların xarakteri və lokalizasiyası, xəstə öz xəstəliyini nə ilə əlaqələndirir, müalicə olunmuşdurmu, nə ilə və onun nəticəsi.

Burunun müayinəsinin zahirən gözdən keçirilməsindən başlanır. Bu zaman dəri örtüyünə (rəngi, bütövlüyü), onun formasına diqqət yetirirlər. Sonra sağ əlin baş barmağı ilə burunun ucunu qaldırır, burungirəcəyini gözdən keçirirlər: burada ağrılı iltihabi təzahürlər (furunkul, çatlar) ola bilər. Bu zaman ağrı törətmək (xüsusən həkim uşağı müayinə edərsə) yol verilməz hesab olunur.

Otoskopiya kimi burun boşluğunun da müayinəsi alın güzgüsü ilə edilir və rinoskopiya adlanır. Bu məqsədlə Hartmanın qısa branşlara (uclara) malik burun güzgüsündən istifadə olunur. Burun güzgüsünü sol ələ götürüb ehtiyatla burun boşluğuna daxil edirlər; bu zaman həkim sağ əlini müayinə olunanın başına qoyur və burun boşluğunun müxtəlif şöbələrini gözdən keçirmək üçün əli ilə başın vəziyyətini dəyişdirir. Uşaqları müayinə edərkən onları köməkçinin dizləri üzərində elə fiksə edirlər ki, o, uşağın qıçlarını öz qıçları arasında sıxıb saxlayır və sol əli ilə uşağın qollarını, sağ əli ilə isə başını tutur. Bu zaman sağ əl həm də zəruri manipulyasiyaların icrası üçün lazım olur. Qorxaq uşaqları müayinə edərkən onların etibarını qazanmaq üçün uşaqların yanında böyükləri müayinə etmək lazımdır.

Rinoskopiya zamanı, hər şeydən əvvəl, burun selikli qişasının rənginə, sekresiyanın miqdarına və xarakterinə, burun balıqqulaqlarının vəziyyətinə, arakəsməsinin vəziyyətinə, burun tənəffüsünün halına (sərbəst ya çətinləşmiş olduğuna) diqqət yetirilir (şəkil 50). Əgər burunda müayinəyə mane olan selik, irin toplanmışsa onları finxırma ilə, həm də ehtiyatla xaric etmək lazımdır ki, sekresiya qulağa keçməsin. Bundan ötrü xəstə burun dəliklərindən birini barmaqla qapayıb finxırır və beləliklə o birini selikdən təmizləyir. Bəzən aşağı və orta balıqqulaqlarının şişkinliyi rinoskopiya mane olur. Belə hallarda burunun selikli qişasını dekonqestantlar (oksimetazolin, nafazolin, ksilometazolin, tetrizolin) ilə isladılmış pambığı 10 – 20 dəqiqəliyə orta ya yuxarı burun keçəcəyinin dərin yerinə daxil edirlər. Burunda qartmaqlar olduqda əvvəlcə hər hansı indeferent məhləm və ya hidrogen-peroksidi ilə isladır onları xaric edirlər; qartmaqların qopardılması qanaxma verə bilər. Qanaxma güzgünü buruna bacarıqsız daxil etməkdən də baş verə bilər. Biz burun arakəsməsinin ön şöbəsində qanayan zonanın olduğunu artıq bilirik. Bu zonanı güzgü ilə zədələməyə yol verilmir: bu, bəzən şiddətli qanaxma verə bilər. Buna yol verməmək üçün güzgünü buruna örtüklü olaraq, yəni ucları burun dəhlizinin yuxarı və aşağı divarlarına (xarici və

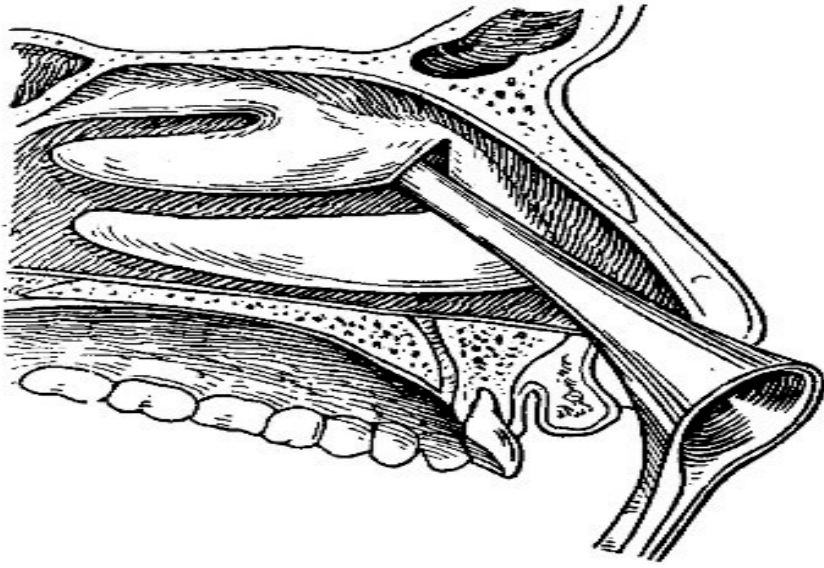
daxili divarlarına yox) dayayaraq yeritmək, yalnız bundan sonra güzgünü açmaq lazımdır.



Şəkil 50. Ön rinoskopiya.

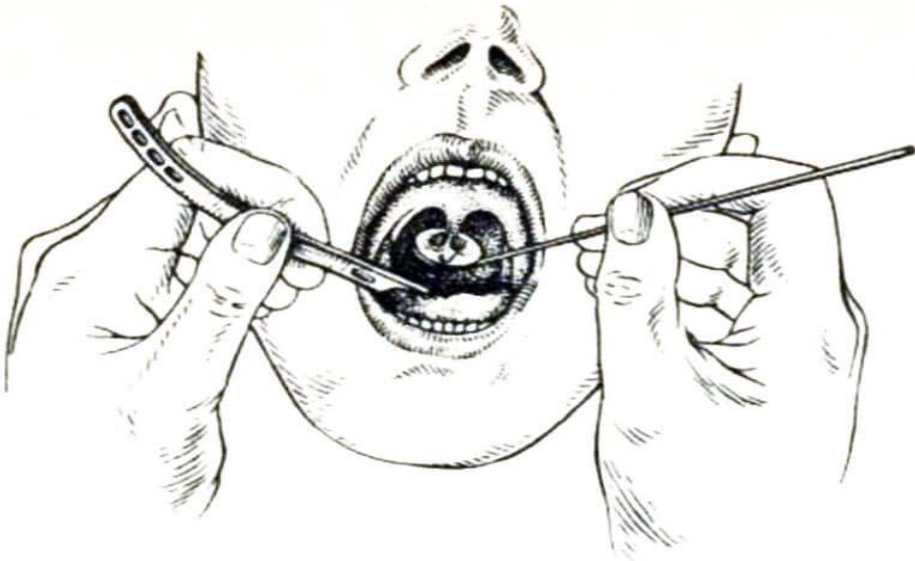
Burun boşluğunu müayinə etməyin bu metodu ön rinoskopiya adlanır.

Orta və arxa rinoskopiya da ayırd edilir. Orta rinoskopiya burunun orta keçəcəyini əvvəlcə 10%-li lidokain ilə keyitdikdən sonra edilir, profilaktika məqsədilə qanaxma olmasın deyə bu məhlullara 3 – 5 damcı adrenalin əlavə edirlər (şəkil 51). Keyimə əmələ gəldikdən sonra adi burun güzgüsünü sol əl ilə buruna daxil edir, sonra uzun uclu güzgünü (Killian güzgüsü) sağ ələ götürüb sol əldəki Hartman güzgüsünün arasından burunun orta keçəcəyinə yeridirlər. Bu zaman Killian güzgüsünün uclarını bir tərəfdən orta balıqqulağına, digər tərəfdən burun boşluğunun xarici (lateral) divarına dayayıb onları sürətli hərəkətlə açırlar. Bunun nəticəsində orta balıqqulağı yerindən çıxır (lyuksasiya), onun ön ucu arakəsməyə doğru meyl edir, orta burun keçəcəyi açılır. Əgər orta balıqqulağının ön ucu hiperplaziyaya uğramışsa, onu əvvəlcə keyitdikdən sonra rezeksiya edirlər. Arxa xəlbir hüceyrələrini müayinə etmək məqsədilə keyitmədən sonra Killian güzgüsünü qoxu yarığına daxil edib cəld hərəkətlə onun uclarını açırlar; bu zaman orta balıqqulağının ön ucu bayıra tərəf meyillənir və qoxu yarığı açılır.



Şəkil 51. Orta rinoskopiya.

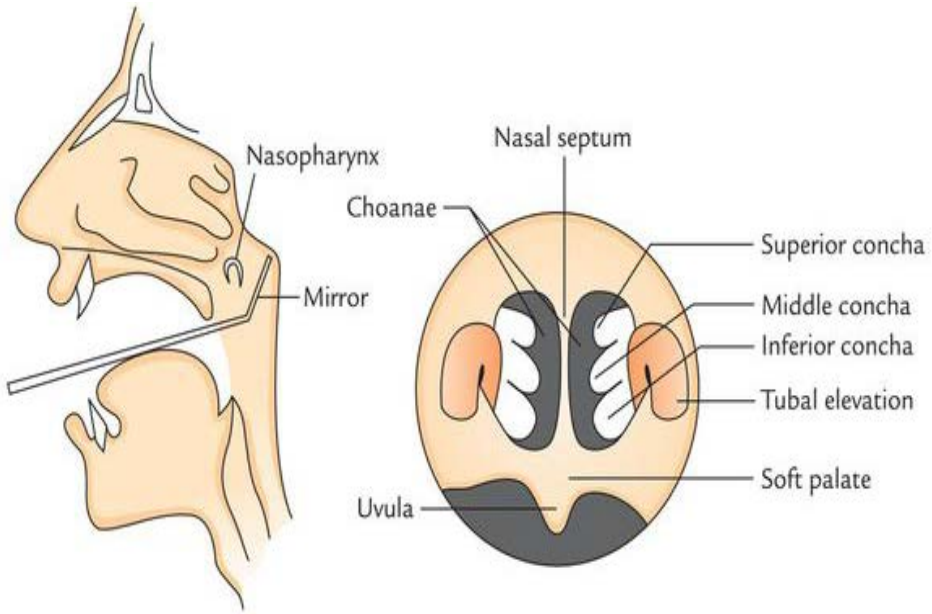
Arxa rinoskopiya məqsəd burunun arxa şöbələrinin, habelə udlağın burun hissəsinin müayinə edilməsidir (şəkil 52, 53).



Şəkil 52. Arxa rinoskopiya.

Bu məqsədlə kiçik burunudlaq güzgüsündən və şpadeldən istifadə olunur. Şpadeli sol əl ilə ağız boşluğuna yeridilir və onunla dil arxasının ön 2/3-sini aşağı

basırlar. Xəstə burunla sakit nəfəs almalıdır. Xüsusi dəstəyə bənd edilmiş güzgünü spirt lampası alovunda azca qızdırıb sağ əl ilə ağız boşluğuna daxil edir və onu dilçəyin arxa tərəfinə yeridirlər. Udlağın arxa divarına güzgünün toxunması həssas adamlarda qusma refleksi törədə bilər. Bəzi udlaq reflexi şiddətlənmiş şəxslərdə arxa rinoskopiyanı etmək mümkün olmur. Belə hallarda udlağın arxa divarının keyidilməsi (anesteziya) patoloji refleksi aradan qaldırır. Bəzən damaq pərdəsi udlağın arxa divarına yapışmış olduğundan arxa rinoskopiya çətinləşmiş olur. Belə təsadüflərdə yumşaq damağı qarmaqla önə dartırlar. Yumşaq damağı dartmağın başqa bir üsulu belədir; burunun hər iki yarısından udlağa rezin kateter salır, kateterin udlaqdan ağızla bayıra çıxarılan hər iki ucunu bağlayır, sonra onu önə dartırlar. Güzgüyə bu və ya başqa vəziyyət verməklə yumşaq damağın arxa səthinin, xış sümüyün, xoanaların, balıqqulaqlarının, irinli ifrazatın (əgər varsa) əksini görmək olar. Normal burunudlaqda Yevstax borularının dəliklərini, udlaq ciblərini gözdən keçirmək olur. Arxa rinoskopiya həmişə asan olmur, uşaqlarda isə çox vaxt mümkün deyil. Lakin lazimi qədər məşq etməklə məqsədə nail olmaq mümkündür. Çox vaxt burunudlağa burun vasitəsilə (ön rinoskopiya ilə) baxmaq olur.



Şəkil 53. Arxa rinoskopik təsvir.

Balıqqulaqları böyümüş, yaxud şiş olduqda burun boşluğunu zondlayırlar (yaxşı olar ki, əvvəlcə selikli qışa efedrinizasiya edilsin). Bununla şişin konsistensiyasını, burun boşluğunda bitişmələr olduğunu, şişin hərəkətliliyini, haradan baş verdiyini, yad cisimlərin olun-olmadığını müəyyən edirlər. Adətən, düyməli zondan istifadə olunur.

Burunun funksional müayinəsi

Bildiyimiz kimi burun tənəffüs və qoxu funksiyalarına malikdir.

Tənəffüs funksiyasını müxtəlif üsulların köməyi ilə müayinə edirlər. Onların biri burunun keçiciliyini Qlasen güzgüsü ilə müayinə etməkdir. Bu güzgü yaxşı paradaqlanmış hamar metal lövhə olub ortasından ağ xətt çəkilmişdir. Həmin ağ xəttin hər tərəfinə də belə ağ xəttlər çəkilmişdir. Burunun keçiciliyini yoxlamaq üçün güzgünü müayinə olunan şəxsin üzünə yaxınlaşdırıb burun dəliklərindən birini sıxaraq ona dərin nəfəs alıb-vermək təklif edilir: güzgüdə alınmış tərləmənin böyüklüyünə görə burunun ayrı-ayrı hər yarısının keçiciliyini müəyyən edirlər.

Daha primitiv olan başqa bir metod belədir: sapı və yaxud xırda pambıq tikəsini növbə ilə hər iki burun dəliyinə yaxınlaşdırırlar; nəfəs alıb-vermə zamanı pambığın (sapın) hərəkət amplituduna əsasən burunun keçicilik dərəcəsi təyin edilir. Bu zaman ağız yumulu halda olmalıdır.

Son zamanlar burunun tənəffüs funksiyasını daha dəqiq təyin etmək üçün müxtəlif sistemli r i n o p n e v m o m e t r adlanan cihazlar təklif olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, ağızdan nəfəs almağın səbəbini bəzən burun boşluğunda olan patoloji dəyişikliklərlə yox, çənə və dişlərin vəziyyətcə anomaliyası və ya dovşandodaqlılıq, qurdağızlılıq ilə əlaqələndirirlər.

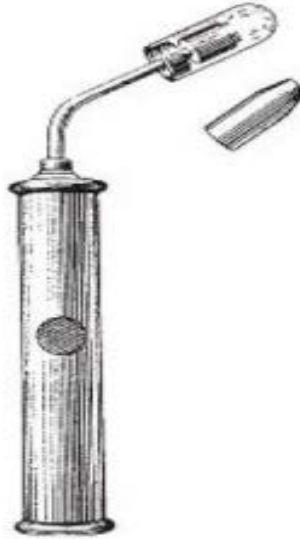
Burunun qoxu funksiyası bir sıra iyli maddələr: mum, güləb (aqua rosarum), acı badam suyu (aqua amygdalarum amararum), Oleum Rusci (zift), terpentini yağlı ilə təyin edilir; xloroform, sirkə turşusu və nəşatır spirtinin qoxu aparatına təsirindən başqa üçlü sinirin burundakı uclarını şiddətlə qıcıqlandırır, bu səbəbdən də onlar qoxunu yoxlamaq üçün xalis halda işlədilməməlidir. Əgər müayinə olunan şəxs həmin qıcıqlandırıcı maddələrlə yoxlanan zaman burnunda sancma duyğusunu danarsa, o zaman simulyasiyanı, ya isterik anosmiyanı nəzərə almaq lazımdır.

S ı n a m a m e t o d i k a s ı: müayinə olunan şəxsin növbə ilə burnunun bir dəliyini qapayıb o birisinə içərisində iyli maddə olan flakonu yuxarıda izah olunan qayda ilə (müayinəyə zəif iyli maddə ilə başlayırlar) yaxınlaşdırırlar. Qoxu duyğusunun itiliyini daha dürüst təyin etmək üçün olfaktometr adlanan xüsusi cihazdan istifadə edirlər. Olfaktometr müxtəlif sistemlərdə olur.

Paranasal sinusların (əlavə ciblərin) müayinəsində diafonoskopiya, tomoqrafiya, flyuoroqrafiya və rentgenoqrafiya tətbiq olunur.

D i a f o n o s k o p i y a məqsədilə kiçik Gering lampasından istifadə edirlər; sınaq qaranlıq otaqda aparılır. Lampanın şəffaf kalpakı və xüsusi şpadeli olur (şəkil 54). Şpadel ilə dili aşağıya basaraq lampanı müayinə olunan şəxsin ağzına yeridirlər; bu zaman müayinə olunan şəxs şpadeli dodaqları ilə kip sıxır. Lampa yanarkən gözyuvasının aşağı kənarı altında qırmızı işıqlanma və gözün işıqlanması qeyd olunur; patologiya zamanı bunlar olmur (şəkil 55). Alın ciblərinin müayinəsində şpadeli xüsusi işıq keçirməyən, distal ucunda linza olan metal kolpak ilə əvəz edirlər. Lampanı yanmış halda göz yuvasının daxili yuxarı

bucağına (alın cibinin yuxarı divarı) kip sıxırlar. Normada sağlam alın cibi nahiyyəsində işıqlanma qeyd olunur, xəstəlik olan tərəfdə işıqlanma olmur.



Şəkil 54. Əlavə cibləri işığa salmaq üçün Gering lampası.

Klinik müşahidələr göstərir ki, əvvəlcə, haymor cibinin tutqunluğu tamamilə sağlam adamlarda da ola bilər, ikincisi, yaxşı işıqlanan boşluqlarda selikli və ya selikli-irinli sekret tapılır. Bunu nəzərə alaraq diafonoskopiya böyük əhəmiyyət vermək olmaz.



Şəkil 55. Haymor ciblərinin işığa salınması.

I – normal diafanoskopik təsvir hər iki haymor cibində hava var və onlar yaxşı işıqlanır; II – sol haymor cibi və sol bəbək işıqlanmır.

Burunun əlavə boşluqlarını müayinə etməyin ən qiymətli metodu rentgen o q r a f i y a d ı r. Rentgenoqrafiya burunun və onun əlavə ciblərinə məxsus divarların sınıqlarından, əlavə ciblərin iltihabından başqa şişləri, sümük destruksiyaqlarını, metal yad cisimləri də aşkara çıxarır. Rentgen şəkillərini bir və ya iki proyeksiyada: ənsə-alın və ənsə-çənəaltı proyeksiyalarında çəkirlər. Belə şəkillərdə haymor və alın cibləri, habelə xəlbir hüceyrələri yaxşı görünür. Əsas cibi aşkar etmək üçün aksial şəkillər çəkilir (çənəaltı-şaquli vəziyyətdə). Haymoritin, haymor cibindəki şişin və ya sistin diaqnostikası üçün bəzən kontrast rentgenoqrafiya metoduna müraciət olunur. Bu məqsədlə haymor cibinin punksiyasından və yuyulmasından sonra ona yodlipol, lipiodol və ya serqozin yeridirlər. Biz öz praktikamızda haymor cibinin kontrastlığı üçün barium sıyığı işlədirik. O həm ucuz, həm də sərfəlidir. Müəyyən vərdiş olduqda rentgenoqramların oxunuşu o qədər də çətin deyildir. Patoloji ciblər dəyişikliyin dərəcəsindən asılı olaraq aydın olmur, yaxud diffuz tutqunlaşmış halda görünür.

Haymoritlərin diaqnostikasında ən dəyərli metod haymor cibinin sınaq punksiyası və yuyulması, frontitlərin diaqnostikasında isə alın cibinin zondlanması və yuyulmasıdır.

BURUNUN VƏ ƏLAVƏ CİBLƏRİN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

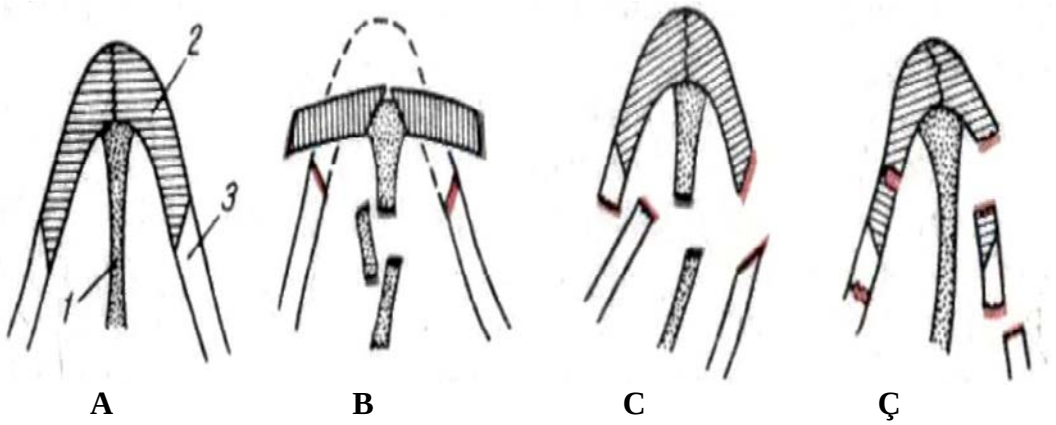
Burun və əlavə ciblər topoqrafik cəhətcə vəhdət təşkil edir və bir-birilə üzvi surətdə bağlıdır. Onlar frontal və sagital istiqamətlərdə üz skletinın mərkəzi hissəsinin xeyli sahəsini tutur. Bu üzvlərin xüsusilə müharibə vaxtı son dərəcə tez-tez zədələnməsi buradan aydın olur. Burunun və əlavə ciblərin tez-tez zədələnməsini onların topoqrafik vəziyyətindən başqa indiki müharibələrin hansı vasitələrlə aparılması ilə də izah etmək lazımdır: böyük partlayış qüvvəsinə malik olan mexaniki silahların müxtəlif növlərinin (minaatlar, aviasiya bombaları, artilleriya mərmiləri) görünməmiş miqyasda tətbiqi canlı qüvvəyə böyük xəsarət yetirir. Qəlpə yaralarından başqa güllə yaraları da müşahidə olunur, həm də Y.Yermolayevin məlumatına görə güllə yaraları başqa yaralara nisbətən xeyli (8 dəfə) az rast gəlinir. Bizim məlumata əsasən 1944-cü ilin birinci yarısında burunun və əlavə ciblərin yaraları olan 144 xəstədən 44-də güllə yarası, 104-də isə qəlpə yarası var idi.

Burunun və əlavə ciblərin yaralanmaları ayrı-ayrılıqda olur, lakin əksərən kəllənin üz hissəsinin başqa yerlərinin: sərt damağın, alveol və alın çıxıntılarının, əngin, almacıq sümüyünün, gözlərin zədələnmələri ilə birlikdə müşahidə olunur.

Odlu silah yaralanmalarında burun ucunun, qanadlarının, burun arxasının cüzi defektindən başlamış onun sümük və qığırdaq əsasının tam defektinə qədər burun müxtəlif dərəcədə zədələne bilər. Ağır zədələnmə zamanı qəlpə bütün xarici burunu qoparır, bütün burun boşluğu açılmış olur.

Güllə ilə yaralanma az dağıdıcı olur. Biz elə təsadüflər müşahidə etmişik ki, yaralanmadan bir az sonra hər iki (girəcək və çıxacaq) dəlik tezliklə çapıqlaşır, lakin burun boşluğunda davamlı sinexiya və xarici burun dəliklərinin atreziyası şəklində geniş izlər hökman qalır.

Burunun zədələnmələri dinc dövrdə istehsalatda tez-tez rast gəlinir. Onlar küçə hərəkətinin və idmanın böyük vüsət kəsb etdiyi indiki dövrdə xüsusilə çoxalmışdır (şəkil 56). Bu zədələnmələrə zərbə, əzilmə, yıxılma, idman, avtomobil qəzaları, deşilmiş və kəsilmiş yaralar səbəb ola bilər. Bu zədələnmələrin hamısı dəri bütövlüyünün pozulması ilə birlikdə, yaxud onsuz olur. Zədələnmələrin xarakteri zərbənin qüvvəsindən və onun istiqamətindən asılıdır. Öndən zərbə zamanı burun sümüklərinin boylama istiqamətində sınması baş verir, uşaqlarda da burun sümüklərinin alın çıxıntılarından ayrılması müşahidə olunur. Sümük qəlpələri yerini dəyişdikdə burun boşluğuna düşə bilər. Çox vaxt güclü zərbə onun istiqamətindən asılı olaraq burunu bu və ya başqa tərəfə əymiş olur. Burun travmasının nəticəsində onun arxası çökdüyündən burun yastılana bilər.



Şəkil 56. Burun sümük skeletinin sxematik kəsiyi:

A) 1 – burun arakəsməsi; 2 – burun sümükləri; 3 – alın çıxıntıları;

B) burun tağının sınığı və yastılanması; C) burunun sınıraq yana əyilməsi;

Ç) burunun yana əyilməsi və burunun əyilmiş qırıntılarının daxilə batması ilə olan sınıq.

Soyuq silah ilə törədilən burun yarası nəticəsində (kəsik və deşik yara) xarici burunda müxtəlif dərəcəli qüsurlar ola bilər. Burun boşluğuna işləyən yaralar zamanı sinexiyalar əmələ gəlir.

Bilavasitə baş verən zədələnmələrdən fərqli olaraq burun selikli qişasının belə zədələnmə formalarını dolayı zədələnmələr hesab etmək lazımdır. Burunun bilavasitə yaralanması isə lələkdən, budaqdan, karandaşdan və s.-dən olur. Belə yaralanmalar dərialtı emfizema əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Bəzi təsadüflərdə gözyaşı axması, hətta likvorreya qeyd olunur. Gözyaşı axması burunun yan divarının zədələnməsi nəticəsində göz yaşı-burun kanalının sıxılması ilə izah olunur. Likvorreya isə sınıq xəttinin burun arxasına keçməsindən, kəllə əsasının zədələnməsindən irəli gəlir və göz yuvalarının dövrəsinə qansızma ilə birlikdə olur. Buna “eynək simptomu” deyilir. Belə təsadüflərdə infeksiyanın burun boşluğundan endokraniuma keçməsi, adətən kəllədaxili ağırlaşmalar törədir.

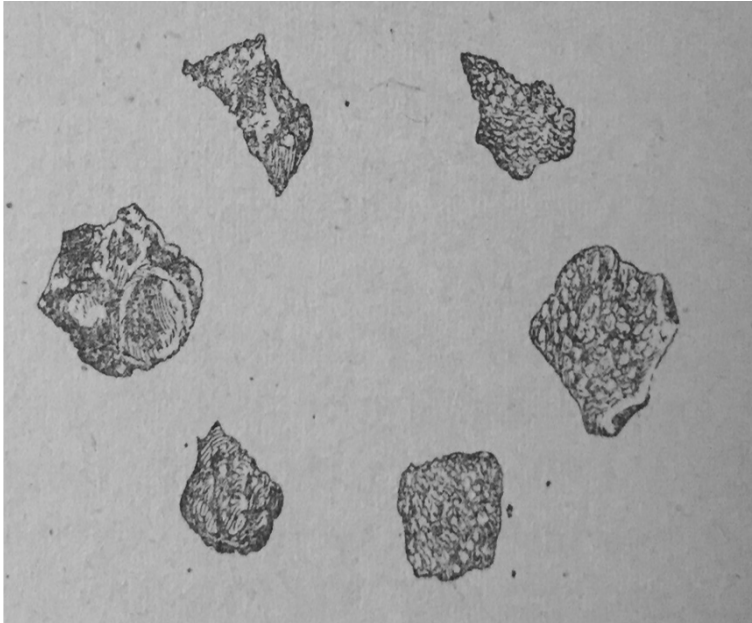
Öz-özlüyündə aydındır ki, burunun hər cür zədələnməsi az və ya çox güclü qanaxma ilə, bəzən hətta ölümcül qanaxma ilə müşayiət olunur. Bir sıra təsadüflərdə burunun arakəsməsində hematoma əmələ gələ bilər ki, o da müalicə gecikdikcə yoluxa və absesə keçərək kəllədaxili ağırlaşmalar verə bilər.

Deyilənlərdən aydın olur ki, burunun odlu silah yaralanmaları şox vaxt ağır nəticələr, məsələn, funksional pozulmalar (tənəffüs və qoxu tərəfindən), kosmetik qüsurlar (üzün eybəcərləşməsi), danışığın tıntın olması, yəni açıq və ya qapalı tıntınlıq verir.

S i m p t o m l a r. Burunun yaralanmasından irəli gələn mühüm simptomların biri qanaxmadır. O hətta ölümcül ola bilər. Qalan simptomlar zədələnmənin xarakterindən asılıdır. Onlara burun tənəffüsünün pozulmaları

aiddir ki, bu da şiddətli dərəcəyə çatı bilər və bacarıqla kömək göstərilmədikdə davamlı xarakter alıb, sonralar mürəkkəb qanlı əməliyyatlar tələb edir. Zədələnmə yerində xarici örtüklər az və ya çox dərəcədə şişir, göyərmiş olur. Şokun əmələ gəlməsi qorxulu simptom sayılır.

Burun zədələnməsinə d i a q n o z qoymaq çətin deyildir (xüsusilə anamnez məlumatı nəzərə alınmış olduqda). Xarici burunun qapalı travmalarında çox vaxt palpasiya düzgün diaqnoz qoymağa imkan verir. Əlləmə vasitəsilə sümük qəlpələrinin və hətta çatlaqların yerdəyişməsi ilə olan sınığı müəyyən etmək mümkün olur. Diaqnostika məqsədilə çox vaxt burun boşluğunu ehtiyatla qan laxtalarından təmizləmək lazım gəlir. Əlbəttə, burunun selikli qişasını əvvəlcə kokain və adrenalin ilə keyidirlər. Bununla da şişmiş selikli qişanın şişkinliyini bir qədər aradan qaldırmağa nail olurlar. Burunun rentgenoqrafiyası onun yaralanmalarına diaqnoz qoymaqda və yad cisimləri (güllə, qəlpə) təyin etməkdə mühüm rol oynayır (şəkil 57).



Şəkil 57. Burundan və əlavə ciblərdən çıxarılmış qəlpələr (öz müşahidəmiz).

Burun yaralanmalarının nəticəsi yaraya xaricdən infeksiya keçməsindən, burun boşluğunda olan mikroorqanizmlərdən və orqanizmin müqavimət dərəcəsindən asılıdır.

M ü a l i c ə. Burun yaralanmaları zamanı xəstənin halı həmişə diqqətli olmağı və lazım gəldikdə dərhal əməliyyat etməyi tələb edir.

Xəstəyə ilk yardım, qanaxmanı dayandırmaq və yaranı ilkin işlənməyə uğratmaqdan ibarətdir. Şok halı olduqda əlimizdə olan bütün vasitələri (qanköçürmə, narkotiklər və ürək dərmanları, alkoqol, qlükoza) işə salmaq lazımdır.

Burunun sümük əsasının qırıntılarının yerdəyişməsi ilə müşayiət olunan sınığında onları hökmən yerli keyitmə, yaxud ümumi narkoz ilə repozisiya etmək tələb olunur, sərbəst sümük qırıntıları isə xaric edilir.

Böyük dozalarda antibiotiklər və sulfanilamidlər işlədilir, yaraya antibiotiklər doldurulur. Tetanusa və qanqrenaya qarşı serumların yeridilməsi məcburi sayılır.

Burunun əlavə ciblərinin zədələnmələri. Burunun əlavə ciblərinin zədələnmələrinə, həm dinc vaxtda, həm də müharibə zamanı rast gəlinir. Bunların da səbəbi burunun zədələnmələrində olduğu kimidir. Zədələnmələrin dərəcəsi sümük divarlarının qalınlığından və onlara təsir etmiş cismin xarakterindən asılı olur.

Əlavə ciblərin odlu silah yaralanmaları burunun özünə nisbətən xeyli tez-tez olur. Tezlik cəhətcə birinci yeri haymor cibinin yaralanmaları tutur, sonra alın cibinin, xəlbir labirintin və əsas cibin yaralanmaları gəlir.

Yaralanmaların əksəriyyəti kombinasiya (birgə) şəklində rast gəlinir. Ciblərin tangensial dəlib keçən və kor yaralanması ayırd olunur. Tangensial yaralanmalar tez-tez rast gəlinir. Bu zaman zədələnməmiş cibin ön divarında çatlar ola bilər ki, bunlar, adətən, çox zərərli nəticələr vermir.

Ciblərin dəlib keçən yaralanmaları ayrıca olduqda gedişi yüngül olur (xüsusilə yaralanmaya qədər cib sağlam idisə). Bu yaralanmalar iki dəliyin – girəcək və çıxacaq dəliklərin olması ilə xarakterizə olunur; çıxacaq dəlik həmişə böyük olur.

Kor yaralanmalarda güllə ya qəlpə yaralanma zamanı öz qüvvəsini itirir və əlavə cibdə ilişib qalır. Deşib keçən yaralanmalar kimi bunlar da ayrıca olduqda təhlükəli deyildir (hərçənd irinli sinuitlərə səbəb ola bilər).

Dinc dövrdə əlavə ciblərin travmaları xeyli yüngül gedişə malik olur. Onlar xüsusən avtomobil qəzalarında daha çox müşahidə olunur. Belə təsadüflərdə alın cibinin ön divarının çatlamasına tez-tez rast gəlinir.

S i m p t o m l a r. Əlavə ciblərin yaralanmaları bir sıra ümumi və yerli simptomlar ilə müşayiət olunur. Burun yaralanmalarında olduğu kimi burada da qanaxma əsas əlamət kimi meydana çıxır.

Travmatik sinuitin nişanələri bunlardır: ciblərdən irin xaric olması və ya onun buruna keçməsi, ciblər nahiyəsində şişkinlik və ağrı, baş ağrısı, qan təsvirinin dəyişilməsi, rentgenoqramda tutqunluq (Murzin və Lozanov).

Kor yaralanmalar zamanı biz haymor cibində nəinki güllə ya qəlpə, hətta sümük sekvestrlər, şinel və papaq qırıntıları tapırıdıq. Bəzən cibdə qəlpə olduqda onda heç bir iltihabi reaktiv təzahürlər görünmür; əksərən isə cibdə poliplərin əmələ gəlməsi ilə bərabər irinli sinuit meydana çıxır.

Alın cibinin zədələnmələri onun arxa divarı yaralandıqda təhlükəli ola bilər, çünki bu zaman infeksiyanın kəllə daxilinə keçməsi qorxusu yaranmış olur. Bəzən qəlpə alın cibinin ön və aşağı divarını qismən ya tamamilə qoparır. Belə təsadüflərdə biz xaric olan irinli ifrazat və böyük polip kütlələri müşahidə etmişik. Xəlbir hüceyrələrinin yaralanmaları burun tərəfindən böyük dəyişikliklər: sinexiyalar, xarici fistullar əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur. İrinin axıb getməsi ləngidiyindən sinexiyalar kəllədaxili və gözyuvası tərəfindən ağırlaşmalar verə bilər.

Əsas cibin yaralanmaları son dərəcə az rast gəlinir. Bu həmin cibin kəllənin dərin yerində olması və kiçikliyi ilə izah olunur.

Çox vaxt ciblərin yaralanmaları gözlərin zədələnməsi ilə birlikdə olur ki, bu da korluğa səbəb olur, habelə qulağın, almacıq sümüyünün, əngin sərt damağın zədələnmələri ilə birlikdə də müşahidə olunur.

Əlavə ciblərin yaralanmalarından irəli gələn nəticələr xəsarətin yayılma dərəcəsindən, həyati əhəmiyyətə malik üzvlərin (beyin, böyük damarlar) zədələnməsindən, qanaxmadan və şok təzahürlərindən asılıdır.

M ü a l i c ə. Burunun yaralanmalarında olduğu kimi, hər şeydən əvvəl, qanaxmanı dayandırmaq və əgər şok varsa onunla mübarizə aparmaq lazımdır. Çox vaxt qanaxmanı dayandırmaq üçün xarici, hətta ümumi yuxu arteriyasını bağlamaq (liqatura) lazım gəlir. Qəlpələr və ya güllə olduqda cibi radikal tipdə operasiya etmək (bəzən daha geniş) və yad cismi çıxarmaq lazımdır. Alın cibinin yaralanmalarında onu yardıqdan sonra cibin beyin divarını mükəmməl müayinə etmək lazımdır. Beynin sərt qişası yaralanmış olduqda onu sağlam toxumaya çatana qədər açmaq və yaraya antibiotiklər doldurmaq tələb olunur. Alın cibinin operasiyası ilə məşğul olarkən xəlbir hüceyrələrinə də əl gəzdirmək lazımdır.

Kəllədaxili ağırlaşmaların profilaktikası üçün böyük dozalarda antibiotiklər və sulfanilamidlər təyin edilməlidir.

BURUN BOŞLUĞUNUN YAD CİSİMLƏRİ VƏ RİNOLİTLƏR

Burun boşluğunda yad cisimlər, adətən, uşaqlarda, habelə dəlillərdə müşahidə olunur. Burunda oyuncaq qalıqları, noxud, muncuq, tum, düymə və s. tapılır. Bunların uşağın burnuna özü və ya yaşidləri daxil edir. Bəzən yad cisim kimi burunda xoanalardan keçmiş qusuntu kütləsi tapılır. Nadir hallarda buruna güllə, qəlpə, bıçaq tiyəsi də düşür; bunlar, adətən, buruna onun xarici divarını deşərək düşmüş olur.

Burunun yad cisimləri müxtəlif formalı: hamar ya kələ-kötür, küt və ya iti (sivri) olur.

S i m p t o m l a r. Burunun yad cisimləri hamar olduqda, heç bir narahatlığa səbəb olmur. Sivri yad cisimlər isə buruna düşərkən onun selikli qişasını yaralaya, qanaxma və zəif ağrılar törədə bilər. Paxla burunda uzun müddət qaldıqda şişir. İri yad cisimlər burunun bir tərəfinin tənəffüsünü az-çox dərəcədə çətinləşdirir.

Yad cisim xarakterindən asılı olmayaraq burunda uzun müddət qaldıqda burunun bir yarısından tünd fetid (üfunət) iyli ifrazatın xaric olmasına səbəb olur, bəzən ifrazat qanlı olur. Uşağın valideynləri ya qohumları bunu bilib həkimə müraciət edirlər. Yad cisim burunda uzun müddət qaldıqda əhəng və fosfor duzları ilə örtülə bilir ki, bundan böyük ölçülərə çatan rinolitlər əmələ gəlir. Rinolitlərin forması müxtəlif olur.

Bəzən yad cismin buruna düşdüyü ilk günlərdə xəstədə başağrısı, asqırma olur. Asqırma, adətən, tezliklə keçib gedir. 3-cü, 5-ci gün tənəffüs çətinləşmiş olur ki, bunu da burunun selikli qişasının şişməsi ilə əlaqələndirmək lazımdır (xüsusən yad cisim noxud dənəsi olduqda).

Rinoskopiya zamanı yad cismi, adətən, burunun aşağı keçəcəyində tapırlar. Diaqnoz qoyarkən burun diferiyasını, burunun əlavə ciblərinin irinli iltihabını, vərəm, sifilis və şişləri istisna etmək lazım gəlir.

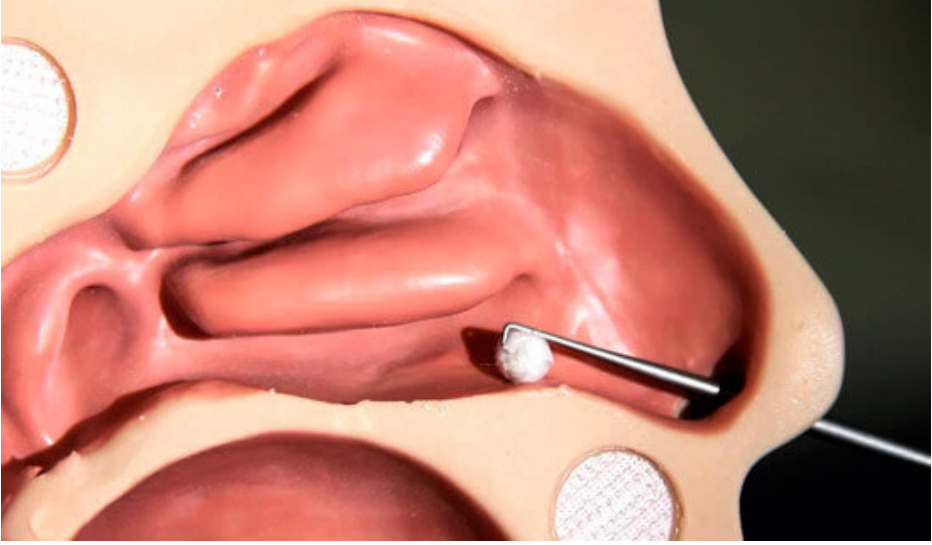
Uşaqlarda əlavə ciblər inkişaf etməmiş olduğundan onlarda irinli iltihab olmur. Zondlama zamanı sifilitik sekvestrlər hərəkətli olması ilə seçilir, halbuki yad cisimlər burun boşluğuna sancılmış olur.

Yaşılarda yad cisimlərin diaqnostikası asandır: anamnez, zondlama, rentgenoqrafiya burunda yad cismin olduğunu göstərir.

M ü a l i c ə s i yad cismi çıxarmaqdan ibarətdir ki, bu da təzə təsadüflərdə çətin olmur, yad cismi xaric etdikdən sonra sağalma tez olur (şəkil 58). Selikli qişada şişkinlik olarsa əvvəlcə anemizasiya (qansızlaşdırma) vasitəsilə onun şişkinliyini aradan qaldırmaq, sonra görmənin nəzarəti ilə qarmağı yad cismin arxasına keçirib geriye hərəkətlə onu yad cisimlə birlikdə çıxarmaq lazımdır. Daha böyük yad cisimləri maqqaşla tutub çıxarırlar.

Kiçik rinolitlər də yad cisimlər kimi çıxarılır. İri rinolitləri isə yalnız burun boşluğunda xüsusi alət ilə parçaladıqdan sonra çıxarmaq mümkün olur. Böyük

metal qəlpələri burundan yalnız qanlı operasiyaların köməyi ilə xaric etmək mümkün olur.



Şəkil 58. Burundan yad cismi çıxarma qaydası.

BURUNUN İNKİŞAF ANOMALİYARI

Burunun inkişaf anomaliyaları eybəcərliklər və anomaliyalar şəklində rast gəlinir. Eybəcərliklər burun inkişafının daha erkən pozulmalarından əmələ gəlir. Burunun eybəcərliklərinə misal olaraq onun heç olmamasını, qoşa burun, aşkar (görünən) orta burun fistulalarını göstərmək olar. Yüngül dərəcəli eybəcərliklər burunun inkişaf anomaliyalarıdır. Bunlardan ikiqat (qoşa) arakəsməni, burunun bir yarısının az rast gəlinən yoxluğunu, xoanalardan birinin, ya hər ikisinin qapanmasını (bitişməsinə), burun dəliklərinin qoşalaşmasını (buna doq (it cinsidir) burunu deyilir) göstərmək olar.

M ü a l i c ə bəzi təsadüflərdə operasiyadan ibarət ola bilər, lakin o ciddi olaraq fərdi qaydada aparılmalıdır.

XARİCİ BURUNUN XƏSTƏLİKLƏRİ

Burunun yanıqı (combustio nasi)

Yanıqın dörd dərəcəsi ayırd edilir: I dərəcəli yanıqda eritema əmələ gəlir; II dərəcəli yanıq zamanı sudurlar; III dərəcəlidə tam; yəni dərinin bütün qatlarını əhatə edən ya qismən nekroz müşahidə olunur; IV dərəcəli yanıq zamanı toxumaların kömürləşməsi.

M ü a l i c ə. II dərəcəli yanıq zamanı əmələ gələn sudurları əsasından yarır, yaranı tənzif salfetlər ilə qurudurlar. Yanmış sahəni açıq qoymaq olar. III və IV dərəcəli yanıqlarda nekrozlaşmış sahələrin kənarında aydın demarkasiya xətti əmələ gələnə qədər gözləyir və yalnız bundan sonra nektotik toxumaları kənar edirlər. Cansız toxumaların qopub ayrılmasını sürətləndirmək üçün 10%-li sintomisin emulsiyası ilə applikasiyalar edilir.

Burunun donması (Congelatio nasi)

Burunun donması uzun qalan hissələrinin donmasına nisbətən tez-tez rast gəlinir. Bu, burunun qabarıq (hündür) vəziyyəti ilə izah edilir. Zəif, xlorotik və qanı az olan şəxslər donmaya xüsusilə meylli olurlar.

Donmanın əvvəlində burunun dərisində hissiyyat itir, avazıma baş verir. Sonra şiddətli qızartı və göynəyici ağrılar olur. Burunun donmasının ağır (üçüncü və dördüncü) dərəcələri nadir hallarda rast gəlinir ki, bu, həmin nahiyənin qanla bol təchiz edilməsi ilə izah olunur.

M ü a l i c ə. Əgər burunda donma təzə başlayıbsa, onu qar ilə ovurlar. Sonra buruna yod, kollodium yaxırlar. Xoralar əmələ gəldikdə donmuş sahəyə Argenti nitrici 0,3, Balsami peru viani 3,0, Vaselini 30,0 məlhəminin yaxılması yaxşı nəticə verir.

P r o f i l a k t i k a məqsədilə xəstədəki xlorozu və qanazlığını müalicə etmək lazımdır.

Çəhrayı civzələr və rinofima

Çəhrayı civzələr (acne rosacea) xarici burun dərisinin xroniki xəstəliyidir. Dəridə qırmızılılığın əmələ gəlməsi bu xəstəliyin xarakterik xüsusiyyətidir; qızartı, hemangiektaziyalar şəklində olan incə damar torunun qanla dolmasından, yaxud dərinin bir bərabərdə olan hiperemiyasından irəli gəlir. Bəzi yerlərdə pustullar ilə örtülmüş düyünlər də qeyd olunur. Bunlar proses çox uzanmış olduqda əmələ gəlib göy,qırmızı ya açıq qırmızı rəngdə olur. Proses şiddətli

olduqda da düyünlər şiş (fır) şəklində olub, üzü eybəcərləşdirir, bu hala r i n o f i m a deyilir. Adətən, rinofima üç pərli (ağızlı) olur, onların biri ortada yerləşib üst dodağa tərəf sallanır, qalan ikisi isə onun yanlarında yerləşir. Bu xəstəlik yalnız yaşlılarda, həm də əsasən kişilərdə müşahidə olunur. O, tədricən illərlə inkişaf edərək çox vaxt uşaq yumruğu böyüklüyünə qədər çatır.

Çəhrayı civzələrin səbəbi alkoqolu çox işlətmək hesab olunur. Alkoqollikləri xalq arasında burunun parıltısına və hiperemiyasına görə əbəs yerə tanımırırlar. Ümumi maddələr mübadiləsinin, endokrin sisteminin pozulmaları da çəhrayı civzələrin səbəbi ola bilər. Uzun müddət soyuqda olmaq xəstəliyə meyllik yaradan səbəblərdəndir. Qadınlarda cinsiyyət sferasındakı pozulmalar etioloji rol oynayır. Xəstəliyin klimaks, xloroz, aybaşıların pozulması zamanı meydana çıxması bunu sübut edir.

Xəstəliyə diaqnoz qoymaq çətin deyildir; çəhrayı civzələrin zahiri görkəmi, xəstəliyin hökmən burun dərisində və onun dövrəsində olması (lokalizasiya) bunu göstərir.

M ü a l i c ə. Xəstəliyi müalicə edərkən səbəbini aşkar etmək və ona əsaslanmaq lazımdır. Bəzən xəstəlik xlorozu, dismenoreyanı müalicə edərkən tezliklə aradan qalxır. Yerli müalicə kükürd-rezorsin pastasının Sulfuris depurati – 4,0, Resorcini – 2,5, Pasta Zinci – 40,0 təbiiqindən ibarətdir. Bu dərmanı gecələr proses olan sahəyə yaxır, səhər isə ilıq su və sabun ilə yuyurlar. Genişlənmiş damarlar qalvanokauter ilə məhv edilir. Ultrafiolet işıq müalicəsi yaxşı təsir göstərir. Şişəbənzər törəmələri (fırları) cərrahlıq qaydası ilə kənar edib, sonra qüsuru dəri köçürmək ilə örtürlər.

Burun dərisinin iltihabi xəstəlikləri

Burun girəcəyinin dərisi burunun dəri örtüyünün davamı olub, onunla eyni quruluşa malikdir, belə ki, burada da tükcüklər və piy vəziləri olur. Burunun girəcəyində dərinin iltihabi xəstəlikləri bununla izah olunur.

Burunun girəcək nahiyyəsi infeksiyalı burun sekreti ilə asan yoluxur. Burunu barmaq ilə manipulyasiya etmək çox vaxt xəstəliyin əmələ gəlməsinə kömək edir.

Burunun girəcəyindəki dərinin xəstəliklərinə qızılıyel, ekzema, sikoz və furunkul aiddir.

Burunun qızılıyeli (erisypelas nasi)

Adətən, birincili olaraq meydana çıxır və streptokokk infeksiyası ilə törədilir. İnfeksiya burun epitelisinin zədələnməsindən keçir. Xəstəliyin

başlanması coşğun olub, üşütmə və yüksək temperaturla müşayiət olunur. Xəstələrin ümumi halı ağır olur: onlar şiddətli başağrılarından şikayət edirlər.

Rinoskopik müayinə burun boşluğunun selikli qışasında şiddətli hiperemiya olduğunu göstərir. Üz dərisinin hiperemiyası öz dərisindən kəskin həddlərə ayrılır. Bəzən proses bütün üzə yayılır. Üz şişkinləşir (ödem), tanınmaz olur. Əgər müalicəyə vaxtında başlanılmazsa proses başın və gövdənin dərisinə də yayıla bilər.

D i a q n o z. Xəstəliyin diaqnostikası çətin deyildir.

M ü a l i c ə. Xəstəlik kompleksli qaydada müalicə edilir: antibiotiklərə, ultrabənövşəyi şüaların eritem dozası ilə birlikdə təsiri yaxşı nəticə verir. Sintomisin (0,5-dən sutkada 4 dəfə) toksikozu tez dayandırır. Onu 5 – 7 gün qəbul edirlər. Streptosidi (böyüklər üçün 0,3 – 0,5-dən gündə 5 – 6 dəfə) də müvəffəqiyyətlə işlədirlər. Yerli müalicə: kamfora yağı ilə aseptik sargı qoyulur. Yarımspirtli kompresi və antibiotik məlhəmləri yaxşı kömək edir.

Qızılyelin müalicəsində biz naftalan məlhəmindən həmişə eyni müvəffəqiyyətlə istifadə etmişik.

Burun girəcəyinin ekzeması (exema vestibuli nasi)

Skrofulyozlu, ekssudativ diatezi olan uşaqlarda daha tez-tez rast gəlinir. Bu xəstəlik yaşlılarda, xüsusən diabeti olanlarda da müşahidə olunur. Burada allergiya müəyyən rol oynayır.

Burun girəcəyindəki dərinin burundan xaric olan ifrazatla, habelə burunu qurdalamaq və tez-tez finxırmaq ilə qıcıqlanması meyl yaradan səbəb kimi təsir edir.

K ə s k i n v ə x r o n i k ekzema ayırd olunur. Kəskin ekzema zamanı dəridə ekskoriasiyalar və kiçik qovuşqlar ilə bərabər ağrılı hiperemiya və ödem əmələ gəlir; qovuşqlar partlayaraq tezliklə çevrilən ekssudat xaric edir.

Dəridə çatlar tez-tez müşahidə olunur. Kəskin ekzemanın davamı bir neçə həftəyədək uzana bilər.

Xronik ekzema zamanı təsvir olunmuş təzahürlər, yəni ödem və sulanma zəif olur. Burun qanadları dərisinin bərkiməsi, burun girəcəyində isə altında çatlamalar olan çətin qopan qartmaqlar qeyd olunur. Xronik ekzema vaxtaşırı kəskinləşərək illərlə davam edə bilər. Burun dəhlizinin xronik ekzeması ilə əlaqədar olaraq çox vaxt furunkulyoz, sikoz, qızılyel, hətta sepsis əmələ gəlir. Çox vaxt uşaqlarda yuxarı dodaq şişir, qartmaqla örtülən çatlaqlar olur.

D i a q n o s t i k a. Bu xəstəliyi burun dərisinin vərəmindən, uşaqlarda isə burun diferiyasından fərqləndirmək lazımdır. Dəri vərəmi zamanı proses burun dəhlizində, arakəsməsində və hər iki tərəfdən burun qanadlarının dərisində

cərəyan edir; o, qırmızı düyünlər şəklində zahirə çıxır. Bu düyünlər qartmaqlarla örtülür, dənəli görünüşə malik olur. Sonralar bu düyünlər burunun ekzermalı sahələrinin dağılmasına səbəb olur və nəticədə çapıqlaşma baş verir. Xarici burunun qığırdaq əsası xüsusilə çox dağılır.

M ü a l i c ə. Hər şeydən əvvəl, etiotrop müalicə aparılmalı, yəni burun patoloji sekresiyasını törədən səbəblər (xronik rinit, burunun əlavə ciblərinin xəstəlikləri, uşaqlarda adenoidlər) ləğv edilməlidir.

Xəstəliyin müalicəsinə qartmaqları ehtiyatla qoparmaqdan başlayırlar. Bu məqsədlə əvvəlcə onları bor məhlulu, yaxud hər hansı indifferent məhlım (zeytun yağı) ilə yumşaldırlar. Qartmaqları kənar etdikdən sonra kəskin forma zamanı ekzermalı sahələrə 1 – 2%-li rezorsin islatmaları (islatmalar tez-tez qoyulur), yaxud onun 2 – 5%-li məlhəmi ilə təsir edilir. Çatlamaların 2 – 5%-li argentinum-nitrat (lyapis) məhlulu ilə yağlanması onların sağalmasına kömək edir. Xronik ekzema zamanı yenə də əvvəlcə qartmaqları təmizlədikdən sonra məlhəmlər təyin edilir: Sulfuris praecipitati albi 1,0, Resorcini 0,15, Lanolini, Vaselini aa 5,0 və ya Hydrargyri praecipitati albi 2%, terramisin məlhəmi, levomisetin emulsiyası, sinalar. Xəstəlik allergiya təbiətli olduqda 1 – 2%-li hidrokortizon məlhəmi, desensibilizəedici müalicə yaxşı nəticə verir. Bütün bunlardan başqa ümumi möhkəmləndirici müalicə aparılmalıdır: dəmir, arsen preparatları, vitaminlərdən C və A, balıq yağı, habelə kvars lampası ilə şüalandırma (işıqvermə).

Burun dəhlizinin sikozu (Sycosis vestibuli nasi)

Sikoz tük kisəciklərinin və piy vəzilərinin məhdud (lokal) iltihabi xəstəliyidir. O, bəzən üst dodağın və çənəaltının sikozu ilə birlikdə müşahidə olunur. Bu xəstəliyin zərərsiz olması da əziyyətlidir, çünki gicişmə ilə müşayiət olunur və aylarla davam edə bilər.

İnfeksiyanın daxilolma yolları əvvəlcə deyildi ki kimidir (çirkli barmaqlar ilə burunu qurdalama, burunun irinli sekresiyası). Xəstəliyin səbəbi stafilokokklardır.

Rinoskopiya da burunun dəhlizində sancaq başı böyüklüyündə xırda irinliklər tapılır; irinliklər səthi olaraq yerləşir. Hər irinliyə zəif rəbt olunmuş tük sancılmış olur. Bu irinliklər partladığında irinli qartmaqlar əmələ gəlir.

Xəstələr burunun gicişməsindən və ağrıməsindən şikayətlənirlər.

G e d i ş i xronikidir. Sikozun ekzema ilə yanaşı olması az rast gəlinir.

D i a q n o z. Bu xəstəliklə burunun ekzeması, habelə burundakı xorali və sifilitik proseslər arasında diferensiasiya aparılmalıdır.

M ü a l i c ə. Əmələ gəlmiş qartmaqları əvvəlcə indifferent məlhəmlərlə yumşaltıldıqdan sonra ehtiyatla kənar etmək lazımdır. Hidrokortizon məlhəmi və oksikort da tətbiq edirlər. Hər dəfə yenidən məlhəm yaxmaqdan qabaq köhnənin

qalıqlarını ilıq soda məhlulu ilə təmizləyib, həmin nahiyəni bor turşusunun 40° spirt məhlulu ilə dezinfeksiya etmək zəruridir. Boşalmış tükləri pinsetlə qoparırlar. Tetrasiklin məlhəmi və sintomisin emulsiyası çox effektivdir. 50°-li spirt ilə müalicə də yaxşı nəticə verir: onu tamponla buruna daxil edirlər. Müalicə oluna bilməyən təsadüflərdə epilyasiya dozasında rentgenoterapiya göstəriş sayılır.

Burun ekzemasında olduğu kimi burada da burunun və əlavə ciblərin xronik xəstəlikləri olduğu müvafiq müalicə tələb olunur.

Burunun furunkulu (furunculus vestibuli nasi)

Piy vəzilərinə stafilokokk infeksiyasının daxil olması burun furunkulunun əmələ gəlməsi üçün şərt sayılır. Xəstəlik şiddətli ağrılar və temperaturun bir qədər yüksəlməsi ilə başlanır. Müayinə zamanı (ağrıtmamaq üçün güzgüdən istifadə etməyib burunun ucunu barmaqla qaldırmaq lazımdır) burunun girəcəyində konusabənzər iltihab infiltrasiyası nəzərə çarpır. İltihab prosesi sürətlə burunun ucuna da yayılır: o, hiperemiyalaşır və gərginləşmiş olur. Buradan hiperemiya uzun qonşu hissələrinə də keçə bilər. Ümumi vəziyyətin pozulması da qeyd olunur. Sonralar (3-cü, 5-ci gün) konusabənzər infiltratın mərkəzində irinləmə və öz-özünə yarıqla baş verir. Yaxındakı limfa düyünləri şişmiş olur.

Xəstəliyin gedişi, adətən, yaxşı olur. Lakin bir sıra təsadüflərdə proses sepsislə qurtara bilər. Bu infeksiyanın üz venaları v. v. angulares et ophtalmici vasitəsilə mağaralı cibə yayılması ilə izah olunur. Klinik cəhətcə, bu ödematoz şişin göz qapaqlarına yayılması, xemoz və ekzoftalmin olması, başağrısının olması, septik temperaturun və üşütmələrin başverməsi ilə meydana çıxır.

M ü a l i c ə. Burun furunkulunun müalicəsində yod yaxmaq, spirtli kompresslər ya islatmalar qoymaq, naftalan məlhəmi işlətmək yaxşı vasitələrdən sayılır. Soda buxar vannaları ilə də irinləməni sürətləndirmək olar. Fizioterapevtik vasitələrdən sollyuks və ultrayüksək tezlikli cərəyanla müalicə tətbiq olunur. UYT lap əvvəldən başlanır, eyni zamanda antibiotiklər və sulfanilamidlər (həm də bəzən böyük dozalarda) işlədilir. Uzun sürən təsadüflərdə autohemoterapiya penisillinlə birlikdə məsləhət görülür.

Cərrahi müalicəyə mümkün qədər müraciət etməmək məsləhət görülür (infeksiya daxil etmək qorxusu).

BURUN BOŞLUĞUNUN XƏSTƏLİKLƏRİ

Burun qanaxması (epistaxis)

Burun qanaxmasının əmələ gəlməsi ilə əlaqədar olan və haqqında əvvəlcə bəhs etdiyimiz travmalardan və yaralanmalardan başqa daha bir sıra ümumi və yerli səbəblər də vardır.

Ümumi səbəblərə aid olanlar bunlardır: infeksiyon xəstəliklər, məsələn, qarın yatalağı, qrip, skarlatina, qızılca. Pnevmoniya və xüsusilə malyariya da tez-tez burundan qanaxma ilə müşayiət olunur. Xüsusilə də güclü və həm də təhlükəli burun qanaxması qan xəstəliklərində (hemofiliya, trombopeniya, leykemiya, qanazlığı, Verlhof xəstəliyi, purpura (Osler xəstəliyi) rast gəlinir, ürək qüsurları, ateroskleroz, arterial təzyiqin yüksəlməsi, durğunluğa səbəb olan böyrək, qaraciyər və dalaq xəstəlikləri, atmosfer təzyiqinin azalmasına səbəb olan mənfi iş şəraiti (təyyarəçilərdə, alpinistlərdə, kessonçularda), tozlu istehsalatda işləmə, fosfor ilə zəhərlənmə də burun qanaxmasına səbəb ola bilər.

Cinsi yetişkənlik dövründə qeyd olunan gənclik burun qanaxmaları adlanan qanaxma, finxırma, əyilmə və fiziki gərginlik zamanı müşahidə olunur. Aybaşı qanaxmaları əvəzinə müşahidə olunan vikar qanaxmalar “burunun qanayan polipi” ilə əlaqədar olaraq baş verən qanaxma ilə yanaşı bəzən hamiləliyin ilk əlaməti kimi meydana çıxır. Bu qanaxmaların hamısı (üç növü) hormonal xarakter daşıyır. Laktasiya zamanı olan qanaxmanı da buraya aid etmək lazımdır.

Spirтли içkiləri həddindən artıq içmək, uzun müddət günəşdə olmaq da qanaxmanın baş verməsinə kömək edir. Bu və ya başqa amildən irəli gələn burun qanaxmalarının hamısı simptomatik qanaxma hesab olunur.

Yerli səbəblərə burunu barmaqla qurdalayarkən əmələ gələn sıyrıntı ya cırmaq yeri, qartmaqların ehtiyatsızlıqla qoparılması aiddir.

S i m p t o m l a r . Burundan qanaxma Kisselbax sahəsində (locus Kisselbachii) daha tez-tez olur, bu zonanın incə kapillyarları qanla dolur, artmış yerli təzyiqə tab gətirməyərək partlayır və qanaxma verir. Axmış qanın miqdarı bir neçə damcıdan başlayaraq insanı öldürə biləcək həcmə qədər arta bilər. Arterioskleroz, hipertoniya, qan xəstəlikləri, yaman şişlər zamanı qan çox axmış olur; tez-tez baş verən qanaxmalar xəstəni üzülmə halına, qanazlığına qədər çatdıra bilər. Burundan qanaxma zamanı onun yerini dəqiqləşdirmək lazımdır ki, bu da həmişə mümkün olmur. Adətən, burun qanaxması birtərəfli olur; bir sıra təsadüflərdə axan qan sağlam tərəfə keçir və guya oradan da qanaxma baş verir. Ürək-damar qanaxmalarına hələ qanaxmadan qabaq qulaqlarda küy, başgicəllənmə, başağrısı olur.

D i a q n o z u çətin deyildir. Bəzən qanaxma gizli olur. Belə təsadüflərdə qanaxmanın yerini təyin etmək həmişə mümkün olmur.

M ü a l i c ə . Burun qanaxmasının müalicəsində bütün söyləri, hər şeydən əvvəl, onun dayandırılmasına yönəltmək lazımdır. Bu məqsədlə burun boşluğuna

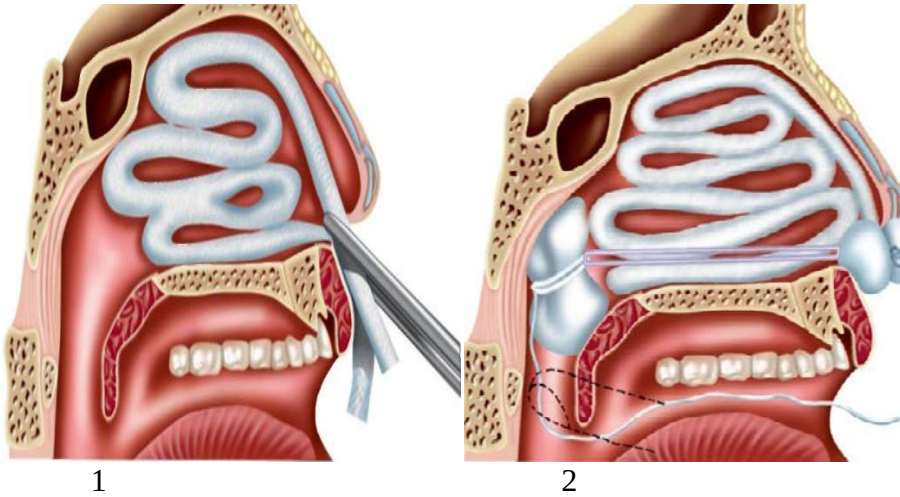
3%-li hidrogen-peroksid məhlulunda isladılmış pambıq (yaxud bint parçası) yeridilir. Əgər burun boşluğunda axmış qan laxtaları olarsa, əvvəlcə onları ehtiyatla finxıraraq xaric etmək lazımdır. Xəstə başını aşağı əyməməlidir: bu qanaxmanı daha da gücləndirə bilər (vidaci venanın kompressiyasından). Xəstəni stulda əyləşdirib burunu vasitəsilə nəfəs aldırmaq, ağzı ilə nəfəs vermək tələb olunur. Əgər xəstə uzanmış vəziyyətdədirsə başı hündürdə olmalıdır; başa aşağı vəziyyətdə olduqda burundan qanaxma güclənə bilər (başə qan gəlməsi!). Alına, burunun kökünə və ənsəyə soyuq islatmalar, buz qoymaq lazımdır. Qanaxmanı dayandırdıqdan (hidrogen-peroksid ya adrenalin ilə; adrenalinə hipertoniyə işlətmək olmaz) sonra keyitmə məqsədilə buruna lidokain 10%-li (uşaqlarda 2%-li məhlulu işlədilir), məhlulunda isladılmış pambıq parçası qoyur, qanayan zonanı xrom və ya üçxlorsirkə turşusu ilə dağlayırlar. Yüngül təsadüflərdə bu üsulla qanaxmanı dayandırmaq, adətən, mümkün olur. Nadir hallarda burunun ön kip (sıx) tamponadasına əl atmaq lazım gəlir. Bu məqsədlə adi tənəzf tampon (barmaq enində) götürüb əvvəlcə vazelinlədikdən sonra kip surətdə buruna yeridirlər. Vazelin işlədilməsi tamponu burundan çıxardıqda qanaxmanın yenidən başlanması qarşısını alır. Tamponu çıxararkən buruna şprislə hidrogen-peroksidi yeritməklə onu islatmaq lazımdır.

Biz öz təcrübəmizdə tampon əvəzinə pambıqdan ya pnevmatik tampondan istifadə edirik. Pambıq tikələri hidrogen-peroksidi ilə azacıq isladılıb kip surətdə buruna daxil edilir. Pambıqla burun mənfəzini tamamilə doldurmaq lazımdır. Bu, etibarlı üsuldur. Pambıq tikələrini 1 – 2 günlüyə burunda qoyub qabaqca hidrogen-peroksidi ilə islatdıqdan sonra çıxarırlar.

Pnevmatik tampon üçün içərisinə 15 – 16 sm-ə qədər rezin boru yeridilmiş rezin barmaqlıq götürür, ipək sapla kip bağlayırlar; bu zaman borunun ucu rezin barmaqlığın dibinə, demək olar ki, çatmış olur, əksər hissəsi isə xaricə çıxır. Sterilizasiyadan və steril vazelin yaxandan sonra bu şəkildə onu buruna yeridirlər. Sonra Janne şprisi ilə rezin barmaqlığa hava yeridilir, üflənmiş barmaqlı-burunun mənfəzini doldurub, burun boşluğunun bütün mənfəzinə eyni təzyiqlə sıxılır, nəticədə qanaxma dayanır. Bu anda köməkçi burundan xaricə çıxan rezin borunun ortasından ipək sapı çəkib düyünləyir. Barmaqlıq düşməsin deyə buruna sapandabənzər sarğı qoyulur.

Pnevmatik tampon 1 – 2 gün burunda qalır, onu burunun dövrəsində düyünlənmiş sapları kəsməklə xaric edirlər; bu zaman tampon daxilindəki havadan azad olur, asan və ağrısız düşür.

Bir çox hallarda güclü qanaxmalar zamanı müalicə məqsədilə burun arakəsməsinin selikli qışasının altına 3 – 5 ml 1%-li novokain məhlulu yeridilir. Qanayan zonada selikli qışanın və qığırdaqüstlüyünün qığırdaqdan ayrılması yaxşı kömək edir; bu, damarların sklerozlaşmasına və obliterasiyasına səbəb olur. Nadir hallarda, yəni həmin tədbirlər fayda vermədikdə arxa tamponada adlanan tədbirə əl atmaq lazım gəlir (şəkil 59).



Şəkil 59. Burunun tamponadası:

1 – burunun ön tamponadası; 2 – burunun arxa tamponadası.

Arxa tamponadanı girdə ucuna uzunluğu 25 – 30 sm-ə yaxın olan ipək sap bağlanmış rezin kateterlə edirlər. Sterilizasiyadan və steril vazelin yaxılandan sonra kateterin bir ucunu burunun bir yarısına yeridib burunudlağa, sonra da udlağa daxil edirlər. Kateter ağızudlaqda görünən kimi kornqsanqla sapı tutub ucunu ağızdan bayıra çıxarırlar, sonra irəlicədən hazırlanmış tamponu çıxarılmış sapa möhkəmcə bağlayırlar. İndi kateterin burun ucunu əksinə, yəni yenidən burundan çıxarmaq qalır; bununla bir zamanda sol əlin şəhadət barmağı ilə tamponu yumşaq damağın arxasında – burunudlağa yeridib onu xoanalara kip fiksə edirlər. Sonra kateteri çıxarıb sapım ağızdan və burundan çıxarılmış uclarını bir-birinə bağlayıb qulaq seyvanının arxasına keçirərək üzdə leykoplastrla fiksə edirlər.

Qulağın xəstələnməsinə yol verməmək üçün tamponu burunudlaqda 24 – 48 saatdan artıq saxlamırlar. Ona görə ki, qan laxtalarında mikroblar yaxşı inkişaf edir və asanlıqla orta qulağa daxil olur.

Simptomatik burun qanaxmalarında əsas xəstəliyin müalicəsinə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

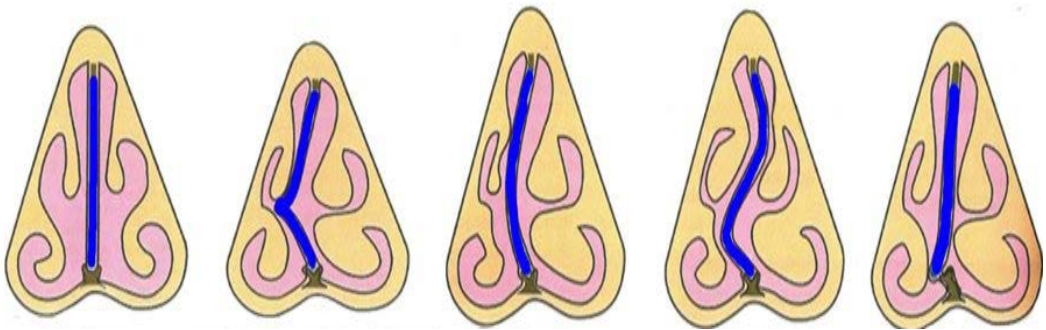
Epistaksis zamanı dərmanlardan 10%-li xlorlu kalsium məhlulu (daxilə və ya venaya yeritmək üçün) daxilə vikasol və ya K vitamini (0,01 – 0,02-dən gündə 3 – 4 dəfə), C və P vitaminləri (0,05-dən gündə 3 – 4 dəfə), rutin (0,02-dən gündə 3 dəfə) askorutin təyin edirlər. 20 ml-dən 100 ml-ə qədər at serumu yeritmək də tətbiq olunur. Hemostatik dozalarda qan köçürülməsi yaxşı nəticə verir. Çoxlu qanitirmə zamanı böyük miqdarda qan, plazma köçürür, fizioloji məhlul yeridirlər (venaya). Sonra hemostatik süngər də tətbiq edilir. Qorxulu burun qanaxması olan hallarda dalağa, boyunun böyük damarlarına, yaxud qanayan yerə rentgen şuaları ilə təsir edilir. Bu müalicə nəticə verməzsə xarici yuxu arteriyasına liqatur qoyulur.

Bütün bunlar burun qanaxmasında fərdi köməyə aiddir. Burun qanaxmasının *profilaktikas*ı da mühüm əhəmiyyətə malikdir. Bu, əhalinin sanitariya mədəniyyətinin yüksəltməkdən ibarətdir.

Burun qanaxması xəstəliyi olan şəxslərə sıx yaxalıqların zərərini aydınlaşdırmaq lazımdır; paltarın yaxalığı dar olduqda qanın başdan və boyundan axıb getməsinə çətinləşdirir. İfrat mütəhərriklik (çox hərəkət etmə) ürək fəaliyyətini və burun qanaxmasını gücləndirir. Uzun müddət davam edən qəbizlik də burun qanaxmalarına səbəb olur, buna görə də qəbizliyi olan şəxslərə bağırsağın işini nizama salmaq məsləhət görülür.

Burun arakəsməsinin əyilməsi (Deviatio septi nasi)

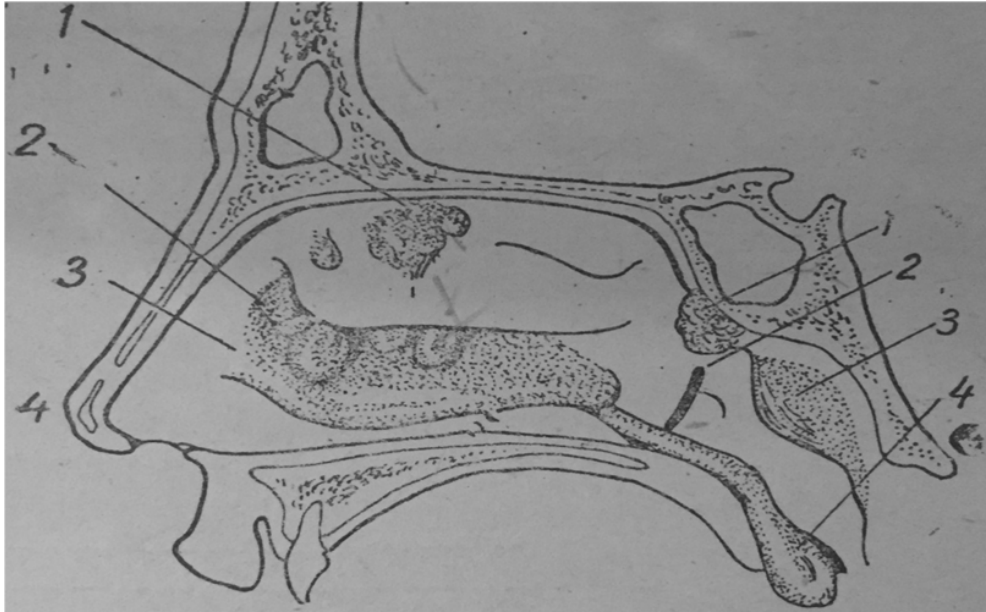
Burun arakəsməsinin əyilməsi tez-tez rast gəlinir. Yaşlı əhalinin xeyli hissəsində arakəsmənin əyriliyi qeyd olunur. Burun arakəsməsinin əyilmə səbəbi üz kəlləsi (yəni, kəllənin üz hissəsi), sümüklərinin qeyri-bərabər böyüməsidir; burun arakəsməsinin ayrı-ayrı hissələrinin sürətli və burun tağı ilə dibinin ləng böyüməsi nəticəsində arakəsmə bu və ya digər tərəfə, bəzən də hər iki tərəfə əyilir; bele hallarda arakəsmə s-əbənzer formaya malik olur (şəkil 60).



Şəkil 60. Burun arakəsməsinin müxtəlif əyilmələrinin sxemi.

Bu, əyilmənin ən tez-tez rast gəlinən səbəbidir. O, raxit və travma ilə də əlaqədar olaraq müşahidə olunur. Embrional dövrdə burun inkişafının mürəkkəbliyi də arakəsmənin əyilməsinin səbəbi ola bilər. Burun arakəsməsinin əyilməsindən başqa ayrıca olaraq, yaxud əyilmə ilə kombinasiya şəklində onun daraqları (crista) və tikanları (spina) da rast gəlinir. Daraqlar qığırdaq, sümük və ya qarışıq tipli törəmələr (fir) olub, adətən, arakəsmənin bütün boyu uzununu öndən arxaya doğru uzanır. Tikanlar isə sivri olub qızılgül tikanına oxşayır və arakəsmənin ön hissəsində rast gəlinir. Şaquli cəhətcə əyilmə dərəcəsi müxtəlif olur. Rinoskopiya zamanı, adətən, əyilməyə əks tərəfdə basıqlıq qeyd olunur. Travmatik etiologiyalı əyilmələr zamanı arakəsmənin qığırdaq hissəsinin (total və

ya subtotal) çıxıqları da müşahidə olunur. Klinik cəhətcə xarakterik mənzərədən başqa, o operasiyalar zamanı bitişmələrin olması ilə də tanınır (şəkil 61).



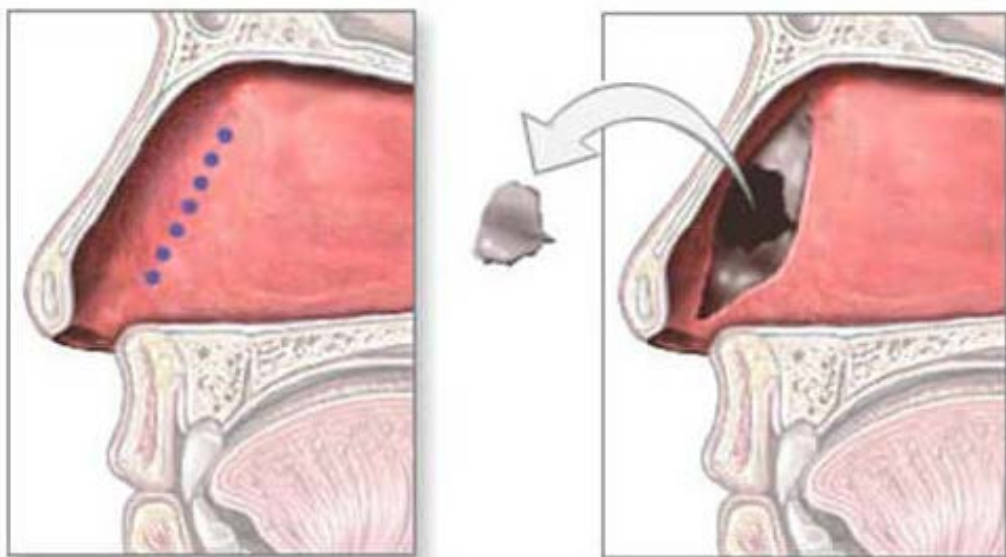
Şəkil 61. Burun tənəffüsünün çətinləşməsinə törədən xəstəliklər:

Burun: 1 – şişlər; 2 – burun polipi (sinuit); 3 – rinit (kəskin, xronik, allergik, vazomotor); 4 – burun arakəsməsinin əyilməsi.

Burunudlaq: 1 – şişlər; 2 – xoanal atreziya; 3 – adenoidlər; 4 – xoanal polip.

S i m p t o m l a r. Arakəsmənin az dərəcədə əyilməsi hər hansı patoloji təzahürlərə səbəb olmur. Burun tənəffüsünün çətinləşməsi ya tamamilə sıradan çıxması orta dərəcəli və şiddətli əyilmələr zamanı olur. Belə əyilmələr tez-tez olan zökəmə, başağrılarına, sinuitlərə (ekssudatın axıb getməsi çətinləşdiyindən), yevstaxitlərə səbəb ola bilər. Onlar (əyilmələr) aşağı balıqqulağına toxunduğundan reflektor olaraq bronxial astma tutmaları, vazomotor rinit törədə bilər.

M ü a l i c ə s i yalnız cərrahi üsulladır. Burun arakəsməsinin selikli qışaaltı rezeksiyası adlanıb və Killian tərəfindən təklif olunmuşdur (şəkil 62).



Şəkil 62. Burun arakəsməsinin subperixondral rezeksiyası.

Operasiyaya göstərişlər: 1) burun tənəffüsünün pozulması; 2) burun arakəsməsinin xeyli qalınlaşması ilə bərabər burun boşluğu mənfəzinin daralması; 3) irinli sinusitlər zamanı irinin sinuslarda ləngiməsi; 4) tez-tez zökəm olmaq.

Operasiyanı novokainin 0,5 – 1%-li məhlulu ilə adrenalindən (bir damcı adrenalinə 10 ml novokain) istifadə etməklə yerli keyitmə üsulu ilə edirlər. Keyidici maddənin selikli qişaalıtı qaydada yeridilmə yerləri bunlardır; arakəsmənin ön, arxa-yuxarı və arxa-aşağı hissələri; keyidici məhlul 20 – 25 ml miqdarında götürülür, əvvəlcə, yəni novokain inyeksiyasına qədər burun arakəsməsinə lidokain (10%-li məhlulu) ilə adrenalində ısladılmış pambıq qoymaq olar (5 – 10 dəqiqə). Qığırdaqüstlüyü ilə birlikdə selikli qişanın kəsiyi görmənin nəzarəti ilə (baxaraq) əyilmə olan tərəfdən qığırdağın ön kənarından 0,5 sm geriye (içəriyə tərəf) olmaqla aparılır; kəsik xətti burunun arxasından dibinə qədər davam edir. Sonra raspator vasitəsilə ehtiyatla selikli qişanı qığırdaqüstlüyü ilə birlikdə qığırdaqdan, arxa şöbələrdə isə selikli qişanı sümüküstlüyü ilə birlikdə sümükdən ayırırlar. Bunu qurtarıb qığırdağı bıçaqla kəsir (gələcəkdə arakəsmədə davamlı perforasiya əmələ gəlməsinə yol verməmək üçün bu zaman son dərəcə ehtiyatlı olub, əks tərəfin selikli qişasını perforasiya etməmək tələb olunur), raspator ilə qığırdağın on kənarından o biri tərəfinə daxil olur və bu qayda ilə selikli qişanı qığırdaqdan və sümükdən ayırırlar.

Bu zaman daraqlara və tikanlara (əgər varsa) xüsusilə diqqət yetirmək lazımdır; onları raspator ilə yaxşıca “çıpaqlayır”, selikli qişa ilə sümüküstlüyünü Killian güzgüsü ilə qoruyub əyilmiş qığırdağı Bellanjerin xüsusi bıçağı ilə kəsirlər. Arakəsmənin sümük hissəsini Bryuningq və ya Killian maşası ilə xaric

edirlər. Arakəsmənin yuxarı hissəsini çıxarmağın yol verilməz olduğunu qeyd etmək lazımdır, çünki bu, gələcəkdə burun arxasının çökməsinə (batmasına) səbəb ola bilər. Buna yol verməmək üçün bütün burun arxası boyunca arakəsmənin qığırdaq və sümük hissələrindən təqribən 0,5 sm saxlamaq lazımdır. Daraqları və tikanları xüsusi süngüyəbənzər isgənənin və çəkicin köməyi ilə yonurlar.

Operasiya qurtaran kimi mükəmməl hemostaz (qeyd etmək lazımdır ki, operasiya zamanı çox güclü qanaxma olmur) tələb olunur. Qanaxmalar olduqda hidrogen-peroksidi və ya adrenalin işlədilir. Sonra selikli qışanın hər iki səfhəsini bir-birinə söykəyir və burunun hər iki tərəfinə tampon qoyurlar. Tamponun selikli qışaya yapışmasının qarşısını almaq və onu ağrısız çıxarmaq məqsədilə tampona steril streptosid məhləmi hopdururlar. Tamponu ertəsi gün, operasiya edilməmiş tərəfdən, daha bir gün keçdikdən sonra isə operasiya edilmiş tərəfdən çıxarırlar. Selikli qışaya tikiş (kəsik yerində) yalnız dəlib keçən (ikitərəfli) perforasiya olduqda qoyulur. Yara, adətən, incə çapıqla sağalır. Operasiyadan sonrakı 5 – 7 gün ərzində burunun selikli qışası reaktiv olaraq şişir, şiddətli sekresiya müşahidə olunur. Bu təzahürlərlə mübarizə etmək üçün burunun selikli qışası eferdin məhlulu ilə, adrenalinlə birlikdə anemizasiya edilir.

Aydınır ki, qanaxmanın qarşısını almaq üçün xəstə operasiyadan əvvəl və sonra 10%-li kalsium-xlorid məhlulu və ya vikalol alır: başağrısı olduqda xəstə piramidon ya fenasetin qəbul edir. Xəstələrə habelə bir neçə gün sulfanilamid (1,0 gündə 4 dəfə) preparatları, temperatur yüksəlmiş olduqda isə antibiotiklər təyin edirlər.

V.İ.Voyaçək və M.F.Sitoviç burun arakəsməsində operasiyanın əsirgəyici metodunu təklif etmişlər.

Penisillinin tətbiqindən əvvəlki dövrdə bəzən bu operasiyadan müşahidə olunan ağırlaşmalar, angina və orta qulağın kəskin iltihabı hazırda xeyli az rast gəlinir.

Burun boşluğunun bitişməsi və tutulması

Burun boşluğunda bəzən bitişmələr (synechia) və tutulmalar (atresia) müşahidə olunur.

S i n e x i y a l a r burun boşluğunun bir divarından o birinə gedən birləşdirici toxuma atmalarından ibarətdir. Bunlar selikli qışanın eyni səviyyədə zədələnməsi, operasiya zamanı zədələnməsi, yaralanmalar, qalvanokaustika, burun boşluğunda olan xora proseslərindən (sifilis, “yeyilmə” xəstəliyi, difteriya) əmələ gəlir.

Burun boşluğunun iki qonşu və həm də qarşı-qarşıya yerləşmiş epitelindən məhrum (cərrahi operasiyadan yaxud xora prosesindən) sahəsi reaktiv şişməyin nəticəsində bir-biri ilə təmasa gəlir, yapışır və nəhayət, ekssudatın orqanizasiyası nəticəsində çapıqla bitişir. Ön, orta və arxa sinexiyalar ayırd edilir.

Burun boşluğunun *a t r e z i y a l a r ı* anadangəlmə və qazanılma, həm də bir və ikitərəfli olur. Onlar, adətən, burunun girəcəyində və xoanalar sahəsində müşahidə olunur. Ön atreziyalar əksərən qazanılma xarakterli olub, burun dəhlizinin yanında yerləşdiyi halda xoanal atreziyalar anadangəlmə hesab olunur və burunun daha dərin şöbələrində rast gəlinir. Xoanal atreziyalar burunxarici, burundaxili və kənari olur. Ən çox kənari atreziyalar rast gəlinir. Quruluşca atreziyalar sümükdən, qığırdaqdan və birləşdirici toxumadan ibarət olur.

Sinexiyaların, eləcə də ön atreziyaların *d i a q n o z u* çətin deyildir. Xoanal atreziyanın diaqnostikası xüsusən kiçik uşaqlarda çətin olur. Burun boşluğunu finxırma ilə təmizləmək mümkün olmadıqda rinoskopiya zamanı onda həmişə çoxlu miqdarda seliyn toplandığı görünür.

P r o q n o z. Südəmə uşaqlarda ikitərəfli atreziya həmişə həyat üçün təhlükəli olur: o, yalnız tənəffüs üçün maneə olmayıb, həm də qidalanmanı çətinləşdirir.

M ü a l i c ə. Sinexiyalar və atreziyalar zamanı yalnız cərrahi müalicə tətbiq olunur. Sinexiyalar zamanı mürəkkəb cərrahi əməliyyat tələb olunmadığı halda atreziyalar zamanı, xüsusən xoanal atreziyalarda onlar zəruriyyət kəsb edir.

Burun arakəsməsinin hematoması və absesi (Haematoma et abscessus septi nasi)

Burun arakəsməsinin hematomasının inkişafında travma böyük əhəmiyyətə malikdir; bunun nəticəsində arakəsmənin selikli qişasının altına tez-tez qansızma olur. Bəzi hallarda hematomanın səbəbi qrip, infeksiyon xəstəliklər, yuxarı kəsici dişlərin osteomieliti də olur. Burun arakəsməsinin hematoması uşaqlarda nisbətən çox müşahidə olur. Çox vaxt ikincili infeksiyadan abses törənir.

S i m p t o m l a r. Hematoma və ya abses zamanı burun arakəsməsinin hər iki tərəfində “yastıq” şəklində qabarmalar tapılır. Bu zaman xarici burun tez-tez şişir, qızarır, palpasiyada ucu ağrılı olur. Hematomanı zondladıqda flüktuasiya qeyd olunur. Xəstələrin şikayətləri baş ağrısı, burundan tənəffüsün çətinləşməsindən ibarət olur. Hematoma zamanı temperatur normal, absesdə isə bir qədər yüksəlmiş olur. Əgər absesin əmələ gəlməsi infeksiyon xəstəliklə əlaqədar olarsa, temperatur böyük rəqəmlərə qədər yüksələ bilər.

P r o q n o z, adətən, yaxşı olur. Nadir hallarda, xəstə həkimə gec müraciət etmiş olduqda xəstəlik arakəsmə qığırdağının dağılmasından burun arxası çökə bilər və kəllədaxili ağırlaşma ilə qurtara bilər.

M ü a l i c ə kiçik hematomalarda sızılan qanı şprislə sorduqdan sonra burun boşluğuna kip tampon yeridilməsi kifayətdir. Hematoma iri olduqda, yaxud abses əmələ gəldikdə kəsik aparmaq zəruridir.

İnsiziya arakəsmənin hər iki tərəfindən yerli keyitmə (lidokain və ya novokain) ilə edilir. Sonralar davamlı perforasiya olmasın deyə kəsik xətləri bir-birindən 0,5 *sm* aralı olmalıdır. İrin çıxdıqdan sonra abses boşluğunu zondla

müayinə edir və nekrotik qığırdaq parçaları tapdıqda onları qulaq kornsancı ilə xaric edirlər. Yalnız bundan sonra abses boşluğuna penisillin məhlulu hopdurulmuş tampon yeridirlər. Xəstəliyin lap ilk günlərindən başlayaraq xəstəyə sulfanilamidlər, ağır hallarda isə antibiotiklər, başağrısı dərmanları təyin edirlər.

Burun arakəsməsinin girdə və ya deşən xorası (ulcut septi rotundum seu perforans)

Ö n q u r u r i n i t l ər çox vaxt arakəsməsinin qığırdaq hissəsində qartmaqla örtülü xoraların əmələ gəlməsi ilə qurtarır. Bu dəyişikliklər həmin yerdə qaşınmaya səbəb olur ki, bu da bəzən xəstələrə çox əziyyət verir. Bu, xəstələri tez-tez burunu barmaqla qurdalamağa, qartmaqları qoparmağa vadar edir ki, nəticədə sıyrıntılar əmələ gəlir. Bu sıyrıntılara infeksiyanın düşməsi nəticəsində xora əmələ gələ bilər. Hər iki tərəfdən xoraların əmələ gəlməsi (onların dərinləşməsi ilə əlaqədar olaraq) koaqulyasion nekroz və arakəsmənin dəlinməsi ilə nəticələnə bilər.

Arakəsmənin qığırdaq hissəsinin perforasiyası sement sənayesi fəhlələrində, akkumulyator fabrikində işləyənlərdə, arsen, mis və süleymani hasil və emal edən müəssisələrdə müşahidə olunur.

D i a q n o z. Xəstəliyin diferensiasiyasında vərəmi nəzərdə tutmaq lazımdır; vərəm zamanı perforasiya festona oxşar formaya malikdir və solğun qranulyasiyalarla əhatə olunur. Arakəsmənin sifilisindən baş verən perforasiyanı istisna etmək asandır, çünki sifilitik perforasiyalar, əsasən onun sümük hissəsində müşahidə edilir.

M ü a l i c ə. Qartmaqları qoparmaq üçün yağlı inqalyasiyalar və indifferent məlhəmlər işlədilir. Qartmaqları təmizlədikdən sonra xoralı səthə 2%-li sarı və ağ civə məlhəmi ilə təsir edir, ona 1 – 2%-li gümüş-nitrat məhlulu, furasillin (1:500) və bor-lanolin məlhəmi çəkirlər. Xəstəliyin əsas səbəbini aradan qaldırmaq tələb olunur. Zərərli istehsalat sahələrində havanı zərərli qarışıqlardan təmizləməyə kömək edən profilaktik tədbirləri gücləndirmək lazımdır.

BURUNUN KƏSKİN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİ

K ə s k i n z ö k ə m (rhinitis acuta). Xəstəlik xeyli tez-tez rast gəlinir. Onun əmələ gəlməsinə məişət, peşə, meteoroloji, bakterioloji, virus, habelə allergiya kimi amillər səbəb olur.

Məişət amillərinə soyuqdəyməni aid etmək olar. Soyuqlama nəticəsində selikli qişanın normal vəziyyəti pozulur, orqanizm zəifləyir, bununla da mikrobların inkişafına münasib zəmin yaranmış olur. Beləliklə, zökəmin əmələ gəlməsində soyuqlama yalnız meyl yaradan amil kimi çıxış edir, zəif, bədənin bərkiməmiş, meteoroloji dəyişikliklərə adət etməmiş (uyğunlaşmamış) şəxslərdə müşahidə olunur.

Kontagiozluq (yoluxuculuq), inkubasiya dövrünün olmaması, immunitetin yoxluğu, soyuğa həssas adamlarda tez-tez zökəmin əmələ gəlməsi xəstəliyin əsas xüsusiyyəti sayılır.

B a k t e r i a l zökəm daha tez-tez rast gəlinir. Bakteriyalar buruna xaricdən, yaxud hematogen yolla düşə bilər.

Onlar çox vaxt badamcıqlarda, kariyez dişlərdə, uşaqlarda isə udlaq badamcığının ciblərində özlərinə yer edirlər. Soyuqlama nəticəsində əmələ gələn zökəmlərdən fərqli olaraq bakterial zökəmlər çox (2 – 3 həftə) davam edir və selikli-irinli ifrazat xaric edir, əlavə ciblərə ağırlaşmalar verir.

V i r u s l a r tərəfindən törədilən zökəmlər ayrıca xəstəlik olub uşaqlarda xüsusilə tez-tez müşahidə olunur; bunlar əksərən süzülən adenovirusların A və B ştampları ilə törədilir. Inkubasiya dövrü 7 – 8 saata bərabərdir. Bu zökəmlər ağır gedir və əlavə ciblərə, orta qulağa, gözlərin konyuktivasına ağırlaşmalar verir. Qoxu funksiyasının zəifləməsi də müşahidə olunur.

P e ş ə i l ə ə l a q ə d a r olan zökəmlərin əmələ gəlməsi zərərli, tozlu sexlərdə (mexaniki qıcıqlanma), buxarların və qazların əhatəsində işləməklə əlaqədar olur. Temperaturun şiddətli dəyişilmələri, isti sexlərdə işləmək də zökəmin səbəblərindəndir. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu axırıncı amillər (mexaniki amillər, buxarlar, qazlar, isti sexlərdə işləmək və s.), adətən, kəskin zökəmin xronik zökəmə keçməsinə kömək edir.

Zökəmin gedişi ayrıca xəstəlik kimi və yuxarı tənəffüs yollarının kəskin katarını və qripi müşayiət edən simptom kimi müxtəlif olur. Südəmər uşaqlarda kəskin zökəmin gedişi yaşlılardakından xüsusilə fərqlənir. Buna görə də onları ayrı-ayrı təsvir edəcəyik.

Kəskin zökəm həmişə burunun hər iki yarısını zədələyir. Xəstələr alın nahiyyəsində küt ağrıdan, burunda, burunudlaqda və ağızudlaqda göynəmədən, qaşınmadan şikayətlənir, onlarda işləmək həvəsi olmur. Tez-tez asqırma qeyd olunur. Temperatur xüsusilə uşaqlarda subfebril ola bilər.

Kəskin zökəmin gedişində klinik cəhətcə üç mərhələ ayırd edilir. Başlanğıc mərhələdə quruluq, selikli qişanın hiperemiyası və şişməsi qeyd olunur. Nəticədə səsin tembri dəyişilir, bu da tıtnıqlıq (rhinolalia), qoxu funksiyasının zəifliyi şəklində özünü göstərir və 2 gün davam edir, sonra ikinci mərhələ başlanır. Bu mərhələ çoxlu selikli ifrazatın xaric olunması ilə xarakterizə olunur. Üçüncü mərhələdə ifrazat öz xarakterini dəyişir, selikli-irinli olur. Xəstəlik 7 – 10 gün davam edir; ifrazat tədricən azalır və iltihab təzahürləri yox olur.

Bəzən burunun əlavə cibləri, gözyaşı-burun kanalı və orta qulaq (tubogen yolla) da prosesə cəlb olunur. Kataral proses burunun selikli qişasından aşağı tənəffüs yollarına enə bilər.

S ü d ə m ə r u ş a q l a r d a kəskin zökəmin gedişi burun keçəcəklərinin darlığından asılı olaraq tamamilə başqa cürdür. Bunun nəticəsində də burunun selikli qişasının cüzi şişməsi tənəffüsün şiddətlə çətinləşməsinə səbəb olur. Bu, uşağın qidalanmasını pozur, o, tənəffüs çətinləşmiş olduğundan ağızla nəfəs almaq üçün döş əmməyi tez-tez dayandırır. Belə hal uşağın sinir sisteminə təsir edir, o, əsəbi və narahat olur. Gecələr tənəffüs xüsusilə pozulur, boğulma tutmaları müşahidə edilir. Südəmə uşaqlarda kəskin zökəmin başqa bir xüsusiyyəti iltihabi prosesin burunudlağa, qırtlağa, bronxlara keçməsidir; belə uşaqlarda kəskin zökəm ilə əlaqədar olaraq hətta pnevmoniya kimi ağırlaşma baş verə bilər.

S i m p t o m l a r. Xəstəliyin başlanğıcında şəffaf selikli maye tezliklə öz xarakterini dəyişdirir və yapışqanlı, irinli olur. Çox olduğundan ifrazat burun girəcəyini, yuxarı dodağın dərisini qıcıqlandırır və ekzematöz təzahürlər yaradır. Çox vaxt temperatur yüksəlir. Bir neçə gündən sonra ifrazat qatılaşır, tədricən azalır və yox olur, bununla yanaşı burun tənəffüsü də bərpa olunur. Südəmə uşaqlarda bəzən qusma, ishal, meteorizm qeyd olunur. Qarın köpməsi ağız tənəffüsü (aerofagiya) ilə güclənmiş olur. Südəmə uşaqlarda ağır zökəm zamanı qeyd olunan **o p i s t o t o n u s** hadisəsini heç vaxt meningeal (həqiqi) opistotonusla qarışdırmamalıdır. Yalançı opistotonus adlanan bu əlamətin meydana çıxmasını burunun tıxanması ilə izah edirlər: uşaq tənəffüsünü yaxşılaşdırmaq məqsədilə başını reflektor olaraq arxaya əyir.

Böyükyaşlı uşaqlarda kəskin zökəm yaşlılarda olduğu kimi gedir.

Q r i p o z zökəmin gedişi ağır olur. Prosesin şiddəti infeksiyanın xarakteri və orqanizmin immunbioloji xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır. Zökəm kəskin, temperaturun 38 – 40°-yə qədər yüksəlməsi ilə başlanır. Xəstələr şiddətli başağrılarından, çox zəifləmədən, əzələlərdə və oynaqlarda sızılıtdan, burun qanaxmasından şikayətlənirlər. Rinoskopiya selikli qişanın şiddətli hiperemiyası və ödem qeyd olunur, ödem qoxu hissəsinin zəifləməsinə səbəb olur.

Adi rinitlərə nisbətən qrip nəticəsində əmələ gələn rinitlərin gedişi daha sürəkli olur; qripoz rinitlərində paranasal sinuitlər, xüsusilə alın cibinin, habelə orta qulağın iltihabı kimi ağırlaşmalar daha tez-tez olur. Qripoz rinitin ağır formalarında hemorragik larinqotraxeobronxitlər də müşahidə olunur. Yuxarı tənəffüs yollarının kəskin katarında rinit təzahürləri qripdəki kimi birdən-birə deyil, tədricən olub yuxarı tənəffüs yollarının aşağı şöbələrinin də selikli qişasını əhatə edir.

D i a q n o z. Kəskin rinitin diaqnozu çətin deyildir. Nəzərə almaq lazımdır ki, uşaqlarda zökəmin əmələ gəlməsi bəzən kəskin ekzantemanın, xüsusən qızılcanın başlanğıc mərhələsi ilə əlaqələndirilməlidir. Südəmə uşaqlarda uzunmüddət davamlı (inadkar) kəskin rinit olduqda süzənək və sifilis haqqında düşünmək lazımdır. Banal (adi) zökəmlə qripoz zökəmin diferensiasiyasına qanın analizi kömək edir, qrip zamanı qanda leykopeniya və monositoz təyin olunur. Xronik irinli rinosinuitlərin və sinuitlərin kəskinləşmələri də bəzən kəskin rinit təsviri kimi gedir.

M ü a l i c ə. Soyuqdəymə nəticəsində əmələ gələn zökəmin başlanğıc mərhələsində tərledici dərmanlar təyin etməklə prosesi dayandırmaq olar və çox vaxt buna nail olmaq mümkün olur. Fıxırmadan çəkinmək lazımdır (əks təqdirdə kəskin orta otit əmələ gələ bilər). Xəstəyə isti ayaq vannaları, isti içki (çay və s.) təyin edirlər. Çobanyastığı dəmləməsi ilə buxar vannalarının təyini də yaxşı təsir göstərir. Kiçikyaşlı uşaqlara və yaşlı adamlara, temperatur yüksəldikdə isə xəstələrin hamısına yataq rejimi tövsiyə olunur. Selikli qişanın ödemi və deməli burun tənəffüsünün çətinləşməsi ilə mübarizə məqsədilə yerli müalicə kimi aşağıdakı dərmanlar yaxşı nəticə verir: dəniz suyunun izotonik və ya hipertonik məhlulu.

Uşaqlara istehsalçı tərəfindən hazırlanmış xüsusi dozalarda dərmanlar istifadə olunur.

Buruna bu damcılar əmizdirəndən 15 – 20 dəqiqə əvvəl tökülür. Bəzi müəlliflər südəmə uşaqlarda mədə-bağırsaq pozulmaları əmələ gələ biləcəyi ilə əlaqədar olaraq onlara burun damcılarını işlətməyi məsləhət görmürlər.

Damcını buruna tökərkən baş azacıq arxaya əyilməlidir.

Kəskin rinitlər və xüsusən bakterial etiologiyalı zökəmlər sulfanilamidlər, antibiotiklər ilə müvəffəqiyyətlə müalicə olunur.

Fizioterapiya vasitələrindən solyuks və ultrabənövşəyi şüalandırma (B.S.Preobrajenski), burun kökünə ultrayüksək tezlikli cərəyan təyin edirlər. Bu müalicə ilə yanaşı C vitamini də təyin olunur. Temperatur yüksək olduqda antibiotiklər işlədilir.

Zökəmin **p r o f i l a k t i k a s ı**, hər şeydən əvvəl, orqanizmi möhkəmləndirməkdən ibarətdir. Açıq havada bədən tərbiyəsi, bədəni soyuq suda

isladılmış dəsmalla silmək faydalı hesab olunur. Bunu ehtiyatla bütün il boyu etmək lazımdır. Hava və günəş vannaları da orqanizmi möhkəmləndirir, ürək-damar sistemini, tənəffüs aparatını bərkidir. Geyimə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır: o, yüngül olmalı, qışda soyuqdan, yayda isə qızmaqdan qorunmalıdır. Xəstələnlərin yalnız infeksiyon təbiətli zökəmlər zamanı ayırmaq (izolyasiya) lazımdır. Xəstə ana südümər uşağı əmizdirdikdə tənəffüs maska taxmalıdır. Qrip epidemiyası zamanı müalicə müəssisələrinin heyəti də maskadan istifadə etməlidir. Burunda (arəsmənin əyilməsi, poliplər, balıqqulaqlarının hiperplaziyası), burunudlaqda (adenoidlər) yaranan və orqanizmi zökəmə meyilli edən patoloji törəmələri müvafiq cərrahi əməliyyat ilə kənar etmək lazımdır.

Burun difteriyası (rhinitis diphtheritica)

Burun difteriyası kəskin infeksiyon xəstəlikdir. O, udlaq, qırtlaq, bəzən gözlərin və cinsiyyət üzvlərinin difteriyası ilə birlikdə də rast gəlinir. Uşaqlarda, xüsusən südümər uşaqlarda burun difteriyası çox vaxt təklikdə (ayrıca) rast gəlinir.

Burun difteriyasının gedişində iki forma: kataral və ya kataral-xoralı forma, plyonkalı (pərdəli) forma ayırd edirlər. Kataral forma başlanğıcda uşağın ümumi halı pozulmadan yüngül davam edir, yəni lokal xəstəlik kimi meydana çıxır. Rinoskopiya xəstəliyin əvvəlində patoloji dəyişikliklər olduğunu göstərmir. Yalnız zökəmin inadkar xarakteri şübhəyə səbəb olur. Tədricən xarakterik zərdəbli ifrazat və qartmaq görünür, qoparıldıqda səthi xoralı qartmaqlar tapılır. İfrazat artdıqca irinli-zərdəbli, yaxud irinli olur, o, burun girəcəyinin və yuxarı dodağın dərisini yeyib dağıdır, nəticədə çatlamalar meydana çıxır. Burunla tənəffüs etmək çətinləşir, temperatur subfebril olur. Difteriyanın bu formasını gözdən qaçıрмаq asan olduğundan infeksiyanın udlağa, qırtlağa yayılması cəhətcə və ümumiyyətlə, epidemioloji amil kimi təhlükəli olur.

Körpə uşaqlarda plyonkalı forma xüsusilə ağır xəstəlik hesab olunur. Bu zaman ümumi intoksikasiya və arıqlama müşahidə olunur. Temperatur subfebril olur, südümər uşaqlarda 38°-yə çata bilər.

Rinoskopik müayinədə arəsmənin ön hissəsində, bəzən aşağı balıqqulaqlarında xarakterik ağ və ya bozuntul rəngli fibrinoz plyonkalar tapılır, onlar çətinliklə qoparılır, bu zaman qanaxma və plyonkaların yenidən sürətlə əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Sonralar bu plyonkalar burun boşluğunu tamamilə örtərək burun tənəffüsünün çətinləşməsinə səbəb olur. Plyonkalı difteriyanın ağır formalarında sinuitlər, orta otitlər kimi ağırlaşmalar müşahidə

olunur. Onlar ürəyə, böyrəklərə toksik xəsarət yetirir, sinirlərin iflicinə və şiddətli burun qanaxmalarına səbəb olur.

D i a q n o z. Əsnəkdə və ya qırtlaqda difteriya olduqda difteriyanın diaqnostikası çətin deyildir. Xəstəliyin başlanğıcında difteriya kataral formasını kəskin rinitlə qarışıq salmaq mümkündür. Burun sekresiyasının Löffler basillərinə görə müayinəsi həlledici rol oynayır. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, klinik cəhətcə aşkar difteriya təsadüflərində bəzən bakterioloji tədqiqat mənfi nəticə verir. Buna görə də bütün təsadüflərdə uşağın ümumi halını, kataral formalarında gedişin uzunmüddətli olduğunu nəzərə almaq lazımdır. Burun difteriyası ilə burun boşluğunun yad cismi və skarlatina zamanı septik formada olan nekrotik proses arasında diferensiasiya aparılmalıdır. Burunu qalvanokauter, yaxud turşular ilə yağladıqda burunda difteriya plyonkalarına oxşayan fibrinoz membranlar əmələ gəlir. Bunu nəzərə alaraq şübhəli təsadüflərdə həmişə anamnez toplamaqla bu məsələni dəqiqləşdirmək lazımdır.

P r o q n o z. Difteriyanın kataral formalarının gedişi, adətən, yaxşı olur. Plyonkalı formada proqnozu həmişə ciddi hesab etmək lazımdır. Diaqnoz qoyulmayan xəstəlik epidemioloji cəhətcə təhlükə yaradır, xəstənin özündə isə ciddi septik ağırlaşmalar baş verə bilər.

M ü a l i c ə. Xəstəliyin müalicəsinin difteriyaya qarşı serum vurmaqla başlamaq lazımdır; serumun dozası uşağın yaşından asılıdır. Difteriyaya şübhə olduqda xəstəyə təcili serum yeridirlər. Südəmə uşağa 5000 – 8000 TV serum vurulur, ağır formalarda bu dozanı sutkada 2 – 3 dəfə təkrar edirlər. Plyonkalar tamamilə yox olana qədər iynə (serum) vurulur. Serum ilə müalicəni antibiotikoterapiya, qlükoza, vitaminlər (C və B₁) təyin etməklə tamamlayırlar. Lazım olduqda ürək dərmanları da təyin edirlər; bağırsağın necə işləməsini izləmək lazımdır. Xəstələr ayrılmalı (izolyasiya) və yataq rejiminə riayət etməlidirlər. Onların qidası kifayət qədər kalorili olmalıdır.

Burunun xronik iltihabi xəstəlikləri (rhinitis chronica)

Xronik rinitin səbəbi tez-tez təkrar olunan infeksiyon zökəmdir. Bundan əlavə xronik rinitin əmələ gəlməsini endogen və ekzogen xarakterli çoxlu müxtəlif amillərlə əlaqələndirirlər. Endogen amillərə bəzi xəstəliklərlə əlaqədar olaraq burun boşluğunun selikli qişasında uzun müddət davam edən, yaxud tez-tez təkrar olunan hiperemiya aiddir; həmin xəstəliklər isə böyrək, ürək xəstəlikləri, xronik qəbizlik, bronxoektaziya xəstəliyi, endokrin xəstəliklər, qanazlığı hesab olunur; xronik rinit alkoqolçularda da müşahidə olunur. Endogen amillərə xronik sinuitlər və adenoidlər də aiddir. Bu zaman xronik rinitlərin əmələ gəlməsinə həmin xəstəliklər zamanı burunun selikli qişasını qıcıqlandıran ifrazat kömək edir. Ekzogen amillərə əvvəlcə haqqında bəhs olunmuş namünasib meteoroloji və zərərli peşə şəraiti aid edilir. Burada yalnız bunu əlavə etmək lazım gəlir ki, peşə ilə əlaqədar amillərdən ən zərərli toz, zərərli qazlar və buxarlardır. Toz selikli qişanın travmatizasiyasına, yaxud burunun selikli qişasındakı selik vəzilərinin çıxarıcı axacaqlarının tıxanmasına səbəb olur, bu da öz növbəsində burunda atrofik proses törədir. Buxar və qaz burunda yerli dəyişikliklər törətməkdən başqa öz zəhərliliyi ilə bütün orqanizmi zəhərləyir. Məsələn, civə buxarları selik ifrazına, selikli qişanı qıcıqlandıraraq asqırmaya və öskürməyə səbəb olur.

Xronik rinit kişilərdə daha tez-tez müşahidə olunur. Patoloji anatomik dəyişikliklərə və obyektiv təzahürlərə əsaslanaraq xronik rinitin bir neçə növü ayırd edilir: 1) sadə xronik və ya kataral rinit; 2) xronik hipertrofik rinit; 3) sadə atrofik rinit.

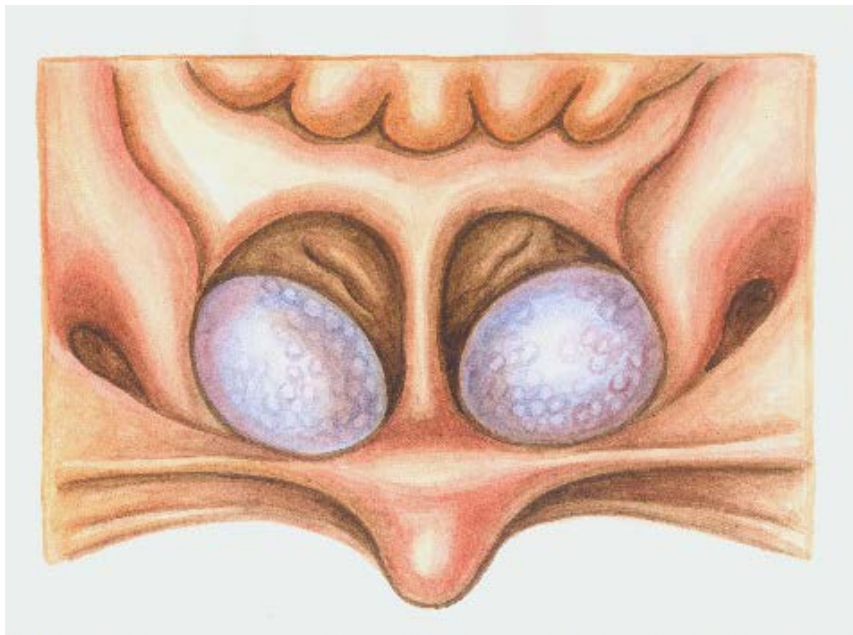
Xronik rinitin bütün formalarında burundakı dəyişikliklər az və ya çox davamlı (inadkar) xarakter daşıyır.

Xronik kataral rinit (rhinitis chronica catarrhalis)

Əslində burada söhbət selikli qişanın bir bərabərdə diffuz hiperemiyasından və onun şişməsindən gedir. Selikli qişanın rəngi, demək olar ki, normal, yaxud sianotik çalarlığa malik olur. Burun keçəcəklərinin mənfəzi daralır (balıqqulaqlarının şişkinliyi). Xəstələr başağrılarından, burundan az və ya çox miqdarda selikli ifrazatın axmasından, burunun gah bu, gah o biri yarısının tutulmasından şikayətlənirlər. Xəstəliyin xarakter xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, gecələr burunun xəstə uzanmış olduğu tərəfi tutulur. Bu vaxt kavernoza toxumalar qanla dolur, nəticədə onlar şişkinləşir.

Xronik hipertrofik və ya hiperplastik rinit (rhinitis chronica hypertrophica seu hyperplastica)

Sadə xronik rinitdən fərqli olaraq onun hipertrofik formasında patoloji-anatomik cəhətcə hüceyrələrin böyüməsi hiperplastik formasında isə sayca artması müşahidə olunur, bunun nəticəsində balıqqulaqları az və ya çox dərəcədə böyümüş olur (şəkil 63).



Şəkil 63. Aşağı balıqqulaqlarının arxa uclarının hipertrofiyası.

Bu dəyişikliklər balıqqulaqlarının ayrı-ayrı sahələrində, aşağı balıqqulaqlarının ön və arxa, orta balıqqulaqlarının isə ön uclarında baş verir; prosesin ən çox müşahidə olunduğu aşağı balıqqulaqlarıdır ki, onların da sərbəst kənarı böyümüş olur.

Balıqqulaqlarının səthi hamar və ya kələ-kötür olur, öz görkəmi ilə gül kələmə oxşayan kələ-kötür səth, adətən, hiperplastik proseslərdə olur. Bəzən hiperplaziyalı sahələr polipoz törəmələrə çevrilir, yaxud xoanalardan burunudlağa keçir.

Xəstənin şikayəti burunun həmişə tutulmasından, yüngül baş ağrısından, yuxunun pozulmasından, əmək iqtidarının azalmasından olur.

S i m p t o m l a r. Ön, bir çox təsadüflərdə arxa rinoskopiya zamanı aşağı balıqqulaqlarının həcmcə böyüdüüyü qeyd olunur; bəzən balıqqulaqları arakəsməyə toxunur. Xronik rinitin bu formalarında ifrazat onun adi formalarındakına nisbətən daha çox olur, hərçənd ifrazatın miqdarı və xarakteri

xəstəliyin müxtəlif dövrlərində dəyişilə bilər. Balıqqulaqları böyümüş olduğundan səs tıntın (qapalı tıntınlıq) olur. Başqa ağırlaşmalardan bunları qeyd edə bilərik: 1) gözyaşının axması (aşağı balıqqulağının ön ucunun hiperplaziyası və gözyaşı kanalının mexaniki tıxanması nəticəsində); 2) kataral (kəskin və xronik) və kəskin iltihabi orta otitlər (təbil boşluğu aerasiyasının pozulması və infeksiyanın oraya Yevstax borusu vasitəsilə keçməsi ilə əlaqədar olaraq); 3) burunudlaqda, udlaqda, qırtlaqda və tənəffüs yollarının aşağı hissələrindəki kataral təzahürlər.

D i a q n o z xronik sadə rinitdə olduğu kimi burada da çətin deyildir. Xronik rinitin hipertrofik formalarını sadə formalardan aşağıdakılara əsasən fərqləndirmək olar: 1) burunun selikli qişasına kokain yaxılması onun azacıq yığılmasına səbəb olur, yaxud heç yığılma törədə bilmir; 2) zondla əllədikdə şişkin selikli qişanın xəmirvari konsistensiyaya malik olduğu təyin edilir.

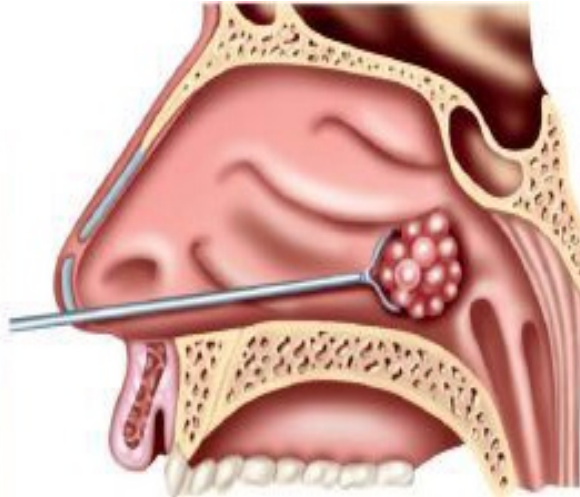
M ü a l i c ə burun boşluğundakı patoloji dəyişikliklərə müvafiq surətdə aparılır. Yüngül kataral xronik proseslər zamanı kəskin rinitlərdə işlədilən dərmanlardan istifadə olunur. Çox gecikdirilmiş formalar zamanı büzücü dərmanlar (1 – 5%-li protarqol, 1 – 2%-li gümüş-nitrat) işlətməyi tövsiyyə edirlər. Yod-qlişerin (0,5 – 1,5%-li məhlul) yaxşı nəticə verir və şişkinliyin sorulmasına səbəb olur. Aşağı balıqqulaqlarını üçxlorsirkə turşusu və ya xrom turşusu ilə dağlamaq faydalıdır. Bunu yerli (kokain və ya dikain) keyitmə ilə edirlər.

Xronik rinitin hipertrofik formasını daha təsirli vasitələrlə, məsələn, qalvanokaustika, balıqqulaqlarının hissəvi rezeksiyası ilə müalicə edirlər. Qalvanokaustikanın nəticəsində hipertrofiyaya uğramış balıqqulağı çapıqlaşmış büzülür.

Kauterizasiyanın metodikası. Bunu da yerli keyitmə ilə edirlər. Qalvanokauteri soyuq halda burun boşluğuna yeridir və onun ucunu aşağı balıqqulağının arxa ucuna dayayırlar. Sonra kauteri közərəmə qədər qızdırır (ağarana qədər qızdırılmış kauter ilə dağılma qanaxma verə bilər) və onunla aşağı balıqqulağında sümüyə qədər arxadan önə olmaqla iki paralel xətt keçirirlər, bu zaman kauteri burun boşluğundan qızmış halda çıxarırlar. Bunun səbəbi odur ki, cərrəyanı dayandırdıqda kauterin ucunu toxumadan ayırmaq olmur, dərtdə isə ağrı, cırılma və bunun ardınca qanaxma baş verir. Burunun hər iki yarısını, adətən, bir vaxtda dağlayırlar. Arakəsmənin selikli qışasını yandırmamaq üçün manipulyasiyanı ehtiyatla edirlər, bildiyimiz kimi bunun (yanığın) nəticəsində burun boşluğunda sinexiyalar əmələ gəlir. Kauterizasiyadan sonra burunun selikli qışası reaktiv qaydada şişir, yanıq yerlərində qasnaq əmələ gəlir. Sonrakı müalicə 7 – 8 gün ərzində xəstəyə damarbüzüşdürücü damcılarının təyin edilməsindən ibarətdir. Həkim xəstəni hər gün müşahidə etməklə sinexiyaların əmələ gəlməsi qarşısını ala bilər. Yaralı səthlərə günəşirı olaraq 2 – 5%-li gümüş-nitrat məhlulunun yaxılması faydalı sayılır; bu, epitelləşməni sürətləndirir. 10 – 12 gündən sonra göstərilən reaktiv təzahürlər keçib gedir və burun tənəffüsü bərpa olunur.

Qalvanokaustikanı orta və böyükyaşlı uşaqlara da etmək olar. Aşağı balıqqulaqlarının şiddətli hiperplaziyasında konxotomiyaya müraciət olunur (şəkil 64).

Keyitmə üçün 10%-li lidokain məhlulu ilə adrenalin işlədilir, bunu balıqqulaqlarının selikli qışasına sürürlər, iynə ilə 0,5%-li novakain məhlulu da yeritmək olar. Aşağı və ya orta balıqqulağının hiperplaziyalı sahələrini Krauzenin soyuq ilgəyi ilə çıxarırlar, bu məqsədlə çıxarılmalı hissələri əvvəlcə xüsusi qayçı (aşağı və orta balıqqulaqları üçün ayrıca qayçılar vardır) ilə qismən kəsirlər. Konxotomiyaya başlayarkən iki mühüm cəhət yadda saxlanılmalıdır: 1) balıqqulağının yalnız hiperplaziyalı hissəsi xaric edilir (kəsilib götürülür); 2) aşağı balıqqulağının arxa ucunu çıxararkən onu ilgəklə tutduqdan sonra, balıqqulağının ucunu burunudlaq istiqamətində qopartmaq lazımdır, əks təqdirdə bütün balıqqulağını tamamilə çıxarmaq olar (şəkil 64).



Şəkil 64. Aşağı balıqqulağının arxa ucunun polip ilgəyi ilə çıxarılması.

Hər iki təsadüfdə burunda atrofik prosesin baş verə biləcəyi qorxusu yaranır. Əməliyyatdan sonra diqqətli hemostaz və burunun kip tamponadası tələb olunur. Tampon balıqqulağının yara səthinə yapışmaması və çıxardıqda ağrı, qanaxma törətməməsi üçün onu steril streptosid məlhəmi (yaxud hər-hansı başqa bir məlhəm) ilə isladırırlar. Bir iki gün keçəndən sonra tamponu burundan çıxarırlar. Xəstənin ümumi zəifliyi, qan xəstəlikləri, trombopeniya, qanın laxtalanma xassəsinin pozulması, yüksək leykositoz, eritrositlərin çökmə reaksiyasının sürətlənməsi əməliyyata əks göstəriş hesab olunur. Qadınlarda aybaşı dövrü və hamiləliyin ikinci yarısı müvəqqəti əks göstərişdir.

Sadə atrofik rinit (rhinitis atrophica simplex)

Atrofik zökəmin səbəbi qəti olaraq aydınlaşdırılmamışdır. Çoxlu hipotezlər vardır, lakin onların heç biri bu xəstəlik zamanı tapılan klinik təzahürləri izah edə bilmir. Atrofik rinitin əmələ gəlməsində peşə zərərliyinə (toz, xüsusən silikat, sement, tənbəki tozu), irsiyyət amillərinə, travmaya, infeksiyaya (qızılca, skarlatina) müəyyən əhəmiyyət verilir. Burunun selikli qişasında qan dövranının pozulması meyllik yaradan səbəblərdəndir.

Xəstəliyin iki forması: məhdud və diffuz rinit ayırd edilir.

Atrofik rinitin ön quru rinit (rhinitis sicca anterior) adlanan yüngül və zərərsiz gedişli formasında proses burun arakəsməsinin nəfəs alınan, quru havanın təsirinə çox məruz qalan ön qığırdaq hissəsində olur. Məlumdur ki, həmin sahə təbii sürtküdən (yaxmadan) onsuz da məhrum olur. Rinoskopiya zamanı burada qartmaqla örtülü, onun altında isə selikli qişanın atrofiyalaşmış olduğu sahə təyin olunur. Xəstəlik subyektiv olaraq qaşınma və quruluq duyğusu ilə meydana çıxır.

Diffuz formalarında atrofik proses bütün burun boşluğunun selikli qişasını, bəzən isə yüngül dərəcədə balıqqulağının sümük toxumasını da tutur.

Atrofiya nəticəsində selikli qişa nazikləşir, selik vəzilərindən, demək olar ki, məhrum olur, epitel metaplaziyaya uğrayıb səyrici silindirik epitelidən yastı epitelə çevrilir. Bu zaman selikli qişa finxırmaqla çətin xaric olan qartmaqla örtülür, atrofiya nəticəsində burunun mənfəzi genişlənmiş olur.

ÖZENA VƏ YA ÜFUNƏTLİ RİNİT (Ozena seu rhinitis foetida)

Bu xəstəliyin etiologiyası daha məchul xarakter daşıyır. Xəstəliyi aydınlaşdırmağa cəhd edən bir çox nəzəriyyələr və hipotezlər vardır, lakin onların heç biri özünü doğrultmamışdır. Buraya sifilis, endokrin, infeksiya ocaq və ya yuva nəzəriyyələrini aid etmək olar. Axırncı nəzəriyyənin tərəfdarları özenanın səbəbini burunun əlavə ciblərinin empiema ilə xəstələnməsində görürlər. Son illərdə özena ilə dəmir balansının (Bernad), su və karbohidrat balansının pozulması arasında əlaqə tapılmışdır. Nəhayət, özenanın əmələ gəlməsində allergik komponentə və irsiyyətə də əhəmiyyət verirlər. Lakin, demək olar ki, qeyri-qənaətbəxş və birtərəfli qidalanma özenanın əmələ gəlməsinə şərait yaradan amillərdəndir.

Qadınlarda özena xeyli tez-tez rast gəlinir. Xəstələrin şikayətləri quruluq hissindən, tənəffüsün çətinləşməsindən və qoxulama qabiliyyətini itirməkdən olur.

S i m p t o m l a r. Sadə atrofik rinitdən fərqli olaraq selikli qişanın və sümük toxumasının atrofik dəyişiklikləri daha qabarıq olur, bu səbəbdən özena zamanı burunudlağı yaxşıca gözdən keçirmək mümkün olur. Burun boşluğu çirklili boz qartmaqlarla tamamilə örtülür, bunların altında göyümtül sekresiya tapılır. Bütün bunlar spesifik üfunətli qoxu verir. Qoxu hüceyrələrinin atrofiyası ilə əlaqədar olaraq xəstənin özü qoxu hiss etməsə də bu hadisə ona mənfi təsir göstərir, adamsevməz, düşkün olur, “öz xəstəliyinə qapanır”.

Özena zamanı atrofik proses bəzən udlağa, qırtlağa, habelə, traxeyaya və bronxlara yayılır.

Diaqnoz çətinlik təşkil etmir. Onunla vərəm və sifilis arasında diferensiasiya aparmaq lazımdır; vərəm zamanı qartmaqların əmələ gəlməsindən başqa xora prosesi də müşahidə olunur.

P r o q n o z sadə atrofik rinit zamanı anatomik nisbətlərin tamamilə bərpası mənada şübhəli, özenada isə tamamilə pis olur. Qoxu funksiyası bərpa olmur.

M ü a l i c ə. Sadə atrofik rinitin və özenanın müalicəsi, demək olar ki, eynidir.

Ən quru rinitlərdə məlhəm aplikasiyaları (bor vazeleni), yağlı damcılar və mazlar yaxşı kömək edir. Son zamanlarda onu müalicə etmək üçün oksikortdan, levomikoldan, rinopanteynadan müvəffəqiyyətlə istifadə olunur.

D i f f u z atrofik rinitlər və özena zamanı qartmaqları xaric etmək üçün burunu soda məhlulu, yaxud duru yod məhlulu ilə yuyurlar. Bunu xüsusi burun leykası və ya Esmarx parçası ilə edirlər.

Burunu yumaq üçün bir sıra qaydalar vardır ki, onları xəstələrə izah etmək lazımdır. Həmin qaydalar bunlardır: 1) yuyarkən məhlul alçaq təzyiqlə

tökülməlidir; 2) burunu yuyarkən baş azca önə əyilməli, ağız isə bir qədər açıq olmalıdır; 3) burunu yuyarkən və yuduqdan sonra 20 dəqiqə udqunmamalı və finxırmamalı. Bu qaydalara riayət olunmaması yuyuntu mayesinin Yevstax borusu vasitəsilə təbil boşluğuna düşməsi kimi ağırlaşma verə bilər.

Yuyuntu mayesinə antibiotiklər və dezodorantlar, yəni pis qoxunu yox edən maddə (hidrogen-peroksidi) qatmaq olar. Atrofik prosesin hər iki formasında burundakı qartmaqları çıxarmaq üçün buruna yod-qliserinli tamponların yeridilməsi yaxşı nəticə verir, tamponu burunda 10 dəqiqə saxlayırlar. Tamponu çıxardıqda onunla bir vaxtda qartmaqlar da xaric olur.

Biz öz klinikamızda dəmir balansının pozulması (hiposideroz) nəzəriyyəsinə əsaslanaraq özena zamanı dəmir preparatlarını müvəffəqiyyətlə işlədirik. Böyük dozalarda E vitaminini hipofizin ön payının preparatı və A vitamini ilə birlikdə işlətmək də tövsiyyə olunur.

Qələvi damcıları, qələvi inqalyasiyaları da tövsiyə olunur. Klimaksın başlanması ilə qartmaqlar və üfunət əmələ gəlməsi öz-özünə kəsilir. Selikli qişanın atrofiyası və qoxulamanın pozulması dönməz xarakter daşıyır. Adları çəkilməmiş müalicə vasitələrinin əksəriyyəti simptomatik olub xəstəni yalnız müvəqqəti olaraq pis qoxudan azad edə bilər. Protein terapiya nikotin turşusu, vitamin A və streptomisinlə birlikdə müsbət təsir göstərir. Nikotin turşusunun 0,7%-li məhlulunu (hər gün 3 ml) aşağı balıqqulaqlarının ön uclarına yeritməli. Antibiotiklər əzələ daxilinə (0,5 və ya 1 q-dan gündə 2 dəfə), daxilə vitamin günaşırı təyin edilir.

Özenanın müalicəsində cərrahiyyə metodları da tətbiq olunur. Onların məqsədi burun mənfəzini daraltmaqdır ki, bu da qartmaq əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Bu məqsədlə aşağı və orta balıqqulaqlarına, habelə burun arakəsməsinə kimyəvi cəhətcə təmiz parafini selikli qişə altına xüsusi şpris vasitəsilə inyeksiya edirlər (duru parafin emboliya törədə bilər). Parafinin ərimə temperaturu 40° -dən aşağı, miqdarı isə təqribən $1,5 \text{ sm}^3$ olmalıdır.

Burunun selikli qişasının altına, xəstənin özündən alınmış olan qamış sümüyünü, yaxud qabırğa qığırdağının parçasını yeritmək daha səmərəli cərrahi müalicə metodu sayılır.

QOXULAMA FUNKSİYANIN POZULMASI

Qoxu funksiyasının pozulması: 1) qoxu sinirinin mərkəzi mənşəli patologiyası və 2) onun periferik reseptorunun patologiyası ilə əlaqədar olaraq müşahidə olunur. Hər iki təsadüfdə qoxu funksiyası itə (anosmiya), ya azala bilər. Hiperosmiya və parosmiya təzahürlərini də burada qeyd etmək lazımdır. Hiperosmiya təsadüfündə qoxu funksiyası kəskinləşir, parosmiyada patoloji hal (təhrif) meydana çıxır. Hər iki təsadüfdə onların törəməsi mərkəzi xarakter daşıyır və ruhi xəstələrdə, isterik subyektlərdə, bəzən hamilə qadınlarda müşahidə edilir.

Mərkəzi anosmiyalar xəlbir səfhədən keçən kəllə əsasının frakturasından və şişlərdən olur. Qoxu sinirinin periferik pozulması daha tez müşahidə olunur. Onlar iki növ olur: respirator və essensial.

Respirator anosmiyanın və ya hiposmiyanın səbəbi sırf mexaniki amillər: burunda poliplərin, şişlərin olması, burun arakəsməsinin şiddətli əyilməsi, burun balıqqulaqlarının (adətən, orta balıqqulaqlarının) hiperplaziyasıdır. Bütün bu patoloji törəmələr nəfəs alınan hava axınının keçməsinə və onunla birlikdə iyli maddələrin qoxu dəliyinə düşməsinə mexaniki maneədir.

Essensial anosmiya qoxu sinirinin üç şaxələrinin və qoxu hüceyrələrinin xəstələnməsi və ya dağılması nəticəsində meydana çıxır. Essensial anosmiyanın etiologiyasında sifilis və vərəm də rol oynayır. Onların mənfi rolu burun boşluğunda törətdikləri dağıntılardan ibarətdir. Rinoloji praktikada tətbiq edilən bəzi dərman maddələri (gümüş-nitratın, sink-sulfatın, və ya zəyin tünd məhlulu) də essensial anosmiyaların yaranmasına səbəb olur.

D i a q n o z. Anosmiyaya diaqnoz qoymaq üçün “Burunun fiziologiyası” bəhsində göstərilmiş metodlardan istifadə olunur.

P r o q n o z. Aparılan müalicələr müvəffəqiyyətsizliyə uğradığından mərkəzi mənşəli anosmiyalarda proqnoz, adətən, pis hesab olunur.

Tənəffüs anosmiyasında aparılan müalicənin nəticəsi burun boşluğundakı patoloji törəmələrin vaxtında, yəni qoxu hüceyrələri atrofiyalaşmağa macal tapmamış əməliyyat ilə çıxarılmasından asılıdır.

Essensial anosmiya zamanı strinxin gündə bir dəfə təyin edilir.

BURUNUN ƏLAVƏ CİBLƏRİNİN XƏSTƏLİKLƏRİ

Əlavə ciblərdə (paranasal sinuslarda) xəstəliklərin əmələ gəlməsi bir çox səbəblərlə əlaqədar olduğundan onların tez-tez rast gəlinməsi də bununla izah olunur. Bu xəstəlikləri öyrənərkən: 1) xəstəliyin etiologiyasını; 2) onun əmələgəlmə mexanizmini; 3) ümumi meylliliyi nəzərə almaq lazımdır.

Kəskin sinuitlərin əmələ gəlməsinə səbəb infeksiyon xəstəlikləridir (grip, krupoz pnevmoniya, qarın yatalağı, üzün qızılyeli, skarlatina, qızılca, difteriya, serebrospinal meningit). Onlar travma (travmatik frontit və haymorit) və infeksiyanın qonşu sahələrindən keçməsi nəticəsində də müşahidə olunur. Burada sümük periostal prosesləri və alveol çıxıntının abseslərini nəzərə almaq lazımdır. Bu, yalnız haymor cibinə xəsarət yetirir (odontogen haymorit), həm də böyük və kiçik azı dişlərin patologiyası nəticəsində olur.

Sinuitin törəmə mexanizmi. Bir çox müəlliflər belə hesab edirlər ki, iltihab prosesi əlavə cibə burundan yayılır. Onlar öz mülahizələrini burun boşluğunun və əlavə ciblərin selikli qışaları arasında bilavasitə anatomik rabitənin olması ilə əsaslandırırlar. Başqa müəlliflər isə buna əhəmiyyət vermir və belə hesab edirlər ki, xəstəlik müstəqil olaraq meydana çıxır.

Xronik sinuit kəskin sinuitlərdən əmələ gəlir. Burada əlavə cibin ağzının nisbətən və ya tamamilə qapanması nəticəsində ifrazat ləngiyir. Sinuit allergik etiologiyaya malik olduqda xəstəliyin gedişi lap əvvəldən xronik olur. İnfeksiyanın virulentliliyinin, orqanizmdə müqavimətliliyin azalmasının əhəmiyyətini və əlbəttə mənfi xarici amillərin rolunu da azaltmaq olmaz.

Əlavə ciblərin həm kəskin, həm də xronik xəstəliklərində cibdən alınan irində streptokokklar, çöplərdən isə bağırsaq, Fridlender, difteriya çöplərini və grip viruslarını tapırlar.

İltihab prosesinə hər iki tərəfdəki ciblər (pansinuitis) və ya yalnız bir tərəfin cibləri (hemisinuitis) tutula bilər.

Orta balıqqulağının, yaxud orta burun keçəcəyinin selikli qışasının qalınlaşması meyllik törədən səbəb sayılır.

Əng və ya Haymor cibinin kəskin iltihabı (Sinuitis maxillaris acuta aut higmoritis acuta)

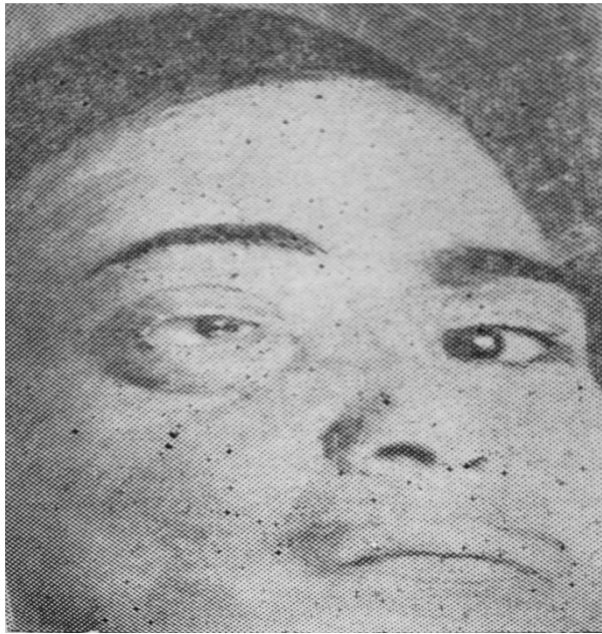
Haymoritin etiologiyası haqqında ümumi anlayış ümumi hissədə bəhs olunmuşdur. Burada qısaca olaraq ayrı-ayrı cəhətlər qeyd ediləcəkdir; əng cibində kəskin iltihaba kəskin zökəm, burunda operasiya, şişlər, əlavə ciblərə yoluxmuş yad cisimlərin düşməsi, göz yuvasıdaxili fleqmonaların yarılması və boşaldılması (təmizlənməsi) kariyes dişlər və nəhayət, odlu silah yaralanmaları səbəb olur. Çox vaxt alın nahiyəsində olan ağrı haymor cibinin iltihabından olur.

S i m p t o m l a r. Başlanğıcda xəstələrin şikayətləri adətən başağrılarından, cib nahiyəsində təzyiq və gərginlik hissindən olur. Xəstəlik ağırlaşdıqca bununla

yanaşı başağrısı da güclənir və artıq alın nahiyyəsində hiss olunur; bəzən bu ağrı üzün bütöv yarısına irradiasiya edir. Yerli ağrı odontogen və infeksiyon (qrip, qızılyel) mənşəli kəskin proseslərdə müntəzəm müşahidə olunur. Haymor cibində iltihabın tez-tez rast gəlinməsinə səbəb axacağının qeyri-münasib yerləşməsi (axacaq cibin yuxarı kənarında olduqda irin orada toplanır) və kariyes dişlərin kötüyündən infeksiyanın cibə keçməsidir. Xəstələr burunun müvafiq yarısının tutulduğunu qeyd edirlər, haymoritin ağır təsadüflərində, xüsusən qrip və qızılyel etiologiyalı haymorit zamanı üzdə kollateral ödem (şişkinlik) müşahidə olunur. Belə təsadüflərdə üşütmə və temperaturun orta dərəcədə yüksəlməsi baş verə bilər.

Rinoskopik müayinədə selikli qişanın hiperemiyası, aşağı balıqqulağının və orta balıqqulağının ön ucunun şişkinliyi qeyd olunur. İfrazat əvvəllər selikli xarakterdə, sonralar irinli və qatışıq olur. Burunun orta keçəcəyi qapanmış olduğundan çox vaxt ifrazat xaric olmur, yaxud burunda irin parçaları şəklində görünür.

Nadir hallarda odontogen haymoritlər zamanı yanaq nahiyyəsində subperiostal abseslər qeyd olunur ki, bu da alveol çıxıntı periostinin nəticəsidir (şəkil 65).



Şəkil 65. Əngin osteomieliti ilə ağırlaşmış odontogen haymorit (A.Ö.Şıxlınskinin müşahidəsi).

Subyektiv ümumi simptomların müxtəlifliyi, dəyişkənliyi ilə əlaqədar olaraq xəstəliyin d i a q n o s t i k a s ı həmişə asan olmur. Burunun orta

keçəcəyindən ifrazat göründükdə orta keçəcəyə açılan bir və ya bir neçə cibdə iltihab ola biləcəyini nəzərdə tutmaq lazımdır. İrinin haradan gəldiyini dəqiqləşdirmək üçün onu silmək və başı əks tərəfə döndərərək bir qədər önə əymək lazımdır. Baş belə vəziyyətdə olduqda haymor cibinin çıxacaq dəliyi aşağıda olacaq və bu səbəbdən burunun orta keçəcəyində irin görünəcəkdir. Orta balıqqulağının ön ucunda ödem və bununla əlaqədar olaraq orta burun keçəcəyi qapanmış olduqda orta keçəcəyə 0,1%-li naftizin məhlulunda isladılmış pambıq qoymaqla burunun aerasiyasına nail olmaq lazımdır, bunun nəticəsində selikli qişanın şişkinliyi çəkilir və burunun orta keçəcəyində sekret toplanır. Haymorit diaqnozu qoymaq üçün mağaranın ön divarına təzyiq etmək üsulu tətbiq olunur. Bu zaman haymorit varsa, ağrı hiss edilir. Killian üsulu ilə orta rinoskopiya da istifadə etmək olar. Diafonoskopiya və rentgenoqrafiya yardımçı diaqnostika vasitələridir.

Diaqnozu qəti surətdə dəqiqləşdirmək məqsədilə əlavə cibin sınaq punksiyasına və onun yuyulmasına müraciət edilir. Bu əməliyyat (bir neçə damcı adrenalin əlavə edilmiş 10%-li lidokain məhlulu ilə) yerli keyitmə üsulu ilə edilir.

Burun zonduna pambığı dolayıb göstərilən keyidici məhlulların birində isladır və 15 dəqiqəliyə burunun aşağı keçəcəyinə daxil edirlər; bu müddət ərzində keyidici maddə bir dəfə dəyişdirilir. Punksiyanı troakar və ya Kulikovski iynəsi ilə edirlər; punksiya burunun aşağı keçəcəyində aşağı balıqqulağının ön ucundan 3 – 3,5 sm arxada edilir (şəkil 66).



Şəkil 66. Aşağı burun keçəcəyindən haymor cibinin punksiyası.

Burunun xarici (lateral) divarının yuxarıya doğru şiddətlə nazildiyini nəzərə alaraq iynənin ucunu oraya yönəldir və onu aşağı burun keçəcəyinin tağına dayayırlar. Sümük arakəsməni buradan dəşib, Janne şprisi ilə mağaranı yuyurlar. Yumaq üçün dezinfeksiyaedici məhlullardan (hidrogen-peroksidi (1 stəkan ilıq suya 1 xörək qaşığı), penisillin, furasillin, bor turşusu, kalium-hipermanqanatın zəif məhlulu və s.) istifadə olunur. Haymorit olduqda bu zaman yuyuntu mayesindən selik və irin (iysiz) tapılır. Prosedura haymor mağarasına antiseptik məhlulu (fizioloji məhlulun 5 ml-də 300000 TV) və ya yodinal məhlulu yeridilməsi ilə qurtarır. Sonralar lazım gəldikdə mağaranın yuyulması günəşırı olmaqla bir neçə dəfə təkrar olunur. Birinci punksiya zamanı cibin möhtəviyyatını şpris ilə çəkib törədiciyə görə müayinə etmək tövsiyə olunur ki, həmin antibiotikdən haymor cibini təkrar yuduqda ona yeritmək, inyeksiya və yaxud daxilə qəbul etmək üçün istifadə olunsun.

Nəzərə almaq lazımdır ki, 8 – 10 yaşına qədər uşaqlarda haymor cibinin punksiyasını əyri iynə ilə aşağı balıqqulağının üzərindən etmək lazımdır (S.İ. Vulfson). Punksiyadan qabaq rentgenoqramda haymor cibinin vəziyyətini öyrənmək tələb olunur. Bu, baş verə biləcək arzu edilməz hadisələrdən cərrahı azad etmiş olur. Qeyd etmək lazımdır ki, haymor cibi kifayət qədər inkişaf etməmiş olduqda punksiya zamanı boşluğa düşməmək də mümkündür; selikli qışanın şiddətli polinoz hiperplaziyasında iynənin ucu onun qalın yerində ilişib qala bilər. Deyilənləri nəzərə alaraq belə hallarda haymor cibini onun təbii dəliyi (bu, burunun orta keçəcəyindən olur) vasitəsilə yumaq tövsiyə olunur.

Haymor cibinin punksiyasından ola bilən ağrılaşmalar bunlardır: 1) emboliya əmələ gəlməsi (haymor cibini yuduqda oraya hava üfürülür ki, buna yol verilməməlidir); 2) yanağın emfizeması fleqmonası (punksiya çox səylə edildikdə, yaxud cib kiçik olduqda iynənin yanaqdakı yumşaq toxumaların qalınlığına soxulması); 3) göz yuvasının fleqmonası; bu az müşahidə olunur. Bayılma, isterik-epileptik tutmalar kimi yüngül ağrılaşmalar da qeyd olunur. Bu göstərilmiş ağrılaşmaların qarşısını almaq üçün hazırkı zamanda haymoriti müalicə edərkən Proets tərəfindən təklif olunmuş “dərman maddələrinin ciblərə yerdəyişməsi” üsulundan istifadə etmək tövsiyə olunur.

Bu üsulu əsirgəyici müalicə metodlarına aid etməklə onu uşaq praktikasında xüsusilə tövsiyə etmək lazımdır. “Dərman maddələrinin ciblərə yerdəyişməsi” bir çox modifikasiyaları ilə birlikdə onun Kaiser–Meinhardt tərəfindən təklif olunmuş variantı da vardır: o, cibi punksiyasız yumağa imkan verir, yerdəyişməyə qədər son dərəcə zəruri sayılır (şəkil 67).



**Şəkil 67. Burunun əlavə ciblərinin yuyulması
(Proets qaydasının modifikasiyası).**

Bu üsulların metodikası belədir: diaqnoz dəqiqləşdirildikdən (klinik, rentgenoqrafik; habelə xüsusən rentgenoqram inandırıcı nəticələr vermirsə) sonra xəstə sarğı otağında stola qoyulur. Burun keçəcəyinin selikli qışası şişkin olarsa, əvvəlcə efedrin ilə adrenalinin və ya kokainin köməyi ilə anesteziyaya nail olmaq lazımdır. Sonra, Janne şprisini hər hansı dezinfeksiyaedici məhlulla doldurub rezin boru taxılmış küt Kulikovski iynəsi ilə həmin mayeni burunun xəstə yarısına tez-tez damızdırırlar; digər burun dəliyi oliva ilə kip qapanır. Bununla eyni vaxtda xəstə seans aparıldığı bütün müddətdə “kuku” səslərini tələffüz etməlidir: bu vaxt yumşaq damaq qalxır və udlağın dal divarına toxunur, burunudlaq ağızudlaqdan ayrılır. Elektrik sorucusunu (təzyiq civə sütunu millimetrləri ilə 120 – 150-dən artıq olmamalıdır) işə salmaqla mənfi təzyiq yaradılır; bu, mağaranın yuyulmasına kömək edir və özünə də şüşə boru ilə nəzarət edilir (yuyulan irinli və selikli sekresiya onun vasitəsilə elektrik sorucusunun kolbasına axır). Həmin proseduradan sonra haymor cibini antibiotik məhlulu ilə (yerdəyişmə üsulu ilə) doldururlar. P.Y.Lokot və Y.N.Yeqorovanın məsləhət gördükləri kimi səyrici epiteli funksiyasının pozulması (zəiflədilməsi) qarşısını almaq üçün antibiotiklər artıq yeritmək olmaz. Bu proseduranı 8 – 12 dəfə etmək lazımdır. Xəstəliyin kəskin forması müalicə edilə bilər; xronik formada olduqda isə müalicə uzanır. Allergik sinuitlər zamanı sinuslara hormonal preparatların, kortizonun yeridilməsi tövsiyə olunur. Mayenin cibə daha yaxşı nüfuz etməsi üçün A.Q.Lixaçov xəstənin başını (dala əyilmiş vəziyyətdə) xəstəlik olan tərəfə 45^0 əyməyi məsləhət görür.

Ümumiyyətlə, irinli haymoritlərin, xüsusən onların kəskin infeksiyadan əmələ gələn formalarının, konservativ müalicəsi müvəffəqiyyətsiz olduqda onlar

Kalldvel-Lyuk, Denker (Kaldwel-Luk, Denker) tərəfindən təklif olunmuş radikal operasiya edilir.

Kəskin haymoritin sonrakı müalicəsi sulfanilamidlərin, antibiotiklərin (bunlar ağır gedişli təsadüflərdə işlədilir) təyin edilməsindən ibarətdir. Haymoritlərin müalicəsində ultrayüksək tezlikli cərəyanlarla müalicə böyük müvəffəqiyyətlə tətbiq olunur (gündə 10 – 15 dəqiqə olmaqla cəmi 10 – 15 prosedura).

Əng cibinin xronik iltihabı (Sinuitis maxillaris chronica aut higmoritis chronica)

Xronik haymoritlər zamanı subyektiv simptomlar olmaya bildiyi kimi cüzi, qeyri-müəyyən simptomlar da ola bilər. Temperatur bəzən subfebril ola bilər. Xəstələrdə bir və ikitərəfli (bir və ya iki cibin xəstələnməsindən asılı olaraq), selikli irinli, bəzən iyli sekretlə müşayiət olunan zökəm olur. Prosesin kəskinləşməsi ilə başağrıları əmələ gəlir, yaxud daha da güclənir, bu, sekretin axıb getməsi çətinləşmiş olan təsadüflərdə də müşahidə olunur. Başağrısının lokalizasiyası müxtəlifdir: onlar haymor cibinin ön divarında, gicgahlar nahiyyəsində, gözyuvasında, alında qeyd olunur. Yaddaşın zəifləməsi də az rast gəlinmir. Bəzən xəstələr mədə nahiyyəsində ağrıdan şikayətlənirlər ki, bunu irinli sekretin udulması ilə izah etmək lazımdır. İkitərəfli proses tam anosmiya ilə müşayiət oluna bilər.

İrin burun boşluğunda, yaxud burunun yalnız orta keçəcəyində tapılır. İrinin udlağa axıb getməsi quru faringitin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Çox vaxt orta balıqqulaqlarının ön ucu və bütün aşağı balıqqulağı xəstəlik olan tərəfdə şişmiş olur, bir sıra hallarda poliplərin əmələ gəlməsi qeyd olunur. Nəticədə irinli ifrazat dayanır və yaxud azala bilər ki, bu da şiddətli başağrıların əmələ gəlməsinə aparıb çıxarır.

Müalicə olunmadıqda xəstəliyin gedişi uzun müddət davam edir.

D i a q n o z xəstənin şikayətlərinə, obyektiv müayinəyə, diofanoskopiya və rentgenoqrafiya məlumatlarına əsasən qoyulur. Lazım gəldikdə kontrast şəkil çəkməkdən, tomoqrafiyadan istifadə edirlər.

Differensial diaqnostika zamanı irinin alın cibindən, yaxud xəlbir labirintin ön hüceyrələrindən gəldiyini nəzərə almaq lazımdır. Kəskin haymoritdə olduğu kimi diaqnoz sınaq punksiyasına və yuyulmaya əsasən dəqiqləşdirilir.

M ü a l i c ə punksiya və yuyulmadan sonra kəskin haymoritdəki kimi aparılır. Konservativ müalicə nəticə vermədikdə əlavə cibin radikal əməliyyatına müraciət edilir. Denkerin, Kaldvelli-Lyukun və A.F.İvanovun adları ilə bağlı olan bu əməliyyatlarda məqsəd patoloji törəmələri cibdən çıxarmaq və burun boşluğu ilə onun arasında yaxşı anastomoz yaratmaqdır.

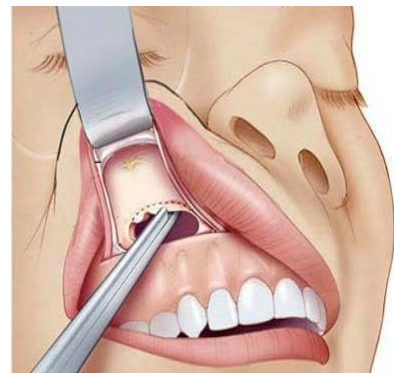
Haymor cibinin radikal əməliyyatı yerli keyitmə üsulu ilə edilir, bu məqsədlə 15 damcı, 0,1%-li adrenalin məhlulu qatılmış 25 – 30 ml miqdarında

0,5 – 1%-li novakain məhlulundan istifadə edilir. Regionar (məhəlli) keyitmə tətbiq olunur: üçlü sinirin ikinci şaxəsi də infiltrasiya edilir. Bu məqsədlə göz yuvasıaltı dəliyin yanında novakain deposu yaradılır. İynə mərkəzi və yan kəsici dişlərin zirvələri arasındakı keçid бүкüşünə vurulur; bu zaman şəhadət barmaqla dəliyin vəziyyəti fiksə olunur. İynənin ucu barmaqla fiksə olunmuş sümük sahəsində dayanana qədər göz yuvasıaltı dəliyə doğru yeridilərək 0,5 ml keyidici maddə (məhlul) buraxılır. Sonra iynənin ucu ilə göz yuvasıaltı dəliyi ehtiyatla yoxlayıb iynəni oraya 6 – 7 mm dərinliyə yeridir və 2 ml qədər keyidici maddə vururlar. 6 – 8 dəqiqədən sonra tam keyimə baş verir.

Kaldvell–Lyuk üsulu. Bu əməliyyatı xəstəni uzadaraq edirlər (şəkil 68). Əvvəlcə, yəni keyidici maddəni vurmağa başlamazdan qabaq burunun aşağı keçəcəyinə lidokain (10%-li məhlul) və adrenalində isladılmış piltə qoyur, nəzərdə tutulan əməliyyat sahəsinə də həmin məhlullardan yaxılır. İynə vurulan yerlər: 6 – 7-ci dişin yanında yanağın selikli qışasının altından səthi olaraq iynəni armudabənzər dəlik tərəfə yeridirlər. Qalan iynələr 3 yerdə sümüyə çatana qədər dərinə – sümüküstlüyünün altına vurulur.



a



b

Şəkil 68. Kaldvell–Lyuk üsulu ilə haymor cibinin radikal operasiyası:

- a) dodaq altındakı keçid бүкüş üzrə selikli qışanın kəsilmə xətti;
- b) haymor cibinin ön divarında sümük dəliyin açılması və aşağı burun keçəcəyi ilə əlaqə.

Kəsiyi yan kəsici dişdən 6-cı dişə qədər olmaqla dərhal sümüyə qədər aparır, yumşaq hissələri sümüküstlüyü ilə birlikdə ayırıqdan sonra köpək çuxuru açılır (göz yuvasıaltı dəlik sahəsi açılmır, çünki sinir zədələnmə və paraesteziya əmələ gələ bilər). Sonra burun arakəsməsinə məxsus ensiz elevator vasitəsilə haymor cibinin içəri divarı ilə burun selikli qışası arasında açılmış yarığa daxil olur və selikli qışanı sümükdən ayırırlar. Hemostazdan sonra alınmış dərin yarığa dikaində və ya kokaində isladılmış piltə yeridirlər. Cibi köpək çuxuru nahiyəsində

isgənə ilə dəşir, alınmış dəliyi Hayek maşası ilə genişləndirirlər. Çox vaxt xəstələnmiş sinus dəşilən kimi ondan təzyiqlə üfunətli irin çıxır, cib hiperplaziyalı selikli qışa və poliplərlə dolmuş olur. Boşluğu keyitdikdən sonra patoloji dəyişikliyə uğramış selikli qışanı qaşıyıb təmizləməyə başlayırlar. Bunu xüsusən mağaranın dibində, ciblərində çox diqqətlə edirlər. Əgər selikli qışa dəyişilməmişsə, ona toxunmurlar. Mağaranı gözyuvasından ayıran nazik yuxarı divarın travmasına səbəb olmamaq üçün (gözyuvasına infeksiyanın keçmə qorxusu) onu çox böyük ehtiyatla qaşıyırlar. Burunla haymor mağarası arasında anastomoz düzəldilməsi əməliyyatın son mərhələsidir. Bu məqsədlə əvvəlcədən haqqında deyilmiş iki piltəni çıxardıqdan sonra düz iskənə ilə cibin daxili divarının bir hissəsini sındırır, onu örtən selikli qışanı isə iti göz skalpeli ilə kəsib düzəldirlər. Bu manipulyasiyanı asanlaşdırmaq üçün burunun aşağı keçəcəyi ilə haymor cibinə tərəf əyri kornsənq yeridirlər; onun vasitəsilə selikli qışa qabarır (qaldırılır), kəsilir və asanlıqla halqa şəklinə salınır. Hemostaz məqsədilə sümüyün yarısını hidrogen-peroksidlə yuyur, qurudur və yaraya penisillin doldururlar.

Sümük boşluq tamponlanır (boş surətdə) və tamponun ucu buruna çıxarılır.

Bəzi cərrahlar qanaxma olmadıqda boşluğun tamponadasını, habelə oral yaranın tikilməsini zəruri saymırlar. Yaranın tikilməsi yaşlı və üzgün adamlarda məcburi sayılır.

Əməliyyatdan sonra xəstə 4 – 5 gün yataq rejimində olmalıdır. Əməliyyat günü yanağa buzlu torba qoyulur, sonrakı günlərdə üz şişmiş olduqda isidici kompreslər təyin edilir. İlk günlərdə dieta (pəhriz) soyuq, duru olmalıdır. Xəstəyə sulfanilamidlər, temperatur yüksəldikdə isə antibiotiklər də təyin edirlər. Başağrıları olduqda müvafiq müalicə aparılır.

Üçüncü gün tamponu qanaxma olmasın deyə ehtiyatla çıxarırlar.

Denker əməliyyatının da məqsədi belədir. Bu əməliyyatlar arasındakı əsas fərq ondan ibarətdir ki, Denker armudabənzər dəliyin kənarını çıxarır; burunun selikli qışasını isə çıxarmayaraq üzərindən kəsir və parça şəklində cibə daxil edirlər.

Haymor cibinin radikal əməliyyatının texnikası A.F.İvanov tərəfindən hazırlanmış və təkmilləşdirilmişdir. Bu müəllif kəsiyi keçid büküşündən deyil, ona nisbətən aşağıda, yəni alveol çıxıntının kənarına yaxın 2 – 3sm uzunluqda aparmağı təklif etmişdir. Bu üsulla üz divarını birinci molyar diş üstündən dəşirlər, çünki cib nə qədər kiçik olarsa da bu dəşik ona (cibə) düşməyə imkan verir. Nəhayət, selikli qışa ancaq dəyişilmiş yerlərdə qaşınır.

7 yaşına qədər uşaqlarda yuxarıda göstərilən əməliyyat diş mayalarının məhv edilməsilə əlaqədardır, bu səbəbdən onlarda haymor cibini endonazal qaydada yarırlar. Bunu belə edirlər: burunun aşağı balıqqulağını və aşağı keçəcəyini keyitdikdən sonra aşağı balıqqulağının ön üçdə birini bənd olduğu

yerdən kəsib ayırır və müvəqqəti olaraq onu arakəsməyə doğru itələyirlər (əgər o hiperplaziya halında olarsa, onu rezeksiya etmək daha yaxşıdır). Bununla burunun xarici divarının üstü açılır və onun dibi yaxınlığında 10 qəpiklik böyüklüyündə pəncərə açılır. Polipləri və ya qalınlaşmış selikli qişanı buradan qasıyıb çıxardıqdan sonra haymor cibi davamlı drenaj edilir. Əməliyyat balıqqulağının müvəqqəti kəsilib ayrılmış ucunun öz yerinə qaytarılması və orada onun tampon vasitəsilə fiksə edilməsi ilə qurtarır. Tamponu bir sutkadan sonra çıxarırlar. Əməliyyatın bütün növlərindən sonra haymor cibi təkrar yuyulur və ultrayüksək tezlikli cəريانla müalicə edilir.

Alın cibinin kəskin iltihabı (Sinuitis frontalis acuta, aut frontitus acuta)

Alın cibinin kəskin iltihabı tez-tez rast gəlinir, burunun digər əlavə ciblərinin kəskin xəstəliyinə nisbətən kəskin frontit daha ağır davam edir.

Xəstələr ən çox alın nahiyəsindəki müxtəlif intensivliyə malik ağrıdan şikayətlənirlər; irin cibdə ləngidikdə başağrısı dözülməz olur, axıb gedən təsadüflərdə ağrı sakitləşir. Ağrıdan başqa burunun tutulmasından, burunun müvafiq yarısından irin axmasından, fotofobiya və gözyaşı ifrazından şikayətlənirlər. Sekretin rəngi sarımtıl və ya bozmtul olur. Xəstəlik bəzən temperaturun yüksəlməsi ilə müşayiət olunur.

Obyektiv simptomlar, demək olar ki, kəskin haymoritdə olduğu kimidir. Rinoskopiya zamanı, adətən, burunun orta keçəcəyində irin toplanması tapılır; burun girəcəyində sekresiya çox olduqda burun girəcəyi və yuxarı dodaq dərisinin ekzematöz qıcıqlanması müşahidə olunur. Orta balıqqulağının ön ucu, adətən, qalınlaşmış, hiperplaziya halında olur. Alın cibinin ön divarının və yuxarı göz qapağının ödemi kəskin frontitin tez-tez rast gəlinən obyektiv nişəsidir. Bu təzahürlər yox olub yenidən meydana çıxa bilər.

Alın cibi divarının təzyiqə və taqquldatmağa (silkələnməyə) həssaslığı daimi simptomlardan biridir. Bəzən sağlam alın cibinin ön divarını taqquldatdıqda xəstələnmiş alın cibində ağrı törəyir. İltihab prosesi çox vaxt alın cibinin sümük divarlarına keçir, bu da cibin ön və gözyuvası divarının bir qədər qabarması ilə meydana çıxır. Bu, sümüküstlüyüaltı absesin, fistulun əmələ gəlməsinə səbəb olur və üşütmə, temperaturun yüksəlməsilə müşayiət olunur.

Xəstəliyin diaqnostikası çətin deyildir. O, obyektiv və subyektiv simptomlara əsasən təyin edilir. Frontit zamanı rast gəlinən şiddətli başağrıları gözyuvasıaltı sinirin nevralgiyasında da olduğundan onları fərqləndirmək lazımdır. Fərqləndirici əlamətlər aşağıdakılardır:

1) nevrologiya zamanı ağrı qəflətən baş verib tutmaya oxşar xarakterdə olur. Frontitdə isə ağrı tədricən güclənir;

2) nevralgiya zamanı gözyuvasıüstü nöqtəyə uzun müddət edilən təzyiqdən ağrılar yox olur, yaxud zəifləyir; frontitdə isə, əksinə, ağrılar güclənir; hər bir sinuitdə olduğu kimi frontitdə ağrılar gündüz olur.

Frontitin diaqnostikasına alın-burun kanalının zondlanması da kömək edir; bu zaman zond çıxardıqda frontit varsa sekresiyanın güclənməsi qeyd olunur. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, kanalın anatomik quruluş xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq zondlama həmişə mümkün olmur. Orta balıqqulağının ön kənarının şiddətli şişməsi, burun arakəsməsinin patoloji prosesə tutulmuş cib tərəfə çox əyilməsi zamanı da çətinlik meydana çıxır. Gənc həkimlər burada mümkün ola bilən ağırlaşmaları: 1) kağız səhfinin və 2) xəlbir səhfinin zədələnməsini bilməlidirlər. Birinci təsadüfdə arzuolunmayan nəticələr son dərəcə az rast gəlinir, ikincidə isə zond beyinə girərək kədərli nəticə verə bilər. Buna görə də bu ağırlaşmalara yol verməmək üçün yalnız elastik zond ilə zondlamaq tövsiyə olunur.

Diaqnoz qoymaq məqsədilə alın cibinin diafanoskopiya və rentgenoqrafiyasına da müraciət olunur.

M ü a l i c ə əsasən konservativ olur. Kəskin haymoritlərdə olduğu kimi müalicədə məqsəd infiltratın sorulması, orta balıqqulağının ön ucunun şişkinliyini azaltmaq olmalıdır ki, bu da burunun orta keçəcəyinin yaxşı aerasiyasına və deməli, irinin sinusdan xaric olmasına şərait yaradır. Bildiyimiz kimi, alın cibi patoloji sekretin boşalması üçün yaxşı şəraitə (çıxarıcı dəliyin alın cibinin dibində olması) malikdir. Artıq məlum olduğu kimi, orta balıqqulağına müvafiq sahənin kokainizasiyası balıqqulağının şişkinliyinin azalmasına kömək edir. Bununla eyni zamanda yerli istilik proseduraları (solyuks, diatermiya, ultrayüksək tezlikli cərəyanla müalicə) ilə birlikdə antibiotiklər təyin edilir. Xəstəliyin ilk günlərində xəstələr yataq rejiminə riayət etməlidirlər; qida qıcıqlandırıcı olmamalıdır, şərab içmək və papiros çəkmək məsləhət görülmür.

Kəskin frontitlər zamanı əməliyyata nadir hallarda müraciət olunur. Alın cibinin burundaxili və burunxarici əməliyyatları vardır. Endonazal əməliyyatlar daha asan sayılır. Alın cibində irinin ləngiməsi nəticəsində başağrıların şiddətlənməsi, orta balıqqulağının ön ucunun hiperplaziyası və poliplər əmələ gəlməsi zamanı bu əməliyyatlar zəruri olur. Əməliyyat patoloji törəmələrin çıxarılmasından ibarətdir; buraya polipotomiya, orta balıqqulağının ön ucunun rezeksiyası, alın cibinin zondlanması və ya yuyulması aiddir. Yuyulma təkrarən, yəni patoloji sekresiya yox olanadək edilir. Xarici əməliyyatlar kəllədaxili ağırlaşmalar olduqda, subperiostal abses, xarici fistul və başqa ciddi ağırlaşmalar əmələ gəldikdə tətbiq olunur.

Alın cibinin xronik iltihabı (Sinuitis frontalis chronica aut frontitis chronica)

Xəstəliyin ümumi təzahürlər olmayan gedişi az rast gəlinmir. Baş ağrısı daimi olmayıb papiros çəkməkdən, şərab içməkdən, çox yorulmaqdan güclənir. Ağrı bu və ya başqa səbəbdən irinin ləngiməsindən də güclənir. Burundan ifrazat soyuqdəymə nəticəsində artır, qapalı empiema (latent forma) təsadüflərində isə heç olmur. Orta balıqqulağının ön ucunun hiperplaziyası ilə yanaşı poliplərin əmələ gəlməsi də qeyd olunur; poliplər, adətən, xronik seroz-kataral sinuitlərlə əlaqədar olaraq rast gəlinir. Hipo və anosmiya da müşahidə olunur. Kəskin frontitlərdə olduğu kimi xəstəliyin xronik formasında da iltihab prosesi sümüküstlüyünə və sümüyə keçər və xarici fistulun əmələ gəlməsi ilə qurtara bilər.

D i a q n o z. Açıq empiemalar zamanı diaqnostika çətin deyildir. Ağrı, irinaxma və divarların şişməsi kimi simptomlar frontitlər zamanı haymoritdəkinə nisbətən daha qabarıq olur.

Təzyiq və taqqudatma zamanı ağrının aşkar edilməsi böyük diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Orta rinoskopiya və kanal vasitəsilə alın cibinin zondlanması da diaqnostikaya kömək edir. Əgər kanala yeridilmiş zondla irin axarsa, bu frontiti göstərir.

Lakin təsadüflərin hamısında rentgenoloji müayinədən istifadə olunmalıdır; nəzərə almaq lazımdır ki, rentgenoqram həmişə xəstəliyin klinikası ilə müqayisə edilməlidir.

Diaqnoz çətinləşmiş olduqda gözün daxili bucağı yanından kiçik trepanasiya vasitəsilə alın cibini açmaq lazımdır. Diaqnostikadan başqa, bu bir də ona görə lazımdır ki, alınmış dəlikdən sonralar alın cibini yumaq və ona antibiotiklər yeritmək üçün istifadə olunur.

Xəstəliyin gedişi uzun müddət davam edir. Xəstəlik gözyuvasıdaxili və intrakranial ağrılaşmalar ilə qurtara bilər.

Xronik frontitlər çox vaxt xəlbir labirint hüceyrələrinin iltihabı ilə birlikdə (kombinasiyada) rast gəlinir.

M ü a l i c ə. Yüngül təsadüflərdə xronik frontitlərin müalicəsinə sulfanilamidlərin və antibiotiklərin təyin edilməsindən başlayırlar.

Alın cibindən sekretin axıb getməsinə təmin etmək üçün bir neçə damcı naftizinlə isladılmış pambığı 15 – 20 dəqiqəliyə burunun orta keçəcəyinə yeritmək üçün istifadə edirlər. Cibdəki polipləri (əgər varsa) çıxarır, orta balıqqulağının ön ucunun hiperplaziyalı hissələrini rezeksiya edir, cibi zondlayır və antibiotiklər ilə yuyurlar. Fizioterapevtik vasitələrdən sollyuks, ultrayüksək tezlikli cərəyan, diatermiya təyin edirlər.

Əgər həmin müalicə nəticə verməzsə, əməliyyata müraciət olunur. Alın cibinin burundaxili və burunxarici əməliyyat metodları vardır. Bu əməliyyatlarda məqsəd alın cibi ilə burun boşluğu arasında geniş drenaj yaratmaqdır.

Konservativ tədbirlər və kiçik əməliyyatlar özünü doğrultmadıqda endonazal əməliyyatlar tətbiq edilir.

Burundaxili əməliyyatın texnikası Halle tərəfindən təklif olunmuşdur. Bu, əsirgəyici əməliyyat sayılır.

Alın cibinin xarici radikal əməliyyatları. Əməliyyata göstərişlər bunlardır: 1) sümük divarların patoloji prosesə tutulması; 2) fistulların olması; 3) kəllədaxili və gözyuvası tərəfindən olan ağrılaşmalar.

Xırda endonazal əməliyyatlarla və konservativ üsulla müalicə oluna bilməyən təsadüflərdə də əməliyyat edilir. Təklif olunmuş müxtəlif əməliyyat növlərini 3 qrupa bölmək olar: 1) alın cibinin ön divarının çıxarılması; 2) aşağı divarın çıxarılması; 3) ön və aşağı divarların çıxarılması.

Bu əməliyyatlardan sonra qalan kosmetik qüsurları nəzərə alaraq Killian əməliyyatından daha tez-tez istifadə edilir. Bu əməliyyat zamanı həmin qüsurların əmələ gələ bilməsi qorxusunun qarşısını almaq üçün alın cibinin ön və aşağı divarlarını çıxararkən qaşüstü qövs nahiyyəsində toxunulmamış ensiz körpü saxlanılır. Əməliyyat orta balıqqulağının ön hissəsini, xəlbir sümüyünün ön cisimciklərini (hüceyrələrini) və əngin alın çıxıntısını çıxarmaq vasitəsilə burun boşluğu ilə alın cibi arasında geniş anastomoz yaratmaqla qurtarır. Alın cibinə burundan rezin borunun daxil edilməsi əməliyyatın son mərhələsidir. Drenajı bir həftə alın cibində saxlayırlar. Əməliyyat yerli keyitmə ilə edilir.

Xəlbir labirint hüceyrələrinin kəskin və xronik iltihabı (Cellulitis ethmoidalis aut ethmoiditis acuta et chronica)

Xəlbir labirint hüceyrələrinin kəskin və xronik iltihabı, adətən, frontit ilə birlikdə rast gəlinir; yalnız 3 yaşına qədər uşaqlarda, o, ayrıca olur. Bu, körpə uşaqlarda alın cibinin olmaması ilə izah olunur.

Xəstəlik xəlbir labirintinin bütöv, yaxud onun hüceyrələrinin ayrı-ayrı qruplarını tuta bilmir; bəzən proses yalnız bir hüceyrəni əhatə edir. Kəskin etmoidit zamanı xəstələrin subyektiv şikayətləri alın və ya haymor cibinin xəstələnməsindəki kimidir; bu səbəbdən onları bir-birindən fərqləndirmək bəzən çətin olur. Kəskin etmoidit zamanı ağrıların lokalizasiyası, adətən, burun kökü nahiyyəsində olur. Xronik etmoiditdə isə subyektiv təzahürlər zəif olur, yaxud heç olmur. Xəstələr tez-tez inadçı, həm də birtərəfli zökəmdən şikayətlənirlər. Kəskin təsadüflərdə temperatur ilk günlərdə $37 - 38^0$ ola bilər; rinoskopiya zamanı burunun yuxarı və orta keçəcəyində irin tapılır ki, bu da orta və yuxarı burun keçəcəyinə açılan xəlbir hüceyrələrin xəstəliyini göstərir. Diaqnozu

dəqiqləşdirmək üçün orta və arxa rinoskopiyanın köməyinə müraciət olunur. Orta balıqqulağının şişkinliyini nəzərə alaraq orta rinoskopiya qabaq onun şişkinliyini azaltmağa nail olmaq lazımdır; selikli qışanın efedrinizasiyası və qansızlaşdırılması buna kömək edir. Arxa xəlbir hüceyrələrinin patologiyası arxa rinoskopiya yaxşı təyin olunur, bu zaman axıb gedən irin aydın görünür. Xəstəliyin kataral formaları zamanı burunda əmələ gələn poliplər bir sıra təsadüflərdə burun boşluğunu tamamilə doldurur.

Xronik təsadüflərdə burundan axan ifrazat müstəsna sayılmaq şərtilə subyektiv şikayətlər, demək olar ki, yoxdur. Xəstəliyin gedişi latent olur. Etmoiditin bu formalarına xüsusi diqqət yetirmək lazımdır; bunlarda kəllədaxili və gözyuvası tərəfindən baş verə biləcək ağırlaşmalar təhlükəli olur. Bir sıra təsadüflərdə gözün daxili bucağında həm kəskin, həm də xronik proseslərdə rast gəlinən fistullar əmələ gələ bilər.

Etmoiditin d i a q n o z u çətin olur, çünki simptomları həmişə aydın görünür. Burun kökünə təzyiq etdikdə ağrıların əmələ gəlməsi, ya güclənməsi etmoiditin olduğunu göstərir. Xronik etmoidit zamanı burunun orta və yuxarı keçəcəklərində də irinli ifrazat qeyd olunur. Diferensial diaqnoz qoyulduqda irin burunun orta keçəcəyindən axarsa haymor, alın ciblərinin yuxarı keçəcəyindən axarsa əsas cibin patologiyasını nəzərdə tutmaq lazımdır. İki proyeksiyada edilən rentgenoqrafiyanın köməyi ilə diaqnozu dəqiqləşdirmək olar.

M ü l i c ə. Kəskin frontitdəki kimi konservativ müalicə aparılır. Birinci günlərdə konservativ olaraq aparılan müalicə müsbət nəticə verməzsə, burundaxili kiçik əməliyyatlar aparılır (orta balıqqulağının hipertrofiyaya uğramış ön ucu rezeksiya edilir). Kəskin etmoidit zamanı radikal əməliyyat yalnız nadir təsadüflərdə – gözün içəri bucağında fistul əmələ gəldikdə, habelə orbital ağırlaşmalar olduqda edilir. Xronik etmoiditlər zamanı endonazal və ekstranazal əməliyyatlar əsas yer tutur. Hər iki əməliyyatın prinsipi patoloji prosesə tutulmuş hüceyrələrin yarılməsindən və təmizlənməsindən (boşaldılmasından) ibarətdir. Burundaxili üsulda Hayek əməliyyatı edilir. Burunun mənfəzi dar və ya burun arakəsməsi əyilmiş olduqda əvvəlcə arakəsməni selikli qışaaltı rezeksiyaya uğradır, aşağı balıqqulağının, yaxud orta balıqqulağının ön hissəsinin hiperplaziyasında onları qismən rezeksiya edirlər.

Xəlbir cibin xarici əməliyyatları fistullar, intrakranial və ya orbital (gözyuvası) ağırlaşmalar olduqda edilir.

Əsas cibin kəskin və xronik iltihabı (sinuitis sphenoidalis aut sphenoiditis acuta et chronica)

Əsas cibin iltihabı nadir hallarda rast gəlinir. Çox vaxt o, arxa xəlbir hüceyrələrinin xəstəliyi ilə birlikdə müşahidə edilir.

Sfenoidit zamanı xəstələrin şikayətləri zökəmdən, başağrısından olur; bu ağrı daimi olmur, ənsəyə, gözyuvasının dərinliyinə irradiasiya edir.

Qoxu funksiyasının pozulması həm tənəffüs tipində, həm də essensial tipdə ola bilər.

İltihabın kəskin formasında burunun selikli qişası hiperemik və ödematoz olur. İltihabın hər iki növündə qoxu yarığında rinoskopik müayinə zamanı irin, polip isə ancaq xronik təsadüflərdə tapılır. Kəskin və xronik sfenoiditin fərqləndirici əlaməti budur: kəskin proseslərdə ifrazat çox olur, xronik iltihab zamanı qoxu dəyişinin ön hissəsi irinli qartmaqla tıxanır. Qartmaqların artması özenadakı kimi pis qoxunun əmələ gəlməsi ilə qeyd olunur. Prosesin sümüyə keçməsi korluğa səbəb ola bilər ki, bu da görmə dəliyində (foramen opticum) görmə sinirinin sıxılması, yaxud perinevrit ilə izah olunur. Retrobulbar toxumanın irinlə hopması təsadüfləri də olmuş ki, bu da ekzoftalma və meningitə aparıb çıxarır.

D i a q n o z. Obyektiv simptomlara əsasən sfenoiditə diaqnoz qoymaq həmişə mümkün olmur. Orta balıqqulağı ilə arakəsmə arasında, arxa rinoskopiya isə orta balıqqulağının üzərində irin tapılması müəyyən əhəmiyyətə malikdir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün əsas cibi zondlamağa və rentgenoqrafiyaya (yan proyeksiyada) müraciət olunur.

M ü a l i c ə alın cibinin kəskin iltihabındakı kimi olub qoxu yarığının aerasiyasından ibarətdir; aerasiya bir neçə damcı 0,1%-li naftizin məhlulunda isladılmış pambığı (ya piltəni) 15 – 20 dəqiqəliyə həmin sahəyə qoymaqla edilir. Uşaqlarda 0,5%-li naftizindən istifadə etmək daha yaxşıdır. Eyni zamanda sulfanilamidlər və antibiotiklər təyin edilir. Kəskin təsadüflərdə prosesi ləğv etmək olur. Əks təqdirdə orta balıqqulağının ön hissəsi rezeksiya edilir.

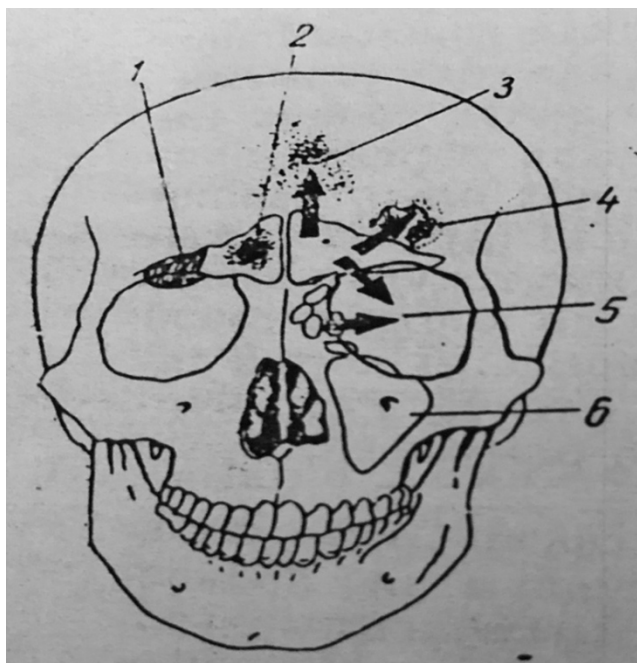
Bu tədbir irinin cəldən axıb getməsini asanlaşdırır.

Ağır hallarda çox vaxt əsas cibi burundaxili və burunxarici qaydada yarmaq lazım gəlir. Bunlar çox ciddi və məsuliyyətli əməliyyatlardır.

BURUNUN VƏ ƏLAVƏ CİBLƏRİN XƏSTƏLİKLƏRİNDƏ GÖZYUVASI VƏ KƏLLƏDAXİLİ AĞIRLAŞMALAR

Burunun və əlavə ciblərin xəstəliklərində gözyuvası və kəllədaxili ağırlaşmalar ola biləcəyi qeyd olunmuşdur.

İnfeksiya paranasal ciblərdən gözə və kəllədaxilinə kontakt, hematogen və limfogen yollarla keçir. Burada mexaniki amillərin də müəyyən rolu vardır. Əgər gözyuvasının topoqrafiyasını nəzərə alsaq onun xəlbir hüceyrələrindən və haymor cibindən (nazik sümüklə ayrılması) kontakt yolla xəstələnməsini anlamaq olar. Təmas qaydası ilə infeksiya əlavə ciblərdən beyinin alın payının sərt qışasına, yaxud periorbitaya (gözyuvasının sümüküstlüyünə) və görmə sinirinin yatağına keçir. Bir sıra təsadüflərdə fistulu makroskopik yolla çətin görmək olur, başqa təsadüflərdə fistul albalı böyüklüyündə olur. Hematogen yolla infeksiya, adətən, damar yataqları boyunca, ya da venalarla (damarla olan rabitə) daxil ola bilər. Burada sümük dehissensiyaları da müəyyən rol oynayır (şəkil 69).



Şəkil 69. Burunun əlavə ciblərinin verdiyi ağırlaşmalar:
1 – mukosele; 2 – subperiostal abses; 3 – kəllədaxili ağırlaşmalar;
4 – alın sümüyünün osteomieliti; 5 – gözyuvasının fleqmonası;
6 – əng sümüyünün osteomieliti (yalnız körpə və kiçik uşaqlarda).

Bu ağırlaşmalara misal orbitada kapsullu abseslər və fleqmonalar, tor qişanın mərkəzi venasında tromboz, görmə çarpazının zədələnməsi və s. ola bilər.

S i m p t o m l a r. Gözyuvası absesinin və fleqmonasının simptomları infeksiyanın keçmə yerindən asılı olaraq müxtəlif olur. Gözyuvası frontitlə əlaqədar olaraq zədələnməmiş olduqda yuxarı göz qapağında, konyuktivada, göz almasının yuxarı və daxili periferiyasında ödem (şişkinlik) müşahidə olunur. Haymor cibinin patologiyasında gözyuvasının alt kənarının, gözəlməsi konyuktivasının və görmə çarpazının ödemli olması daha qabarıq şəkildə meydana çıxır. Xəlbir hüceyrələrinin xəstəliyi ilə əlaqədar olan göz almasının daxili bucağında ağırlaşmalar ödemin əmələ gəlməsi ilə meydana çıxır.

Göz almasının dislokasiyası və hərəkətliliyinin azalması, görmə sinirinin zədələnməsi, gözyaşı ifrazının pozulması mexaniki səbəblərdən (şişlər, mukosele) irəli gəlir.

Rinogen kəllədaxili ağırlaşmalar otogen ağırlaşmalara nisbətən xeyli az rast gəlinir. İnfeksiyanın kəllə daxilinə keçməsi ən çox kontakt yolla olur. Kəllədaxili ağırlaşmalar etioloji cəhətcə ən çox frontitlər, ən az hallarda isə haymoritlərlə əlaqədar olur. Kəllədaxili ağırlaşmalar da hematogen və limfogen yolla əmələ gəlir. Bu ağırlaşmalara ekstradural və subdural abseslər, seroz və irinli meningitlər, beyin absesləri, mağaralı və yuxarı boylama cibin trombozu aiddir.

Ekstradural abses, adətən, alın, əsas və xəlbir ciblərinin periostiti zamanı əmələ gəlir. Otogen ekstradural abseslərdəki kimi də beyin sərt qişası (alın payı) ilə sümük arasında irin toplanması müşahidə olunur. Bu abseslər simptomuz olduğundan onlar, adətən, əməliyyat zamanı tapılır.

İrinli leptomeningitin və beyin absesinin klinikası, demək olar ki, otogen leptomeningitin və absesin klinikası kimidir. Alın payının absesində məhəlli simptomlar əksərən olmur. Abses xeyli uzağa – arxaya doğru yayıldıqda mərkəzi qırıqığa təzyiqdən üz sinirində parezlər və ifliclər meydana çıxır. Xəstələr eyforik və şit zarafatlar etməyə meyli olurlar.

Rinogen kəllədaxili ağırlaşmalar damarlar trombozlaşmış olduqda xüsusilə davam edir. Belə ki, mağaralı cibin trombozunda durğunluq təzahürləri, göz qapaqlarında ödem, ekzoftalm, görmə sinirinin nevrیتی, korluq müşahidə olunur. Yuxarı boylama cibin trombozunda alın nahiyyəsində ekstradural abses əmələ gəlir. Klinik cəhətcə sinus trombozlarının gedişi ağır olur, onlar ümumi septik xəstəlik olub meningit və ya beyin absesi ilə nəticələnmə bilər.

Burun mənşəli kəllədaxili və gözyuvası tərəfindən olan ağırlaşmaların da m ü a l i c ə s i cərrahi üsulladır. Prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq əvvəlcə ilkin ocağı (mənbəyi) – alını, haymor cibini, xəlbir labirint hüceyrələrini eliminasiya edir və yalnız bundan sonra gözyuvası və ya endokranium ilə məşğul olurlar. Bu cərrahi müdaxilələrlə yanaşı böyük dozalarda antibiotiklər də təyin edirlər.

UŞAQLARDA ƏNGİN OSTEOMİELİTİ

Əngin osteomieliti əksərən yenidöğulmuş və südümər uşaqlarda rast gəlinir. Onun əmələ gəlmə səbəbləri kəskin infeksiyalar (hematogen), travma (məsələn, doğuş travması), ananın infeksiyaya yoluxmuş döş giləsi, uşağa yemək (süd) verilən butulkanın çirkli olması və s. hesab olunur; alveol çıxıntıya infeksiya burun boşluğundan düşə bilər. Bu nahiyyədəki zəngin venoz tor da prosesin yayılmasına şərait yaradır.

Adətən, xəstəliyin törədici *staphylococcus aureus* hesab edilir. Xəstəliyin başlanğıc yeri diş mayası hesab olunur. Proses alveol çıxıntıdan gözyuvası və kəllə istiqamətində yayıla bilər.

K l i n i k a. Xəstəliyin başlanması kəskin olur: yüksək temperatur, xəstəlik olan tərəfdə ağrılarla müşayiət olunan ümumi septik hal, yumşaq toxumaların şişməsi və onların fleqmonoz infiltrasiyası müşahidə olunur. Tezliklə aşağı göz qapağının şişməsi, göz almasının müxtəlif istiqamətlərdə dislokasiyası (yerdəyişməsi) baş verir. Bunların nəticəsində sümük toxuması dağılıb dişlər qopur, ağız boşluğunda, burun boşluğunda, əng sümüyünün xarici səthində – gözyuvasının aşağı kənarının altında irinli fistul əmələ gəlir və nəhayət, əngin sekvestrasiyası olur. Ölümə və böyük kosmetik qüsurlara (diş mayaları ilə birlikdə böyük sekvestrlərin qopmasına) səbəb ola bilən belə ağır təsadüflərin əksinə olaraq daha yüngül təsadüflər də müşahidə olunur ki, bu zaman proses bir və ya bir neçə diş mayasında olur. Vaxtında müalicə aparıldıqda belə təsadüflər tam sağalma ilə qurtarır.

Xəstəliyin **g e d i ş i** bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər olur.

D i a q n o z u çətin deyildir; rentgenoqram diaqnozu daha da asanlaşdırır. Rentgenoloji şəkillər dinamik (təkrar) qaydada çəkilməlidir. Xəstəliyin ilk günlərində əngin strukturuna xas olan aydınlığın itməsi və əhəng duzlarının sorulması qeyd olunur ki, bu da aydın (açıq şəffaf) görünən sahə şəklində ifadə olunur. Sonrakı mərhələdə rentgenoloji şəkil sümük strukturunun yox olduğunu və sekvestrin əmələ gəldiyini göstərir (S.İ. Vulfson).

Əng osteomielitinin **m ü a l i c ə s i** n ə penisillin, seftriakson və sulfanilamidləri çox böyük dozalarda işlətməkdən başlamaq lazımdır. Bu dərmanların vaxtında təyin olunması prosesin getdikcə şiddətlənməsini azaldır. Fluktuasiya və ümumi septik hal zamanı dərhal əməliyyat etməli, bu məqsədlə irinlik geniş yarılaraq sümüyün prosesə tutulmuş sahəsinin üzəri açılmalıdır; diş mayalarına diqqətlə yanaşaraq onlara toxunulmamalıdır. Təcrübə göstərir ki, onlar hətta irin içərisində olduqları təsadüflərdə belə qala bilər (Helmut–Löbell).

P r o f i l a k t i k a. Xəstəliyin qarşısını almaq üçün südümər uşaqlarda ağız boşluğunun, ananın döş gilələrinin gigiyenasına diqqət yetirmək lazımdır; süni qidalandırma zamanı hər dəfə yedizdirmədən qabaq butulka və əmzik qaynadılmalıdır.

BURUNUN ƏLAVƏ CİBLƏRİNİN SİSTƏBƏNZƏR GƏRİLMƏLƏRİ

Bu xəstəlik son dərəcə az rast gəlinir. Burunun əlavə ciblərinin sistəbənzər şəkildə genişlənməsinin səbəbi bu və ya başqa cibin çıxarıcı dəliyinə və kanalının darlığı hesab olunur. Xəstəlik alın cibində və xəlbir labirint hüceyrələrində o birilərinə nisbətən tez-tez müşahidə olunur. Alın cibi kanalının, yaxud hüceyrələrin çıxarıcı dəliyinə periostiti və qapanması ilə nəticələnən travma, şişlər xəstəliyin əmələ gəlməsini asanlaşdırır, travma hətta xəstəliyin başlanmasından xeyli qabaq ola bilər. Kanalın çıxacaq dəliyinə sürəkli iltihabi tıxanması zamanı selikli sekretin durğunluğu qeyd olunur; sekret tədricən cibdə toplanaraq divarlarının gərilməsinə (dartılmasına) səbəb olur.

Əlavə ciblərin selikli möhtəviyyata malik belə sistəbənzər genişliyi mukosele adlanır, əlavə cibin möhtəviyyatı seroz xarakterdə olarsa o, hidrops adlanır. Yoluxduqda mukosele pioseleyə çevrilir.

Xəstəlik nəzərə çarpmadan başlanır. Mukosele böyüdükcə üzdə deformasiya, başağrıları olur. Əvvəlcə alın cibinin gözyuvası divarının qabarması baş verir və bu, gözyuvasının yuxarı – daxili bucağı nahiyyəsində gözə çarpır (A.Q.Lixaçov). Şiş tədricən böyüyür, alın cibinin sümük divarı dartılır, nazikləşir; ayrı-ayrı yerlərdə uzura (usura – toxumanın yox olması) əmələ gəlir. Alın cibinin ön divarını barmaqla müayinə etdikdə perqament çatıltısı qeyd olunur; bu zaman alın cibinin divarları barmaqların təzyiqi ilə daxilə tərəf basılır (əyilir), əli götürdükdə isə yenidən ilk vəziyyətə düşür. Xəstəliyin aşkar formalarında göz almasının dislokasiyası qeyd olunur, alın cibinin mukoselesində aşağıya və xaricə, xəlbir labirintində önə və xaricə, əsas cibin mukoselesində isə önə olur. Göz almasının yerdəyişməsi diplopiyaya, gözyaşı ifrazına səbəb olur. Getdikcə cibin divarları şiddətlə nazikləşir və sümüyün sorulması baş verə bilər. Belə təsadüflərdə patoloji prosesə uğramış cibin selikli qişası əmələ gəlmiş dəlikdən çıxır (prolyapsus).

Üzdə hətta cüzi deformasiya olduqda belə d i a q n o z çətin deyildir. Xəstəliyin nəzərə çarpmadan, ağrısız, qızdırmasız başlanması və anamnezdə üz travmasının olması xarakterik sayılır. Diaqnoz cibini iki proyeksiyada rentgenoqrafiyası ilə dədiqləşdirilir. Xəstəlik gözyaşı kisəsinin şişi (mukoselenin ilk mərhələsində), sisti və empieması ilə, dermoid sist, beyin yırtığı ilə diferensiasiya edilməlidir.

Əgər şişə təzyiq etdikdə gözyaşı nöqtəsindən sekret xaric olarsa, yaxud sekresiyanın burun boşluğuna axıb getməsi nəticəsində şiş kiçilərsə, bu, gözyaşı kisəsinin xəstəliyini göstərir.

M ü a l i c ə yalnız cərrahi üsulladır. Alın cibinin mukoselesində cibi radikal əməliyyat etmək lazımdır (şəkil 70). Əməliyyat tipinin seçilməsi hər bir ayrıca təsadüfdə alın və ya o biri ciblərin divarlarının xəstəliklə zədələnmə dərəcəsindən asılıdır. Alın cibinin dəyişilmiş divarlarının çıxarılmasından sonra burun boşluğu ilə alın cibi arasında kifayət dərəcədə geniş anastomoz yaratmaq lazımdır. Xəlbir labirint hüceyrələrinin və əsas cibin mukoselesinin əməliyyat məsələsi də fərdi qaydada həll olunur.



Şəkil 70. Alın cibinin mukoselesi (sağdan).

Burun polipi

Burunun polipi xoşxassəli şişlərə aiddir. O selikli qişanın hiperplaziyasından əmələ gəlir. Poliplərin əmələ gəlmə səbəbi hələ dəqiqləşdirilməmişdir. Burunun selikli qişasının xronik gedişli iltihab zəminində qıcıqlanması hallarına da müəyyən əhəmiyyət verirlər. Burunun selikli qişasının bu zəmində əmələ gələn hiperplaziyası polipoid ödəmlərə səbəb olur. Bu ödəmlər isə mexaniki təsirdən (nəfəsalınan və nəfəsverilən havanın təsiri) poliplərə çevrilir. Burunun əlavə ciblərinin sekresiyası, burunda uzun müddət qalan yad cisimlər və burun boşluğundakı selikli qişanın uzun müddət qıcıqlanmasından törəyən şişlər də poliplərin əmələ gəlməsində bir qədər rol oynayır. Nəhayət burada allergiyaya da müəyyən əhəmiyyət verilməlidir (İ.V.Korsakov).

Burun poliplərinin konsistensiyası həlməşik olub səthi hamardır, rəngi, adətən, boz, bəzən damarların olmasından çəhrayıya çalır. Rinoskopiya zamanı çox vaxt bir neçə ayaqcıqlı polip tapılır; bəzən bütün burun boşluğunu tutan 1 – 2 böyük polip olur; bunların forması müxtəlifdir. Onların ən çox əmələ gəldikləri yer burunun orta keçəcəyi, nisbətən az təsadüflərdə isə yuxarı keçəcəyidir. Burunda poliplər, adətən, ikitərəfli olur. Əlavə ciblərdə əmələ gələn polip burun boşluğuna keçərək orada inkişaf edir. Əksərən bu xəlbir labirintin hüceyrələrində olur.

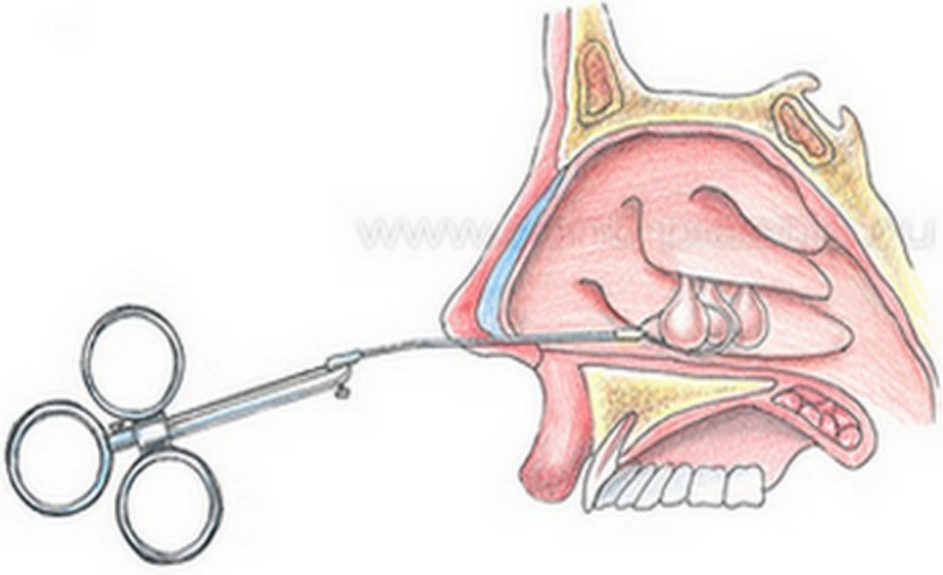
Haymor cibindən törəyən poliplər arxaya, yəni xoanalara doğru böyüyərək, buradan burunudlağa sallanır və nəhəng ölçülərə çatır. Bunlara xoanal poliplər deyilir.

S i m p t o m l a r. Poliplər yenicə əmələ gələrkən kiçik olduqlarından tənəffüsün pozulması qeyd olunmur. Xəstələrin şikayəti bu mərhələdə yalnız burundan selikli ifrazat gəlməsindən olur. Polipin ölçüləri böyüdükcə burunun az və ya çox dərəcədə tıxanması nəticəsində burun tənəffüsünün çətinləşməsi, başağrısı, tez yorulma, qoxulama qabiliyyətinin itməsi kimi əlamətlər meydana çıxır, burundan axan ifrazat artır, çox vaxt onun xarakteri də dəyişilir.

D i a q n o z çətin deyildir. Poliplərin olması ön rinoskopiya və zondlama ilə təyin edilir. Burunun əlavə ciblərinin rentgenoqrafiyası prosesdə onların iştirakını aydınlaşdırmağa kömək edir. Bundan şübhələndikdə əlavə boşluqların tomoqrafiyası diaqnoz qoyulmasına çox kömək göstərir.

P r o q n o z, ümumiyyətlə, yaxşıdır. Polipi çıxardıqdan sonra bəzən residivlər müşahidə olunur.

M ü a l i c ə yalnız cərrahi yollaadır. Yerli keyitmədən sonra polipi xüsusi ilgəklə çıxarırlar, ilgəyi görmənin nəzarəti ilə buruna yeridir və polipi ona keçirirlər; sonra onu rəbt olunduğu yerə qədər salıb ilgəyi çəkib daraldırlar (şəkil 71). Xoana poliplərini xüsusi Dönker maşası ilə çıxarırlar; polip maşa ilə ağızdan, ayaqcıq üzərində olduqda isə Lanke qarmağı vasitəsilə tutulur (şəkil 72). Əgər polipin əmələ gəlməsi ciblərlə əlaqədar olarsa, əvvəlcə onları yarıb əsaslı surətdə təmizləmək lazımdır.



Şəkil 71. Burun polipinin ilgəklə çıxarılması.



Şəkil 72. Operasiya ilə çıxarılmış xoana polipi.

BURUNUN VƏ ƏLAVƏ CİBLƏRİN ŞİŞLƏRİ

Burunda və onun əlavə ciblərində xoşxassəli və bədxassəli şişlərə rast gəlinir. Xoşxassəli şişlərdən papilloma, adenoma, xondroma, osteoma, fibroma, angiofibroma və burunun qanayan polipi rast gəlinir. Biz onların yalnız bir hissəsi üzərində dayanacağıq.

Burun osteomasi. Burunda və onun ciblərində osteoma nisbətən az müşahidə olunur. Əksərən o alın cibində, həm də enli əsas üzərində törəyir. Osteomanın etiologiyası məlum deyildir. Hərçənd ki, o, histopatoloji cəhətcə xoşxassəli şişdir, tədricən böyüyür, böyük ölçülərə (qaz yumurtası boyda) çata bilir. Belə böyümə ilə əlaqədar olaraq osteoma əlavə cibdən çıxaraq göz almasının yerdəyişməsinə, üzün disimmetriyasına səbəb ola bilir. Bəzən osteoma öz bağlandığı yerdən ayrılır və əlavə cibdə sərbəst yerləşir. Bunlara “ölü osteomalar” deyilir.

S i m p t o m l a r. Xəstəliyin başlanğıcında xəstələr şikayətlənmirlər. Yalnız şişin ölçüləri böyüdükdə şikayətlər meydana çıxır. Şiş buruna nüfuz etdikdə tənəffüs çətinləşir, hipo və ya anosmiya əmələ gəlir.

Xəstəliyin **d i a q n o z u** çətin deyildir. Üzdəki eybəcərlik osteomanın olmasına şübhə oyadır. Bütün belə təsadüflərdə rentgenoloji müayinənin köməyindən istifadə olunmalıdır. Rentgenoloji şəkillər 2 – 3 proyeksiyada çəkilməlidir.

M ü a l i c ə. Rentgenoqramlarda təsadüfən tapılan alın cibinin kiçik osteomalarına gözləyici müalicə edilir. Böyük ölçülü şişlər zamanı radikal tipində cərrahlıq müalicəsi aparılır.

Burun arakəsməsinin qanayan polipi. Bu şiş çoxlu miqdarda damarlara malikdir. Onun qanamaya, bəzən hətta şiddətli qanaxmaya meylliyi də damarların çoxluğu ilə izah olunur. Şiş arakəsmənin ön qığırdaq hissəsində enli ayaqcıq üzərində olur; onun səthi hamar, rəngi isə qırmızıdır. Belə şişlərin əmələ gəlməsinə meyllik yaradan amillər selikli qişanın tez-tez qıcıqlanması və zədələnməsidir.

Qadınlarda xüsusən hamiləlik və laktasiya dövründə daha tez-tez rast gəlinir. Xəstələr qanaxmalardan, burunun tutulmasından şikayətlənilir.

D i a q n o z çətin deyildir.

M ü a l i c ə polipi mükəmməl surətdə çıxarmaqdan ibarətdir. Onu çıxarmaq üsulu adi burun polipinin çıxarılmasında olduğu kimidir. Polipi xaric etdikdən sonra qanaxmaya yol verməmək üçün şişin yerini lyapisin (argentium-nitrat) tünd məhlulu ilə dağlayırlar. Bəzi müəlliflər əməliyyat zamanı ola biləcək şiddətli qanaxmanı nəzərə alaraq qalvanokaustik ilgəkdən və ya cərrahlıq diatermiyasından istifadə etməyi məsləhət görürlər. Enli əsas üzərində olan şişlər zamanı qanaxmanın qarşısını almağın ən etibarlı vasitəsi daha radikal əməliyyatın tətbiqi – şişin altdakı selikli qişa və qığırdaq ilə birlikdə çıxarılmasıdır. Bu əməliyyat yerli keyitmə ilə edilir. Əməliyyatdan sonra burun kip qaydada tamponlanır.

Burunun bədxassəli şişləri. Burunda və ciblərdə yaman şişlərdən ən çox xərçəng, az hallarda isə sarkoma rast gəlinir. Xoşxassəli şişlərə nisbətən bədxassəli şişlər xeyli az rast gəlinir. Şişlər qadınlara nisbətən kişilərdə daha tez-tez, həm də bütün yaşlarda müşahidə olunur. V.A.Şvartsın statistikasında burunda 1 yaşından başlamış 60 yaşına qədər yaman şişlərin törəməsi haqqında məlumat vardır, hərçənd şiş təsadüflərinin xeyli hissəsi (91,5%) 31 yaşından sonraya aiddir.

Xərçəng şişlərindən burunda ən çox yastı hüceyrəli və silindrik hüceyrəli xərçəng, az hallarda adenokarsinoma müşahidə olunur. Paranasal sinuslarda silindrik hüceyrəli xərçəng az müşahidə olunur. Burun boşluğunda xərçəng birincili və ikincili olur.

İkincili şişlər burunudlaqdan yayılır. Burun xərçəngi haymor cibindən, əngdən, xəlbir labirinti sahəsindən, nəhayət, burun boşluğunun qalan divarlarından başlanır.

Sarkomanın müxtəlif növləri əksərən gənc yaşlarda, habelə uşaqlarda müşahidə olunur, fibrosarkoma, limfosarkoma müşahidə olunur, limfosarkoma isə nisbətən az rast gəlinir. Onlar burunun birləşdirici toxuma olan hər sahəsində törəyə bilər.

S i m p t o m l a r . Əvvəllər xəstələr burunun tutulmasından şikayətlənirlər; şiş böyüdükcə burunun bütün boşluğu onun kütləsi ilə dolur, bu da xəstəlik olan tərəfdə burun tənəffüsünün tamamilə sıradan çıxması şəklində meydana çıxır. Şiş parçalandıqda burun qanaxmaları, üfunətli ifrazat qeyd olunur. Belə təsadüflərin hamısında həmişə qoxu duyğusu itmiş olur. Bütün bunlar xərçəng şişlərində daha çox olur. Çox gecikmiş təsadüflərdə göz almasının yerdəyişməsi, ekzoftalm baş verir. Üçlü sinirə müvafiq sahədə nevrəliya ağrıları başlayır. Yaman şişlər burundan kənara çıxaraq yanağa, damağa, kəllə boşluğuna yayıla bilər.

Xərçəng şişlərində xoraya çevrilmə qeyd olunur. Boyun limfatik vəzilərdə metastazlar həmişə olur.

D i a q n o z . Xəstəliyin ilk mərhələsində şişə diaqnoz qoymaq asan deyildir. Burun qanaxması, burun tənəffüsünün çətinləşməsi, başağrıları və üfunətli ifrazatın olması burun şişi haqqında düşünməyə səbəb olur.

Başlanğıc mərhələdə burunun sifilisi, vərəmi və xoşxassəli şişləri ilə diferensiasiya etmək lazım gəlir. Yaman şişlərdən fərqli olaraq xoşxassəli şişlərin səthi hamar olur, onlar əhatəsindəki toxuma ilə bitişmir.

Rentgenoqram diaqnoza çox kömək edir. Əlavə ciblərin rentgenoqrafiyası zamanı kontrast şəkillər çəkilməlidir.

P r o q n o z . Burunun bədxassəli şişlərində proqnoz ilə şişin inkişaf mərhələsi arasında düz asılılıq olur. Sarkomalar zamanı proqnoz daha yaxşıdır.

M ü a l i c ə . Ən yaxşı müalicə metodu cərrahlıq və şüa müalicəsinin kombinasiyası sayılır. Şüa müalicəsinə, adətən, cərrahiyyəyə əsasən elektrik cərrahlıq əməliyyatından sonra aparmağı tövsiyə edirlər. İnoperabil təsadüflərdə D.İ.Zimont boyun limfa düyünlərində metastaz olmadıqda hər iki xarici yuxu arteriyasını bağlamağı, sonra rentgenoterapiya və yaxud qammaterapiya tətbiq etməyi tövsiyə edir.

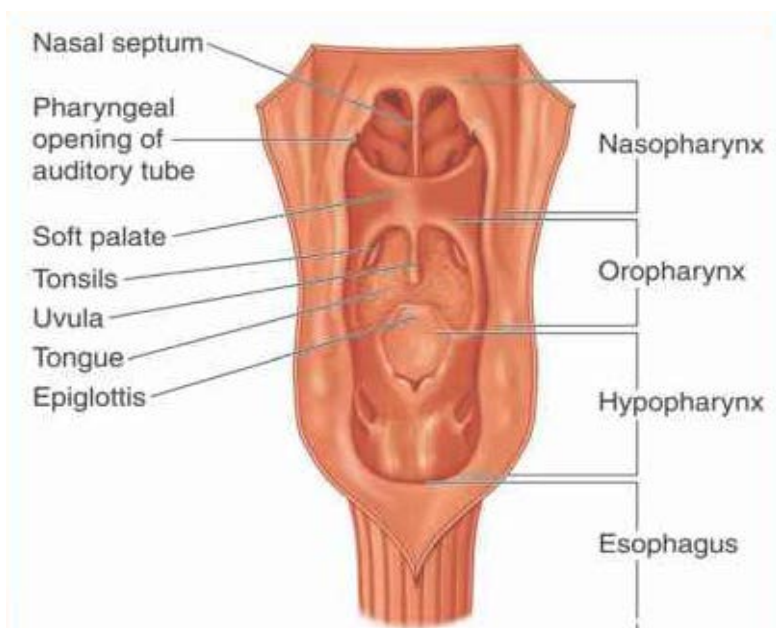
III FƏSİL

UDLAQ XƏSTƏLİKLƏRİ

Udlağın anatomiyası

Udlaq (Pharynx) kəllənin əsasında altıncı, südəmə uşaqlarda isə beşinci boyun fəqərəsinə qədər davam edir və burada qida borusuna keçir. Udlaq ənsə sümüyünün əsas hissəsinin və altı yuxarı boyun fəqərələrinin önündə yerləşir. Əzələlər ilə onurğa önü fassiya arasında 4 – 5 yaşına qədər uşaqlarda onurğanın hər iki tərəfində zəncir şəklində limfa düyünləri yerləşmişdir ki, körpə uşaqların patologiyasında bunların əhəmiyyəti vardır.

Udlağın yan divarları damarlar (daxili və xarici, yuxu arteriyaları, daxili vidaci vena) və sinirlərlə (dil-udlaq, dilaltı, əlavə, azan və simpatik sinirlər) hüdudlanır. Udlağın uzunluğu 12 – 14 sm-dir (şəkil 73).



Şəkil 73.

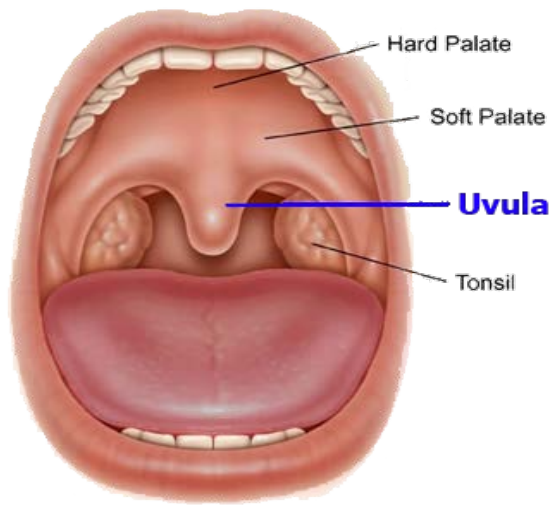
Udlaqda 3 şöbə: udlağın burun hissəsi və ya burun-udlaq, ağız hissəsi və ya ağız-udlaq, qırtlaq hissəsi və ya qırtlaq-udlaq ayırd olunur.

Burun-udlaq və ya udlağın burun hissəsi – pars nasalis pharyngis seu epipharynx udlağın yuxarı hissəsi olub qeyri-düzgün kub formasına malikdir; onun ölçüləri 2 – 2,5 sm-dir. Burun-udlağın yuxarı hüdudunu udlağın tağı, aşağı hüdudunu isə sərt damaqdan udlağın arxa divarına qədər xəyalən keçirilən xətt təşkil edir. Udlağın burun şöbəsinin tağını (fornix pharyngis) əsas sümük və ənsə sümüyünün əsas hissəsi əmələ gətirir; onun arxa divarı I və II boyun fəqərələrinə yanaşır. Ön divarı yoxdur, belə ki, onu xoanalar tutmuş olur. Burun-udlağın patologiyasında mühüm əhəmiyyətə malik törəmələr: udlaq badamcığı və ya üçüncü badamcıq (tonsilla pharyngea), Yevstax (yaxud eşitmə) borularının udlaq ağızları yerləşir.

Udlaq badamcığı limfadenoid toxumasının yığıntısı olub kiçikyaşlı uşaqlarda çox inkişaf etmişdir. Eşitmə borusunun ağzı (Ostium pharyngeum tubae auditivae) təqribən aşağı balıqqulağının arxa ucu səviyyəsində, udlağın yan divarında olur. Yuxarıdan və arxadan onu qığırdaq yastıq əhatə edir (torus tubarius – eşitmə borusuna giriş). Qığırdaq yastığının arxasında cib (recessus pharyngeus) vardır. Ondan hər iki tərəfdə aşağıya iki büküş gedir. Öndəki (plica salpingopa – latina) büküş yumşaq damağa, daldakı (plica salpingopharyngea) isə udlağın yan divarına açılır.

U d l a ğ ı n a ğ ı z h i s s ə s i hündürlüyünə görə II və III boyun fəqərələrinə uyğundur. Onun arxa və yan divarları burun-udlağın eyni adlı divarlarının davamıdır. Ağız-udlaq öndə əsnək (faucis) vasitəsilə ağız boşluğu ilə birləşir. Əsnəyin yuxarı hüdudunu yumşaq damaq, yan hüdudunu ön (arcus palatoglossus) və arxa (arcus palatopharyngeus) hüdudu qövslər, aşağı hüdudunu dilin kökü təşkil edir.

Y u m ş a q d a m a q (palatum molle) və yaxud d a m a q p ə r d ə s i (velum palatinum) sərt damağın davamıdır. O, kifayət dərəcədə hərəkətli əzələ səfhəsi olub öz ensiz ucu (dilçək – uvula) ilə ağız boşluğuna sallanır. Udma və «partlayışlı» samitlərin (p, b, m) tələffüzü zamanı dilçək arxa divara söykənir, Passavant yastığı ilə birlikdə burunun ağız-udlaqdan hermetik ayrılmasını təmin edir (şəkil 74). Yumşaq damağın əzələləri bunlardır: 1) m. levator veli palatini yumşaq damağı qaldırır və onu udlağın divarlarına sıxır; eyni zamanda Yevstax borusunun mənfəzini genişlətmək də onun vəzifəsinə aiddir; 2) m. tensor veli palatini yumşaq damağı gərginləşdirən əzələ, eyni zamanda Yevstax borusunun ağzını genişləndirir; 3) dilçək əzələsi m. uvulae – dilçək boyu üzrə yerləşir; 4) m. palatoglossus ön qövsün qalınlığındadır; 5) m. palatopharyngeus arxa qövsün qalınlığında yerləşir. İki axırını əzələnin vəzifəsi qarşı-qarşıya yerləşən qövsləri bir-birinə yaxınlaşdırmaq və ağız boşluğunu udlaq boşluğundan ayıran sfinkter əmələ gətirməkdir.



Şəkil 74. Əsnək və udlağın arxa divarı.

Q ı r t l a q u d l a q v ə y a u d l a ğ ı n q ı r t l a q hissəsi (pars laryngea pharyngis s. hypopharynx) IV, V və VI boyun fəqərələrinin önündə yerləşir; o qırtlaq qapağının və dil kökünün səviyyəsindən başlanır, qırtlaqdan arxada yerləşir. Udlağın qırtlaq hissəsinin qida borusuna keçdiyi yer üzüyəbənzər qığırdağın aşağı kənarına uyğun olur. Udlağın qırtlaq hissəsi öz aşağı hissəsində öndən qırtlaqla əlaqədə olur. Qırtlağın hər iki tərəfindən qalxanabənzər qığırdağın səthləri ilə udlağın yan divarı arasında armudabənzər ciblər (recessus piriformis) yerləşir.

Udlağın divarı dörd qatdan təşkil olunmuşdur. Bunlara selikli qışa, fibroz qışa, əzələ qatı və onurğa önü fassiya aiddir.

Udlağın burun hissəsinin selikli qışası çoxqatlı səyrici silindrik epiteli ilə, qalan hissədə isə çoxqatlı yastı epiteli ilə örtülmüşdür. Selikli qışada çoxlu selik vəziləri vardır.

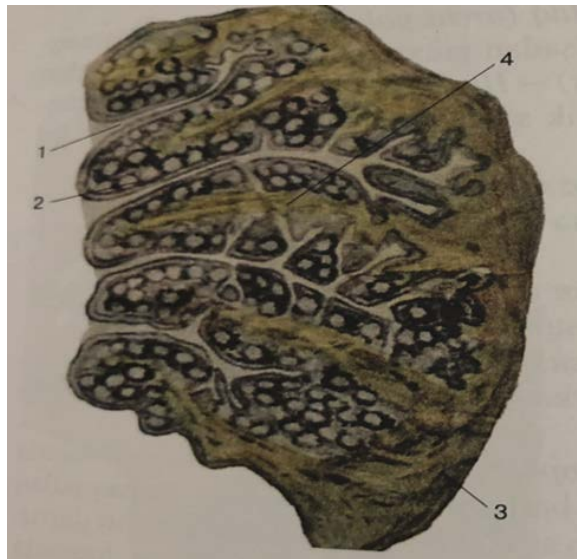
Fibroz qışa (tunica fibrosa pharyngis) selikli qışanı əzələ qatından ayırır. O, nazik, lakin sərt səthə olub arxa səthində tikiş (raphe pharyngis) vardır. Fibroz qışa yuxarıda kəllənin əsasına, aşağıda isə dilaltı sümüyə və qalxanabənzər qığırdağa rəbt olunur.

Udlağın əzələləri arasında iki qrup udlağı daraldan (büzən) və udlağı qaldıran əzələlər ayırd edilir.

Birinci qrupa üç əzələ daxildir: musculi constrictores superior, medius et inferior. Udlağın boylama oxuna görə onlar köndələn yerləşir və onların da arxa səthində tikiş olur. Əzələlər udlağı hər iki tərəfdən əhatə edir. Əzələlərin ikinci qrupu boylama istiqamətə malikdir; onlar öz lifləri ilə sıxıcı əzələlərə qarışır. Həmin əzələlər bunlardır: 1) bizudlaq əzələsi (m. stylopharyngeus); 2) damaqudluq əzələsi (m. palatopharyngeus). Bu axırıncı əzələ arxa damaq qövsünü əmələ gətirir. Bu əzələlərin hamısı udma vəzifəsi daşıyır, həm də büzücü əzələlər

öz peristaltikası ilə qida tikəsini qida borusuna itələyib salır; əzələlərin ikinci qrupu udlağı qaldıraraq onu qida tikəsinə yaxınlaşdırır.

Udlağın quruluşunda Piroqov – Valdey yer limfo-epitelial halqası diqqəti cəlb edir; o, orqanizmin fiziologiyasında və patologiyasında böyük əhəmiyyətə malikdir. Bu halqa əsasən 4 badamcıqın, eşitmə borularının udlaq ağızları yanında udlağın yan divarlarında atmalar şəklində, udlağın arxa divarında qırtlaq girəcəyi yanında və armudabənzər ciblərdə olan limfofollikul yığıntıları hesabına və sonra eşitmə borusunun udlaq dəliyi yanında limfofollikulların azacıq toplanması (yığıntıları) hesabına əmələ gəlir. Nəhayət, udlaq halqasının quruluşu arxa divarın selikli qişasındakı ayrı-ayrı follikullar ilə tamam olur. Follikullar iltihablanaraq böyüyür, dən və ya qranula kimi olur, yan divarlardan olan atmalar isə iltihablaşdıqda böyümüş olur. Qeyd edilən badamcıqlar bunlardır: damaq qövsləri arasındakı üçbucaq taxçalarda yerləşən iki damaq badamcığı (I və II badamcıqlar, yaxud damaq badamcıqları), üçüncü və ya udlaq badamcığı (onun haqqında əvvəlcə deyilmişdir), udlağın ön divarının aşağı hissəsində, başqa sözlə, dilin kökündə yerləşən dördüncü və ya dil badamcığı (tonsilla lingualis). Cüt damaq badamcıqları (tonsilla palatina) klinikada xüsusi yer tutur. Damaq badamcığında iki səth: bir qədər qabarıq olan sərbəst səth və ya ağız səthində 10 – 15 yastı çuxurcuq vardır. Bunlarda kripta və ya lakuna (cryptae tonsillares) adlanan yarığabənzər dəliklər vardır (şəkil 75). Bunlar badamcıqların xarici səthini örtən fibroz birləşdirici toxuma kapsulu müstəsna olmaqla onların bütün qalınlığına nüfuz edir.



Şəkil 75. Damaq badamcığının quruluşu:

**1 – lakuna; 2 – follikul; 3 – birləşdirici toxuma kapsulu (psevdokapsul);
4 – trabekul.**

Badamcığın bütün səthini örtən çoxqatlı yastı epiteli lakunalara daxil olaraq onları daxildən örtür.

Badamcığın əsasını çoxlu miqdarda follikullara malik retikulyar toxuma təşkil edir. Follikullar limfositlərdən ibarət ayrı-ayrı kürəyəbənzər yığıntılardır. Badamcığın kapsulu ilə əzələ divarı arasındakı yatağında kövşək peritonzilyar birləşdirici toxuma vardır. Damaq badamcıqlarının sərbəst səthi selikli qışadan ibarət üçbucaq бүкüş (plica triangularis) ilə örtülür; onun patologiyada müəyyən əhəmiyyəti vardır. O, badamcığın bir hissəsini örtərək badamcıqların lakunalarında irin tıxaclarının qalmasına səbəb olur. Bu, qövsələ badamcıqlar bitişdikdə də müşahidə olunur. Ön və arxa qövsələrin birləşdiyi yerdə olan badamcıqüstü çuxurun (fossa supratonsillaris) əhəmiyyəti az deyildir.

Udlağın vaskulyarizasiyası və innervasiyası. Udlağı qanla əsasən xarici yuxu arteriyasının şaxələri təchiz edir. Həmin damarlar bunlardır: 1) udlağın qalxan arteriyası; 2) yuxarı qalxanabənzər arteriya; 3) damağın qalxan arteriyasından badamcıq şaxəsi (ramus tonsillaris) (üz arteriyasından); 4) əng arteriyasının şaxəsi olan damağın enən arteriyası (art. palatina descendes).

Udlaqda iki venoz kələf: plexus pharyngeus venosus anterior et posterior vardır. Bunların arasında anastomozlar mövcuddur. Onların birincisi burun boşluğunun və dil kökünün venalarıdır ki, bunlar da qanadabənzər venoz kələflə əlaqədardır, ikincisi qanı udlaq selikli qışasının və əzələlərinin venalarından yığır. Bu venalar da venoz qanı daxili vidaci venaya axıdır.

Udlaq limfa damarları ilə çox zəngindir; bu damarlar burun boşluğunun, yumşaq damağın və arxa qövsələrin selikli qışasının limfatik toru ilə rabitədədir. Onlar udlaqarxası limfa düyününə və boyunun yuxarı dərin limfa düyünlərinə açılır. Damaq badamcıqlarının quruluş xüsusiyyəti bundan ibarətdir ki, onların gətirici limfa yolları yoxdur.

Udlağı innervasiya edən sinirlər: üçlü sinirin ikinci şaxəsi, dil-udlaq siniri, azan, əlavə və simpatik sinirlərdir. Onların şaxələri udlaq kələfini əmələ gətirir.

UDLAĞIN FİZİOLOGİYASI

Udlaq qidanı ötürən yolun və tənəffüs yollarının bir hissəsidir. Onun funksiyalarına sorma, udma, tənəffüs, səs əmələgətirmə və mühafizə vəzifələri aiddir.

Yenidoğulmuş uşaqda sorma (əmmə) zamanı maye ağıza dartılır (sorulur); buna mənfi təzyiq kömək edir. Əmmə zamanı yumşaq damaq aşağıya enib ağız boşluğunu arxadan qapayır; bu zaman burun tənəffüsü pozulmur. Udarkən əmmə dayanır. Böyüklərdə qida tikəsinin hərəkətinə udlaq və qida borusu əzələlərinin peristaltikası kömək edir. Udma aktı zamanı burun-udlaq udlağın orta hissəsindən ayrılır. Bu zaman qırtlaq dilaltı sümüklə birlikdə yuxarıya qalxır və onun üzərinə düşən qırtlaq qapağı ilə hermetik surətdə qapanır: qida borusuna qida tikəsi armudabənzər ciblərdən keçərək düşür. Udma aktı qurtaran kimi qırtlaq ilk vəziyyətinə qaydır.

Deyildiyi kimi udlaq tənəffüs yolunun bir hissəsidir. Ağızla nəfəs alarkən hava udlağın iki aşağı şöbəsindən keçir. Danışarkən və oxuyarkən insan ağızla nəfəs alır.

Səs rəqsləri udlaq boşluğunda xeyli gücləndirilir. Hərəkətsiz rezonator olan burun boşluğundan fərqli olaraq udlağın orta və aşağı hissəsi birlikdə öz formasını dəyişdirə bilər. Bunun nəticəsində səs güclənməkdən başqa müvafiq çalarlıq da kəsb edir. Udlağın qoruyucu funksiyası yad cisimlərin tutulub saxlanılmasından, nəfəs alınan havanın təmizlənməsindən və zərərsizləşdirilməsindən ibarətdir.

Badamcıqların funksiyası haqqındakı məsələ indiyə qədər qəti həll olunmamışdır. Bu sahədə əslində bir-birinə zidd olan çoxlu nəzəriyyələr irəli sürülmüşdür (İ.A.Lopatko və O.Y.Lakotkina). Bəziləri badamcıqları gizli infeksiya ocaqları, infeksiya üçün giriş qapısı hesab edirlər. Məsələnin belə qoyuluşuna etiraz edən B.S.Preobrajenski bu nəzəriyyəni cəfəngiyat hesab edir. Müəlliflərin əksəriyyəti belə hesab edir ki, badamcıqlar qoruyucu üzvlər qəbiləndir.

Bildiyimiz kimi badamcıqlar iki yolun, yəni tənəffüs və həzm yollarının kəsişdiyi yerdədir. İnfeksiya və toksik maddələr buraya asanlıqla düşə bilər. Güman edirlər ki, badamcıqların mühafizə rolu onları zərərsizləşdirməkdən ibarətdir.

UDLAĞIN MÜAYİNƏ METODLARI

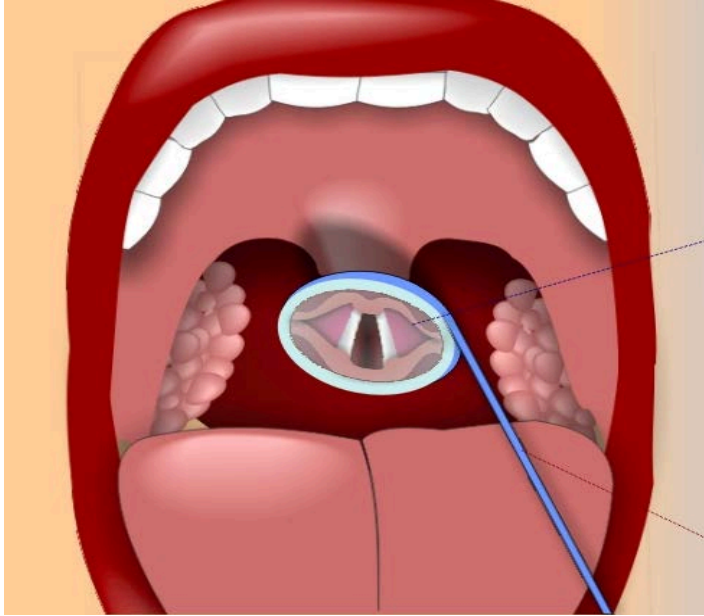
Udlağın müayinəsindən qabaq anamnez toplanılır. Anamnezdə udlaq ağrısını və onun xarakterini, temperaturun, şişkinliyin, ifrazatın, öskürəyin olub-olmaması, ağız boşluğuna keçdikdə orada ağrı, göynəmə olub-olmaması müəyyən edilir.

U d l a ğ ı m ü a y i n ə e t m ə y ə (f a r i n q o s k o p i y a) başlamazdan əvvəl dodaqları, diş ətinə, dişləri, ağız boşluğunun dibini, dili, yanaqları, selikli qışanı, damağı gözdən keçirirlər. Udlağı müayinə etmək üçün dilin arxasını şpadel ilə aşağıya və önə tərəf basmaq, həm də qusma refleksinə yol verməmək üçün, onu dilin ön ücdə iki hissəsindən o yana (arxaya) yeritməmək tələb olunur. Xəstə sakit tənəffüs etməli, gərginləşməməlidir. Çox vaxt uşaqlarda, xüsusən kiçik uşaqlarda farinqoskopiya bir qədər çətin olur. Adətən, onları köməkçinin dizləri üstündə oturtmaq lazım gəlir. Köməkçi uşağın qıçlarını, öz qıçları arasında fiksə edib əlləri ilə onun qollarını, lazım gəldikdə isə başını da tutub saxlayır. Əgər uşaq ağzını açmırsa, əllə onun burnunu (dəliklərini) tutmaq lazımdır. Əgər bu da kömək etmirsə, şpadelin ucunu ağızın bucağından dilin kökünə qədər yeritmək lazım gəlir; bununla qusma hərəkətləri törədirlər ki, uşaq ağzını açmalı olur. Həkim bundan istifadə edərək şpadeli ağıza daxil edir.

Gözdən keçirmə zamanı yumşaq damağın hərəkətliliyinə, ağız boşluğunun və udlağın selikli qışasının rənginə, qövsələrin, damaq badamcıqlarının halına diqqət yetirirlər. Normada udlaq selikli qışasının rəngi çəhrayı olur. Selikli qışanın özü isə bir qədər nəm olur. Selikli qışanın hiperemiyası (qızartı) kəskin iltihab olduğunu göstərir; onun avazıması (anemizasiyası) udlağın vərəmində rast gəlinir. Normada badamcıqlar qövsələrdən kənarə çıxmır (hipertrofiya yoxdur) və onlar tərəfindən qapanmır. Damaq badamcıqlarını, onların möhtəviyyatını dəqiq müayinə etmək, konsistensiyası və lyuksasiya qabiliyyəti (normada damaq badamcığının taxçasından və ya yatağından lyuksasiyası asan olur, o qövsə bitişdikdə isə olmur) haqqında mühakimə yürütmək üçün şpadeli sol əldə tutub dili onunla basır, o biri şpadeli isə ön qövs ilə sürüşdürüb lakunaların möhtəviyyatını basıb çıxarırlar. Bir çox təsadüflərdə bu zaman irin tıxacları, yaxud duru irin tapılır. Burun-udlağı arxa rinoskopiyanın köməyi ilə gözdən keçirirlər. Udlağın aşağı hissəsinin yuxarı yarısını, dil kökünü və qırtlaq qapağının yuxarı kənarını müayinə etmək üçün şpadel ilə dilin kökünü önə və aşağıya bərk basırlar. Dil kökünün mükəmməl müayinəsi qırtlaq güzgüsünün, udlağın qırtlaq hissəsinin müayinəsi isə vasitəsiz və vasitəli farinqoskopiya metodlarının köməyi ilə edilir.

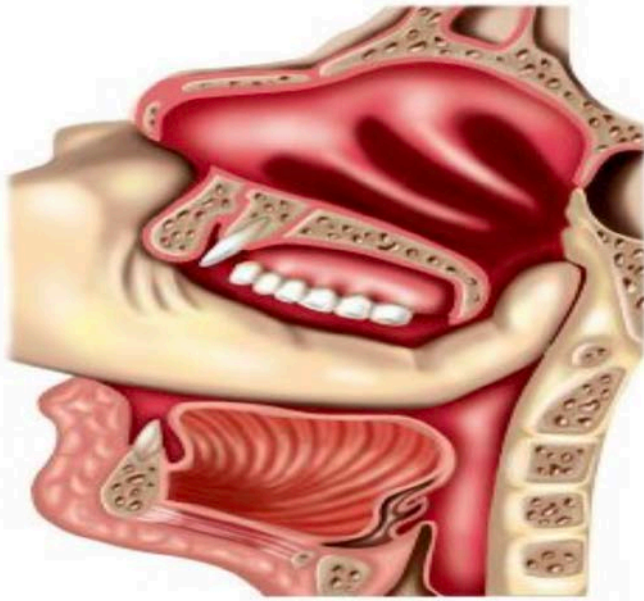
V a s i t ə s i z aşağı farinqoskopiya laringoskopun köməyi ilə edilir. Müvafiq keyitmədən sonra laringoskopu görmənin nəzarəti ilə udlağın qırtlaq hissəsinə daxil edirlər. Vasitəli hipofarinqoskopiya belə edilir: 1) əvvəlcə qırtlağın girəcəyinə müvafiq sahəni, xüsusən qırtlaq qapağının qırtlaq səthini (öskürək refleksini tormozlamaq üçün) keyidirlər; 2) xəstə dilini xaricə çıxararaq onu sol

əlindəki tənziqlə tutur. Həkim sağ əli ilə Reyhert şpadelini və ya qırtlaq zondunu qırtlağa daxil edib onu qırtlaq qapağına söykəyir və aləti sol əlinə verib eyni zamanda qırtlağı önə çəkir; 3) isidilmiş güzgünü sağ əli ilə udlağa (onun arxa divarına toxunmadan) yeridirlər. Bu zaman normal, yaxud patoloji dəyişikliyə uğramış hipofarinks güzgüdə görünəcəkdir (şəkil 76).



Şəkil 76. Hipofarinqoskopiya.

Bəzən udlağı müayinə etmək üçün digital müayinəyə müraciət olunur. Bununla şiş, xoranı və fluktuasiyanı aşkara çıxarırlar. Lazım gəldikdə ağız boşluğunun və udlağın müayinəsi iki əl ilə (bimanual), yəni xaricdən və daxildən aparılır. Bu, ağız boşluğunun dərin qatlarının vəziyyətini müəyyən etməyə, şişləri, iltihab infiltratlarını aşkar etməyə imkan verir. Arxa rinoskopiyanın köməyi ilə udlağın burun hissəsində şiş tapıldıqda barmaqla onun konsistensiyasını, bitişmələrin olmasını, habelə yad cisimləri təyin edirlər; arxa, bəzən də ön rinoskopiya kömək etmədikdə uşaqlarda adenoidləri aşkara çıxarmaq məqsədilə edirlər. Udlağın burun hissəsini barmaqla müayinə edərkən köməkçi uşağı dizləri üstündə, yaxud stulda (əgər böyük uşaq müayinə olunursa) fiksə edir; müayinə edən şəxs uşağın arxasında dayanır və sol əlin şəhadət barmağı ilə uşağın yanağını dişləri arasına salır (həkim bununla əlini dişlənməkdən qoruyur), sağ əlin şəhadət barmağı ilə burun-udlağı müayinə edir (şəkil 77).



Şəkil 77. Burunudlağın şəhadət barmaqla müayinəsi.

Ağız boşluğunun və udlağın müayinəsi çənəaltı, boyun limfa düyünlərinin vəziyyətini palpasiya vasitəsilə təyin etməklə nəticələnir.

Funksional müayinə dad funksiyasını təyin etmək məqsədilə aparılır. Bu məqsədlə dörd məhlul: 2%-li xinin, 40%-li qənd, 20%-li xörək duzu, 0,2%-li xlorid turşusu məhlulları işlədilir. Müayinə metodu belədir: həmin məhlulları pipetka vasitəsilə növbə ilə simmetrik olaraq dilin hər iki yarısı üzərinə damızdırırlar (burun qapalı və tənəffüs dayandırılmaq şərtilə). Dilin ön üçdə ikisinə məxsus dad sinirlərinin (liflərinin) təbil telindən, qalan hissəsinə isə diludlaq sinirindən gəldiyini nəzərə alaraq hər bir dad zonasını ayrılıqda müayinə edirlər.

Həmin məhlullardan biri ilə müayinə aparıldıqdan sonra müayinə edilən şəxs ağzını su ilə yaxalamalıdır; o biri məhlulu isə 2-3 dəqiqə keçdikdən sonra işlədirlər.

Udlağı müayinə etmək üçün rentgenoloji müayinədən də istifadə olunur. Onunla şişləri, yad cisimləri, adenoidləri təyin edirlər. Hiperplaziyalı adenoidləri təyin edərkən kontrast rentgenoqrafiya və ya tomoqrafiya tətbiq olunur.

UDLAĞIN TRAVMATİK ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Ağız boşluğunun və udlağın zədələnmələrinə dinc dövrdə, ən çox isə müharibə zamanı rast gəlinir. Udlağın daxili və xarici zədələnmələri ayırd edilir. Daxili zədələnmələrdə yaralayıcı cisim təbii yollarla təsir edərək baş verir. Onlar ağız boşluğunun və ya udlağın sivri uclu əşyalarla (karandash, mil, pero, budaq və s.) yaralanması ilə əlaqədar olur. Adətən, yıxılma zamanı onlar sərt və yumşaq damağa, badamcığa, yaxud udlağın arxa divarına sancılır, sıyrıntı, damar pərdəsində deşik törədir. Yaralanmaların bu qrupu ağızlarında iti əşyalar saxlamağa adət etmiş uşaqlarda rast gəlinir. Yaralanma qəflətən yığıldıqda baş verir. Udlağın zədələnmələri ağıza qida ilə düşmüş yad cisimlər (şüşə, ağac qırıntıları və s.) vasitəsilə olur.

Udlağın yüngül gedişli daxili yaralanmalarından fərqli olaraq xarici yaralanmaları bəzən ciddi ağırlaşmalar verir. Onlar, adətən, müharibə zamanı odlu silah, yaxud soyuq silahla (kəsilmiş və deşilmiş yaralar) yaralanmalar nəticəsində müşahidə olunur. Dinc dövrdə udlağın kəsilmiş yarası özünü öldürməyə cəhd edərkən rast gəlinir.

Müharibə zamanı udlaq yaralanmalarının ən tez-tez rast gəlinən növü odlu silah (güllə, qəlpə) yaralanmaları olub, adətən, uzun və boyunun yaralanmaları ilə birlikdə müşahidə olunur. Böyük Vətən müharibəsi dövründə hərbi xəstəxanada elə təsadüflər müşahidə etmişik ki, güllə üzü deşib keçərək burunudlağın və ya ağızudlağın arxa divarında ilişib qalır. Yaxın məsafədən baş verən udlaq yaralanmaları xüsusilə ağır gedişli, çox vaxt isə ölümcül olur.

Burunudlağın yaralanmaları zamanı burundan qanaxma və ağrı (xüsusən başı döndərən zaman) olur; bu ağrılar yuxarı boyun fəqərələrinin prosesə cəlb olunması ilə əlaqədardır. Burun tənəffüsü, adətən, az və ya çox dərəcədə pozulur, bu da selikli qişanın ödemli olması və burun boşluğu divarlarının yaralanması ilə izah olunur. Udlağın ağız hissəsinin yaralanmaları qanaxma, udmanın çətinləşməsi və sonralar iltihab əlamətlərinin meydana çıxması ilə müşayiət olunur. Qanaxmalar daxili və xarici, birincili və ya ikincili ola bilər.

Birincili qanaxmalar yaralanmadan bilavasitə sonra, ikincili qanaxmalar isə gec, yəni yaralanmadan 1–2–3 həftə keçdikdə olur; daxili qanaxmalarda çoxlu miqdarda qanın aspirasiyası nəticəsində asfiksiya kimi ağırlaşma baş verə bilər.

M ü a l i c ə. Hər şeydən əvvəl, şok, qanitmə ilə mübarizə aparmaq, lazım gəldikdə böyük damarları, hətta ümumi yuxu arteriyasını bağlamaq (liqatura) lazımdır. İlişmiş güllələr, qəlpələr çıxarılmalıdır (qəlpəni və ya gülləni çıxarmazdan əvvəl antitetanik serum vurulmalıdır). Yaranı ilkin işləməyə uğradıb selikli qişanın, əzələnin, dərinin cırıqlarını tikmək lazımdır.

Yaralıni mədə zondunun köməyi ilə yedirirlər. Zondu mədəyə boyunda olan yaradan daxil etmək olar. 1–2 həftə keçdikdən sonra çıxarırlar. Qanitmə zamanı qan və plazma köçürürlər. Dərmanlardan antibiotiklər, sulfanilamidlər, ürək dərmanları, vitaminlər, hökmən öskürək dərmanları təyin edirlər. Məsələ bundadır ki, daxili qanaxmalar öskürəyə, bu da öz növbəsində qanaxmanın güclənməsinə səbəb olur. Xəstəyə kalsium-xlorid, K vitamini, habelə tutarlı yeməklər təyin edirlər.

UDLAĞIN YANIQLARI

Udlağın yanıqları termik və kimyəvi amillərin təsirindən olur: onlar, adətən, ağır boşluğunun, qırtlağın, qida borusunun və mədənin yanıqları ilə birlikdə (kombinasiya) müşahidə olunur.

Məişətdə ağır boşluğunun və udlağın termik yanıqları isti mayeləri təsadüfən udduqda, istehsalatda isə ağıza buxar, isti hava daxil olarkən əmələ gəlir. İstehsalat yanıqlarına son dərəcə az təsadüf edilir və həmçinin bədbəxt hadisələrlə (qazanların partlaması, yanğın) əlaqədar olur. İsti mayelərdən törənən yanıqlar tez-tez olur, bu, kiçik uşaqlarda müşahidə edilir (onlar çaynikin kranını ağıza alıb qaynar suyu sorurlar).

S i m p t o m l a r. Ağız boşluğunda və udlaqda patoloji dəyişikliklər çox vaxt orta şiddətdə olur; buna əks olaraq qırtlaq qapağı, çalov-qırtlaq qapağı bağları, çalovabənzər qığırdaqlar tərəfindən dəyişikliklər diffuz ödemli hiperemiya ilə meydana çıxır. Bu, udma aktının sürətlənməsi ilə izah olunur, çünki isti maye udlaqda ləngimir. Uşaqlarda qırtlaq nahiyəsinin ödemi şiddətli dərəcəyə çatır və asfiksia törədə bilər.

Ağız boşluğunun və udlağın termik yanıqları zamanı şiddətli salivasiya (ağız suyu ifrazı), ağrı, göynəmə müşahidə edilir. Şiddətli və dərin yanıqlar zamanı isə selikli qişalarda ərp qeyd olunur. Hər iki təsadüfdə temperatur yüksəlir.

P r o q n o z udlaq və qırtlaq qapağına yanığın yetirdiyi xəsarətin dərinliyindən asılı olur. Qaynar su ilə törədilən yanıqdan dilin kökü ilə qırtlağın qapağı arasında bitişmələr, nekroz və xoraların əmələ gəlməsi az olmur.

Udlağın kimyəvi yanıqları “yeyici” qələvilərin (kaustik sodanın, natrium-hidroksidin, kalium-hidroksidin), yaxud turşuların (kükürd, duz, azot, xrom, sirkə, turşəng və süd turşularının) udulması nəticəsində olur.

Kimyəvi yanıqlar, adətən, toxumaya daha dərin nüfuz edir və onların ağır gedişi də bununla izah olunur. Onlar koroziv maddələrin təsadüfən udulmasından baş verir, böyüklərdə bunlar çox vaxt sərxoş halda və yaxud intihar məqsədilə “yeyici” maddələri içdikdə meydana çıxır; uşaqlar koroziv maddələri, adətən, içki (limonad) hesab edərək içirlər.

S i m p t o m l a r. Yanıqdan sonra qida qəbul edərkən ağrı əmələ gəlir. Yanığın izləri dodaqlarda görünür. Ağız boşluğunda və udlaqda kimyəvi yanıqlar I, II, III dərəcəli yanıqlar şəklində meydana çıxır. Birinci dərəcəli yanıq zamanı intoksikasiya olmur. O, üç gündən sonra qopur, bu səbəbdən hiperemiyalı selikli qişa görünür. Yanıq sudurları ikinci dərəcəli yanıqlarda əmələ gəlir. Sonralar nekroz və eroziya meydana çıxır. Sağalma zamanı yara çapıqlaşır. Yanığın bu dərəcəsi intoksikasiya ilə müşayiət edilir; intoksikasiya təzahürləri 7 – 8-ci gündə ərplərin qopub ayrılması ilə bir zamanda yox olur; bu zaman eroziyalar əmələ gəlir. Ümumi intoksikasiya təzahürləri üçüncü dərəcəli yanıq zamanı xüsusilə ağır

olur. Burada xarakterik dəyişikliklər toxumaların bozuntul-ağ nekroz və sonradan çapıqlaşan qranulyasiyalı dərin xorlardır. Bu nekrozlar, hər şeydən əvvəl, qövsləri, dilçəyi, qırtlaq qapağını tutur, koaqulyasion (turşularla zəhərləndikdə), yaxud kollekvazion (qələvilərlə zəhərlənərkən) nekroz xarakterinə malik olur (Ekkert–Möbius). Adətən, ağız boşluğundakı korroziv proseslər, eləcə də termik yanıqlar ağız suyunun şiddətli ifrazatı və qusma ilə müşayiət edilir. Xəsarətyetirici maddələr qida borusunda, xüsusən mədədə çox ləngidiyindən onların toxuması həmin zərərli amillərin sürəkli təsirinə uğramış olur. Bu da orqanizmin ağır ümumi intoksikasiyası şəklində meydana çıxır.

D i a q n o s t i k a çətin deyildir.

P r o q n o z içilmiş mayenin miqdarından, orqanizmin ümumi vəziyyətindən, habelə yanığın dərəcəsiindən asılıdır. Bu xəstəliyin ölümə nəticələndə təsadüfləri də olur.

Y a n ı ğ ı n m ü a l i c ə s i xəstəyə dərhal çoxlu miqdarda içki (maye) verilməsindən başlanır. “Yeyici” qələvilərlə zəhərlənmə zamanı limon və ya sirkə turşusunun zəif məhlulu tövsiyə olunur, əgər yanığın səbəbi turşudursa, əhəng suyu, qovrulmuş maqnezium horrası, sabunlu su verirlər. Hər iki zəhərlənmədə habelə süd, yağlı emulsiyalar təyin edilir. Çoxlu miqdarda maye içilmiş olduqda zəhəri neytrallaşdıran maddələrlə mədəni yumaq lazımdır (əgər zəhərlənmiş şəxsi həkimə vaxtında çatdırmışlarsa).

Ağrılara qarşı rahatlıq, narkotiklər, buz (udmaq və xaricdən applikasiya üçün), yuxu ilə müalicə təyin edirlər. Ödəmlərlə mübarizədə kalsium-xlorid (daxili və venaya), dimedrol, kortizonla antibiotiklərin böyük dozaları, AKTH yaxşı təsir göstərir. Artırma ödəmlər artdıqda və asfiksiya qorxusu olduqda traxeotomiyaya zəruri sayılır.

UDLAĞIN YAD CİSİMLƏRİ

Udlağın yad cisimləri xeyli tez-tez rast gəlinir. Onlar udlağa, adətən, qəbul edilən qida ilə birlikdə düşür. Bu yad cisimlərin kolleksiyası müxtəlifdir; bunların arasında balıq sümükləri, sümük qırıntıları, diş şotkasının tükləri tapılır. Hipofarinqsdə pərçim olan az-çox iri yad cisimlərə diş protezlərinin qırıqları, metal pullar, xırda oyuncaqlar, mismarlar, sancaqlar və s. aiddir. Bunların bəzilərini iş zamanı dişlərlə tutub saxlayırlar (çəkməçilər, dərzilər) və nəticədə danışarkən onlar ağıza düşmüş olur. Diş protezindən istifadə olunması udlağa, habelə həzm və tənəffüs yollarının aşağı şöbələrinə yad cisimlərin düşməsinə şərait yaradır; protez udlağa girən yad cismi vaxtında hiss etməyə mane olur.

Burunudlağa yad cisimlər habelə, qusma zamanı düşə bilər.

Udlaqda zəlillərə də rast gəlinir. Belə təsadüflərə Zaqafqaziya respublikalarında və Orta Asiyada təsadüf edilir. Bunlar udlağa arx sularından və gil qablardan istifadə edildikdə düşür. Son illərdə zəli kimi diri yad cisimlər az tapılır. Bu, şübhəsiz ki, əhəlinin mədəni səviyyəsinin yüksəlməsi ilə əlaqədardır.

S i m p t o m l a r. Xırda yad cisimlər udma zamanı, xüsusən ağız suyunu udarkən ağrı törədir və ağız suyunun ifrazını xeyli artırır. Ağrı qulağa irradiasiya edir. Yad cisimlər udlağın qırtlaq hissəsində ilişib qaldıqda ağrı xüsusilə əziyyətverici olur. İri yad cisimlər qırtlağın girəcəyini qapayaraq asfiksiya törədə bilər. Yad cisim udlaqda uzun müddət qaldıqda iltihab təzahürləri, fleqmona və abseslər yaradır.

D i a q n o z çətin deyildir. Yalnız kiçik yad cisimlərin tapılması bir çox hallarda çətinlik törədir; onlar toxumaların dərinliyinə soxulur. Bir çox təsadüflərdə udlağın bütün şöbələrini mükəmməl müayinə etdikdən sonra yad cismi tapmaq mümkün olur. Metal yad cisimlər rentgenoqramın köməyi ilə tapılır. Anamnez məlumatı (arxlardan su içmək) və vaxtaşırı qan hayqırma zəli olduğunu göstərir.

M ü a l i c ə. Yad cisimlərin müalicəsi haqqında bəhs etdiyimiz ağrılaşmalara (selikli qışanın iltihabı, abseslər və asfiksiya) yol verməmək üçün yad cismi mümkün qədər tez çıxarmaq lazımdır. Kiçik yad cisimləri udlaqdan burun maşası ilə çıxarırlar. Hipofarinqsdəki yad cisimləri isə burun maşası və qırtlaq maşası ilə bilavasitə, ya dolaylı hipofarinqoskopıyanın köməkliyi ilə xaric edirlər.

Canlı yad cisimləri maşa ilə tutub üstünə 2 – 3 ml duz məhlulu tökür və sonra asanlıqla çıxarırlar.

UDLAĞIN KƏSKİN İLTİHABI

Kəskin faringit (pharyngitis acuta)

Udlağın iltihabi xəstəlikləri onun bütün şöbələrində rast gəlinir və hər yerdə eyni olmur. Bu, xəstəlik olan sahədəki toxumanın xassəsindən (udlağın selikli qişası və ya badamcıqın toxuması), xəstəliyin yayılma yollarından (burun) asılıdır. Belə təsadüfdə söhbət prosesin enən istiqamətdə yayılmasından gedir ki, bu daha ağır gedişə malik olub kiçik uşaqlarda xüsusilə tez-tez rast gəlinir. Yaş amili ilə yanaşı uşaq infeksiyalarının da əhəmiyyəti vardır. Az rast gəlinən qalxan infeksiyalar (bronxopulmonal iltihablar) zamanı ağız udlağın selikli qişası çox vaxt prosesə cəlb edilir; bu zaman uzun müddət davam edən öskürəkdən selikli qişanın qıcıqlanması da böyük rol oynayır.

Faringitin, eləcə də anginaların meydana çıxmasında infeksiya-toksik (streptokokklar, stafilokokklar, qripin virusları), termik (soyuq, isti qida) və kimyəvi (peşə ilə əlaqədar olan zərərli amillər: toz, tütün və s.) amillər, habelə alkoqol böyük rol oynayır.

Udlağın üç şöbəsindən daha tez-tez və tezlikdə xəstələnəni onun ağız hissəsidir.

Kəskin faringitlər zamanı orqanizm tərəfindən ümumi reaksiya, adətən, olmur. Bəzi təsadüflərdə yüngül halsızlıq, kiçik uşaqlarda temperaturun azacıq yüksəlməsi müşahidə edilir. Xəstələrin şikayətləri boğaz ağrısından, göynəmə, qaşınma bəzən quruluq hissindən, quru öskürəkdən olur. Boş udqunma (ağız suyunun udulması) zamanı ağrı güclənir və xəstəlik olan tərəfdəki qulağa irradiasiya edir. İliq qida və içki qəbul etdikdə ağrı müvəqqəti olaraq çəkilə bilər. Faringoskopiya arxa və yan divarların selikli qişasında hiperemiya və şişkinlik qeyd olunur. Hiperemiya (qızartı) bəzən damaq pərdəsinə və dilçəyə də yayılır; bu zaman dilçək şişir (ödem). Sonralar selikli qişaya selikli və ya selikli-irinli ifrazatla örtülür. Kəskin faringit zamanı udlağın arxa divarında müşahidə olunan qranulalar (limfadenoid toxumasının iltihablanmış follikulları) daha çox xronik faringitlərə aid olan əlamətdir.

Kiçik uşaqlarda, xüsusən adenoidləri olanlarda iltihab prosesinin lokalizasiyası burunudlaqda olur. İltihab reaksiyası limfatik toxumanın xeyli inkişaf etmiş olduğu yerlərdə; burunudlağın tağında, eşitmə borularının udlaq ağızları nahiyyəsində xüsusilə qabarıq olur. Adenoidlər orta qulaqlarda ağırlaşmalar törədə bilər. Kəskin rinofaringit körpə uşaqlarda ciddi xəstəlikdir; o, orta qulaqlara, ağciyərlərə və böyrəklərə ağırlaşma verə bilər.

D i a q n o z çətin deyildir. Epifaringit arxa rinoskopiya ilə təyin edilir; burunudlaq nahiyyəsi bəzən ön rinoskopiya ilə, əksərən isə burunun selikli qişasının kokainizasiyasından sonra yaxşı görünür. Kəskin faringit anginanın onunla seçilir ki, faringitdə udlaqda ağrı boş udqunma (ağız suyunun udulması) zamanı olur.

Xəstəliyin gedişi xəstənin yaşından, orqanizmin reaktivliyindən və törədicinin virulentliyindən asılıdır. Xəstəlik bir neçə gündən iki həftəyə qədər davam edir.

M ü a l i c ə. Prosesi dayandırmaq üçün tərlədici dərmanlar (aspirin) təyin edirlər.

Qıcıqlandırıcı olmayan qida verilir; o, çox isti və soyuq olmamalıdır. Furasillin (Furacillili – 0,1, sol. Natrii chlorati – 0,9%, 500,0), ayıdöşəyi dəmləməsi (infuz), 3%-li bor məhlulu ilə qarqara, qələvi inqalyasiyalar, bıkarmint (1 stəkan suda həll etmək) yaxşı təsir göstərir. 10%-li qliserin məhlulu qatılmış natrium bikarbonikumun 1%-li sulu məhlulunu isti halda buruna damızdırmaq ağrını yaxşı kəsir (N.N.Lozanov).

Məhdud (lokal) kəskin epifaringitin müalicəsi kəskin zökəmin müalicəsində göstərilən dərmanları işlətməkdən ibarətdir.

Faringitin müalicəsində ekzogen amillər hökmən aradan qaldırılmalıdır.

Anginalar

Angina xeyli tez-tez rast gəlinir. Ağız boşluğundakı (kariyes dişlər, badamcıqların sahələri–lakunaları) əlavə ciblərdəki zəngin bakterial floranın virulentliyinin yüksəlməsi buna şərait yaradır. Təsadüflərin başlıca hissəsində anginalar betahemolitik streptokokkla (son illərdə anginanın etiologiyasında onun roluna şübhə edilir), az hallarda isə stafilokokklar ilə törədilir, şübhə yoxdur ki, infeksiya ekzogen də ola bilər.

Anginanın əmələ gəlməsində infeksiyadan başqa soyuma da rol oynayır; o, orqanizmi zəiflədir və müqavimətini azaldır.

Anginanın etiologiyasında infeksiya-allergik komponentin də əhəmiyyəti az deyildir.

Angina zamanı çox vaxt üşütmə, müşahidə edilən qızdırma, oynaqalarda və əzələlərdə ağrı, baş ağrısı anginanı ümumi infeksiya xəstəliklərə aid etməyə əsas verir. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, anginanın kontagiozluğu azdır.

Anginaları birincili (ya müstəqil) və ikincili deyər qəbul edirlər.

Birinci təsadüfdə angina əsas sayılır; qan xəstəlikləri, infeksiya xəstəlikləri zamanı rast gəlinir, başqa sözlə, əsas xəstəliyin simptomu kimi meydana çıxan angina isə ikincili sayılır.

İlkin anginalar klinik cəhətcə kataral, follikulyar və lakunar anginalara bölünür.

Kataral angina. Gedişi yüngüldür. Bu zaman proses yalnız selikli qişanı əhatə edir. Xəstələrin şikayətləri boğazda adi ağrılardan və göynəmədən ibarətdir. Ağrı, adətən, boş udqunma zamanı olur, qida udanda isə az rast gəlinir. Temperatur, adətən, subfebril olur və nadir hallarda 38°-yə qədər yüksəlir. Xəstəlik xəstənin ümumi halına az təsir edir. Körpə uşaqlarda xəstəliyin gedişi ağır olur və xəstənin ümumi halına təsir göstərir.

Faringoskopiya zamanı badamcıqlarda, adətən, şiddətli hiperemiya və şişkinlik tapılır. Xəstəlik 3 – 5 gün davam edir.

Follikulyar və lakunar angina. Follikulyar angina zamanı proses badamcıqların limfadenoid toxumasını, lakunar angina isə, əsasən, lakunaların divarlarını tutmuş olur. Anginaların bu iki forması, demək olar ki, eyni gedişə malik olduğundan təcrübədə onları əsaslı surətdə fərqləndirmək bəzən çətin olur.

Xəstələr başda, boğazda, oynaqlarda bəzən bütün bədəndə olan ağrılardan şikayətlənirlər. Temperatur $38 - 40^{\circ}$ -yə qədər yüksəlir. Yuxunun və iştahanın pozulması qeyd olunur.

Xəstəliyin k l i n i k ş ə k l i əsnəyin az və ya çox şiddətli hiperemiyasından, damaq badamcıqlarının böyüməsindən ibarətdir. Tipik follikulyar angina badamcıqlarda çoxlu miqdarda girdə formalı sarımtıl və sarımtıl-ag nöqtələrin olması ilə xarakterizə olunur; onlar irinləşmiş follikullardır. Follikulyar anginadan fərqli olaraq lakunar angina zamanı badamcıqlarda qeyri-düzgün formalı sarımtıl-ag rəngdə arplər əmələ gəlir. Sonralar arplər böyüyərək badamcığın bütün səthini örtür, lakin ondan (badamcıqdan) kənara çıxmır.

Anginaların g e d i ş i coşğun olur; lakunar angina daha ağır gedişə malikdir. Anginalar zamanı qanda leykositoz (20000-ə qədər) və eritrositlərin çökmə reaksiyasının sürətlənməsi (saatda 40 – 55 mm qədər), leykositar formulda sola dönüş olduğunu göstərir. Sidikdə zülal tapıla bilər ki, bu da böyrəklər tərəfindən olan reaksiyanı göstərir. Çənəaltı limfa düyünləri böyümüş və ağrılı olur.

P r o q n o z, adətən yaxşıdır. Angina bəzən gözlənilmədən müxtəlif ağırlaşmalar verə bilər.

M ü a l i c ə. Yataq rejimi, çoxlu içki (limonlu çay) təyin edilir. Dərmanlardan antibiotiklər, sulfanilamidlər tövsiyə olunur; ümumi vəziyyətin pozulması zamanı aspirin, natrium-salisil yaxşı təsir göstərir. Onlar temperaturu aşağı salmaqdan başqa antirevmatik dərmanlar olub, ağırlaşmaların baş verməsi qarşısını alır. Dezinfeksiyaedici maddələrin zəif məhlulları ilə qarqara səmərəli vasitələrdən sayılır. Ərpləri hidrogen-peroksid (otaq istiliyində olan suyun bir stəkanına 1 – 2 xörək qaşığı) xüsusilə yaxşı təmizləyir. O, həm də dezodorasiyaya səbəb olur. Başağrısını kəsmək üçün piramidon, analgin verilir. İsidici kompreslər tətbiq olunur. Son zamanda anginaların müalicəsində müvəffəqiyyətlə anginol işlədilir.

Qida ağartılı-nəbatı yeməklərdən ibarət olmalı, qıcıqlandırmamalıdır. Ətli xörəklərdən yalnız toyuq vermək olar; angina zamanı mal və qoyun əti böyrəklərdə ağırlaşma verə bilər. Xəstə keçirdiyi anginadan sonra təxminən hələ bir neçə gün müddətində aktiv streptokokk gəzdiricisi olur (İ.Potapov).

Simanovski–Vensan xorali-plyonkali anginası ağız boşluğunun iyəbənzər çöpü (bac. fusiformis) və yanaq spiroxetinin (spirocheta buccalis) simbiozu ilə törədilir. Ağız boşluğunun saprofitləri olan bu törədicilər patogenlik kəsb edə bilər. Xəstəliyin əmələ gəlməsində kariyes dişlərə müəyyən rol isnad verilir.

Xəstəlik əksərən 20 – 40 yaşlı kişilərdə rast gəlinir, sporadik və epidemik şəkildə müşahidə olunur.

Keçirilmiş kəskin və xronik infeksiyon xəstəliklər, qanazlığı, üzülmə Simanovski–Vensan anginasının əmələ gəlməsinə müylilik yaradan amillər sayılır.

S i m p t o m l a r. Xəstəlik nəzərə çarpmadan başlanır. Badamcıqın, adətən, yuxarı qütbündə kiçik səthi xora əmələ gəlib üzəri asan qoparılan bozuntul və ya sarımtıl plyonka ilə örtülür. Sonralar bu plyonkalar qövsələrdən kənara çıxı bilər, xora isə dərinləşir. Xoranın kənarları aydın (səlis) olur. Ağızdan pis qoxu gəlir. Proses birtərəfli olur. Xəstəlik, adətən, yüngül davam edir, ağrı o qədər də olmur, xəstənin ümumi vəziyyəti pozulmur, temperatur subfebril olur, məhəlli (regionar) limfa düyünləri böyüyür.

Xəstəlik 7 – 10 gün davam edir; müalicə olunmadıqda bir neçə həftəyə, hətta bir neçə aya qədər davam edə bilər.

P r o q n o z yaxşıdır.

D i a q n o z çətin deyildir və xoradan götürülmüş yaxmanı fuzospiroketaya görə müayinə etməyə əsasən qoyulur. Simanovski–Vensan anginası ilə lakunar angina, əsnək difteriyası, sifilis, skarlatinanın nekrotik forması arasında diferensiasiya aparılmalıdır.

Ağrının olmaması, xüsusən Löfler çöpünə görə aparılmış bakterioloji müayinədən mənfi nəticə alınması difteriyayı istisna edir. Sifilitik xora xəstəliyin qızdırmasız gedişinə, Vasserman reaksiyasından mənfi nəticə alınmasına əsasən inkar edilir. Skarlatina zamanı nekroz, adətən, ikitərəfli olub qonşu sahələrə yayılmağa meylli olur; bundan başqa skarlatina zamanı boğazda ağrı şiddətli olur.

M ü a l i c ə. Təsvir etdiyimiz xəstəliyin müalicəsində xoraya hidrogen-peroksidinin 3%-li məhlulundan sürtmək, sonra isə onun səthinə metilen abısı yaxmaqla yaxşı nəticə almaq olar. Xəstəliyin gedişi uzandıqda antiseptik məhlullarla qarqaralar təyin edilir. Son zamanlar bu məhlullar sprey formasında da tövsiyə olunur. Novarsenol venaya vurulandan sonra (bir gün keçdikdə) xora yaxşıca təmizlənir və epiteli ilə örtülür. Xoraya 10%-li lyapis məhlulunun yaxılması da səmərəli nəticə verir. Əzələ daxilində bioxinol (1 – 2 ml) yaxşı, hətta abortiv təsir göstərir. Penisillin də yaxşı nəticə verir.

Qanyaradıcı sistemin xəstəlikləri zamanı əsnəkdə və udlaqda əmələ gələn dəyişikliklər

Qanın bəzi xəstəlikləri, o cümlədən mononukleoz, aqranulositoz, leykozlar zamanı damaq badamcıqlarının zədələnməsi müşahidə olunur. Xəstəlik tədricən və ya birdən-birə başlayır. Xəstələrin ümumi vəziyyəti, adətən, şiddətli dərəcədə pozulur.

İnfeksiyon mononukleoz (monositar angina və ya limfositar angina, vəzi qızdırması, mononucleosis infectiosa). Xəstəliyin etiologiyası hələ müəyyən edilməmişdir. Ehtimal edirlər ki, onun törədicisi süzülən viruslardır. Xəstəlik ilk

dəfə 1895-ci ildə N.F.Filatov tərəfindən təsvir olunmuşdur. İnfeksiya orqanizmə yuxarı tənəffüs yolları və qida vasitəsilə daxil olur.

Xəstəliyin müxtəlif adlar daşması klinik gedişinin rəngarəngliyinə dəlalət edir. Onunla, əsasən, uşaqlar, gənclər və nadir hallarda isə 30 yaşından yuxarı şəxslər xəstələnilirlər.

İnkubasiya dövrü 1 – 2 həftə davam edir. Prodromal dövr subfebril temperatur, yüngül baş ağrısı, əzələ ağrıları, ümumi zəiflik ilə meydana çıxır. Temperatur tezliklə yüksəlir ($39 - 40^{\circ}$), 1 – 3 həftə ərzində yüksək səviyyədə qalır. Sonralar o subfebril rəqəmlərə enir, 5 – 6 həftə davam edir.

Əsnəkdəki dəyişikliklər kataral, lakunar, follikulyar, xoralı-plyonkalı anginalar şəklində meydana çıxır. Bu anginaların gedişi uzun sürmür. Boyun, ənsə limfa düyünləri, bir çox hallarda isə qoltuq, dirsək limfa düyünləri böyüyür, azca ağrı verir. Dalaq böyümüş olur, qaraciyərin böyüməsi az rast gəlinir.

D i a q n o z u n qanın qoyuluşuna təsviri də kömək edir: leykositoz xəstəliyin coşğun çağında 20000 – 40000-ə, limfositlər 50 – 70%-ə qədər, monositlər isə 10%-dən 40 – 50%-ə qədər arta bilər.

Damaqda tünd qırmızı petexiyaların əmələ gəlməsi erkən diaqnostik əlamət sayılır. Mononukleoz ilə anginalar, qranulositoz, difteriya, kəskin leykoz arasında diferensiasiya aparılmalıdır.

P r o q n o z, adətən, yaxşı olur. Nadir hallarda yüngül dərəcəli nefritlər, meningit və ya ensefalit, parezlər (üz sinirində və qayıtma sinirdə) müşahidə olunur. Bəzən septik əlamətlər meydana çıxır, yaxud damaq badamcıqlarının xeyli böyüməsindən asfiksiya törənə bilər.

M ü a l i c ə. Yataq rejimi təyin olunur. Adi anginalarda olduğu kimi burada da müalicə antiseptik dərmanlarla boğazı qarqara etməkdən, penisillin inyeksiya etməkdən ibarətdir. Penisillin xəstəliyin müddətini qısaldır və sepsis ilə ağırlaşmanın qarşısını alır. Kortizon (50 – 100 mq-dan bir neçə inyeksiya), AKTH (30 – 60 TV) yaxşı kömək edir.

Aqranulositar angina (angina agranulocytotica), Əsasən, yaşı 50-dən artıq olan qadınlarda müşahidə edilir və septik xəstəlik sayılır. Xəstəliyin başlanması kəskin xarakter daşıyır. Ümumi vəziyyətin ağırlaşması ilə bərabər temperaturun yüksəlməsi (40° və daha artıq), boğazda şiddətli ağrı qeyd olunur. Xəstəlik, əksərən badamcıqın birində kraterşəkilli bozçirkli ərplə örtülü nekrotik sahənin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunur. Tezliklə prosesə dilçək, qövsələr, udlağın arxa divarı tutulur. Udma zamanı şiddətli ağrılar olduğundan xəstələr qidadan imtina edirlər ki, bu da onların daha sürətlə zəifləməsinə səbəb olur. Ağızdan pis qoxu gəlir. Qanın müayinəsindən alınan məlumat xarakterik olur: qranulositlər (neytrofillər, eozinofillər və bazofillər) periferik qanda şiddətlə azalır, yaxud tamamilə yox olur; limfositlərə və monositlərə gəldikdə onların miqdarı nisbətən artır. Şiddətli leykopeniya qeyd olunur: leykositlərin miqdarı 500-ə qədər və daha azalır. Qaraciyər böyüyür.

Xəstəliyin **e t i o l o g i y a s ı** hələ aydınlaşdırılmamışdır. Xəstəliyin

allergiya təbiətinə malik olması və virus ilə törədilməsi haqqında ehtimal vardır. Sümük iliyyə təsir edən toksik farmakoloji maddələrə (salvarsan, novokain, sulfanilamidlər, antibiotiklər, xüsusən levomisetin) müəyyən əhəmiyyət verilir.

Xəstəliyin *p r o q n o z u* 1 mm^3 qanda leykositlərin miqdarı hələ 1000 – 2000 olduqda çox ciddi sayılır.

M ü a l i c ə. Əgər etioloji amil (dərman) məlumdursa, birinci növbədə onu kənar etmək (həmin dərmanın verilməsini dayandırmaq) lazımdır. Qanyaradıcı sistemi stimullaşdırmaq üçün qanın tərkibi normalaşana qədər tezan (0,01 – 0,02 q, gündə 3 dəfə), pentoksil (0,2 – 0,3 q, gündə 2 – 3 dəfə) ilə birlikdə antibiotiklər təyin edirlər. AKTH və kortizon iynələri də vurulur. Aqranulositoz ilə ən yaxşı mübarizə vasitələrindən biri leykosit kütləsinin köçürülməsidir, o, hər dəfə 40 – 50 ml-dən 3 – 8 dəfə vurulur. Disfagiya zamanı xoraya lidokainin 10%-li məhlulundan yaxır, anestezin püskürdülər.

Leykozlar zamanı rast gəlinən angina. Xəstəliyin əmələ gəlməsində ümumi və yerli immunitetin zəifləməsinə, radiasiyaya, kanserogen maddələrə, endogen amillərə, dərman preparatlarına, infeksiya-toksik təsirlərə böyük əhəmiyyət verilir.

Kəskin leykozun limfadenoz və mieloz forması ayırd edilir. Hər iki formanın gedişi yüksək temperaturla ($39 - 40^{\circ}$) olur. Udlaq limfatik halqasının, əsasən, damaq badamcıqlarının sürətlə böyüməsi xarakterik əlamət sayılır. Sonralar xəstəliyin mənzərəsi plyonkalı anginanı xatırladır; badamcıq toxumasında nekroz əmələ gəlir. Tədricən nekroz ağız boşluğuna (damağa, dilə, diş ətinə) və udlağa yayılır; dalaq, qaraciyər və limfa düyünləri böyüyür. Qanın mənzərəsindəki xüsusiyyətlər: leykositlərin miqdarı normal, hətta normadan az ola bildiyi kimi 100000 – 200000-ə çata bilər, eritropeniya (100000 – 2000000), hemoqlobinin azalması (20 – 15%), rəng göstəricisi vahidə yaxın, eritrositlərin çökmə reaksiyası sürətlənmiş olur, eozinofillər və bazofillər periferik qandan yox olur. Xəstəlik burun qanaxması, müxtəlif üzvlərə və toxumalara qansızılması ilə müşayiət olunur. Bəzən limfa düyünləri şişəbənzər böyümüş olur (sarkoleykoz).

P r o q n o z yaxşı deyildir.

M ü a l i c ə. Xəstəliyin sağlması mümkün deyildir. Yalnız müvəqqəti yaxşılaşmaya nail olmaq və xəstənin ömrünü bir qədər uzatmaq olar. Müalicə, adətən, kompleksli qaydada aparılır. Həftədə 1 – 2 dəfə (arada 2 – 3 gün fasilə verməklə) olmaqla hər dəfə 100 – 200 ml damcı-damcı qan köçürülür. Penisillin təyin etməklə septik ağırlaşmaların qarşısını alırlar. Böyük dozalarda askorbin turşusu (1000 ml qədər), P vitamini (0,04 q-dan gündə 3 – 5 dəfə), AKTH (3 – 4 həftə ərzində), yaxud kortizon (hər kursa 3 – 4 q prednizon, prednizolon (sutkada 3 – 4 dəfə), metikorten (5 – 10mq) verirlər.

Əsnək difteriyası (Difteria faucium)

Difteriya yunan sözü olub plynka (“diftera”) deməkdir. Əsnəkdə difteriya xüsusilə 2 – 7 yaşlı və böyük uşaqlarda, bəzən isə yaşlılarda rast gəlinir. Löffler çöpü ilə törədilir. Difteriya zamanı inkubasiya dövrü 2 gündən 7 günə qədər olur. Yoluxma kontakt yolu ilə və xəstənin əşyaları, məsələn, oyuncaqlar vasitəsilə olur. Bəzən sağlam adamlar basilləzdirən və infeksiya yayan olduqları halda özləri difteriya ilə xəstələnirlər.

Əsnək difteriyasının 4 əsas forması ayırd olunur: 1) lokal; 2) yaygın; 3) toksik formalar və 4) hemorragik formalar.

L o k a l forma yüngül forma olub əsnək difteriyası təsadüflərinin yarısını əhatə edir. İntoksikasiya təzahürləri zəif olur. Bu forma zamanı temperatur yüksək olmur. Badamcıqların, adətən, biri hiperemiyələşir, şişir və səthi nöqtələr şəklində ərplə örtülür. Bu mənzərə follikulyar angina oxsayır.

Ərplər çətinliklə qopur və bu zaman xoralı səthin üstü açılır. Ərp qoparıldıqdan sonra yenə əmələ gəlir bə bu zaman daha bərk olur. Boğaz ağrıları şiddətli olur.

Difteriyanın yüngül formaları tez-tez nəzərdən qaçır və onların epidemioloji cəhətdən təhlükəsi də bundan irəli gəlir.

Y a y ı l m ı ş difteriya zamanı törədicinin virulentliyi və toksikliyi daha da şiddətlənir. Bu, həmin nöqtəşəkilli plynkaların bir ümumi ərp kimi birləşməsinə səbəb olur. Sonralar bu plynka qövsləri, yumşaq damağı, dilçəyi əhatə edir. Buradan proses ağızudlağa və burun boşluğuna da yayıla bilər. Bununla əlaqədar olaraq intoksikasiya güclənir, temperatur daha da yüksəlir (38°) və bu ümumi halın pozulmasına səbəb olur.

T o k s i k difteriya əksərən ayrıca (sərbəst) əmələ gəlir. Temperatur 39 – 40°-yə qədər yüksəlir. Xəstənin ümumi vəziyyəti yayılmış formadakına nisbətən pis olur. Baş ağrısı, qusma, tezlənmiş və zəif, aritmik nəbz difteriyanın toksik formasını müşayiət edən əlamətlərdir. Limfa düyünlərinin böyüməsi, boyunda dərialtı kövsək birləşdirici toxumanın ödemi qeyd olunur, bəzən ödem döş vəzilərinə qədər yayılır. Ərp çirkli-boz rəngli görünüşə malik olub, ağızdan pis qoxu gəlir.

Difteriyanın **h e m o r r a g i k** forması xüsusilə təhlükəlidir. Bu forma zamanı selikli qişalarda, dəridə qansızmalar müşahidə edilir; ərp qanla hopur. Bu təzahürlər orqanizmdəki toksikozla əlaqədar olaraq meydana çıxan hemorragik diatezlə izah olunur.

D i a q n o z qoyarkən adi (lakunar və follikulyar) və xoralı angina, ağız gəlməsini (bu zaman yanaqların, dodaqların və dilin selikli qişasında da müşahidə olunan plynkaları göbələklər törədir) istisna etmək lazımdır. Toksik difteriyayı fleqmonoz angina ilə qarışıq salırlar.

P r o q n o z. Difteriyanın proqnozu onun formasından, infeksiyanın

virulentliyindən, xəstənin ümumi vəziyyətinin və aparılan müalicənin nə vaxt başlanmasından asılıdır.

Yüngül forma asan müalicə olunur. Toksik forma son dərəcə sürətlə davam edərək təsadüflərin 20 – 40%-də ölümə nəticələnir. Ölüm, adətən, ürək iflici təzahürləri ilə olur.

Hemorragik difteriya çox vaxt ölümə nəticələnir.

Əsnək difteriyasının ağırlaşmalarından miokarditi, yumşaq damağın, qırtlaq və udlaq əzələlərinin periferik iflicini qeyd etmək lazımdır.

M ü a l i c ə. Difteriyaya qarşı müalicə serumun vurulmasından başlanır, serumu həm də difteriyadan şübhələndikdə vururlar.

Vurulan serumun miqdarı: lokal formada 10000 – 15000, toksik difteriyanın yayılmış formasında 15000 – 30000 AB (antitoksik vahid); hemorragik forma zamanı 3000 – 4000 AB, 12 – 24 saatdan sonra həmin doza yenidən təkrar olunur. Yaxşılaşma dövründə həmin dozaların yarısını (təkrar vurarkən) yeridirlər. 1 yaşına qədər uşaqlarda dozanın $\frac{1}{4}$ -ni, 2 yaşına qədər olanlara isə yarısını vururlar.

Serum iynəsi Bezredka metodu ilə vurulur. Adi antidifteriya serumunun serum xəstəliyi verə biləcəyini nəzərə alaraq həmin serum əvəzinə “diaferm” işlətməyi tövsiyə edirlər. Bu preparat zülallardan təmizlənmiş, fermentlə işlənmiş və antitoksinin yüksək konsentrasiyasına malik olur. Əsnək difteriyasından olan iflici qalvanizasiya bə strixninlə (dərliatına 1%-li strixnin məhlulu, hər yaşa bir qramlıq şprisin bir bölgüsü hesabı ilə) müalicə edirlər.

Anginanın müxtəlif formaları arasında diferensial diaqnostika

Deyilənlərdən məlum olur ki, praktikada anginanın müxtəlif formaları tez-tez rast gəlinir. Onların ümumi cəhətlərinə damaq badamçıqlarında lokalizasiya və bir sıra simptomlar, nişanələr aiddir. Bununla yanaşı anginanın hər növünə məxsus xüsusiyyətlər vardır. Diferensiasiya məqsədilə onların təsvir edilməsi və müalicəsi üçün sonradan görülmə tədbirlər mühüm əhəmiyyətə malikdir. Anginalara diaqnoz qoyarkən birincili və ikincili, yəni müstəqil xəstəlik və ya hər hansı xəstəliyin (skarlatina, difteriya, mononukleoz və s.) simptomu olduğunu müəyyən etmək lazımdır. Follikulyar angina zamanı follikullar zədələnir. Epiteli örtüyü altında ağ nöqtələrin görünməsi yalnız ona xas olan əlamətdir. Lakunar anginanı bəzən xüsusən ərp lakunalarından qoparılmadıqda həm də ərplər birləşirsə, difteriyadan fərqləndirmək çətin olur. Difteriya zamanı ərpləri qopardıqdan sonra qan və toxumada qüsür (xora) görünür. Antibiotiklər və sulfanilamidlərlə müalicənin səmərəli olması anginanı göstərir; bu, müalicəni başlayandan sonrakı iki gün ərzində ərplərin azalması ilə təyin olunur.

Difteriya, adətən, birtərəfli olur. Difteriyadan şübhə olan təsadüflərdə Löfler çöpünü tapmaq üçün əsnəkdən alınmış seliyn əkilməsi lazımdır. Difteriyanı skarlatina zamanı əsnəkdəki nekrotik dəyişikliklərlə qarışıq salırlar.

Skarlatina zamanı dil moruğabənzər şəkil alır. Temperatur difteriyadakına nisbətən yüksək olur. Xəstəlik ümumi vəziyyətin ağırlığı və udma zamanı şiddətli ağrılarla müşayiət olunur. Dərindəki dəyişikliklər də skarlatinanı göstərir (səpgi).

Xorali-plyonkalı angina zamanı proses birtərəfli olur. Ərpın xarakteri (bozumtul-sarımtıl rəngli asan qoparılan ərp) və yaxmada fuzospirillərin tapılması onu göstərir. Mononukleoz yüksək temperatur, asan qoparılan ərp, xarakterik hemoqram, müsbət Paul-Bunnell reaksiyası və çoxlu limfa düyünlərinin böyüməsi ilə xarakterizə olunur. Yüksək temperatur və diş ətinin zədələyən nekrotik angina ilə ümumi vəziyyətin ağırlığı, ağız boşluğundakı ağrılar aqranulositozu göstərir. Qaraciyər böyümüş olur. Lakin qanın təsvirindəki dəyişiklik xüsusilə patognomonik sayılır. Leykozlar zamanı da xəstənin vəziyyəti ağır, temperaturu yüksək, dalağı və qaraciyəri böyümüş olur, lakin xəstəlik burun qanaxmaları, müxtəlif üzvlərə və toxumalara qansızmalarla müşayiət olunur. Burada ən xarakterik əlamət qanın təsviri sayılır.

Fleqmonoz angina və ya peritonzilyar abses

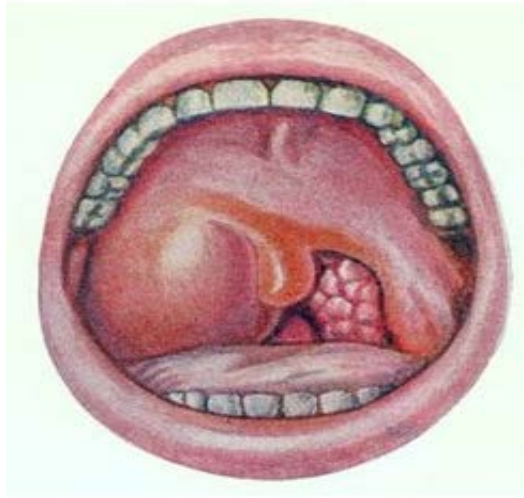
Xəstəlik badamcıqyanı kövşək birləşdirici toxumanın infiltrativ iltihabı ilə xarakterizə olunur. Bir sıra təsadüflərdə proses infiltratın sorulması, əksərən isə irinləmə ilə nəticələnir. Fleqmonoz angina tez-tez müşahidə olunur. Xəstəlik adi angina, çox nadir hallarda isə skarlatina və difteriya zamanı badamcıqyanı kövşək birləşdirici toxumaya infeksiya keçməsi nəticəsində əmələ gəlir. Peritonzilyar abseslər, habelə odontogen və otogen mənşəli olur. O, allergiya ilə əlaqədar olub kişilərdə və qadınlarda eyni tezliklə rast gəlinir, kiçik uşaqlarda son dərəcə az müşahidə olunur.

Xəstəlik anginanın başlanmasından 4 – 5 gün keçdikdən sonra, yəni sağalma dövründə başlanır; o, ağrıların yenidən, həm də əvvəlcə udma zamanı güclənməsi, sonra isə spontan ağrılar və temperaturun yüksəlməsi ilə meydana çıxır. Başağrısı və üşütmə də fleqmonoz anginanı müşayiət edir. Xəstənin ümumi vəziyyəti bir də ona görə pisləşir ki, o, ağrıdan qorunmaq məqsədilə qidadan imtina edir.

Farinqoskopik müayinədə yumşaq damağın bir yarısında şiddətli hiperemiya və şişkinlik, toxumanın çox gərilməsi qeyd edilir; dilçək şişkinləşir (ödemli) və əks tərəfə sıxışdırılır, badamcıq görünməz olur; danışmaq açıq tınlıqlı xarakteri alır ki, bu da yumşaq damağın şiddətli parezi ilə izah olunur; parezlə əlaqədar olaraq xəstə duru qidanı uda bilmir və o, burundan bayıra tökülür. Tədricən çənədə trizm əmələ gəlməsi çənə oynaqı nahiyyəsinə bəm qanad-ənq bağına iltihab prosesinin yayılması ilə əlaqədardır. Ağızdan pis qoxu gəlir. Çənəaltı limfa düyünləri böyüyür və ağrılı olur. Əyriboyunluq (torticollis) meydana çıxır, yəni baş xəstə tərəfə əyilir, ağız suyu ifrazının artması qeyd olunur.

Proses nadir hallarda ikitərəfli olur. Abses öz-özünə partladıqdan sonra xəstənin ümumi vəziyyəti yaxşılaşır.

Peritonziyar abseslər yerləşməsinə görə badamcıqüstü, badamcıqönü, badamcıqarxası və badamcıqaltı abseslər şəklində olur (şəkil 78).



Şəkil 78. Peritonziyar abses.

Absesin g e d i ş i onun lokalizasiyasından asılıdır. Badamcıqönü absesin gedişi hamısından ağırdır.

D i a q n o z, adətən, çətin deyildir. Boyunun dərin fleqmonaları, qırtlağın ödəmi, sepsis və nəhayət, udlağın damarlarından arrosion (arrosion – yeyilmə, xoraya çevrilmə) qanaxmalar şəklində ağırlaşmalar ola bilər.

M ü a l i c ə. Prosesin əvvəlində antibiotiklərin böyük dozaları yaxşı təsir göstərir; onlar prosesi dayandıra bilər. Ağızı ılıq adaçayı dəmləməsi ilə qarqara etmək, adaçayı (sürvə) buxarları ilə inqalyasiyalar, isidici spirtli kompreslər təyin edir, abses yetişdikdə onu yarırlar. Bu zaman bıçağı 1 sm-dən artıq dərinə yeritmir, sonra yaraya qulaq kornsənqi daxil edir, küt qaydada dəridə gedib onun uclarını açır; bu zaman dərindən təzyiq ilə qatı üfunətli irin xaric olur.

Sonralar yaranın kənarları bitirmiş (yapışmış) olduğundan, onu elə həmin kornsənqlə daha 2 – 3 dəfə genişləndirmək lazım gəlir. Əgər abses boşaldıqdan sonra infiltratlar uzun müddət sorulmursa, soyuq kvars, yaxud ultrayüksək tezlikli cərəyan təyin edirlər.

Hazırda bir çox cərrahlar peritonziyar abseslər zamanı badamcıqları çıxarırlar. Bu metodun, yəni abses-tonzillektomiyanın tərəfdarları bu tədbirə xəstənin ümumi halının dərhal yaxşılaşması və xəstənin tamamilə sağlması ilə haqq qazandırır. Abses-tonzillektomiya arrosion qanaxma zamanı qəti göstəriş sayılır: badamcığı çıxardıqdan sonra arrosiyalı damarı tapıb ona liqatura qoyurlar. Eyni zamanda sağlam tərəfdəki badamcığı da çıxarırlar.

Udlaqarxası abses (Abscessus retropharyngealis)

Udlaqarxası abses udlaqarxası sahədəki kövşək birləşdirici toxumada yerləşmiş limfatik düyünlərin irinləməsi nəticəsində əmələ gəlir. Bu limfa düyünləri anatomik cəhətcə yalnız 4 – 5 yaşına qədər olan uşaqlarda rast gəlinir. Böyük yaşlı uşaqlarda udlaqarxası abseslər olmur.

Udlaqarxası sahənin limfa düyünləri burunun arxa şöbələrinin, burunudlağın, eşitmə borusunun və orta qulağın məhəlli limfa düyünləri olduğundan onların xəstəliyi zamanı yoluxa bilər.

S i m p t o m l a r. Xəstəliyin əvvəlində temperaturun yüksəlməsi, udma zamanı ağrı qeyd edilir ki, uşağın, xüsusən südəmə uşağın tənəffüsünün bir qədər pozulması, şiddətli narahatlığı da bununla izah edilir. Qalan simptomlar absesin lokalizasiyasından asılıdır: burunudlaqdakı abseslər burun tənəffüsünün pozulmasına səbəb olur, bu da öz növbəsində əmmə aktını pozur. Belə abseslər şpadel ilə yumşaq damağı qaldırıqda asanlıqla tapılır. Səs tıntın olur.

Ağızudlağın farinqoskopiya zamanı yaxşı təyin edilən abseslərində udlağın arxa divarının qabarması və flüktuasiyanın olması nəticəsində udmanın pozulması qeyd olunur. Absesin bu lokalizasiyasında uşaq şaquli vəziyyətdə olarkən irin qırtlağa endiyindən və onu sıxdığından tənəffüs daha da artıq pozulur. Qırtlaq səviyyəsində yerləşmiş abseslər dilin kökünü bərk basdıqda təyin olunur. Onlar təhlükəli olub inspirator töyşümə ilə müşayiət olunur.

Xəstəliyin **g e d i ş i** kəskin olur.

İrinlik vaxtında yarıldıqda **n ə t i c ə** yaxşı olur. Abses öz-özünə deşildikdə (xüsusən yuxuda ikən) irin tənəffüs yollarına düşərək boğulma, nisbətən yüngül halda isə aspirasion pnevmoniya baş verə bilər. Udlağın qırtlaq şöbəsinin deşilməmiş absesi də qırtlaq mənfəzinin mexaniki sıxılmasından ölüm bərə bilər.

Təsvir edilmiş sürətli gedişli udlaqarxası absesdən başqa xronik gedişə malik ikincili formalar da müşahidə olunur. Bunlar soyuq abseslər adlanır. Onlar vərəm və ya sifilis etiologiyalı boyun spondiliti, bəzən travma nəticəsində əmələ gəlir. Soyucuq abseslər zamanı zədələnmiş fəqərələrə müvafiq hissədə onurğanın mütəhərrikliyi azalır, habelə başı döndərdikdə ağrılıq qeyd olunur.

D i a q n o z a anamnez, farinqoskopiya, şişin palpasiyası kömək edir. Bəzən sınaq punksiyasına müraciət olunur, bu zaman həmin nahiyədə az rast gəlinən lipomalar da istisna edilir. Xəstəlik uzun müddət davam edərsə bu lipomanı göstərir.

Soyucuq abseslərə diaqnoz qoymaq üçün boyun fəqərələrinin rentgenoloji şəkli çəkilir, xəstə ümumi müayinə edilir.

M ü a l i c ə irinliyin mümkün qədər tez boşaldılmasından ibarətdir. Uşağın irini aspirasiya edə biləcəyini nəzərə alaraq insiziya (incisio – çərtmə) zamanı qabaqca irinin bir hissəsini şprislə sorub çıxarmaq tövsiyə olunur; kəsik isə böyük olmamalıdır. Bundan sonra uşağı tez başı aşağıya sallanmış vəziyyətdə qarnı üstə uzatmaq lazımdır. Yalnız abses boşaldandan sonra yaranın kənarlarını qulaq kornsancı ilə aralayıb onu genişləndirmək lazımdır. Bu axırıncı manipulyasiyanı

cəmi 2 – 3 dəfə olmaqla hər gün təkrar edirlər. Soyuq absesləri fistul əmələ gələ bildiyi üçün ağız boşluğu vasitəsilə yarmaq məsləhət görülmür. Belə vəziyyətə yol verməmək üçün əvvəlcə abses boşluğundan irini çəkmək və sonra oraya streptomisin, yaxud yodoform emulsiyası (5 – 10 ml) yeritmək lazımdır. Bu, bir neçə dəfə edilir. Rentgenoqramda sümük qəlpələri görünərsə operasiyaya başlamaq lazımdır.

Məlun olduğu kimi, xəstələrə antibiotiklər, sulfanilamidlər təyin edilməlidir.

Lyudviq anginası

Lyudviq anginası fleqmonoz proses olub, ağız boşluğunun dibindəki limfatik damarlarla zəngin gövşək birləşdirici toxumada baş verir. Etioloji amillərə kariyes dişlər, piorreya, ağız boşluğunun və udlağın infeksiyon xəstəlikləri (limfatik halqa), ağız boşluğunda yoluxmuş operasiya yaraları və nəhayət, travma aiddir.

S i m p t o m l a r çox vaxt sürətlə, yüksək temperatur və ağrı ilə meydana çıxır. Bir neçə saat bu əlamətlərə çənəaltı nahiyədə, yəni çənəaltı ilə dilaltı sümük arasındakı qabarma da qoşulur. Palpasiya zamanı taxta kimi bərk infiltrat qeyd olunur. Dəri örtükləri hiperemiyələşir. Xəstəlik sürətlə şiddətlənir və toxumaların nekrozu ilə müşayiət olunur, ağızdan üfunətli qoxu gəlir. Tezliklə dildə, boyunun dərin toxumalarında, qırtlağın xarici halqasında ödem əmələ gəlir ki, bunun nəticəsində də asfiksiya baş verə bilər. Ağzı tam açıqda ağrı verdiyi üçün bu müayinə etməyə maneçilik törədir. Dilaltı sahədə yumşaq toxumalar şişdiyindən dilin ucu yuxarıya qalxır və sərt damağa sıxılmış olur. Çənənin trizmi ilə yanaşı xəstə ağız boşluğunu tamamilə qapaya bilmir. Udmanın getdikcə şiddətlənən çətinləşməsi ağrı suyu ifrazının artmasına səbəb olur.

Xəstələrin ümumi vəziyyəti son dərəcə ağır olur, temperatur septik xarakter alır. Yuxu və iştaha pozulur.

Xəstəlik aşkar əlamətlər şəklində meydana çıxdıqda d i a q n o s t i k a çətin deyildir.

P r o q n o z əvvəllər ciddi hesab olunardı: xəstələrin, demək olar ki, yarısı sepsisdən tələf olardı. Hazırda Lyudviq anginasının müalicəsində sulfanilamidlərin və antibiotiklərin tərbiqi, vaxtında edilən operasiya ilə əlaqədar olaraq ölümə nadir hallarda rast gəlinir.

M ü a l i c ə patoloji proses olan sahənin mümkün qədər tez və geniş yarılmasından ibarətdir; bu məqsədlə çənəaltı nahiyədə kəsiklər aparılır. Bu zaman tapılan dəyişikliklər – infiltratlaşmış və qismən nekrozlaşmış kövşək birləşdirici toxuma və bununla yanaşı irin olmadığı halda əzələlərin nekrozu infeksiyanın anaerob xarakterini göstərir.

Operasiya ilə eyni vaxtda böyük dozalarla antibiotiklər və sulfanilamid preparatları təyin edirlər. Asfiksiya təzahürləri olduqda traxeotomiya göstəriş sayılır. Ürək dərmanları və ümumi möhkəmləndirici vasitələr təyin edilir.

Anginaların və xronik tonzillitlərin profilaktika prinsipləri

Angina və xronik tonzillit öz tonzillogen ağrılaşmaları ilə birlikdə tez-tez, həm də bütün yaşlarda rast gəlinir.

Onların qarşısını almaq üçün bir sıra tədbirlər təklif olunmuşdur. Bunlar həmin xəstəlikləri tamamilə ləğv edə bilməsələr də, lakin onların faizini az və ya çox dərəcədə azalda bilir. Bu tədbirlər şəxsi və ictimai tədbirlərdən, habelə dövlət direktivlərindən ibarətdir.

Angina ilə xəstələnməyə başlayan ağrılaşmalara və infeksiyanın yayılmasına yol verməmək üçün xəstə yataq rejimində olmalıdır. Angina çox kontagioz olmasa da xəstələnləri mümkün qədər ayırmaq lazımdır; əgər bu mümkün deyilsə, o, başqalarından pərdə ilə ayrılmalıdır. Hər bir təsadüfdə xəstəyə ayrıca dəsmal, qabqacaq və fərdi yataq ayırmaq tələb olunur. Ana uşağı əmizdirərkən bir neçə qat tənəffüsdən ibarət maska bağlamalıdır. Anginaların ürəyə, böyrəklərə, oynaqlara və s. ağrılaşma verə biləcəyini nəzərə alaraq xəstələnməmiş şəxsi temperatur endikdən yalnız 3 – 4 gün sonra evə yazmaq olar. Məlumdur ki, burun tənəffüsü pozulmuş, kariyəsi dişləri, xronik tonzillit olan şəxslər angina ilə xəstələnməyə meyilli olurlar. Buna görə də, ağız boşluğunun sanasiyasını və tənəffüsü bərpa etmək məqsədilə burunda edilən operasiyalar, ciddi göstəriş olduqda xəstə badamcıqların çıxarılması anginaların profilaktikasında böyük əhəmiyyətə malikdir. Nəhayət, fərdi profilaktik tədbirlər müntəzəm səhər gimnastikası, bədəni soyuq suda isladılmış dəsmalla silmək, dənizdə çimmək, açıq havada idman etmək, günəş vannaları və s. ilə orqanizmi möhkəmləndirməklə tamamlanır.

İstehsalat şəraitində mənfi təsir göstərən amillər: soyuma, sexlərin tozlu olması, bakterial çirklənməsi anginalarla xəstələnmə hallarının artmasına səbəb olur. Bu amillərin aradan qaldırılmasına dövlət tədbirləri, o cümlədən əhalinin birinci növbədə fəhlələrin, qulluqçuların, şagirdlərin dispanserizasiyası kömək edir. Sexlər və sinif otaqları müntəzəm sürətdə təmizlənilməlidir; onlarda temperaturu lazımi səviyyədə saxlamaq, yelçəkən əmələ gəlməsi imkanını aradan qaldırmaq lazımdır.

İctimai tədbirlərə xüsusi kitabçalar, qəzet məqalələri buraxmaq, istehsalatda mühazirələr oxumaq, radioda və televiziya da çıxış etmək vasitəsilə əhalini sanitariya cəhətcə maarifləndirmək də aiddir.

Xronik tonzillitin profilaktikasına gəldikdə anginalara aid olan, demək olar ki, bütün məsələləri nəzərə almaq lazımdır. Xronik tonzillitlə xəstələnməyə görə əhalinin dispanserizasiyası faydalı tədbir sayılır. Xəstələri stasionarda boğaz-burun-qulaq mütəxəssislərinin profilaktik müayinə etməsi tələb olunur. Xronik tonzilliti olan xəstələr aşkar edildikdə, göstəriş olarsa operasiya olunmalıdır.

Sovet təbabəti profilaktik istiqamətə malikdir; hər şeydən əvvəl, bu və ya başqa xəstəliyi törədən şəraiti aradan qaldırmaq lazımdır.

Belə hesab edirlər ki, təsvir olunmuş bu tədbirlər angina kimi geniş yayılmış xəstəliklə mübarizəyə şübhəsiz kömək edir.

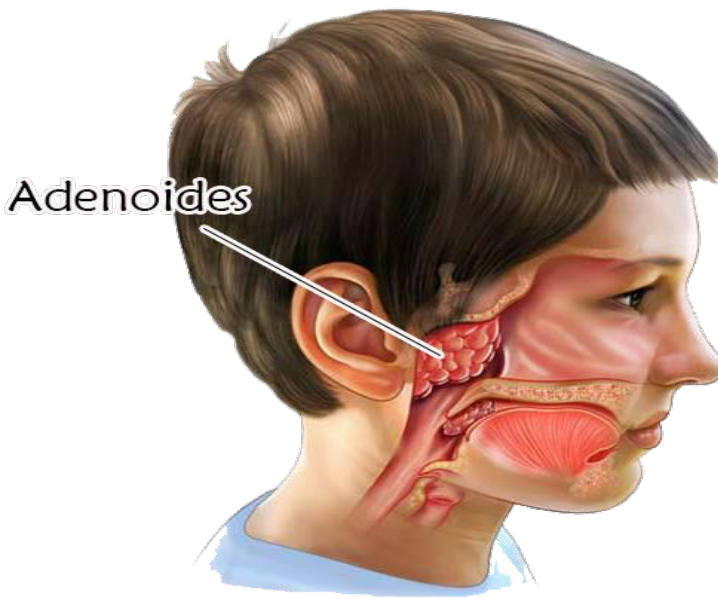
UDLAQ LİMFADENOİD HALQASININ HİPERTROFİYASI

Adenoidlər

14 – 15 yaşına qədər uşaqlarda damaq və burunudlaq badamcıqlarının hipertrofiyası tez-tez rast gəlinir. Hipertrofiyalaşmış burunudlaq badamcıqlarına sadəcə olaraq adenoidlər deyilir. Cinsi yetişkənlikdən başlayaraq əksərən adenoidlər geriye inkişaf edir. Onlar bəzən südəmər uşaqlarda, habelə böyüklərdə də müşahidə olunur.

Adenoidlərin əmələgəlmə səbəbləri orqanizmdə baş verən endokrin dəyişikliklər, ifrat və ya qeyri-kafi qidalanma (S.N.Xeçinaşvili), konstitusiya anomaliyaları, irsiyyət amilləri, orqanizmin allergiya halları, habelə keçirdiyi infeksiyon xəstəliklər sayılır.

Adenoidlər tez-tez rast gəlinir. Xəstələr burun tənəffüsünün çətinləşməsindən, tez-tez baş verən zökəmdən şikayət edirlər (şəkil 79). Adenoidləri olan uşaqlar ağzı açıq yatırlar, xoruldayır, tez-tez yuxudan (qorxu ilə) oyanırlar (körpə uşaqlarda və yaşlılarda nadir halda müşahidə edilir), gecə sidiyi saxlaya bilməməkdən əziyyət çəkirlər. Belə uşaqlar gecə dincəlmək əvəzinə yuxudan yorğun, süst halda oyanırlar. Yaddaşları zəiflədiyindən məktəbdə yoldaşlarından geri qalırlar. Burun tənəffüsünün çətinləşməsi asmatik tutmaların əmələ gəlməsinə təkan verir. Uşağın üz skeletində böyük dəyişikliklər olur: həmişə ağızla tənəffüs etdiklərindən üz uzununa dartılır, nəfəs alınan havanın daimi təzyiqi ilə əlaqədar olaraq sərt damaq yuxarı qalxaraq qotik tağ forması alır. Bu, dişlərin bir-biri üstünə düşməsinə pozur, sahə kiçildiyindən dişlər iki cərgə ilə çıxır. Yuxarı dodaq qısalır, burunudlaq büküşləri hamarlaşır. Belə tipik dəyişikliklərə malik uşaqlarda üz küt ifadəli olur. Dəyişikliklərin hamısı adenoidizm habitus adenoides adı ilə birləşdirilir. Lakin adenoidlərin vurduğu zərər bununla qurtarmır. Adenoidlər eşitmə qabiliyyətinə mənfi təsir edir, səs tıntın olur. Bir sıra hallarda döş qəfəsinin zəif inkişaf etməsi, toyuq döşü müşahidə olunur, mədə şirəsinin ifrazı, ürəyin fəaliyyəti pozulur. Adenoidlər südəmər uşaqlarda az rast gəlinirsə də onlara daha çox əziyyət verir: qidalanma zamanı hava çatışmadığından onlar əmməni dayandıрмаğa məcbur olurlar ki, bu da arıqlamağa səbəb olur.



Şəkil 79. Adenoidlər (hiperplaziya).

D i a q n o z çətin deyildir. Rinoskopiya zamanı burunun arxa şöbəsində selikli ifrazat toplanması tez-tez olur; o, xaricə axmaqla burun girəcəyinin və yuxarı dodağın dərisini ekzematöz qıcıqlanmaya uğradır. Burunu təmizlədikdən sonra adenoidləri ön rinoskopiyanın köməyi ilə görmək halları az olmur. Ümumiyyətlə, diaqnostika üçün arxa rinoskopiya tətbiq olunur. Adenoidlər güzgüdə burunudlağın qübbəsini dolduran payçıqlı şiş şəklində əks olunur. Bu zaman onların böyüklüyünə diqqət yetirmək və şərti olaraq üç mərhələyə bölündüyünü nəzərə almaq lazımdır: I mərhələdə böyümüş badamcıq xoanaların yuxarı kənarından bir qədər aşağı enir; II mərhələdə ortasını qət edir; III mərhələdə isə ortadan aşağı enmiş olur. Bəzən adenoidləri müəyyən etmək üçün barmaqla müayinədən istifadə edirlər; bu zaman adenoidlər barmaqla “qurd topası kimi” (V.İ.Voyaçek) duyulur. Kontrast rentgenoqrafiya da tətbiq olunur.

M ü a l i c ə, adətən, cərrahi üsulladır. Operasiyadan qabaq qanı laxtalanmaya, qanaxma vaxtına, trombositlərin miqdarına görə yoxlayır və ümumiyyətlə, qanı analiz edirlər.

Yaxın vaxtlarda keçirilmiş infeksiyon xəstəliklər operasiyaya müvəqqəti əks göstəriş sayılır, ümumiyyətlə isə, qan xəstəlikləri əks göstərişdir. Uşaqlarda operasiyanı, adətən, poliklinika şəraitində, böyüklərdə isə yalnız stasionarda edirlər. Adətən, heç bir ağrısızlaşdırma üsulu tətbiq etmədən Bekmanın pəncərəli bıçağı (adenotom) ilə operasiya olunur (şəkil 80). Köməkçi uşağı qolları ilə fiksə edib sağ əl ilə başını, sol əli ilə qollarını tutur, uşağın qıçlarını isə dizləri ilə sıxır. Cərrah sol əlinə şpadel götürüb onunla dili aşağıya basır, sağ əlindəki adenotomu isə yalnız orta xətt üzrə qübbəyə dayamaqla burunudlağa yeridir (şəkil 81).



Şəkil 80. Adenotomiyada vəziyyət.

Bıçağın kəsən tərəfi burunudlaq tağına kip sıxılır və adenoidlərin kütləsi bıçağın halqasına keçmiş olur. Adenotomu öndən arxaya və yuxarıdan aşağıya doğru hərəkət etdirib bir qədər təzyiq etməklə adenoidləri kəsirlər. Bu zaman bilək oynaqda hərəkət olur. Bıçağı çıxardıqda adenoidlərin kəsilmiş toxuması da, adətən, xaricə çıxır, əgər o asılıb qalırsa, onu qayçı ilə kəsirlər. Yan hissələrdə adenoidlərin kiçik tikələri qalmasın deyə, yenə kiçik adenotomu burunudlağın yan şöbələrinə daxil etmək ısrarla tövsiyə olunur. Bununla adenoidlərin qalığı xaric edilir; qalan hissələr qanaxma verə bilər və eşitmə borusunun ağzını tutub ağıreşitmə törədir.

Operasiyadan sonrakı rejim: operasiya olunan şəxs 5 gün ev rejimində, o cümlədən iki əvvəlinci günlərdə yataq rejimində olmalıdır. Xəstəyə boğazı qarqara etmək, daxilə sulfanilamidlər təyin etmək lazımdır. Qida soyuq və yumşaq olmalıdır.



Şəkil 81. Adenotomiya (sxematik).

Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası (tonsillitis hypertrophica)

Limfadenoid toxumasının ümumi hiperplaziyası fonunda adenoidlərlə bərabər damaq badamcıqlarının hipertrofiyası da müşahidə olunur. Bir çox hallarda hipertrofiyanın olması müvafiq müayinə aparmadan adenoidlərin də olduğunu güman etməyə əsas verir. Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası ayrıca da rast gəlinir. Bunun səbəbləri ağız boşluğunda və udlağın ağız hissəsində cərəyan edən iltihabi proseslər, digər limfatik törəmələrdən olan reflektor təsirlərdir (S.N.Xeçinaşvili).

Badamcıqların sadə, qeyri-iltihabi hipertrofiyası yalnız çox böyüdükdə patoloji hal hesab olunur. Belə hallarda onlar tənəffüs, udma və nitq (nitqin tınlılığı) funksiyalarını pozur. Bununla bir zamanda tez-tez rast gəlinən burunudlaq badamcığı böyümüş olduqda tənəffüsün pozulması şiddətli dərəcəyə çatır.

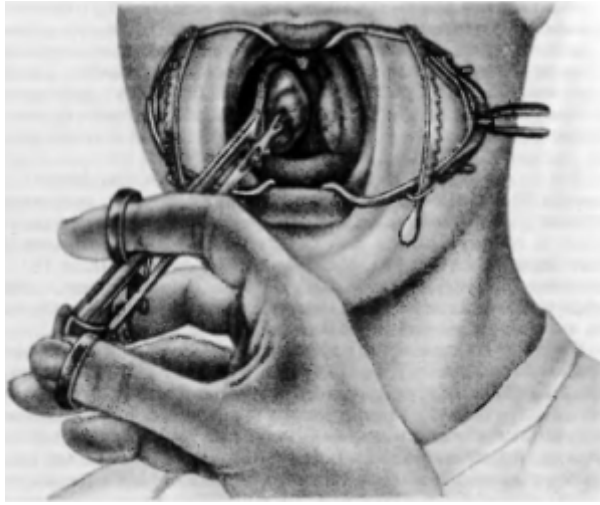
B.S.Preobrajenski badamcığın hipertrofiyasını üç dərəcəyə bölür: birinci və ikinci dərəcədə badamcıqlar damaq qövsləri ilə orta xətt arasındakı məsafənin müvafiq surətdə $1/3$ və $2/3$ -sini tutur, üçüncü dərəcədə badamcıqlar bir-birinə toxunur.

Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası zamanı iltihab əlamətləri, adətən, cüdidir; onları yalnız dayaz qatlarda, həm də lakunaların dövrəsində tapırlar.

D i a q n o z çətin deyil. Faringoskopiya zamanı badamcıqların böyüdüüyü təyin edilir, onlar yumşaq konsistensiyalı, açıq çəhrayı rəngdə olur. Diaqnoz qoyarkən anamnez məlumatını (anamnezdə anginaların olmaması) da nəzərə almaq lazımdır.

M ü a l i c ə. Badamcıqların birinci dərəcəli hipertrofiyasında bir sıra müəlliflər $2 - 5\%$ -li lyapis (10 gündən çox olmaz) məhlulu çəkməkdən ibarət konservativ müalicə tətbiq etməyi tövsiyə edirlər. Qida vitaminli olmalıdır.

Cərrahi müalicə badamcıqların hissəvi rezeksiyasından (tonzillotomiya) ibarətdir (şəkil 82). Əvvəldə bəhs olunmuş pozulmalar bu operasiyaya göstəriş sayılır. Operasiyanı gilyotina tipində təsir edən xüsusi halqavari bıçaq-tonzillotom ilə edirlər. Əksgöstərişlər adenoidlərin operasiyasındakı kimidir və adenotomiyada olduğu kimi burada da qanı analiz etmək lazımdır. Operasiyanı ambulator şəraitdə etmək olar. Operasiya zamanı badamcığın böyüklüyünə müvafiq tonzillotom götürülür. Üç müxtəlif ölçüdə tonzillotom bardır. Aləti badamcığın aşağı və arxa kənarından başlayaraq onun üstünə qoyurlar. Operasiya ani və ağrısız olduğundan onu keyitmədən etmək daha yaxşıdır.



Şəkil 82. Tonzillotomiya.

Adenoidlər olduqda eyni zamanda onları da çıxarırlar. Bəzən xarici müəlliflər (məsələn, A.Ekkert–Möbius) hipertrofiyalı badamcıqları tamamilə çıxarmağı təklif edir və bunu belə əsaslandırırlar ki, tonzillotomiyadan sonra toxumanın kəsildiyi yerdə çapıq əmələ gəlir, o da öz növbəsində badamcığın qalmış toxumasında iltihabi ağırlaşmalara səbəb olan ifrazatın ləngiməsinə kömək edir.

Bəzi müəlliflər məsələnin belə qoyuluşu ilə razı deyillər, belə ki, orqanizmə lazım olan sağlam badamcıqları kəsib götürmək düzgün deyil. Əməliyyatdan sonrakı rejim adenotomiyadan sonrakı kimidir.

ƏSNƏYİN VƏ UDLAĞIN XRONİK İLTİHABLARI

Xronik tonsillit (tonsillitis chronica)

Xronik tonsillit bir neçə dəfə, hətta bir dəfə keçirilmiş angina və kəskin infeksiya xəstəlikləri (skarlatina, qızılca və s.) əlaqədar olaraq meydana çıxır. Xronik tonsillitin əmələ gəlməsinə burunun və əlavə ciblərin, habelə burunudlağın xəstəlikləri, kariyes dişlər, alveolyar piorreya şərait yaradır. B.S.Preobrajenski hesab edir ki, xronik tonsillitin əmələ gəlməsində irsi meylik də müəyyən rol oynayır. Uşaq ikən edilmiş tonsillotomiya da xronik tonsillitin tez-tez rast gəlinən səbəblərindəndir; bu, kəsilmiş lakunaların çapıqlarla tutulması və bunun nəticəsində qalan lakunaların böyük sahələrində xeyli durğunluq törətməsi ilə izah olunur (A.Ekkert–Mobius). Nəhayət allergik vəziyyət xronik tonsillitin əmələ gəlməsi üçün əlverişli hesab olunur.

Bütün bu təsadüflərdə xronik tonsillitin əmələ gəlməsini orqanizmin ümumi reaktivliyinin və immunobioloji müqavimətliliyinin zəifləməsi ilə izah edirlər. Badamcıqların anatomik quruluş xüsusiyyəti də böyük rol oynayır; badamcığın bütün qalınlığına nüfuz edən şaxəli dar boğazlı kriptalar qopmuş epitelinə, oraya düşmüş qida qırıntılarını özündə saxlayır, mikroorqanizmlər onlara qarışıb irin tıxaclarının və ya kazeoz kütlələrin, pis qoxulu duru irinin toplanmasına səbəb olur. Xronik tonsillit infeksiya allergik xəstəlikdir. Klinikada onun iki forması ayırd edilir: kompensasiyalı və dekompensasiyalı. Birincidə ümumi reaksiya meydana çıxmır. Bu badamcıqların kifayət qədər bəyər funksiyası və orqanizmin təsirə qarşı cavabı ilə izah edilir. Yalnız yerli təzahürlər qeyd olunur. Dekompensasiyalı formada dekompensasiya təzahürləri qeyd olunur. Burada tez-tez residiv verən anginalar, paratonsillit absesləri, uzaq orqanların (ürək, böyrək və s.) və sistemlərin xəstələnməsi.

D i a q n o z qoyularkən xəstəliyin klinik formasını da nəzərə almaq lazımdır. Əgər dekompensasiya varsa, onun növünü qeyd etmək lazımdır. Məsələn, xronik tonsillit, dekompensasiyalı növü – anginaların residivləri (İ.B.Soldatov).

Orqanizmin soyuqlaması, müqavimətinin azalması zamanı həmin bakteriyalar virulent olur, dekompensasiyasızlaşmanın və xronik tonsillitin kəskinləşməsinə səbəb olur. Bir çox təsadüflərdə mikroblar toxuma və damar bəyərlərdən keçərək tonsillojen ağırlaşmalar (revmatizm, infeksiya, qeyri-spesifik poliartrit, endokardit, kəskin və xronik nefrit, pielit, tireotoksikoz və s.) törədir.

S i m p t o m l a r. Xəstələri boğazda yad cisim duyğusu, cızıqla, sıyrıqla kimi yerli təzahürlər şiddətli olduqlarına görə deyil, xəstəlik uzun müddət davam etdiyi üçün narahat edir. Bu təzahürlər boğazın başqa xəstəliklərində də olduğundan onlara tənqidi yanaşmaq tələb olunur.

Xronik tonzillit zamanı müşahidə olunan öskürək, qulaqdakı yüngül dəşici ağrılar kazeoz tıxacın qıcıqlanmasından irəli gələn reflektor akt kimi izah edilir. Xronik tonzillit ağızdan qoxu gəlməsinə, subfebril temperatura, başağrısına, süstlüyə, iş görmək iqtidarının azalmasına səbəb olur. Udma zamanı həssas adamlarda bəzən müşahidə olunan əlamət – pis qoxulu irin tıxaclarının xaric olması, iştaha və həzm pozulması törədə bilər.

Xronik tonzillitin diaqnostikası bəzən hətta həkim kifayət qədər təcrübəli olduqda belə çətin olur. Ümumiyyətlə, xronik tonzillit olduğunu göstərən əlamətlərə tez-tez olan anginalar, lakunaların möhtəviyyatı (hərçənd irin tıxacları xronik tonzillit olmayan təsadüflərdə də tapılır), qövslərin, xüsusən ön qövslərin kövşək badamcıqlarla bitməsi aiddir. Bu zaman ön qövsdə enli hiperemiya zolağı (Gize simptomu) nəzərə çarpır. Çənəaltı limfa düyünləri böyümüş olur.

Müalicə. Xronik tonzillit zamanı həm konservativ, həm də cərrahi müalicə aparılır.

Konservativ müalicə lakunaların hər hansı dezinfeksiyaedici məhlul (rivanol, penisillin, streptomisin, qramasidin) ilə yuyulmasından ibarətdir. Biz öz təcrübəmizdə əvvəlcə lakunaların möhtəviyyatını xüsusi alətlə sorub çıxarıyıq; xəstələr bu manipulyasiyaya yaxşı dözürlər, ən başlıcası isə, o, tez-tez təkrar olunan angina, tonzillogen ağrılaşma zamanı yaxşı təsir göstərir. Bu üsula tonzillektomiya əks göstəriş olduqda, yaxud xəstə əməliyyatdan imtina etdikdə mürciət olunur. Fizioterapevtik metodlar: badamcıqlara soyuq kvars və ultrayüksək tezlikli cərəyan verilməsi konservativ müalicəyə aiddir.

Xronik tonzillitin gedişinə tənəffüsün pozulmasına səbəb olan burun anomaliyalarının (balıqqulaqlarının hipertrofiyası, arakəsmənin əyilməsi, poliplər) aradan qaldırılması yaxşı təsir göstərir.

Cərrahi müalicə metodları qeyri-radikal və radikal olur, birinciyə elektrokaustika, badamcığın diatermokoagulyasiyası və krioterapiyası, ikinciyə tonzillektomiya aiddir.

Lakunaların elektrokaustikası yerli keyitmə ilə edilir (bir neçə damcı adrenalın qatılmış 10%-li lidokain məhlulu yaxılır). Sonra elektrik kauterini soyuq halda lakunalara daxil edir, həm də qanaxmaya yol verməmək üçün közərəmə qədər cərəyan verirlər; bu yolla lakunanın dibini, divarını kanalizasiya etmələ gətirməklə dağlayırlar. Dağlamadan 6 – 9 saat sonra badamcıqlarda bozunturaq rəngli plyonkalar əmələ gəlib, 5 – 7 gün qalır. Elektrokaustika yaşlılarda göstəriş sayılır. Elektrokaustikanın nöqsanları: 1) bitişmələr əmələ gəlməsi; sonralar tonzillektomiya zərurəti meydana çıxdıqda onlar əməliyyatı çətinləşdirir və qanaxma verir; 2) dərin yerlərdə ciblər, bitişmələr əmələ gələ biləcəyi daha ciddi nöqsandır, bunlarda mikroblar saxlanılmış olur.

Tonzillektomiya və ya badamcıqların tamamilə oyulub çıxarılması ekstrakapsulyar qaydada edilir. Həm əməliyyat vaxtında, həm də ondan sonra qanaxmalar ola biləcəyini nəzərə alaraq əməliyyat olunacaq xəstəni hökmən

stasionara qoymaq lazımdır. Əməliyyatdan qabaq qanı, laxtalanmaya, qanın axma vaxtına, trombositlərə, eritrositlərin çökmə reaksiyasına görə yoxlayır, sidiyi analiz edir, rentgenoloji müayinədə döş qəfəsi üzvlərinə baxırlar (rentgenoskopiya). Tonzillektomiyaya göstərişlər: 1) tez-tez angina olmaq; 2) peritonzilyar abses; 3) uzun müddət davam edən və orqanizmdə başqa bir xəstəliklə əlaqələndirilməyən subfebrilitet şərt; 4) orqanizmin başqa orqanlarında bundan irəli gələn yanaşı xəstəliklər (ürək, böyrək xəstəlikləri, revmatizm və s.); 5) ağızdan pis qoxu gəlməsi (mədə və ağız boşluğundan asılı olmayan).

Tonzillektomiyaya əks göstərişlər bunlardır: 1) qan xəstəlikləri; 2) böyrəklərin və qaraciyərin dönməz xarakterli xəstəlikləri, ağır ateroskleroz, stenokardiya, şiddətli ürək-damar çatışmazlığı nəticəsində meydana çıxan ümumi halın ağırlığı; 3) arterial təzyiqin yüksəlməsi.

Müvəqqəti əks göstərişlər: yaxın vaxtlarda keçirilmiş angina və kəskin infeksiya xəstəlikləri, kariyə dişlər, tənəffüs yollarının kəskin katarı, hamiləliyin ikinci yarısı və aybaşı dövrü, leykopeniya, EÇS-nin sürətlənməsi.

Müənnilərdə tonzillektomiyanı xüsusi ehtiyatla etmək lazımdır (yumşaq damağın hərəkətini məhdudlaşdıran çapıqların əmələ gəlməsinə yol verilməməli).

Əməliyyatdan 5 – 6 gün əvvəl xəstəyə kalsium təyin edirlər.

Ə m ə l i y y a t ı n t e x n i k a s ı. Xəstə oturmuş vəziyyətdə olur, yerli keyitmə tətbiq edilir (3 damcı adrenalin qatılmış 30 ml 1%-li novakain məhlulu) (şəkil 83).



Şəkil 83. Tonzillektomiya:

a – ön qövsdə kəsiyin aparılması; b – badamcıq küdülünə ilgək qoyulması.

Udlaq refleksi olduqda keyidici maddənin inyeksiyasından qabaq lidokain məhlulu pulverizasiya edilir.

Hər tərəfin ayrılıqda keyidilməsinə cəmisi 10 – 12 ml məhlul yeritmək kifayətdir.

Keyitmədən sonra 5 – 6 dəqiqə gözləyib badamcığı tutaraq yatağından orta xəttə tərəf çəkirlər; bu zaman, adətən, onun konturları görünür. Kəsiyi ön damaq qövsünün kənarı ilə aparıb arxa qövsə qədər davam etdirirlər. Alınmış yarığa elevator salıb badamcığın yuxarı qütbünü azad edir (soyub ayırır) və kapsuldan xaric qaydada tədricən, həm də küt üsulla bütün badamcığı ayırır qoparırlar. Badamcıqların qoparılıb çıxarılması üçün əməliyyatın sonrakı mərhələsində sağ əlin şəhadət barmağından da istifadə etmək olar.

Çapıq bitişmələri olduqda qayçının vasitəsilə onları kəsirlər, badamcıq aşağı qütbünə qədər azad olur, sonra tədricən bağlanan Boxon ilgəyi ilə tamamilə çıxarılır. Qövslərin saxlanılması və badamcıqların tamamilə çıxarılması əməliyyat texnikasının yaxşı olduğunu göstərir.

Qanaxma, adətən, cüzi olur, onu adrenalin, hidrogen peroksidi ilə hopdurulmuş tampon qoymaqla dayandırirlər. Qanayan damarı tapdıqda onu koxer ilə tutur və liqaturaya alırlar. Taxçalar yalnız quru olduqda xəstə palataya göndərilə bilər. Əməliyyatdan bilavasitə ya bir neçə gün sonra ciddi qanaxmalar olduqda, müxtəlif vasitələrlə qarşısını almaq lazımdır.

Əməliyyatdan sonra xəstəyə 4 – 5gün yataq rejimi təyin etməli, qidası soyuq, duru və sıyıq olmalıdır.

İlk 6 – 8 gündə yara ağ fibrin pərdəsi ilə örtülür. Qarqara (daha yaxşısı hidrogen peroksid ilə, 1 stəkan suya 1 xörək qaşığı) etdikdə tədricən plyonkalar yox olub qranulyasiyalar ilə əvəz olunur. Əməliyyatdan sonrakı 10-cu gündə yara epitelləşir. Xəstələr əməliyyatdan 15 gün keçdikdən sonra işə və ya məktəbə gedə bilərlər.

Xronik faringit (pharyngitis chronica)

Xronik faringiti gedişinə müvafiq olaraq sadə ya kataral xronik, xronik hipertrofik və xronik atrofik faringitə bölürlər.

Xəstəliyin səbəbləri bunlardır: 1) kəskin faringitin uzanması; 2) peşə və məişət ilə əlaqədar olan mənfi amillər; 3) maddələr mübadiləsinin pozulması; 4) ürəyin, ağciyərlərin, qaraciyərin və böyrəklərin xəstəlikləri ilə əlaqədar olaraq vena sistemində durğunluq; 5) temperaturun şiddətli dəyişilmələri; 6) alkoqolu və papirosu həddindən artıq işlətmə; 7) tünd, qıcıqlandırıcı, habelə isti və çox soyuq qida; 8) burun tənəffüsünü çətinləşdirən, yaxud burun ifrazatı ilə müşayiət olunan burun xəstəlikləri; 9) adenoidlər.

SADƏ (KATARAL) VƏ HİPERTROFİK XRONİK FARİNGİT

S i m p t o m l a r . Sadə və ya kataral faringit zamanı az dəyişiklik müşahidə edilir. Bu xəstəlik zamanı selikli qışada hiperemiya, onun bir qədər qalınlaşması (selikaltı qışadakı birləşdirici toxumanın xronik ödem halında olması ilə izah edilir) qeyd olunur. Xəstələr udlaqda qıdıqlanmadan, göynəmədən, cüzi quruluqdan şikayətlənirlər.

Xronik hipertrofik faringit selikli qışanın daha artıq qalınlaşması və daha çox ödemli olması ilə müşayiət edilir. Selikli və selikaltı qışadakı birləşdirici toxuma qismən infiltrativ proseslər hesabına çoxalır. Selikli qışanın hiperemiyası müxtəlif dərəcədə olur. Vena kapillyarlarının genişlənməmiş toru nəzərə çarpır.

Limfatik follikulların prosesdə iştirakı onların ifrat dərəcədə böyüməsi şəklində meydana çıxır; belə təsadüflərdə onlar udlağın arxa divarında adacıqlar şəklində yerləşmiş ayrı-ayrı, az və ya çox iri danələr şəklində olur (pharyngitis chronica granulosa).

Udlağın yan divarlarında yastıqların hər iki tərəfindən limfoid toxumasının atma şəklində çoxalması (pharyngitis chronica lateralis) qeyd olunur. Onlar tək-tək də rast gəlinir.

Kataral faringitdəkinə nisbətən simptomlar daha çox, udlaqda qıdıqlanma və göynəmə duyğusu daha qabarıq olur. Selik vəziləri hipertrofiyaya uğradığından onların ifrazatının artması qeyd olunur. İfrazat udlağın selikli qışasını örtür, suvaşqan olur, ağızla nəfəs almaqdan quruyub qartmağa çevrilir.

P r o q n o z . Hipertrofik faringitin proqnozu tamamilə sağalma nöqtəyi-nəzərindən yaxşı deyil.

M ü a l i c ə y ə xəstəliyin səbəblərini (burunun və əlavə ciblərinin xəstəlikləri, peşə ilə əlaqədar olan zərərli iş şəraiti) aradan qaldırmaqdan başlamaq lazımdır. Papiros çəkməkdən və içki içməkdən çəkinmək lazımdır.

Toplanmış sekreti xaric etmək üçün sodanın, boraksın, furasillinin ilıq məhlulları ilə qarqara təyin edirlər. Soda məhlulu, borjom və isti su ilə inqalyasiyalar yaxşı kömək edir.

Kataral faringit zamanı udlağa yaxmaq üçün yodqliserindən, onun hipertrofik formalarında isə gümüş-nitratın 2 – 3%-li məhlulundan (günaşırı, 10 dəfədən artıq olmamalı) istifadə edirlər. İnadkar təsadüflərdə ayrı-ayrı qranulaları və yan atmaları üçxlorsirkə turşusu (1 – 3 dəfədən artıq olmamalı) ilə dağlayırlar, həm də əvvəlcə kokainlə keyidirlər. Xronik hipertrofik faringitdə dərmanla dağlama kömək etməzsə, o zaman udlağın hipertrofiyaya uğramış yan yastıqlarını qayçı ilə kəsmək olar.

Fizioterapevtik müalicə də təyin edilir.

Atrofik faringit (pharyngitis atrophica)

Xəstəlik uzun müddət ağızla nəfəs aldıqda və xüsusən iş şəraiti yaramaz (toz, zərərli qaz, quru və isti hava) olduqda əmələ gəlir.

Xəstəlik hipertrofik faringitə nisbətən xeyli az müşahidə olunur və atrofik rinitlərlə eyni zamanda rast gəlinir.

Atrofiyaya udlağın yastı epitelisi uğrayır; bu zaman selik vəziləri və damarlar yox olur, birləşdirici toxuma büzüşür. Selikli qışa quru, hamar və suvaşqan olur, bir qədər qurumuş qartmaqlarla örtülür. Bütün bunlar xəstədə udlağın qıdılanmasına, udmanın çətinləşməsinə, öskürəyə və qusmaya səbəb olur. Qusma əsəbi xəstələrdə xüsusilə tez-tez müşahidə olunur: onlar qartmaqları öskürəklə və güclü qusma hərəkətləri ilə xaric etməyə cəhd edirlər.

D i a q n o z çətin deyildir. O, farinqoskopik görünüşdən aydın olur.

M ü a l i c ə. Yağ və qələvi inqalyasiyaları, buruna qələvi, sulu-qliserinli məhlullar (atrofik zökəmin müalicəsinə bax) damızdırılması təyin olunur; onlar qartmaqları yumşaldır və yuyub çıxarır. Udlağa yodqliserin yaxmaqla selikli qışada qalmış vəzilər qıcıqlandırılır və onların fəaliyyəti gücləndirilir. Əziyyətli öskürəyi azaltmaq üçün az dozalarda sedativ dərmanlar təyin edirlər.

Profilaktik tədbirlər görmək də vacib sayılır (zərərli iş şəraitində işləmək, içki, siqaret və tünd yeməklərdən çəkinmək məsləhətdir).

UDLAĞIN GÖBƏLƏK XƏSTƏLİKLƏRİ

(Pharyngomycosis seu leptothrixia)

Faringomikoz zamanı olan dəyişikliklər damaq və dil badamcıqlarının səthində və ümumiyyətlə, adenoid toxuması olan yerlərdə yastı epitelinin məhdud konusabənzər buynuzlaşması təzahürlərindən ibarətdir; onlar ağ və sarımtıl rəngli tikanlar kimi olub ayrı-ayrı adacıqlar şəklində yerləşir. Mikroskopik müayinə zamanı onlarda göbələk leptothrix tapılır. Badamcıqların toxumasında heç bir iltihabi dəyişiklik tapılmaz.

Xəstəlik zahirən heç bir əlamətə malik olmadığından, təsadüfən təyin edilir. Bəzən çürüntü mikrobları göbələklərlə qarışaraq ağızdan pis qoxu gəlməsinə səbəb olur.

Xəstəliyin d i a q n o z u çətin deyildir. Onunla follikulyar və lakunar anginalar arasında diferensiasiya aparılır.

P r o q n o z. Xəstəlik təhlükəli olmayıb uzun müddət davam edir, bəzən də müalicəsiz keçib gedir.

M ü a l i c ə. Müalicə başlandıqdan öncə əsnəkdən yaxma götürmək məsləhətdir. Qarqara etməyə miramistin və yosept məhlulları təyin edilir. Bundan əlavə, nistatin, flukonazol kimi funqisid preparatlar qəbul etmək tövsiyyə olunur. Qoxu əmələ gəldikdə ayrı-ayrı tikanların çıxarılması göstəriş sayılır. Proses yayılmış olduqda tonzillektomiyanın yaxşı nəticə verdiyi müşahidə edilir.

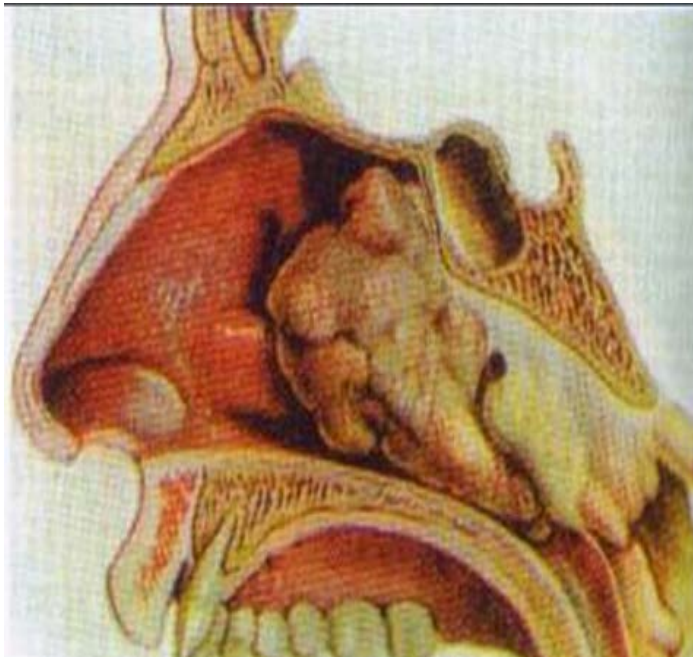
Faringomikozu olan xəstələr nəmişlik və kif olan şəraitdə işləməməlidirlər, onlar antibiotiklər işlətməkdən mümkün qədər çəkinməlidirlər.

UDLAĞIN ŞİŞLƏRİ

Udlaqda xoşxassəli və bədxassəli şişlərə rast gəlinir. Bunlar qadınlara nisbətən kişilərdə daha tez-tez müşahidə olunur. Bu, udlağın bütün şöbələrinə aiddir.

Xoşxassəli şişlər

Burunudlaqda “cavanlıq fibromaları” adlanan şiş rast gəlinir ki, bunlar histoloji cəhətcə xoşxassəli şişlərə aid olub, klinik cəhətcə yaman şişlər kimi davam edir. Fibroma, adətən, kişilərdə 15 yaşla 25 yaş arasındakı dövrdə rast gəlinir (şəkil 84).



Şəkil 84. Burunudlağın cavanlıq angiofibroması.

Burunudlağın tağından başlanan şiş kəllə, udlaq, burun boşluğu və gözyuvası istiqamətində tez böyüməyə meyli olur. Şiş burunudlağın tağından başlanır.

S i m p t o m l a r . İlk növbədə burun tənəffüsünün çətinləşməsi, sonra isə onun tamamilə sıradan çıxması müşahidə edilir. Sonralar vaxtaşırı burun qanaxmaları qeyd olunur. Şiş gözyuvasına nüfuz etdikdə göz almasının

dislokasiyası meydana çıxır, korluq törədir, əng sümüyündə deformasiya əmələ gəlir.

D i a q n o z çətin deyildir. Biopsiya, rentgenoqrafiya və tomoqrafiya xəstəliyin diaqnostikasına kömək edən yardımçı metodlardır.

P r o q n o z əməliyyatdan sonra residivin əmələ gəlməsinə, şişin beyin boşluğuna nüfuz etməsinə görə bəzən yaxşı deyildir.

M ü a l i c ə yalnız cərrahi yolla aparılır. Qanaxma təhlükəsini azaltmaq üçün əvvəlcə xarici yuxu arteriyalarını bağlamaq lazım gəlir, bundan əlavə şişi diatermokoagulyasiya etməyi, yaxud spirt vurmağı (inyeksiya) tövsiyə edirlər (Lixaçov, Qladkov).

P a p i l l o m a udlağın hər bir şöbəsində rast gəlinir. O, eyni zamanda qırtlaqda da ola bilər. Bəzən angiomalar, sistoz şişlər müşahidə olunur.

Bir yaşına qədər uşaqların burunudlağında bəzən tüklü poliplər (anadangəlmə) tapılır.

S i m p t o m l a r. Böyüklüyündən və lokalizasiyasından asılı olaraq udlaq şişləri müxtəlif pozulmalar: nitq pozulması (rinolaliya), udmanın və tənəffüsün pozulması kimi simptomlar törədir.

M ü a l i c ə cərrahi üsulla aparılır.

Bədxassəli şişlər

Udlağın bədxassəli şişləri onun hər bir hissəsində rast gəlinə bilər. Müxtəlif lokalizasiyaya malik bədxassəli şişlərin ümumi sayına görə bunlar təsadüflərin 0,5%-ni əhatə edir (İ.V.Davidovskiye görə, D.İ.Zimontdan alınmış məlumat). Bədxassəli şişlər əksərən qırtlaquddlaqda rast gəlinir, burunudlaqda isə hamısından az müşahidə olunur.

Udlağın **x ə r ç ə n g i** əksərən kişilərdə rast gəlinir. Burunudlağın xərçəng şişləri əvvəlcə özlərini heç nə ilə büruzə verməyib latent gedişə malik olur. Şiş eşitmə borusunun udlaq ağzı yanında olduqda eşitmə qabiliyyətinin zəifləməsi, qulaqda küy, yəni kataral otit təzahürləri müşahidə olunur. Şiş burunudlağın tagında, xoanalarda yerləşərkən, hər şeydən əvvəl, burun tutulur. Burunudlaq şişlərinin gedişi udlağın başqa hissələrinə nisbətən ağır davam edir. Onlar tez parçalanır, kəllə boşluğuna daxil olur.

Ağızudlağın xərçəng şişi damaq badamcıqlarının yastı epitelisindən, daha az hallarda isə onun arxa və ya yan divarlarından başlanır. Damaq badamcıqlarının xərçəngi düyünlər və ya yastı infiltrat kimi başlanır. Xəstəliyin bu mərhələdəki gedişi əlamətsiz olur. Sonralar şiş sürətlə böyüyür və tənəffüsün, udmanın, danışığın çətinləşməsinə səbəb olur. Şiş parçalanıb xoraya çevrilərkən şiddətli ağrı və otalgiya (qulaq ağrısı) olur.

Xoranın forması qeyri-düzgün olub səthi çirkli ərplə örtülür. Proses ağızdan şiddətli qoxu gəlməsi ilə müşayiət olunur. Məhəlli limfa düyünləri böyüyür. Hipofarinqsin şişləri əksərən dilin əsasında armudabənzər cibdən və ya qırtlağın girəcəyindən başlanır. Belə lokalizasiyaya malik şişlər əvvəlcə simptomuz gedir, yaxud udlaqda cüzi narahatlıq və qaşınma duyğusu ilə müşayiət olunur. Onlar böyük ölçülərə çatı bilər və udmanı çətinləşdirir.

Şişin xoraya çevrilməsi tez (erkən) olur. Çox tez başlanan disfagiya və intoksikasiya kaxeziyaya aparır.

D i a q n o z. Udlağın xərcəng xəstəliyinin diaqnozu erkən mərhələlərdə çətin olur. Onunla sifilis, xoralı-plyonkalı angina, damaq badamcığının sadə hiperplaziyası və xoşxassəli şiş arasında diferensiasiya aparılmalıdır.

P r o q n o z yaxşı deyildir.

Udlaq s a r k o m a s ı xərcəngə nisbətən xeyli az rast gəlinir və əksərən gənc yaşlarda müşahidə olunur. Onun ən çox rast gəlinədiyi yer burunudlaq, ümumiyyətlə, birləşdirici toxuma olan sahələrdir. Udlaqda limfosarkoma, girdə və iyəbənzər hüceyrəli angio və fibrosarkomalar daha tez-tez rast gəlinir.

Sarkoma böyük ölçülərə çatır, dağılmağa və xoraya çevrilməyə az meyilli olur. Müayinə zamanı səthi hamar, az hallarda isə kələ-kötür şiş qeyd olunur, onu dövrəsindəki toxumadan seçmək çətin olur. Damaq badamcıqlarının sarkoması onun toxumasının birtərəfli bərabər dərəcədə böyüməsi şəklində meydana çıxır.

D i a q n o z. Şişin ilk mərhələsində diaqnoz çətinlik təşkil edir. Yalnız şişin tez inkişaf etməsi, vəzilərin paket (dəstə) şəklində böyüməsi sarkomanın olması haqqında düşünməyə vadar edir.

M ü a l i c ə. Udlağın bədxassəli şişlərinin müalicəsində əsas yeri şüa müalicəsi tutur. Limfosarkoma və girdəhüceyrəli sarkoma zamanı o xüsusilə yaxşı kömək edir. Udlağın yaman şişlərinin cərrahi müalicəsi (bütün başqa yaman şişlərdə olduğu kimi) çox vaxt müvəffəqiyyətsizliyə uğrayır. Kombinasiya tipində aparılan müalicə daha müvəffəqiyyətli olur.

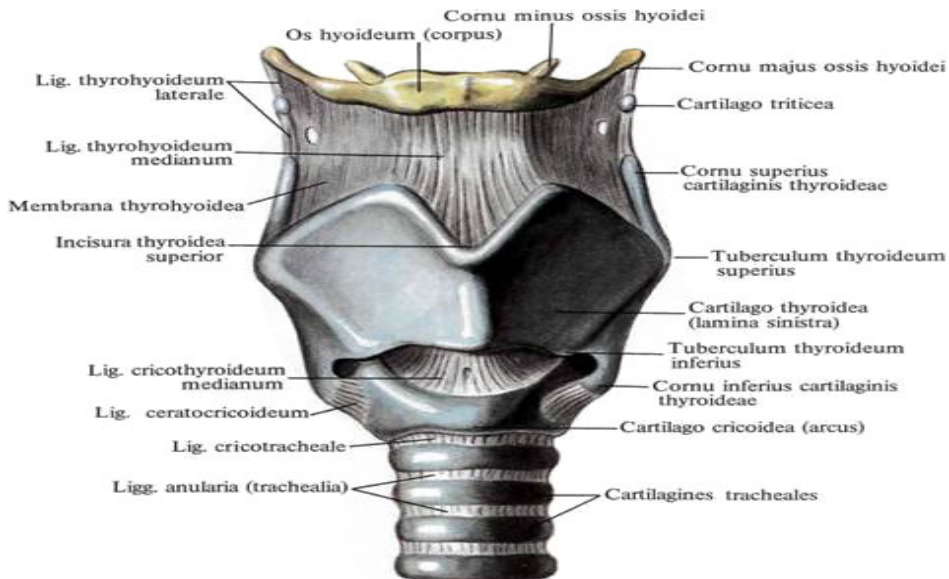
IV FƏSİL

QIRTLAQ XƏSTƏLİKLƏRİ

Qırtlağın anatomiyası

Qırtlaq (larynx) boyunun ön səthində yerləşir, hüdudları isə yaşla əlaqədar olaraq dəyişilir. Belə ki, yenidoğulmuş uşaqlarda qırtlaq dilaltı sümüyün lap yanında yerləşir. Böyüklərdə qırtlağın yuxarı kənarı IV boyun fəqərəsinin yuxarı kənarı səviyyəsində, Adəm alması, V boyun fəqərəsinin yuxarı kənarı yanında yerləşmişdir; aşağı kənarı (yaxud nəfəs borusuna keçən yeri) VII boyun fəqərəsinin yuxarı kənarına uyğundur. Qocalarda qırtlaq nisbətən aşağıda yerləşir. Yaş ilə əlaqədar olaraq qırtlağın sallanması və xüsusilə onun hüdudlarının sagital istiqamətdə böyüməsi qadınlarda kişilərə nisbətən xeyli az (kiçik) olur.

Qırtlaq yuxarıdan dilaltı sümük ilə, aşağıdan gərilən traxeya ilə, arxadan isə mütəhərrik boru olan hipofarinqs ilə əlaqədardır (şəkil 85). Belə anatomik əlaqə (rabitə) onun funksiyalarının icrası üçün zəruri sayılan mütəhərrikliyini təmin edir.



Şəkil 85. Qırtlaq (öndən görünüşü).

Qırtlaq 3 tək və 3 cüt qığırdaqdan əmələ gəlmişdir. Tək qığırdaqlara üzüyəbənzər, qalxanabənzər qığırdaqlar və qırtlaq qapağı aiddir.

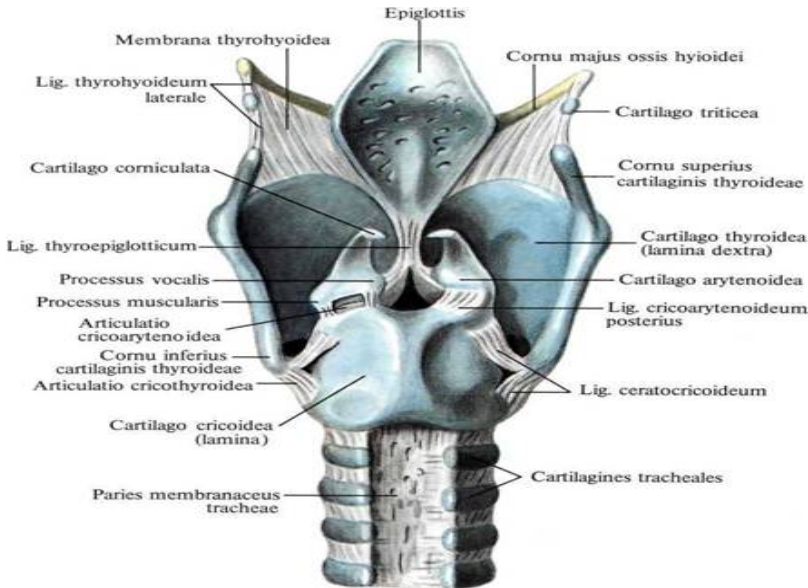
Qırtlaq skeletinin əsasını üzüyəbənzər qığırdaq (cartilago cricoidea) təşkil edir. Onun ensiz hissəsi önə baxır və qövs (arcus) adlanır, enli hissəsi (lamina) isə arxaya baxır.

Üzüyəbənzər qığırdağın üstündə qırtlağın ən böyük qığırdağı olan qalxanabənzər qığırdaq (cartilago thyreoidea) yerləşmişdir. Bu qığırdaq iki böyük dördbucaqlı səfhədən ibarətdir. Bu səfhələr öndən bucaq altında birləşmiş olub daraq əmələ gətirir. Kişilərdə daraq yuxarı hissədə xüsusilə qabarıq olub önə çıxır və Adəm alması (Pomum Adami) adlanır. Uşaqlarda və qadınlarda bu səfhələr hamar şəkildə birləşdiklərindən belə hündürlük əmələ gəlmir. Onun üzərində orta xətt üzrə yuxarıda oyma (incisura thyreoidea superior) vardır. Qalxanabənzər qığırdağın dörd buynuzu: iki uzun yuxarı və iki qısa aşağı buynuzları (cornu superius et inferius cartilaginis thyreoidea) vardır. Birincilər (yuxarıdakılar) dilaltı sümüyün böyük buynuzları ilə, ikincilər isə üzüyəbənzər qığırdağın yan səthləri ilə birləşmişdir.

Qırtlaq qapağı qığırdağı (epiglottis s. cartilago epiglottica). Bu qığırdaqda bağ vasitəsilə qalxanabənzər qığırdaq oymasının daxili səthinə rəbt olunan saplaq (petiolus epiglottis) vardır. Qırtlaq qapağının enli sərbəst yuxarı kənarı udlaq boşluğuna qabarıq (çıxır).

Çalovabənzər qığırdaqlar (cartilagines argthenoideae).

Bunlar üçüzlü piramida, yaxud çömçə (çalov) şəklində olub üzüyəbənzər qığırdağın arxa səthi yanında iki tərəfdən orta xəttin yanlarında yerləşir. Çalovun əsasında iki: içəri və bayır çıxıntısı vardır. Onların birincisinə, yəni çıxıntısına (processus vocalis) həqiqi səs бүкüşünün arxa ucu, ikinciyə (processus muscularis) isə əzələlər bağlanır (şəkil 86).



Şəkil 86. Çalovabənzər qığırdaqlar (arxadan görünüşü).

Buynuzabənzər qığırdaqlar və ya Santorin qığırdaqları (cartilagine corniculatae Santorini) çalov-qırtlaq qapağı бүкüşünün qalınlığında çalovabənzər qığırdaqların zirvəsində yerləşir (oturur).

Pazabənzər qığırdaqlar və ya Vrizberq qığırdaqları (cartilagine cuneiformes Wrisbergi) uzunsov şəklində olub buynuzabənzər qığırdaqların bilavasitə önündə çalov-qırtlaq qapağı бүкüşünün qalınlığında yerləşmişdir. Qığırdaqların iki axırıncı cütü xırda olur.

Qırtlağın bütün qığırdaqları öz aralarında, traxeya və dilaltı sümüklə birləşdirici toxuma zarlarının və bağlarının köməyi ilə birləşir, nəticədə hər tərəfdən hermetik qapanmış boru əmələ gəlir. Buradakı mühüm hissələrdən biri konusabənzər bağıdır (ligamentum conicum). O, qalxanabənzər və üzüyəbənzər qığırdaqları birləşdirən zərin bərkidici hissəsidir.

Qırtlaq girəcəyi (aditus laryngis) yanlardan çalov, qırtlaq qapağı бүкüşləri (plicae aryepiglotticae), öndən qırtlaq qapağının sərbəst kənarı, arxadan çalovabənzər qığırdaqların zirvələri, Santorin qığırdaqları və bunların arasındakı selikli qısa бүкüşü ilə əhatə olunur.

Qırtlağın ə z ə l ə p a r a t ı n d a iki qrup ayırd olunur: 1) qırtlağı qonşu üzvlərlə birləşdirən (fiksə edən) xarici əzələlər; 2) daxili əzələlər. Xarici əzələlər bunlardır: döş-qalxanabənzər əzələ (m.sternothyreoideus), qalxan-dilaltı əzələ (m.thyreoehyoideus) və döş-dilaltı əzələ (m.sternohyoideus).

Bunların vəzifəsi qırtlağı qaldıraraq endirmək və onu müəyyən vəziyyətdə fiksə etməkdir.

Qırtlağın daxili əzələləri vəzifələrinə görə iki qrupa bölünür: abduktorlar (səs yarığını genəldən) və adduktor (səs yarığını daraldan). Genəldici əzələlər üçbucaq formaya malik arxa üzük-çalovabənzər əzələ (musculus cricoarythenoideus posterior), yaxud qısaca – m.posticus-dan ibarətdir. Arxa üzük-çalovabənzər əzələ yığılaraq əzələ çıxıntısını arxaya və içəriyə tərəf dartır, bunun nəticəsində çıxıntılar bayıra doğru hərəkət edir və səs yarığı genişlənir. Qalxan-çalovabənzər əzələ qırtlaq dəhlizinin girəcəyini genəldir.

Qırtlaq boşluğunda səs aparatını təşkil edən 2 elastik səs бүкüşləri (lig.vocalia) vardır. Bunların altında isə 2 yalançı səs бүкüşləri (lig.ventricularia) yerləşmişdir. Birincilərin qalınlığında səs əzələləri (m.vocalis) sakın olmuşdur; arasında olan yarıq səs yarığı (rima glottidis) adlanır. Həqiqi və yalançı səs бүкüşlərinin arxasında Morqany mədəcikləri vardır.

Səs yarığının daralması bir sıra əzələlərin birgə fəaliyyətindən irəli gəlir; həmin əzələlər bunlardır: 1) xarici (yan) üzük-çalovabənzər əzələ (m. cricoarythenoideus lateralis); arxa əzələnin antaqonistidir. O, yığılarkən əzələ çıxıntısı önə və aşağıya dartılır, səs telləri ön üçdə iki hissədə bir-birinə yaxınlaşır; 2) köndələn çalovabənzər əzələ (m.arythenoideus transversus) tək əzələdir, çalovabənzər qığırdaqlara və əzələ çıxıntısına bağlanmışdır, yığılarkən qırtlaq yarığının arxa şöbəsi qapanır; 3) çəp çalovabənzər əzələ (m. arythenoideus obliquus) cüt əzələdir, özündən qabaqkı (ikinci) əzələnin funksiyasına kömək edir.

Həqiqi səs бүküşlərinin gərilməsi cüt üzükqalxanabənzər əzələnin (m. cricothyroideus) yığılması ilə təmin olunur. Həqiqi səs telinin qalınlığında sanki hörülmüş olan səs əzələsi (musculus vocalis) vardır. O, qalxan-çalovabənzər əzələnin (m. thyreoarythoideus) daxili hissəsidir. Bu əzələnin funksiyası həqiqi səs бүküşlərini qısaltmaq və qalınlaşdırmaq, habelə səs yarığını köndələn istiqamətdə daraltmaqdır. Hər iki həqiqi səs бүküşü arasındakı sahəyə səs yarığı (rima glottidis) deyilir.

Qırtlağın selikli qışası hipofarinqsin selikli qışasının davamı olub, aşağı hissəsində nəfəs borusunun selikli qışasına keçir. Buradakı epitel silindrik səyirici epitelidir, yalnız həqiqi səs бүküşlərində və çalovabənzər qığırdaqlararası sahədə çoxqatlı yastı epiteli olur.

Həqiqi səs бүküşlərinin nəmlənməsi qırtlaq (Morqani) mədəciklərindəki (ventriculi laryngis Morgagni) salxımabənzər vəzilərin sekresiyası ilə təmin edilir.

Qırtlağın vaskulyarizasiyası. Qırtlağı qanla iki damar: yuxarı və aşağı qalxanabənzər arteriyaların şəxəsi olan yuxarı və aşağı qırtlaq arteriyaları təchiz edir. Qırtlağın venaları yuxarı qalxanabənzər vena ilə əlaqədar olan enli venoz kələf əmələ gətirir. Limfa damarları limfanı boyunun ən dərin limfa düyünlərinə daşıyır.

Qırtlağın innervasiyası. Azan sinir (n. vagus) gedişində qırtlağa iki şəxə verir: yuxarı qırtlaq siniri (n. laryngeus superior), aşağı qırtlaq siniri (n. laryngeus inferior) və ya qayıdan qırtlaq siniri (n. recurrens). Yuxarı qırtlaq siniri əsasən hissi sinirdir; yalnız üzük-qalxanabənzər əzələ ondan hərəki şəxə alır. Aşağı qırtlaq siniri və ya qayıdan sinir hərəki sinir olub, qırtlağın daxili əzələlərini innervasiya edir. Qayıdan sinir azan sinirdən ayrılıb sağdan körpücükaltı arteriyanı, soldan isə aortanı dolanır, traxeya və qida borusu arasına ilə qırtlağa qalxıb yol boyu nəfəs borusuna çoxlu kiçik şəxələr verir.

QIRTLAĞIN FİZİOLOGİYASI

Qırtlağın tənəffüs, səsəmələgətirici, qoruyucu və nitq (danışiq) funksiyaları vardır.

Tənəffüs funksiyası. Qırtlaq selikli qişasındakı reseptorların adekvat qıcıqlandırıcısı havadır. O, havanı nəfəs borusuna, bronxlara və ağciyərlərə ötürür. Sakit nəfəs alarkən səs yarığı reflektor açılır və bərabəryanlı üçbuvaq forması alır. Dərin və güclü tənəffüsdən səs yarığı maksimal genişlənmiş olur; səs yarığının belə tənzimi də reflektor qaydada olur.

Tənəffüs aktında qabırğaarası əzələlər və diafraqma da iştirak edir.

Səs törətmə funksiyası. Səsin əmələ gəlməsi belə izah edilir; nəfəsvermə zamanı ağciyərlərdən bayıra atılan (itələnen) hava sütunu öz yolunda qapanmış (yumulmuş) həqiqi səs tellərinə rast gəlir. Səs бүкüşləri nüfuz edən hava təsirindən hava axınına perpendikulyar olaraq köndələn istiqamətdə vibrasiya edir və bunun nəticəsində səs əmələ gəlir, lakin o primitiv və zəif olur. Səs özünə xas olan keyfiyyəti körük kimi işləyən ağciyər və rezonatorlar (qırtlaq mədəcikləri, qırtlağın dəhlizi, udlaq, ağız boşluğu, burun və burunun əlavə cibləri) sayəsində almış olur. Bu rezonator kameralarının kompleksi “qondarma borusu” adlanan boru əmələ gətirir ki, bu da səsə fərdi tonallıq (tembr) verən olur. Uşaqların qulaqbatırıcı qışqırtısı Morqani mədəciklərinin çox inkişaf etməsi ilə izah olunur.

Uşaqlarda və böyüklərdə səs törətmə şüurlu surətdə olduğu halda yenidəğulmuş uşaqlarda o reflektor olur. Onların birinci qışqırığı bununla izah edilir.

Pıçıldayarkən səs бүкüşlərinin sıxlaşması onun bütün boyu uzunluğunu olmur, bu səbəbdən arxa şöbədə yarıq qalır və nəfəslə verilən havaya qarşı səs бүкüşlərinin müqaviməti zəif olur. Nəticədə səs-küy xarakteri daşıyır.

Dil, sərt damaq və dodaqlar tərəfindən əmələ gətirilən yarıqdan hava keçən zaman yaranan hər bir səs fərdi çalarlıq, qüvvə və ucalıq kəsb edir.

Telefonla danışarkən tanış şəxsi səsinin tembrinə görə tanıyırlar.

Səsin qüvvəsi nəfəslə verilən havanın qüvvəsilə düz proporsionaldır və səs tellərinin rəqs amplitudundan asılıdır.

Səsin ucalığı səs бүкüşlərinin rəqslərinin sayından asılıdır: rəqs isə öz növbəsində onların uzunluğu ilə əlaqədardır. Qırtlaq böyüdükcə səsin dəyişilməsi (mutasiya) bununla izah olunur. Mutasiya cinsi yetişkənlik dövründə (12 yaşla 16 yaş arasında) müşahidə olunur. Bu dövrdə qırtlağın sagital istiqamətdə şiddətlə böyüməsindən səs pəs olur. Mutasiya fizioloji hadisədir; o, xırıltılı səs ilə müşayiət olunur, yüksək tondan alçaq tona və əksinə şiddətli keçidlər verir. Bu hadisə 3 – 4 ay davam edir, lakin belə “yenidən qurulma” (dəyişilmə) dövrü bir neçə il davam edir. Mutasiya zamanı oğlanın səsi diskantdan tenora, baritona və ya basa, qızın səsi isə sopranoya, yaxud kontraltoya keçir. Müstəsna hallarda mutasiya olmur və səs infantilliyini saxlamış olur.

Qoruyucu funksiya. Qırtlaq, sinir sisteminin vasitəsilə bütün orqanizmlə əlaqədardır. Onun qoruyucu funksiyasının mexanizmi də bununla izah olunur: bu funksiya yerli və gec təsirlərlə meydana çıxır. Yaxınlaşan təhlükə zamanı, yəni qırtlağa yad cisim, qida kütləsi düşdükcə, qazlarla qıcıqlanarkən qırtlaq reflektor qaydada qapanır; bu, aşağıdakı tənəffüs yollarını onlara zərərli cisimlərin düşməsindən qoruyur. Yad cisim qırtlağa düşmüş olduqda reflektor öskürmə olur, bununla yad cisim bayıra atılır.

Qidanı udarkən qırtlaq yuxarıya qalxır, qırtlaq qapağı isə hərəkət edib gələn qida tikəsinin təzyiqindən aşağıya enərək qırtlağın girəcəyini örtür. Lakin təcrübə göstərir ki, qırtlaq qapağını kəsib götürdükdə də qida qırtlağa düşmür. Bu da qırtlaqda qidanın düşməsi qarşısını alan başqa mexanizmlərin olduğunu göstərir. Qırtlağın reflektor qapanması (spazm) belə amillərdəndir.

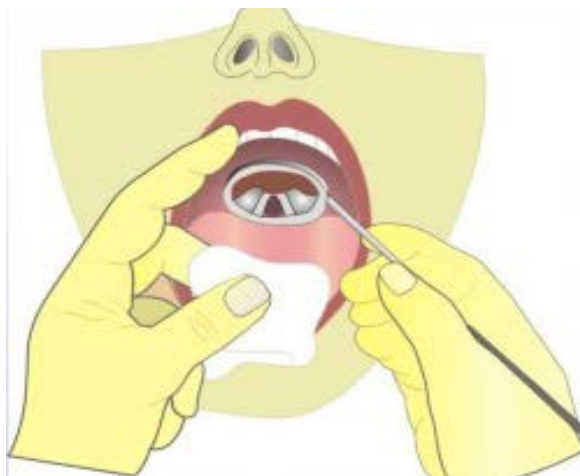
Nitq funksiyası. Uşağın danışmaq qabiliyyətinin inkişafına ictimai mühit və fərdi xüsusiyyətlər təsir göstərir; danışmaq və oxu (avazda), tənəffüs, fonasiya və artikulyasiya funksiyalarının əlaqələndirilməsi sayəsində meydana çıxır (A.Mitrinoviç – Modjeyevska). Qırtlağın və qondarma borunun əlaqəli fəaliyyəti nitqin normal olmasına şərait yaradır. Səs tellərində meydana çıxan əsas ton səsə, o isə artikulyar nitqə çevrilir.

QİRTLĞIN MÜAYİNƏ METODLARI

Qırtlağın müayinəsində anamnez toplanılmasından başlanılır. Bu zaman xəstənin şikayətləri səsin dəyişilməsindən (fısıltı, xırıltı, afoniya – səsin batması), bəlgəmli və quru öskürəkdən, ağrıdan, boğulma duyğusundan və s. olur.

Sonra qırtlaq nahiyyəsinin xarici müayinəsi (gözdən keçirilməsi) və palpasiyasına başlayırlar. Ümumiyyətlə, qırtlağın vəziyyəti və udma zamanı onun yerdəyişmə dərəcəsi, çatırtısı, şişin olması və s. müayinə edənin nəzərindən qaçmamalıdır. Bu zaman alınmış məlumat (müayinə nəticələri) diaqnostika üçün qiymətli olur.

Q ı r t l a ğ ı n d a x i l i m ü a y i n ə s i. Laringoskopiyanın vasitəsiz və vasitəli metodu vardır. Adətən, dolayı (vasitəli) metoda üstünlük verilir. Qırtlağı müayinə etməyin bu üsulunda xəstə dilini çıxararaq həkimin qarşısında sərbəst halda (gərginləşmədən) oturmalıdır. Həkim tənzip salfetlə dili sol əlin üç barmağı ilə tutub eyni zamanda şəhadət barmağı ilə üst dodağı yuxarıya qaldırır (şəkil 87).



Şəkil 87. Vasitəli laringoskopiya.

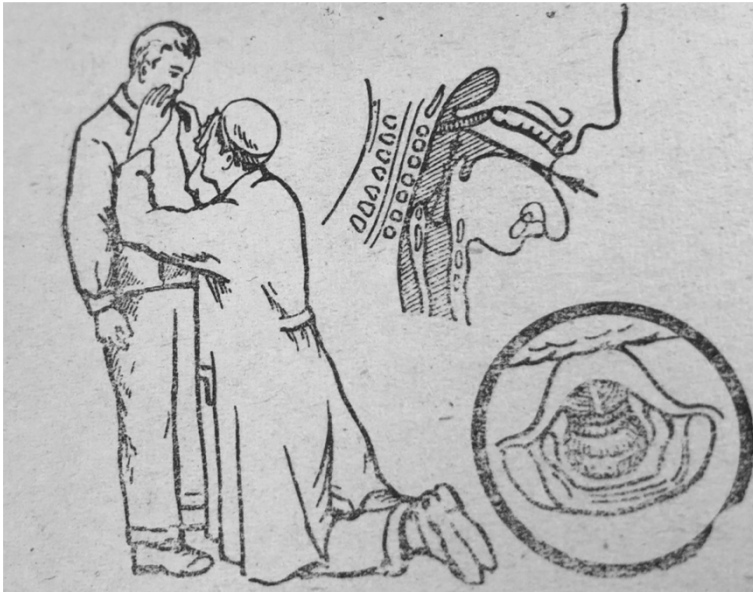
Həkim manipulyasiya etməli olduqda dilini xəstə özü tutur. Qırtlağı gözdən keçirmək üçün qırtlaq güzgüsündən istifadə edir, tərləməsin (nəm olmasın) deyə onu əvvəlcə spirt lampası üzərində isidirlər. Aydınır ki, güzgüdən istifadə etməmişdən əvvəl həkim öz əlinin arxa səthi ilə onun isinmə dərəcəsini müəyyən etməlidir. Qusma refleksinə və ya öskürəyə yol verməmək üçün güzgü ilə udlağın arxa divarına və dilin kökünə toxunmaq məsləhət görülmür. Ağız boşluğuna yeridilmiş güzgü vasitəsilə dilçəyi damaq pərdəsi ilə birlikdə bir qədər yuxarıya və arxaya itələyirlər. Laringoskopiya zamanı, hər şeydən əvvəl, nəzərə çarpan IV badamcıqla dilin kökü, onlardan öndə isə iki vallekul olur; vallekullar orta və iki yan dil-qırtlaq qapağı büküşləri ilə məhdud olan kiçik çalalardır. Bütün görünən

hissələrə nisbətən qırtlaq qapağı güzgünün yuxarı kənarında elastik ləçək kimi diqqəti cəlb edir; onun qırtlaq səthində selikli qışanın kələ-kötür qalınlaşması (petiolus) vardır. Sonra görmə sahəsində yalançı və həqiqi səs büküşləri görünür. Onların arasında ümumi cəhrayı fonda seçilən iki kiçik cib nəzərə çarpır ki, bunlara qırtlaq və ya Morqanyı mədəcikləri deyilir. Qırtlağın arxa divarındakı buynuzabənzər və pazabənzər qığırdaqlar qırtlaq güzgüsünün aşağı hissəsində, iki çalovqırtlaq qapağı büküşləri isə yan tərəfində görünür.

Larinqoskopiya zamanı xəstədən nəfəsalmağı və “e”, “i” səsini tələffüz etməyini xahiş edirlər. Bununla qırtlaq qapağının yuxarıya qalxmasına nail olurlar ki, bu da qırtlaq boşluğunu nəzərdən keçirməyə imkan verir. Nəfəs alarkən həqiqi səs büküşləri bir-birindən aralanıb üçbucaq yarıq əmələ gətirir, onun zirvəsi qırtlaq qapağına doğru olur; ona ön komissura deyilir.

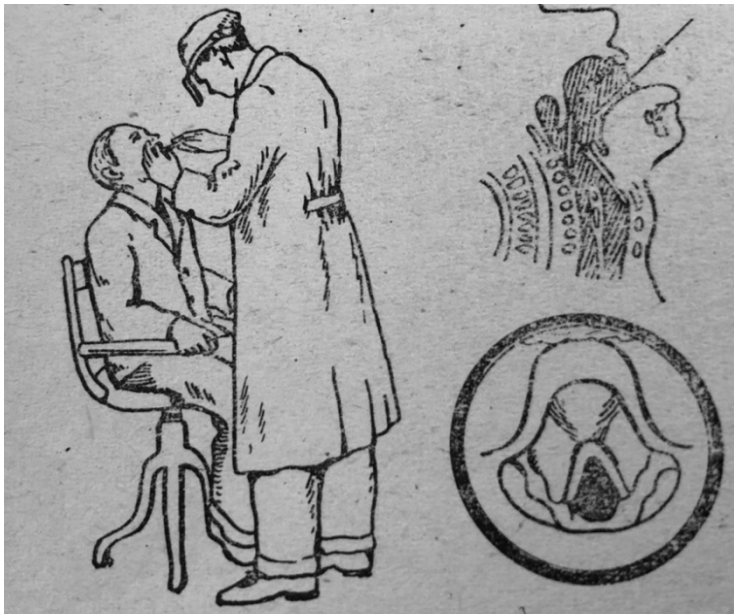
Dərin nəfəs alarkən traxeyanın halqaları görünür. Fonasiya zamanı həqiqi səs büküşləri normada bir-birinə tamamilə yaxınlaşmış olur. Bu təsvir edilənlərdən belə nəticə çıxır ki, qırtlaq güzgüsünün yuxarı kənarında qırtlağın ön hissəsi (qırtlaq qapağı, ön komissura), aşağı kənarında isə arxa hissəsi (arxa divar çalovlar ilə) əks olunur. Sağ və sol səs büküşləri öz vəziyyətini dəyişdirmir.

Qırtlağın arxa divarını mükəmməl nəzərdən keçirmək lazım olduqda Killian tərəfindən təklif olunmuş üsul tətbiq edilir (şəkil 88). Onun metodikası belədir: xəstə başaşağıya əyilməklə dayanır. Həkim isə oturub, yaxud dizləri üstə durub üfüqi vəziyyətdə tutduğu güzgüyə aşağıdan yuxarıya doğru baxır.



Şəkil 88. Killian metodu ilə vasitəli larinqoskopiya.

Qırtlaq qapağının və ya ön komissuranın qırtlaq səthinin güzgüdə əksini almaq üçün əksinə vəziyyət yaradılır, yəni həkim xəstəni oturdaraq müayinə edir; bu zaman xəstənin başı azca dala əyilir (şəkil 89).



Şəkil 89. Həkim ayaqüstü vəziyyətdə olarkən vasitəli larinqoskopiya (qırtlaq qapağının qırtlaq səthinə və ön kamissuranı gözdən keçirmək üçün).

Qırtlağı müayinə edərkən onun selikli qişasının rənginə, fonasiya vaxtı onun elementlərinin mütəhərriqliyinə diqqət yetirirlər.

Larinqoskopiya zamanı bəzi hallarda çətinliklərlə, maneələrlə qarşılaşırlar. Məsələn, körpə uşaq müayinə aktında fəal iştirak edə bilmir (dili çıxarma, fonasiya). Belə hallarda uşağı möhkəm fiksə edib sonra şpadel ilə dilin kökünü önə və aşağıya basırırlar. Bu, qırtlaq qapağının qalxmasına və qırtlaq girəcəyinin açılmasına səbəb olur.

Böyükyaşlı qorxaq uşaqları, damaq badamcıqlarında hipertrofiya olanları larinqoskopik müayinəyə uğratmaq çətindir. Bir sıra təsadüflərdə udlaq refleksinin güclənməsi larinqoskopiya üçün maneə olur. Belə təsadüflərdə udlağın arxa divarında iki-üç dəfə 10%-li lidokain məhlulu yaxma və ya pulverizasiya vasitəsilə udlağı keyitmə kömək edir.

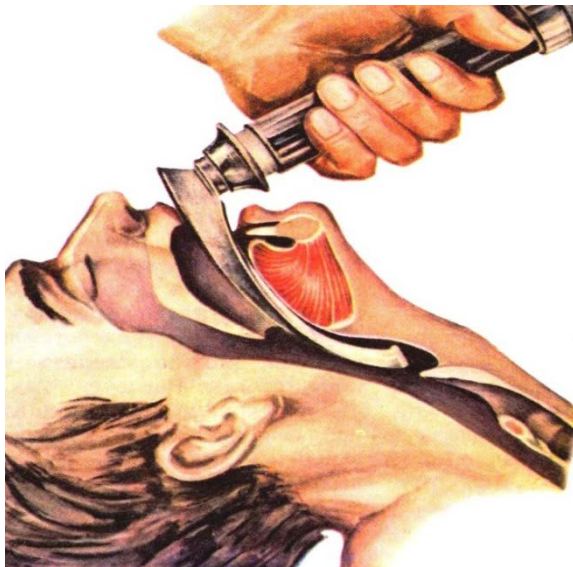
Qırtlaq qapağının vəziyyətində dəyişikliklər olması həkimə çətinlik törətmir. Məsələn, bəzən qırtlaq qapağı arxaya çox meyilli olur və yaxud qıvrılma nəticəsində yunan hərfi (omega) şəklini alır. Bu, qırtlaq qapağı inkişafdan qaldıqda (infantil qırtlaq qapağı) müşahidə olunur. Hər iki təsadüfdə əvvəlcə keyitdikdən (öskürək refleksinə təsir etmək məqsədilə qırtlaq qapağının qırtlaq

səthinə dikain və ya kokain məhlulu yaxılır) sonra qırtlaq zəndu, daha yaxşısı isə bu məqsədlə işlədilən xüsusi Reyhert şpateli ilə qırtlaq qapağını önə dartırlar.

Vasitəli larinqoskopiya metodlarına stroboskopiya da aiddir. Səs funksiyasını daha mükəmməl müayinə etmək üçün ondan istifadə edilir.

S t r o b o s k o p i y a (strobos – yunanca fırlanma, hərnlənmə), həqiqi səs büküşlərinin cəld hərəkətlərini müayinə edərkən tətbiq olunur, çünki onları adi larinqoskopiya ilə müayinə etmək mümkün deyildir. Stroboskopun köməyi ilə səs büküşlərinin normada görünməyən vibrasiyalarını hər bir yavaş tempdə izləmək və səs pozulmalarının diferensial diaqnostika ilə müalicəsi barədə təsəvvür əldə etmək olar. Aparatın əsasını girdə metal səfhə təşkil edir; onun üzərində bir-birindən bərabər uzaqlıqda yarığabənzər dəliklər vardır. Motorun köməyi ilə səfhə öz oxu ətrafında fırlanır. Işıq mənbəyi aparatda olur. Səfhə fırlanarkən işıq şüasını kəsir (fasiləli olur), bu da larinqoskopiya edənin reflektoru ilə tutulur və qırtlağa yönəldilir. Səs büküşlərini yavaş tempdə fonasiya zamanı görməyə imkan verir. Deməli stroboskopik effekt o deməkdir ki, fonasiyanın müəyyən anında görünən hərəkətsizliyi yaradır.

V a s i t ə s i z l a r i n q o s k o p i y a və ya **a u t o s k o p i y a** qırtlağa güzgü ilə baxmaq müəyyən səbəbdən mümkün və ya qənaətləndirici olmadıqda tətbiq edilir (məsələn, kiçik uşaqlarda). Bu üsul mexaniki düzlənməyə əsaslanır ki, bu da ağızın oxu ilə nəfəs borusunun oxundan əmələ gəlir. Bu məqsədlə larinqoskop adlanan müxtəlif alətlərdən istifadə olunur. Işıq mənbəyi larinqoskopun uclarının birində (distal və ya proksimal ucda) yerləşir, yaxud larinqoskopdan ayrıca şüanı tutub larinqoskopun mənfəzinə yönəldən güzgü ilə təchiz edilmiş xüsusi dəstədə olur (şəkil 90).



Şəkil 90. Vasitəsiz larinqoskopiya.

Düzünə laringoskopiya məqsədilə Tixomirov şpadelindən də istifadə edirlər. O, iki hissədən: düz bucaqda birləşmiş dəstədən və şpadeldən ibarət olur. Şpadel novalçavari formada olub yan tərəfində kəsiyi vardır, qırtlağa, yaxud hipofarinqsə yeritmək üçün işlədilir. Işıq salmaq üçün alın reflektorundan istifadə edirlər.

Undrisin universal direktoskopunda daha böyük olan yan kəsik vardır. Onun siyirməli şpadelləri üç ölçüdə olub uşaqlar və böyükələr üçün müxtəlif ölçüyə malikdir. Aparatın distal ucuna lampa taxılmışdır.

L a r i n q o s k o p i y a n ı n t e x n i k a s ı. Yaşlılarda və böyükyaşlı uşaqlarda laringoskopiyanı yerli keyitmə ilə edirlər; uşaqlarda bəzən ümumi narkoz törətmək lazım gəlir. Kiçik uşaqları mələfələrə bürüyür və hər hansı üsulla keyidilmədən laringoskopiya edirlər.

Xəstə əksərən uzadılmış və ya oturmuş vəziyyətdə olur. Yad cisimdən şübhə olduqda nəzərdə tutulan qırtlaqdaxili müdaxilə zamanı uzanmış vəziyyət üstün sayılmalıdır. Assistentin qolu müayinə olunanın çiyinləri altında, xəstənin başı isə arxaya əyilməklə stolun kənarında olmalıdır.

Manipulyasiyanın birinci mərhələsi orta xətt üzrə şpadeli qırtlaq qapağına qədər çatdırmaqdır. Sonra qırtlaq qapağını dilə tərəf basaraq şpadeli qırtlaq qapağının kənarı arxasına daxil edirlər. Müayinəni düzgün apardıqda şpatelin ucu qırtlaq qapağının qırtlaq səthinə 1sm-dən artıq olmayaraq daxil olmalıdır, yüngülcə önə basdıqda görmə sahəsində çalovabənzər qığırdaqlar görünür. Görmə sahəsində qırtlaq boşluğunun əksini almaq üçün (üçüncü mərhələ) aləti bir qədər dərinə yeridirlər.

Vasitəsiz laringoskopiya əks göstərişlər bunlardır: ağızudlağın, qırtlaq qapağının xorali prosesləri, aortanın böyük anevrizması, ürəyin dekompensasiyalı qüsuru, böyük ödemlər, şiddətli ateroskleroz, hipertoniya, şiddətli stenotik tənəffüs (A.İ.Feldman).

Qırtlağın rentgenoqrafiyası və tomoqrafiyası. Qırtlağın rentgenoqrafiyası böyük əhəmiyyətə malikdir. O, ön və yan proyeksiyalarda edilir. Bu rentgenoqramlardakı orientirlər dilaltı sümük, çənənin kənarı və onurğanın boyun şöbəsidir.

Rentgenoqramda qırtlaq qapağı hamısından yaxşı görünür; onun vəziyyəti, demək olar ki, şaqulidir. Qalxanabənzər qığırdağın yalnız ön hissəsi aydın görkəmə malik olur. Morqaniyə mədəciyinin girəcəyi aydın (açıq) sahə kimi görünür. Şişlər, vərəm, sifilis zamanı onun konturları dəyişilir (A.Mitrinoviç – Modjeyevska).

Qeyd etmək lazımdır ki, orta və yaşlı adamlarda qırtlağın böyük qığırdaqlarının sümükləşməsi qeyd olunur ki, bu da onların şəkillərinin yaxşı alınmasına imkan verir. Rentgenoqrafiyanı çox vaxt perixondriti; yad cisimləri, sekvesorasiyanı və hava sütününü aşkara çıxarmaq üçün tətbiq edirlər.

Tomoqrafiyaya gəldikdə o, qırtlağın həm qığırdaq, həm də yumşaq toxumalarının əksini almağa imkan verir (V.Q.Gizburq).

QIRTLAĞIN VƏ NƏFƏS BORUSUNUN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ VƏ YARALANMALARI

Qırtlağın, traxeyanın zədələnmələri və yaralanmaları dinc dövrdə ən çox müharibə zamanı rast gəlinir. Yaralanmanın xarakterinə görə açıq və qapalı zədələnmələr ayırd olunur.

Qırtlağın travmaları bayırdan və daxildən baş verə bilər. Birincidə söhbət qırtlağa zərbədən, yıxılma zamanı əzilməsindən və stranqulyasiyadan (asılmaqla – ilgəklə boğulma) gedir. Qırtlağın daxildən zədələnməsi təsadüfən ağız boşluğuna düşmüş həşəratın (eşşəkarısı, balarısı) dişləməsindən və əksərən iti uclu cisimlərin aspirasiyasından olur.

Yaralanmanın xarakterinə görə açıq və qapalı zədələnmələr ayırd olunur. Qırtlağın qapalı zədələnmələri küt zərbədən olur. Onların zahiri əlamətləri dəridə sıyrıntı və qançırlardır.

Şiddətli zərbə nəticəsində qırtlaq qığırdaqları, əsasən qalxanabənzər qığırdaq, keyli az hallarda isə traxeya qığırdaqları sına bilər. Bütün üzvün kontuziyası da müşahidə olunur ki, bu da görünən yaralanma nişanələrinə malik olmur, yaxud dərialtı kövşək birləşdirici toxumaya, əzələlərə qansızma və ayrı-ayrı bağ aparatlarının lüksasiyası (çıxığı) ilə müşayiət olunur.

S i m p t o m l a r. Qırtlağın küt zədələnməsinin həmişə rast gəlinən simptomlarından biri fonasiyanın pozulmasıdır. O, yaralanma ilə əlaqədar olaraq meydana çıxan iltihabi dəyişikliklər, ödem, infiltrasiya, sonra qranulyasiyalar əmələ gəlməsi və ya qırtlaq innervasiyasının pozulması ilə izah olunur. Bunun nəticəsi səsin tutulması (xırıltı) və hətta tamamilə itməsi (afoniya) ola bilər. Qırtlağın yaralanmaları zamanı bəzən müşahidə olunan ödem və hematoma asfiksiya törədə bilər. Qırtlağın qapalı zədələnmələrində qanaxmalar cüzi olur. Qığırdaqlarda qırıntıların dislokasiyası ilə əmələ gəlmiş olan sınıqlar ödemdən qabaq palpasiya və xırıltı ilə müəyyən olunur. Xəstələrin şikayətləri disfoniyadan başqa spontan ağrılardan, udma və öskürmə zamanı baş verən ağrılardan olur. Bəzən müşahidə olunan dərialtı emfizema selikli qişanın cırıldığını göstərir. Bu emfizema divararası sahəyə (mediastinuma) yayıla bilər. Qırtlağın qapalı zədələnmələrində bayılma və şok təzahürləri müşahidə olunur.

Açıq zədələnmələr odlu silah (güllə, qəlpə) yaralanmaları ilə əlaqədar olur, yaxud kəsici və deşici alətlərlə törədilir. Y.B Preobrajenskinin verdiyi məlumata görə Böyük Vətən müharibəsi dövründə qırtlaq yaralanmaları təsadüflərinin 48,5%-ini güllə, 50,8%-ini qəlpə və yalnız 0,7%-ini yaralayıcı silahın başqa növlərindən əmələ gələn yaralanmalar, habelə küt üsulla baş verən zədələr təşkil etmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, anatomik yerləşməsi ilə əlaqədar olaraq qırtlağın ayrıca (təklidə) yaralanması son dərəcə nadir hallarda müşahidə olunur və əksərən (həyati əhəmiyyətə malik olan) qonşu nahiyələrin, məsələn, boyunun damar dəstəsinin, bəzi beyin sinirlərinin, qalxanabənzər vəzinin, bazu kələfinin,

simpatik qanqlionların və sinirlərin, udlağın, qida borusunun, onurğanın, onurğa beyninin və s. zədələnməsi ilə kombinasiya təşkil edir (B.S.Preobrajenski). Aydınır ki, yaralanmadan bilavasitə sonra nəticə ölümcül deyilsə, sonrakı nəticələr ağır olur.

Qırtlaqda deşib keçən, kor və tangensial yaralanmalar ayırd edirlər.

Qırtlağın deşib keçən yaralanması girəcək və çıxacaq dəlikləri ilə xarakterizə olunur. Bu deşiklərin biri üzdə, döşdə, arxada ola bilər. Kor yaralanma zamanı qəlpə və ya güllə qırtlaqda ilişib qalır; o, qida borusuna düşüb udula bildiyi kimi dərin tənəffüs yollarına sürüşüb keçə bilər, yaxud nadir hallarda xəstə təsadüfən onu tüpürüb xaric edə bilər.

Toxunma və ya tangensial yaralanmalar nisbətən yüngül olur, bu zaman, selikli qişanın tamlığı (bütövlüyü) pozulmur.

Qırtlağın kəsilmiş və deşilmiş yaralanmaları həm müharibə zamanı, həm də dinc dövrdə (xeyli az) rast gəlinir. Onlar boyunun ön və yan şöbələrinin kəsici (qılnc, ülgüc) ya sivri uclu (süngü) cisimlərlə zədələnməsi zamanı müşahidə olunur. Ülgüc ilə kəsilmiş yaralar intihara, habelə başqasını öldürməyə cəhd edərkən əmələ gəlir.

S i m p t o m l a r . Qırtlağın yaralanma simptomları yaralanmanın lokalizasiyasından, böyüklüyündən və xarakterindən asılıdır. Əvvələ, qırtlağın bütün yaralanmaları az və ya çox qanaxma ilə müşayiət olunur. Boyunun böyük damarlarına xəsarət dəymiş olarsa, qanaxma ölümcül ola bilər. Qırtlağın müxtəlif şöbələrinin yaralanmaları bu və ya başqa funksional pozulmalar verir. Məsələn, səs бүкüşləri nahiyyəsi yaralanmış olduqda səs funksiyası pozulur; həmin nahiyyə ilə səs бүкüşlərinin altındakı sahənin zədələnməsi tənəffüsün pozulmasına səbəb olur. Böyük Vətən müharibəsi dövründə asfiksiya təhlükəsi müxtəlif müəlliflərin verdiyi məlumata görə qırtlağın bütün yaralanmalarının 33,6%-dən 54,5%-ə qədərini təşkil etmişdir. Qırtlaq girəcəyinin yaralanması qoruyucu funksiyanın sıradan çıxmasına səbəb olur. Bu pozulmalar yaralanmanın sonrakı gedişində də müşahidə oluna bilər.

Qırtlaq yaralanmalarının nəticəsi qırtlağı deformasiya edən çapıqların, ikincili xondro-perixondritlər zəminində sorulmayan infiltratların əmələ gəlməsidir.

D i a q n o z . Anamnez ilə yanaşı qiymətli diaqnostik vasitələrə xəstənin gözdən keçirilməsi və qırtlağın palpasiyası aiddir. İkincili infeksiya daxil edilməsindən çəkinmək üçün əvvəlcə yaranın zondlanmasına yol verilmir. Farinqoskopiya, larinqoskopiya (vasitəsiz və dolay), rentgenoqrafiya və tomoqrafiya daha dürüst məlumat verir. Bəzən larinqoskopiya etməyə təzə yaralanmalarda qan laxtaları, sonralar isə ödəmlər, qranulyasiyalar və s. mane olur.

N ə f ə s b o r u s u n u n y a r a l a n m a l a r ı qırtlaq yaralanmalarına nisbətən az rast gəlinir. Traxeyanın toxunan və deşib keçən yaralanmaları ayrı-ayrı təsadüflərdə əmələ gəlir (E.A.Nejfax). Nəfəs borusu yaralanarkən tənəffüs

funksiyası pozulur ki, bu, traxeyanın mənfəzində əmələ gəlmiş qan laxtasının törətdiyi mexaniki maneə, yaxud mediastinum emfizemasının onu daraltması ilə izah olunur. Səsin xırıltılı olması qırtlağın yaralanmasındakına nisbətən az müşahidə edilir.

M ü a l i c ə. Qırtlağın odlu silah yaralanmalarının müalicəsi yaralanma anından başlamış onun nəticələrinin ləğv edilməsinə qədər çox məsuliyyətlidir. Yaralanma anında xəstə üçün başlıca təhlükə qanıtırmə, şok halı və asfiksiyadır ki, məhz bunlarla da mübarizə aparmaq tələb olunur. Şiddətli qanaxmalar zamanı qanaxma mənbəyini tapmaq mümkün deyilsə, damarları (xarici, bəzən də ümumi yuxu arteriyasını) bağlamaq lazım gəlir. Qalxanabənzər vəzinin şiddətli qanaxmaları ya liqatura qoyulmasını və ya da vəzinin toxumasına sap keçirib bağlamağı tələb edir.

Asfiksiya zamanı tipik traxeostomiya, birgə (kombinasiya) yaralanma təsadüflərində isə larinqostomiya və ya konusabənzər bağın kəsilməsi tətbiq olunur; bu əməliyyatlar bilavasitə asfiksiya təhlükəsi olduqda edilir. Qırtlaqda və traxeyada geniş yara olduqda, o, kanyulya yeritmək üçün istifadə olunur. Kiçik parenximatoz qanaxmaları sıxıcı sarğı, soyuq, hemostatik dərmanlar, qanköçürmə ilə dayandırmaq olar. Yalnız bundan sonra yaranın ilkin işlənməsinə girişmək və əvvəlcə qəlpəni ya gülləni çıxarmaq, sonra yaralını arxaya evakuasiya etmək olar.

Sonrakı mərhələlərdə dimedrol, kalsium-xlorid və pipolfen təyin etməklə ödəmlər ilə mübarizə aparmaq lazım gəlir. Daima asfiksiya təhlükəsi gözlənildiyindən, xəstə həmişə nəzarət altında olmalıdır. Sonrakı müalicə zamanı qırtlaq ya traxeya daxilindəki çapıqdan daralmaların qarşısını almaq lazımdır. Çox vaxt xarici (bayırdakı) yara çapıqlaşır qırtlağın daxilindəki iltihab təzahürləri isə hələ sönmür; əgər buna lazımınca diqqət yetirilməsə çapıq dəyişikliyi əmələ gələrək, qırtlaqda stenoza ya disfoniya səbəb olur ki, bunu A.F.İvanovun metodu ilə müalicə edirlər. Xəstəyə tam rahatlıq, susma rejimi, salivasiya ilə mübarizə üçün atropin təyin edirlər; ağrıları və öskürəyi sakitləşdirmək məqsədilə narkotiklər verir, azan və simpatik sinirlərin boyun şöbəsinə novokain blokadası edilir. Qidalanma səmərəli, kalorili, qida sıyıqvari və soyuq olmalıdır. Xəstəni ağızdan yedirtmək mümkün olmadıqda zondla süni qidalanma təyin edilir. Sürtünmə yarası əmələ gəlməsin deyə zonda yarada 7 – 10 gündən artıq qoymaq olmaz. Əlbəttə, lazım gəldikcə xəstələrə ürək dərmanları, antibiotiklər və sulfanilamidlər təyin edirlər. Xəstəyə tam sakitlik verilməsi vacibdir.

QIRTLAĞIN YANIQLARI

Bu yanıqlar, adətən, ağız boşluğunun və udlağın yanıqları ilə birlikdə rast gəlinir, termiki və kimyəvi xarakterli olur. Qırtlaq qapağı və qırtlağın girəcəyi yanığa ən çox məruz qalan yerlərdir. Yanığın yüngül təsadüfləri iz qoymadan keçdiyi halda ikinci dərəcəli yanıqlar ümumi intoksikasiya təzahürləri ilə, üçüncü dərəcəli yanıqlar isə ağır ümumi intoksikasiya ilə müşayiət olunur.

Qırtlağın yanığı qırtlaqda stenoz, perixondrit, fleqmona ilə nəticələnə bilər.

M ü a l i c ə. Əmələ gəlmiş ödemdən boğulma qorxusu olduğundan xəstəni xəstəxanaya qoymaq lazımdır. Xəstəyə tam rahatlıq, susma rejimi, buz tikələri udması, boynuna buzlu qovuş qoyulması və narkotiklər təyin edilir. İsti, bərk qıcıqlandırıcı qida verilməməlidir. Dərman maddələrindən qırtlağa mentol yağı və ya sitral yeridilməsi tətbiq olunur. Disfagiya ağz boşluğuna anestezin pulverizasiya edilir. Tənəffüs çətinləşdikdə antihistamin müalicəsi ilə birlikdə vena daxilinə kalsium-xlorid vurub kortizon işlədirlər. Boğulma təzahürləri olduqda traxeostomiya edilir.

QIRTLAĞIN YAD CİSİMLƏRİ

Qırtlağa yad cisimlər ağızdan düşür və əksərən uşaqlarda rast gəlinir; uşaqlarda kiçik cisimləri (meyvə tumlarını, qabıq qırıntılarını, xırda metal pulları, qarmaqları, oyuncaq hissələrini və s.) ağıza almaq adəti olur.

Xüsusən bəzi peşə sahiblərində (dərzi, xarratlar, üzçəkənlər) iş zamanı xırda mismarları, düymələri, iynələri və sıyrığı dişləri ilə tutmaq kimi pis adət olur. Bu yad cisimlər qırtlağa qəflətən edilən zərbə, təkan, qorxu yığılma ilə törədilən dərin aspirasiya ilə düşür. Qırtlaqda qida hissəcikləri də, məsələn, sümük (ət və balıq sümükləri), qoz qabığı, ət parçaları tapılır. Aspirasiya mexanizmi burada da eynidir: yeyərkən danışmaq, habelə yuxu və bayılma halı.

Qırtlaqda səs yarığına (səs telləri arasına) sancılaraq sivi uclu cisimlər (sümüklər), habelə iri cisimlər ilişib qalır. Qalanları isə nəfəs borusuna və bronxlara sürüşüb keçir.

S i m p t o m l a r. Aspirasiya edilən anda, adətən, əziyyətli öskürək, boğulma tutması olur ki, bunun şiddəti yad cismin böyüklüyündən asılıdır. Yad cisim həqiqi səs telləri arasına sancılmış olduqda səsdə xırıltı əmələ gəlir, hətta afoniya müşahidə edilir.

Əgər yad cisim tezliklə çıxarılmazsa ödem əmələ gələrək asfiksiya təhlükəsini daha da artırır. Tənəffüs yarığını tıxayan böyük yad cisimlərin aspirasiyası nəticəsində asfiksiya birdən-birə ola bilər. Qırtlaqda yad cisimlərin olması bəzən özünü qulaqda nevralkiya ağrıları ilə bildirir.

M ü a l i c ə. Qırtlağın yad cisminin müalicəsi onu mümkün qədər tez xaric etməkdən ibarətdir. Yad cismin sürüşüb traxeyaya keçməsinə yol verməmək üçün vasitəsiz laringoskopiyanı xəstəni uzadaraq etmək lazımdır. Böyüklərdə yad cismi dolayı laringoskopiyanın köməyi ilə xəstəni oturdaraq çıxartmaq olar. Hər iki təsadüfdə xüsusi maşadan istifadə edilir.

Əgər yad cismi qırtlaqdan çıxarana qədər xəstəyə, traxeostomiya etmək lazım gəlmişsə, yad cismi ödemlərin ləğvindən və ümumi halın yaxşılaşmasından sonra xaric edirlər. Xəstələrə antibiotiklər və ya sulfanilamidlər təyin edirlər.

QIRTLAQ VƏ NƏFƏS BORUSU XƏSTƏLİKLƏRİNİN PATOGENEZİNDƏ METEOROLOJİ, MƏİŞƏT VƏ PEŞƏ AMİLLƏRİNİN ƏHƏMİYYƏTİ

Yuxarı tənəffüs yollarının müxtəlif şöbələrində kataral xəstəliklərin əmələ gəlməsi meteoroloji, məişət və peşə ilə əlaqədar bir sıra ümumi səbəblərdən irəli gəlir. Burun və udlağın kəskin xəstəliklərini təsvir edərkən, səbəb rolu oynayan bu amillərdən bəhs olunmuşdu. Yalnız laringitlər üçün spesifik olan bəzilərinə əlavə etmək lazımdır. Bu cəhətdən tənəffüs yollarının aşağı şöbələrinin xəstəliklərini göstərmək olar.

QIRTLAGIN KƏSKİN İLTİHABLARI

Kəskin laringit (laryngitis acuta)

Qırtlağın kəskin iltihabı təklidə rast gəlinib yuxarı tənəffüs yolları katarının qismən təzahürü şəklində müşahidə olunur.

İltihab prosesinin **k l i n i k a s ı** xəstənin yaşından aslıdır. Belə ki, uşaqlarda həтта səs tellərindən kənarda çoxlu kövşək toxumaya malik olan qırtlaq kiçik və dar olub ağır iltihabi proseslərə, submukoz ödemlərə meyilli olur, bunlar da çox vaxt boğulmaya səbəb olur. Yaşlılarda, xüsusən qırtlağı xeyli böyük və onun selikaltı qışası gərgin olan kişilərdə selikli qışanın səthi iltihabları daha çox rast gəlinir. Qadınlara nisbətən kişilər laringitlə daha tez-tez xəstələnirlər. Ümumiyyətlə, qırtlağın iltihabi xəstəliklərinin səbəbi ekspirator havadan daha çox inspirator havadır.

Laringitlərin bizə məlum olan səbəblərindən (məişət, meteoroloji, peşə ilə əlaqədar səbəblər) başqa, onların əmələ gəlməsində tütündən və alkoqoldan çox istifadə etmək də böyük rol oynayır.

S i m p t o m l a r. Kəskin laringit qırtlaqda çox şiddətli olmayan qıdıqlanma, qaşınma, quruluq duyğusundan başlanır. Gecə-gündüz rahatlıq verməyən bu xoşagəlməz duyğulardan yaxa qurtarmaq cəhdi səsin xırıltılı olmasına və yorğunluğuna aparıb çıxarır; bəzən tam afoniya baş verir. Prosesin əvvəlində öskürək quru, əziyyətli olub xəstəyə nə gündüz, nə də gecə rahatlıq vermir.

Xəstəlik başladıqdan bir neçə gün sonra selikli-irinli bəlgəm ifrazı müşahidə olunur və münasib şəraitdə xəstəlik bir-iki həftəyə keçib gedir.

Yaşlılarda xəstəlik, adətən, temperatur yüksəlmədən davam edir, uşaqlarda ümumi halsızlıq və temperaturun azacıq yüksəlməsi müşahidə olunur.

Larinqoskopik mənzərə kəskin laringitin bir neçə formalarını aşkara çıxarır. Adi forma zamanı hər iki səs бүкüşündə, bəzən isə bütün selikli qışada az və ya çox şiddətli ödem və hiperemiya qeyd olunur. Proses yalnız həmin səs бүкüşlərini əhatə edirsə söhbət chorditis laryngea acuta-dan gedir. Çox vaxt səs yarığında qatı selik sapları görünür. Nadir hallarda həqiqi və yalançı səs бүкüşləri boyunca məhdud nöqtəvarı qansızması müşahidə olunur; bu, kəskin laringitin hemorragik forması olub qrip zamanı xüsusilə tez-tez rast gəlinir. Bəzi xəstələrdə selikli qışa quru olur (laryngitis acuta sicca). Nəhayət prosesin səs бүкüşləri altındakı sahədə lokalizasiyası (laryngitis subchordalis acuta) kəskin laringitin xüsusi formasıdır ki, bu haqda əvvəlcə məlumat verilmişdir.

Kəskin laringitin **a ğ ı r l a ş m a l a r ı** n d a n həqiqi səs бүкüşlərinin parezini göstərmək olar (bunun haqqında xüsusi fəsildə danışılacaqdır). Qırtlağın qorxulu kəskin iltihabı xəstəliklərindən biri stenoz törədici larinqotraxeobronxitdir. Xəstəlik çox vaxt qızılca və qripdən sonra baş verir. Bütün qırtlaq, traxeya və bronxların selikli qışaları xeyli qızarmış olur. O, özünü xorali ekssudativ prosesin əmələ gəlməsilə biruzə verir. Fibrinoz ekssudatın tez-tez

qartmaqlara çevrilməsindən asfiksiya qorxusu olur və ağır toksik hallardan xəstə tələf ola bilər.

D i a q n o z. Təsvir olunanlardan göründüyü kimi xəstəliyin diaqnostikası çətin deyildir. Kiçik uşaqlarda dolayı (vasitəli) laringoskopiya müvəffəqiyyətsizliyə uğradıqda vasitəsiz laringoskopiya tövsiyə edilir. Laringit ilə qrip, qırtlağın qızılyel iltihabı və sifilisi arasında diferensial diaqnostika aparılmalıdır.

Qrippoz laringitlər göstərilən qansızmalardan başqa temperaturun yüksəlməsi ilə müşayiət olunur. Qızılyel laringitində selikli qışa parlaq moruq rəngli olur; xəstəlik yüksək temperatur və orqanizmin başqa hissələrinin prosesə tutulması ilə müşayiət olunur. Sifilis zamanı prosesə cəlb olunmuş selikli qışada ağımtıl düyüncüklər tez əmələ gəlir.

Kəskin laringitin **p r o q n o z u** yaxşıdır. Katarlara meyllik olduqda, müalicə düzgün aparılmazsa və xəstə rejimə riayət etmirsə proses xronik formaya keçə bilər.

M ü a l i c ə. Hər şeydən əvvəl, tərlədici dərmanlar (aspirin) təyin edilməlidir. Qırtlaq ilə çənə bucağı arasındakı sahəyə isti applikasiyalar, xardal kağız yapışdırılması (10 – 15 dəqiqəlik) səmərəli tədbirlərdən sayılır. Sonra xardalın izlərini yaş pambıq ilə silir və isti sarğı qoyurlar (V.K.Suprunov). İsitqac, ultrayüksək tezlikli cərəyan (UYT) da faydalı təsir göstərir.

İsti süd ilə bal və ya borjom qatışığı xalq təbabətində işlənən müalicə vasitəsi olub yaxşı təsir göstərir. Öskürək zamanı narkotiklər (kodein, morfin, dionin), habelə bəlgəmgətirici dərmanlar tövsiyə olunur. Qələvi (çay sodası ilə), habelə mentol və ya evkalipt yağı ilə xüsusi aparatla edilən inqalyasiyalar bəlgəm ifrazını artırır. Penisillin və kameton aerosolları yaxşı kömək edir. Xəstənin evdə edə biləcəyi sadə inqalyasiya növü belədir: 1 stəkan qaynar suya 20 damcı mentol, evkalipt yağı ya skipidar töküb stəkanı qıf ilə qapayaraq onun vasitəsilə buxarla nəfəs alırlar. Quru katarlarda skipidar yaxşı kömək edir. İnqalyasiyanın qeyd etdiyimiz isti növlərindən başqa soyuq inqalyasiyalar qlasseptik və ya pulverizatorlar da olur. Göstərilən preparatlardan başqa antibiotikləri, 0,5%-li timol məhlulunu, 1%-li rivanol məhlulunu, 1%-li sitral məhlulunu da inqalyasiya ilə işlədirlər. Bu manipulyasiyalar zamanı xəstə öskürməməlidir. Belə instilyasiyaları (instillatio) hər gün və ya günəşırı təkrar edirlər.

Dərman müalicəsindən başqa xəstənin rejimi də böyük əhəmiyyətə malikdir, belə ki, uşaqlar yataq rejimində olmalıdırlar. Xəstə danışmamalı (susma rejimi), papiros çəkməməli və içki içməməlidir. Ədvalı qida da zərərli olur.

Zərərli istehsalat sahəsində işləyənlər və səs aparatı işcil üzv olanlar (pedaqoqlar, müğənnilər, aktyorlar, telefonçular və i. a.) işdən azad edilməlidirlər.

Yalançı inaq və ya telaltı (subxordal) laringit

Yalançı inaq uşaq yaşlarında (2 yaşından 7 yaşına qədər) rast gəlinir. Xəstəliyin əmələ gəlməsinə kömək edən amillərə qırtlıq mənfəzinin darlığı, səs бүкüşlərinin altındakı (subxordal) sahədə selikaltı qışanın kövşəkliyi aiddir. O, rinofaringiti və udlaq limfadenoid halqasında xəstəlik olan labil uşaqlarda müşahidə olunur. Zökəmli uşaq gecə birdən-birə qorxu içərisində oyanır, ağlayır, hava çatışmadığından göyərir. Bütün bunlar inspirator stridor ilə müşayiət olunur. Xəstə uşaqlar tutmasayağı öskürəklə tənəffüsə mane olan şeyi qırtlaqdan çıxarmağa cəhd edirlər və gərginlikdən onları tər basır.

Larinqoskopik müayinə həqiqi səs бүкüşləri altında səs yarığını daraldan qırmızı rəngli, ödemli iki yastıq (hündürlük) olduğunu göstərir. Xəstəlik qəflətən baş verir, tutmalar şəklində olur və bir neçə dəqiqədən yarım saata qədər davam edir. Tutmadan üzülmüş olan uşaqlar tez yatırlar. Sonra tutma yenə təkrar oluna bilər.

D i a q n o z. Larinqoskopiya etmək mümkün olduqda çətin deyildir. Əks təqdirdə tutmanın qəflətən olması xarakteri, səsin qalması, hürüşkən öskürək və tutmanın tez ləğv olması diaqnoza kömək edir.

Yalançı inaq ilə həqiqi inaq, qırtlağın və traxeyanın yad cismi, qırtlağın qıcolmaları, udlaqarxası abses arasında diferensiasiya aparmaq lazımdır.

P r o q n o z, adətən, yaxşıdır və nadir hallarda təcili traxeostomiya tələb edən asfiksiya ola bilər.

M ü a l i c ə. İlk yardım otağın havasını dəyişməkdən, havanı nəmləmək üçün otaqda yaş mələfələr asmaqdan ibarətdir. Uşaq yataqda olmalıdır. Xəstəyə isti süd ilə borjom verilir: ayaqlara isti vanna, bədəni isti suda isladılmış mələfəyə бүрүmək, boyun nahiyyəsinə xardal kağızı təyin edilir, daxilə brom preparatları verilir. Tutmanı aradan qaldırmaq üçün qusma refleksi, yaxud asqırma törədirlər. Qusma refleksini şpadel və ya qaşığı dilin kökünə basmaqla əmələ gətirirlər. Xəstəni asqırtmaq üçün kibritə və ya zonda sarınmış pambıqla burunu qıdıqlayır, müstəsna hallarda traxeostomiya edirlər. Yataq (sürtünmə) yarası əmələ gələ bildiyindən intubasiya zərərli olur.

Tutmaların qarşısını almaq üçün yuxarı tənəffüs yolları katarının müalicə edilməsi tələb olunur, ümumi möhkəmləndirici müalicə də aparılmalıdır.

Fleqmonoz laringit (laryngitis phlegmonosa)

Fleqmonoz laringit ağır xəstəlik olub qırtlağın selikaltı qışasında gedir. Xəstəliyin törədicisi streptokokklardır. Onların selikaltı qışaya səthdən keçməsi selikli qışanın yad cisimlərdən, yanıqdan yaralanması ilə izah olunur. İnfeksiyanın başqa daxilolma yolu hematogen yoldur ki, bu infeksiyon xəstəliklər zamanı

müşahidə olunur. Nəhayət, infeksiya selikaltı qışaya qırtlaqda vərəm, sifilis və xərçəng olarkən keçə bilər.

Əzələlər, əzələarası kövşək birləşdirici toxuma və bağ aparatı da prosese cəlb olunur. Xəstəlik, adətən, kişilərdə 20 – 40 yaşlarda müşahidə olunur; uşaqlarda az rast gəlinir. Qırtlaq fleqmonasının məhdud (lokal) və diffuz formaları ayırd edilir. Diffuz forma nadir hallarda müşahidə edilir.

S i m p t o m l a r. Xəstəliyin başlanması qəflətən şiddətli üşütmə və temperaturun yüksəlməsi ($40 - 41^0$) ilə müşayiət edilir. Ümumi intoksikasiya təzahürləri, ürək fəaliyyətinin zəifləməsi, hətta ağciyərin absesi qeyd olunur.

Larinqoskopiya toxumaların sərt infiltrasiyaya uğradığını aşkar edir ki, bu da çalovabənzər qığırdaqların mütəhərrikliyinin azalmasına aparıb çıxarır. Selikli qışanın parlaq qırmızı rəngli fonunda nekrotik epiteli adacıqları və qatı selikli-irinli ifrazat nəzərə çarpır. Əgər proses qırtlaq qapağında olarsa, o, çox qalınlaşmış olur, mütəhərrikliyini və elastikliyini itirir. Prosesin çalovabənzər qığırdaqlar nahiyyəsində lokalizasiyası udmanın pozulması, səs бүкüşlərində olması isə səsin tutqunluğu (xırıltılı səs) ilə gedir.

G e d i ş. İnfeksiyanın virulentliyindən asılı olaraq proses bəzən yüngül davam edir, əksərən (xüsusən diffuz formada) gedişi ağır olur. Asfiksiya, septik pnevmoniya, ölümcül mediastinit təsadüfləri də mümkündür.

P r o q n o z. Antibiotiklərin tətbiqi sayəsində son illərdə xəstəliyin proqnozu yaxşılaşmışdır.

M ü a l i c ə. Xəstəxana şəraitində olmalıdır. Əvvəlcə asfiksiyanın qarşısını almağa xüsusi diqqət yetirilməlidir; bu məqsədlə traxeostomiyanın tez edilməsi zəruri sayılır, çünki o, boğulmanı aradan qaldırmaqdan başqa xəstə üzvə rahatlıq verir (V.K.Suprunov). Xəstəliyin əvvəlində aparılan yerli müalicə soyuq tətbiqindən, yəni xaricdən boyuna buz qoymaqla bərabər onu daxilə qəbul etdirməkdən, sinə və arxanın dərisinə yayındırıcı vasitələr qoymaqdan ibarət olur. Böyük dozalarda antibiotiklər işlədilir. Xəstə həkimə gec müraciət etdikdə, yaxud həmin dərmanlar kömək etməzsə absenin yetişməsinə sürətləndirmək üçün buxar inqalyasiyaları, parafin applikasiyaları təyin edilir. Lakin konservativ müalicənin köməyi nadir hallarda olur; bunu nəzərə alaraq əksərən operasiyaya müraciət olunur. Yetişmiş absesləri qırtlaqdaxili qaydada yarırlar. Absesi qırtlaqxarici qaydada yararkən kəsik fluktuasiya ən çox qabarıq olan yerdə qat-qat aparılır. Bəzi təsadüflərdə larinqofissurayı və ya qırtlaq qığırdaqlarını pəncərəvarı rezeksiya etmək lazım gəlir (Kompaneyets üsulu ilə).

Qırtlağın xondro-perixondritləri (chondro-perichondritis laryngis)

Qırtlağın xondro-perixondriti bir çox amillərin təsirindən əmələ gəlir. Tez-tez rast gəlinən səbəbi müxtəlif xarakterli travmadır. Buraya qırtlağın odlu silah və kəsilmiş yaraları, traxeostomiyanın nəticələri və s. aiddir. Xondro-

perixondritlər qırtlağın şüa müalicəsindən sonra, vərəm, yatalaq və sifilis xoraları ilə əlaqədar olaraq infeksiyanın dərin toxumalara nüfuz etməsindən əmələ gəlir. Xondro-perixondritin səbəblərinə, habelə qrip, difteriya, şişlərdən isə qırtlağın xərçəngi aiddir.

Proses əvvəlcə qığırdaqüstlüyünə sonra isə qığırdağın özünə sirayət edir. Əgər irin qığırdağın eyni zamanda hər iki tərəfində, yəni qırtlağa baxan daxili və xarici tərəfdə toplanıb trofikanın pozulmasına apararsa, bu, labüd olur.

Qırtlağın xondro-perixondritlərini şərti olaraq xarici və daxili deyə iki formaya bölürlər. Proses yalnız bir qığırdağı (məhdud forma), yaxud bir neçə qığırdağı (diffuz forma) tuta bilər. İnfeksiyanın nəticəsi olan irinləmə qığırdaqüstlüyünü qığırdaqdan ayırır, nəticədə qığırdağın trofikası pozulur. Proses irinli fistul əmələ gəlməsi və ya çapıqlaşma ilə qurtara bilər. Hər bir təsadüfdə qığırdaq skeleti hissələrinin məhv olması nəticəsində qığırdağın skeleti deformasiyaya uğradığından asfiksiya əmələ gəlir.

S i m p t o m l a r. Xondro-perixondritin simptomları prosesin lokalizasiyasından asılıdır. Prosesin harada getdiyindən asılı olmayan ümumi əlamətlərə ümumi halın ağırlığı, temperaturun yüksəlməsi və ağrılar aiddir.

Qalxanabənzər qığırdağın xondro-perixondriti zamanı patoloji proses olan tərəfdə xarici səfhə qalınlaşır, ön komissura sahəsində şişkinlik və fistula meydana çıxır. Fistulalar əmələ gəldikdə qığırdağın tələf olmuş hissələrini zondla təyin etmək olur.

Üzüyabənzər qığırdağın iltihabında şişkinlik və abses səs telləri altındakı sahənin həm xaricində, həm də daxilində olur.

Çalovların xondro-perixondriti həqiqi səs бүкüşlərinə məxsus mütəhərriqliyinin azalması, yaxud tamamilə itirilməsi ilə müşayiət olunur. Xəstəliyin gedişi bəzən coşğun, bir sıra təsadüflərdə süst, subkəskin olur.

P r o q n o z həyata görə yaxşıdır, funksional cəhətcə pisdır. Çox vaxt xəstəlik qırtlağın daralması ilə nəticələnir: xəstə traxeostomiyadan sonra ediləcək xüsusi bərpaedici operasiyalara qədər uzun müddət ərzində kanyula gəzdirməli olur

M ü a l i c ə. Qırtlaq xondro-perixondritinin başlanğıc yüngül formaları antibiotiklər, sulfanilamidlərlə konservativ müalicə olunur: bununla yanaşı istilik proseduraları: parafin müalicəsi, UYT (ultrayüksək tezlikli cərəyan) təyin edirlər.

Çox gecikdirilmiş təsadüflərdə cərrahi müdaxilə nəzərə alınır. Asfiksiya təhlükəsi olduqda edilən traxeostomiyadan başqa belə müalicə qırtlaqda davamlı stenozun və deformasiyaların əmələ gəlməsi qarşısını almalıdır. Qırtlağın odlu silah yaralanmasında erkən müdaxilə (operasiya) tələb olunur. S.M. Kompaneyets tərəfindən təklif edilmiş qığırdağın pəncərəvarı rezeksiyası effektiv cərrahi müdaxilədir.

Udmanın pozulma təzahürləri olduqda buzun udulması, anestezin, kvarts işığı, Y.S. Tyomkin üsulu ilə burundaxili blokada edilir.

Qırtlaq difteriyası (diphtheria laryngis)

Qırtlağın difteriyası və ya həqiqi inaq əksərən 6 yaşına qədər uşaqlarda müşahidə olunur. Qırtlağın ilkin (birincili) difteriyası nisbətən az rast gəlinir, adətən, o, burun ya əsnək difteriyası ilə birlikdə olur. Prosesin dərinə yayıldığı əsnək difteriyasından fərqli olaraq qırtlaq difteriyası zamanı fibrinoz iltihabın qırtlaqdaxili səthə tez yayılması müşahidə olunur.

S i m p t o m l a r. Xəstəlik özünü əvvəlcə yüngül xırıltı (səsdə), öskürək, səs бүкüşləri altındakı sahənin ödemli olması ilə göstərir. Temperaturun yüksəlməsi xarakterik əlamət deyildir. Uşaq şıltaq və narahat olur. Ödem böyüdükdə və plyonkalar əmələ gələrkən xırıltı güclənir, səsin tamamilə itməsinə (afoniyaya) qədər çata bilir, öskürək yavaş olur. Səs бүкüşləri altındakı sahənin ödemi və fibrinoz plyonkalar tədriclə artıb asfiksiyaya aparır; asfiksiya müvəqqəti olaraq keçə bilir ki, bunu plyonkaların öskürəklə xaric edilməsi ilə əlaqələndirirlər; bununla əlaqədər olaraq səs də yaxşılaşır. Əgər xəstə difteriyaya qarşı serum almayıbsa, yaxud serum effekt verməzsə boğulmadan və ümumi toksikozdan ölüm ola bilər. Larinqoskopiya, adətən, çətin olur, bu da uşağın narahat halda olması ilə izah edilir. Larinqoskopiya mümkün olduqda isə həqiqi səs бүкüşlərində bozuntul plyonkalar və həqiqi səs бүкüşlərinə xas olan mütəhərriqliyin azalması qeyd olunur ki, bu da qırtlaq əzələlərinin toksik iltihabı (miezit) və ya nevritlə izah edilir.

D i a q n o z. Xəstəyə diaqnozun tez qoyulması çox vacibdir: o, xəstə uşağın taleyini həll edir. Eyni zamanda burun ya əsnək difteriyası olduqda diaqnoz çətin deyildir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, uşağın səsi səbəbsiz xırıltılı olarsa, onu dərhal larinqoskopiya uğratmaq, şübhə olduqda isə xəstəliyin törədicisini – Löfler çöpünü tapmaq məqsədilə qırtlaqdan yaxma götürmək lazımdır.

Həqiqi inaqı yalançı inaqdan, qırtlağın yad cismindən fərqləndirmək (diferensiasiya) lazımdır. Bakterioloji tədqiqat bütün təsadüflərdə həlledici əhəmiyyətə malikdir. Xəstəliyə diaqnoz qoyarkən difteriyalı xəstə ilə kontaktın olmasını nəzərə almaq lazımdır.

M ü a l i c ə. Hər şeydən əvvəl, xəstəyə difteriya əleyhinə serum vurub yalnız bundan sonra onu infeksiya xəstəxanaya göndərmək lazımdır.

Serumu həтта difteriya xəstələnmədən şübhələndikdə də vurmaq lazımdır ki, bakterioloji müayinə ilə diaqnoz təsdiq edilənə qədər vaxt itirilməsin.

Difteriyanın ağır formalarında serum effekt alınana, yəni plyonkalar azalana qədər gündə 2 – 3 dəfə yeridilir; sonra serumu gündə bir dəfə plyonkalar tamamilə yox olana qədər vurmaqda davam edirlər. Doza yüngül formalar zamanı bir dəfəyə 3000 vahid, ağır formalarda isə 10000 – 20000 vahid olur. Serum Bezredko qaydası ilə yeritmək lazımdır. Qırtlaq difteriyasının müalicəsində serum

ilə yanaşı penisillin işlədilir, venaya qlükoza, C vitamini yeridir, buxar inqalyasiyaları tətbiq edirlər. Xəstənin qidası kifayət dərəcədə kalorili olmalıdır.

Qırtlağın xronik iltihabları

E t i o l o g i y a. Xroniki laringitin əmələ gəlməsini axıra qədər müalicə edilməmiş kəskin proses, mənfi məişət və peşə amilləri, mexaniki (toz) və kimyəvi qıcıqlanma, hormonal pozulmalar, habelə səsin ifrat gərginləşməsilə əlaqələndirirlər. Burun tənəffüsünün çətinləşməsi, bronxların və ağciyərlərin öskürək törədən xəstəlikləri, ürək-damar sisteminin qan durğunluğu verən xronik xəstəlikləri də xronik laringitə səbəb ola bilər. Nəhayət, alkoqoldan və tütündən həddindən artıq istifadə edilməsi kimi xroniki laringit törədə bilən səbəbləri də qeyd etmək lazımdır (şəkil 91).

Xronik laringitin 3 formasını ayırd edirlər: 1) xronik kataral laringit; 2) xronik hiperplastik laringit; 3) xronik atrofik laringit.



Şəkil 91. Xronik kataral laringit.

Xronik kataral laringit (laryngitis catarrhalis chronica)

Xəstələr səsin xırıltılı və fisiltılı olmasından, öskürmədən, bəlgəm ifrazının çoxalmasından şikayətlənirlər. Gün ərzində səsin xarakteri dəyişilə bilər ki, bu da qıcığın qüvvəsi ilə izah olunur: çox vaxt səhərlər səsin təmiz olması müşahidə

edilir, axşama yaxın isə səs çox gərginləşdiyindən səs büküşləri yorulur və səs xırıltılı olur.

Larinqoskopiya zamanı selikli qışa çəhrayı və ya bozuntul görünür, bir qədər qalınlaşır, səs büküşlərinin gərginliyi az olur, bəzən isə adduktorların parezi qeyd olunur. Xəstəlik kəskinləşə bilər.

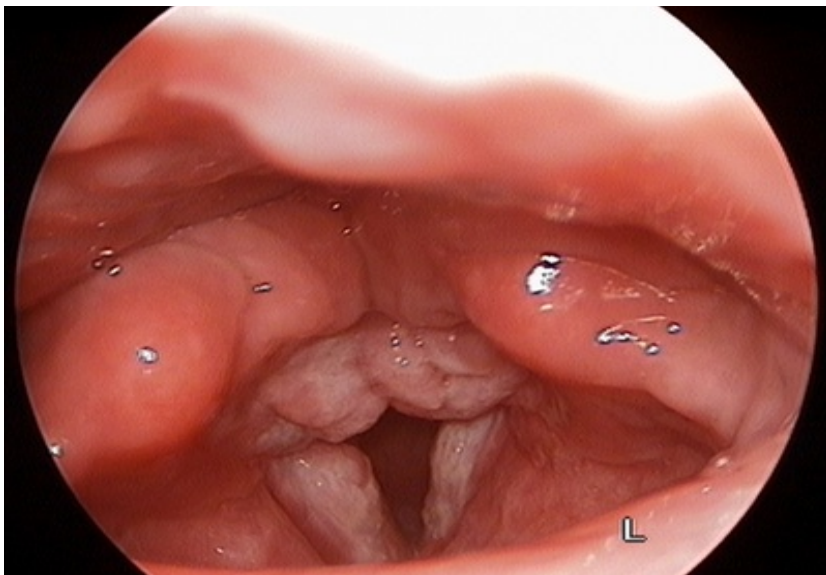
P r o q n o z. Rejimə riayət etməkdən, xəstəliyə səbəb olan amillərin aradan qaldırılmasından (xəstəlik peşə ilə əlaqədar olduqda xəstəni müvafiq iş keçirmək, burunda operasiyalar) asılıdır.

Xronik hiperplastik laringit (laryngitis hyperplastica chronica)

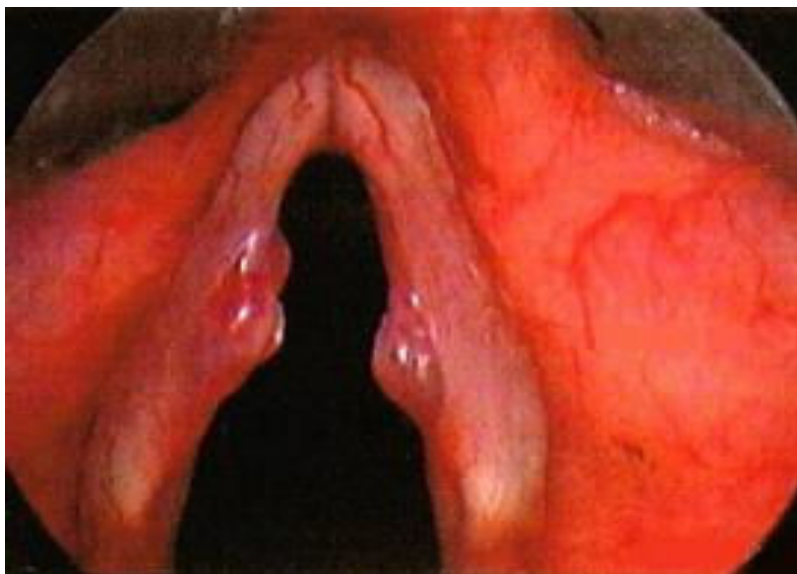
Laringitin bu formasında hiperplaziya qırtlağın hər yerində (diffuz forma) və ya ayrı-ayrı sahələrində (məhdud forma) ola bilər. Bu formaların hər birinin öz klinikası, gedişi və nəticəsi vardır. Xəstənin şikayətləri sadə xronik kataral laringitdəki kimi olur, lakin burada simptomlar daha qabarıqdır.

Xronik diffuz laringit zamanı selikli qışa göyümtül – qırmızı və ya bozuntul olur. Həqiqi səs büküşləri ifrat yükdən (gərginlikdən) qalınlaşıb silindrik formaya malik olur, öz elastikliyi itirir; bir sıra təsadüflərdə səs büküşlərinin qalınlaşması şiddətli olur, hiperplaziyaya uğramış toxuma qarıncıq şəklində qırtlağın mənfəzinə sallanıb burun polipləri kimi rəngə və konsistensiyaya malik olur. Bu dəyişikliklər səsin xassəsində əks olunur.

Məhdud formalar zamanı müşahidə oluna bilən dəyişikliklər bunlardır: 1) paxidermiya (pachydermia laryngis). O, qabarlar ya düyünlər şəklində məhdud toxuma hiperplaziyası olub qırtlağın yastı epiteli ilə örtülü sahələrində (qırtlağın arxa divarı və həqiqi səs büküşlərinin arxa $\frac{1}{3}$ hissəsi) əmələ gəlir (şəkil 92). Arxa divardakı paxidermiya büzmə (qat) şəklində olur; 2) müğənni düyüncükləri (noduli laryngis). Həqiqi səs büküşləri fonasiya zamanı bir-birinə ifrat dərəcədə yaxınlaşmış olduqda, yaxud onlardan bacarıqsız surətdə istifadə etdikdə, həqiqi səs büküşlərinin sərbəst kənarlarında (ön və orta üçdə bir hissələrin hüdudunda) simmetrik kiçik (sancaq başcıqı böyüklüyündə və ya daha böyük) düyünlər əmələ gəlir; formaca kürəyə bənzəyir, rəngi ağımtıl-boz olur (şəkil 93). Onlara bir növ döyənək kimi baxılır, ilk dəfə müğənnilərdə təsvir edilmiş olduğundan adları da bunula əlaqədardır; düyüncüklər qışqırıqçı uşaqlarda da tez-tez müşahidə olunur; 3) Morqanyı mədəciklərinin sallanması (prolyapsus). Bu mədəciklərin selikli qışası bəzən hiperplaziyaya uğrayıb mədəciklərdən kənara, yəni qırtlağın mənfəzinə çıxır. Bu zaman həqiqi səs büküşləri qismən qapana bilər.



Şəkil 92. Həqiqi səs büküşlərinin və qırtlağın arxa divarının paxidermiyası.



Şəkil 93. Müğənni düyünləri.

Bunu da əlavə etmək lazımdır ki, xronik laringit zamanı, xüsusilə onun hiperplastik formasında yalançı səs büküşlərinin hipertrofiyası nəzərə çarpır ki, onlar həqiqi səs büküşlərini qismən örtmüş olur. Bu hipertrofiya vikar xarakterdə

olur; onun əmələ gəlmə mexanizmi belədir: həqiqi səs бүкüşləri xəstələnmiş olduqda və xəstə susma rejiminə riayət etmədikdə, yalançı səs бүкüşləri də buna hələ uyğunlaşmamış olduqları halda səsin əmələ gəlməsində iştirak edir.

D i a q n o z təsvir edilənlərə əsasən çətin deyildir.

P r o q n o z xronik hiperplastik laringit zamanı tamamilə yaxşılaşma mənasında o qədər də müsbət deyildir: xəstənin halını yüngülləşdirmək olar, lakin onu tamamilə sağaltmaq mümkün deyildir.

M ü a l i c ə. Laringitin kataral və hiperplastik formalarının müalicəsi, hər şeydən əvvəl, xəstəliyin əmələ gəlmə səbəbini (peşə ilə əlaqədar olar zərərli amillər, papiros çəkmə, alkoqol) aradan qaldırmaqdan ibarətdir. Burunda olan patoloji təzahürləri aradan qaldıraraq xəstənin burun tənəffüsünü qaydaya salmaq lazımdır. Xəstə danışmamaq (susma) rejiminə riayət etməlidir. Bu rejimə riayət etdikdə müğənni düyüncükləri bəzən hətta öz-özünə keçib gedir.

Dərmanla müalicə vasitələrindən qırtlağa mentol tökmək (şprislə), yaxud qələvi inqalyasiyaları tövsiyə olunur. Hiperplastik laringitlər zamanı bu deyilənlərdən başqa qırtlağa 1 – 2%-li gümüş-nitrat məhlulu yaxılması zəruri sayılır. Fizioterapevtik vasitələrdən boyuna palçıq, solyuks (10 – 20 seans) ifrat (ultra) yüksək tezlikli cərəyan (UYT 10 – 15 seans) tövsiyə olunur. Dənizkənarı və balneoloji kurortlarda olmaq faydalıdır.

Əgər paxidermiya və müğənni düyüncükləri adi müalicə üsulu ilə aradan qalxmırsa, onları ehtiyatla xaric etmək (operasiya) olar, yaxud elektrokoagulyasiya etmək. Müğənniləri operasiya edərkən ehtiyatlı olmaq xüsusilə vacibdir.

Xronik atrofik laringit

Burunda və udlaqda da belə (atrofik iltihabi) proseslər olarkən müşahidə olunur. İsti şəraitdə işləyənlər (peç qalayanlar, aşpazlar, isti sexlərin fəhlələri) bu xəstəliyə xüsusilə meyilli olurlar.

Müayinə zamanı qırtlağın selikli qişasının quruluğu nəzərə çarpır; o, suvaşqan selik və ya qartmaqla örtülmüş olur. Atrofiya seliki qişanın son dərəcə nazilməsinə (üzülməsinə) aparıb çıxarır. Qartmaqların olması xəstələri şiddətlə öskürməyə vadar edir ki, bu da ekstravazata səbəb olur. Bütün bunlar səsin tez yorulmasına səbəb olur. Bəzən ağızdan pis qoxu gəlir, bu qırtlağın özenasını göstərir.

M ü a l i c ə. Hər şeydən əvvəl, bütün zərərli amilləri aradan qaldırmaq lazımdır. Prosesin gedişində inqalyasiya, pulverizasiya ilə işlədilən duz və qələvi məhlulları, karbon qazlı mədən suları yaxşı təsir göstərir. Qırtlağa yamaq üçün Lyuqol məhlulu və ya nikotin turşusunun 2%-li məhlulu tətbiq olunur. Aloe (əzvey) ekstraktı iynələrinin vurulması (hər gün 1ml olmaqla 30 gün ərzində) xəstəliyin bir qədər yaxşılaşmasına səbəb olur.

Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, tamamilə sağalmaya nail olmaq mümkün deyildir.

Qırtlağın sinir aparatının xəstəlikləri

Qırtlaq sinir aparatının xəstəlikləri iki qrupa bölünür: üzvi və funksional xəstəliklər.

Üzvi xəstəliklər nəticəsində qırtlaq sinirlərində iltihab və ondan irəli gələn ifliclər olur, ifliclər isə mərkəzi və periferik xarakterə malik olub sonradan hissi və hərəkəti pozulmalarla müşayiət edilir.

Qırtlaqda hissiyyatın pozulmasına anesteziya, hiposteziya və hiperesteziya təzahürləri aiddir. Hissiyat pozulmalarının birinci iki növü son dərəcə az rast gəlinib əksərən mərkəzi mənşəli (apoplektik insult) olduğu halda, hiperesteziya təzahürləri tez-tez müşahidə olunur. Buna səs büküşlərinə tox çökməsi, sekret və yad cisim düşməsi, qulaq keçəcəyinin çox vaxt xəstənin özü tərəfindən qurdalamaqla qıcıqlandırılması (azan sinirin qulaq şaxəsi) səbəb ola bilər. Belə xəstələrin müalicəsinə tox olmayan havada olmaq yaxşı kömək edir. Xəstəliyin zərərsiz olduğunu xəstələrə anlatmaq, sinir sisteminə təsir etmək lazımdır.

Qırtlağın hərəkəti pozulmaları

Qırtlağın hərəkəti pozulmaları tez-tez rast gəlinir.

Qırtlaq innervasiyasının pozulmaları klinik cəhətcə qırtlaq əzələlərinin qıcolmaları, parezləri və iflicləri şəklində meydana çıxır

Qıcolmalar (laryngismus stridulus)

Qırtlaq əzələlərinin qıcolması və ya larinqospazmı əksərən yenidoğulmuş və iki yaşına qədər olan uşaqlarda rast gəlinir. Bu xəstəliyin etiologiyasında raxit, spazmofiliya, həzmin pozulması, qidalanmanın xarakteri rol oynayır. Ana südü ilə qidalandırılan uşaqlarda larinqospazm olmur. Larinqospazm böyüklərdə də rast gəlinir və qırtlağa kiçik yad cisimlərin (seliyn axıb dolması, çörək qırıntısı) düşməsi və zərərli qazlarla tənəffüs etməklə əlaqədar olur. Qanda kalsium səviyyəsinin azalması da rol oynayır.

S i m p t o m l a r . Uşaqlarda larinqospazm qəflətən baş verir, yaxud ondan qabaq öskürmə, ağlama, qorxu, gülüş olur. Yüngül təsadüflərdə tənəffüsün tez keçib gedən ləngiməsi olur. Ağır spazm tənəffüsün dayanması, sianoz və huşun itməsi ilə müşayiət edilir. Lakin, qanda toplanan karbon qazı ilə tənəffüs mərkəzinin qıcıqlandırılması nəticəsində bu təzahürlər te yox olur. Tutmalar təkrar oluna bilər, tutma uzun müddət davam etdikdə uşaq tələf ola bilər. Böyüklərdə larinqospazmdan qabaq şiddətli öskürək tutması, stridorlu inspirasiya olur. Tabes zəminində meydana çıxan larinqospazm tutmaları xüsusilə ağır olur.

D i a q n o z. Uşaqlarda laringospazm diaqnozu tutmadan sonra normal laringoskopik təsvirin birdən-birə bərpa olmasına əsasən qoyulur. Böyüklərdə diaqnozun qoyuluşu çətinlik təşkil etmir.

M ü a l i c ə. Dərini və selikli qişanı şiddətli qıcıqlandırmaqla tutmaları aradan qaldırmaq olar. Dərini qıcıqlandırmaq üçün iynə batırır, çimdikləyirlər; selikli qişanı qıcıqlandırmaq üçün udlaq refleksi törədir, ya burunu qıdıqlayırlar. Kalsium preparatları yaxşı təsir edir.

Sinir sistemini sakitləşdirmək üçün uşağa xloralhidrat (5%-li məhlulundan iki çay qaşığı balonla bağırsağa yeridirlər) təyin edirlər; naşatır spirtini iyləmək çox vaxt yaxşı təsir göstərir; uşağa ancaq ana südü vermək məsləhətdir. Böyüklərə brom təyin edirlər. Tutma zamanı xəstəni soyuq mələfəyə bürümək yaxşı kömək edir.

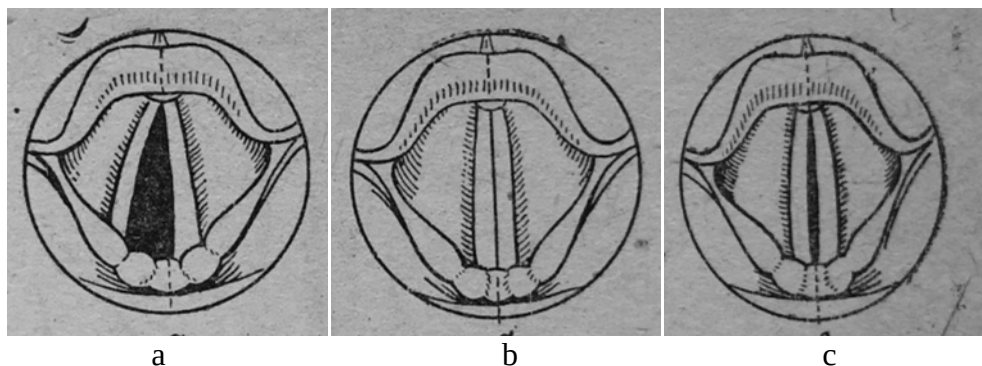
Q ı r t l a ğ ı n p a r e z l ə r i v ə i f l i c l ə r i. Qırtlağın hərəkəti funksiyalarının pozulmaları mərkəzi və periferik mənşəli olur. Mərkəzi pozulmalar nadir halda müşahidə olunur. Onların əmələ gəlmə səbəbləri qansızmalar, qusmalar, kəskin poliomiellit, şişlər və s.-dir.

Periferik ifliclər nevropatik və miopatik olur. Nevropatik ifliclər yuxarı qırtlaq siniri izolə olaraq nadir halda zədələnilir və özünü hissiyyatının pozulması ilə biruzə verir.

Aşağı qırtlaq, yaxud qayıdan sinirin zədələnməsi nisbətən çox müşahidə olunur və qırtlağın hərəkəti pozulmaları ilə müşayiət edilir.

E t i o l o g i y a. Əgər qayıdan sinirlərin anatomiyasını nəzərə alsaq aydın olar ki, onlar uzun gedişi boyunca Ur, aortanın (sol sinir), körpücükaltı və adsız arteriyaların anevrizmi (sağ sinir), xeyli az rast gəlinən mediastinum şişləri, plevrit şərtləri, çox genəlmiş ürək, qida borusunun su şişləri ilə mexaniki surətdə sıxılmadan əmələ gəlir. Qayıdan sinirlərin iflici toksik və infeksiyon (nadir hallarda) xarakteri də daşıya bilər. Nəhayət strumektomiya zamanı sinirin zədələnməsi, yaxud operasiyadan sonra törənən iltihab, qansızmadan sinirin iflici müşahidə edilir. Həmin sinirlərin iflici əksərən birtərəfli, bəzən ikitərəfli olur. Lakin yalnız düzgün diaqnoz qoymaqla məsələ qurtarmır, guya müalicəni müvəffəqiyyətlə başa çatdırmaq üçün xəstəliyin səbəbini aydınlaşdırmaq lazımdır.

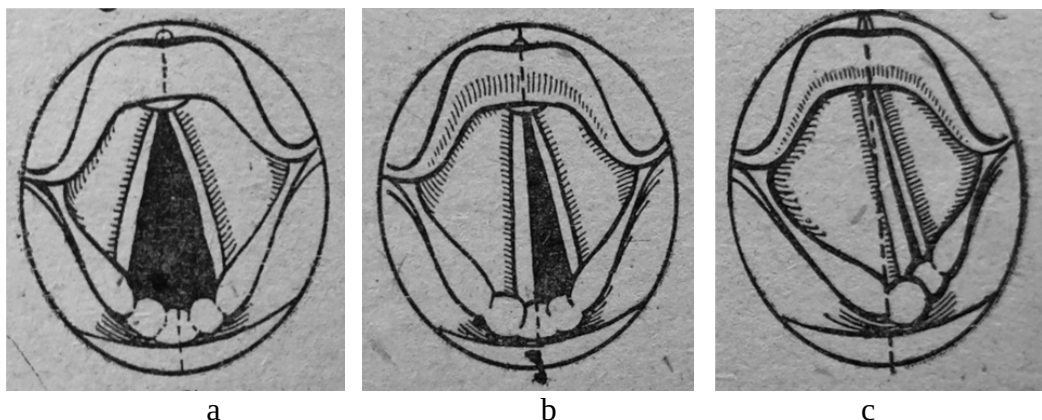
K l i n i k a. Sinirin birtərəfli zədələnmə zamanı iflicə uğramış həqiqi səs бүкüşü orta xətdə gəlir, deməli, paramedian ya median vəziyyətdə qalır. Bu zaman səs funksiyası dəyişilmir, tənəffüs isə cismani (bədəncə) gərginlikdən çətinləşir. Sinirin ikitərəfli iflicindən səsin funksiyası pozulmur, tənəffüs isə olduqca çətinləşir (şəkil 94).



**Şəkil 94. Qayıdan sinir paramedian vəziyyətdə:
a və b – sinirin soltərəfli iflici; c – sinirin ikitərəfli iflici
(Ekkert–Möbiusdan).**

Qayıdan sinirlərin bəzən birtərəfli və ikitərəfli intermedian (yəni ara) və tam iflici də müşahidə olunur. O, ilkin (birincili) ya median ifliclər zəminində meydana çıxır. Sinirin birtərəfli ara iflicindən səs yarığı aspirasiya zamanı tam açılmaz, ikitərəfli formada isə hər iki həqiqi səs бүкüşü aspirasiya fonasiya vaxtında adduksiya vəziyyətində qalır, nəticədə tənəffüs pozulmur, fonasiya isə bəzən tamamilə itir (afoniya).

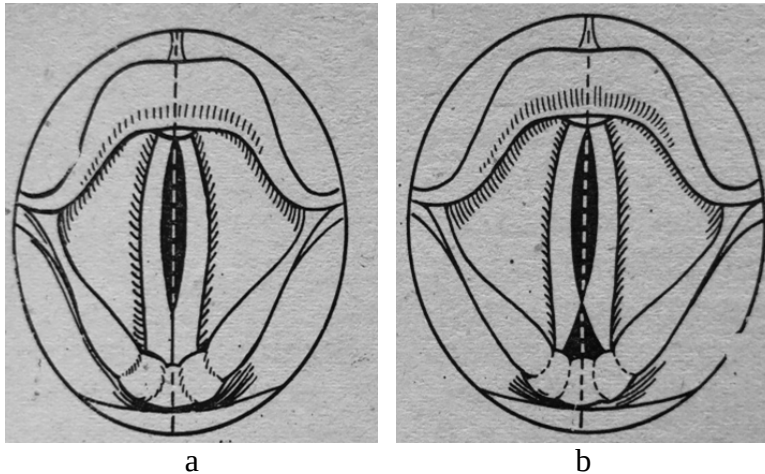
Miopatik ifliclər. Qayıdan sinirin iflici arxa əzələlərin iflicindən başlanı bilər. İflicin bu növündə hər iki həqiqi səs бүкüşü paramedian vəziyyətə yaxın olur (abduktorların iflici), öz hərəkətlərini tamamilə itirir. İki həqiqi səs бүкüşü arasında dar yarıq qalır. Səsin funksiyası itmədiyi halda tənəffüs pozulur. Əgər vaxtında xəstəyə traxeostomiya edilməsə, o, asfiksiyadan tələf olar (şəkil 95). Qeyd etmək lazımdır ki, arxa əzələlərin iflici tədricən törənsə, xəstə yaranmış vəziyyətə, deməli oksigenin çatışmazlığına uyğunlaşa bilər (A.Q.Lixaçov).



**Şəkil 95. Qayıdan sinirin intermedian vəziyyətdə soltərəfli iflici:
a – nəfəsalma; b və c – fonasiya.**

Miopatik zədələnməyə, adətən, adduktorlar uğrayır. Proses ikitərəfli olur. Bu növ parezlər kəskin və xroniki laringitlərdən, səsin ifrat gərginləşməsindən (müəllimlərdə, müğənnilərdə, komandirlərdə), zərərli şəraitdən (toz, qaz) və yataqdan törənir.

Parez iltihab prosesinin qırtlağın selikli qişasından əzələlərə keçməsi ilə izah edilir. Patoloji prosesə tutulma tezliyinə görə daxili səs büküşlərinin parezi birinci yeri tutur və səs bir qədər xırıltıdan ta afoniyaya qədər dəyişilir. Tənəffüs pozulmur. Laringoskopiya zamanı səs yarığı ellipsvari görünür (şəkil 96). Bəzən arxa əzələlərin zədələnməsini göstərir. Məlum olduğu kimi, bu əzələlər çalovabənzər qığırdaqları bir-birinə yaxınlaşdırır. Daxili və çalovarası əzələlərin birgə zədələnməsində müşahidə olunur. Belə halda səs yarığı qum saatı formasını alır. Yan üzüyə çalovabənzər əzələlərin parezində səs yarığı qeyri-düzgün romb forması alır.



Şəkil 96. Səs əzələlərinin parezi:

a – səs azələlərinin parezi; b – səs əzələləri ilə kəndələn əzələnin birgə parezi.

P r o q n o z. Toksik nevrirlərdə sağalma gözləmək olar. Adduktorların parezini sağaltmaq mümkündür. Diaqnoz qoyarkən xəstəliyin səbəbini və laringoskopik təsviri nəzərə almaq lazımdır.

M ü a l i c ə. Mərkəzi mənşəli ifliclər nevropatoloqların, neyrocərrahların ixtisasına aiddir. Qayıdan sinirlərin, arxa əzələlərin iflici olduqda traxeostomiya zəruridir (asfiksiya təhlükəsi). Xəstəni sonralar daimi kanyula taxmaqdan azad etmək üçün, səs yarığını genişləndirmək məqsədilə, müxtəlif cərrahi əməliyyatlar təklif olunmuşdur. Operativ müalicə metodlarından səs büküşünün selikaltı qişa səviyyəsində kəsilməsi tövsiyə olunur. İnfeksiya, ifliclər zamanı iltihab və intoksikasiyaya qarşı müalicədə 0,1%-li strixnin kömək edir.

Adduktorların parezlərinin müalicəsində onların zəifləmiş tonusunu artırmaq məqsədi güdülür. Bundan ötrü qırtlağa faradizasiya və Bernarın diadinamik cərəyanı təyin edilir. Dərmanlardan B₁ vitamini (dəraltına) , daxilə tincturae nucis vomicae gündə 3 dəfə 8 – 10 damcıdan, yaxud dəraltına 0.1% 1 ml təyin edirlər (10 inyeksiya). Novokain blokadası da faydalıdır. Laringit olduqda xəstə ona qarşı müvafiq müalicə almalıdır.

Qırtlağın şişləri

Qırtlaqda rast gəlinən şişlər: xoşxassəli və bədxassəli olur.

Xoşxassəli şişlər

Qırtlağın xoşxassəli şişləri əksərən 20 – 40 yaşlı kişilərdə müşahidə edilir.

Onların ən çox əmələ gəldiyi yer həqiqi səs бүкүşlərindədir. Şişlərin burada əmələ gəlməsinin səbəbini işcil üzv olmaq etibarilə ona verilən tələblərlə əlaqələndirirlər.

Qırtlağın xoşxassəli şişlərindən ən çox rast gəlinənləri: papilloma və fibroma, daha az rast gəlinəni sistdir.

Qırtlağın p a p i l l o m a s ı epiteli xarakterli şişlərdəndir. Onun əmələ gəlməsini orqanizmdəki infeksiya, virus etiologiyalı qrip, xronik qıcıqlanma ilə əlaqələndirirlər. O, kiçik uşaqlarda xüsusilə çox rast gəlinir və çıxarıldıqdan sonra tez-tez residiv verir. Papillomanın tez-tez əmələ gəldiyi yer yoxdur, belə ki, o, həm həqiqi səs бүкүşlərində, həm də yalançı səs бүкүşlərində, çalovarası sahədə, qırtlaq qapağında müşahidə olunur, kataral təzahürlər olmur. Larinqoskopik cəhətcə papilloma gül kələm şəklində olur; onun rəngi qanla təchiz olma dərəcəsindən, epitelinin buynuzlaşma dərəcəsindən asılı olaraq açıq çəhraydır. Şişin həqiqi səs бүкүşlərində yerləşməsi ilə əlaqədar olaraq səs xırıltılı və hətta afonik olur. Uşaqlarda şiş tez və çox böyüdükdə boğulma ola bilər.

P r o q n o z şişin böyüklüyündən asılıdır. Uşaqlarda cinsi yetişkənliyin başlanması ilə bəzən şişin öz-özüne geriyə inkişafı müşahidə olunur. Bunu da göstərmək lazımdır ki, kiçik uşaqlarda şiş çıxarıldıqdan sonra residiv müşahidə olunur.

M ü a l i c ə. Qırtlağa 15%-li iodofillinin bir ay müddətində gənaşırı sürtülməsi yaxşı nəticə verir. Cərrahi müdaxilələrdən şişin çıxarılması məsləhətdir. Yaşılarda operasiya yerli anesteziya ilə, uşaqlarda isə ümumi narkozla edilir. V.F. Undritsin direktoskopu ilə şişin operasiyadan sonra residiv verməsini nəzərə alaraq rentgenoterapiya (3000 – 4000 r) tətbiq edilir. Uşaqlarda rentgenoterapiyanın tətbiqi məsləhət görülmür. Bu qırtlaq qığırdaqlarının inkişafının ləngiməsinə, xondro-perixondritin əmələ gəlməsinə səbəb olar.

Uşaqlarda belə residivlər olduğundan bir sıra müəlliflər yalnız traxeostomiya ilə kifayətlənməyi və şişi 6 – 7 yaşından çıxarmağı tövsiyə edirlər.

Q ı r t l a ğ ı n f i b r o m a s ı və ya polipi tez-tez rast gəlinir; onun ən çox rast gəldiyi yer həqiqi səs бүкүşlərinin sərbəst kənarıdır, nadir hallarda bu şiş yuxarı ya aşağı səthdə olur. Kürəvari, oval, hamar şiş olub, enli əsas və ya ayaqcıq üzərində oturaraq səs бүкүşlərinin ön və orta ücdə bir hissələrinin hüdudunda, yaxud ön komissura sahəsində yerləşir. Rəngi qan təchizindən asılı olaraq boz, açıq qırmızı-təhər və ya tünd qırmızı olur.

Şiş kiçik, yəni sancaq başı böyüklüyündən noxud böyüklüyünə qədər olduğundan tənəffüsü çətinləşdirmir. Şiş yalnız səs бүкүşünün kənarında yerləşmiş olduqda səs tutulmuş (xırıltılı) olur. Şiş ayaqcıq və ya enli əsas üzərində yerləşir. Bəzən larinqoskopiya zamanı onun təsadüfən tapılmasını bunula izah edirlər

M ü a l i c ə s i operativdir. Operasiyanı yerli keyitmə, xüsusi olaraq əyilmiş alətlər və vasitəli larinqoskopiyanın köməyi ilə edirlər.

Çıxarılmış şişlər (papilloma və fibroma) histoloji cəhətcə tədqiq edilməlidir.

Q ı r t l a ğ ı n s i s t i. Əksərən retension sist müşahidə olunur. Onun əmələ gəlməsinə səbəb qırtlaq vəziləri axacaqlarının tıxanmasıdır. Sist qırtlaq qapağının səthində, qırtlağın daxilində rast gəlinir. O, yalnız vəzilərin olmadığı həqiqi səs бүкүşlərində olmur. Bəzən sist alma böyüklüyünə çatır və udma vaxtı narahatlıq hissi, çətinlik törədir, tənəffüsü pozur (çətinləşdirir). Larinqoskopiya zamanı sistlər hamar səthli kürəvari şiş kimi görünür.

M ü a l i c ə. Kiçik sistlər heç bir müalicə tələb etmir. Böyük sistlərin xarici səthi qırtlaqdaxili qaydada qopardılır. Daha iri sistlər qırtlaqxarici üsulla çıxarılır.

Bədxassəli şişlər

Yaman şişlərdən qırtlaqda xərçəng və sarkoma rast gəlinir.

Praktik cəhətcə qırtlağın x ə r ç ə n g xəstəlikləri daha böyük əhəmiyyətə malikdir. Bu, xərçəngin tez-tez olmasından, ağır funksional pozulmalar və həyat üçün təhlükəli nəticələr verməsindən irəli gəlir. Adətən, kişilərdə qadınlara nəsbətən xeyli tez-tez, həm də ilkin (birincili) olaraq 40 – 60 yaşlarda müşahidə olunur. Qırtlaq xərçənginin səbəbi məlum deyildir. Elə güman edirlər ki, namünasib iş şəraiti, mexaniki, kimyəvi amillər xəstəliyin əmələ gəlməsində böyük əhəmiyyətə malikdir. Bunlardan əlavə qırtlağın müxtəlif iltihab prosesləri, papilloması, hiperkeratozu, virus xəstəlikləri, alkoqol, tütün də xərçəngi əmələ gəlməsində rol oynayırlar.

İndiki dövrdə xərçəng şişləri lokalizasiyaya, prosesin yarılmaya, inkişaf mərhələsinə və histoloji quruluşuna görə təsnif edilir. Yerləşməsinə görə şiş səs бүкүşlərialtı sahədə (aşağı mərtəbə), həqiqi səs бүкүşləri sahəsində (orta mərtəbə) və qırtlağın dəhliz şöbəsində (yuxarı mərtəbədə) meydana çıxır. O, yalnız

səs бүküşlərini, Morqanyi mədəciklərini, qırtlağın qapağını, çalov-qırtlaq qapağı bağlarını tutur.

Yayılmasına görə 4 mərhələ ayırd edilir; birinci mərhələ – qırtlaq mərtəbələrindən birində şişin əmələ gəlib məhdudlaşması; ikinci mərhələ – şişin həmin mərtəbədə yayılması; üçüncü mərhələ – şişin qonşu mərtəbələrə keçməsi (endofit böyümə) ilə qırtlağın müvafiq tərəfində hərəkətsizliyin meydana çıxması; dördüncü mərhələ – yayılmış şişin qırtlağın çox hissəsini tutması və qonşu toxumaları infiltrasiyaya uğradıb böyük limfa düyünlərinə metastazlar verərək kaxeksiya törətməsi.

S i m p t o m l a r. Qırtlaq xərcənginin simptomları müxtəlifdir və şişin lokalizasiyasından asılıdır. Həqiqi səs бүküşlərinin şişləri səsin xırıltılı olması ilə müşayiət olunduqları halda, qırtlaq qapağının və ya yalançı səs бүküşlərinin şişi uzunmüddət simptomuz davam edə bilər. Qırtlaq qapağında və çalovabənzər qığırdaqlarda şişin ölçüləri yalnız böyüdükdən sonra udma zamanı narahatlıq, xoraya çevrildikdə isə udmanın pozulması baş verir; bu zaman əmələ gələn ağrılar qulağa irradiasiya edə bilər. Tənəffüsün pozulması da tədricən olur: əvvəllər xəstə havanın çatışmazlığı duyğusundan şikayətlənir, şiş böyüdükcə tənəffüs daha artıq pozulmaqda davam edir.

Larinqoskopik müayinə zamanı əvvəlcə səs бүküşlərinin birində kiçik iyəbənzər qalınlaşma və hiperemiya qeyd olunur. Şişin sonrakı böyüməsi ekzofit, yəni səth üzrə olub səs yarığının mənfəzinə çıxır (qabarır). Şiş yenə də böyüyüb ödem və infiltrasiya əmələ gəldikdə stenoz təzahürləri üzə çıxır.

Qırtlağın müalicə olunmamış xərcəngi qonşu üzvlərə: udlağa, dilin kökünə, qida borusuna və nəfəs borusuna yayılır.

Şişin parçalanması (dağılması) ilə ağızdan pis qoxu gəlir, qan hayxırılır. Qırtlaq xərcəngində kaxeksiya müşahidə olunur.

D i a q n o z xəstənin şikayətlərinə, larinqoskopik təsvirə və biopsiyadan alınan nəticələrə əsasən qoyulur. Şiş səs бүküşlərində olduqda diaqnoz çətin deyildir. Prosesin əvvəlində, yəni səs бүküşlərində şiş meydana çıxdıqda qırtlaq vərəmini və sifilisini istisna etmək lazımdır. Qırtlaq qığırdaqlarının tomoqrafiyası və rentgenoqrafiyası yardımçı diaqnostik metodlardır.

P r o q n o z şişin lokalizasiyasından, mərhələsindən, aparılan düzgün müalicənin növündən asılıdır. Şiş həqiqi səs бүküşündə yerləşdikdə xordektomiyadan sonra xəstələrin 80 – 90%-i sağalır. Təxminən 50% başqa lokalizasiyada olduqda müstərk kombinasiyalı müalicədən sonra sağalma gözləmək olar.

M ü a l i c ə. Qırtlağın başlanan xərcəngi hələ öz mütəhərrikliyini itirməmiş səs бүküşündə yerləşmişə, onu larinqofissuradan sonra operasiya ilə (xordektomiya) dövrəsindəki sağlam toxumalarla birlikdə kəsmək lazımdır. Qalan

təsadüflərdə şüa müalicəsi aparmaq və ya teleqamma-terapiyadan istifadə etmək məsləhət görülür. Proses üçüncü mərhələyə keçdikdə, yaxud büküşaltı sahədə yerləşibse müalicə kombinasiya şəklində aparılmalıdır.

Əlavə olaraq dərman vasitələrindən, kimyəvi terapiyadan istifadə edilir. Bunlardan tiotef – günəşırı 15 – 20 mq təyin etmək lazımdır. Həmin doza tədricən 10 mq kimi azalır, ümumi doza 180 – 200 mq olmalıdır. Bu dərmandan istifadə etdikdə qan tez-tez yoxlanılmalıdır. Leykositlərin sayı 3000 və trombositlərin sayı 1ml – 100000 endikdə tiotefinin arasını kəsmək lazımdır. Eyni zamanda qanköçürmə zəruridir.

Q ı r t l a ğ ı n s a r k o m a s ı az rast gəlinir və əksərən kişilərdə (bütün yaşlarda) müşahidə olunur. Şiş hamar, sərt və məhdudlaşmış olur, tez böyüyür. Bəzən nekrotik ərplə örtülür. Konsistensiyası bərk olur. Klinik cəhətcə bu şiş əvvəlcə səsin xırıldaması ilə üzə çıxır; şişin ölçüləri böyüdükcə isə tənəffüsün çətinləşməsi və boğulma olur.

D i a q n o z. Şişin təbiətini müəyyən etməkdə rast gəlinən çətinlik onu xoşxassəli şişlərdən diferensiasiya etməkdir. Şişin sürətlə böyüməsi onun yaman xarakterli olmasına dəlalət edir. Hər bir təsadüfdə diaqnoz məsələsini həll edərkən biopsiyaya müraciət olunur.

M ü a l i c ə. Şişin histoloji quruluşundan, yerləşməsindən və yayılmasından asılıdır. Sarkomaların yaman gedişli formaları, adətən, şüa terapiyasına həssas olur və bu səbəbdən onları müalicə etmək üçün rentgen və ya radium şüalarından istifadə edilir. İyəbənzər hüceyrəli şişlər və fibrosarkomalar zamanı qırtlağın xərçəng xəstəliyində olduğu kimi cərrahi və şüa müalicəsi tələb olunur.

QIRTLAĞIN KƏSKİN STENOZLARI VƏ BU ZAMAN

CƏRRAHİ OPERASIYALAR

Qırtlağın kəskin stenozları nadir hallarda qəflətən (yad cisim ilə) törənir, əksərən isə qırtlağın müvafiq paraqraflarda təsvir etdiyimiz bu və ya başqa xəstəliyi ilə əlaqədar olaraq əmələ gəlir. Burada qırtlağın difteriyası, kəskin xondroperixondritləri, fleqmonası, qırtlağın yaralanmaları və s. aiddir. Qırtlağın kəskin stenozlarının etioloji cəhətlərinin müxtəlifliyinə baxmayaraq klinikası ümumidir.

Qırtlaq və nəfəs borusu stenozunun üç mərhələsi ayırılmalıdır.

1) **kompensasiya mərhələsi**: bu zaman oksigen aclığı başlanır, xəstə narahat olur. Nəfəsalma ilə nəfəsvermə arasındakı fasilələr sıradan çıxır, nəfəsalma uzanır. Tənəffüsün və nəbzın sayı arasındakı normal nisbət, yəni 1:4 bu zaman 1:6–7 olur, başqa sözlə, tənəffüsün sayı reflektor qaydada azalır. İnspirator töyşümə ilə yanaşı tənəffüs küyü əmələ gəlir. Nəbz vurğularının sayı azalır və nəbz gərginləşmiş olur. Səs öz sədasını itirir;

2) **dekompensasiya mərhələsi**: bu oksigen aclığı təzahürlərinin xeyli şiddətlənməsi ilə meydana çıxır. Bu mərhələ selikli qışaların, burun ucunun, dırnaqların göyerməsi ilə təyin olunur. Töyşümə daha da güclənir, tənəffüs tezləşmiş olur; tənəffüs aktında köməkçi əzələlər iştirak edir. Qabırğaarası sahələrin, körpücüküstü və körpücükaltı çuxurcuqların içəriyə (daxilə) dartılması qeyd olunur. Boğulma halını tənəffüs küyünə (stridor) əsasən təyin etmək olar. Nəbz də dəyişilir: o, ləbil, yəni nəfəsalma zamanı süst, nəfəsvermə vaxtı gərgin olur. Xəstənin ümumi halı ağırlaşır, onun narahatlığı artır;

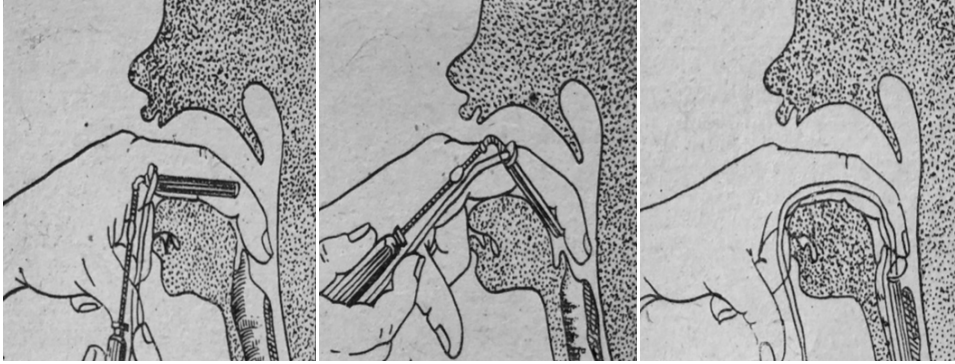
3) **boğulma mərhələsi**: xəstə huşunu itirir. Nəbz səthi və yavaşmış olur. Tənəffüs də səthi və fasiləli (qırıq-qırıq) xarakter alır. Bədənin temperaturu enir, qıcolmalar baş verir, sianoz şiddətli sürətdə güclənir. Ekzoftalm qeyri-iradi defekasiya, sidik ifrazı və ölüm baş verir

Diaqnoz. Stenozun diaqnozu çətin deyildir. Əgər vaxt imkan verirsə, səbəbini müəyyən etmək, anamnez toplamaq və laringoskopiya etmək lazımdır (bu, düzgün yardım etmək zəruriyyətindən irəli gəlir). Məsələn bundadır ki, asfiksiyanın bəzi növləri (difteriya) tənəffüsün bərpası üçün intubasiya, başqaları isə traxeostomiya tələb edir. Yad cisimlər olduqda isə onların çıxarılması bu əməliyyatları artıq (gərəksiz) edir.

İntubasiya. Xəstəyə asfiksiyanın hələ ikinci mərhələsində yardım edilməlidir, çünki üçüncü mərhələdə kömək gec ola bilər. O'Duaier tərəfindən təklif olunmuş intubasiyanın məqsədi qırtlağın kəskin stenozlarında qansız üsulla xəstənin tənəffüsünü bərpa etməkdir. Bu, müxtəlif ölçülü 6 intubasiya borusundan ibarət xüsusi dəstin (komplektin) köməyi ilə edilir. Bu borular səs yarığının yaş ölçülərinə uyğun olur. Boruların uzunluğu 2,5 sm-dən 7 sm-ə qədərdir.

Boruların yan tərəfində ipək sapa məxsus dəliklər vardır. Sap norunun traxeyaya sürüşüb düşməsi qarşısını alır və onu çıxarmaq üçün istifadə olunur. Borulardan başqa dəstdə intubator və ekstubator vardır; bunların köməyi ilə borular qırtlağa daxil edilir və qırtlaqdan çıxarılır. Manipulyasiyanın edilməsi üçün adi ağızgenəldən də lazımdır.

İntubasiya texnikası. Əgər çox tələsmək lazım gəlmirsə, böyük uşaqlarda qırtlağın girəcəyi keyidilir (anesteziya). Borunu yeritməzdən əvvəl təcrübəli işçi kiçik uşaq adenotomiyada olduğu kimi tutub fiksə edir (şəkil 97 və 97a). Narahat uşaqları bələmək lazımdır.



Şəkil 97. İntubasiyanın üç mərhələsi.

Xəstənin başını azca önə əyirlər. Sterilizə edilmiş intubasiya alətləri dəsti həkimin sağ tərəfində qoyulur. Lazım olan borucuğun dəliyinə ipək sapı keçirib düyün vururlar. Operator xəstənin qarşısında stulda əyləşir (dayanmaq da olar).

Köməkçi uşağın ağzını ağızgenəldənlə açıb onu uşağın yanağına dayayıb saxlayır. İntubasiyadan 3 mərhələ ayırd edilir:

1) həkim sol əlinin şəhadət barmağını uşağın ağzına yeridir və daha irəli hərəkət etdirib onu dilin əsasına və qırtlaq qapağına yanaşdırıb dilin kökünə sıxır. Çalovabənzər qığırdaqları hiss etməklə həkim qırtlağın girəcəyini tapır;

2) müvafiq borucuğa taxılmış intubatoru sağ əldə tutaraq həkim sol əlin şəhadət barmağının nəzarəti ilə borucuğu qırtlağa yaxınlaşdırır;

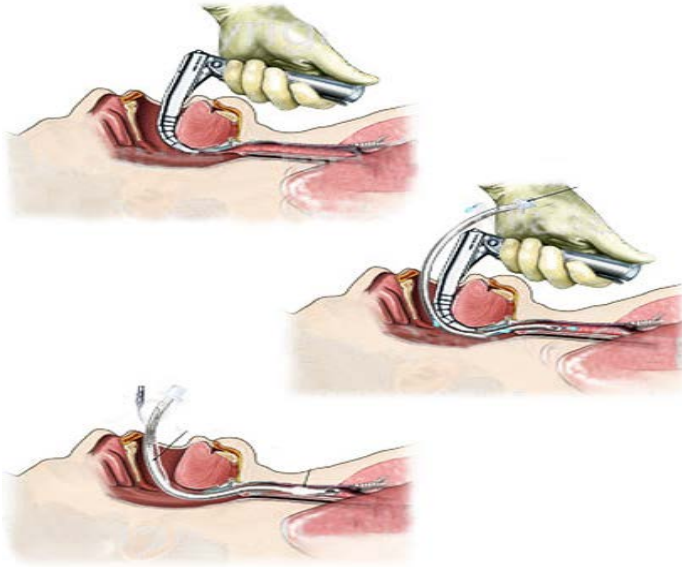
3) sonra intubatorun dəstəsini bir qədər qaldırır və beləliklə onun qida borusuna düşməsi qarşısını alıb qırtlağa yeridir. Bundan sonra şəhadət barmağı ilə borucuğu salıb intubatoru çıxarır.

İntubasiyanın müvəffəqiyyətlə qurtarması boru ilə tənəffüsün bərpa olunmasına əsasən təyin edilir. Borucuq öz yerində ipək sapla saxlanılır, sap isə yapışqan plastırla uşağın yanağına fiksə edilir.

Borucuğu qırtlaqda 24 saatdan 36 saata qədər saxlayırlar. Əgər bu müddət ərzində yaxşılaşma olmazsa borucuğu böyüyü ilə əvəz edirlər. Borucuğu çıxarmaq üçün ipək sap və ya ekstubatorla onu yuxarıya dartırlar. Yadda saxlamaq lazımdır

ki, sürtünmə yarası əmələ gəlməsin deyə borucuğu qırtlaqda 3 gündən artıq saxlamaq olmaz.

Əgər bu müddətdə tənəffüs bərpa olunmazsa, traxeostomiya etmək yaxşıdır.



Şəkil 97a. İntubasiyanın üç mərhələsi.

Traxeostomiya. Traxeostomiya qırtlağın kəskin stenozunda bilavasitə və təcili xarakterli göstəriş olmaqdan başqa aşağı bronxoskopiya, qırtlağın ekstirpasiyası, larinqofissura kimi əməliyyatların ilk mərhələsidir (şəkil 98). Hazırda traxeostomiyaya göstərişlər xeyli artmışdır. Bir sıra ağır xəstəliklər (tetanus, botulizm, miasteniya, bulbar pozulmalar, beyinin, döş qəfəsinin ağır travmaları) zamanı da seliyn aspirasiyasına və oksigenoterapiyaya müraciət edirlər.



Şəkil 98. Traxeostomiya.

Müalicə müəssisələrində həmişə hazır halda steril biksdə traxeostomiya üçün lazımı alətlər olmalıdır. Buraya sivri uclu (traxeyanın kəsilməsi üçün) və qarıncıqlı (yumşaq toxumaların kəsilməsi üçün) iki skalpel, cərrahi və anatomik pinsetlər (hərəsindən iki ədəd), qanıdayandırıcı sıxaclar (5 – 6 ədəd) yaranın kənarlarını aralamaq üçün qarmaqlar, əyri qayçı, elevator, novalçayabənzər zond, traxeyanı kəsərkən qırtlağı fiksə etmək üçün birdişli iti qarmaq, Deşamp iynəsi, Trusso genəldicisi, cərrahi iynələr, iynətutanlar, nəhayət, müxtəlif ölçülü traxeostomiya boruları dəsti aiddir.

Nəfəs borusu qalxanabənzər vəzindən yuxarıda, aşağıda və onun altında kəsilə bilər. Bu səbəbdən yuxarı, orta və aşağı traxeostomiya ayırd edilir. Bu ya başqa traxeostomiya üsuluna üstünlük belə mülahizələrə əsasən verilir: yaşlılara yuxarı traxeostomiya az travmatik və texniki cəhətcə daha sadə olur. Bundan başqa yuxarı traxeostomiya zamanı manipulyasiya lazım gəldikdə, bronxoskopik borunun yeridilməsi asan olduğu kimi, xronik stenozların müalicəsi də yuxarı traxeostomiyada asan olur. Uşaqlarda aşağı traxeostomiyaya üstünlük verilir, çünki traxeyaya düşmək asan olur. Məlum olduğu kimi qocalarda qırtlağın adi vəziyyəti xeyli aşağıda olur və nəfəs borusunun yuxarı halqaları onlarda qalxanabənzər vəzinin altında yerləşir. Bu səbəbdən onlara aşağı traxeostomiya edirlər. Traxeostomiyayı stenozun ikinci mərhələsində etmək lazımdır; üçüncü mərhələdə gec olur.

Operasiyadan qabaq xəstəyə morfin və ya promedol (yaşdan asılı olaraq 0,2 – 1 ml) vururlar. Xəstəni arxası üstə uzadıb çiyinləri altına yatıq qoyurlar. Əgər bu vəziyyətdə xəstədə stenoz təzahürləri şiddətlənsə, operasiyanın son mərhələsində, yəni nəfəs borusunu kəsərkən yastıq qoyulur. Təcili traxeostomiya zamanı əllərin sterilizasiyasına lüzum yoxdur və əlləri adi qaydada sabunla yuyub, sonra onları spirt və yod ilə işləməklə kifayətlənirlər.

Keyitmə yerli olur və bu məqsədlə adrenalin qatılmış 0,5 – 1%-li novakain məhlulu işlədilir. Təcili hallarda keyitməsiz operasiya edirlər. Çox vaxt tez operasiya etmək lazım gəlir, lakin anatomik tanınma nöqtələrini həmişə ciddi gözləmək lazımdır.

Yuxarı traxeostomiya. Kəsiyi orta xətt üzrə qalxanabənzər qığırdağın ortasından aşağı 5 – 6 sm qədər və ya ikinci, ya üçüncü halqavarı nəfəs borusu bağının səviyyəsindəki halqadan aşağıda köndələn kəsik aparılır. Dərini və səthi fassiyayı kəsdikdən sonra ağ xətt görünmüş olur. Döş-dilaltı əzələlər buradan küt üsulla aralanır, qırtlağın aşağı hissəsi və qalxanabənzər vəzinin boğazı açılır. Qalxanabənzər vəzinin boğazını aşağıya dartmaq üçün əvvəlcə köndələn kəsiklə qalxan-qırtlaq boğunu kəsirlər; bu bağ qırtlağı qalxanabənzər vəzinin boğazı ilə birləşdirir. Bundan sonra qalxanabənzər vəzinin boğazını küt yolla aşağıya itələyib traxeyanın yuxarı halqalarının üstünü açırlar. Rast gələn damarları küt

qarmaqla tutub kənara çəkirlər; əgər bu mümkün olmur (damarlar köndələn istiqamətdədirsə) onlara liqatura qoyub kəsirlər.

Nəfəs borusunu deşənə qədər tələsmək lazım gəlmirsə, qanaxma tamamilə dayandırılmalıdır (hemostaz). Nəfəs borusunu deşəndən qabaq sivri təkdışli qarmağı üzüyəbənzər qığırdağın halqasına sancaraq traxeyanı fiksə edirlər. Sonra nəfəs borusunun 2 – 3 halqasını aşağıdan yuxarıya kəsirlər ki, qalxanabənzər vəzi və ya vena kələfi zədələnməsin. Bəziləri birinci və ya ikinci halqaarası sahədə köndələn kəsik aparırlar. Qida borusunun divarını zədələməmək üçün nəfəs borusunun halqalarını ehtiyatla kəsmək tələb olunur. Borucuğu ehtiyatla və bacarıqla daxil etmək lazımdır; bu məqsədlə borucuğun sipərini sagital istiqamətdə düzəldib borunun ucunu traxeyaya yeridərək sipəri frontal müstəvidə döndərir və borucuğu nəfəs borusunun mənfəzinə daxil edirlər. Bu, şiddətən reflektor öskürək törədir. Buna yol verməmək üçün əvvəlcə traxeyanın selikli qışasını 10%-li lidokain məhlulu ilə keyitmək lazım gəlir. Reflektor öskürək bəzən xüsusən traxeyada və ya bronxda yad cisim (noxud, qarpız tumu) çalxalanan olduqla lazım sayılır. Belə təsadüflərdə öskürək zamanı hava axını yad cismi nəfəs borusundakı stomadan bayıra çıxara bilər.

Kanyulanı daxil etdikdən sonra tənəffüs bərpa edilir, göyərmə yox olur. Bu olmadıqda isə, ehtimal etmək lazımdır ki, traxeyanın selikli qışası kəsilməmiş kanyulya kisəyə, yəni nəfəs borusunun qığırdaqları ilə selikli qışa arasına düşmüş olur. Kanyulya sipərə taxılmış tənəffüz lentlə boynun dövrəsinə fiksə olunur. Dəriyə tikiş qoyurlar, kanyulyanın sipəri altına tənəffüz salfet qoyub onu bint ilə boyunun dövrəsinə fiksə edirlər. Dəri maserasiyaya uğramasın deyə stomanın dövrəsində ona steril streptosid məlhəmi yaxırlar.

Aşağı traxeostomiya. Kəsiyi üzüyəbənzər qığırdaqdan vidaci oymaya qədər aparır, yaxud oymadan 2 barmaq yuxarıda köndələn kəsik aparırlar. Ağ xəttin üstünü açıb əzələləri küt üsulla aralayır və qalxanabənzər vəzinin boğazına yanaşırlar. Sonra köndələn kəsik ilə boyunun orta fassiyasını kəsir və vəzinə aralayıb yuxarıya doğru qaldırırlar. Nəfəs borusunun kəsiyi aşağıdan yuxarı istiqamətə doğru aparılır. Vena kələfini zədələməyə yol verməmək üçün qalxanabənzər vəzi boğazının aşağı kənarını ehtiyatla aralayıb qaldırmaq lazımdır.

Orta traxeostomiya. Bu üsulda nəfəs borusu qalxanabənzər vəzinin boğazı altından kəsilir. Deməli, onun vəziyyəti dəyişilmir, o, yalnız liqatura qoyulduqdan sonra ortadan kəsilir. Sonra qalxanabənzər vəzi boğazının payıcıqlarını kənarlara çəkəndə (araladıqdan sonra) traxeyanın 3 – 4 halqası açılıb kəsilir.

Bu operasiyanı nadir hallarda, həm də o zaman edirlər ki, nəfəs borusuna həm yuxarıdan, həm də aşağıdan yanaşmağa mane olan enli boğaz olur

Traxeostomiya zamanı bir sıra ağırlaşmalara və təhlükəyə rast gəlinir: 1) qalxanabənzər vəzi zədələndiyindən şiddətli qanaxma: o, operasiyanı uzada bilər. Bəzən cərrah yaranmış vəziyyətlə bacara bilmədiyindən traxeyanı deşməyə

məcbur olur, bunun nəticəsində isə aspirasion pnevmoniya əmələ gələ bilər; 2) qida borusu divarının yaralanması; 3) dərialtı emfizemanın əmələ gəlməsi. Emfizema nəfəs borusunun geniş stomasına uyğun olmayan kiçik ölçülü borunun yeridilməsi ilə izah olunur, lakin xoşbəxtlikdən emfizema tez sorulur. Bu məqsədlə sıxıcı sarğı (boynun və gövdənin ətrafına 8-ə bənzər sarğı) qoymaq lazımdır.

Traxeostomiya olunmuş xəstəyə qulluq borunu təmizləməkdən ibarətdir. Xüsusən operasiyadan sonrakı ilk günlərdə borucuq hayqırılan selik ilə çirklənir, hətta tıxanır, selik quruyub qartmağa çevrilir ki, bu, yenidən boğulma ilə təhdid edir.

Stenoz təzahürləri çəkildikdən sonra kanyulyanı çıxarırlar (dekanyulyasiya). Stoma ətrafında qranulyasiyalar çox olduqda dekanyulyasiya çətinləşir, buna görə də qranulyasiyaları dağlamaq, yaxud kyupetlə (qaşiq) qaşayıb götürmək lazımdır.

Hər iki üsulun, yəni intubasiyanın və traxeostomiyanın müsbət və mənfi cəhətləri vardır. Bəzi müəlliflər intubasiyaya, başqaları isə traxeostomiyaya üstünlük verirlər. Tez icra edilməsi və manipulyasiyanın qansız olması intubasiyanın üstün cəhətidir. İntubasiya özündən sonra çapıq qoymur, bu zaman ölüm halları olmur. Traxeostomiya zamanı operasiya 3 – 5 dəqiqə vaxt tələb edir; operasiya qanlı ola bilər, ondan sonra çapıq şəklində iz qalır. Nəhayət, ölüm halları ola bilər. İntubasiyanın mənfi cəhətlərinə borunun daha yüngül və tez-tez tıxanması, sürtünmə yarısının əmələ gəlməsi aiddir.

QIRTLAĞIN VƏ NƏFƏS BORUSUNUN XRONİK STENOZLARI

Qırtlağın xronik stenozları kəskin infeksiyon xəstəliklər, məsələn, yatalaqlar (xüsusən səpgili yatalaq), onun arxa əzələlərinin iflicləri, döyüş və məişət zədələnmələri, xondro-perixondritlərin (vərəmdən, sifilisdən) nəticələri, skleroma və şişlər zəminində qırtlağın çapıqlı dəyişikliklərindən əmələ gəlir. Hərəkəti periferik və mərkəzi pozulmalar da burada rol oynayır.

Qırtlağın çapıqdan stenozu zamanı tənəffüsün çətinləşmə dərəcəsi patoloji dəyişikliklərin qırtlaqda yayılma dərəcəsindən, dəyişmiş vəziyyətə orqanizmin uyğunlaşmasından asılıdır. Havanın daxil olması yavaşdıqda orqanizm ona bir qədər uyğunlaşa bilər.

Eşidilən stridordan qorxulu boğulma halına qədər müxtəlif təzahürlər rast gəlinir. Bununla əlaqədar olaraq, xəstələr uzun müddət həkimə müraciət etmirlər. Boğulmanın təsviri kəskin stenozun birinci mərhələsi üçün xarakterik təzahürlərə oxşayır. Bəzən xəstələr hətta traxeostomiya borusu olmadan keçinə bilərlər. Səs müxtəlif dərəcədə xırıltılı olur.

Larinqoskopik mənərə xəstəliyin səbəbindən (çapıqlar, arxa əzələlərin iflicləri, şişlər) asılıdır.

Müalicə konservativ və cərrahlıq tədbirlərindən ibarətdir.

Konservativ müalicə metoduna qırtlağa mil salınması (bujlama) aiddir. Müalicə yerli keyitmə ilə aparılır. Milləri 2 – 3 dəqiqədən bir saata qədər qırtlaqda saxlayırlar. Təkrar bujlama reaktiv təzahürlər çəkildikdən sonra hər gün ya günəşırı olmaqla, bir neçə həftə, hətta bir neçə ay ərzində edilir.

Traxeostoma tərəfdən qırtlağı bujlama üsulları da təklif olunmuşdur.

Cərrahlıq müalicəsindən məqsəd larinqostoma əmələ gətirməkdir. Bu operasiyaya (larinqostomiyaya) göstəriş çapıqların, deformasiyalı qığırdaq hissələrinin olması sayılır; operasiya larinqofissura nəticə vermədikdə edilir və yerli keyitmə üsulu ilə aparılır. O, qırtlağı parçalamaqdan ibarətdir. Qırtlağın və nəfəs borusunun bir hissəsinin üstünü açaraq onu hökmən orta xətt üzrə kəsirlər. Qırtlaq boşluğunu mükəmməl müayinə etmək üçün onun selikli qışasını pulverizasiya ilə əsaslı sürətdə kokainizasiyaya uğradır, çapıqları və dəyişilmiş qığırdaqları submukoz qaydada kəsib atırlar. Operasiya qırtlağa T-yə bənzər rezin boru yeridilməsi ilə qurtarır. Dərini qırtlağın selikli qışası ilə birlikdə tikirlər. Son zamanlar A.V. İvanovun praktikaya daxil etdiyi rezin boru əvəzinə plastik kütlədən və polietiləndən hazırlanan başqa borular işlədirlər (A.A. Qladkov). Bütün bu borular bir ilə qədər taxılır, sonra onları çıxarır, stomanı isə plastik qaydada qapayırlar.

Bu üsulun mənfə cəhətlərini nəzərə alaraq T-yə bənzər borunu indi traxeostomiya borusu ilə birlikdə işlədilən pambıq-tənzif tamponla əvəz edirlər. Bəzən səs бүкüşlərinin birinin yerdəyişməsi edilir (larinqofissuradan sonra həqiqi

səs бүküşünün birinin arxa üçünü bitişən yerindən kəsib aşağı ya yuxarı seqmentə tikirlər). Bununla tənəffüs bərpa edilir.

Larinqofissura. Bəzən qırtlağı yarmaqda məqsəd haqqında danışdığımız dəyişiklikləri aradan qaldırmaq deyil, qırtlaqdaxili qanaxmanın dayandırılması, parçalanmış qığırdaqların çıxarılması olur. Belə təsadüflərdə məqsədə nail olduqdan sonra qırtlağı qat-qat tikirlər. Lakin profilaktika məqsədi ilə ödem və boğulma əmələgəlmə təhlükəsi olduğundan, bir neçə günlüyə traxeostomiya borusu taxmağı tövsiyə edirlər.

V FƏSİL

OTORİNOLARINQOLOJİ ÜZVLƏRİN ALLERGIYA XƏSTƏLİKLƏRİ

“Allergiya” anlayışı 1906-cı ildə Pirke (Pirquet) tərəfindən irəli sürülmüşdür. O, iki sözdən “özgə” (“allos”) və “mən edirəm” (“erqon”) sözlərindən əmələ gəlmişdir. Hərəkət allergiya “başqa cür edilmiş” deməkdir.

Allergiya otorinolarinqologiyada böyük rol oynayır. (B.S. Preobrajenski, B.F.Undrits, N.A.Bobrovski, İ.V.Korsakov). Yuxarı tənəffüs yolları müxtəlif allergenlərin qarşısında olduğundan B.S.Preobrajenski onların bu cəhətcə “şok üzvləri” hesab edir. Otorinolarinqoloji üzvlərin allergik xəstəliklərinin tez-tez olması bununla izah edilir.

Uşaqlarda allergik xəstəliklər daha sürətlə davam edir ki, bu da onlarda orqanizm reaktivliyinin böyüklərdəkinə nisbətən yüksək olması ilə izah olunur. Danielewicz görə adenoid hiperplaziyası qismən orqanizmin allergen təsirinə qarşı müdafiə reaksiyası hesab olunur.

Allergik xəstəliklərdən burunda ot qızdırması, vazomotor zökəm, burunun əlavə ciblərinin seroz iltihabı və poliplər rast gəlinir.

Ən yeni məlumata görə polipoz və xronik hiperplastik rinitlərin, sinuitlərin, habelə dərin tənəffüs yollarının başqa allergik xəstəliklərinin əmələ gəlməsində endogen allergenlər böyük rol oynayır.

Qeyd etmək lazımdır ki, klinikada a l l e r g i k r i n o p a t i y a l a r v ə r i n i t l ə r ayırd olunur. Allergik rinopatiyalar xalis allergik rinitlərdən onunla fərqlənir ki, allergik rinopatiyalar zamanı burun boşluğundakı selikli qişada iltihabi dəyişikliklər daha qabarıq olur və bununla bir zamanda allergiya xarakterli reaksiyalar müşahidə edilir. Hər iki forma sinir sisteminin ifrat oyanıqlığı ilə əlaqədardır (B.İ.Vojacek, N.A.Pautov, V.F.Undrits və b).

Allergik rinopatiyalar əksərən 10 – 30 yaşlarda vazomotor rinit şəklində rast gəlinir. Xəstələr burunda bəzən yumşaq damağa irradiasiya edən təxərrüş və kiçismədən, burunun tutulmasından, çox vaxt paroksizmal (tutmaşəkilli) asqırmalardan, burundan çoxlu sulu ifrazatdan (rinorreya) şikayətlənirlər. Xəstəlik tutmalar şəklində davam edir.

Rinoskopik müayinədə burunun, xüsusilə balıqqulaqlarının selikli qişası şişkin (ödematoz) və solğun görkəmə malik olur, bəzən “bəyaz və göy ləkələr” (ilk dəfə 1925-ci ildə V.İ.Voyacek tərəfindən allergik rinopatiya, bronxial astma və i. a. xəstəliyi olan şəxslərdə təsvir edilmiş) müşahidə edilir. Balıqqulaqlarının həcmcə böyüməsi burun tənəffüsünün çətinləşməsinə səbəb olur.

Allerqoloji anamnez diaqnostika üçün vacib sayılır.

Diferensial diaqnoz üçün burun selikli qışasına adrenalin yaxılması tətbiq olunur: şişkinliyin funksional xarakter daşdığı qeyri-allergik rinopatiyalar zamanı selikli qışanın yığılması daha şiddətli olur.

O t z ö k ə m i (p o l l i n o z) geniş yayılmış xəstəlikdir. Ən yeni statistika məlumatına görə bu xəstəlik əhalinin 10%-ə qədərində müşahidə olunur (Ekkert–Möbius). Onu allergik diatezə aid edirlər. Ot qızdırması bitkilərin tozcuğundakı albumin fraksiyasına orqanizmin xüsusi həssaslığı ilə əlaqədardır. Tozcuğun zülalı anafilaktik amil kimi təsir göstərir. Güman edirlər ki, sensibilizasiya uşaq vaxtı baş verir və xəstənin halında 40 yaşına qədər pisləşmə qeyd olunur, bundan sonra xəstəliyin təzahürləri getdikcə zəifləyir. Tutmaların tezliyinə hava təsir göstərir: şiddətli külək və günəş radiasiyası vaxtında onlar tezləşir, sərin və yağışlı havada seyrəlik. Tutmalar şiddətli kiçismə, əziyyətli yad cisim duyğusu ilə meydana çıxıb tutmayabənzər asqırma, burundan sulu ifrazat və gözyaşı axması ilə müşayiət olunur. Selikli qışada, xüsusilə aşağı balıqulaqlarından ödematoz şişkinlik əmələ gəlib burun tənəffüsünü çətinləşdirir. Tutmaların olmadığı normal fasilələrdə bu təzahürlər, adətən, yox olur. Ağır təsadüflərdə iş görmək bacarığı azala bilər. Xəstə mənzilini dəyişib ot qızdırması, bitki tozcuğu olmayan yerə köçdükdə xəstəlik spontan surətdə keçib gedə bilər.

Xəstəliyin allergik təbiəti bitki tozcuğundan alınmış ekstrakt ilə edilən xüsusi peyvəndlər vasitəsilə müəyyən edilir.

Allergik rinit zamanı proses əsasən streptokok infeksiyasından törənir. Bu infeksiyanın xarakterik xüsusiyyəti onun xronikliyidir.

B r o n x i a l a s t m a da allergik xəstəliklərə aid edilir. O, burundakı patoloji dəyişikliklər zəminində meydana çıxır.

Burunun əlavə ciblərinin allergik xəstəliklərinə gəldikdə onlar heç də zənn edilən qədər az rast gəlinmir (C.Q.Lixaçov). Eckert–Moebius görə bütün hiperplastik polipoz sinuitlərin 70 – 90%-ə qədəri allergik xarakter daşıyır. Burunun və sinusların allergik xəstəlikləri “a l l e r g i k r i n o s i n u s o p a t i y a” ümumi termini ilə birləşdirilir.

Burun ciblərinin hamısı allergik xəstələnməyə tutula bilər, lakin haymor və xəlbir cibləri daha tez-tez xəstələnir. Allergik rinosinuitlər inadkar xronik gedişlə xarakterizə olunur, bəzən onlar ciblərin xarakterik klinik təzahürlərə malik irinləməsi ilə ağırlaşır. Cibin selikli qışasının xronik allergik halının nişanələri selikli qışanın qalınlaşması və hiperplaziyası ilə bərabər onun polipoz degenerasiyaya meyilli olmasıdır.

S i m p t o m l a r. Allergik rinosinusopatiyanın kəskin tutmaları, adətən, qəflətən başlanır və tez-tez baş verən tutmaşəkilli asqırma, burundan çoxlu ifrazatla (rinorreyə) meydana çıxır. Burun sekresiyasında eozinofillər (5 – 8%) tapılır, periferik qanda da eozinofiliya müşahidə olunur. Eozinofiliyanın olmasını qanyaradıcı üzlərin histaminlə qıcıqlandırılması ilə izah edirlər. Əgər xəstəlik xronik gedişli olarsa, baş ağrısı, qulaqlarda küy əmələ gəlir.

Uşaqlarda sinuitlər allergiya halı fonunda çox tez-tez burun boşluğunda və əlavə ciblərdə yerli dəyişikliklərlə birlikdə əmələ gəlir. Xəstəlikdən qabaq uzun müddət inadkar allergik zökəm olur (A.Q. Lixaçov).

Əlavə ciblərin allergik xəstəlikləri çox vaxt yalnız kontrast rentgenoqrafiya zamanı təyin olunur: rentgenoqrafiya selikli qışada parietal ödem, bəzən isə cibin bu və ya başqa hissəsində şəffaflığın homogen azalmasını göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu mənzərə sabit deyil və o tezliklə dəyişilə bilər. Cibi punksiya etdikdə və yuyarkən təmiz yuyuntu mayesi alınır.

Angina allergik-septik prosesdir. Xarici ədəbiyyatda xəstə bir çay qaşığı bal yedikdən sonra meydana çıxmış olan allergik kəskin tonzillit təsadüfə təsvir edilmişdir. Bu təsadüfdə sağalma yalnız antihistamin müalicəsindən sonra baş vermişdir.

Xronik tonzillitə gəldikdə onun əmələ gəlməsində orqanizmdəki allergik pertubasiyalara (çevrilmələrə) mühüm əhəmiyyət verilir.

Qırtlağın allergik xəstəliyi son dərəcə az rast gəlinir. O, səs бүкüşlərinin, xüsusilə yalançı səs бүкüşlərinin selikli qışasında Kvinke ödemi şəklində meydana çıxır; bu zaman həqiqi səs бүкüşləri cuzi dərəcədə hiperemiyalaşmış olur, A.Mitrinoviç–Modjeyevskanın mülahizəsinə görə qırtlağın allergik reaksiyalarının əmələ gəlməsində sinir-vegetativ pozulmalar, psixi xarakterli amillər, emosional amillər, daxili sekresiya vəziləri funksiyasının pozulmaları (klimaks) və səsin tez-tez təkrar olunan ifrat gərginləşmələri meylyaradıcı səbəblər kimi təsir göstərir.

Əvvəlcə xəstəlik adı laringitdəki kimi simptomlara malik olur. Həqiqi səs бүкüşləri çəhrayı olur; çoxlu sulu sekresiya qeyd edilir. Proses tezliklə yuxarıda və aşağıda yerləşən üzvlərə yayılır. Öskürək göyöskürəkdəkinə oxşayır və ağrı ilə müşayiət olunur. Səs xırıltılı olur. Qırtlağın ifrazatında eozinofillər tapılmaz, qanda isə eozinofiliya qeyd edilir. Çox vaxt xəstəlik xronik gedişli olur.

Allergik reaksiyalara meylli şəxslərdə бүкüşaltı laringitlər əmələ gələ bilər (İ.L.Sobol).

Otitlər və allergiya. Ədəbiyyatda orta irinli otitlərin allergiya ilə əlaqəsi haqqında da məlumat vardır. Xarici müəlliflərin məlumatına görə otitlə xəstələnmə hallarının 70 – 80%-i allergik amil ilə əlaqədardır (sitat A.P.Kosaçyovadan alınmışdır.)

Allergik otitlər selikli qışanın ödemi nəticəsində eşitmə borusunun qapanmasından əmələ gəlir. Allergen müxtəlif maddələr ola bilər. Yeməyə pomidor işlətdikdə allergik irinli orta otit halları təsvir edilmişdir (S.N.Qolubkova). Südümər uşaqlarda süd eşitmə borusundan təbil boşluğuna düşərkən allergik orta irinli otitlər müşahidə olunur. Allergik xəstəliklərin tutmaları, yəni bronxial astmanın, allergik rinitlərin paroksizmləri orta qulaqda allergik ilihabın əmələ gəlməsinə kömək edir. Allergik otitlər zamanı eşitmə borusunu, burun–udlağın toxumalarını, bir sıra təsadüflərdə isə xarici qulağı da “şok” üzvü (yəni prosesin başlama mənbəyi) hesab edirlər.

Allergik otitin k l i n i k a s ı. Xəstəliyin başlanması çoxğun olub, temperaturun yüksəlməsi və kəskin orta otit üçün tipik ağrı ilə müşayiət olunmur.

İfrazatda orta qulağın toxumalarında eozinofiliyanın olması allergik otitin patoqnomonik nişanəsi sayılır. Adi formalara nisbətən allergik otitlər zamanı qranulyasiyalar və poliplər xeyli tez- tez rast gəlinir və onları xaric etdikdə yenidən əmələ gəlir (residiv).

Müalicə zamanı qulaq sekresiyasında eozinofiliya yox ola bilər: ikincili infeksiyanın qoşulması isə xəstəliyin təsvirini dəyişdirir və eozinofiliyanı tormozlayır. Davamlı xarakter daşıyan gicişmə xeyli tez-tez (təsadüflərin 80%-ə qədərində), küy isə bəzən allergik otitlərdə müşayiət edir.

Allergiyaya bir sıra xarici, orta və daxili qulağın xəstəliklərini aid edirlər. Daxili qulağın allergik xarakterli xəstəliklərindən labirintin ödemini qeyd etmək lazımdır. Menyer sindromu xeyli dərəcədə allergiyadan irəli gəlir.

Allergiyaya qarşı dərmanlarla müalicənin bir sıra təsadüflərdə nəticə verməsi Menyer xəstəliyinin allergiya ilə əlaqədar olduğunu təsdiq edir.

Y.Ə.Qasımov lal-karlarla gicgah sümüklərinin histoloji müayinəsinə aid iki təsadüfə təsvir etmiş və qazanılma lal-karlığın allergik genezə malik olduğunu sübut etmişdir.

M ü a l i c ə. Otorinolarinqoloji üzvlərin allergik xəstəliklərinin müalicə prinsipləri, ümumiyyətlə allerqologiyada qəbul edilmiş tədbirlərdən ibarətdir. Hər şeydən əvvəl allergizasiyaya səbəb olan allergeni aradan qaldırmaq lazımdır.

B.S. Preobrajenskinin mülahizəsinə görə allergik xəstəliklərin müalicəsini başqa dərmanlar təyin etmədən ümumi desensibilizəedici müalicənin tətbiqi ilə başlamaq lazımdır: bu, "ürək dərmanları" adlanan müalicə vasitələrinə aid deyildir.

Qeyri-spesifik müalicə aparmaq üçün dimedrol, kalsium preparatları, pipolfen, suprastin (adi dozalarda), diazolin (0,05 – 1ml-dən gündə 1 – 2 dəfə), pernovin (0,025 ml-dən gündə 2 – 3 dəfə) təyin edirlər. Pernovin aşkar klinik effekt alınana qədər işlədilir, bundan sonra dozanı tədricən minimal miqdara (yardımcı dozaya) qədər azaldırırlar.

Aydın edilmişdir ki, kortikosteroidlər antigen-anticisim reaksiyasının gedişini tormozlayır və histaminin xaric olmasını ləngidir (A.Q.Lixaçov). Buna görə də allergik xəstəliklərin müalicəsində onların da köməyinə müraciət edilir. Kortikosteroidlərdən kortizon, prednizon, prednizolon, deksametazon və s. işlədirlər. Kortikosteroidlər aerosollar şəklində də işlətmək olar. Kortikosteroidlər antihistamin xassələrinə malik olmadığından onları histaminə əks dərmanlarla birlikdə işlədirlər.

Allergik xəstəliklərin müalicəsində polivitaminlərin: xüsusən S vitamininin işlədilməsi də tövsiyə olunur. S vitamini histaminin antaqonisti olan adrenalinin oksidləşməsinə və parçalanmasına mane olur. Y.S.Tyomkin üsulu ilə novakain blokadası və iynə batırma üsulu əsaslı kömək göstərir. İ.N.Qoldinin rəyincə iynə batırma xəstəliyin əsas səbəbini və sensibilizasiya halını aradan qaldırmır.

Ümumi sağlamlaşdırma tədbirləri: iqlimlə müalicə, pirogen terapiya, yuxu ilə müalicə, bədən tərbiyəsi və orqanizmin möhkəmləndirilməsi də vacib sayılır.

Otorinolarinqoloji üzvlərin allergik xəstəliklərinin müalicə xüsusiyyəti üzərində qısaca dayanacaq.

Burun və əlavə ciblər. Burunun müalicəsinin müvəffəqiyyəti onun keçiciliyinin (mənfəzinin) halından asılıdır. Buna əsasən burunda patoloji dəyişikliklər (poliplər, burun arakəsməsinin əyilməsi, burun balıqqulaqlarının hipertrofiyası) olduqda onların cərrahi qaydada ləğv edilməsi tövsiyə olunur. Operasiya yalnız tutma ara verən zaman edilməlidir. Bu operasiyalar antihistamin müalicəsi fonunda aparılır; sonralar müalicə dayandırılmayaraq uzun müddət tətbiq olunur. A.Q. Lixaçov antihistamin preparatlarının uzun müddət işlədilməsini arzuolunmaz tədbir hesab edir. Allergik rinosinusopatiyaların gedişinə kortikosteroidlər müsbət təsir göstərir. Bunlar ciblər yuyularkən onlara da yeridilir (həftədə 2 – 3 dəfə); yeridilən hidrokortizonun miqdarı 25 mq-a bərabər olur ki, bu da 3 – 4 ml fizioloji məhlulda həll edilir (A.Q.Lixaçov). İnfeksion allergiya zamanı bu məhlula antibiotiklər də qatılır. Antibiotik bakterial spektra uyğun olmalıdır.

Allergik sinusopatiyalar zamanı edilən operasiyaya gəldikdə onlara kiçik əsirgəyici operasiyalar (polipotomiya, konxotomiya, ciblərin endonazal yarılması) səmərəsiz olduqda müraciət olunur (A.Q. Lixaçov, Eskert–Moebius).

Q ı r t l a ğ ı n allergik xəstəliklərinin müalicəsi mövcud hiperemiya və ödemlə mübarizədən ibarət olur. Bu məqsədlə efedrin və adrenalinlə (5 – 10 damcı), çobanyastığı infuzu ilə inqalyasiya tətbiq olunur. Qırtlaq selikli qişasının quru katarı olduqda A.Mitrinoviç–Modjeyevska inqalyasiya mayesinə əlif yağında Lyuqol məhlulu qatmağı tövsiyə edir. Xlorlu kalsiumun 2%-li məhlulu ilə ionizasiya da yaxşı kömək edir. Xəstə 5 – 8 gün ərzində mütləq sükut (susma) rejimində olmalı, işləməməlidir. Allergik laringitlər zamanı habelə əvvəlcə haqqında bəhs etdiyimiz vasitələrin hamısı göstəriş sayılır.

O r t a q u l a ğ ı n allergiya mənşəli irinli xəstəliyi autovaksinasiya (dəri içi) ilə müalicə edilə bilər; fasilə 2 – 3 gün olmaqla müalicə kursunda 10 iynə vurulur (N.A.Bobrovski).

Antihistamin preparatlarının, kortizonun, kortikosteroidlərin tətbiqi yaxşı nəticə verir. Kortizon qan serumunda və selikli qişaların sekresiyasında eozinofillərin azalmasına səbəb olur. Allergiya otitlərinin yerli müalicəsi adi otitdə aparılan müalicə kimidir.

Allergiya mənşəli ağırəşitmə zamanı, hər şeydən əvvəl, burunda, burunudlaqda allergik proseslərin olduğunu, habelə burun arakəsməsinin əyilməsini, balıqqulaqlarının hipertrofiyasını, polipləri, uşaqlarda adenoidləri nəzərə almaq və mümkün olan bütün vasitələrlə onlara təsir etmək lazımdır. Lakin müalicədən yalnız keçiricilik xarakterli karlıq zamanı müvəffəqiyyət gözləmək olar.

VI FƏSİL

ORQANİZMİN YUXARI TƏNƏFFÜS YOLLARINI ZƏDƏLƏYƏN XRONİK İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏR

Tənəffüs yollarının skleromasi (Scleroma respiratorum)

S k l e r o m a xəstəliyi dünyanın hər yerində təsadüf olunur. Bizim ölkədə USSR, BSSR, və RSFCR qərb vilayətləri onun endemik ocaqları sayılır. Qafqazda skleroma rast gəlinirsə, bu təsadüfən gətirilmiş hal kimi müşahidə olunur. O, Friş–Volkoviç çöpü ilə törədilir və yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasının xronik iltihabıdır. Xətəliyə tutulma tezliyinə görə birinci yeri burun, sonra burunudlaq, ağızudlaq və ən nəhayət qırtlaq tutur. Tənəffüs yollarında yalnız skleromanın olması nadir hallarda olur. Xəstəliyə əsasən gənc (16 – 30 yaşlı) şəxslər tutulurlar.

Güman edirlər ki, skleroma limfogen yolla yayılır. Skleroma infiltratlarının histoloji quruluşunu ilk dəfə Mikuliç təsvir etmişdir. O, müəyyən etmiş ki, infiltrat plazmatik hüceyrələrindən və qranulyasiya toxumasından ibarətdir. Bu hüceyrələr arasında skleroma üçün spesifik sayılan böyük ölçülü hüceyrələr tapılır; bunlar Mikuliçin adı ilə adlandırılmışdır. Bu hüceyrələrin protoplazma vakuollarında çoxlu miqdarda xəstəlik törədicisi tapılır. Skleroma üçün xarakterik olan bu hüceyrələrlə yanaşı Russel hialin kürələri adlanan elementlər də tapılır. Xəstələr burunda quruluqdan və burunun tutulmasından şikayətlənirlər.

S i m p t o m l a r. Tənəffüs yollarının skleromasi nəzərə çarpmadan başlaması və tədricən şiddətlənməsi ilə müəyyən edilir.

Xəstəliyin başlanğıcı cüzi ifrazatla müşayiət olunan atrofik rinit əlamətləri ilə aşkar olur, bu ifrazat sürətlə quruyub qartmağa çevrilir və çürümüş (xoşagəlməz) meyvə iyi verir. Sonra əmələ gələn yumşaq infiltrat yastı kələ-kötür şişəbənzər hündürlüklər şəklində son dərəcə sərt törəməyə çevrilir. Dağılma (parçalanma) baş verməməsi ilə daxilində birləşdirici toxuma inkişaf edən çapıqlı bürüsmə bu infiltratların xarakterik xüsusiyyətidir. Bunların hamısı daralmalara ya bitişmələrə səbəb olur. Oxşar dəyişikliklər xüsusilə yuxarı tənəffüs yollarının təbii daralmaları olan yerlərdə: burun dəliklərində, burin girəcəyində, xoanalarda, səs büküşləri altındakı sahədə, nəfəs borusu haçalanan yerdə rast gəlinir. Proses əksərən burunda başlanır. Prosesin xoanalardan başlanıb burunudlağa keçməsi onların bir-birindən ayrılması ilə qurtara bilər.

Proses qırtlaqda büküşaltı sahədə yerləşir və açıq çəhrayı kələ-kötür infiltratlar şəklində meydana çıxır, bu infiltratlar simmetrik olaraq hər iki tərəfdə yerləşir. İnfiltrat bəzən yalançı səs büküşlərində, çalovabənzər qığırdaqlarda, qırtlaq qapağının qırtlaq səthində rast gəlinir.

D i a q n o z. Skleromanın, xüsusən burun formasının diaqnozu çətin deyildir. Bəzi təsadüflərdə rinoskleroma ilə sifilis, yeyilmə (lupus), vərəm, ozena, xoşxassəli və bədxassəli şişlər arasında diferensiasiya aparılmalıdır. Diaqnozun düzgünlüyü təsvir olunmuş, klinik, histoloji və bakterioloji məlumatdan başqa Borde–Janqu seroloji reaksiyası ilə də təsdiq edilir. Xəstənin yaşayış yerinin də əhəmiyyəti vardır.

P r o q n o z. Normal vəziyyətin tamamilə bərpa olunması mənada proqnoz pisdır. Yalnız xeyli yaxşılaşmaya nail olmaq mümkündür.

Skleromanın m ü a l i c ə s i n d ə konservativ və cərrahi metodlar ayrılır. Konservativ müalicə metodu tənəffüs yollarının daralmış yerlərinin bujlanmasından və rentgen müalicəsindən ibarətdir. Dərmanla müalicə metodlarından streptomisin (müalicə kursuna 10 q-dan 20 – 40q-a qədər) işlətməklə müəyyən nəticələr əldə etmişlər. Cərrahi metod ayrı-ayrı bitişmələri və infiltratları kəsib atmaqdan ibarətdir; bununla burun tənəffüsünü bərpa etməyə nail olmaq mümkündür. Skleromanın müalicəsində diatermokoagulyasiyanı da müvəffəqiyyətlə tətbiq edirlər.

YUXARI TƏNƏFFÜS YOLLARININ VƏRƏMİ

Müasir dövrdə yuxarı tənəffüs yollarının vərəmi olduqca az rast gəlinir, bəzən çox ağciyər vərəminin xronik fibroz-kavernoz və ya hematogen yayılmış, getdikcə şiddətlənən formalarında olur. Yuxarı tənəffüs yollarının vərəmi kişilərdə qadınlara nisbətən çox (3:1), həm də 20 – 25 yaşlarda müşahidə olunur (A.P.Voznesenski).

Burun vərəmi

Burun vərəmi, adətən, ikincili olur. Buruna infeksiya hematogen ya limfogen yolla daxil olur (A.P.Voznesenskiyə görə limfogen yayılma yolu hamı tərəfindən qəbul olunmamışdır). Nadir hallarda vərəm prosesi burunu ilkin vərəm kimi zədələyir, bu selikli qışada olan çatlar, quru ön və ya atrofik rinit zamanı baş verir. Belə hallarda infeksiya burunu qurdalayarkən barmaqla daxil edilir.

Vərəm prosesi burunda infiltrat, xora ya tuberkuloma adlanan şiş şəklində rast gəlinir. Əvvəlcə infiltrat nəhəng hüceyrələri qabarcıq kimi olur. Trofika pozulduğundan qabarcıq dağılır və xora əmələ gəlir. Vərəm xorası qeyri-düzgün formaya malik olur, kənarları infiltrasiyaya uğrayır, cırılmış olur, dibində qartmaqlar, süst qranulyasiyalar görünür. Xoranın ən çox rast gəlinədiyi yer burun arakəsməsidir. Tuberkuloma hamar səthə malik olub, solğuntəhər selikli qışa ilə örtülü kürəyəbənzər şişdir. Tədriclə böyüyür və xora kimi burun arakəsməsində perforasiya törədə bilər.

Əvvəllər xəstə heç nədən şikayətlənmir. Sonralar o, burunun tutulduğunu, qartmaqlar əmələ gəldiyini qeyd edir; tuberkulomalar zamanı ağrılar da olur.

D i a q n o z. Orqanizmdə vərəm ocağı (mənbəyi) olduqda diaqnostika müərkəb deyildir. Klinik mənzərə aydın olur, laborator müayinə (biopsiya və vərəm çöplərinin tapılması) diaqnozu təsdiq edir. Sifilis ilə tuberkuloma olduqda isə sarkoma ilə diferensiasiya etmək lazımdır.

P r o q n o z. Xəstəliyin proqnozu orqanizmin immunobioloji halından, habelə ağciyərlərin vəziyyətindən asılıdır.

Udlaq vərəmi

Nadir hallarda rast gəlinir və ağciyər vərəminin disseminasiyalı formasının ağırlaşması kimi bu da ikincili xəstəlikdir. Ağız və udlaq boşluğunda proses hematogen-limfogen yolla, habelə bəlgəm vasitəsilə, yəni sputogen yolla meydana çıxır.

Burun vərəmindəki kimi udlaq vərəminin də patoloji anatomik substratı infiltratlar və xoralar əmələ gəlməsidir.

Xəstəliyin simptomları prosesin lokalizasiyasından və gedişindən asılıdır. Udma zamanı ağrı, qıdanın burunudlağa və buruna düşməsi xəstələrin adət şəkli almış şikayətləridir. Bu ağrılara görə xəstələrin yeməkdən imtina etməsi az rast gəlinmir. Ağrılar prosesin xoraya çevrilmə mərhələsində olur; infiltrasiya mərhələsində kifayət qədər qabarıq simptomlar olur. Xoralar udlağın arxa divarında, qövslərdə, yumşaq damaqda, həm də çox vaxt miliar düyüncüklərin olduğu hiperemik ödemli selikli qişada tək-tək meydana çıxır. Əvvəlcə ayrı-ayrı xoralar dayaz olur, sonra onlar sürətlə birləşib geniş dərin xoralar əmələ gətirir. Udlağın yan divarlarında xoralar olduqda otalgiya (qulaq ağrıları), bəzən ağızdan pis qoxu gəlməsi qeyd olunur: ağızdan qoxu gəlməsi ikincili infeksiyanın qoşulması ilə əlaqədar olur.

Xəstəliyin g e d i ş i infeksiyanın virulentliyindən və orqanizmin müqavimətindən, ağciyərlərin halından asılıdır.

Fəal ağciyər vərəmi olan xəstələrdə xoraların və infiltratların xarakterik xüsusiyyətləri d i a q n o z a kömək edir. Qabarcıqların və xoraların əmələ gəlməsi ilə diaqnoz asanlaşır. Badamcıqlarda xora olduqda onu Simanovski–Vensan anginasından fərqləndirmək lazımdır. Udlaqda sərt infiltratların olması xərcəng, sifilis, yeyilmə və skleroma haqqında fikir doğura bilər. Sonradan aparılan müşahidə və mükəmməl laborator müayinə məsələni həll edir.

Qırtlaq vərəmi

Yuxarı tənəffüs yollarının başqa hissələri arasında vərəmə daha tez-tez tutulan qırtlaqdır. Burada vərəm ikincili olaraq rast gəlinir. Xəstəliyə 20 – 40 yaşlı şəxslər, həm də qadınlara nisbətən kişilər iki dəfə daha çox tutulurlar.

Qadınlar hamiləlik zamanı vərəmlə xəstələnməyə daha meylli olurlar. Uşaqlar qırtlağın vərəmilə nadir hallarda xəstələnirlər.

Ağciyər vərəminin daha tez-tez rast gəlinən açıq ekssudativ formalarında qırtlağa infeksiya əsasən kontakt yolla, yəni bəlgəm vasitəsilə keçir (sputogen yol).

Qapalı formalarda və miliar vərəm zamanı qırtlağa infeksiya yalnız hematogen yolla sirayət edir. Prosesin həqiqi səs бүкüşlərində, arxa divarda başlanması vərəmin sputogen qaydada əmələ gəldiyini göstərir; buna öskürək və danışiq kömək edir.

Vərəmin qırtlağı hematogen və limfogen yollarla zədələməsi xeyli az müşahidə olunur.

S i m p t o m l a r. Xəstəliyin simptomları infeksiyanın yayılma yollarından asılıdır. Belə ki, sputogen xəstələnmə formasında səsin xırıltılı olması daha qabarıq olur və o, afoniyaya qədər çata bilər, danışarkən və öskürdükdə ağrılar olur. Bunun izahını həqiqi səs бүкüşlərinin prosesə cəlb olunmasında aramaq

lazımdır. Laringoskopiya zamanı əvvəlcə yalnız həqiqi səs бүкüşünün hiperemiyası, infiltrasiyası, sonralar isə xoraya çevrilməsi qeyd olunur. Həqiqi səs бүкüşünün sərbəst kənarı dış-dış olur. Bəzi təsadüflərdə çalovabənzər qığırdaqlararası sahənin paxidermiyası ya tuberkuloması qeyd olunur. Bir sıra təsadüflərdə udma zamanı ağrılar olur. Disfagiya şiddətlənərək xəstəni yeməkdən imtina etməyə vadar edir. Ağrı qırtlaq qapağında, çalovabənzər qığırdaqlarda, çalov-qığırdaq qapağı bağlarında, başqa sözlə, qırtlağın xarici halqasında az və ya çox şiddətli ödem halının olması ilə izah edilir, bu da öz növbəsində hematogen xəstələnmə zamanı müşahidə olunur. Bir sıra təsadüflərdə səs yarığında və səs бүкüşləri altındakı sahədə infiltrat və qranulyasiyalarla əmələ gətirilən daralma nəticəsində tənəffüs çətinləşir.

Xəstəliyin g e d i ş i kəskin və xronik ola bilər.

Miliar vərəm zamanı müşahidə olunan kəskin forma yüksək temperaturla davam edir. Belə təsadüflərdə qidalanmanın pozulması xəstənin sürətlə zəifləməsinə və ölümə səbəb olur.

Xəstəliyin xronik gedişi əksərən sputogen etiologiyaya malik təsadüflərdə müşahidə olunur. Qırtlaqdakı dəyişikliklər əsasən produktiv xarakter daşıyır. Bir sıra təsadüflərdə proses xondro-perixondrit ilə ağırlaşır.

D i a q n o z. Qırtlaq vərəminin diaqnostikasında vərəmin ayrı-ayrı formalarında müxtəlif olan laringoskopik təsvirə əsaslanırlar. Orqanizmin hər hansı bir yerində, əsasən, ağciyərlərdə vərəm prosesinin olması, habelə biopsiyanın nəticələri diaqnozu təsdiq edir. Prosesin başlangıç formalarında diaqnostikanın çətin olduğunu qeyd etmək lazımdır: bu zaman proses ikitərəflidirsə, banal (adi) laringitlə diferensiasiya etmək tələb olunur. Qırtlaq vərəmini yeyilmədən, sifilisdən və xərcəngdən fərqləndirmək lazımdır. Burada Vasserman reaksiyasının mənfi nəticə verməsi, biopsiya məlumatı və Kox çöplərinin tapılması həlledici əhəmiyyətə malikdir.

P r o q n o z. İndiki zamanda qırtlaq vərəminin müalicəsində antibiotiklərin, PAST (paraaminosalisil turşusunun), ftivazidin işlədilməsi ilə əlaqədar olaraq qırtlaq vərəmi olan xəstələr, bir qayda olaraq, sağalırlar (V.K.Suprunov).

Müalicə ümumi və yerli olmalıdır. Ümumi müalicə aşağıdakılardan ibarətdir: 1) antibakterial terapiya; 2) iqlim şəraiti ilə birlikdə aparılan gigiyenik-pəhriz müalicəsi; 3) susma rejimi

Antibakterial terapiya streptomisin, PAST, ftivazid və s. işlətməkdən ibarətdir.

Xəstə yalnız pıçıltı ilə, həm də az danışmalı və bu zaman qalıq havadan istifadə etməlidir.

Xəstəlik ocağına təsir etmək məqsədilə qırtlağa azca isidilmiş halda hər gün ya günaşırı mentol yağı tökürlər. Mentol habelə iltihaba qarşı təsir göstərir və ağrını sakitləşdirir. Lakin disfagiya ən yaxşı əks təsir göstərən dərman

streptomisinidir; onu əzələiçi inyeksiyalar şəklində, yəni 10%-li məhlulundan (10 ml həlledicidə 1,0) hissə-hissə gündə 3 – 6 inyeksiya (quru preparatın sutkalıq dozası prosesin ağırlığından asılı olaraq 0,5 – 1,0 q qədərdir) edilir. Müalicə kursu 1 – 2 aydır, orta hesabla 40 q-a qədər vurulur.

Qırtlağa dərman maddələri, habelə inqalyasiya (qələvi məhlulları, qələvi maddə suları, mentol, xlorenton) və üfürmə (anestezin) ilə yeridilir; yaxma (xoralar olduqda əvvəlcə 10%-li lidokain məhlulu ilə keyitdikdən sonra 30 – 80%-li süd turşusu yaxılır) və qalvanokaustika edilir. Disfagiya zamanı yuxarı qırtlaq sinirinə spirt iynələri də vurulur. Disfagiya zamanı daha əsirgəyici və yaxşı təsir göstərən dərman kimi streptomisin meydana çıxdıqdan sonra spirtlə müalicə öz əhəmiyyətini itirmiş oldu. Lakin streptomisini çox tətbiq etmək zərər verir (karlıq əmələ gətirir (onun dozası: gündə 0,5 – 1,0)).

Burun vərəminin müalicəsində konservativ və cərrahi metodlar ayırd olunur. Konservativ müalicəyə vərəmli sahələrin süd turşusu ilə dağlanması aiddir. Rentgenlə müalicə də işlədilir. Cərrahlıq müalicəsinə isə qalvanokaustika və elektrokoagulyasiya aiddir. Proses məhdud (lokal) xarakterdə olarsa, operasiya müvəffəqiyyətlə nəticələnir. Udlağın vərəm xorası da süd turşusu ilə müalicə edilə bilər. Disfagiya olduqda qidanı qəbul edəndən 10 – 15 dəqiqə qabaq üfürmə ilə anestezin yeridilir.

YUXARI TƏNƏFFÜS YOLLARININ YEYİLMƏ XƏSTƏLİYİ

Bu xəstəlik vərəmin növlərindən biri olub, adətən, dəri vərəmi ilə birlikdə rast gəlinir. O, vərəmin nisbətən xoşxassəli produktiv formasıdır. Yeyilmə (lupus) ilə 5 – 20 yaşlı şəxslər, həm də kişilərə nisbətən qadınlar iki dəfə artıq xəstələnirlər.

İnfeksiyanın daxilolma yolları hemotogen, limfogen və kontakt yoludur. Bu zaman ümumi toksik təzahürlər son dərəcə az müşahidə olunur.

Xəstəliyə tutulma tezliyinə görə burun birinci yeri tutur. Burun yeyilməsi həmişə ikitərəfli olub xarakterik, ağrısız, bozuntul-sarı ya qırmızıyaçalan rəngli düyüncüklər şəklində meydana çıxır. Bu düyüncüklər birləşərək infiltratlar əmələ gətirir. İnfiltratlar parçalandıqdan sonra çapıqlar, sonralar isə düyüncüklər əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Əgər proses burun boşluğunu tutarsa arakəsmənin qığırdağı da prosesə cəlb olunur, sümük isə intakt (toxunulmamış) qalır.

Xəstəliyə tutulma tezliyinə görə ağız və udlaq ardıcıl olaraq ikinci və üçüncü yeri tutur, qırtlaq isə axırıncı yerdədir. Qırtlağın xəstələnməsi qırtlaq qapağından başlanır. Qırtlaq yeyilməsinin xarakterik cəhəti budur ki, hətta proses başlı-başına buraxılmış (çox gecikdirilmiş) olduqda, laringoskopiya qırtlaq qapağının çox dağılmasını göstərdikdə belə xəstəlik ağrılarla müşayiət olunmur. Proses bəzən qırtlağın daxili halqasına keçir. Dağılma nəticəsində qırtlağın qığırdaqlarından çapıq yastıq qalır.

G e d i ş. Yuxarı tənəffüs yollarının yeyilməsi xəstəliyi gedisi cəhətcə xronik və ağrısız olur. Bəzən öz-özünə sağalma baş verir.

M ü a l i c ə tipik vərəmdəki kimidir. Müxtəlif dağlayıcı dərmanlar (süd turşusu, piroqal və salisil turşuları, rezorsin, hərəsindən 7,0, talk 10,0) ilə yerli təsirindən başqa ultrayüksək tezlikli cərəyanla da müalicə təyin edirlər.

Cərrahi üsulla müalicəyə gəldikdə prosesə tutulmuş sahələrin kəsilib götürülməsi, iti qaşıqla qaşınb təmizlənməsi, yaxud qalvanokauter ilə dağlanması tətbiq edilir.

YUXARI TƏNƏFFÜS YOLLARININ SİFİLİSİ

Burun sifilisi

Bu xəstəliyin klinikada üç mərhələsi, yəni birincili, ikincili və üçüncülü formaları rast gəlinir.

Burunda ilkin affekt sərt şankr şəklində az rast gəlinir. O, ən çox burunun dırnaqlarla zədələyərkən infeksiyanın daxil olduğu yerlərində: burun girəcəyində, burun arakəsməsinin ön hissəsində olur. Infeksiya dövrü üç həftədir. Xəstəlik mərkəzində xora olan sərt, azca hiperemiyalı şişkinlik şəklində meydana çıxır. Xoranın dibi qığırdaq sərtliyinə malik olub piyli və çirkli ərplə örtülü olur. Tezliklə toxunduqda asan qanayan qranulyasiyalar əmələ gəlir. Ənsə və çənəaltı limfa düyünləri şişir və ağrısız olur.

Burunun selikli qişasında ikincili sifilislər eritema və papula şəklində rast gəlinir. Eritema kəskin zökəm kimi gedərək selikli qişanın şişkinliyi ilə müşayiət olunur. Yenidoğulmuş uşaqların belə zökəmi (*corysa syphilitica neonatorum seu lues connata*) selikli qişanın şişkinliyi ilə bərabər çoxlu irinli ya irinliqanlı sekresiya ilə müşayiət olunur, bu ifrazat tez quruyaraq qartmağa çevrilir və gedişinin davamlı olması ilə seçilir. Bütün bunların nəticəsində burun tutulur, tənəffüs və qidalanma pozulur. Pappulyoz sifilid burunun girəcəyində əmələ gəlir, burun boşluğunda az müşahidə olunur. Papullar dağılır və ifrazat xaric edir, bunun “yeyici” təsirindən isə çatlar və ya ekskoriyasiyalar əmələ gəlir.

Burunda üçüncülü sifilis ən çox qummoz infiltrasiya şəklində rast gəlinir. Tezliklə burun əsasının qığırdaqüstlüyü və sümüküstlüyü iltihaba tutulur. Vərəmin əksinə olaraq qummoz sifilis zamanı prosesə burunun nisbətən arxa şöbələri: xış sümük, dibi, habelə burunarxası tutulmuş olur. Trofika pozulduğundan qummalar dağılır və bunun ardınca burun arxası çökür (yehərəbənzər burun), və arakəsmə perforasiyaya uğrayır. Bunların hamısı burunda və alında şiddətli ağrılar və üfunətli qoxu ilə müşayiət olunur. İyin səbəbi burun boşluğundakı sümüyün dağılması və üfunətli qartmaqların əmələ gəlməsidir (*Ozena luica*).

G e d i ş. Xəstəlik xüsusən spesifik müalicə aparılmadıqda getdikcə şiddətlənir. Qummoz prosesin xəlbir səhfəni dağıtması hətta ölümə səbəb ola bilər.

D i a q n o z. İlkin affektin diaqnostikasına klinik mənzərədən, məhəlli limfa düyünlərindən başqa Vasserman reaksiyası kömək edir. Xəstəliyi burun girəcəyinin furunkulu və burun arakəsməsinin vərəmi ilə qarışıq salmaq olar. İkincili dövrün diaqnozu dəridə və anus ətrafındakı selikli qişada sifilitik papulların olmasına, üçüncülü sifilisin diaqnostikası anamnezə, Vassermanın müsbət seroloji reaksiyasına, sifilise qarşı aparılmış müalicədən alınan müsbət nəticələrə əsaslanır.

Prosesin əvvəlində qummanı vərəm infiltratından və ya şişdən fərqləndirmək lazımdır.

M ü a l i c ə, əsasən, ümumidir: novarsenol, bismut və civə birləşmələri, penisillin, habelə yodlu qələvilər (bunlar üçüncülü sifilisdə xüsusilə səmərəlidir – A.Q.Lixaçov) işlədilir, eyni zamanda qeyri-spesifik ümumi möhkəmləndirici müalicə təyin olunur. Yerli müalicə xəstəliyin mərhələsi ilə əlaqədar olaraq aparılır. Birincili və ikincili sifilis zamanı kalomel səpməsi, zökəmin simptomatik müalicəsi tövsiyə olunur. Üçüncülü sifilisdə yodlu kaliumun təyini faydalı sayılır. Yerli müalicə, habelə burunu təmiz saxlamaqdan, sekvəstrotomiyadan ibarət olur.

Udlaq sifilisi

Hər üç mərhələdə rast gəlinir. Burada da ilkin affekt az rast gəlinir və adətən, badamcıqlarda, bəzən isə udlağın arxa divarında lokalizasiya edir. İnfeksiya qab-qacaq, dəsmal və s. ilə keçir. Xəstəlik damaq badamcıqlarından birinin yuxarı qütbündə qırmızı fonda, eroziyaya malik sərt infiltratla meydana çıxır. Tədricən eroziya dövrəsində kəskin surətdə ayrılan xoraya çevrilir. Xəstənin ümumi halı pozulur, xəstəlik ağrısız gedir. Yaxındakı (məhəlli) limfa düyünləri böyümüş sərt və ağrısız olur.

İkincili təzahürlər də, əsasən, badamcıqda müşahidə olunur və yoluxduqdan 1 – 2 ay sonra meydana çıxır. Onlar udlaqda eritema, eroziya, əksərən papula şəklində rast gəlinir. Eritema angina (angina erythematosa syphilitica) kimi gedərək əsnəyin selikli qişasında olur. Eritema zamanı temperatur normal və ya azca yüksəlmiş olur, ağrılar olmur. Nahiyyə (məhəlli) limfa düyünləri, xüsusən dirsək və arxa boyun düyünləri böyümüş olur.

Eroziv forma zamanı selikli qişada tünd qırmızı rəngdə, kəskin hədudlara malik toxuma defekti qeyd olunur. Papulyoz ya kondiloz forma daha tez-tez rast gəlinir; ikincili sifilisin spesifik əlamətləri xüsusilə şiddətli şəkildə meydana çıxır. Hiperemiya zonası ilə əhatə olunmuş papullar girdə və ya oval formada, müxtəlif böyüklükdə olur; onlar nazik bozuntul ərplə örtülür. Papullar bir-biri ilə birləşərək xoraya çevrilən müxtəlif formalı ləkələr əmələ gətirir. Bu xoralar ağrılı və asan qanayan olur.

Üçüncülü sifilis xəstəliyin başlanmasından 2 – 3 il sonra başlanır. Onun ən çox rast gəlinən lokalizasiya yeri udlağın arxa və yan divarları, bəzən damaq badamcıqlarıdır. O, qumma ya diffuz infiltrat şəklində meydana çıxır.

Qummalar çox tez olaraq toxumanın dağılmasına və bunun ardınca sərt ulduzabənzər və ağımtıl rəngli çapıqların əmələ gəlməsinə, bəzən udlağın çapıqdan stenozuna aparır. Qumma damaqda yerləşdikdə sümük “yeyilərək” bunun ardınca dəşilə (perforasiya) və ağız boşluğu ilə burun boşluğu arasında əlaqə yarana bilər; bunun nəticəsində nitq və udma pozulur. Qummoz dağılma ağrısız olur. Udlağın qummoz zədələnməsinin proqnozu erkən diaqnoz və vaxtında başlanan müalicədən asılıdır.

D i a q n o z. Udlağın üçüncülü sifilisində diaqnoz qoyarkən skleromanı və bədxassəli şişləri istisna etmək lazımdır. Xərçəng zamanı xoranın kənarları bir

qədər hündür, sifilis zamanı çırılmış olur. İkincili sifilislə anginalar (kataral, follikulyar, xoralı-pərdəli anginalar), vərəm və leykoplagiya arasında, ilkin sifilis ilə xoralı-plyonkalı angina arasında diferensiasiya aparılmalıdır.

M ü a l i c ə spesifikdir. Sifilisin üçüncülü dövründə yodlu kalium təyin edirlər. Yerli müalicə ağız boşluğunu hidrogen-peroksid ilə qarğara etməkdən ibarətdir.

Qırtlaq sifilisi

Qırtlaq sifilisi xəstəliyin hər bir mərhələsində olur və bütün yaşlarda rast gəlinir. Ümumiyyətlə sifilisin qırtlağı zədələməsi az rast gəlinir və ilkin mərhələdə xüsusilə az müşahidə olunur.

Südəmə uşaqlarda da rast gəlinən ikincili mərhələ (lues connata) eritema və kondiloma şəklində müşahidə olunur. Eritema mənzərəsi xarakterik olmur və kataral laringiti xatırladır. Papulyoz forma (plaqus muqueses) əksərən qırtlaq qapağının sərbəst səthində və az hallarda həqiqi səs бүкüşlərində və arxa divarda olur. Proses həqiqi səs бүкüşündə olarkən cüzi xırıltılı qeyd olunur, ümumi hal pozulmur və ağrının olmaması ilə seçilir.

Üçüncü mərhələ qırtlağın müxtəlif yerlərində olur; onun xarakterik xüsusiyyəti epitelialtı girdə hüceyrəli infiltratların əmələ gəlməsidir. Bu infiltratlar sürətlə dağılıb krater kimi dərin xora əmələ gətirir. Bu zaman ikincili infeksiyanın qoşulması və onun ardınca perixondritlər əmələ gəlməsi üçün xoş zəmin yaradır. Nəhayət, böyük dağılma və stenozlayıcı çapıqlar qeyd olunur.

G e d i ş i ağrısız olur. Yalnız perixondritin qoşulması şiddətli ağrılarla müşayiət edilir. Prosesin həqiqi səs бүкüşlərində lokalizasiyası səsin xırıltılı olması ilə müşayiət olunur.

D i a q n o z. İkincili mərhələnin eritemalarında diaqnoz çətindir və xəstəliyin olduğunu yalnız güman etmək olar. Papulyoz formaya diaqnoz asan qoyulur. Üçüncülü sifilisi qırtlağın vərəmi və xərçəngi ilə diferensiasiya etmək lazımdır. Qeyd etmək lazımdır ki, bir sıra təsadüflərdə qırtlağın birgə (kombinasiya) xəstəlikləri (sifilis, xərçəng və s.) müşahidə olunur.

M ü a l i c ə ümumi, spesifik olur və mümkün qədər tez başlanılmalıdır. Ödəmələrdən və çapıqdan stenozlar olduqda traxeostomiyaya müraciət edilir. Qırtlağın çapıq stenozlarına sonralar müntəzəm surətdə mil salınmalıdır. Perixondrit absesləri olduqda onları vaxtında yarırırlar, antibiotik təyin edirlər. Xəstə susma rejiminə riayət etməlidir. Qələvi inhalyasiyalar və pulverizasiyalar tövsiyə olunur. Xora və perixondrit olduqda penisillin aerozu təyin edilir.

VII FƏSİL

NƏFƏS BORUSUNUN VƏ BRONXLARIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Nəfəs borusunun və bronxların anatomiyası

Nəfəs borusu (trachea) qırtlağın davamı olub, boyunun ən səthində yerləşir və üzüyəbənzər qığırdaqdan, başqa sözlə VII boyun fəqərəsinin aşağı kənarı səviyyəsindən aşağıya V döş fəqərəsinə qədər uzanır. Nəfəs borusunun qığırdaqlardan azad arxa divarını zarlı toxuma təşkil edir; zarlı toxuma fibroz toxumadan və onda yerləşmiş saya əzələ liflərindən ibarətdir. Burun, habelə nəfəs borusunun ayrı-ayrı nalabənzər qığırdaqları arasında sayı 16-dan 20-yə qədər olan halqavı bağların (ligamenta annularia tracheales) sayəsində traxeya özlüyündə boş elastik borudur.

Nəfəs borusu daxildən səyrici epiteliyə malik selikli qışa ilə örtülür, epitelinin lifləri yuxarıya doğru hərəkət edir.

Nəfəs borusunun arxa divarı bütün boyu uzunluqda qida borusu ilə sərhəddir. Traxeya ilə qida borusu arasındakı novalçalarda qayıdan sinirlər və xırda limfa düyünləri yerləşir.

Nəfəs borusunun bronxlara keçdiyi yer haçalanma (bifurkasiya) adlanır. Burada nəfəs borusu sola əyilmiş kiçik çıxıq və ya burun (carina) əmələ gətirir. Sağ bronx sanki traxeyanın davamı olduğu halda sol bronx ondan 75°-lik bucaq ilə ayrılır. Bunun və karinanın klinikada əhəmiyyəti ondadır ki, tənəffüs yollarına düşən yad cisimlər əksərən sağ bronxa yönəlir. Bronxlar quruluşca nəfəs borusunu xatırladır və hialin qığırdaqlardan ibarət halqalardan təşkil olunmuşdur ki, bunların da sərbəst ucları arasında bronxların zarlı hissəsi yerləşir. Bronxlarn ayrı-ayrı halqaları bir-biri ilə sərt lifli toxuma ilə birləşmişdir.

Nəfəs borusunun, əsas bronxların uzunluğu, diametri cinsə və yaşa görə cədvəldə təqdim edilmişdir.

Əsas bronxlar da öz növbəsində ikincili, üçüncülü və daha kiçik bronxlara bölünür. Bütün bronxlar sistemi ağacı xatırladır.

NƏFƏS BORUSUNUN VƏ BRONXLARIN MÜAYİNƏ METODLARI

Nəfəs borusunu və bronxları müayinə etməyin 3 metodu vardır; vasitəli traxeoskopiya, vasitəsiz traxeobronxoskopiya və rentgenoqrafiya.

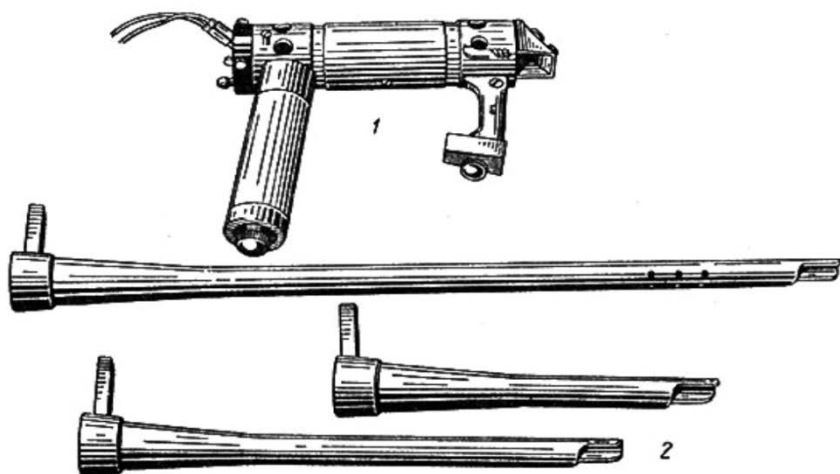
Vasitəli (dolayı) traxeoskopiya. Çox vaxt dərin nəfəsalma zamanı qırtlaq güzgüsündə traxeyanı haçalama yerinə qədər izləmək mümkün olur. Əgər bu adi üsulla mümkün olmur, Killian tərəfindən təklif olunmuş metodikanı (xəstə dayanmış və həkim əyləşmiş vəziyyətdə qırtlağın müayinəsi) tətbiq edirlər.

Lakin nəfəs borusunu, habelə bronxları gözdən keçirmək üçün çox vaxt vasitəsiz traxeobronxoskopiyanın köməyinə müraciət olunur.

Traxeya və bronxların müayinə metodları: yuxarı və aşağı traxeobronxoskopiya ayırd edilir. Birincidə traxeobronxoskopyu bronxa ağızdan, ikincidə isə traxeostomadan daxil edirlər. Traxeostomiyayı bronxoskopiya bilavasitə qabaq, yaxud ona bir neçə gün qalanda edirlər. Bu manipulyasiya iki məqsədlə: diaqnostika və müalicə (yad cisimlərin çıxarılması, ağciyər absesindən irinin aspirasiyası, bronxlara antibiotiklər yeridilməsi, qanaxmanı dayandırmaq) üçün edilir. Traxeobronxoskopiya əks göstərişlər: xəstənin ümumi halının ağırlığı, şiddətli stenotik tənəffüs, ürək-damar sistemi tərəfindən ağır təzahürlər, qırtlağın şiddətli vərəm xəstəliyi, ağızda, udlaqda və qırtlaq girəcəyində olan kəskin iltihab təzahürləri sayılır. Yalnız göstərişlər həyati olduqda onlar nəzərə alınmır.

Traxeobronxoskopiya üçün distal və proksimal işıqlanmaya malik bir sıra alətlər təklif olunmuşdur. Bryuningq bronxoezofaqoskopyu uzun müddət ərzində məşhur olmuş və geniş işlədilmişdir. O, aparatın işıqlandırıcı hissəsi (kiçik elektrik lampası və güzgü) rəbt olunmuş dəstədən ibarətdir. Güzgü tutduğu şüaları baxma borusunun mənfəzinə yönəltmək üçündür. Işıqlandırıcı alət azaldıcı transformator vasitəsilə şəhər şəbəkəsinə qoşulur. Borular uzunluğuna və kalibrinə görə 5 müxtəlif ölçüyə malik olur. Bu borular ikili (ikiqat), yəni xarici və daxili olur. Daxili borular borunun ümumi uzunluğunu artırmaq üçün olduğuna görə yalnız lazım gəldikcə işlədilir. Xarici borunun ən böyük uzunluğu 25 sm-dir; hər iki boru santimetr şkalası ilə təchiz edilmişdir. Aparatın köməkçi alətləri çıxarılıb taxılan (siyirmə) ucluqlara malik maşası və seliyn aspirasiyası üçün aparatı (köhnəmiş olduğundan bu aparatı indi müasir elektrik sorucusu ilə əvəz edirlər) vardır. Ucluqlar müxtəlif formaya malik olub müxtəlif yad cisimlər zamanı işlədilir. Bu aparatı xüsusi alətə uzatmaq olur.

Hazırda Bryuningq aparatı köhnəlmişdir. Bizim alimlər (M.P.Mezrin, V.K.Trutnev, F.S.Bokşteyn, İ.B.Qoldfart), habelə xarici alimlər (Jeakson) tərəfindən təklif olunmuş aparatlar istifadə olunarkən müqayisə edilməz dərəcədə rahat olması ilə seçilir (şəkil 99). Dəyişikliklər boruların həm modifikasiyasına, həm də işıqlandırıcı alətinə aiddir.



Şəkil 99. M.P.Mezrinin bronxoezofaqoskopyu:
1 – işıqlandırıcı alətin dəstəyi; 2 – endoskopik boru dəsti.

Son illərdə tətbiq edilən optik bronxoskoplarmın köməyi ilə bütün bronxların payını, onların seqmentlərini və yan bronxları görmək olar.

Traxeobronxoskopiya (bunun kimi də ezofaqoskopiya) yarımqaranlıq otaqda adətən yerli keyitmə ilə edilir. Keyidilmədən 30 dəqiqə qabaq xəstə promedol və atropin iyləri alır. Keyidilmədən 30 dəqiqə qabaq xəstə promedol və atropin iynələri alır. Keyitməni 10%-li lidokain məhlulu (bunların birindən 2 qrama yaxın götürülür.) ilə edirlər. Keyidici maddənin pulverizasiyası ilə daha yaxşı müvəffəqiyyət əldə etmək olur. Kiçik uşaqlara bronxoezofaqoskopiya ümumi narkozla edilir. Manipulyasiyadan qabaq xəstəyə morfin (böyüklərə 1% – 1ml) və atropin (0,1%–1–0,5 ml) inyeksiya edilir. Yaşla əlaqədar olaraq uşaqlarda dozani azaldırlar.

Manipulyasiya zamanı xəstə oturmuş və ya uzanmış vəziyyətdə olur, yad cisimlər ulduqda uzanmış vəziyyət tövsiyə olunur.

Auskultasiya və perkussiya nəfəs borusunda “ballotomen” (yırğalanan) yad cisimlər olarkən diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

Rentgenoqrafiya nəfəs borusunun və bronxların xəstəliklərində geniş tətbiq olunur, həm də şəkillər kontrast maddə ilə ya onsuz çəkilir. Normada adi rentgenoqramda nəfəs borusunun və bərabər zolaq şəklində bronxların hava sütunu yaxşı görünür. Nəfəs borusunda ya bronxlarda patoloji proses (şiş, yad cisim) olduqda onların mənfəzinin daralması qeyd olunur. Bu və ya başqa üsulla kontrast maddənin yeridilməsi normada “bronxial ağacın” tam mənzərəsini verir; patoloji hallarda daralma, dolma defekti tapılır.

Metal yad cisimlər rentgen işığında ya rentgenoqrafiyada asan təyin olunur. Rentgen şüalarını buraxan yad cisimlər ağciyərin atelektaz simptomuna əsasən təyin edilir.

NƏFƏS BORUSUNUN VƏ BRONXLARIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Yad cisimlər

Nəfəs borusuna və bronxlara yad cisimlər, adətən, qırtlaqdan düşür. Buna görə də qırtlağa yad cisimlərin düşməsinə kömək edən bütün amilləri nəzərə almaq lazımdır. Bundan başqa az-az olsa da yad cisimlər (qusuntu kütləsi, askaridlər) nəfəs yollarının aşağı hissələrinə odlu silah yaralanmaları zamanı qida borusundan da düşə bilər. Uşaqlarda yad cisimlər böyüklərə nisbətən xeyli tez-tez müşahidə olunur.

Qırtlaqda olduğu kimi nəfəs yollarının aşağı hissələrində də yad cisimlər ən müxtəlif xarakterə və formaya malik olur (paxla, qarpız tumları, knopka, iynə, sancaq, düymə, qida hissəcikləri və s.). Böyük yad cisimlər dar səs yarığından nəfəs borusuna keçə bilmədiyi halda, kiçik yad cisimlər kiçik bronxlara da asanlıqla daxil olur. Əksərən yad cisimlər əsas bronxda ləngiyir və anatomik xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq əksərən sağ bronxda tapılır.

S i m p t o m l a r. Nəfəs borusuna yad cismin düşməsinə göstərən ən xarakterik simptom tez-tez olan öskürək tutmalarıdır. Bu tutmalar sürəkli ola bildiyi kimi tezliklə keçib gedə də bilər. Nəfəsalma zamanı kiçik yad cisimlər (qarpız tumları, dən, noxud), adətən, yırğalanır; bu “oynayan” yad cisimləri fonendoskopla dinləmək (çırpıntı səsi), ya əli nəfəs borusuna dayamaqla tutmaq olar. Yad cisim səs büküşlərinin aşağı səthinə zərb ilə toxunduqda onlar konvulsiv (qıc) surətdə bir birinə yanaşır (söykənir), bu da yad cismin nəfəs borusundan bayıra çıxmasına mane olur.

K l i n i k a. Bronxlara düşən yad cisimlərin klinikası onların xarakterindən, forma və ölçülərindən asılıdır. Bərk və iti yad cisimlər döş sümüyü arxasında ağrı törədə bilər, yaxud məhdud iynə batması duyğusu, bəlgəmdə qan olması ilə müşayiət edilə bilər. Yad cisim əsas bronxu tıxadıqda (obturasiya) o biri ağciyər sağlamsa asfiksiya olmur. Ağciyərin aşağı sahələrində atelektaz, sağ ağciyerdə isə emfizema olur. Ağciyərləri fizikal müayinə edərkən döş qəfəsinin hər iki yarısının tənəffüs hərəkətlərini müqayisə edirlər; bu zaman bronx tıxandığı tərəfdə tənəffüs daha güclü olur ki, bu da nəfəsvermənin güclənməsi ilə izah edilir. Auskultasiya ilə küy təyin edilə bilər.

Yad cisimlərin qiymətli diaqnostika metodları rentgenoskopiya, rentgenoqrafiya və tomoqrafiyadır. Nəfəs borusunun rentgenoskopiyasında yad cisimlər olduqda normal havalı zolağın daraldığı (ensizləşdiyi) təyin edilir. Şüaları buraxan yad cisimlər olduqda yad cismin olmasını dolayı qaydada göstərən dəyişiklikləri: atelektaz, nəfəsalma zamanı mediastinum üzvlərinin xəstə tərəfə

yerdəyişməsi, xəstəlik (yad cisim) olan tərəfdə qabırğaların əyri durmasını nəzərə almaq lazımdır.

P r o q n o z. Bronxlardakı böyük yad cisimlər müxtəlif səbəblərdən ölüm verə bilər. Girdə və hamar yad cisimlər uzun müddət heç bir reaksiya verməyə bilər. İti və kələ-kötür yad cisimlər zamanı periezofagit, divararası sahədə (mediastinum) abses, arrozion qanaxma mümkündür.

Yad cisim sağlam ağciyəyə düşərsə (onu çıxarmağa cəhd edərkən yerini dəyişməsi nəticəsində) qəfləti ölüm baş verə bilər. Bu belə izah olunur ki, atelektaz halında olan ağciyər tənəffüs funksiyasını yerinə yetirə bilmir, sağ ağciyərin yolu isə yad cisim tərəfindən tıxanmış olur.

Yad cismin heç bir reaksiya törətmədən uzun müddət bronxda qalması təsvir edilmişdir.

Müalicə nəfəs borusunun və bronxun yad cismini vasitəsiz traxeobronxoskopiya ilə dərhal çıxarmaqdan ibarətdir.

Nadir hallarda bunu aşağı bronxoskopiyanın köməyi ilə, yəni traxeostoma vasitəsilə edirlər; bu zaman hamar və sürüşkən yad cisimlərin öskürdükdə hava axını ilə stomadan bayıra atılması tez-tez olur. Bronxoskopdan başqa nəfəs borusuna stomadan Killian burun güzgüsü də daxil edilə bilər.

NƏFƏS BORUSUNUN VƏ BRONXLARIN ŞİŞLƏRİ

Nəfəs borusunun şişləri qırtlağına nisbətən xeyli az rast gəlinir.

Traxeyada xoşxassəli və bədxassəli şişlər müşahidə olunur, həm də xoşxassəli şişlər yaman şişlərə nisbətən tez-tez rast gəlinir.

X o ş x a s s ə l i ş i ş l ər d ən papillomanı, fibromanı, adenomanı və nəfəs borusudaxili uru göstərmək olar. Bunlardan ən tez-tez rast gəlinən papilloma ayrıca (sərbəst) ola bildiyi kimi, qırtlaqdan da böyüyə bilər. Traxeyanın papilloması öz histoloji quruluşuna görə xoşxassəli olub əvvəlcə xüsusi pozulmalar törətməsə də şiddətlə böyümə təsadüflərində asfiksiyaya səbəb ola bilər.

Bu şişlərin müalicəsi cərrahlıq qaydaları ilə olur. Şişləri çox vaxt vasitəsiz traxeoskopiya metodu ilə çıxarmaq mümkün olur. Nadir hallarda larinqofissura və traxeofissuraya müraciət etmək lazım gəlir.

Y a m a n ş i ş l ər d ən nəfəs borusunda və bronxlarda x ər ç ə n g və s a r k o m a rast gəlinir, həm də bunlar birincili və ikincili (yəni qırtlaqdan, qida borusundan və s.) olur. Bunun əksinə olaraq şişin traxeyadan qonşu üzvlərə nüfuz etməsi də müşahidə edilir.

Bronxların və nəfəs borusunun xərçəngi tez-tez rast gəlinir və mədənin xərçəngindən sonra ikinci yeri tutur. Nəfəs borusunun xərçəngi tez dağılmağa meylli olur. Bronxların xərçəngi ilk mərhələlərdə simptomuz davam edə bilər. Sonralar bronxun tıxanması baş verir.

Xəstənin ağır ümumi halı, rentgenoqrafiya, tomoqrafiya, traxeobronxoskopiya və biopsiya nəfəs borusunun və bronxların xərçənginə diaqnoz qoymağa kömək edir.

Sarkoma müstəsna dərəcədə az rast gəlinir və klinik gedişinə görə xərçəngdən az fərqlənir.

M ü a l i c ə. Nəfəs borusunun və bronxların xərçəng xəstəliyi operasiya və şüaterapiyası ilə müalicə olunur, bu zaman birgə (kombinasiya) müalicə də tətbiq edilir. Bu, eyni zamanda sarkomaya da aiddir.

VIII FƏSİL

QIDA BORUSUNUN XƏSTƏLİKLƏRİ

Qida borusunun anatomiyası

Qida borusu (Oesophagus) udlağın davamı olub, daxildən selikli qişə ilə örtülmüş əzələvi borudan ibarətdir. O, VI – VII boyun fəqərələrinin səviyyəsindən başlanaraq X və XI döş fəqərəsinin bərabərində mədəyə keçir (qida borusunun kardial ağzı). Qida borusunun uzunluğu orta hesabla yeni doğulmuşlarda 8 sm, bir yaşlı uşaqda 15 sm, böyüklərdə 25 sm olur. Yuxarı kəsici dişlərin kənarından kardial ağzına qədər olan məsafə isə müvafiq surətdə 17 sm, 22 – 24 sm və 37 – 43 sm-dir. Qida borusunda 3 daralma vardır ki, bunları bilməyin böyük əhəmiyyəti vardır. Birinci daralma (qida borusunun ağzı) qida borusunun başlanğıcındadır, o, yuxarı kəsici dişlərin kənarından 15 sm-lik məsafədədir (böyüklərdə); ikinci daralma aorta qövsü ilə çarpazlaşma yerində, yəni yuxarı kəsici dişlərdən 26 sm-lik məsafədədir; nəhayət, üçüncü daralma qida borusunun qarın boşluğuna daxil olduğu yerdə, yəni yuxarı kəsici dişlərin kənarından 37 sm aralıdadır.

QIDA BORUSUNUN MÜAYİNƏ METODLARI

Qida borusunu müayinə etməyin 2 obyektiv üsulu: ezofaqoskopik və rentgenoloji müayinə üsulları vardır.

Ezofaqoskopiya. Yad cisimlər, şişlər, yanıqdan və başqa səbəblərdən qida borusunun daralmaları ezofaqoskopiya göstərişdir. Ezofaqoskopiyanı Bryuningşin, Mezrinin ya Ceksonun (distal işıqlandırma ilə) alətlər dəstəsi ilə edirlər. Bu məqsədlə daha böyük diametrlə 1, 2 və 3 nömrəli borular işlədilir.

Ezofaqoskopiya qabaq ümumi və bu xəstəliyə aidiyyəti olan anamnez toplanır. Xəstə xüsusən ürək-damar sisteminə görə mükəmməl müayinə olunmalıdır. Xəstəliyin xarakterini, onun lokalizasiyasını aydınlaşdırmaq məqsədilə qida borusunu rentgenoskopiya uğratmaq da tövsiyə olunur. Xəstənin “ezofaqoskopikliyi” (onurğanın mütəhərrikliyi, çənənin halı) aydınlaşdırılır və ağız boşluğu, udlaq və qırtlaq gözdən keçilir (Q.İ.Qordışevski).

Ezofaqoskopiyanı acqarına etmək daha yaxşıdır. Əvvəlcə bütün alətlər diqqətlə yoxlanılır. Xəstə oturmuş ya uzanmış vəziyyətdə olur. Qabaqca udlağın və qida borusunun girəcəyini lidokain yaxmaq, ya pulverizasiya etməklə keyidirlər. Daha yaxşı olar ki, yarım saat qalmış xəstəyə əzələdaxili dimedrol məhlulu yeridilsin. Uşaqlarda ezofaqoskopiya ümumi anesteziya altında aparılır.

Ezofaqoskopiya borusu qabaqca isidilir, ona steril vazelin yağı yaxılır. Xəstə xüsusi Bryuningş stulunda, yaxud alçaq taburetdə əyləşib əlləri ilə oturacağın kənarlarından yapışır. Həkim sol əli ilə xəstənin bayıra çıxarmış olduğu dilini tutur və həmin əlin şəhadət barmağı ilə xəstənin yuxarı dodağını yuxarıya qaldırır (dartır).

Həkim borunu sağ əlinə alıb onu dilin arxası ilə daxilə yönəldir. Sol armudabənzər cibə çataraq onu qida borusunun ağzına yanaşdırır. Bu hissəni keçmək asan deyildir. Buna görə də borunun dimdiyini qida borusunun ön divarına yüngülcə basıb onu frontal yerləşmiş yarıqdan qida borusuna daxil edirlər. Manipulyasiyanın bu mərhələsini asanlaşdırmaq üçün xəstəyə dərin nəfəs almaq tövsiyə olunur. Sonra boru asan gedir. Bir sıra təsadüflərdə olan spazm ezofaqoskopiyanın keçirilməsini boru ağzında çətinləşdirir.

Spazmı aradan qaldırmaq üçün xəstəni danışdırmaqla diqqətini yayındırırlar. Qida borusunun ağzındakı selikli qişaya adrenalin məhlulu yaxmaq, yaxud onu daxilə (bir qədəh suda 8 – 10 damcı) qəbul etdirmək ilə də spazmı ləvğ etmək mümkündür. Döş şöbəsində qida borusunun mənfəzi geniş olur. Çox vaxt burada aorta qövsü və sol bronx müayinəyə mane olur, guya onlar qida borusunun mənfəzini daraldır. Belə hallarda xəstənin başını əyməsi və eyni zamanda manipulyatorun qida borusu divarına təzyiq etməsi emeliyyət asanlaşdırır. Xarici

boru bütünlüklə qida borusuna daxil edildikdən sonra lazım olduqda daxili borudan istifadə edirlər.

Ezofaqoskopiya zamanı borunun oxu qida borusunun oxuna tuş olmalıdır. Bacarıqla edilən ezofaqoskopiya zamanı borunu insana heç bir ziyan yetirmədən mədəyə qədər yeritmək olur. Qida borusunun mənfəzini dolduran selik elektrik sorucusunun köməyi ilə aspirasiya edilir.

Qida borusunun normal selikli qışası tünd çəhrayı rəngdə olub yaxşı görünən büküşlərə malikdir.

Ezofaqoskop borusunu qida borusuna daxil edərkən, eləcə də çıxardıqda selikli qışa mükəmməl surətdə gözdən keçirilir və mövcud patoloji dəyişikliklər qeydə alınır. Şişə aşkar edərkən eyni zamanda biopsiya edilir, yad cisim olduqda isə, o çıxarılır.

Ezofaqoskopiyanı ambulator şəraitdə etməyə də yol verilir.

Ezofaqoskopiyaadan sonrakı ilk günlərdə xəstələr udma zamanı ağrıdan şikayətlənirlər. Bəzən temperaturun azacıq yüksəlməsi müşahidə olunur. Ezofaqoskopiyaadan sonra xəstənin pəhrizi yüngül olmalıdır. Profilaktika məqsədilə xəstəyə antibiotiklər (daxilə) və sulfanilamidlər təyin etmək daha yaxşıdır.

Ezofaqoskopiyaaya əks göstərişlər bunlardır: 1) aortanın anevrizması; 2) ürəyin dekompensasiyalı qüsurları; 3) şiddətli ateroskleroz; 4) tənəffüsün və qan dövranının pozulmaları; 5) qaraciyərin sirrozu. Çox qısa və yoğun boyun, şiddətli skolioz və kifoz ezofaqoskopiyanı texniki cəhətcə çətinləşdirir.

Rentgenoloji müayinə. Qida borusunu müayinə etmək məqsədilə ona rentgen işığında baxır və şəklini çəkirlər. Bu üsul rahat və sadə olması ilə seçilir; o, yad cisimləri, daralmaları, onların lokalizasiyasını və uzunluğunu, şişin olmasını təyin etməyə imkan verir. Bu zaman bir çox təsadüflərdə müayinəni kontrastlaşdırmaqla edirlər. Kontrastlaşdırma üçün barium, yaxud duru maddələr (yodlipol) tətbiq olunur.

UŞAQLARDA VƏ BÖYÜKLƏRDƏ QIDA BORUSUNUN YAD CİSİMLƏRİ

Qida borusuna yad cisimlərin düşməsi təsadüfən olur. Yad cisimləri qəsdən intihar məqsədilə, habelə ruhi xəstəliyi olanlar udurlar. Yad cisimlər 20 – 40 yaşlı şəxslərdə tez-tez müşahidə olunur (A.N.Feldman).

Qida borusuna yad cisimlərin düşməsi müxtəlif səbəblərlə izah olunur; burada onların bir neçəsini qeyd edək: çıxarılan protezlərin gəzdirilməsi və bununla əlaqədar olaraq sərt damaq tərəfindən nəzarətin olmaması, sonra acgözlüklə yeyib qidanı tələsik udma, sərxoşluq (refleks zəiflədiyindən), peşə ilə əlaqədar olan alətlər (dişlərlə sancaq, mismar və s. tutmaq). Uşaqlar baxımsız qaldıqda iməkləyərək çox vaxt döşəmədə kiçik cisimlər taparaq ağızlarına alıb udurlar. Çapıqdan stenozlaşmış qida borusunda yad cisimlər (qida qırıntıları, meyvə tumları) az rast gəlinir.

Qida borusunda tapılan yad cisimlər müxtəlif xarakterdə olur. Onlara misal olaraq sümükləri, diş protezlərini, nişanları, metal pulları (uşaqlarda tez-tez olur), şüşə parçalarını (çörəkdəki yad cisimlər kimi), mismarları və i. a. göstərmək olar.

Qida borusundakı yad cisimlərin simptomları onların xarakterindən (sivri ya küt, hamar), böyüklüyündən asılıdır. Əgər yad cisimlər qida borusuna köndələninə girmiş olarsa, udma çətinləşir. Sivri və böyük yad cisimlər olduqda ağrı duyğuları əmələ gəlir. Xəstələr bu ağrıları çox vaxt kürəkləri arasında hiss edirlər. Udma zamanı xəstələr çox vaxt mayeni ağızda saxlayır, udduqda isə başı yana əyirlər. Ümumi halın pozulması həmişə olmur.

P r o q n o z yad cismi vaxtında çıxarmaqdan və onun xarakterindən asılıdır. Çöl ördəyi sümüyü udmuş bir ovçu bədbəxt hadisə üz verəndən sonrakı 6-cı gün xəstəxanaya gec gətirildiyindən artıq ölmüşdü. Ölüm sivri sümüyün qida borusunu və aortanı deşməsi nəticəsində qəflətən olmuşdu.

D i a q n o z. Anamnezi düzgün və mükəmməl toplamaq diaqnozu asanlaşdırır. Lakin, qeyd etmək lazımdır ki, anemnezin təhlilinə tənqidi yanaşmaq lazımdır. A.İ.Feldmana görə yalançı yad cisimlər həqiqətən olan təsadüflərə nisbətən xeyli (3 – 5dəfə) çox rast gəlinir. Su qurtumu ilə aparılan sınaq diaqnozun təsdiq olunmasına imkan verir: xəstəyə udmaq üçün su verirlər, bu zaman əmələ gələn ağrı reaksiyası, ağrılı mimika və gövdənin hərəkətləri yad cisim olduğunu göstərir. Rentgenoskopiya diaqnoza çox kömək edir.

M ü a l i c ə. Qida borusunun yad cisimləri ezofaqoskopun köməyi ilə çıxarılır. Bəzi müəlliflər birinci fizioloji daralmada ilişmiş yad cisimləri hipofarinqoskopiyanın (S.A.Tixomirovun spadeli, V.F.Undritsin direktoskopu ilə) köməyi ilə çıxarmağı məsləhət görürlər. Ümumiyyətlə, yad cisimləri çıxararkən geniş borulardan istifadə etmək daha yaxşıdır; bu, uşaqlara da aiddir. Çox vaxt

borunu qida borusuna daxil etdikdə yad cisimlər nəzərdən qaçırılır və boru aşağıya doğru yeridilir. Belə hallarda yad cismi borunu yavaş-yavaş qida borusundan çıxararkən axtarmaq lazımdır. Adətən, bu, metal pullar ya nazik balıq və ət sümükləri ilişmiş olduqda müşahidə olunur.

Yad cisimləri çıxararkən borunun ucunu yad cismə dayayıb onu maşa ilə tutduqdan sonra ezofaqoskoplə birlikdə qida borusundan çıxarılarkən rezin borunu onlara dayayaraq aspirasiya edirlər. Bir sıra təsadüflərdə yad cisimlər borunu daxil edərkən mədəyə sürüşüb düşür.

Qida borusundan yad cisimləri çıxararkən xəstələr 2 – 3 gün qida rejiminə riayət etməlidirlər; qida tünd və qıcıqlandırıcı olmamalıdır. Ezofagit və periezofagit tezahürləri olduqda süni qidalanma metodu tətbiq olunur.

QIDA BORUSUNUN YANIQLARI VƏ DARALMALARI (Oesophagitis corrosiva et toxica)

Bu xəstəlik "yeyici" maddələri, əksərən "yeyici" qələvini, turşunu (duz turşusu, qatı sirkə, "yeyici" azot turşuları və s.) qəbul etməkdən əmələ gəlir. Bunları təsadüfən (sərxoş ikən habelə uşaqlar) qəbul etməkdən başqa intihar məqsədilə də içirlər.

S i m p t o m l a r. Qida borusunun yanıqlarında rast gəlinən simptomlar içilmiş mayenin miqdarından və konsentrasiyasından asılıdır. "Yeyici" maddələri təsadüfən içmiş adamlar adətən, onları xaric edirlər (tüpürürlər). Yalnız uşaqlar təhlükəni başa düşə bilmədiklərindən udurlar. Özünü öldürən şəxslərdə yanığ xüsusilə ağır olur, çünki içilmiş mayenin miqdarı çox olur.

Yanığın izlərini dodaqlarda, ağız boşluğunda və əsnəkdə, udlağın arxa divarında görmək olur. Əvvəlcə xəstələrdə ağrı, ağız suyunun çox ifraz edilməsi, udmanın çətinləşməsi qeyd edilir. Temperatur yüksəkdir. Ümumi intoksikasiya təzahürləri müşahidə olunur. Birinci həftənin axırına yaxın ağrılar sakitləşməyə başlayır və tezliklə tamamilə çəkilir; birinci günlərdə yüksəliş (bir çox hallarda keyli) temperatur normallaşır. Qida borusu tərəfindən prosesin ağırlığından asılı olaraq fibrinoz və nekrotik təzahürlər müşahidə olunur. Bir təsadüfdə, yeni intihar etmiş 20 yaşlı qızda boru şəklində 7 sm uzunluqda nekrotik selikli qişanın qopmasını müşahidə etmişik.

M ü a l i c ə. Yanıqdan bilavasitə sonra mədəni yumaq və zəhərləyici maddəni neytrallaşdırmaq, neytrallaşdırıcı dərmanlarla ağız boşluğu və udlağı qarqara etmək təyin olunur. Ağrı ilə mübarizə üçün promedol, morfin, pantopon təyin edirlər. Ürək dərmanları da işlətmək lazım gəlir. Qidalanma rejiminə nəzarət etmək lazımdır. Təmizlənmiş günəbaxan yağı, yaxud oleum oleosum yaxşı təsir göstərir. 6 – 7-ci gün qida borusunu işığa salaraq ona mil salmağa başlayırlar. Mil qida borusuna heç bir zor işlətmədən (perforasiya təhlükəsinə görə) daxil edilir, bu zaman xəstənin başı önə əyilmiş olur. Kiçik uşaqları bələmək və köməkçinin qolları arasında əyləşdirmək lazımdır. Təzəcə zəhərlənmə təsadüflərində yoğun millərdən, daralma olduqda isə nazik millərdən istifadə edilir. Əvvəllər mili qida borusunda 5 dəqiqə, sonralar 30 – 60dəqiqə saxlayırlar. Qida borusuna mil salınması, adətən, iki ay davam edir. Müalicə kursu qurtardıqda xəstə bir neçə ay, hətta bir ilə qədər müşahidə altında olmalıdır. Hazırda çapıqdan stenozun qarşısını almaq üçün 40 – 60 vahiddən lidaza (günaşırı dərialtına), kortizon, AKTH (30 – 40 vahiddən) tövsiyə edirlər. Məlum olduğu kimi çapıq toxumasında çoxlu miqdarda hialuron turşusu vardır, lidaza onun parçalanmasını artırır.

Qida borusu şiddətli daralan və xəstə hətta duru qida qəbul edə bilməyən təsadüflərdə gastrostomiya edərək sonralar süni qida borusu yaradırlar.

QIDA BORUSUNUN ŞİŞLƏRİ

Qida borusunda xoşxassəli və bədxassəli şişlər rast gəlinir.

X o ş x a s s ə l i ş i ş l ə r d ə n papilloma, mioma, lipoma və polipləri qeyd etmək olar. Onlar nazik ayaqcıq ya enli əsas üzərində olur. Böyük şişlər udmanın pozulmasına (disfagiyaya) səbəb olur.

Diaqnoz rentgenoloji müayinəyə və ezofaqoskopiya əsasən qoyulur.

M ü a l i c ə ezofaqoskopiyanın köməyi ilə cərrahi üsulla olur. Qida borusunun y a m a n ş i ş l ə r i n d ə n x ə r ç ə n g i göstərmək olar. O xeyli tez-tez, həm də əsasən, yaşlı şəxslərdə rast gəlinir. Hətta kiçik uşaqlarda qida borusunun xərçəngi təsvir olunmuşdur. Xəstəlik əksərən kişilərdə rast gəlinir. O, az və ya çox dərəcədə yavaş inkişaf edir.

S i m p t o m l a r. Yerli simptomlar uzun müddət olmaya bilər, yaxudd cuzi olur. Şiş böyüyərkən udma zamanı spontan ağrılar qeyd edilir. Şiş sonralar daha da inkişaf edərək qida borusunun mənfəzini daraldır, bir çox hallarda isə tamamilə tutur.

D i a q n o z çətin deyildir. Xəstəliyə anamnez, rentgen və ezofaqoskopiya məlumatına əsasən diaqnoz qoyulur.

P r o q n o z xəstələrin çox faizində şiş qonşu üzvlərə nüfuz etdiyindən, bir qayda olaraq pisdır.

M ü a l i c ə. Rentgenlə müalicədən müvəqqəti effekt almaq olur. Udma funksiyası sıradan çıxdıqda xəstəni yedizdirmək üçün qasrostomiya qoyulur, sonralar isə üzvü tamamilə rezeksiya edərək süni qida borusu düzəldirlər.

IX FƏSİL

DİNC DÖVRDƏ VƏ MÜHARİBƏ ZAMANI PEŞƏYƏ GÖRƏ KADRLARIN SEÇMƏ VƏ EKSPERTİZASI

Peşəyə görə kadrları seçmənin vəzifəsi müayinə olunan şəxsin müəyyən işə yararlılığını aydınlaşdırmaqdan ibarətdir. Bu tədbirin zəruriliyi yalnız münasib işlə təmin etmək mülahizəsindən deyil, həm də onun cansağlığına xəter yetirməmək arzusundan irəli gəlir. Bu tədbir ölkəmizdə mövcud olan qanunvericiliklə qüvvətləndirilir. Peşəyə görə seçmənin həyata keçirilməsi fabriklərə və zavodlara bu və ya başqa peşəyə yarayan sağlam kadrlar seçilməsini təmin edir. Bu məqsədlə işə yeni qəbul edilənlərin hamısı, xüsusən yeniyetmələr xüsusi tibb müayinəsindən keçirlər. Bu, bədbəxt hadisələri, qəzaları ləğv etməsə də onların sayını xeyli azaltmağa kömək edir.

Məsələn, məlumdur ki, bəzi əmək prosesləri koxlear və vestibulyar aparatlardan tam funksional yararlılıq tələb edir (sürücülər, maşinistlər, telefonçular, radistlər, həkimlər və s.). Bəzi peşələr eşitmə itiliyindən başqa eşitmə üzvündən səsin tembrini, qulağın xüsusi siqnalları və səs qarışıqlarını ayırd etməsini də tələb edir (V.F.Undrits).

Məsələn, ədəbiyyata A.A.Qladkov tərəfindən daxil edilmiş "maşın eşitməsi" adlanan xüsusi terminə baxaq. "Maşın eşitməsi" xüsusi eşitmə diqqətinə görə maşınların işindəki nasazlıqları, qəza baş verəcəyini xəbər verən müxtəlif küyləri aşkar etməyə imkan verir.

Bunu eşitmənin pozulmasından iztirab çəkən şəxslərdə peşəyə görə nəzərə almaq lazımdır. Burada orta qulağın irinli və kataral xəstəlikləri, otosklerozu, koxlear nevriti olan şəxsləri göstərmək olar. Bunun əksinə olaraq bəzi peşələr eşitmə qabiliyyətinin normal olmasını tələb etmir və ya qulaqlarda küy olması belə işə qəbul etməyə mane olmur (bağban, dərzi, metal qayıran, xarrat və s.). Kar, lal-kar adamlar bəzi fabrik və zavodların küylü sexlərində, məsələn, tikiş, yeyinti, dəri, ağac şeylər qayırma sexlərində işə qəbul edilə bilənlər.

Vestibulyar analizator funksiyasının pozulması təyyarəçi, maşinist, avtomaşın və trolleybus sürmə işinə seçib götürərkən əks göstəriş sayılır.

Dənizçilər və reaktiv təyyarə sürənlər yırgalanmağa dözümlü olmalıdırlar.

Yuxarı tənəffüs yollarının, əlavə ciblərin xronik xəstəlikləri, burun polipləri, burun arakəsməsinin çox əyilməsi, xronik yevstaxiitlər, orta qulağın xronik irinli iltihabı kessoncu və dalgıç işləməyə mane olur. Yuxarı tənəffüs yollarının atrofik katarı çoxlu miqdarda toz olan istehsalatda işləməyə əks göstərişdir (tütün, sement, dəyirman tozları).

Qırtlağında xronik xəstəliklər olan şəxslərin pedaqoq, aktyor, telefonçu və s. işləməsinə yol verilməməlidir; bu qaydanın nəzərə alınmaması tez-tez

kəskinləşmələr baş verməsinə, bu da öz növbəsində əmək iqtidarının sürəkli itirilməsinə, hətta pis nəticələrə aparıb çıxara bilər.

Ekspertizanın məqsədləri bunlardır: 1) alınmış travmaların istehsalatla əlaqəsini təyin etmək; 2) əmək iqtidarının itirilməsini və onun dərəcəsini müəyyən etmək; 3) əlilliyin və onun kateqoriyasının müəyyən edilməsi; 4) peşəni dəyişdirmək məsələləri ilə məşğul olmaq; 5) məhkəmə tibb ekspertizası məqsədləri.

Əmək iqtidarının müvəqqəti itirilməsi xəstəliyə görə maddi yardım, davamlı itirilməsi isə əlilliyə görə pensiya almaq haqqı verir. Hərbi-tibb ekspertizası müxtəlif qoşun hissələrində hərbi xidmətə yararlılığı təyin edir. Aqgravasiyanın (sağlamlığın pozulmasını, xəstəliyi şüirtmək), simulyasiyanın (hərbi xidmətdən yayınmaq məqsədilə özünü xəstəliyə vurma) və dissimulyasiyanın (öz xəstəliyini gizlətmək ya onu zəif göstərmək) aşkar edilməsi həkimin bacarığından və təcrübəsindən asılıdır.

Uydurma karlılığı aşkar etmək üçün Qovseyev və Lombard metodlarından, şərti reflekslərlə təcrübədən istifadə edirlər.

Qovseyev metodu eşidən şəxsə taktil (lamisə, toxunma) və eşitmə qıcıqlandırıcısı ilə eyni zamanda təsir etdikdə müayinə olunanın eşitməsinə əsaslanır; bundan irəli gələn Qovseyev metoduna görə müayinə olunanın arxasına növbə ilə əl və şotka çəkirlər, o isə gözləri qapalı ikən arxasına nə dəydiyini təyin etməlidir. Belə ki, eşidən onları səsə görə, kar isə toxunma duyğusuna görə ayırd edir. Əgər müayinə olunan şəxs simulyant deyilsə səhvsiz cavab verir, simulyant isə belə hallarda səhv edir.

L o m b a r d t ə c r ü b ə s i. Müayinə olunan şəxsə ucadan kitab oxumaq ya saymaq təklif edib sonra Baraninin şaxşaxı ilə hər iki qulağını batırırlar. Eşidən adam danışığına nəzarəti itirdiyindən daha ucadan danışır, karlarda isə belə olmur, çünki şaxşaxın küyü mane ola bilmir.

ӘДӘБИҮҮАТ

А т к а р с к а я А. А. Хирургическое лечение тугоухости при отосклерозе. Медгиз, 1956.

В о я ч е к В. И. и П р е о б р а ж е н с к и й Б. С. (ред.) – Многотомное руководство по оториноларингологии. Болезни уха, т. II. Медгиз, 1960.

Г а р ш и н М. И. Отогенный менингит. Медгиз, 1965.

Д а й н я к Л. Б. Вазомоторный ринит. Изд-во «Медицина», М., 1960.

Д о б р о м ы л ь с к и й Ф. И. Распознавание ранних форм туберкулеза верхних дыхательных путей. Медгиз, 1958.

Е л а н ц е в Б. В. Оперативная оториноларингология. Казгосиздат, 1959.

З и м о н т Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей, т. I Ростов-на-Дону, 1940.

З и м о н т Д. И. Злокачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и глотки. Медгиз, 1957.

Е р м о л а е в В. И., П р е о б р а ж е н с к и й Б. С., Р у т е н б у р г Д. М., Т е м к и н Я. М (ред). Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода. Медгиз, 1954.

К а л и н а В. О. Отогенный абсцесс мозга. Медгиз, 1957.

К о л о м и й ч е н к о А. И., Г у к о в и ч В. А., Х а р ш а к Е. М., Я ш и н И. А. Операция на стремени при отосклерозе. Медгиз УССР, 1962.

К о м п а н е е ц С. М. и С к р ы п т А. А. (ред). Болезни уха, горла и носа. Рук-во для врачей, т. I., Киев, 1936.

К о м п а н е е ц С. М. и С к р ы п т А. А. (ред). Болезни уха, горла и носа. т. II, Киев, 1937.

К о м п а н е е ц С. М. Болезни уха. Киев, 1934.

Л е б е д е в а Д. Д. и В о л к о в а. Хронический тонзиллит и заболевания сердца у детей. Медгиз, 1957.

Л е в и н Л. Т. Практическое руководство по хирургическим болезням уха. М., 1928.

Л и х а ч е в А. Г. и Г о л ь д м а н И. И. Хронические аллергические риносинуситы. Изд-во «Медицина», 1967.

Л о п о т к о И. А. и Л а к о т к и н а О. Ю. Острый и хронический тонзиллит. Медгиз, 1963.

Л о п о т к о И. А. и Т е м к и н Я. С. (ред). Многотомное руководство по оториноларингологии, Общая оториноларингология т. I. Медгиз, 1960.

П р е о б р а ж е н с к и й Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями. М., 1954.

П о т а п о в И. И. Доброкачественные опухоли глотки. Медгиз, 1960.

Преображенский Б. С., Темкин Я. С., Лихачев А. Г., Болезни уха, носа и горла; изд. 6-е, Медгиз, М., 1960.

Супрунов В. К. и Усольцев Н. Н. (ред). Многотомное руководство по оториноларингологии, т. III, Медгиз, 1963.

Супрунов В. К., Усольцев Н. Н. (ред). То же. заболевания верхних дыхательных путей, т. IV, Медгиз, 1963.

Трутнев В. К. Трахео-бронхоскопия. Медгиз, 1952.

Темкин Я. С. Глухота и тугоухость. Медгиз, 1957.

Темкин Я. С., Рутенберг Д. М., (ред). Хирургические болезни носа. Медгиз, М., 1949.

Трутнев В. К. Трахеотомия. Медгиз, 1954.

Фелдман А. И. Болезни пищевода. Медгиз, 1949. Отосклероз. Медгиз, 1958 г.

Фелдман А. И., Вульфсон С. И. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте, изд. 6-е, Медгиз, 1964.

Ундриц В. Ф., Хилов К. Л., Лозанов Н. Н., Супрунов В. К. Болезни уха, горла и носа. Медгиз, 1960.

Щварц Б. А. Злокачественные новообразования ЛОР органов Медгиз, 1961 г.

Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии, II изд. Москва, 1971.

Потапов И. И., Рудня П. Г., Тарлычева Л. С., Шеврыгин Б. В. Криохирургия в оториноларингологии. Москва, изд. «Медицина», 1975.

Преображенский Н. А. Экссудативный средний отит.

Рутенберг М. А. Лечение тугоухости. Изд. «Медицина», 1968.

XARICI ƏDƏBİYYAT

Б ы с т ш а н о в с к а Т. Клиническая аудиология. Варшава. 1965 (rus dilinə tərcümə).

К м и т а С т а н и с л а в. Отоларингология детского возраста, Варшава, 1971 (rus dilinə tərcümə).

Bezold Friedrich. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wiesbaden.1906.

Denker und Albrecht. Lehrbuch der Krankheiten des Ohres u. der Luftwege X u. XI Auflage. 1926.

Eckert – Moeblins A. Die chronische Tonsillitis u. ihre Verwicklungen. Verlag Leipzig. 1950.

Eskert – Moeblins A. Lehrbuch der Hals. Nasen u. Ohrenheilkunde für studierende u. praktische Aerzte II vorbereitete u. erweiterte Auflage. Leipzig. 1965.

Hajek M. Patologie u. Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. V Auflage. Leipzig – Wien. 1926.

Kaiser – Meinhardt. Atlas der Ohren – Nasen u. Halskrankheiten sowie deren Grenzgebiete. Leipzig. 1965.

Körner Otto. Lehrbuch der Ohren –, Nasen u. Kehlkopfkrankheiten. X. u. XI neubearbeitete Auflage. München.1922.

Loebell Helmut. Hals – Nasen u. Ohrenkunde. V Auflage. Leipzig.1962.

Oeken F. – W. Hals – Nasen Ohrenheilkunde. Eine Einführung für Studierende Berlin. 1972.

Seiffert Alfred. Die operationen an Nase –, Mund u. Hals. II Band. IV Auflage. 1953, Leipzig.

M Ü N D Ə R İ C A T

I F Ə S İ L. Otorinolarinqologiyanın tarixindən.....	3
Qulaq xəstəlikləri.....	6
Qulağın anatomiyası.....	6
Qulağın fiziologiyası.....	23
Qulağın müayinə metodları.....	32
Gicgah sümüklərinin rentgenoqrafiyası və tomoqrafiyası.....	38
Xüsusi hissə.....	53
Xarici qulağın inkişaf anomaliyaları.....	53
Qulağın hava kontuziyası.....	58
Xarici qulağın xəstəlikləri.....	60
Orta qulağın xəstəlikləri.....	68
Daxili qulağın xəstəlikləri.....	98
Otogen kəllədaxili ağırlaşmalar.....	101
Otoskleroz.....	112
Menyer xəstəliyi.....	115
Eşitmə sinirinin atrofik-degenerativ xəstəlikləri.....	117
Daxili qulağın kesson xəstəlikləri.....	122
Lalkarlıq	124
Ağır eşitmə.....	127
Daxili qulağın sifilis xəstəliyi.....	128
Qulağın protezlənməsi.....	129
Qulaq xəstəliklərinin profilaktikası.....	130
II F Ə S İ L. Burunun və onun əlavə ciblərinin xəstəlikləri.....	131
Burunun və əlavə ciblərin klinik anatomiyası.....	131
Burunun fiziologiyası.....	141
Burunun müayinə metodları.....	144
Burunun və əlavə ciblərin zədələnmələri.....	151
Burun boşluğunun yad cisimləri və rinolitlər.....	156
Burunun inkişaf anomaliyaları.....	158
Xarici burunun xəstəlikləri.....	159
Burun boşluğunun xəstəlikləri	164
Burunun kəskin iltihabi xəstəlikləri	173
Burunun xronik iltihabi xəstəlikləri.....	178
Özena və ya üfunətli rinit.....	183
Qoxulama funksiyasının pozulması.....	185
Burunun əlavə ciblərinin xəstəlikləri.....	186
Burunun və əlavə ciblərin xəstəliklərində gözyuvası və kəllədaxili ağırlaşma-	

lar.....	200
Uşaqlarda əngin osteomieliti.....	202
Burunun əlavə ciblərinin sistəbənzər gərilmələri.....	203
Burun polipi.....	205
Burun və əlavə ciblərin şişləri.....	207
III F Ə S İ L. Udlaq xəstəlikləri.....	209
Udlağın anatomiyası.....	209
Udlağın fiziologiyası.....	214
Udlağın müayinə metodları.....	215
Udlağın travmatik zədələnmələri.....	218
Udlağın yanıqları.....	219
Udlağın yad cisimləri.....	221
Udlağın kəskin iltihabı.....	222
Udlaq limfadenoid halqasının hipertrofiyası.....	235
Əsnəyin və udlağın xronik iltihabları.....	240
Sadə (kataral) və hipertrofik xronik faringit.....	244
Udlağın göbələk xəstəlikləri.....	246
Udlağın şişləri.....	247
IV F Ə S İ L. Qırtlaq xəstəlikləri.....	250
Qırtlağın anatomiyası.....	250
Qırtlağın fiziologiyası.....	254
Qırtlağın müayinə metodları.....	256
Qırtlağın və nəfəs borusunun zədələnmələri və yaralanmaları.....	261
Qırtlağın yanıqları.....	264
Qırtlağın yad cisimləri.....	264
Qırtlaq və nəfəs borusu xəstəliklərinin patogenezinə meteoroloji, məişət və peşə amillərinin əhəmiyyəti.....	265
Qırtlağın kəskin iltihabları.....	266
Qırtlağın kəskin stenozları və bu zaman cərrahi operasiyalar.....	284
Qırtlağın və nəfəs borusunun xronik stenozları.....	290
V F Ə S İ L. Otorinolarinqoloji üzvlərin allergiya xəstəlikləri.....	292
VI F Ə S İ L. Orqanizmin yuxarı tənəffüs yollarını zədələyən xronik infeksiya xəstəlikləri.....	297
Tənəffüs yollarının skleromasi.....	297
Yuxarı tənəffüs yollarının vərəmi.....	299

Yuxarı tənəffüs yollarının yeyilmə xəstəliyi.....	303
Yuxarı tənəffüs yollarının sifilisi.....	304
VII F Ə S İ L. Nəfəs borusunun və bronxların xəstəlikləri.....	307
Nəfəs borusunun və bronxların anatomiyası.....	307
Nəfəs borusunu və bronxları müayinə metodları.....	308
Nəfəs borusunun və bronxların xəstəlikləri.....	285
Yad cisimlər.....	310
Nəfəs borusunun və bronxların şişləri.....	312
VIII F Ə S İ L. Qida borusunun xəstəlikləri.....	313
Qida borusunun anatomiyası.....	313
Qida borusunu müayinə metodları.....	314
Uşaqlarda və böyüklərdə qida borusunun yad cisimləri.....	316
Qida borusunun yanıqları və daralmaları.....	318
Qida borusunun şişləri.....	319
IX F Ə S İ L. Dinc dövrdə və müharibə zamanı peşəyə görə kadrları seçmə və ekspertiza.....	320