

Otogen kəllədaxili ağırlaşmalar

**Orta qulaqdan kəllə daxilinə yayılan
irinli iltihabdır**



Kəllədaxili ağırlaşmalar:

- **Ekstradural (epidural) absess**
- **Subdural absess**
- **Meningit**
- **Beyin absessi (gicgah payların, beyinciyin)**
- **S-ə bənzər sinusun trombozu**
- **Otogen sepsis**



İnfeksiyanın yayılma yolları:

- Kontakt
- Labirint
- Hematogen
- Limfogen
- Perinevral
- Divaryanı

Kəllədaxili ağırlaşmaların bakteriologiyası:

- Stafillakokklar
- Streptokokklar
- Pnevmonokokklar
- Proteyalar
- Bağırsaq çopləri
- Hemophilus influenza

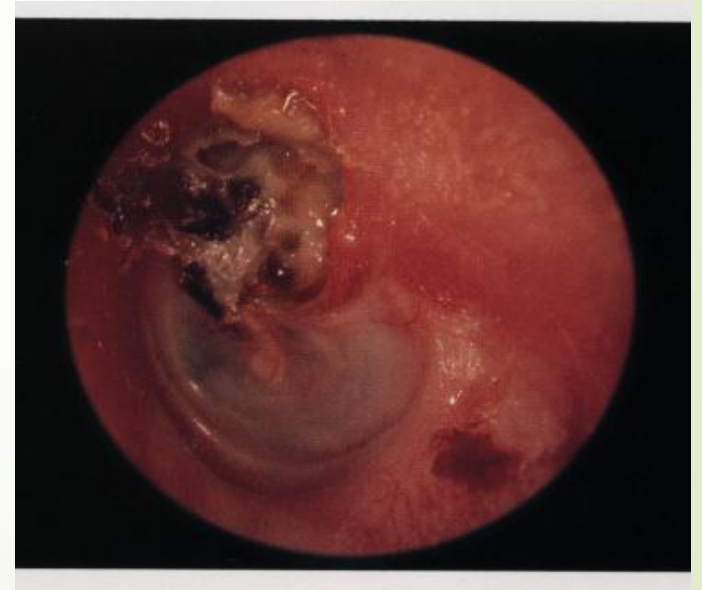
Ekstradural (epidural) absess

Mastoiditlə ağırlaşmış kəskin orta otit zamanı və xolesteatoma ilə olan xroniki epitimpanit zamanı inkişaf edə bilər.

Ekstradural absess adətən əməliyyat zamanı aşkarlana bilər.



**Epidural absessin simptomu –
çoxlu irinli ifrazatdır**



**Xroniki irinli orta otit
(epitimpanit) - xolesteatoma**

Subdural abscess

- Beyinin sərt və hörümçəkli qişalar arasında toplanmasıdır.
- Klinikası: meningeal və ocaqlı simptomlarla xarakterizə olunur.
- Müalicəsi cərrahidir.

Meningitin klinikası

1. Ümumi simptomlar

- Kəskin başlanqıç
- Ümumi vəziyyəti ağır, kəskin taxikardiya
- Dərisi solğun
- Dilində ərp
- Yüksək temperatura 39-40°C
- leykositoz 30 000 qədər.
- Yüksək EÇS

2. Subyektiv simptomlar

- İntensiv baş ağrıları.
- Ürəkbulanma, qusma.
- Xəstənin kəskin narahat olması (xəstə yatağdan qalxır, qaçmağa cəhd göstərir).

Simptomlar

Meningial simptomlar

- Ənsə əzələlərin rigidliyi.
- Kerniq simptomu.
- Brudzinskiy simptomu (yuxarı, orta və aşağı)

Patoloji simptomlar:

- Babinski simptomu
- Oppenheim simptomu
- Rossolimo simptomu
- Bexterev simptomu
- Şeffer simptomu

Onurğa beyin mayesindəki dəyişikliklər

- Yüksək, şırnaqlı likvor təziqi (300-600 mm. su. süt.).
- Rəngi : bulanıq yaşıl-sarı irinli maye.
- Sitoz (neytrofillər çoxluğu).
- Zülal çoxluğu - 1,5-2,0 q/l.
- Xloridlər : normadan az həcmdə.
- Qlyukoza : normadan az göstərici.

Lumbal punksiya





Müalicə

- Infeksiya ocağın cərrahi müalicəsi
- Antibakterial terapiya
- Dehidratasion terapiya
- Dezintoksikasion terapiya
- Simptomatik terapiya

Ölüm halları 2-8%

Gicgah payının absessi

Xroniki irinli epitimpanit zamanı daha çox rast gəlir - (96%).

İnfeksiyanın yayılma yolları:

- Öncə - venoz damarlarının trombozu,
- Sonra - beyinin sərt qışasının trombozu

Absessin inkişaf mərhələləri

- Qeyri hemorragik ensefalit sahəsi
- Mikroabsesslərin geniş absessə keçməsi
- Absessin yayılması

Kliniki gedişatın mərhələləri:

- Başlanğıc (1-2 həftə)
- Latent (2-6 həftə)
- Manifestasiya (2 həftə)
- Terminal

Beyin absessin manifestasiya mərhələsinin kliniki gedişatı

Ümumi simptomlar:

- Xəstənin ümumi vəziyyəti ağır, rəngi solğun, dil quru.
- Xəstə həlsizdir
- Ətrafa diqqətsizdir
- Bədənin hərarəti subfebrildir
- Leykositoz müşhidə olunmur
- EÇR yüksəkdir
- Bradikardiya

Subyektiv simptomlar:

- İntensiv baş ağrısı
- Hərəkət zamanı baş ağrısı şiddətləşir
- Prosesin yayılan tərəfində daha çox biruzə olunur
- Ürəkbulanma, qusma
- Göz dibində dəyişikliklər

Yerli simptomlar:

- Afaziya (amnestik, sensor, motor)
- Parez və ifliclər (kontrlatéral)
- Hemianopsiya (kontrlatéral)

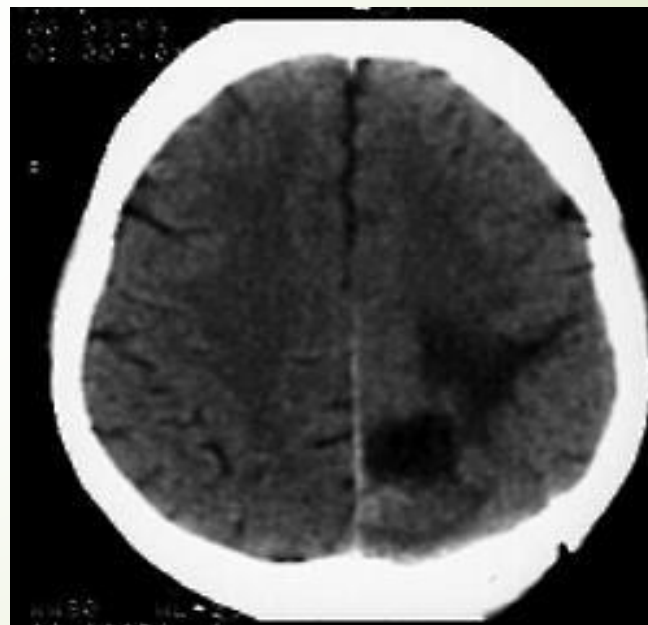
Beyincik absessi

- Baş ağrısı (ənsə hissəsində)
- Ənsə əzələlərin rigidliyi, Kerniq simptomu
- Bradikardiya
- Dislokasion simptomlar
- Spontan nistaqm в сторону поражения
- Ataksik pozğunluqlar на стороне поражения
- Adiadoxokinez
- Beyincik hipotoniyası на стороне поражения

Beyin absessinin diaqnostikasi

- Elektroensefaloqrafiya
- Exoensefaloqrafiya
- Reensefaloqrafiya
- Rentqenoqrafiya
- Beyinin KT-sı
- Beyinin MRT-sı
- Angioqrafiya
- Radioizotop diaqnostika

Beyinin gicgah və ənsə paylarının KT-si





Müalicə

- İnfeksiya mənbəyinin cərrahi müalicəsi
- Antibakterial terapiya
- Dehidratasion terapiya
- Dezintoksikasion terapiya
- Simptomatik terapiya

S-əbənzər (sigmoid) sinusun trombozu

- Xəstənin ümumi vəziyyəti ağır və orta ağırlığındadır
- Şiddətli baş ağrıları
- Məməvari çıxıntısının palpasiyası zamanı şiddətli ağrıları
- Vidacı venasının palpasiyası zamanı ağrı
- Profuz tərləmə, hektik hərarət
- Qan analizlərində iltihab

S-bənzər (sigmoid) sinusun trombozu



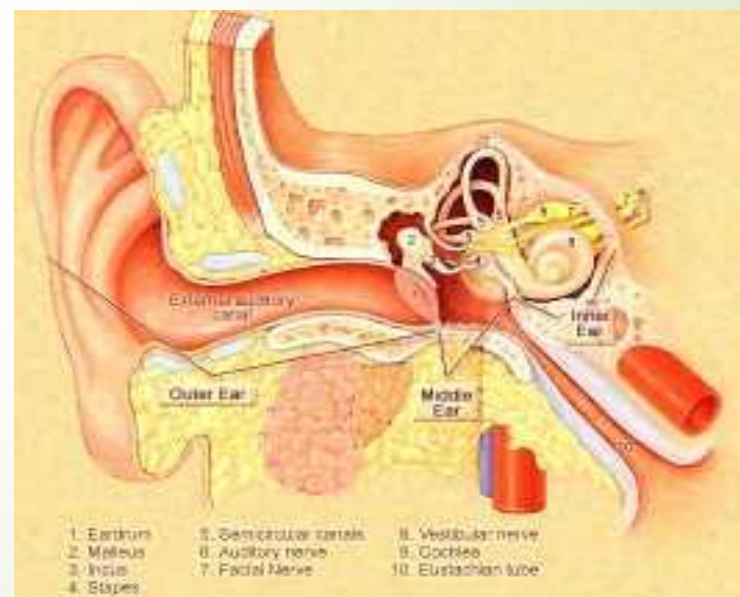


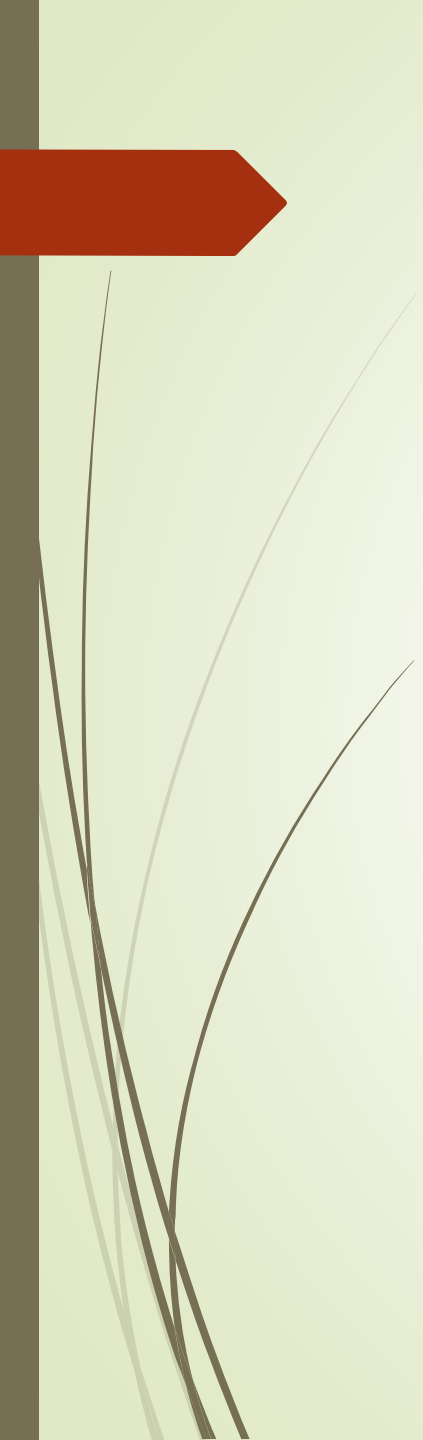
Müalicə

- **İnfeksiya mənbəyinin cərrahi müalicəsi**
- **Antibakterial terapiya**
- **Dezintoksikasion terapiya**
- **Dehidratasion terapiya**
- **Antikoaqulyantlar**
- **Simptomatik terapiya**

Qulağın qeyri iltihabı xəstəlikləri

- Otoskleroz
- Sensonevral ağıreşitmə
- Menyer xəstəliyi
- Ekssudativ otit





Otoskleroz

Otoskleroz

Otosclerosis – Yunan: otos – qulaq və sclerosis – bərkimə (Politzer, 1893).

Sinonim - otospongioz.

Qulağın distrofik xəstəliyi, labirintin kapsulasını əhatə edir.

Autosom-dominant tipli irsi xəstəlikdir.

Kollagen tip II çatmamazlığı müşahidə olunur.



Otoskleroz

Nəzəriyyələr və hipotezalar:

- Endokrin-metabolik nəzəriyyə
- İrsi-konstitusional nəzəriyyə
- Mexaniki – səs-küy gıcığığı nəzəriyyəsi
- Sinir-trofik pozğunluqlar nəzəriyyəsi

KÜYLÜ MÜHİT





ŞİKAYƏTLƏR:

- ➡ Eşitmənin pozulması;
- ➡ Danışığ nitqinin ayırd etmənin çətinləşməsi;
- ➡ Küylü mühitdə eşitmənin yaxşılaşması.

Otosklerozun klinikası:

«...həkim heçnə görmür, xəstə isə heçnə eşitmir...» (Politzer).

Simptomlar:

- Konduktiv tipli ikitərəfli progressiv eşitmənin azalması.
- Qulaqlarda küy hissi
- “paracusis Willisii”

Mikrosimptomlar:

- Geniş xarici qulaq keçəcəyi.
- Seranın olmaması.
- Lempert və Şvartz simptomları.
- Mavi skleralar.
- Dırnağların oxalanması.

Subyektiv simptomlar



**Saçların və dırnağların
oxalanması**



Mavi skleralar

ETİOLOGİYA

- ➡ İrsi faktor:
autosom-
dominant tipli

PATOQENEZ

- ➡ Üzənginin oval lövhəsində kirəcləşmə prosesi:
Kollagen tip-2 çatmamazlığı

Otosklerozun diaqnostikasi

- I. Şikayətləri
- II. Anamnez
- III. Otoskopiya və mikrootoskopiya
- IV. Eşitmənin müayinəsi:
 - Kamertonal
 - Audiometriya
 - İmpedansometriya
 - Gicgah sümüklərin KT-si

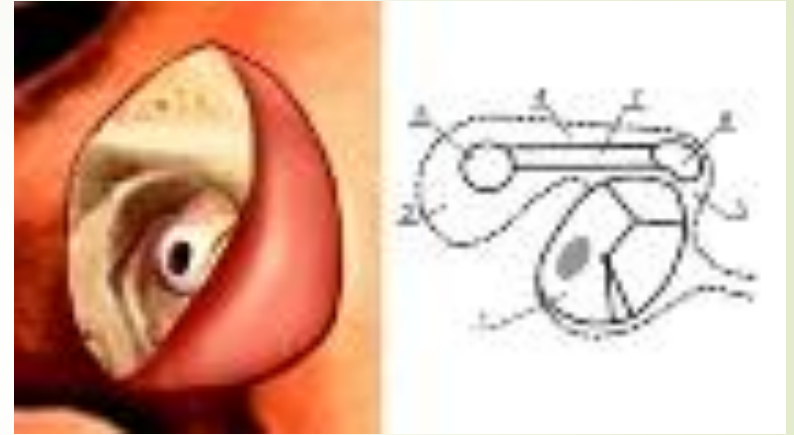
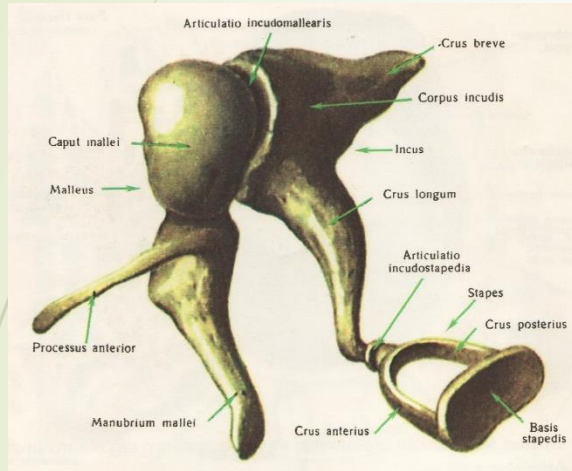
Təbil pərdəsinin mikro-otoskopiya



Təbil pərdəsinin endo-otoskopiya



Eşitmə sümükçükləri





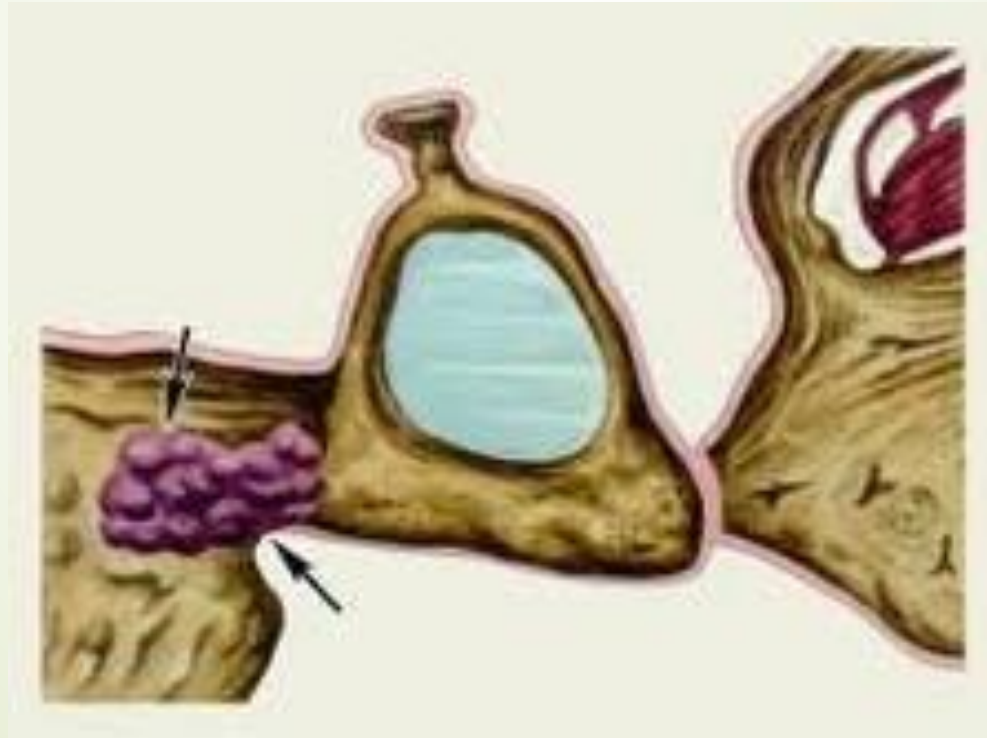
Otosklerozun formaları:

1. Timpanal
2. Koxlear
3. Qarışiq

Otosklerotik kalsinatlar



Oval pəncərənin ayaqaltı lövhəsinin otosklerotik kirəc yaranmaları



Kamerton C 128



JELE SINAĞI

Jele sınağı (G): hərəkətə gətirilmiş kamerton ayaqcığını kəllənin təpə hissəsinə qoyulur və həmin vaxt xarici qulaq keçəcəyində pnevmatik qıfla hava gərginliyi yaradırlar. Normal eşidən şəxs havanın qulağda kompressiya zamanı eşitmə qabiliyyətinin azalmasını hiss edir. Bu vəziyyət eşitmə sümükçüklərinin hərəkətinin məhtudlaşmasını bildirir və Jele sınağı müsbət sayılır – (G +).

Üzənginin hərəkətsizliyi zamanı (otoskleroz xəstəliyində) sınaq aparılarkən heç bir dəyişiklik müşahidə olunmur və Jele sınağı mənfi sayılır – (G -).

Səs keçirmə xəstəliklər zamanı adətən Jele sınağı müsbət nəticə verir.

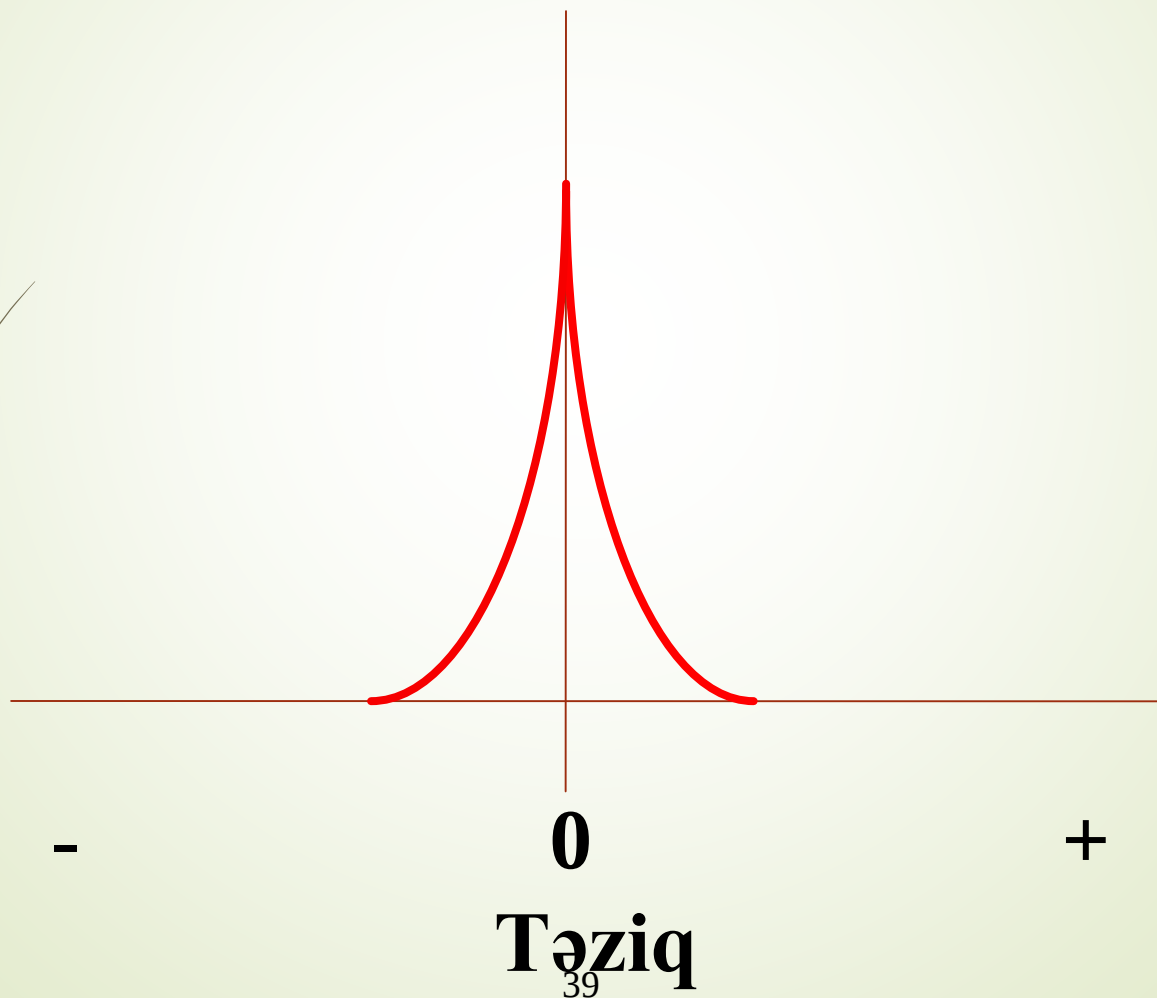
Jele sınağı (G)

- Üzənginin hərəkətsizliyi zamanı (otoskleroz xəstəliyində) sınaq aparılarkən heç bir dəyişiklik müşahidə olunmur və Jele sınağı mənfi sayılır – (G -).
- Səs keçirmə xəstəliklər zamanı adətən Jele sınağı müsbət nəticə verir.

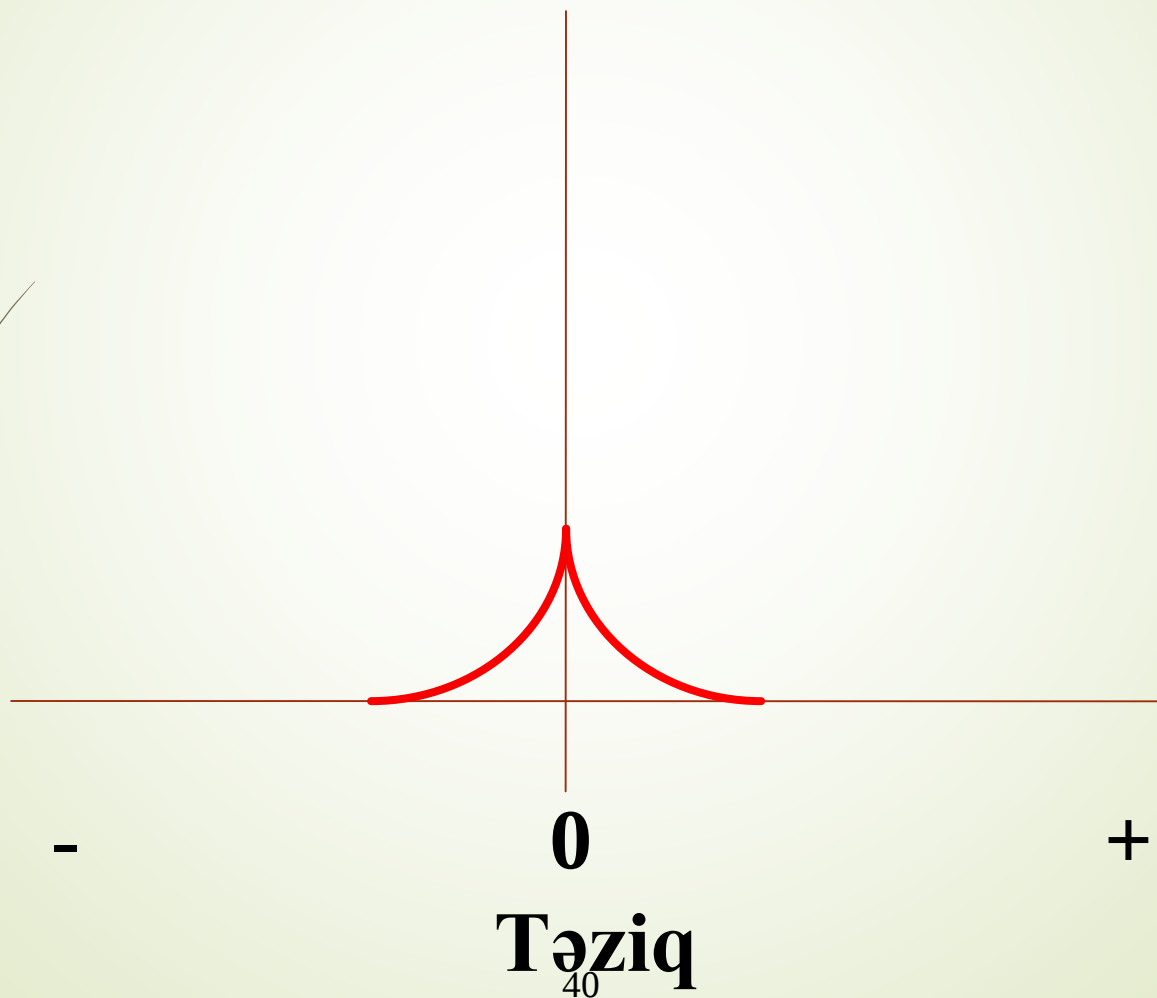


A – TIPLI TIMPANOQGRAMMA

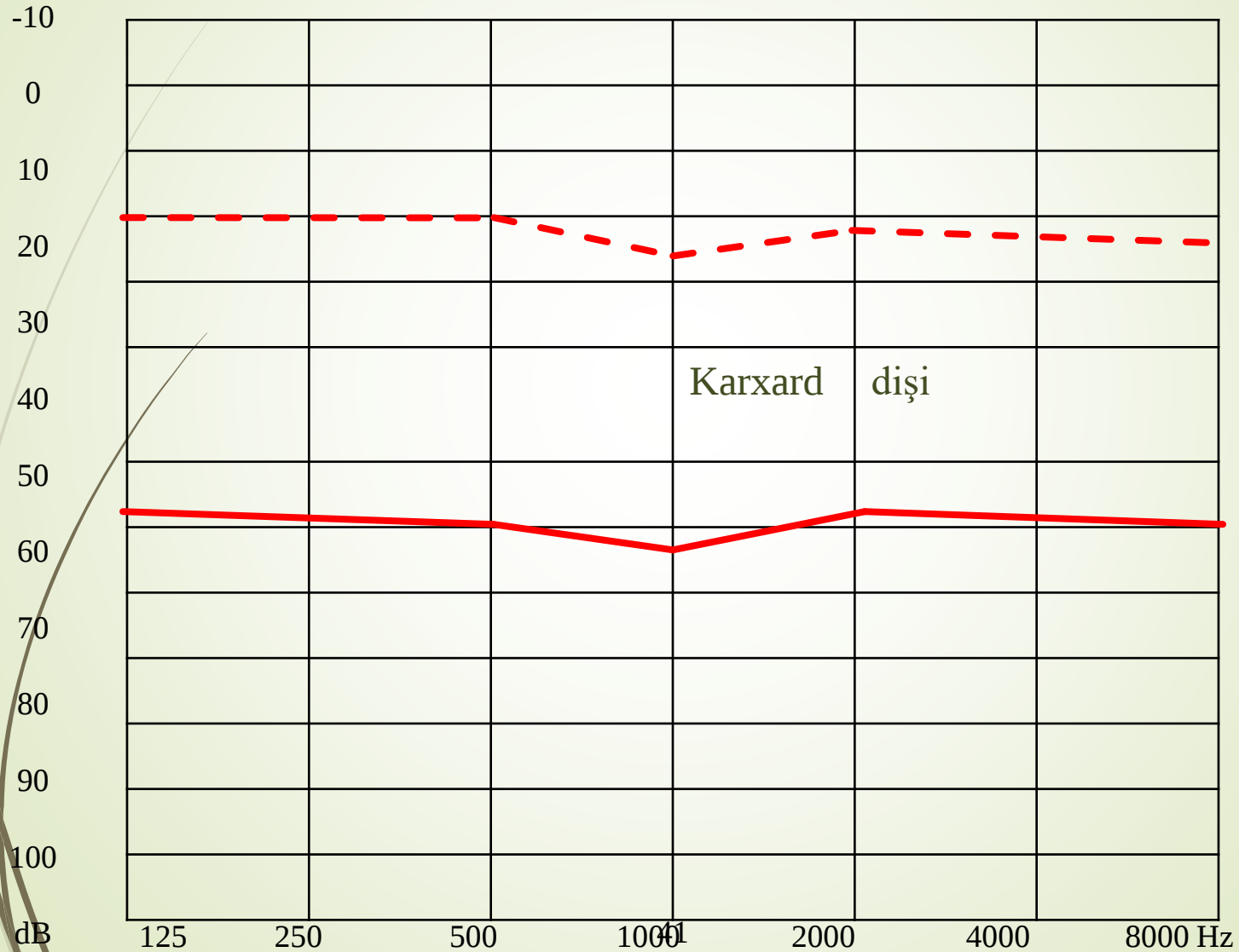
(Sensonevral ağıreşitmə, norma)



As – TIPLI TIMPANOQRAMMA (otoskleroz)



Otoskleroza zamanı tonal audioqrammada Karxard dişi formasında yaranmış hava-sümük yarığı





Otoskleroz əməliyyatının şərtləri:

➤ Öncə daha pis
eşidən qulaq
əməliyyat
olunmalıdır

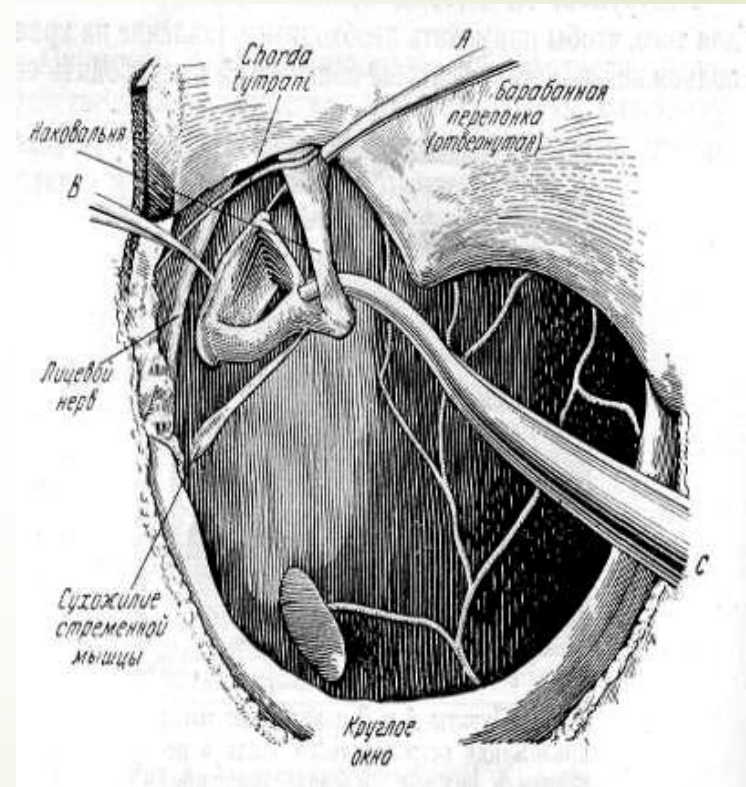
➤ Digər qulaq yalnız
1 ildə sonra əməliyyat
olunmalıdır

Otosklerozun müalicəsi

I. Konservativ
(simptomatik)

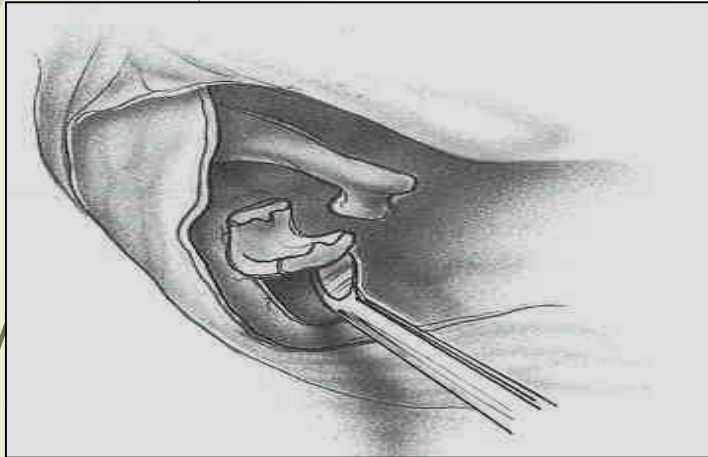
II. Cərrahi:

1. Üzənginin ayaqaltı lövhəsinin mobilizasiyası
2. Teflon protezləşmə

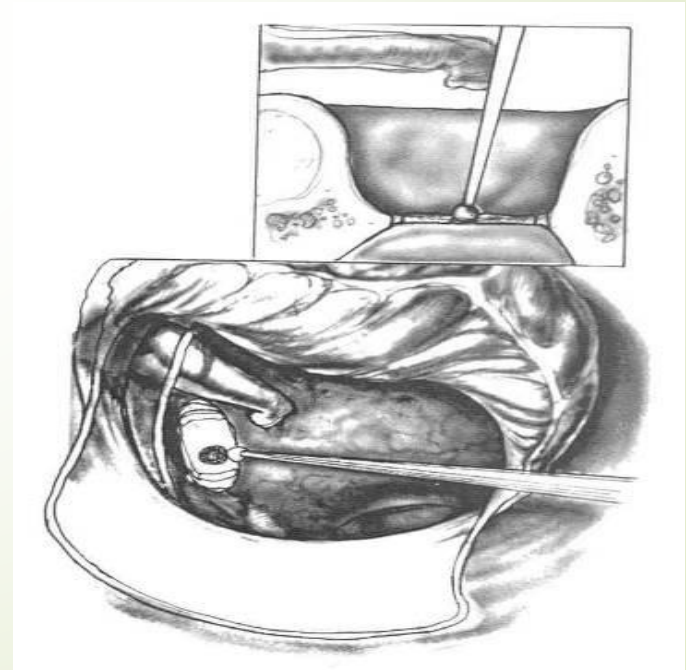


Otosklerozun müalicəsi

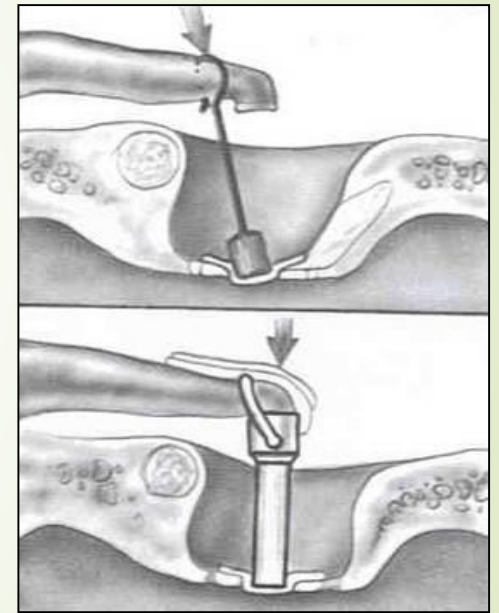
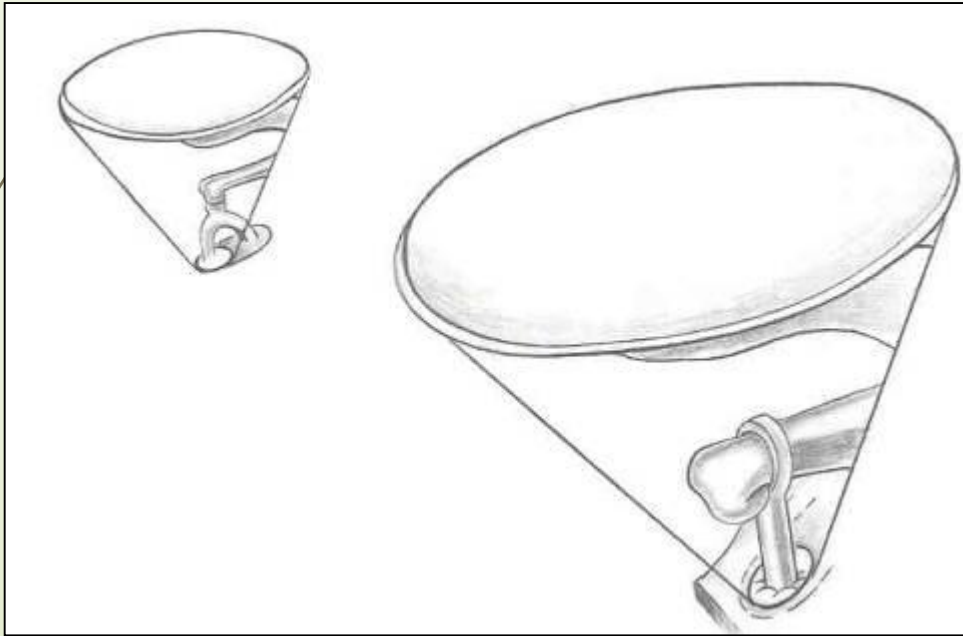
3. Stapedoektomiya



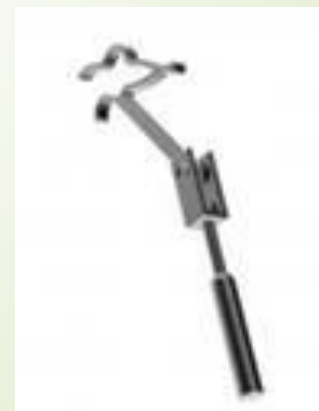
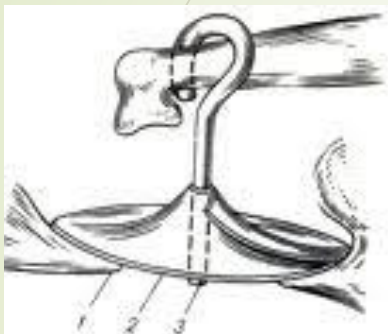
4. Stapedotomiya



Protez növləri



Üzənginin müxtəlif formada protezləri



ADƏTƏN PROTEZİN AYAQCIĞIN UZUNLUĞU

3,5 mm. OLMALIDIR



Otoskleroza cərrahi müalicə üsulları

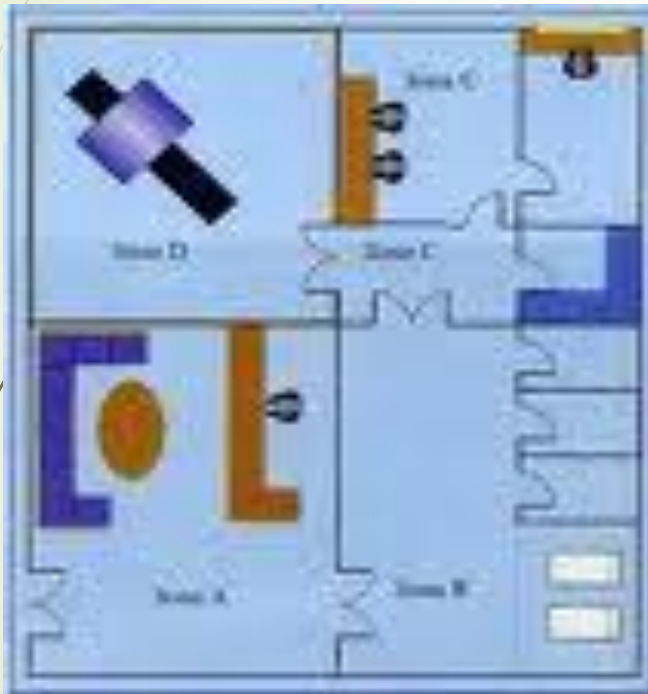


Ekstraaural



Endoural

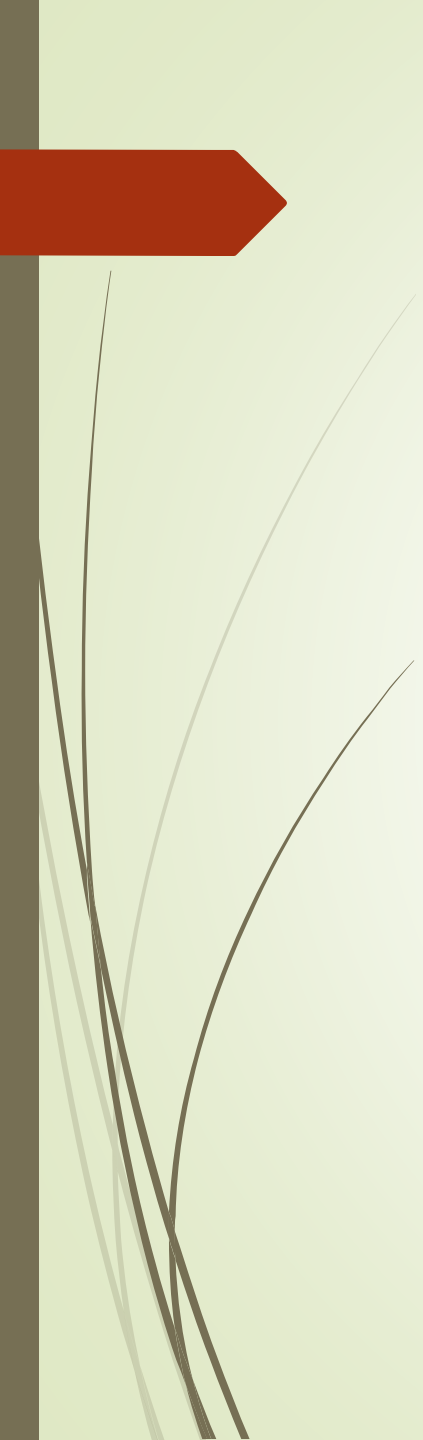
Elektroakustik protezlər





Otoskleroza cərrahi müalicəsinin fəsadları

1. Dərhal yaranan karlıq;
2. 15-20 il simptomların yenidən yaranması.



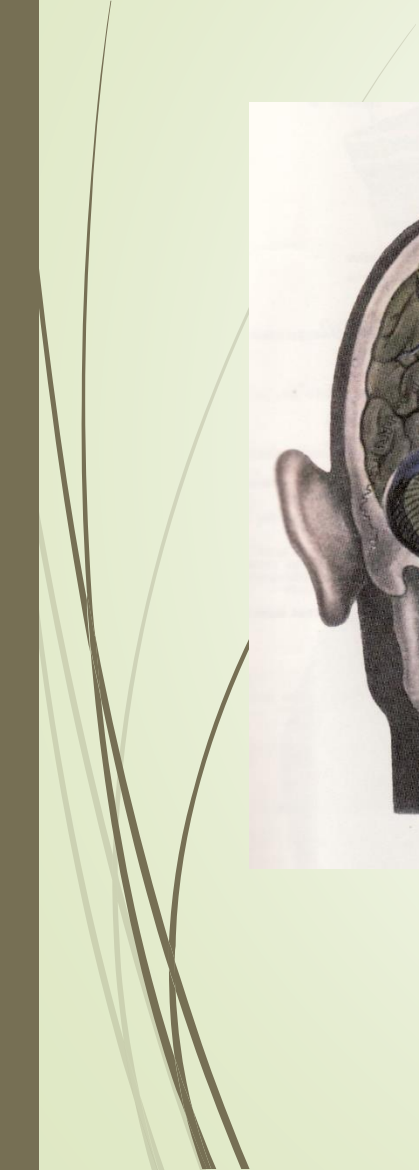
Sensonevral ağıreşitmə

İlbizin, eşitmə sinirinin, beyin kökünün
və ya eşitmə qabıq mərkəzlərinin
pozulmasıyla əlaqədar olan eşitmə
pozğunluqlarıdır

Dünya əhalisinin - 6 %



ÜST, 2010 il





Diagnostika

- Anamnez;
- Pıçılıtlı və danışılıq nitgi ilə;
- Kamertonl müainə;
- Elektroakustik müainə (timpanometriya, impedasometriya, audio-metriya, BERA, GOAE).

PIÇILTI VƏ DANIŞIQ NİTQİ İLƏ MÜAYİNƏ



- Danışiq nitqi - 25 m
- Pıçıltı nitqi - 6 m



Akumetriya - Eşitmə pasportu

AD	TESTLƏL	AS
-	Subyektiv küy (SK)	-
>6 m	Pıçıltı nitgi (PN)	>6 m
>25 m	Danışiq nitgi (DN)	>25 m
90 s	C 128 (hava)	90 s
50 s	C 128 (sümük)	50 s
40 s	C 2048	40 s
+	Rinne (R)	+
Mərkəzi	Veber (W)	mərkəzi
Qıssalaşmayıb	Şvabax (Sch)	Qıssalaşmayıb
+	Jele (G)	+
+	Federici (F)	+
+	Binq (B)	+

Ağireşitmənin ümumdünya təsnifatı

Dərəcə	dB	Danışıq məsafəsi
I	26-40	4-6 m
II	41-55	1-4 m
III	56-70	0,25-1 m
IV	71-90	~ 0 m
Karlıq	> 91	0 m

Sensonevral ağıreşitmənin təsnifatı

I. Gedişatına görə:

- Kəskin
- Yarımkəskin
- Xroniki
- Ani əmələ gələn

II. Etiologiyasına görə:

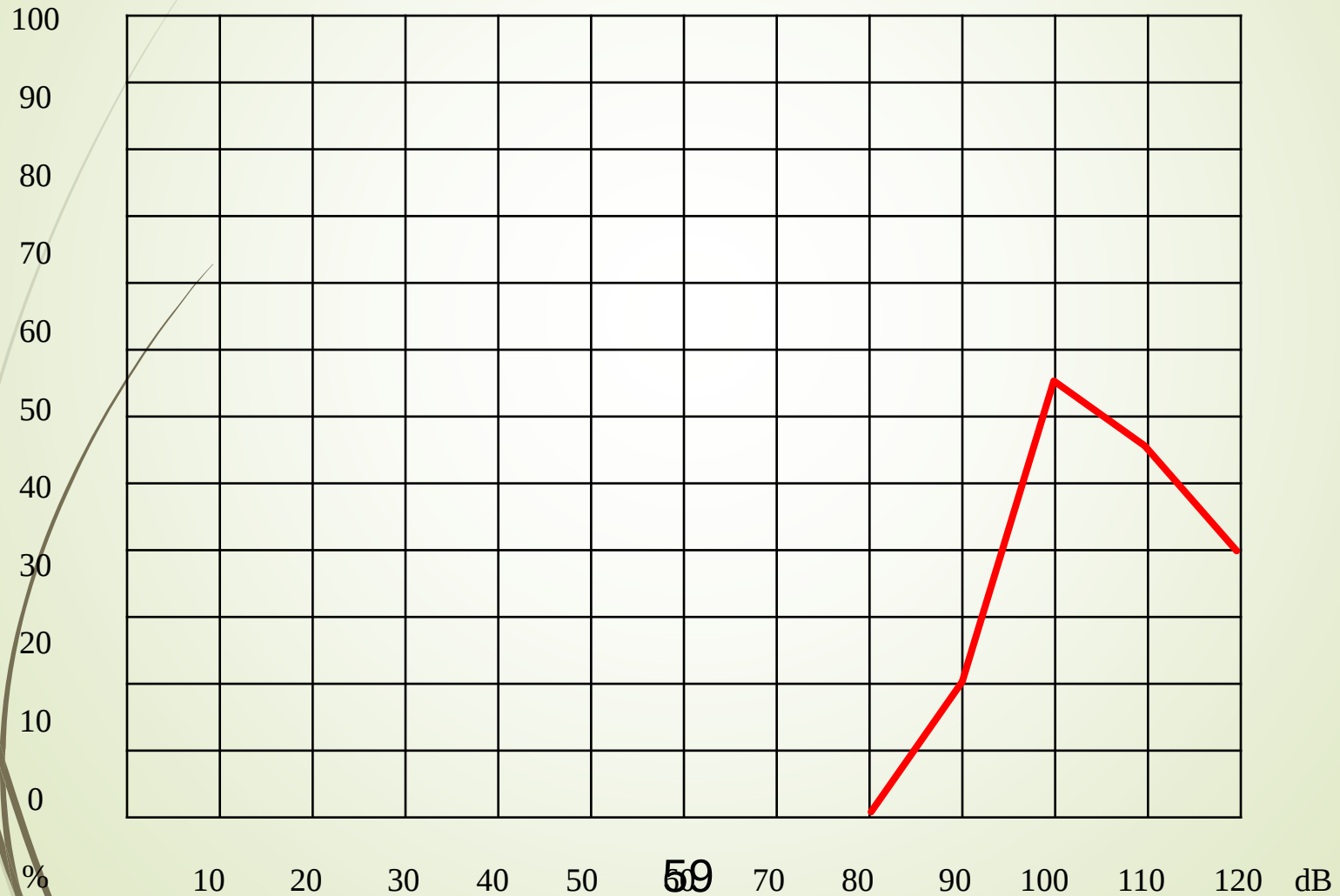
- Anadangəlmə

2. Sonradan qazanılma

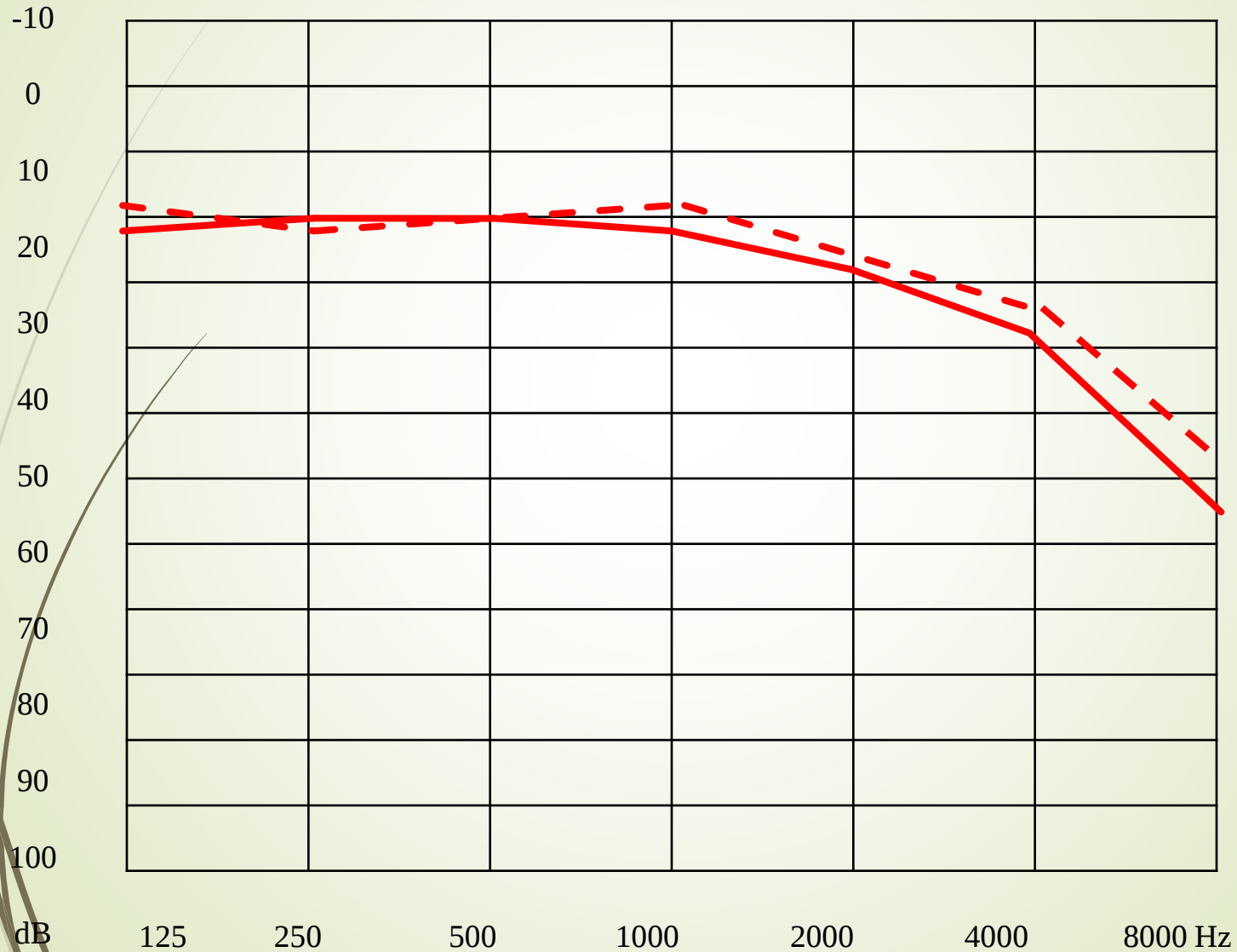
- İnfeksiyon və virus xəstəlikləri
- İntoksikasya
- Damar-reoloji pozğunluqlar
- Travmalar
- VIII-ci sinirin nevrinoması
- Presbiakuzis

NİTQ AUDIOQRAMMASI

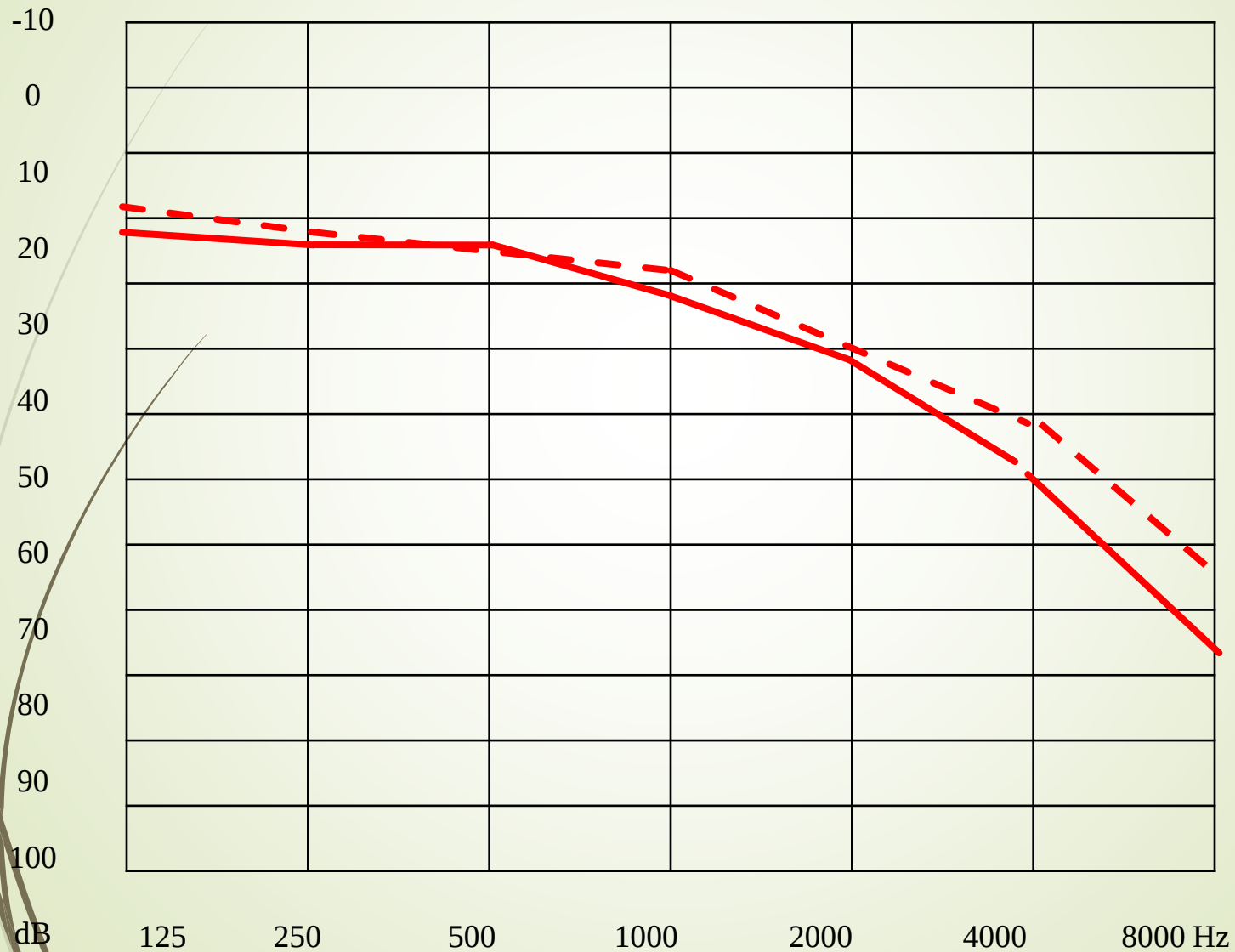
(sensonevral ağirəşitmə)



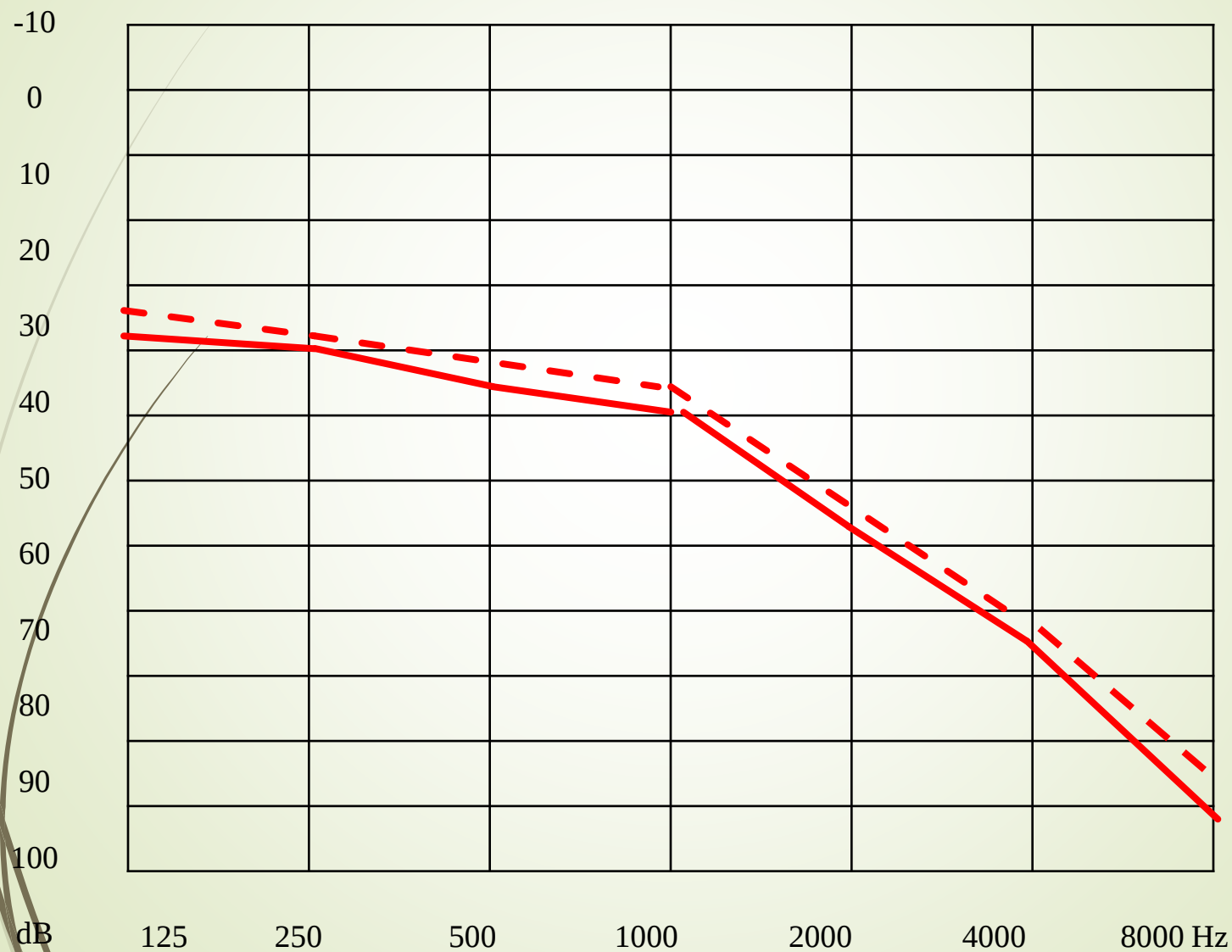
TONAL AUDIOGRAMMA (sensonevral ağıreşitmə I dərəcəli)



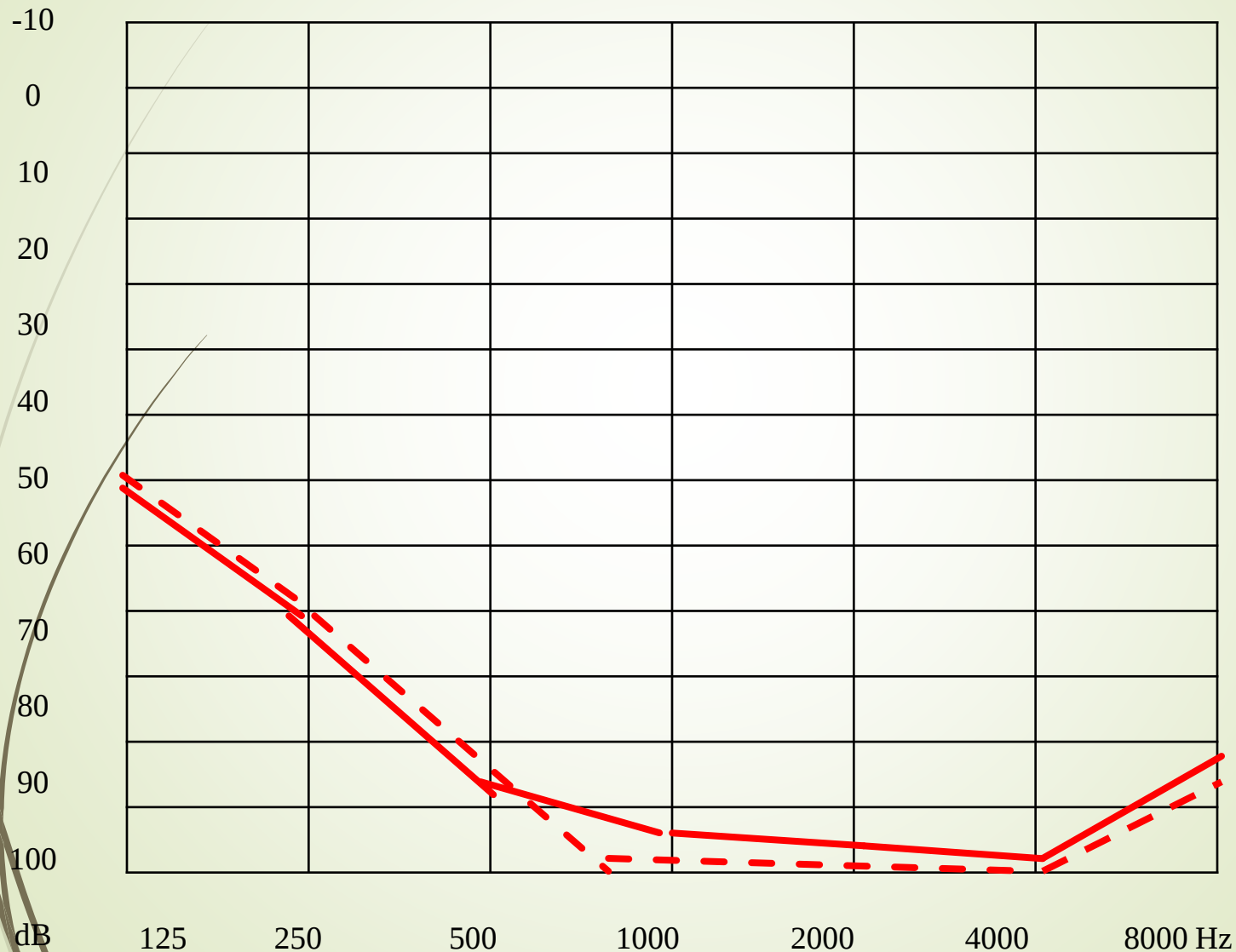
TONAL AUDIOGRAMMA (sensonevral ağıreşitmə II dərəcə)



TONAL AUDIOGRAMMA (sensonevral ağıreşitmə III dərəcəli)

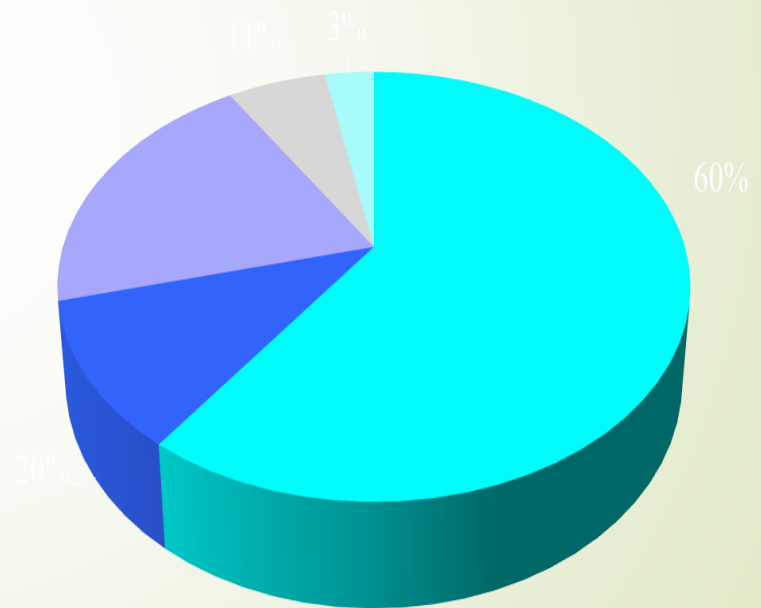


TONAL AUDIOGRAMMA (sensonevral ağır eşitmə IV dərəcəli)



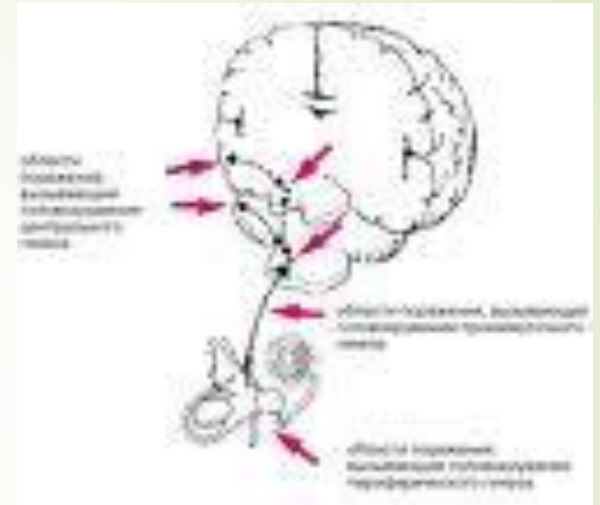
ETİOLOGİYA

- ✓ 60% - Boyun fəqərələrinin osteoxondrozu
- ✓ 20% - Hipertoniya xəstəliyi
- ✓ 11% - İrsiyyət
- ✓ 3% - Şəkərli diabet
- ✓ 6% - Digər səbəblər



Xəstəliyin lokalizasiyası

- ➡ Koxlear
- ➡ Afferent
- ➡ Mərkəzi



Şikaytlər və simptomatika

- Qulaqlarda küy;
- Yüksək tezliklərdə eşitmə qabiliyyətinin azalması;
- Nitqin ayırd etmə qabiliyyətinin pozulması;
- Hipertoniya, autoimmun və digər xəstəliklər zamanı simptomların güclənməsi.



Sensonevral ağıreşitmə

Simptomlar:

- Eşitmənin azalması (2 və ya 1 qulağa);
- Qulaqlarda küy;
- Nitqi ayırd etmə qabiliyyətin pozulması.

Diaqnostikası:

- Şikayətləri
- Anamnez
- Eşitmənin müayinəsi:
 - Nitqlə
 - Kamertonla
 - Tonal həd və hədüstü audiometriya
 - Nitq audiometriyası
 - Obyektiv audiometriya
- Gicgah sümüklərinin KT-sı

TİMPANOMETRİYA

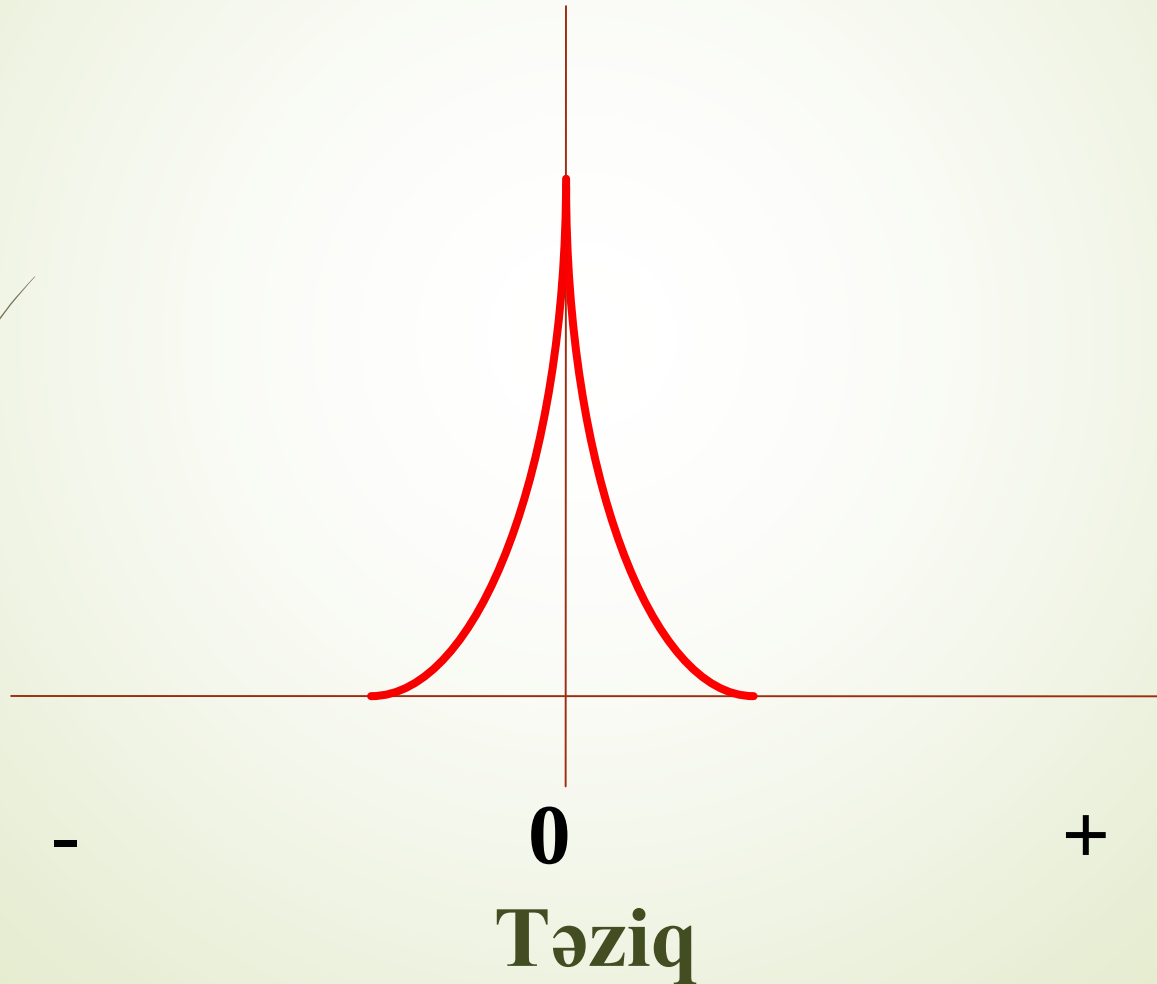


Əsas blok



Zond

**Sensonevral ağıreşitmə zamanı adətən
A – tipli timpanoqramma müşahidə
olunur**



Eşitmənin elektroakustik cihazlarla müayinəsi

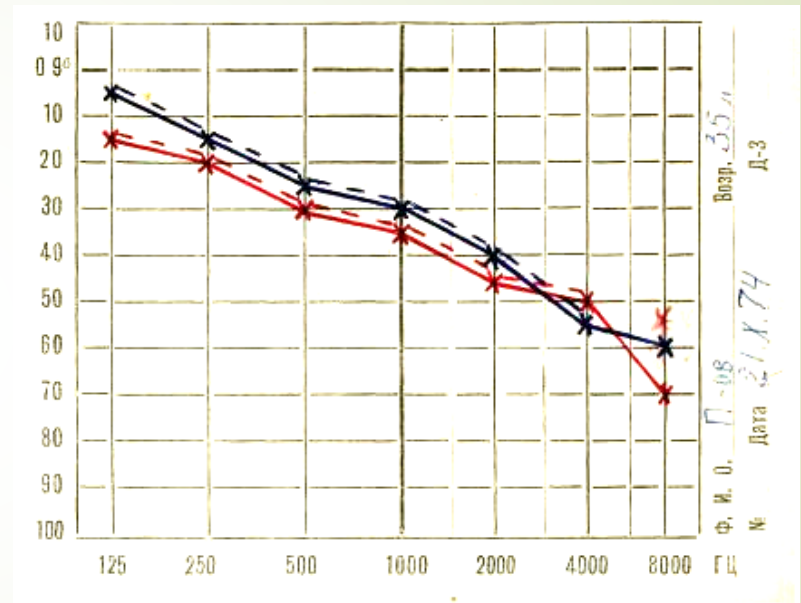
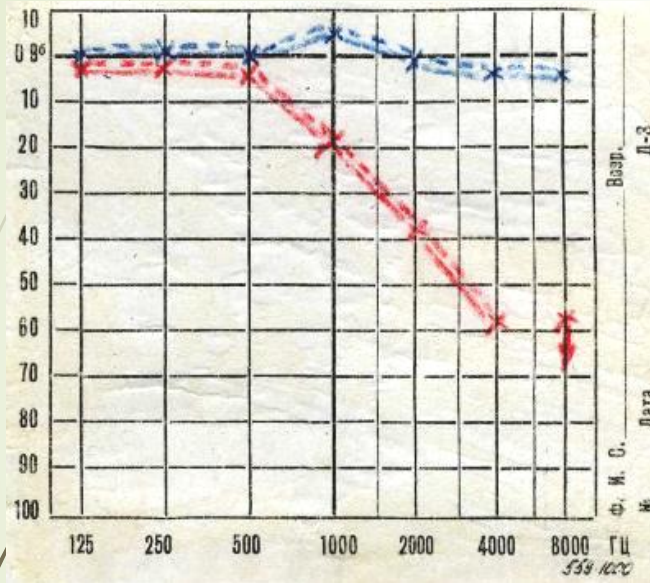


Audiometriya

Tonal audiometrlar



Audioqrammalar



Гöy rəngli xətlər – hava keçiriciliyini gösrərir
Qırmızı rəngli xətlər – sümük keçiriciliyini göstərir

Müasir müayinə üsulları OAE və BERA





Sensonevral ağıreşitmənin müalicə tədbirləri

Xəstəliyin gedişatından asılı olmayaraq:

1. Konservativ müalicə kursu hər 6 aydan bir təkrar olmalıdır.
2. Xəstə hər 6 aydan bir müalicə kursunu təkrar etməkdən öncə müəinədən keçməlidir.
3. Xəstə ilə deontoloji söhbət aparılmalıdır.



Sensonevral ağışeşitmə zamanı konservativ müalicənin prinsipləri:

1. Müalicənin erkən başlaması
2. Etoiloji faktora əsasən individual yanaşma
3. Kompleks medikamentoz müalicə
4. Refleksoterapiya
5. Hiperbarik oksigenasiya
6. Eşitmənin protezləşdirilməsi
7. Koxlear implantasiya



Sensonevral ağrışitmənin medikamentoz müalicəsi

1. **Beyin kapillyarlarının mikrosirkulyasiyasını yaxşılaşdırən preparatlar (Betaserk, Kavinton, Vazobral , Oksibral və sair).**
2. **B-qrupp vitaminləri (B-kompleks, Dematon, Benoral).**
3. **Qinko Bilobi preparatları (Bilokan-forte, qinkozid, qinokard).**

Eşitmənin protezləşdirilməsi



2008 г.



Цифровые с/а "Эльф"



Koxlear implantasiya üçün vacibdir:

- ağıreşitmənin dərəcəsi;
- xəstənin yaş həddi;
- yanaşı gedən xəstəliklər;
- nevroloji status;
- loqopedik xidmət.

Elektrodlar



Koxlear implantasiya



Koxlear implantasiya əməliyyatını keçirmiş şəxslər





Menyer xəstəliyi

Eşitmə və vestibulyar aparatın
pozqunluğuyla nəticələnən
labirintin idiopatik tutulmasıdır.

Menyer xəstəliyi
1861-ci ildə ilk
olaraq Fransalı alim
Prosper Menyer
tərəfindən qeyd
edilib.



Prosper Menyer



Menyer xəstəliyi simptomlar «Triadası»:

- Başgicəllənmə, ürəkbulanma, qusma və müvazinətin pozulması ilə müşahidə olunan tutmalar.
- Qulaqda küy.
- Eşitmənin birtərəfli azalması.

Menyer xəstəliyi

Etiologiyası:

1. Zülal və su-duz mübadiləsinin pozulması.
2. Vegetativ sinir sisteminin disfunksiyası
3. İrsi meyillilik.

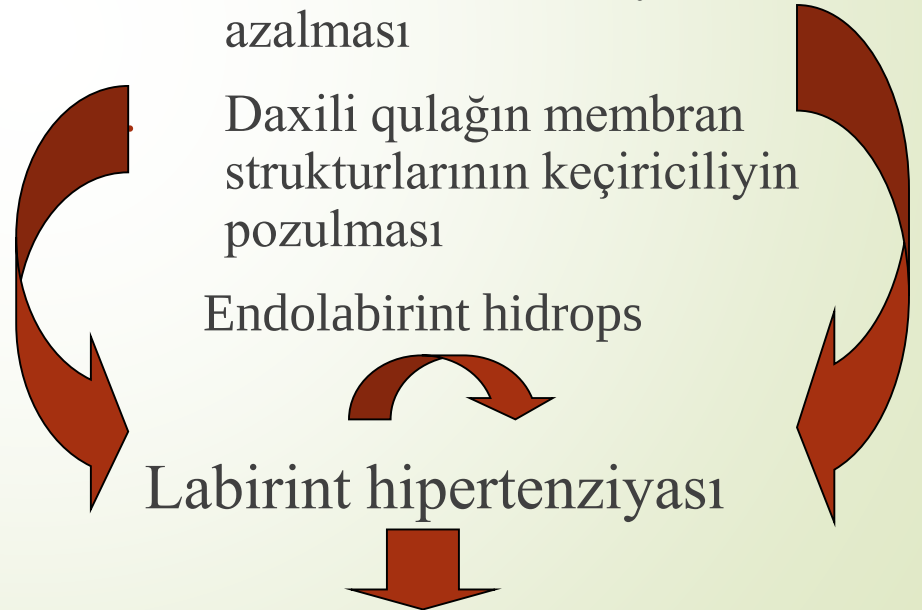
Patogenezi:

1. Endolimfanın hiperproduksiyası
2. Endolimfa rezorbsiyanın azalması

Daxili qulağın membran strukturlarının keçiriciliyin pozulması

Endolabirint hidrops

Labirint hipertenziyası





Menyer xəstəliyinin diaqnostikası:

1. Şikayətlər
2. Anamnez
3. Otonevroloji müayinə
4. Eşitmənin müayinəsi
 - Tonal audiometriya;
 - Elektrokoxleoqrafiya
5. Qliserol-test (medikamentoz dehidratasiya).

Menyer xəstəliyinin differensial diaqnostikasi



Menyer xəstəliyinin müalicəsi:

1. Tutmanın qarşısını almaq

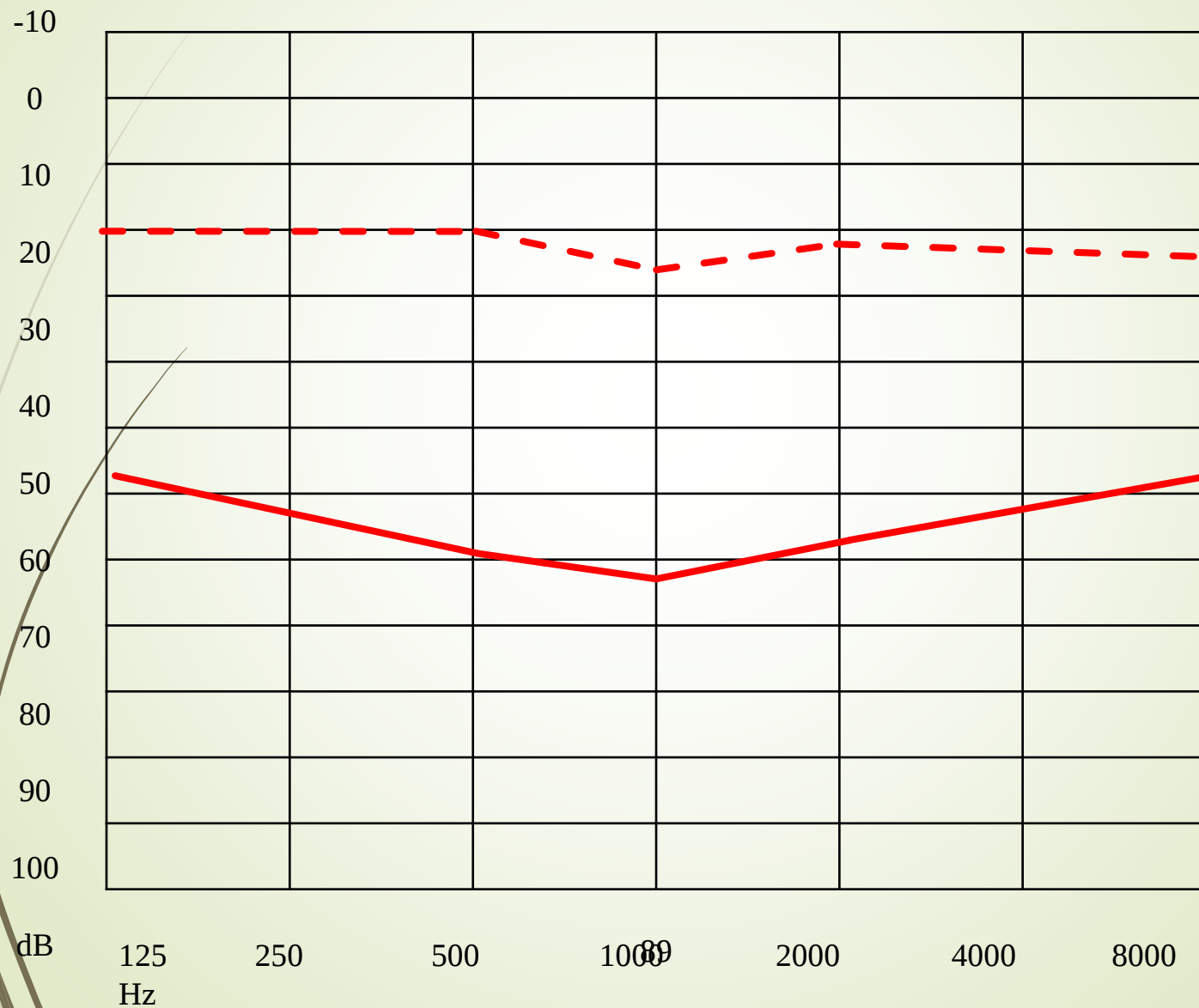
2. Konservativ:

- Medikamentoş müalicə: damar, dehidratasion, vitaminoterapiya, sedativ müalicə.
- Fizioterapiya, refleksoterapiya, HBO, idman, pəhriz.

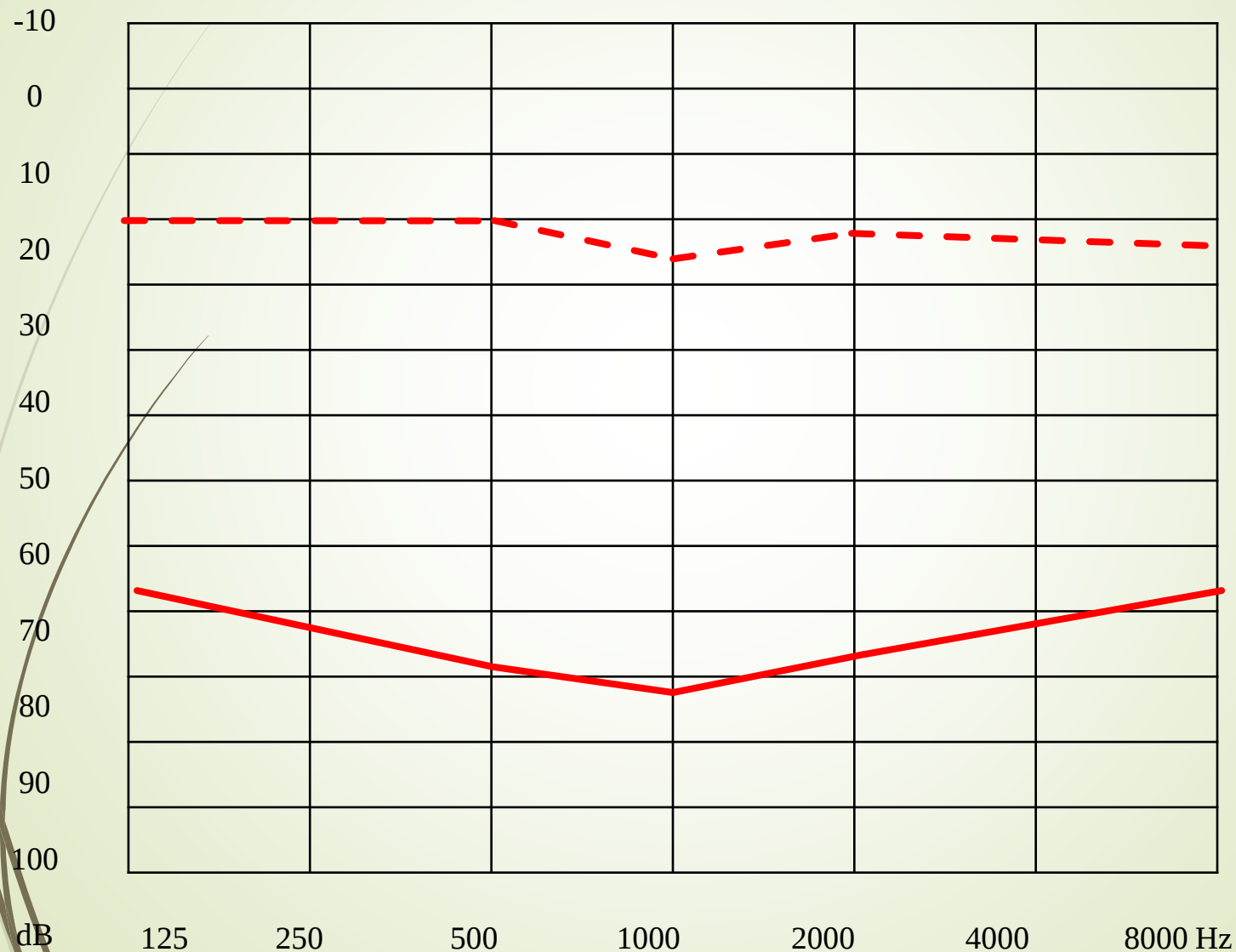
3. Cərrahi:

- Pleksusotomiya, xordotomiya,
- Sakkulotomiya,
- Endolimfatik çantanın drenajı və şuntlanması
- Labirintoektomiya

TONAL AUDIOQRAMMA (Menyer xəstəliyi)



Menyer xəstəliyi zamanı tonal audioqrammda dəşikliklər



MÜASİR DÖVRDƏ :

- Menyer xəstəliyi daxili qulağın naməlum etioloji müstəgil xəstəliyi kimi qəbul olunub;
- Xəstəliyin əsas prinsipi – endolimfatik çantanın hidropsu sayılır;

ETİOLOGİYA müasir teoriyalar:

Daimi endolimfatik hidropsla bərabər daxili qulağ membranların epizodik yarılmaları və nəticədə endolimfatok təziqin azalmasıdır;

G. Dohlman, 1983

Reyssner membranının dartılması, çəkilməsi və qalınlaşması;

H. Schuknecht, 1982

Şikayətləri



Başgicəllənmələr



Qulaqda küy



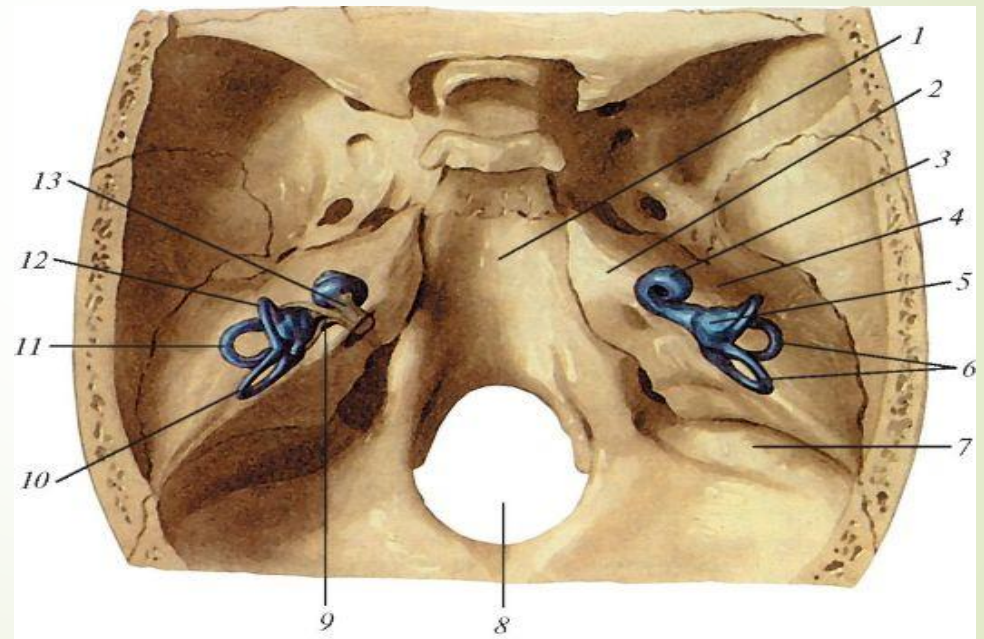
Eşitmənin pozulması



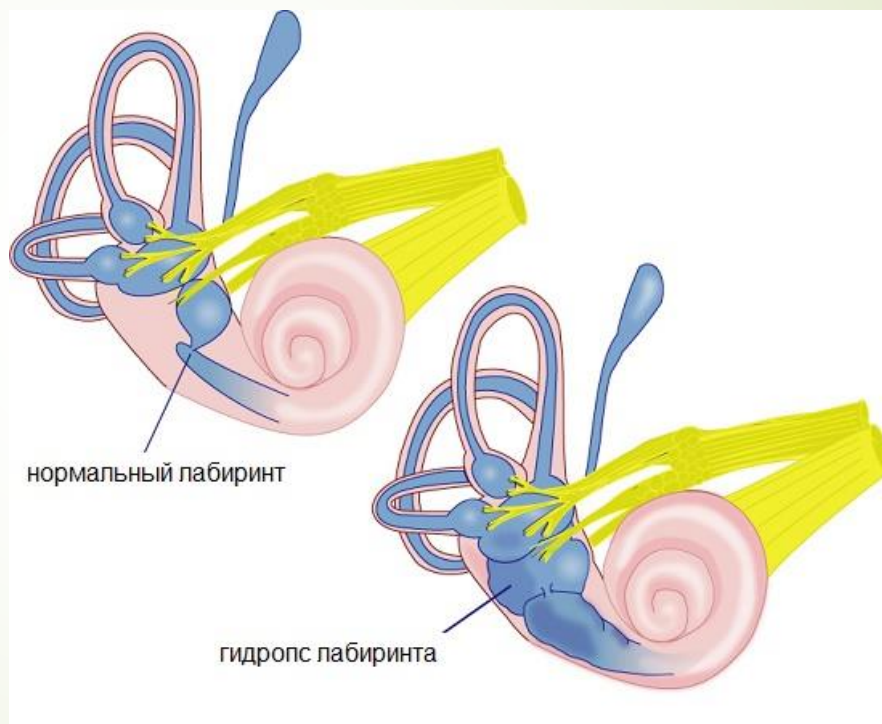
Simptomların triadası:

- **Sistem başgicəllənmələrin periodik təkrar olması;**
- **Flyuktuasiya edən ağıreşitmə;**
- **Qulağda küy**

Labirint



Labirint hidropsu





Ekssudativ otit



Ekssudativ otit

1862-ci ildə Politzer və 1906-cı ildə
Bezold 1906r.

Klinikanın əsaslarını kəşf ediblər.

- Orta qulağın süst gedişli iltihabıdır.
- Təbil boşluğunda qeyri irinli möhtəviyyatın yığılmasıdır.



Ekssudativ otitin etiologiyası

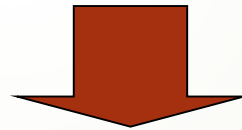
1. Yevstax borusuna yayılan burun və udlağın kəskin və xroniki iltihabı.
2. Uşaqlarda adenoidlər və eşitmə borusunun anatomik xüsusiyyətləri.
3. Kəskin orta otitin qeyri adekvat müalicəsi.
4. Barotravma.
5. Burunudlağın yenitörəmələri.

Ekssudativ otitin patogenezi

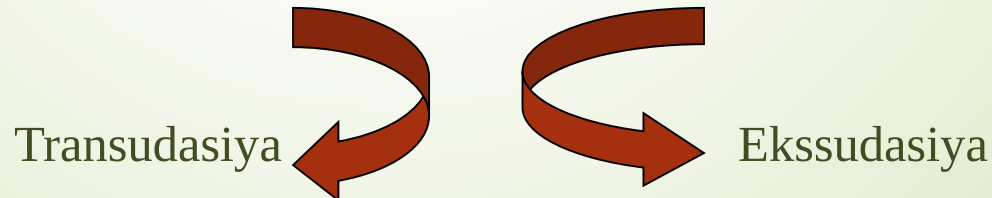
Eşitmə borusunun funksiyasının pozulması



Təbil boşluğunun ventilyasiyasının pozulması



Hava dekompressiyası + aseptik iltihab



Ekssudativ otit

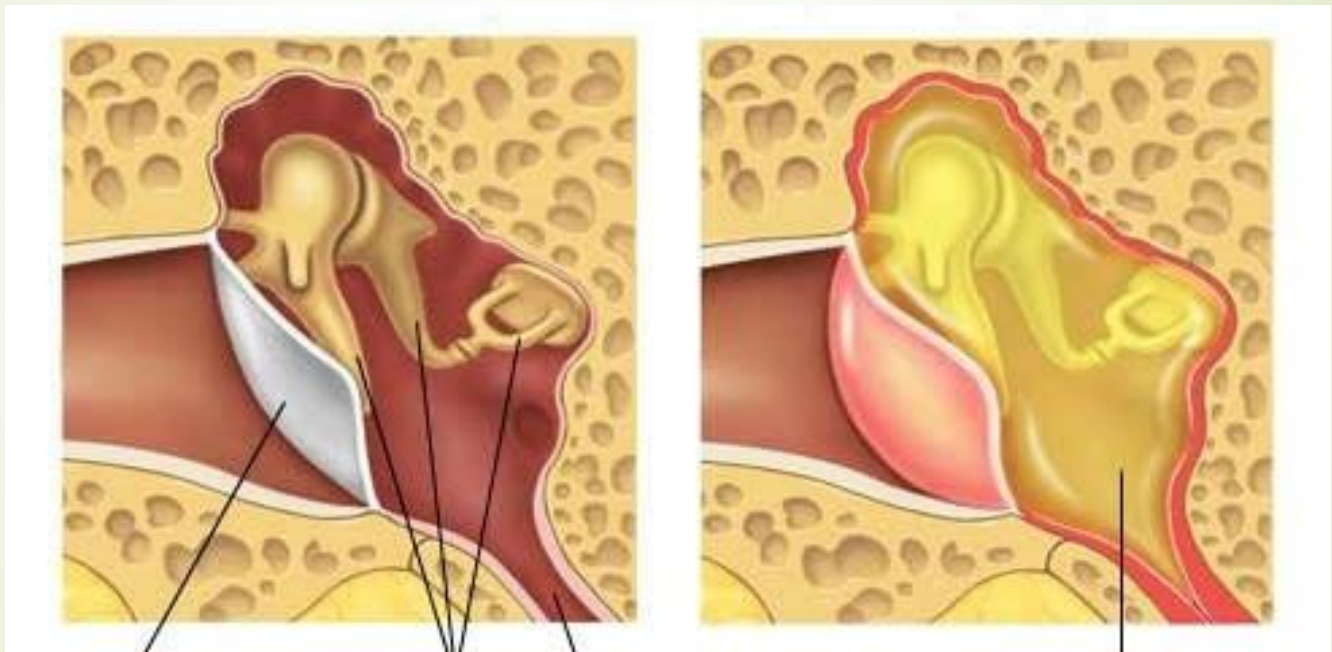
1. Şikayətlər:

- Bir və ya ikitərəfli fluktuasiya xarakterli eşitmənin azalması
- Qulağda tutqunluq və maye axıntısı hissiyatı
- Qulağda küy

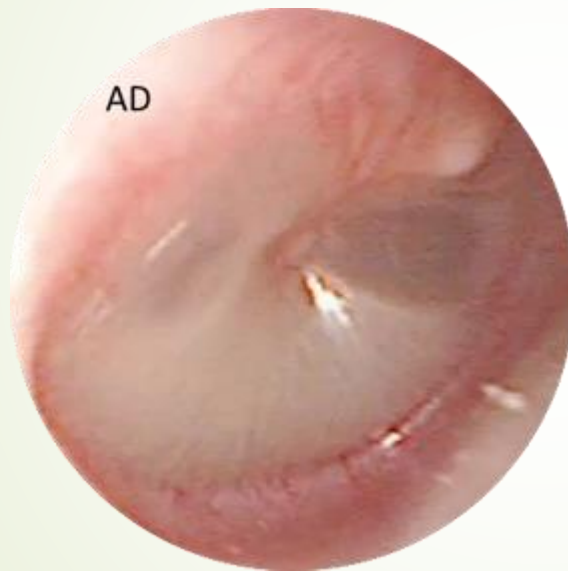
2. Otoskopiya:

- Təbil pərdəsi içəriyə qarşı çəkilib, hərəkəti məhduddur
- Təbil boşluğunda ekssudat: maye və ya köpeklər
- Baş hərəkəti zamanı otoskopik görünüşün dəyişməsi

Ekssudativ otit



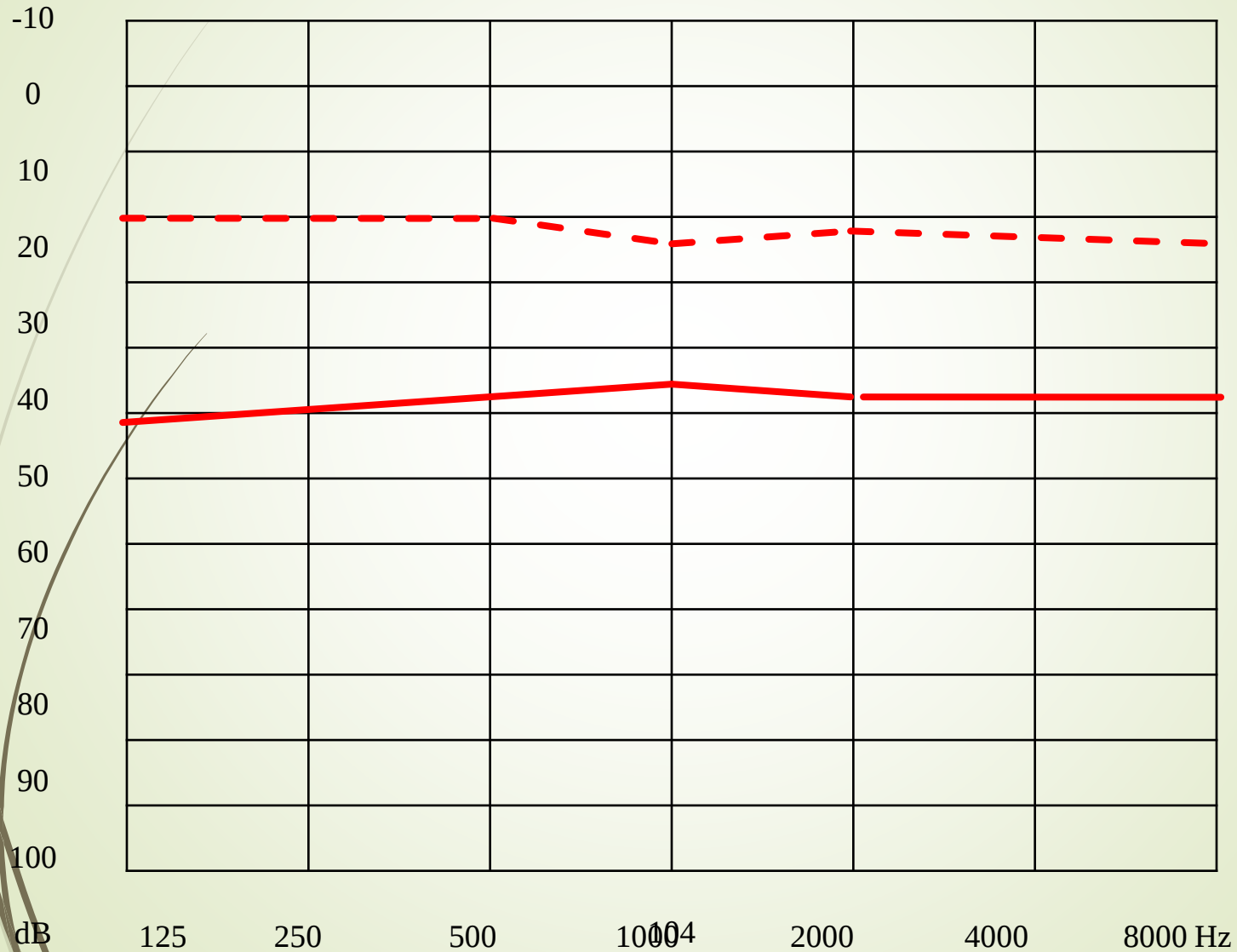
Ekssudativ otit



B – TIPLI TIMPANOQRAMMA **(perforativ otit, seroz otit)**



TONAL AUDIOGRAMMA (hava-sümük intervalı)

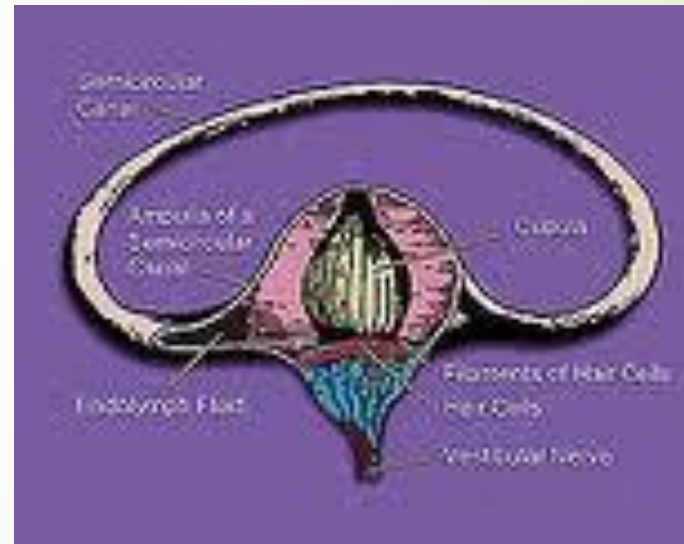


Ekssudativ otitin müalicə alqoritmi!

- 1. Xəstəlik səbəblərinin aradan qaldırılması:** Burun və burun-udlaqda sanasiya tədbirləri (adenotomiya, septoplastika və s.).
- 2. Konservativ müalicə:**
Politzer üsulu ilə üfürmə, təbil pərdəsinin pnevmomassajı, eşitmə borusunun kateterizasiyası.
- 3. Cərrahi müalicə:**
Miringostomiya (şunt «tüp» qoymaqla)
Timpanotomiya

Patogenez

Daxili qulaqda:
labirintdə və
endolimfatik
torbacıqda naməlum
səbəblərdən hidrops
əmələ gəlir ...



Xəstəliyin gedişatı



Xəstəlik il boyu bir neçə dəfə
8-10 günlük tutma şəklində
təkrar olunur;



Xəstəlik inkişaf etdikcə
remissiya fazalarının müddəti
qıssalaşır;

Tutma zamanı:



nistaqm



ürekbulanma



Müalicə prinsipləri

1. **Konservativ (periodik təkrar olunan medikamentoz müalicələr);**
2. **Cərrahi (endolimfatik çantanın punksiyası).**



Cərrahi müalicə üsulları:

Fenestrasiya əməliyyatları:

- Rozen əməliyyatı
- Lempert əməliyyatı
- Portmann əməliyyatı

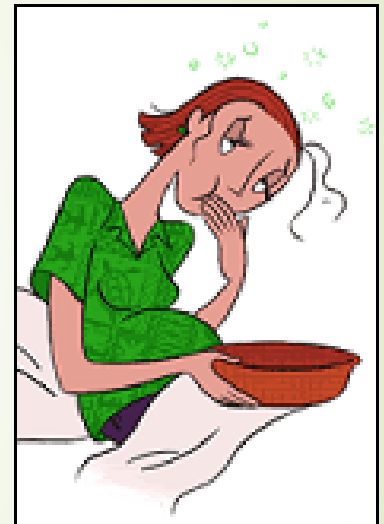
Labirintit



XƏSTƏLİYİN KLİNİKASI:

n. Facialis et n. Intermedius **wrisbergi** (XIII-cüt n.)

- başgicəllənmə;
- yerişin pozulması;
- yıxılmalar;
- spontan labirint nistaqmı;
- statikanın pozulması;
- hərəkətlərin koordinasiyasının pozulması;
- veqetativ reaksiyalar (ürəkbulanma, qusma);
- qulağda küy (əsas yüksək tezliklərdə).



FORMALARI:

Timpanogen	Meninqogen	Hematogen	Travmatik
1,5-5% rast olur, orta qulaq mənşəlidir, orta qulağdan irinli proseslər daxili qulağa yayılır.	(<i>porus acusticus internus; ductus endilymphaticus; canalicularis cochlea</i>) vasitəsi ilə daxili qulağa yayılır.	İnfeksiya xəstəlikləri (<i>parotit, siflis və s.</i>) vasitəsi ilə daxili qulağa yayılır.	Gicgah sümüyünün piramidasının köndələn travmaları nəticəsində əmələ gəlir.



DİFFERENSİAL DİAGNOSTİKASI:

1. Beyiciyin absessi.
2. Otoqen araxnoidit.
3. VIII sinirin nevrinoması.



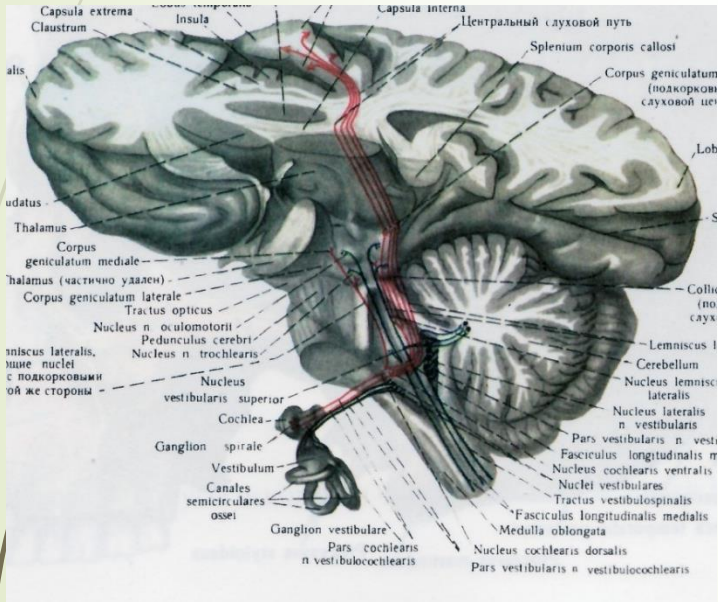
PATANATOMİYA:

1. Məhdud

2. Diffuz – stadiyalari:

- seroz;**
- irinli;**
- nekrotik.**

(vestibulocochlear)





Dəhliz-ilbiz sinirinin nevriomasının klinik gedişatının mərhlələri

- otiatrik;
- otonevroloji;
- nevroloji (terminal stadiya).



REAKSİYALAR:

1. Vestibulo-somatik;
2. Vestibulo-vegetativ;
3. Okulomotor;
4. Beynciyin qıcığlanması;
5. Hərəkət;
6. Nitq.



LABİRİNTİN MÜALİCƏSİ:

1. Konservativ;
2. Cərrahi (labirintitin radikal əməliyyat yolu ilə açılması).