

Ü. Z. Dadaşova, R. Ş. Talışinski, Ş. İ. Quvalov

Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri

(dərs vəsaiti)

Bakı - 2019

Ön söz

Bu kitab Tibb kolleclərinin proqramına əsasən tərtib edilmişdir. Kitabda burun, udlaq, qırtlaq, traxeya, qida borusu və qulağın anatomiyası, fiziologiyası, xəstəlikləri, yeni müayinə və müalicə üsulları təsvir olunmuşdur.

Otorinolarinqologiyanın əsas bəhsləri : irinli otitlər, anginalar, rinitlər, allergik və vazomotor rinopatiyalar, sinusitlər, qırtlağın stenozları və s. haqqında məlumat verilmişdir. Bu bəhslərə aid hər bir təsadüfdə feldşer və ya tibb bacısı xəstəliyin ağırlığını düzgün qiymətləndirib xəstəni vaxtında qulaq, burun, boğaz həkiminə göndərə bilər.

Dərs vəsaitindən tibb bacılarının istifadə edəcəyini nəzərə alaraq qulluq bəhsləri də vacib olan yerlərdə izah olunmuşdur.

Dərs vəsaitini işlərkən ATU – nun “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri” kafedrasının müdiri, t.ü.e.d, professor V. M. Pənahian tərəfindən məsləhət görülən tövsiyyələri, tibb kollecinin metodik komissiyasının arzularını nəzərə almışıq.

Dərs vəsaiti tibb kolleclərinin tələbələri və feldşerlər üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Müəlliflər

BURUN VƏ ONUN ƏLAVƏ BOŞLUQLARI

Burunun anatomiyası.

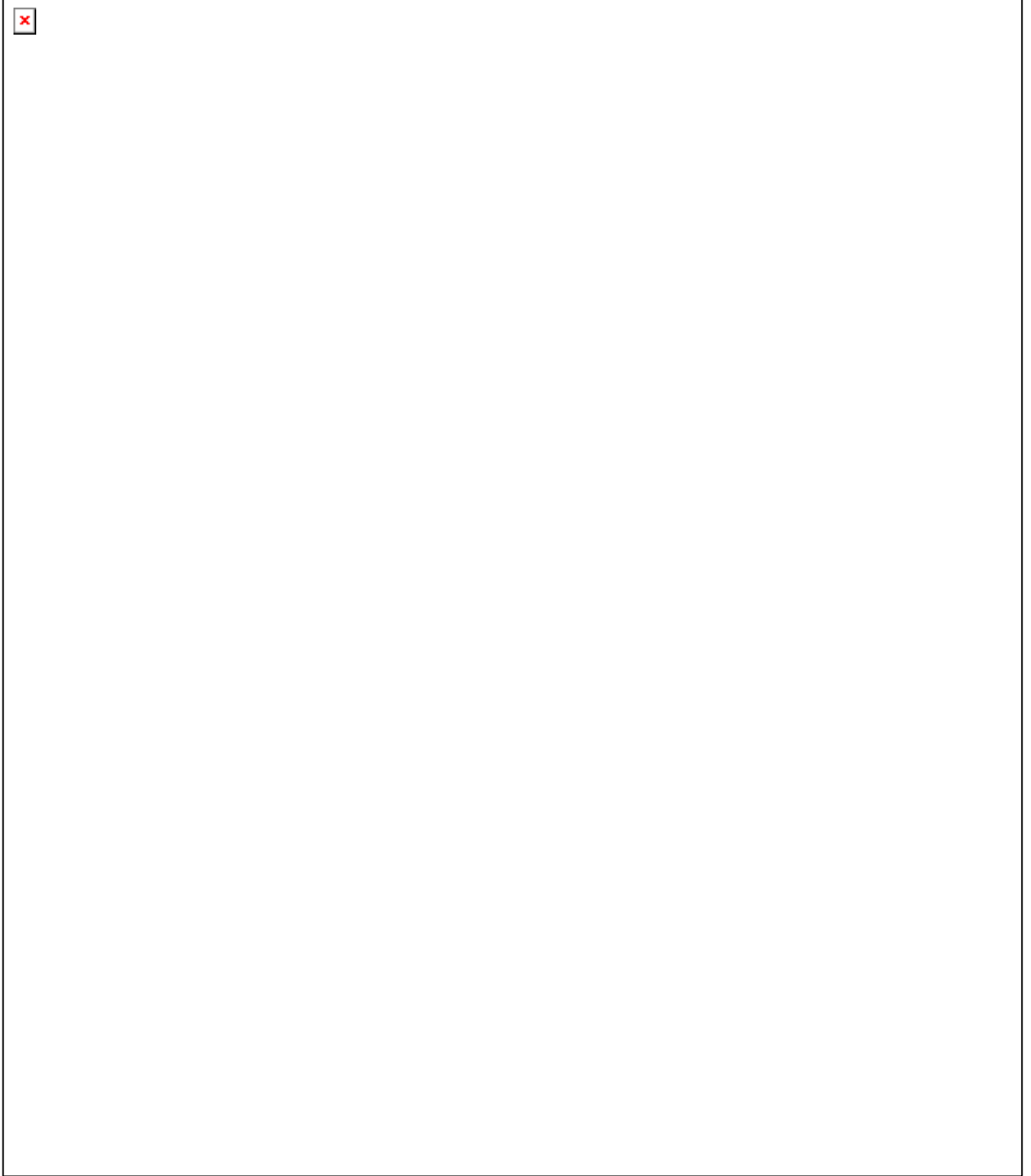
Burun yuxarı tənəffüs yollarının başlanğıc şöbəsidir, xarici buruna və burun boşluğuna bölünür. Xarici burun sümük, qıgırdaq və yumşaq hissədən ibarətdir, qeyri-düzgün üçüzlü piramida formasına malikdir. Burunun yuxarı ensiz ucu burun kökü adlanır, ondan aşağıya və önə doğru uzanan burun arxası burun ucu ilə qurtarır. Burunun yan səthlərinə burun qanadları deyilir, onların aşağı kənarları burun dəliklərini əmələ gətirir. Xarici burunun skeleti iki nazik burun sümüklərindən əmələ gəlir. Bu sümüklər bayır tərəfdə əng sümüyünün alın çıxıntısı ilə, yuxarıda alın sümüyünün burun hissəsi ilə, orta xəttə bir biri ilə birləşir.

Burun boşluğu burun çəpəri ilə iki hissəyə bölünür, bunlar burun dəlikləri vasitəsilə xaricə açılır. Burun boşluğu arxada burunun oval formalı iki dəliyi vasitəsilə udlağın yuxarı şöbəsi ilə birləşir. Bu dəliklərə xoanalar deyilir. Burun çəpərinin dal yuxarı sümük hissəsini xış sümüyü və xəlbir sümüyünün perpendikulyar səfhəsi, ön aşağı qıgırdaq hissəsini isə dördbucaqlı qıgırdaq əmələ gətirir. Burun boşluğunun yuxarı divarını xəlbir sümüyünün xəlbir səfhəsi; aşağı divarının ön şöbəsini əngin damaq çıxıntıları, dal hissələrini isə damaq sümüklərinin üfqi səfhələri təşkil edir. Burun boşluğunun xarici və ya yan divarlarını burun sümüyü, əng sümüyü cismnin alın çıxıntısı və burun səthi, göz yaşı sümüyü, xəlbir sümüyü, damaq sümüyü və əsas sümüyün qanadabənzər çıxıntıları təşkil edir. Burun boşluğunun xarici divarında üç balıqqulağı vardır, bunlar burun boşluğunu yuxarı, orta və aşağı burun keçəcəyinə bölür. Aşağı balıqqulağının altında gözyaşı –burun kanalının dəliyi yerləşir. Burunun orta keçəcəyinə burunun əlavə boşluqları açılır, bunlara əng sümüyü cismində yerləşən haymor boşluğu, alın sümüyü süngərində yerləşən alın boşluğu və xəlbir labirintin ön hüceyrələri aiddir. Xəlbir labirintin dal hüceyrələri və əsas cib yuxarı burun keçəcəyi ilə birləşir.

Bütün burun boşluğunun selikli qişası çoxqatlı səyrici silindrik epitel hüceyrələri, həmçinin qədəhbənzər və bazal hüceyrələrlə örtülmüşdür. Səyrici epitel hüceyrələrinin hər birinin səthində 200-300 kirpiklər yerləşir, onların hərəkəti arxaya xoanalara doğru yönəlmişdir. Yuxarı burun yolunun selikli qişası ilə burun çəpərinin selikli qişasının ona bitişik hissələri və orta balıqqulağının yuxarı hissəsi xüsusi həssas epitel ilə örtülmüşdür, qoxu sinirinin periferik ucları burada şaxələnir. Selikli qişanın bu sahəsi qoxu nahiyəsi adlanır, burun selikli qişasının qalan hissəsinə tənəffüs nahiyəsi deyilir.

Selikli qişanın qalınlığı təxminən 1 mm-dir. Sıx venoz torların çox olması sayəsində selikaltı qişanın ayrı – ayrı yerlərində kavernoz və ya mağaralı toxuma əmələ gəlir. Balıqqulaqlarının mağaralı toxumasındakı damarların

divarları sayə əzələ və elastik liflərin çox olması ilə fərqlənir. Bunun nəticəsində mağaralı toxuma müxtəlif kimyəvi, termik və psixi təsirlərdən sürətlə şişə və yaprıxa bilər.



Burun çəpərinin ön aşağı hissəsində sahəsi 1 sm² olan xüsusi nahiyə ayırd edilir ki, burada arterial və xüsusən venoz damarlar çoxdur. Çəpərin bu nahiyəsinə “Kisselbax nahiyəsi” deyilir və məhz buradan çox vaxt burun qanaxması başlayır.

Burun boşluğunun qan təchizatı daxili əng arteriyasının şaxəsi olan böyük damaq arteriyası ilə təşkil olunur. Venoz qan ön üz venasını və göz yuvası

venasını əmələ gətirən çoxlu damarlar ilə yığılır. Burunun yuxarı şöbəsinin və yuxarıda yerləşmiş əlavə boşluqların venoz damarlarının bir hissəsindən qan bilavasitə beynin sərt qişasının boylama cibinə tökülür.

Burun boşluğunun selikli qişası sıx limfatik damarlar şəbəkəsi ilə təchiz olunmuşdur, bunlar sərt qişaaltı və hörümçək toruna bənzər qişaaltı sahələr ilə əlaqədardır.

Burun boşluğunun hissi sinirləri üçlü sinirin birinci və ikinci şaxələrindən gəlir.

Qoxu analizatorunun şaxələri burun boşluğuna xəlbir sümüyünün xəlbir səfhəsindəki dəliklərdən daxil olur və yüksək dərəcədə differensiasiyalı xüsusi növ epitel hüceyrələrində qurtarır, qoxu duyğularının reseptoru məhz bu hüceyrələrdir.

Burunun fiziologiyası

Burun tənəffüs, qoxu, rezonator və qoruyucu funksiyalara malikdir. Hava burundan keçərkən toz hissəciklərindən təmizlənir, isinir və nəmlənir.

Havada asılı olan toz hissəcikləri, bakteriyalar, yad cisimlər burunun girəcəyində saxlanılır. Burada mexaniki süzgəc rolunu burun dəhlizindəki tüklər oynayır. Nəfəs alınan hava burun boşluğunun qan təchizatı və selik ifrazı sayəsində isinir və nəmlənir. Selikli qişanın termoreseptorları soyuq hava təsirindən burun balıqqulaqları qanla dolur, bu da burun yollarının daralmasına səbəb olur. Nəticədə soyuq hava burun balıqqulaqlarının səthi ilə daha çox təmasda olur və isinir. Quru hava ilə nəfəs aldıqda qədəhbənzər hüceyrələr çoxlu miqdarda selik ifraz edir ki, bu da burun boşluğundan keçən havanın nəmlənməsinə səbəb olur. Toz hissəcikləri hərəkəti burun – udlağa tərəf olan səyrici epitel kirpiklərinin təsiri ilə burun seliyi ilə udlağa yuyulub aparılır, oradan da hayxırılıb tüpürməklə xaric edilir, yaxud udulur. Beləliklə, ağ ciyərlərə daxil olan hava tozdan xeyli təmizlənir. Ağızla nəfəs aldıqda isə toz kütləsinin hamısı bilavasitə udlağa, qırtlağa və daha dərin tənəffüs yollarına keçərək onlarda bir sıra patoloji dəyişikliklər əmələ gətirir.

Normada tənəffüs burun vasitəsilə həyata keçirilir. Burun ilə tənəffüs etmək böyük üstünlüklərə malikdir. Burun boşluğu tüstünü, kimyəvi və zərərli maddələri də xeyli dərəcədə neytrallaşdırır. Burunla tənəffüs pozulduqda bu, aşağı tənəffüs yollarında bir sıra pozulmalara (faringitlər, traxeitlər və s.) səbəb olur.

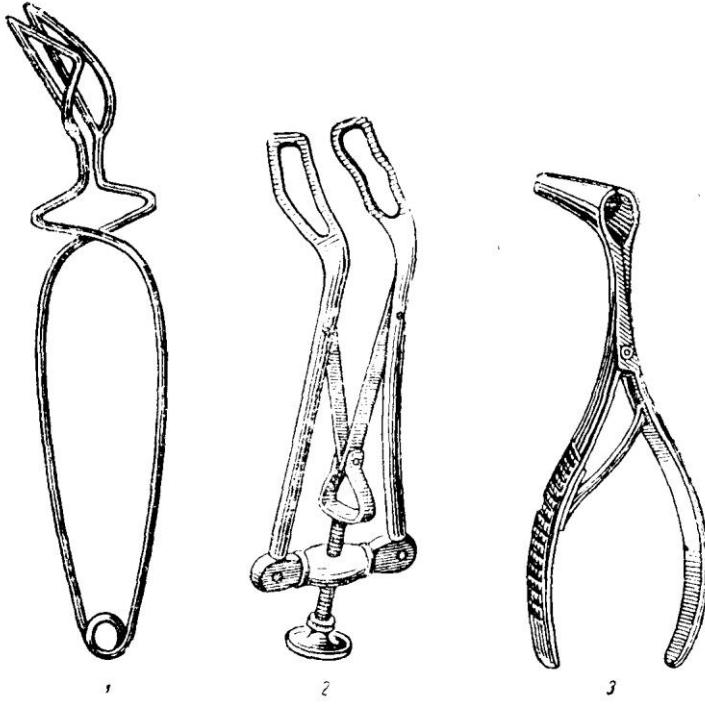
Burun və burun – udlaq boşluqları səs üçün rezonator vəzifəsini görür, onlarda havanın titrəyişi səsi gücləndirir, ona tembr və fərdi səsəydlılıq verir. Burun tutularkən səs aydınlığını itirir, karlaşmış, tıntın olur. Buna qapalı tıntınlıq deyilir. Bu zaman hava yalnız ağızdan keçir. Əgər damaq pərdəsinin sallanması (onun iflici) nəticəsində fonasiya zamanı burun – udlaq açıq qalırsa açıq tıntınlıq əmələ gəlir. Bu zaman bütün səsləri tələffüz etdikdə hava nəinki ağızdan, həm də burundan keçir.

Bu və ya digər qoxunun qəbul edilməsi əsasən nəfəsalma zamanı baş verir. Burunla tənəffüsün pozulması qoxu funksiyasına da təsir edir. Qoxu bilmənin əhəmiyyəti həzm yoluna da daxil olan qidanın və içkinin dadı ilə bərabər keyfiyyətini müəyyən etməyə imkan verir. Həzm şirələrinin reflektor ifrazı üçün də qoxu bilmənin böyük əhəmiyyəti vardır.

Burunu və burun boşluqlarını müayinə metodları

Xarici burun, onun boşluğu və əlavə boşluqların müayinəsinə anamnez topladıqdan sonra başlayırlar. Burun müayinəsi xarici müayinədən və burun boşluğunun dərin hissələrinin müayinəsindən ibarətdir.

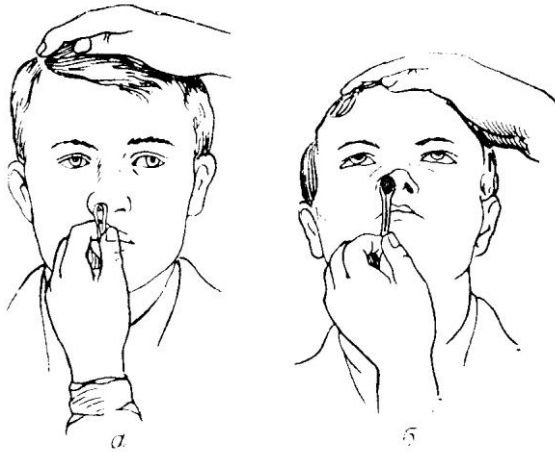
Xarici burunun formasına, burun arxasının orta xəttədən əyilməsinin və ya düşməsinin olub olmamasına fikir verilir. Burun sümüklərinin sınığına şübhə olduqda xarici burunu əlləmək lazımdır, bunun üçün şəhadət barmağı burun arxasına burun kökü nahiyəsinə qoyulur, baş və orta barmaq burunun yan səthlərinə qoyulur. Barmağı burunun kökündən ucuna doğru sürüşdürərək xarici burunun düşməsi və qabarması, sümük qırıntılarının yerdəyişməsinin, krepitasiyanın olub olmaması müəyyən edilir. Xarici müayinə zamanı burun dəhlizinə diqqət yetirmək lazımdır, bu məqsədlə burun ucunu yuxarıya qaldırıb xəstənin başını sağa və sola döndəririlər. Süni işıq mənbəyindən və alın reflektorundan istifadə etmək lazımdır, müayinə olunan üzv reflektordan əks olunan işıqla işıqlandırılır. Burun boşluğunun müayinəsi (ön rinoskopiya) burun dəlikləri vasitəsilə burun genəldicilərinin köməyi ilə aparılır. Reflektor diametri 8 – 9 sm, fokus məsafəsi 20 sm və ortasında dəliyi olan girdə azacıq çökük güzgüdür. Müayinə oturaq vəziyyətdə aparılır, işıq mənbəyi sağdan və bir qədər arxadan olmaqla xəstənin başı səviyyəsində yerləşdirilir. Reflektoru həkim sol gözü önündə elə yerləşdirir ki, reflektorun dəliyi və yoxlanan üzv bir düz xətt üzrə olsun. Genəldici branşları bağlı halda sol əl ilə burun dəliyinə yeridərək burun boşluğunu gözdən keçirmək üçün yavaş yavaş genəldirlər. Reflektordan düşən işıq dəstəsi burun boşluğunu işıqlandırır. Əvvəl burun çəpərinin aşağı şöbələrini, burunun aşağı keçəcəyini gözdən keçirirlər. Xəstənin başını bir qədər arxaya və yana əydikdə burun çəpərinin yuxarı şöbələrini, burunun orta balıqqulaqlarını və orta burun keçəcəyini müayinə edirlər. Bu müayinə ön rinoskopiya adlanır. Balaca uşaqları müayinə etdikdə qulaq qıflarından istifadə etmək daha münasibdir. Balıqqulaqları şişkin olduqda burunu müayinə etmək çətinləşir. Bu zaman



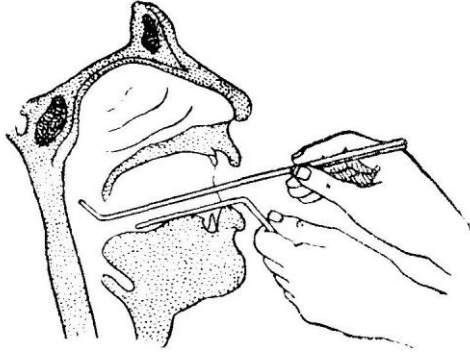
Şək.2. Burun genəldicilərin növləri: 1-Şteyn genəldicisi, 2-Frenkel genəldicisi,3-Hartman genəldicisi

balıqqulaqlarına damardaraldıcı dərmanların (adrenalin, efedrin) yaxılması onların həcmi azaldır və müayinəni asanlaşdırır.

Burun boşluğunun dal şöbələrini burun – udlaq vasitəsilə müayinə etmək lazım gəlir. Bu müayinə dal rinoskopiya adlanır. Şpatel ilə dili aşağıya basıb, spirt lampası üzərində isidilmiş kiçik güzgünü ağızdan yumşaq damağın arxasına daxil edirlər, güzgüyə lampadan əks olunan işıq düşməlidir, bunun sayəsində burun boşluğunun dal şöbələrini və burun – udlağın bir hissəsini müayinə etmək olur. Güzgüdə xış sümüyünün dal kənarı, aşağı, orta və bəzən yuxarı balıqqulaqlarının dal ucları olan xoanalar görünür. Yumşaq damağın arxa səthini, burun – udlaq tağını, Yevstax borularının udlaq dəliklərini görmək olur.



Şək.3. Ön rinoskopiya :a- aşağı burun keçəcəyinə baxma, b-orta və yuxarı burun keçəcəyinə baxma



Şək.4. Dal rinoskopiya.

Dal rinoskopiyanı aparmaq üçün fibroskop, sərt endoskop da istifadə edilir.

Burunun funksional qabiliyyətinin təyini burun boşluğundan havanın keçməsinə və qoxubilmə funksiyasını yoxlamaqdan ibarətdir. Xəstənin burun dəliklərinin hər birinə ayrılıqda yumşaq pambıq tikələri yaxınlaşdırırlar və nəfəs alıb verməyi təklif edirlər. Pambığın tərpənmə dərəcəsi asılı olaraq burunun keçiciliyi barədə nəticə çıxarırlar.

Qoxubilmə funksiyasını təyin etmək üçün müxtəlif tündlüyə malik iylər istifadə edilir, məsələn, zəif iyə malik 0,5% - li sirkə turşusu məhlulu, orta tündlükdə çaxır spirti, şiddətli iyə malik olan valerian tinkuru, çox şiddətli iyə malik kamfara və qərənfil yağı. Yoxlamayı daha zəif iyli məhluldan başlayır və müayinə olunan şəxs zəif iyə hiss etməsə, daha kəskin iyə malik məhlullara keçirlər.

Burun boşluğunun müayinəsi burun əlavə boşluqlarının vəziyyəti haqqında da məlumat verir. Əlavə boşluqların vəziyyətini müayinə etmək üçün daha informativ metod rentgenoqrafiya sayılır. Burun və əlavə boşluqların əlavə müayinə metodlarına ciblərin diaqnostik punksiyası, termoqrafiya, kompyuter tomoqrafiyası, maqnit – rezonans tomoqrafiya, ultrasəs müayinə, endoskopiya aiddir. Diaqnostik punksiya adətən haymor və alın ciblərinin müayinəsində istifadə edilir.

Termoqrafiya iltihabi proseslər zamanı istilik süalanmasının fərqi aşkar etməyə imkan verir.

Endoskopiya burun boşluğunu və əlavə boşluqların vəziyyətini görməyə imkan yaradır.

Maqnit – rezonans tomoqrafiya əlamətsiz keçən iltihabi prosesləri aşkarlamağa imkan yaradır, həmçinin xəlbir sümüyünün dal hüceyrələrinin vəziyyəti barədə məlumat verir.

Kompyuter tomoqrafiyası ciblərin şişləri, divarlarının destruksiyasını aşkar etmək üçün əvəzolunmaz üsuldur.

Burunun xəstəlikləri

Xarici burunun xəstəlikləri

Yanıqlar. Burun dərisinin yanıqları üzün hissəvi yanığı kimi rast gəlir, çox vaxt birinci dərəcəli olur. Bu günəş şüalarının, açıq alovun, kimyəvi maddələrin təsirindən baş verir. Dəridə ağrılar ilə müşayiət olunan qızartı əmələ gəlir, ağrılar bir neçə saatdan sonra güclənir və 3 – 5 gün ərzində çəkilir. Şişkinlik və dərinin qızartısı da tez keçir və dəri qəhvəyi rəng alır, 4 – 5 gündən sonra epidermisin buynuz qatı qabıq verməyə başlayır.

Müalicə. Dərinin ağrılı gərginliyi və qaşınması bepanten, d – pantenol məlhəmi çəkdikdən sonra sakitləşir. Boraks mayesindən islatmalar və ya indifferent səpmə dərmanları (nişasta, talk, sink oksidi) istifadə etmək olar.

Donmalar. Burun donmaları nisbətən az rast gəlir. Burun donmasının üç dərəcəsi ayırd edilir : I dərəcə - eritema, II dərəcə - suluq və qartmaqların əmələ gəlməsi, III dərəcə - qanqren.

I dərəcəli donmada damarların spazmı nəticəsində burunun ucu və qanadları nahiyəsində dəri kəskin avazıyır, həssaslığı azalır. Sonra hiperemiya və şişkinlik inkişaf edir, qaşınma və ağrı əmələ gəlir.

II dərəcəli donmada dəri qırmızı – göyümtül rəng alır, suluqlar əmələ gəlir, sonra onlar partlayır və onların yerində qartmaq əmələ gəlir.

III dərəcəli donma nadir hallarda rast gəlir, toxumaların mumifikasiyası və nekrozu baş verir.

Müalicə. Yardımın əsas məqsədi toxumaların tədricən isindirməsidir. Əvvəl yumşaq parça ilə donmuş nahiyəni ovuşdururlar, isti kompresslər qoyurlar. Indifferent məlhəmlərlə sarğı qoyurlar. Nekroz və xoralar əmələ gələn ağır təsadüflərdə müalicəni ümumi cərrahiyyə qaydalarına əsasən aparırlar.

Burunun qızılyeli. Qızılyelin törədicisi streptokokkudur. Burunun birincili qızılyeli burun dəhlizinin dərisində sıyrıntılar, çatlar olduqda müşahidə olunur. Xəstəlik üşütmə, temperaturun 40° C yüksəlməsi, baş ağrıları ilə başlanır. Üzdə qeyri – bərabər yayılan və dərinin sağlam hissələrindən kəskin surətdə seçilən parlaq qırmızılıq ilə xarakterizə edilir. Rinoskopik müayinə zamanı selikli qişa qızarmış və toxunduqda çox ağrılı olur, bəzən qabarcıqlar əmələ gəlir. Regionar limfa düyünləri şişir.

Diaqnoz. Adətən diaqnoz çətinlik törətmir, çünki burun qızılyeli üzün qızılyeli ilə yanaşı gedir.

Müalicə. Antibakterial və desensibilizəedici terapiya aparılır. Penisillin qrupundan olan antibiotiklər daha effektivdir. Qızdırmasalan dərmanlar istifadə edilir, xəstəyə içməyə bol maye verilir. Polivitaminlər təyin edilir.

Burun dəhlizinin xəstəlikləri

Burun dəhlizinin ekzeması. Ekzema xronik zökəm, burunun əlavə boşluqlarının irinli xəstəliyini və burun – udlağın xəstəliklərini tez – tez müşayiət edir. Xəstəlik kəskin və xronik ola bilər. Burun girəcəyi

nahiyəsində dərinin ödemi və qızarması birinci əlamətlərdir, sonra qabarcıqlar əmələ gəlir və tezliklə partlayaraq eroziyalı səthlər əmələ gətirir. Dəridə çatlar, qartmaqlar, qabıqvermə olur. Bütün bu təzahürlər ağrı və qaşınma ilə müşayiət olunur.

Xronik gedişli təsadüflərdə iltihab təzahürləri az nəzərə çarpır, bütün burun dəhlizi möhkəm yapışmış qartmaqlarla örtülmüş olur.

Müalicə əsas xəstəliyin aradan qaldırılmasına yönəldilir. Orqanizmin hiposensibilizasiyasına səbəb olan dərmanlar istifadə edilir. Yerli olaraq brilliant yaşılı, metilen abısının 1-2% spirtli məhlulları, antibakterial maddələr tərkibli kortikosteroid məlhəmlər (lorinden C, haramisinlə selestoderm) təyin edilir. Qartmaqları zorla qopartmaqdan çəkinmək lazımdır, bu ağrılı olur, qanaxmaya və onların yenidən əmələ gəlməsinə səbəb olur. Fizioterapevtik prosedurlar (UB şüalanma, UYT – terapiya) aparılır.

Sikoz. Sikoz burun dəhlizindəki tük kisəciklərinin stafilokokk ilə törədilən xəstəliyidir. Xəstəlik kiçik, sancaq başı böyüklüyündə qırmızı bərk düyüncüklərin əmələ gəlməsi ilə başlayır, tezliklə düyüncüklərin zirvəsində tük olan pustula əmələ gəlir. Onların irinli möhtəviyyatı tezliklə quruyub sarımtıl qartmaq verir ki, bu tüklə kip bitişmiş olur.

Müalicə irinlikdəki tükləri pinsetlə çıxarmaqdan ibarətdir. Bundan sonra dərini 1% salisil spirti brilliant yaşılı, metilen abısının 1-2% spirtli məhlulları ilə silərək dezinfeksiya edir, sintomisin emulsiyası və ya levomisetin məlhəmi yaxılır. Qartmaqlar olduqda kortikosteroid məlhəmləri təyin edilir. UB şüalanma tətbiq edilir.

Furunkul - piy vəzilərinin çıxarıcı axacaqlarının və tük kisəciklərinin irinli – nekrotik iltihabıdır. Törədici stafilokokk infeksiyasıdır. Burunun ucunda ya qanadında şiddətli gərginlik, hiperemiya və toxunarkən ağrı əmələ gəlir. Buruna baxdıqda konusabənzər infiltrasiya və hiperemiya görünür. 3 – 4 gündən sonra furunkul açılır və onun boşluğundan qatı irin axır.

Müalicə . xəstəliyin başlanğıcında antibiotiklər, antihistamin preparatlar, vitaminlər, fizioterapiya təyin edilir. Furunkul açıldıqdan sonra burun dəhlizinin dərisini antiseptik məhlullarla (0,5% xlorheksidin, oktenisept), antibakterial məlhəmlərlə (10% sintomisin emulsiyası, 1% eritromisin məlhəmi) növbələşdirərək natrium xloridin hipertonic məhlulunda isladılmış tənzip turunda qoyurlar. Xəstəliyin ağır gedişi zamanı antibakterial terapiya, dezintoksikasiya, hiposensibilizəedici terapiya təyin edilir. Furunkulu sıxmaq olmaz çünki bu infeksiyanın kəllə boşluğuna yayılmasına səbəb ola bilər. Üzün flebiti inkişafı təhlükəsi yarandıqda antikoagulyantlar (protrombin indeksi nəzarəti altında əzələ içinə heparin yeridilir), immun preparatları (stafilokokk gamma – qlobulini, antistafilokokk zərdabı) istifadə edilir.

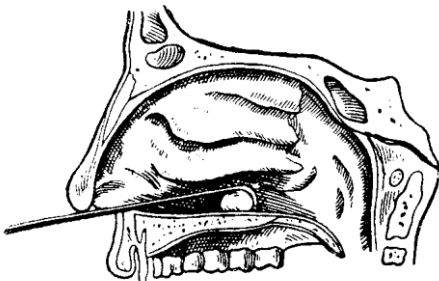
Burun boşluğunun xəstəlikləri

Burun boşluğunda sinexiyalar və atreziyalar. Burun boşluğundakı anadangəlmə və qazanılma xarakterli bitişmələrin böyük praktik əhəmiyyəti vardır. Bitişmələr olduqda sinexiyalar (burun boşluğunun ayrı – ayrı hissələri arasındakı nazik birləşdirici toxuma atmalarıdır) və burunun mənfəzini az ya çox qapayan atreziyalar ayırd edilir. Bitişmələr qıgırdaq, sümük və birləşdirici toxumadan ola bilər. Çox vaxt bitişmələr difteriya, qurdeşənəyi, sifilis, skleroma, travma və burun boşluğunda aparılan əməliyyatlar nəticəsində əmələ gəlir. Xəstələr burun tənəffüsünün tam və ya hissəvi pozulmasından şikayət edirlər. Ön və dal rinoskopiya, burun boşluğunun və burun – udlağın endoskopiyası əsasında diaqnoz asan qoyulur.

Müalicə. Lazer şüası vasitəsilə sinexiyalar kəsilir.

Burun boşluğunun yad cisimləri və rinolitlər. Burun boşluğuna yad cisimlərin düşməsi əksərən uşaqlarda olur, onlar oyun zamanı burunlarına müxtəlif xırda əşyalar (muncuq, noxud, albalı və s.) yeridirlər. böyüklərin burun boşluğunda yad cisimlər travmalar və odlu silah yaralanmaları zamanı ola bilər. Bəzi təsadüflərdə buruna düşmüş yad cismin ətrafına duzların çökməsi nəticəsində daşlar (rinolitlər) əmələ gəlir. Bir sıra təsadüflərdə yad cisimlər burunun yalnız bir hissəsini tıxayır, başqa təsadüflərdə isə selikli qişanın iltihabı nəticəsində çoxlu miqdarda iyli irinli ifrazata səbəb olur. Yad cismin olmasının xarakter əlaməti – burun tənəffüsünün birtərəfli pozulması və burunun bir tərəfindən irinli ifrazatın axmasıdır.

Yad cisimlərin diaqnozu ön və dal rinoskopiya, endoskopiya, rentgenoqrafiya əsasında asan qoyulur. Yad cismi çıxarmazdan qabaq selikli qişanı anemizasiyaedici və anesteziyaedici damcılarla (dikain adrenalin və ya efedrin ilə) keyitmək və qansızlaşdırmaq lazımdır. Uşaqda yad cismi çıxarmağa başlamazdan əvvəl onu mələfəyə bürüyüb tutmaq lazımdır. Küt qarmağı gözün nəzarəti altında yad cismin arxasına keçirir, sonra qarmağı döndərməklə yad cismi burundan çıxarırlar. Yad cisimləri burundan çıxararkən traxeyaya və bronxlara düşməsin deyə , onları burun – udlağa itələyib salmaqdan çəkinmək lazımdır.



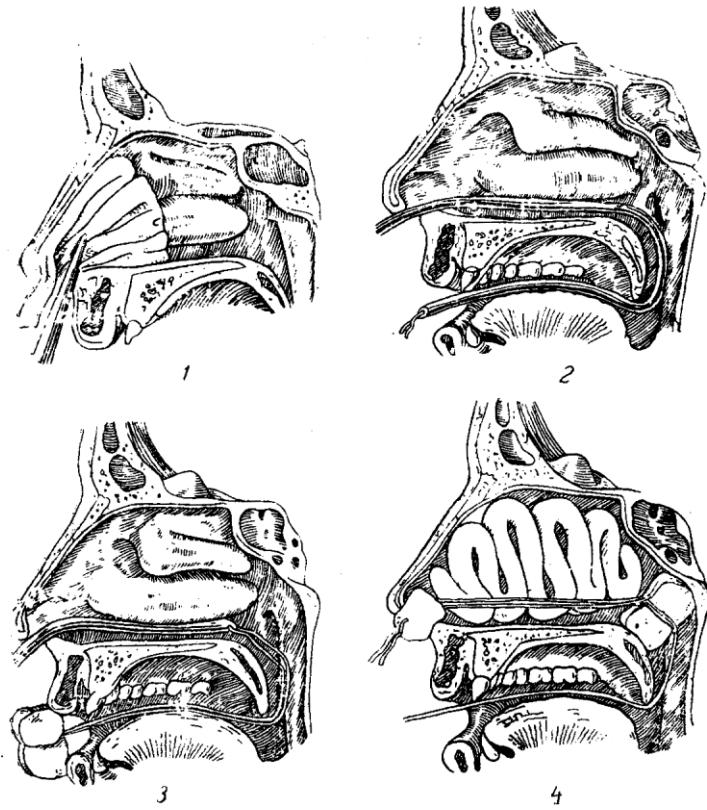
Şək.5.Burun boşluğundan yad cismin küt qarmaq ilə çıxarılması.

Burun qanaxması

Tez – tez rast gələn burun qanaxmalarının səbəbləri ümumi və yerli xarakterdə ola bilər. Ümumi xarakterli səbəblərə qan xəstəlikləri, ateroskleroz, ürək böyrək, qara ciyər xəstəlikləri və s.aiddir. Yüksək temperaturla müşayiət olunan bir sıra infeksiyon xəstəliklər zamanı da qanaxmalar olur ki, bu zaman damar divarlarının keçiriciliyi artır və qanın laxtalanması pozulur. Burun qanaxması çox vaxt hipertoniya xəstəliyini müşayiət edir. Burun qanaxmalarının yerli səbəblərindən burun travmaları, burun boşluğunun sellikli qişasının atrofik prosesləri, burundakı şişlər və xoralar böyük rol oynayır. Qanaxmaların ən tez – tez olduğu yer burun çəpərinin ön hissəsi, burun dəhlizindən təxminən 1 sm aralıdakı yerdir - Kisselbax nahiyəsi. Ateroskleroz ilə törədilən qanaxmalar əsasən burunun dal şöbələrindən baş verir. Burun balıqqulaqlarının selikli qişası az qanayır. Adətən qanaxma birdən birə başlayır. Itirilən qanın həcmindən asılı olaraq cüzi, mülayim və güclü burun qanaxmaları ayırd edilir. Cüzi qanaxmalar adətən kisselbax yerindən olur, qan bir neçə millilitr həcmində qısa müddət ərzində damcı ilə axır. Belə qanaxma çox vaxt öz – özünə yaxud burunun qanadını çəpərə sıxdıqda dayanır. Mülayim burun qanaxması daha çox qanıtirmə ilə müşahidə olunur, lakin böyük adamda 200 ml çox olmur. Ağır güclü qanaxmalarda itirilən qanın həcmi 200 mlçox olur. Belə qanaxmalar xəstənin həyatı üçün təhlükəli olur.

Müalicə. Burun qanaxması olan xəstəyə ilk yardım göstərərkən sakit şərait yaratmaq lazımdır. Əgər qanaxma intensiv deyilsə , xəstənin burunun qanayan tərəfinə 3% hidrogen peroksid məhlulunda isladılmış pambıq ya tənziyi yeridib burun qanadlarını çəpərə sıxıb 15 -20 dəq saxlamaq kifayətdir. Burunun ön şöbələrindən təkrar qanaxma olduqda qanayan nahiyəyə 1% novokain məhlulu yeridib bu yeri elektrokauterlə, 40 – 50% gümüş nitratı (lyapis)ilə yandırmaq olar.

Daha güclü qanaxmalarda burunun ön tamponadasını etmək lazım gəlir.



Şək.6. 1- burunun ön tamponadası, 2- dal tamponadanın 1-ci mərhələsi, 3- dal tamponadanın 2-ci mərhələsi, 4-tamamlayıcı mərhələ.

Bütün burun boşluğunun ön tamponadası dirsəkli pinsetin, yaxud burun kornsancının köməyi ilə, burun dəhlizi genişləndirməklə və burun boşluğunu reflektor ilə işıqlandırmaqla edilir. Xəstə oturmalıdır. 40 – 50 sm uzunluğunda tamponu kənarından 4 – 5 sm içəri olmaqla həkim pinsetlə tutur və tamponu ilgək şəklində burun boşluğuna doldurur. Birinci ilgəyi belə qoymaq lazımdır ki, tamponun qırağı burun dəliyindən çıxsın. Tamponun ilgəkləri kip qoyulmalıdır. Əgər bu tədbirlər kömək etmirsə, xəstə stasionara göndərməlidir.

Burunda və burun – udlaqda aparılan operasiyadan sonra burun boşluğunun dal tamponadasını etmək lazım gəlir. Aşağı burun keçəcəyindən udlağa nazik rezin kateter keçirirlər. Onun ucu yumşaq damağın arxasında görünərkən onu kornsanc ilə tutub ağızdan bayıra çıxarırlar. Əvvəlcə tənzifdən burun – udlağa müvafiq tampon hazırlayırlar. Adətən burun – udlağın həcmi baş barmaqların yan – yana tutulmuş dırnaq falanqaları ilə müqayisə edirlər. Tamponu möhkəm ikiqat ipək sap ilə çarpaz bağlayaraq 3 uzun uc qoyurlar. Tamponu iki sap ilə kateterin ağız ucuna bağlayır və sonra kateteri burundan, iki sapı isə burun deşiyindən geriyyə çıxarıb onların köməyi ilə və barmaqlarla tamponu ağızdan burun – udlağa daxil edirlər. Sonra burun – udlaqda tamponu saplarından tutub saxlayaraq burun boşluğunu tamponlayırlar, sapların uclarını isə burun dəliyi yanında pambıq yastıq üstündə bağlayırlar. Əksər hallarda dal tamponada qanaxmanı saxlayır. Burun – udlaqda tamponu 48 saatdan çox saxlamaq olmaz, əks təqdirdə orta qulağın xəstəlikləri əmələ gələ bilər.

Bəzi təsadüflərdə ön və dal tamponada kömək etməyəndə xarici yuxu arteriyasını bağlamaq lazım gəlir . Bunun üçün xarici yuxu arteriyanın yerləşdiyi nahiyənin topoqrafik anatomiyasını bilmək lazımdır. Ümumi yuxu arteriyasının bifurkasiyası qalxanabənzər qığırdağın yuxarı kənarı səviyyəsində yerləşir. Xarici yuxu arteriyasını daxili yuxu arteriyadan seçmək üçün yadda saxlamaq lazımdır ki, daxili yuxu arteriyasının boyunda şaxələri yoxdur, xarici yuxu arteriyası isə bifurkasiyadan dərhal sonra yuxarı qalxanabənzər və dil arteriyalarına şaxələnir. Xarici yuxu arteriyasını iki liqatura arasında yuxarı qalxanabənzər arteriyasının ayrıldığı yerdən yuxarıda bağlayırlar. Qanın laxtalanmasını artırmaq üçün daxilə və yaxud inyeksiya şəklində K (vikasol), C, P vitaminləri, rutin, aminokapron turşusu, disinon təyin edirlər. Vena daxilinə 10% kalsium xlorid məhlulu yeridirlər. Qan və qan komponentlərinin köçürməsi yaxşı nəticə verir.

Burun çəpərinin xəstəlikləri

Burun çəpərinin əyilməsi. Burun çəpərinin orta xətt üzrə yerləşib düz olması böyüklərdə az rast gəlir. Əksərən o şaquli istiqamətdən bu və ya digər tərəfə əyilmiş olur. Bu əyilmələr burun çəpərinin həm ön, həm də dal şöbəsində rast gəlir, lakin dal şöbədə az halda olur. Burun çəpərində sadə əyilmələrdən başqa tikanlar və daraq formasına malik qalınlaşmalar tez – tez müşahidə olunur. Bu qalınlaşmalar çox vaxt əyilmələr ilə birlikdə olur və burun çəpərinin qabarıq hissəsində əsasən qığırdağın xış sümüyü ilə birləşən yerində yerləşir.

Simptomlar. Burun çəpəri əyilməsinin əsas simptomu – burunun bir yaxud iki yarısı ilə tənəffüsün çətinləşməsidir.

Diagnoz. Ön rinoskopiya vasitəsi ilə diaqnoz asanlıqla təyin edilir.

Müalicə. Burun çəpərinin əyilmələrini yalnız operativ yolla müalicə edirlər. Burunun bir və ya iki yarısı ilə tənəffüsün çətinləşməsi operasiyaya göstərişdir. Xüsusi alətlər dəsti ilə aparılan operasiya burun çəpərinə şaquli vəziyyət vermək məqsədi ilə onun əyilmiş qığırdaq, yaxud sümük hissəsinin kəsilməsindən ya da mobilizasiyasından ibarətdir.

Burun çəpərinin hematoması və absesi. Burunun xarici zədələnmələri burun çəpərinin qığırdaq üstlüyünün altına tez – tez qan sızılmasına və hematoma əmələ gəlməsinə səbəb olur. Vaxtında yarılmamış hematoma ikincili infeksiyanın təsirindən demək olar ki, həmişə absesə çevrilir. Hematomanın simptomları burun tənəffüsünün çətinləşməsi, səsin tıntın olmasından ibarətdir. Ön rinoskopiya zamanı kəsəkəkilli al – qırmızı qabarcıqlar görünür. Burun çəpərində absesin əmələ gəlməsi temperaturun yüksəlməsi, baş ağrıları və burun tənəffüsünün çox çətinləşməsi ilə müşayiət olunur. Diaqnoz şübhəli olduqda şprislə punksiyaya və möhtəviyyatı çıxarmağa əl atmaq lazımdır.

Müalicə. Burun çəpərinin hematoması və absesi zamanı geniş yarmaq lazımdır, bu zaman kəsiklər bir səviyyədə aparılmır. Abses boşluğu kəsikdən daxil edilən tamponlar vasitəsi ilə bir neçə gün ərzində drenaj edilir. Absesin gec yarılan bəzi

təsadüflərində dördbucaqlı qığırdağın qismən məhv olması nəticəsində burun arxasının çökməsi baş verir.

Burun sümüklərinin sınığı. Burun sümüklərinin açıq və qapalı sınıqları ayırd edirlər. Zərbə zamanı burun sümüklərindən başqa əngin alın çıxıntıları da zədələnə bilər. Zərbənin istiqamətindən asılı olaraq burunun deformasiyası müxtəlif ola bilər. Bəzi hallarda zərbə tərəfdən burunun yan hissəsinin çökməsi baş verir, digər hallarda əks tərəfi də çökür, zərbə ön tərəfdən olanda burunun arxası çökür və burun yastılaşıq. Xəstəni burun tənəffüsünün çətinləşməsi, burunun deformasiyası narahat edir. Qanaxma adətən öz – özünə dayanır. Sınığın xarakterini müəyyən etmək üçün burunun arxası və yanlarını əllə yoxlayırlar, ön rinoskopiya aparılır. Burun sümüklərinin düz və yandan proyeksiyalarda rentgenoqrafiyası aparılır.

Müalicə. Açıq sınıq zamanı yaranan birincili işlənməsi aparılır, tetanus əleyhinə zərdab yeridilir. Sümük qırıntılarının repozisiyasının optimal müddəti travmadan sonra ilk 24 saat yaxud travmadan 5 gün sonra. Repozisiyadan əvvəl burunun kökü nahiyəsinə 2 ml novokain ya idokain məhlulu yeridirlər, burun boşluğunun selikli qişasını 10 % lidokain məhlulu ilə püskürtmə və ya yaxılma vasitəsilə ağrısızlaşdırırlar. Qırıntıları xəstənin uzanmış vəziyyətində yerinə salırlar. Burun boşluğuna yeridilmiş Koxer sıxıcısının branşlarına taxılmış rezin boru vasitəsilə çökmüş qırıntıları qaldırırlar. Sonra burun boşluğunu sıx tamponlaşdırırlar, xarici gips longeti qoyurlar.

Burunun iltihab xəstəlikləri - rinitlər

Rinitləri xəstəliyin gedişindən (kəskin, xroniki) və və etioloji faktorlardan asılı olaraq təsnif edirlər.

Rinitin təsnifatı

- I. İnfeksiyon
 - Kəskin
 - Viruslu
 - Bakterial
 - Xroniki
 - Qeyri – spesifik
 - Spesifik
- II. Allergik
- III. Qeyri – allergik eozinofil
- IV. Vazomotor
- V. Hipertrofik
- VI. Atrofik
 - “ Boş burun “ sindromu
 - Ozena

Kəskin kataral (infeksiyon)rinit (zökəm) – yuxarı tənəffüs yollarının ən tez – tez rast gələn xəstəliklərindən biridir. O , ya ayrıca xəstəlik kimi ya da kəskin infeksiyon xəstəliklərin başlanğıcı kimi müşahidə edilir. Təsadüflərin əksəriyyətində kəskin rinitin səbəbi infesiyadır. Soyuqdəymə patogen mikrobların sonra təsir etməsi üçün şərait yaradan səbəbdir. Kəskin rinit ilə müşayiət olunan kəskin infeksiyalara qrip , skarlatina, qızılca, difteriya, qızılıyel aiddir. Qrip zamanı yuxarı tənəffüs yolları çox vaxt xəstəliyin başlıca ya ilkin ocağı olur. Kəskin rinitin gedişində adətən üç mərhələ ayırd edilir. Xəstəlik burunda quruluq, istilik hissləri , asqırma, temperaturun 37° və onda birlərə qədər yüksəlməsi ilə başlayır. Birinci mərhələdə burunun selikli qişası qırmızı və quru olur.

Bir neçə saatdan sonra selikli qişanın ödemi artır, özü nəm olur, su kimi çoxlu miqdarda sekret ifraz olunmağa başlayır. Burunda və burun – udlaqda gərginlik hissi zəifləyir. Bu iltihabın ikinci mərhələsidir.

Ifrazat sonra selikli olur, qopmuş epiteli və leykositlərin qatışması nəticəsində isə irinli olur. Ifrazatın miqdarı azalır, selikli qişanın iltihabı sürətlə çəkilməyə başlayır və 1 – 2 həftədən sonra tam sağalma başlayır.

Kəskin rinitin birinci mərhələsində başda ağrıqlıq hissi, baş ağrıları olur. Sonralar iltihab alın və haymor boşluqlarına keçərsə alın ya göz yuvası nahiyəsində ağrıqlar əmələ gəlir. Burunun tutulması ilə əlaqədar olaraq səsin tembri dəyişir, tıntınlıq əmələ gəlir, bəzən qoxubilmə zəifləyir.

Kəskin rinitin gedişində gözlərdə də ağırlaşmalar (gözlərin qızarması, gözdən yaş axması) tez – tez olur. Proses Yevstax borusu vasitəsilə orta qulağa yayılıb qulaqda kataral yaxud irinli iltihab törədir. Burundan xaric olan ifrazat , xüsusən uşaqlarda burun dəhlizinin dərisini maserasiyaya uğradır, dırı qırmızı, şişkin olur və onda ağrıqlı çatlar əmələ gəlir.

Müalicə. Simptomatik müalicə aparılır: burun boşluğunu ilıq fizioloji məhlulla yumaq, isti ayaq vannaları, damardaraldıcı dərmanlar (ksilometazolin, oksimetazolin, nafazolin və s.). Burun boşluğuna mentol tərkibli yağlı damcılar da damızdırmaq olar.

Südəmə uşaqlarda rinit

Südəmə uşaqlarda kəskin rinit ciddi əhəmiyyət kəsb edə bilər. Südəmə uşaqlarda burunun tıxanması çox vaxt üzölməyə səbəb olur, çünki uşaq döşü normal əmə bilmir. Infeksiyon nazofaringitlər uşaqlarda iştahanı pozur, burun – udlaqdan xaric olan yoluxmuş ifrazatın udulması isə dispepsiya törədə bilər. Burun selikli qişasının iltihabı bəzən burun – udlağın və Yevstax borusunun selikli qişasına keçərək orta qulaqda kəskin iltihab törədir,yaxud aşağı tənəffüs yollarına yayılaraq pnevmoniya törədə bilər. Burun girəcəyindəki qartmaqlar badam yağı, yaxud ilıq soda məhlulu ilə yumşaldılmalıdır, sonra nəm pambıq ya tənzip ilə burunu selikdən və qartmaqlardan təmizləmək tövsiyə olunur. Buruna bor turşusu ilə hazırlanmış adrenalın məhlulundan bir damcı damızdırmaq olar.

Qızılca, skarlatina və difteriya zamanı burunun selikli qişasının zədələnməsi

Bu xəstəliklər zamanı kəskin kataral rinit ikincili olub bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir. Qızılca zamanı rinit burundan çoxlu selikli ifrazatın axması ilə xarakterizə olunur. Ağız boşluğunu müayinə etdikdə yanaq nahiyəsində ayrı – ayrı qırmızı ləkələrin (Belski – Filatov – Koplik ləkələri) aşkarlanması qızılca üçün xarakterdir. Xüsusi müalicəsi yoxdur. Burun boşluğunun selikdən təmizlənməsi üçüncü şərait yaratmaq lazımdır.

Skarlatina zamanı zökəm adı kataral rinit kimi keçir. Xüsusi müalicə tələb etmir.

Difteriya zamanı burun boşluğundakı əlamətlər birincili də ola bilər, ikincili də əsnək difteriyası fonunda inkişaf edə bilər. Burunun lokal difteriyası burun selikli qişasındakı müxtəlif iltihab reaksiyası ilə gedə bilər, buna görə də kataral və ya kataral – xorali və pərdəli forma ayırd edilir. Südəmə uşaqlarda kataral forma xəstəliyin əvvəlində adi zökəmdən seçilmir, sonralar burundan xaric olan eksudat seroz – qanlı və irinli olur. Çoxlu ifrazat burun dəhlizinin və yuxarı dodağın dərisini zədələyir. Burunla tənəffüsün çətinləşməsi baş verir, ağız açıq qalır, temperatur subfebril olur. Burun müayinəsi zamanı qartmaqlar görünür, onları qopardıqda qanayan kiçik xoralar görünür. Pərdəli forma əsasən burunun ön şöbələrinin selikli qişası ilə kəskin birləşmiş ərplərlə xarakterizə olunur. Bu pərdələri çıxarma cəhdi şiddətli burun qanaxması verə bilər.

Diqnoz çətinlik törətmir. Rinoskopiya məlumatı və burun seliyinin difteriya çöpünə görə bakterioloji müayinə diaqnozu qoymağa imkan verir.

Müalicə antidifteritik serumun 10000 – 20000 vahid miqdarda yeritməsindən ibarətdir. Antibiotiklər təyin olunur, xoralara məlhəmlər yaxılır.

Burunun xronik iltihab xəstəlikləri (xronik rinit)

Xronik rinitin üç forması müşahidə olunur : 1) sadə xronik rinit, 2) hipertrofik rinit , 3) atrofik rinit. Xronik rinit çox vaxt burun selikli qişasının tez – tez rast gəlinən kəskin iltihabları nəticəsində, yaxud müxtəlif zərərli amillərin təsirindən əmələ gəlir.

Sadə xronik rinit burun selikli qişasının diffuz hiperemiyası və şişkinliyi ilə xarakterizə olunur. Burunla tənəffüsün çətinləşməsi arxası yaxud yanı üstündə uzanarkən daha çox meydana çıxır. Burundan xaric olan ifrazat az və ya çox duru olur. Qoxulamanın pozulması müşahidə edilir. Orta qulağın katarı ola bilər. Aşağı balıqqulağının ön ucunun böyüməsi nəticəsində gözyaşı aparatı da zədələnir. Gözyaşı – burun kanalının aşağı dəliyinin keçiriciliyi pozulur və gözlərdən yaşaxma, gözyaşı kisəsində və konyuktivada iltihab törədə bilər. Diaqnoz ön və dal rinoskopiya vasitəsi ilə müəyyən edilir.

Xronik hipertrofik rinit zamanı birləşdirici toxuma şişir və çoxalır. Hipertrofiyaya uğramış sahələrin üzəri kələ - kötür, paylı görünür.

Balıqqulağının hipertrofiyalaşmış dal ucu bəzən şiş şəkildə burun – udlaq boşluğuna doğru qabarıq. Burun tutulması daha daimi olur və buruna damardaraldıcı dərmanlar yaxdıqdan sonra az azalır. Selik daha qatı olur. Müalicə. İlk növbədə xronik rinitə səbəb olan faktorlar aradan qaldırılmalıdır. Sadə xronik rinitin müalicəsi zamanı büzücü ya dağlayıcı dərmanlar tətbiq edilir. Büzücü dərmanlardan 1 – 2 – 3 % protarqol məhlulu işlədilir. Damardaraldıcı dərmanlar istifadə edilir. Yodqliserinin 0,25% - 0,5% - li məhlulunu işlədirlər. Hipertrofik rinit zamanı diffuz şişkinliyin dağlanması tətbiq olunur. Dağlamayı kimyəvi maddələrlə aparırlar və yaxud cərrahi müalicə tətbiq edirlər – aşağı balıqqulaqlarının ultrasəs və lazer dezinteqrasiyası (parçalanma, dağılma), ilmək və ya konxotom vasitəsilə balıqqulaqlarının hipertrofiyalaşmış dal şöbələrinin kəsilməsi.

Atrofik rinit selikli qişanın degenerativ və sklerotik dəyişiklikləri ilə xarakterizə olunur. Subyektiv əlamətlər zəif olur. Burunda və udlaqda həmişə quruluq olması xəstələrin başlıca şikayətidir. Xəstələr çox vaxt burun kökündəki əzəblə təzyiq hissindən və baş ağrılarından şikayət edirlər. Çoxlu qartmaqlar əmələ gəlməsi nəticəsində burunun tutulması baş verir. Əgər bu qartmaqlar çürüntülü parçalanmaya uğrayarsa üfunətli rinit və ya ozena əmələ gəlir. Ozena burunda qartmaqlar olması, xüsusi iy, yalnız selikli qışa deyil , burun balıqqulaqlarının sümük skeletinin də şiddətli atrofiyası ilə xarakterizə olunur. Qoxu funksiyası da adətən tamamilə itir. Qartmaqları çıxardıqdan sonra burun keçəcəkləri çox geniş olur və ön rinoskopiya zamanı burun – udlağın dal divarını yaxşı görmək olur. Qartmaqların olması əziyyətli qaşınma törədir. Diaqnoz rinoskopik müayinə əsasında qoyulur. Müalicə simptomatik olur, burunda quruluğa və qartmaqlar əmələ gəlməsinə yönəldilir. Burunu qələvi məhlullarla yuyub yodqliserin məhlulu yaxılır. Antibiotiklər təyin edilir.

Vazomotor və allergik rinit

Klinik təzahürlərinə görə bir birinə oxşayan rinitin bu iki forması tutmalar şəkildə gedir. Tutmalar bəzən tez – tez asqırma, burun tutulması və ondan çoxlu sulu ifrazat gəlməsi ilə müşayiət olunur. Bir çox xəstələrdə gözdən yaşaxma, göz qapaqları, burun nahiyəsində qaşınma, baş ağrısı, konyuktivit müşahidə olunur. İltihabi dəyişikliklər az və ya heç olmadığından bəzi müəlliflər zökəmin belə formalarını rinit deyil, rinopatiya adlandırmağı tövsiyyə edirlər.

Vazomotor rinit əksərən ümumi vegetativ pozulmaları olan şəxslərdə müşahidə olunur, bu zaman burunun selikli qişasının sinir aparatında labillik və oyanıqlıq müşahidə edilir. Tutmalar iqlim şəraiti ilə əlaqədar olaraq müxtəlif amillər (soyuma, barometrik təzyiğin dəyişməsi və s.)təsirindən baş verə bilər. Vazomotor rinitin diaqnozu xəstənin xarakter şikayətlərinə və rinoskopik mənzərəyə əsasən müəyyən edilir. Burun balıqqulaqlarının şişkin selikli qişası göy rəngə çalır, işemiya sahələri (Voyaçekin göy və bozumtul ləkələri) görünür.

Müalicə sinir sisteminin yüksəlmiş reaktivliyinin azaldılmasına yönəldilməlidir. Bu, orqanizmi möhkəmləndirməklə (su prosedurları, təmiz havada olma, idman) əldə edilir. Vitaminoterapiya (A, D vitaminləri kompleksi, askorbin turşusu ilə rutin), vegetotrop dərmanlar (atropin, efedrin və s.) təyin olunur. Burun boşluğunda selikli qişanın qıcıqlanma mənbəyi ola bilən, tənəffüsü çətinləşdirən anatomik qüsurlar cərrahi yolla aradan qaldırılmalıdır.

Allergik rinitin etiologiyasında müxtəlif allergik reaksiyaların əhəmiyyəti vardır. Xəsrənin özünün yaxud onun yaxın qohumlarının anamnezində allergiyanın başqa təzahürlərinin olması haqqında məlumat olur. Burunun selikli qişası açıq – sarı və ya ağ rəngdə olur, burun balıqçulaqları ödemli olub, sanki çiniyə oxşayır. Ona damardaraldıcı məhlullar yaxılması selikli qişanın həcmi azaltmır. Periferik qanda, burundan gələn ifrazatdamvə onun əlavə boşluqlarının möhtəviyyatında eozinofiliya aşkar edilir.

Müalicə allergen ilə kontakt aradan qaldırıldıqda xüsusilə səmərəli olur. əgər bu mümkün deyilsə , onun ekstraktını kiçik, getdikcə artan dozalarda yeritməklə ona həssaslığı azaltmaq olar. Bu spesifik desensibilizasiyadır. Əgər allergen müəyyən olunmamışsa , antihistamin preparatlardan istifadə edilir (dimedrol, suprastin, tavegil və s.).

Allergik rinitin xüsusi növü olan ot zökəmi mövsümlilik ilə xarakterizə olunur. Ot zökəmi taxılların və otların çiçəklənməsi dövründə müşahidə edilir və allergiya əmələ gətirən bitki tozcuğunun cüzi miqdarda qarışdığı hava ilə nəfəs alarkən baş verir. Tozcuq konyuktivaya və burun selikli qişasına düşərək konyuktivit və rinit törədir. Göz qapaqları, burun boşluğu və sərt damaq nahiyəsində qaşınma , asqırma tutmaları, burundan çoxlu sulu ifrazat gəlməsi ilə müşayiət olunur. Astmatik tutmalar da ola bilər.

Anamnez və klinik mənzərədən başqa çiçək tozcuğunun müxtəlif növlərinin eksrakları ilə qoyulan dəri və burundaxili sınaqlar diaqnostikaya kömək edir. Müalicə pollənlərin ekstraktlarını dəri altına vurmaq yolu ilə desensibilizasiyadan ibarətdir. Profilaktika məqsədi ilə desensibilizasiyanı otların çiçəklənmə vaxtının başlanmasına 1- 2 ay qalmış başlamaq lazımdır.

Qoxu funksiyasının pozulması

Qoxu funksiyasının zəifləməsi (hiposmiya) burun selikli qişasının bütün kəskin və xronik iltihab xəstəlikləri və burunla tənəffüsü çətinləşdirən bütün anatomik qüsurlar zamanı rast gəlir. Burunda nəfəs alınan hava axının iyli maddələr ilə birlikdə qoxu nahiyəsinə keçməsinə mane olan anatomik dəyişikliklər qoxubilmənin tamamilə itməsinə (anosmiya) səbə ola bilər. Anosmiyanın bu forması respirator anosmiya adlanır.

Bəzən anosmiya qoxu analizatoru reseptorunun dağılması zamanı olur. Belə dağılma iltihabi proses, məsələn, ozena zamanı, burunun dal əlavə boşluqlarındakı xronik irinləmələr zamanı əmələ gəlir. Müxtəlif maddələr (nikotin , morfin) ilə zəhərlənmə zamanı yaxud infeksiya xəstəliklərdən sonra qoxu sinirinin özünün xəstələnməsi (nevrit) müşahidə olunur. Qoxu sinirinin

xəstəliyi nəticəsində əmələ gələn anosmiya essensial anosmiya adlanır. Bəzən anosmiya beyindəki patoloji proseslərdən (beyin absesi, şiş, ensefalit) irəli gəlir. Buna mərkəzi anosmiya deyilir.

Respirator anosmiyanın proqnozu yaxşıdır, çünki tənəffüsü çətinləşdirən mexaniki maneəni aradan qaldırmaqla qoxu funksiyası bərpa olunur. Essensial anosmiya zamanı proqnoz adətən yaxşı deyil, çünki tələf olmuş sinir ucları bərpa olunmur. Mərkəzi anosmiya zamanı proqnoz əsas xəstəliyin xarakterindən asılıdır və çox vaxt pis olur.

Müalicə qoxu yarığına gedən yoldakı maneələrin aradan qaldırılmasından ibarətdir. Essensial və mərkəzi anosmiya zamanı müalicə əsas xəstəliyə qarşı yönəldilməlidir.

Burun şişləri

Burunda xoşxassəli şişlərdən papillomalar, fibromalar, xondromalar və osteomalar rast gəlir. Burunda tez – tez poliplər müşahidə olunur. Poliplər ayaqçıqdan asılan və burunun orta keçəcəyindən törəyən tək ya çoxlu törəmələrdir, bozaçalan bəzən sarımtıl qırmızı rəngdə, hamar səthi və yumşaq konsistensiyada olurlar. Onların ölçüsü və sayı müxtəlif olur. Poliplər burun boşluğunu tutub burun dəliyindən xaricə çıxıb bilər, və yaxud xoanalara doğru unkişaf edib burun – udlağı tuta bilər. Poliplərin əmələ gəlməsinə səbəb burunun əlavə boşluqlarının xronik iltihabıdır.

Diaqnozu qoymaq çətinlik törətmir.

Müalicə yalnız operativ yolla aparılır, yerli keyitmə ilə polipi ilgəklə çıxardırlar. Burun boşluğunun bədxassəli şişlərinə xərçəng və sarkoma aiddir. Adətən onlar əngdən və xəlbir labirint nahiyəsindən törəyir. Bu zaman burunun əsasən bir tərəfi tutulur. Burun qanaxması olur. Şiş parçalandıqda burundan iyli – irinli ifrazat gələ bilər. Şiş ətrafdakı toxumalara yayılarkən göz almasının yerdəyişməsi və onun qabarması baş verir, görmə zəifləyir, kəllədaxili ağırlaşmalar ola bilər. Şişlərin səthi kələ - kötür olur.

Diaqnozu qoymaq üçün kompyuter və maqnit – rezonans tomoqrafiya tətbiq edilir. Histoloji müayinə aparılır.

Müalicə kompleks şəkildə aparılır, cərrahi müdaxilədən, ximioterapiyadan və şüa terapiyasından ibarətdir.

Əlavə boşluqların kəskin və xronik xəstəlikləri

Haymor cibinin kəskin iltihabı çox vaxt kəskin rinit, qrip, qızılca, skarlatinadan sonra inkişaf edir. Haymor boşluğu iltihabının yüngül təsadüflərində subyektiv pozulmalar iltihablı boşluq nahiyəsində təzyiq və gərginlik hissindən, burunun birtərəfli tutulmasından ibarətdir. Daha ağır təsadüflərdə alın, almacıq sümüyü nahiyəsində yerləşən ağrılar və diş ağrısı da qoşulur. Sonra zədələnmiş tərəfdə yanağın şişməsi, temperaturun yüksəlməsi və halın pozulması baş verir. Ön rinoskopiya zamanı burunun orta keçəcəyindəki

selikli qişanın hiperemiyası və şişkinliyi. Selikli irinli ifrazatın olması qeyd edilir. Irin orta balıqqulağının altından zolaq şəklində xaric olur. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün rehtgenoqrafiya və kompyuter tomoqrafiyasından istifadə edilir. Orta burun keçəcəyindən haymor boşluğunu punksiya etmək üçün xüsusi kanyula yaxud iynə işlədirlər. haymor boşluğunu əksərən aşağı burun yolundan 6 – 8 sm uzunluğunda yoğun düz iynə və ya troakar ilə deşirlər. Əvvəlcə irini çəkməyə səy edirlər. sonra boşluğu müxtəlif dezinfeksiyaedici məhlullar ilə yuyulur.

Müalicə. Antibiotiklər təyin edilir. Burun boşluğuna damardaraldıcı damcılar damızdırılır. Fizioterapiya yaxşı effekt verir.

Haymor cibinin xronik iltihabı tam sağalmamış kəskin iltihabdan sonra baş verir. Diş köklərinin iltihab prosesləri də xronik haymoritin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Xəstələr burunun bir yarısının tutulmasından, birtərəfli adətən irinli ifrazatdan, baş ağrılarından, zehni iş zamanı tez yorulmadan şikayət edirlər. Çox vaxt qoxu funksiyası pozulur, bəzən burundan çürüntü iyinin hiss edilməsi (kakosmiya) qeyd olunur. Obyektiv müayinə zamanı burun keçəcəyində selikli qişanın iltihabi dəyişiklikləri, poliplər. irinli ya selikli – irinli ifrazat aşkarlanır.

Xronik haymoritin diaqnozu şikayətlərə və obyektiv əlamətlərə əsasən qoyulur. Xronik haymorit zamanı konservativ müalicə metodlarından fizioloji məhlul ilə haymor cibinin yuyulması, ora antibiotik yeridilməsi tətbiq edilir. Yüngül təsadüflərdə fizioterapevtik metodların tətbiqi bəzən effektli ola bilər.

təsadüflərin əksəriyyətində cərrahi müalicə tətbiq edilir və haymor cibi patoloji törəmələrdən təmizlənir.

Alın cibinin kəskin iltihabı (frontit) zamanı ağrı əsas subyektiv əlamətdir, o, göz yuvasının yuxarı içəri bucağı yanında alın cibinin dibinə basdıqda güclənir. İşıqdan çəkinmə, gözlərdən yaşaxma və göz yuvasında ağrı ilə müşayiət edilir.

Ön rinoskopiya zamanı haymoritdəki kimi obyektiv mənzərə görünür.

Diafanoskopiya və rengenografiya diaqnozu qoymağakömək edir.

Müalicə əsasən konservativ üsullarla aparılır. Antibiotiklər təyin edilir.

Damardaraldıcı dərmanlar istifadə edilir. Bəzən orta burun balıqqulağının ön ucunun kəsilib götürülməsi tələb olunur. Göy işıq, solyuks lampası, ultrayüksək tezlikli cərəyan kimi fizioterapevtik prosedurlar faydalıdır.

Alın cibinin xronik iltihabı zamanı subyektiv əlamətlər nisbətən zəif olur.

Ekssudatın axması çətinləşən və cib daxilində təzyiq artan təsadüflərdə subyektiv əlamətlər güclənir və alın cibinin dibini basdıqda şiddətli ağrı olur.

Alkohol qəbulu, siqaretçəkmə alın cibi nahiyəsindəki ağrını gücləndirə bilər.

Diaqnozu qoymaq çətinlik törətmir.

Müalicə. Şiddətli baş ağrıları zamanı konservativ tədbirlər nəticə vermədikdə cərrahi müdaxilə aparılır (alın cibini yarır).

Xəlbir labirint hüceyrələrinin kəskin və xronik iltihabı öz əlamətlərinə görə alın ciblərinin iltihabındakı klinik mənzərəyə oxşayır. Ağrıların əsasən burun kökündə və göz yuvasının içəri kənarında yerləşməsi xəlbir labirint

hüceyrələrinin iltihabını göstərə bilər. Xronik təsadüflərdə subyektiv əlamətlər az olur. Rinoskopiya zamanı orta burun keçəcəyi çox vaxt poliplər ilə dolmuş olur, bunların yanında irin axır. Orta balıqqulağı üzərində yuxarı burun keçəcəyində irin görünməsi xəlbir labirintin dal hüceyrələrinin, yaxud əsas cibin zədələndiyini göstərir.

Müalicə alın cibinin kəskin iltihabında olduğu kimidir. Xronik təsadüflərdə xəlbir labirintin bütün zədələnmiş hüceyrələri yarıdır. Adətən bu əməliyyat xüsusi alətlər dəsti ilə burun vasitəsi ilə edilir. Konxotom və ya maşa ilə hüceyrələr yarıldıqdan sonra polipilməyi ilə toxuma qırıqları çıxarılır və vəlbir labirintin tutduğu bütün sahəni təmizləyirlər.

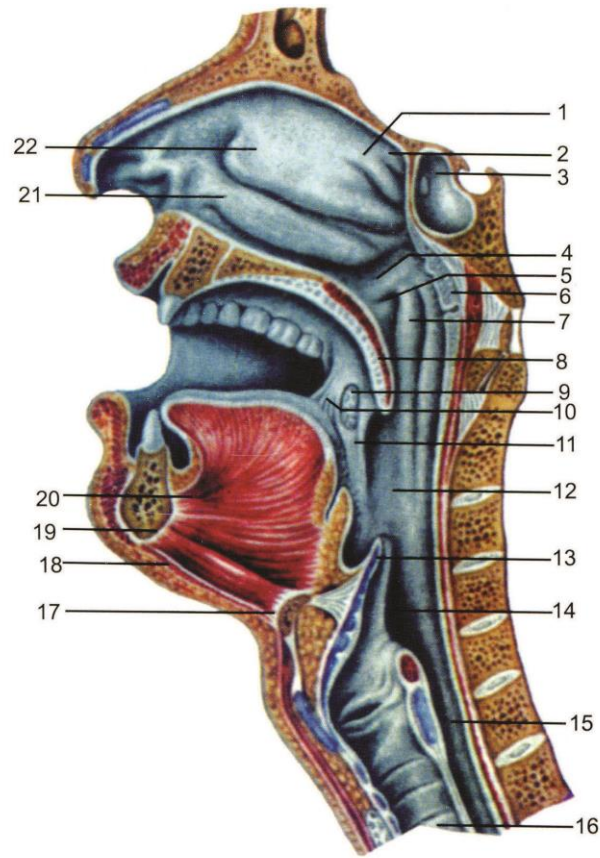
Əsas cib iltihabı əksərən xəlbir labirintin əsas cibə sıx söykənən dal hüceyrələrinin xəstəliyi ilə əlaqədardır. Bu zaman ənsə nahiyəsinə irradiasiya edən baş ağrısı müşahidə edilir, daha az təsadüflərdə baş ağrısı alın ya təpə nahiyəsində ola bilər. Rinoskopiya zamanı yuxarı burun keçəcəyi nahiyəsində burun – udlağa aaxıb gedən irin görünür. Əsas cib zondlanması və yuyulması eyni zamanda diaqnostika və müalicə vasitəsidir. Göstərişlər olduqda burun vasitəsilə əsas cibin operativ yarılmalarına əl atırlar.

UDLAQ

Udlağın anatomiyası

Udlaq həzm borusunun ağız boşluğu ilə qida borusu arasında yerləşən hissəsidir, eyni zamanda tənəffüs borusunun da hissəsidir, çünki burun boşluğunu qırtlaq ilə birləşdirir.

Udlağın yuxarı hissəsi xoanalar vasitəsilə burun boşluğu ilə birləşir və burun – udlaq (epipharynx) adlanır. Burun – udlağın yan divarlarına Yevvstax borularının dəlikləri açılır və aşağı burun balıqqulaqlarının dal ucları səviyyəsində yerləşir. Burun – udlağın dal yuxarı divarında limfadenoid toxuması – burun – udlaq badamcığı və ya üçüncü badamcıq yerləşir. Burun – udlağın orta hissəsi (mesopharynx) ağız – udlaq adlanır. Ağız – udlaq əsnək vasitəsilə ağız boşluğu ilə birləşir. Əsnək yuxarıdan yumşaq damaq, aşağıdan dilin kökü və yanalardan ön və dal damaq qövsləri ilə məhdudlanır. Udlaqda limfadenoid toxuma güclü inkişaf etmişdir. O , hər iki tərəfdən damaq qövsləri arasında damaq badamcıqlarını (birinci və ikinci) əmələ gətirir. Bunların udlağa baxan açıq sərbəst səthində çoxlu yarıqlar və ya lakunalar vardır, lakunalar badamcığın bütün qalınlığına işləyir. Limfadenoid toxuma dil kökündə dil badamcığını və ya dördüncü badamcığı əmələ gətirir. Bu dörd badamcıq və selikli qişanın qalınlığındakı limfatik follikullar həlqə şəklində zəncir əmələ gətirirlər ki , buna udlağın limfadenoid həlqəsi deyilir. Udlağın aşağı hissəsi (hypopharynx) qırtlaq – udlaq adlanır. Burun – udlağın selikli qişası çoxqatlı silindrik səyrici epiteli ilə, udlağın qalan iki şöbəsində çox qatlı yastı epiteli ilə örtülmüşdür. Udlağın selikli qişasında çoxlu selik vəziləri vardır.

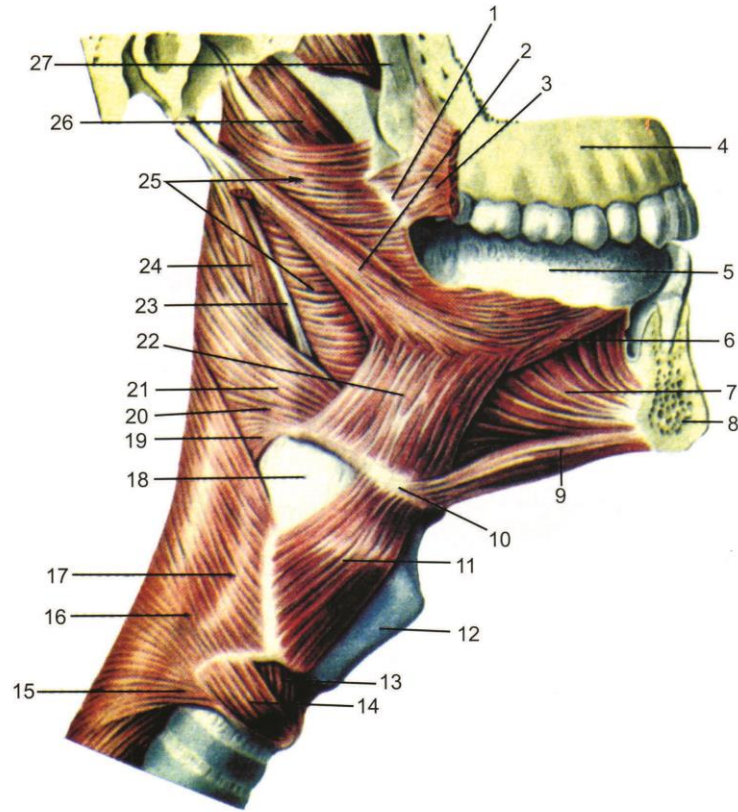


Şək. UDLAQ.

- 1 - yuxarı burun balıqqulağı;
- 2 - ən yuxarı burun balıqqulağı;
- 3 - əsas cibi;
- 4 - boru-damaq büküşü;
- 5 - eşitmə borusunun udlaq dəliyi;
- 6 - udlaq badamcığı;
- 7 - boru yastığı;
- 8 - dilçək;
- 9 - damaq badamcığı;
- 10 - damaq-dil qövsü;
- 11 - damaq-udlaq qövsü;
- 12 - udlağın ağız hissəsi;
- 13 - qırtlaq qapağı;
- 14 - udlağın qırtlaq hissəsi;
- 15 - qida borusu;
- 16 - nəfəs borusu;
- 17 - dilaltı sümüyün cismi;
- 18 - çənə-dilaltı əzələ;
- 19 - çənəaltı-dilaltı əzələ;
- 20 - çənəaltı-dil əzələsi;
- 21 - aşağı burun balıqqulağı;
- 22 - orta burun balıqqulağı.

Şək.7.

Udlaq selikli qişasının altında əzələlər (udlağın büzücüləri) vardır, bunlar udlağı orta və aşağı şöbələrində büzərək qidanı yemək borusuna keçirirlər.



Şək. UDLAQ ƏZƏLƏLƏRİ.

- 1 - qanad-çənə tikişi, 2 - biz-dil əzələsi;
 3 - yanaq əzələsi, 4 - əng sümüyü;
 5 - dil, 6 - aşağı boylama əzələ;
 7 - çənəaltı-dil əzələsi, 8 - çənə sümüyü;
 9 - çənəaltı-dilaltı əzələ;
 10 - dilaltı sümük, 11 - qalxan-dilaltı əzələ;
 12 - qalxanabənzər qıgırdaq, 13 - üzük-qalxanabənzər əzələ (düz hissə);
 14 - üzük-qalxanabənzər əzələ (çəp hissə);
 15 - udlağı daraldan aşağı əzələnin üzük-udlaq hissəsi;
 16 - udlağı daraldan aşağı əzələ;
 17 - udlağı daraldan aşağı əzələnin qalxan udlaq hissəsi;
 18 - qalxan-dilaltı zar, 19 - udlaq-böyük buynuz əzələsi;
 20 - udlağı daraldan orta əzələ;
 21 - udlağı daraldan orta əzələnin udlaq-qıgırdaq hissəsi;
 22 - dilaltı-dil əzələsi, 23 - biz-dilaltı bağ, 24 - biz-dilaltı əzələ;
 25 - udlağı daraldan yuxarı əzələ;
 26 - damaq pərdəsini qaldıran əzələ;
 27 - qanadabənzər çıxıntının bayır səfhəsi.

Şək.8.

Udlağın fiziologiyası

Udlaq havanın və qidanının keçməsinə təmin edir, eyni zamanda səs rezonatorlarından biridir. Sakit halda burun – udlaq ağıza tərəf açılmış olur, udma və bəzi sait, samit səslərin tələffüzü zamanı yumşaq damaq qalxır, udlağın arxa divarına kip söykənir və burun – udlağı udlağın orta hissəsindən ayırır. Beləliklə, qidanın burun – udlağa və buruna düşməsinə yol verilmir. Qida kütləsinin hərəkəti zamanı qırtlağın qapanması baş verir. Yumşaq damaqda və dil kökündə dad sinir ucları yerləşir. Udlaq şiddətli termik və kimyəvi qıcıqlanmalar zamanı, yaxud yad cisimlər düşərkən udlaq əzələlərinin reflektor yığılması şəklində qoruyucu vəzifə də görür. Udlağın limfadenoid toxuması infeksiyaya qarşı qoruyucu rol oynayır.

Udlağın müayinə metodları

Udlağın yuxarı burun – udlaq hissəsinin müayinəsi dal rinoskopiya vasitəsi ilə müayinə edilir. Bundan başqa burun – udlağı palpasiya da edirlər, bunun üçün sağ əlin şəhadət barmağını yumşaq damağın arxasına keçirirlər. eyni zamanda sol əlin ba. Barmağı ilə xəstənin yanağını dişlər arasında sıxırlar ki, xəstə həkimin barmağını dişləməsin. Palpasiya vasitəsilə burun – udlağın adenoidlərlə və ya törəmə ilə dolmasını yoxlayırlar.

Udlağın orta hissəsinin müayinəsinə – farinqoskopiya – şpatel vasitəsi ilə aparırlar. Şpatellə dili aşağı basmaqla ağız – udlağın rənginə, udlağın dal divarının, damaq badamcıqlarının, dilin vəziyyətinə fikir verirlər.

Udlağın aşağı hissəsinə qırtlağın müayinəsi zamanı baxmaq olur. Hal hazırda udlaq və qırtlağı müayinə etmə üçün xüsusi alətlərdən, fibroskoplardan, laringofarinqoskoplardan istifadə edirlər. Yüksək udma refleksi zamanı udlağın selikli qişasını ksilokain, trimekain məhlulları ilə isladırırlar. Ağız boşluğunu və udlağı müayinə edərkən çənəaltı nahiyəni və boynun yan hissələrinin halına (böyümüş limfatik düyünlər, fleqmonalar və s.) diqqət yetirmək lazımdır.

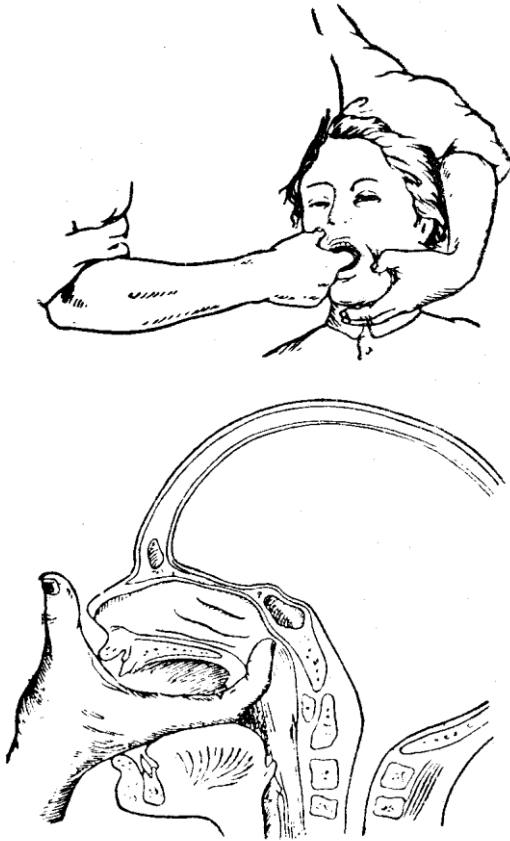
Udlağın xəstəlikləri

Adenoidlər

Adenoidlər – udlaq badamcığının patoloji hipertrofiyasıdır, tək və yaxud damaq badamcıqlarının hipertrofiyası ilə birlikdə rast gələ bilər. Udlaq badamcığı uşağın 5 – 6 yaşa qədər immun sisteminin formalaşmasında iştirak edir və sonra tədricən adətən 12 yaşa qədər atrofiyalaşır. Lakin burun – udlaqda limfadenoid toxumanın belə normal inkişafı pozula bilər və bu zaman adenoidlər əmələ gələ bilər. Badamcığın hipertrofiyasının səbəbləri çox vaxt uşaq infeksiyaları, yuxarı tənəffüs yollarının təkrar virus xəstəlikləri, allergiya, süni və qarışıq qidalandırma olur.

Klinik mənzərə. Burun tənəffüsünün pozulması, çoxlu selikli ifrazatın axması, burunun selikli qişasının şişkinliyi və iltihabı müşahidə olunur. Uşaqlar ağız

açıq yatırlar, narahat yatırlar, çox vaxt xoruldayırlar, süst və apatik olurlar. Uşaqların gündüz də ağzı yarımçıqlı olur, burun – dodaq büküşü hamarlaşır, üzün ifadəsi laqeyd, apatik olur, ağız bucağından ağız suyu axır (“adenoidli üz “). Ağız tənəffüsü nəticəsində sərt damaq hündür tağlı və dar olur. Səs tembri dəyişir, tıntın olur. Döş qəfəsinin forması dəyişir, yastı və basıq olur. Uşaqlar əqli və fiziki cəhətdən inkişafdan qalırlar. Mədə - bağırsaq sistemi pozulur, anemiya müşahidə edilir, gecə sidik saxlamamaq , baş ağrıları müşahidə edilir. Çox vaxt udlaq badamcığının hipertrofiyası onun xroniki iltihabı ilə (adenoidit) müşayiət olunur. Uşaqlarda eşitmə də tədricən zəifləyir. Diaqnoz anamnez, uşağın xarici görkəmi, dal rinoskopiya, rentgenoloji və barmaq müayinəsinə əsasən qoyulur. Dal rinoskopiya və rentgenoloji müayinə köməyi ilə adenoidlərin böyümə dərəcəsini, barmaq müayinəsi zamanı onların konsistensiyasını təyin etmək olur. Adenoidlərin üç böyümə dərəcəsi ayırd edilir : I dərəcə - adenoidlər yalnız burun – udlağın tağında yerləşir və xış sümüyünün yuxarı üçdə bir hissəsini tutur ; II dərəcə - adenoidlər burun – udlağın xeyli hissəsini tutur və xoanaların yuxarı üçdə iki hissəsini qapayır ; III dərəcə - adenoidlər xoanaları tam qapayır.

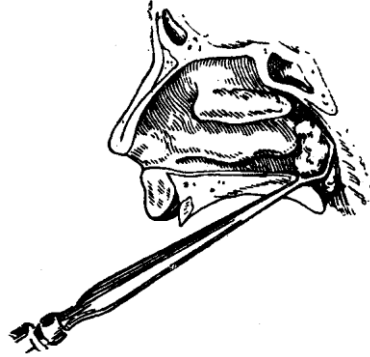


Şək.9. Burun – udlağın barmaq müayinəsi

Müalicə - I dərəcəli adenoidlər zamanı konservativ aparılır : buruna 2% protarqol və ya kollarqol məhlulu damızdırılır, burun nahiyəsinə UYT təyin olunur, daxilə kalsium preparatları, C və D vitaminləri , tənəffüs gimnastikası təyin edilir. Bütün digər təsadüflərdə cərrahi müalicə – adenotomiya, xüsusi adenoid bıçaqları vasitəsilə aparılır.



Şək.10. Adenoidlərin çıxarma əməliyyatı zamanı xəstənin vəziyyəti.

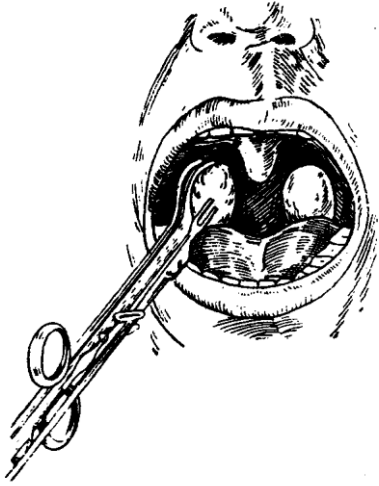


Şək.11. Adenoidlərin çıxarılması.

Əməliyyatı adətən yerli anesteziya ilə icra edirlər. Əməliyyata əks – göstərişlər – qan laxtalanmasının pozulması, kəskin infeksiyon xəstəliklərdir. Əməliyyatdan sonra uşağı yavaş finxırmağa vadar edirlər, ağızını hidrogen – peroksidlə yaxalayırlar. Burunun hər iki yarısına qan dayanana qədər pambıq tikələri daxil edir və uşağı 2 - 3 saatlığa böyrü üstə uzadırlar. Xəstəyə 2 – 3 gün yataq rejimi təyin edilir, soyuq və duru qidalar verilməli, xəstənin olacağı otağı təmiz saxlamaq tövsiyyə olunur. Əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmasız keçərsə uşaq 6 – 7 gündən sonra baxça və ya məkətbə gedə bilər. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalardan qanaxma, adenoid toxumanın aspirasiyası, kəskin orta otit, yumşaq damağın parezi ola bilər. Burunla tənəffüs bərpa olandan sonra uşaqların fiziki və əqli inkişafı yaxşılaşır.

Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası

Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası əksərən uşaq yaşlarda rast gəlinir. Badamcıqlar böyümüş olur, damaq qövsləri arxasından çıxır və orta xətt üzrə bir – birinə toxunur. Zaman keçdikcə “fizioloji” hipertrofiyaya uğramış bu badamcıqlar öz normal ölçülərinə qədər kiçilir. Bəzən bu involyusiya ləngiyir, onda yaşlılarda da nisbətən böyük badamcıqlar müşahidə etmək olar. Müalicə. Ümumi möhkəmləndirici müalicə aparılır : gigiyenik rejim, tamdöyərli qidalanma, vitaminoterapiya, sanator – kurort müalicəsi. Konservativ müalicə effekt vermədikdə cərrahi əməliyyat aparılır – tonzillotomiya (damaq badamcıqlarının hissəvi kəsilməsi) və ya krio- və lazerdestruksiyası.



Şək.12. Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası zamanı tonsillotomiya.

Udlağın yad cisimləri

Udlağa yad cisimlər ağız boşluğundan , burundan, qırtlaqdan və qida borusundan düşə bilər. Udlaqda ilişib qalan yad cisimlər buraya qida ilə düşür, məsələn balıq sümükləri, giləmeyvə tumları və s. Udlaqda oyun vaxtı uşaqların (xırda oyuncaqlar), iş vaxtı böyüklərin dişlərində tutduqları cisimlər (mismarlar, düymələr, sancaqlar) ilişə bilər. Udlaqda yad cisimlər yemək zamanı qəflətən öskürdükdə, güldükdə, asqırdıqda, danışdıqda ilişir. Adətən udlaqda öz iti ucu ilə əsnəyin selikli qişasına, badamcıqlar, damaq qövsləri nahiyəsinə , yemək borusunun və ya qırtlağın girəcəyinə soxulan yad cisimlər ilişib qalır. Selikli qişaya soxulmuş iti yad cisimlər zamanı xəstələrdəşilmə hissindən şikayət edirlər, başqa təsadüflərdə yad cisim selikli qişada iltihab törədici hiperemiyaya, şişkinliyə, selik ifrazının artmasına səbəb olur, bu da öskürək, çəçəmə, bəzən qusma törədir. Udlağın aşağı şöbəsində,qırtlağın girəcəyində böyük yad cisim ilişib qaldıqda qəfil boğulma meydan çıxır. Müalicə. Udlağın bütün şöbələrini müayinə etməklə yad cismi tapmaq mümkündür. Yad cismi kornsanqla çıxarırlar, sonra zəif dezinfeksiyaedici qarqaralar, qıcıqlandırmayan pəhriz təyin edirlər.

Udlağın kəskin iltihabları

Kəskin faringit

Udlaq selikli qişasının kəskin iltihabları adətən burun və burun – udlağın ənən kəskin katarı kimi meydana çıxır. Kəskin faringit udlaqda quruluq, zəif ağrı yaxud gərginlik hissi, göynəmə ilə müşayiət olunur. Obyektiv müayinə zamanı selikli qişanın hiperemiyası qeyd olunur, ayrı – ayrı yerlərdə selikli - irinli sekret ilə örtülmüş olur. Udlağın dal divarının selikli qişasında qırmızı dənələr şəklində follikullar görünür. Dildə qızartı, şişkinlik qeyd olunur. Temperatur normal yaxud subfebril olur, ümumi hal az pozulur. Kəskin faringit çox vaxt anginadan əvvəl baş verir yaxud onunla müşayiət olunur.

Müalicə. Temperatur yüksəlmiş olduqda yataq rejimi, isti , qıcıqlandırmayan duru ya yarımduzu qida, boyuna isidici kompres və qarqaralar təyin edilir.

Kataral , lakunar və follikulyar angina

Angina – udlaq limfadenoid toxumasının, əsasən damaq badamcıqlarının iltihabı və regionar limfatik düyünlərin böyüməsi ilə müşayiət olunan ümumi kəskin infeksiyon xəstəlikidir. Anginaların səbəbi infeksiya, ən çox streptokokk, az hallarda stafilokokk ya pnevmokokk infeksiyasıdır. Burunun əlavə boşluqlarının irinli xəstəlikləri və karioz dişlər də infeksiya mənbəyi ola bilər. bir çox təsadüflərdə angina ağır ümumi xəstəlik olur.

Anginaları kataral, lakunar və follikulyar anginalara bölürlər.

Kataral angina.

Əvvəlcə xəstələr boğazda quruluq və göynəmədən şikayət edirlər. Sonra hər udma hərəkəti zamanı boğazda ağrılar meydana çıxır. Temperatur yüksək olur. Kiçik uşaqlarda xəstəliyin əvvəlində qusma olur. Baş ağrısı , ümumi zəiflik olur. Yüngül təsadüflərdə əsnəyə baxarkən badamcıqları bir qədər şişmiş və qızarmış , üzəri sarımtıl selikli elssudat ilə örtülmüş olur. Daha ağır təsadüflərdə selikli qişada nöqtəli qansızmalar əmələ gəlir, dilçək və damaq qövsləri ödemləşir. Çənə bucağı altındakı limfatik düyünlər şişkin və ağrılı olur. Kataral angina bir çox infeksiyon xəstəlikləri müşayiət edir. Skarlatina zamanı kataral angina spesifik gedişə malik olur: xəstəliyin əvvəlində qırmızılıq kəskin məhdud olur və yumşaq damağın mərkəzini tutur, halbuki adi angina zamanı badamcıqların selikli qişası daha çox pozulur. 1 – 2 gündən sonra hiperemiya badamcıqları və udlağın dal divarını tutaraq diffuz xarakter alır.

Lakunar angina daha qabarıq ümumi təzahürlərlə gedir. Ümumi hal daha çox pozulur, udma zamanı ağrı, temperatur və baş ağrısı daha qabarıq olur.

Temperatur uşaqlarda 40° - yədək yüksəlir. Badamcıqların bir qədər şişkin və qızarmış selikli qişasında lakunaların dərinliyindən qalxan ağ ya sarı ərplər əmələ gəlir, bunlar bakteriyalardan, qopmuş epiteli hüceyrələrindən və leykositlərdən ibarət olur. Yumşaq damaq və damaq qövsləri hiperemiyalı və ödemli olur. Regionar limfatik düyünlər böyümüş və ağrılı olur. Lakunar angina kontagioz kəskin infeksiyon xəstəliklərə aiddir.

Follikulyar angina zamanı hər iki badamcığın qızarmış və şişmiş selikli qişasında çoxlu miqdarda sancaq başı böyüklüyündə sarımtıl – ağ girdə nöqtələr meydana çıxır, bunlar badamcıqların irinlənmiş follikullarıdır. Sarımtıl – ağ nöqtələr tədricən böyüyərək irinləyir və udlaq boşluğuna açılır. Irinlənmiş follikullar badamcıqyanı toxumaya açılsa badamcıqyanı absesin əmələ gəlməsinə gətirib çıxara bilər. Xəstəlik kəskin , temperaturun yüksəlməsi (40° - yədək və daha çox), boğazda ağrı, ətraflarda ağrı, baş ağrısı və ümumi halsızlıq ilə başlanır. Çənəaltı limfatik düyünlər böyümüş və ağrılı olur. Qanda yüksək leykositoz müşahidə olunur. Follikulyar angina zamanı burun – udlaq və dil badamcıqları da zədələnmə bilər. Follikulyar angina adətən 5 – 7 gündə tam sağalma ilə qurtarır. Angina çox vaxt yerli və ümumi ağırlaşmalar verir. Yerli

ağırlaşmalara peritonziyar abses və orta otit, ümumi ağırlaşmalara – revmatizm, böyrəklərin xəstəlikləri və sepsis aiddir.

Diaqnoz çətinlik törətmir.

Müalicə- xəstəyə yataq rejimi tövsiyə olunur, sıyıqvari qida təyin edilir.

Antibiotiklər təyin edilir. Qarqara etmək üçün kalium permanqanat, qramisidin, furasillin, natrium hidrokarbonat və s. məhlulları tövsiyə olunur. Uşaqlara çoxlu maye içirdirlər. Yerli olaraq aerosol şəklində antibiotiklər, antiseptiklər təyin edilir. Ağrıkəsici kimi qeyri –steroid iltihabəleyhinə dərmanlar, mentol və evkalipt tərkibli sorucu konfetlər təyin olunur. Daxilə asetisalisil turşusu, antihistamin preparatlar, askorbin turşusu, rutin təyin edilir.

İnfeksiyon mononukleoz zamanı angina

Bu xəstəlik sporadik olaraq rast gəlinir. Törədici Epşteyn – Barr virusudur. İlk dəfə N. F. Filatov tərəfindən vəzi qızdırması adı ilə təsvir olunmuşdur. Xəstəlik adətən 10 – 30- yaşlarında rast gəlinir. Üşütmə, temperaturun 39 - 40° - yədək yüksəlməsi, limfatik düyünlərin böyüməsi, qaraciyər, dalağın böyüməsi müşahidə olunur. Angina xəstəliyin 3 – 4 günündə başlayır və kataral, lakunar və psevdopərdəli formada gedə bilər, angina 2 – 3 həftə çəkir. Daha ağır formalarda badamcıq toxumasında dərin xoralar əmələ gəlir, boz – göyümtül rəngli ərp və ağızdan pis iy gəlməsi müşayiət olunur. Qanda əvvəl leykopeniya, sonra leykositoz müşahidə olunur, leykositar formulada mononuklearlar və atipik limfositlər üstünlük təşkil edir.

Müalicə. Antibiotiklər, topik antiseptiklər, kortikosteroid preparatlar təyin olunur.

Fleqmonoz angina və ya peritonziyar abses

Xronik tonsillitin gedişində , kəskin anginalardan sonra fleqmonoz angina şəklində ağırlaşmalar az olmur. Infeksiya dərin badamcıqyanı birləşdirici toxumaya düşür və orada iltihabi reaksiya və bunun ardınca irinlik törədir. Fleqmonoz anginanın başlıca əlaməti getdikcə şiddətlənən spontan ağrılardır. Adətən angina keçirmiş xəstədə udma zamanı əksərən bir tərəfdə yenə ağrılar əmələ gəlir, temperatur yüksəlir. Damağın şiddətlə qızarmış yarısı şişməyə başlayır, tədricən badamcığı örtür və şişkin dilçəyin qarşı tərəfə yerdəyişməsinə səbəb olur. Ağrı kəskin, sancan xarakter alır, çox vaxt qulağa irradiasiya edir, udma, öskürmə zamanı güclənir. Xəstə ağzını çətinliklə açır və başını hərəkətsiz, xəstə tərəfə əyilmiş halda saxlayır. Xəstə tərəfdə limfa düyünləri çox vaxt şişir, ağrılı olur. Yumşaq damağın şişkinliyi nəticəsində səs tıntın olur, qidanın udulması çətinləşir ya mümkün olmur. Irinliklər badamcıqyanı birləşdirici toxumada əksərən badamcığın yuxarısında və önündə , yaxud arxasında əmələ gəlir, badamcığın aşağı

qütbü yanında və ondan bayıra tərəf olan birləşdirici toxumada da yerləşə bilər. Irinlik badamcıqdan öndə - yuxarıda əmələ gəldikdə yumşaq damağın və ön dilçəyin daha çox qızarması müşahidə olunur. Badamcıqın arxasındakı abses dal qövs nahiyəsindəki kəskin ağrılı oval şişkinliyə və qırmızılığa görə təyin olunur. Absesin yetişməsi 5 – 7 gün davam edir, xarakter dartıcı yaxud pulsasiyalı ağrı, infiltratın hər hansı yerində yumşalma ilə bərabər böyüməsi müşayiət olunur. Çox vaxt irinlik öz – özünə ön qövsdən partlayır, yaxud yuxarıda badamcıqdan keçməklə boşalır.

Diagnozu qoymaq çətinlik törətmir. Adətən peritonziyar absesdən qabaq angina olur.

Müalicə. Antibiotiklər istifadə edilir. Qida isti və duru ya sıyıqvari olmalıdır. Çox vaxt yetişmiş irinliyi küt zond yaxud əyri kornsənq vasitəsilə badamcıqüstü çuxurdan badamcıq kapsulunu deşərək yarmaq mümkün olur.

Peritonziyar absesin ağırlaşmalarına boyunun dərin fleqmonaları, qırtlağın ödem, sepsis aiddir.

Abseslərin profilaktikasında ağız boşluğunun gigiyenasına riayət olunması, xronik tonzillitlərin, karioz dişlərin və burunun əlavə ciblərinin irinli iltihablarının müalicəsi böyük əhəmiyyətə malikdir. Təkrarlanan peritonziyar abseslər zamanı badamcıqların tamamilə çıxarılması operasiyasına - tonzillektomiyaya əl atmaq lazımdır, bu əməliyyatı keçirilmiş absesdən 3 – 4 həftə sonra edirlər.

Dil badamcığı hücrəli toxumasının fleqmonoz iltihabı

Dil badamcığının iltihabından yaxud travmatik zədələnməsindən sonra dil kökündə də fleqmonalar əmələ gələ bilər. Xəstəlik ağır ümumi təzahürlərlə gedir, yüksək temperatur, baş ağrısı, udma və danışma zamanı şiddətli ağrılar ilə müşayiət olunur. Dilin kökündə qızartı, ödem qeyd olunur. Ödem bəzən qırtlaq girəcəyinə və qırtlaq qapağına da yayıla bilər və xəstədə boğulma təhlükəsi ola bilər. Absesin yetişməsi və inkişafı boyunun xarici örtüklərinə doğru ola bilər və ağız boşluğu dibində yaxud çənə bucağında şişkinlik və qırmızılıq əmələ gətirir. Müalicə peritonziyar absesdəki kimidir.

Udlaqarxası abses

Udlaqarxası abseslər əsasən erkən uşaqlıq dövründə zəifləmiş uşaqlarda müşahidə olunur. Onlar onurğa önündə udlağın dal divarında, yəni udlaqarxası sahə adlanan yerdə olan limfatik düyünlərin irinləməsi nəticəsində əmələ gəlir. Infeksiya bura limfatik yollar ilə burun boşluğundan, bəzən kəskin zökəmdən sonra, yaxud südəmə uşaqlarda ağız boşluğuna düzgün qulluq edilmədikdə əmələ gəlmiş sıyrıntılar və

çatlamalar nəticəsində ağız boşluğundan daxil olur. 5 – 6 yaşından sonra udlaqarxası abseslər az müşahidə olunur, çünki bu zaman onurğaönlü limfatik düyünlər adətən yox olur.

Kiçik uşaqlarda abses yüksək temperatur (39 - 40° -yə qədər) ilə gedir. Udma zamanı çəçəmə və ağrılar qida qəbulundan imtina etməyə səbəb olur, o çox vaxt buruna və qırtlağa düşür. Burun tənəffüsü çətinləşir, səsin aydınlığı itir, yuxu zamanı xorultu olur. Udlaqarxası absesdən şübhələndikdə udlağın dal divarına baxmaqdan başqa udlağı və burun - udlağı barmaqla əlləmək lazımdır. Əlləmə zamanı flüktuasiya edən xəmirvari şişkinlik təyin olunur ki, o əksərən yumşaq damaqdan bir qədər yuxarıda udlağın bir yarısına yaxın yerləşir. Xəstə tərəfdə limfa düyünləri şişir. Böyüklərdə udlağın dal divarında vərəm və sifilis spondiliti zamanı olduğu kimi soyuq irinliklər yerləşə bilər. Belə abseslər adətən temperatur demək olar ki yüksəlmədən gedir, xəstələr boyunun çətin hərəkət etməsindən və başı döndərərkən ağrılardan şikayət edirlər.

Müalicə. Udlaqarxası abses zamanı müalicə onu mümkün qədər tez yarmaqdan ibarətdir. Irinliyin öz – özünə deşilməsi zamanı xüsusən yuxuda ikən qırtlağın birdən – birə irinlə dolması baş verdikdə boğulma yaxud irin aşağı tənəffüs yollarına düşdükdə pnevmoniya əmələ gəlməsi təhlükəsi meydana çıxır. Skalpeli yapışqan plastırla büküb ucunu 0,5 sm-ə qədər açıq qoyaraq absesin üstündən kiçik kəsik aparırlar , sonra kornsanqın köməyi ilə kəsiyi genişləndirib irin qırtlağa axıb dolmasını deyə uşağın başını cəld aşağı və önə əyirlər. Adətən absesin yarılmasından sonra tezliklə sağalma baş verir.

Əsnək difteriyası

Difteriya Leffler çöpü tərəfindən törədilən kəskin infeksiya xəstəlikdir, inkubasiya dövrü 2-7 gündür. Xəstəlik hava – damcı yolu ilə , xəstədən bilavasitə yaxud xəstənin istifadə etdiyi əşyalar vasitəsilə yoluxur . Xəstəlikdən sağalmış olan və sağlam adam , yəni basilləgəzdiren də xəstəliyi yaya bilər. Xəstəlik əsasən 2 – 6 yaşında olan uşaqlarda müşahidə olunur və ən çox əsnək və badamcıqlar nahiyəsini zədələyir. Südəmə uşaqlar və yaşlılar əsnək difteriyası ilə az xəstələnirlər.

Difteriyanın məhdud (lokal, məhəlli), yayılmış (diffuz), toksik və hemorragik formaları ayırd edilir.

Difteriyanın yüngül formaları (lokal difteriya) lakunar ya follikulyar angina kimi gedə bilər və yalnız onunla fərqlənir ki, difteriyanın bu formalarında temperatur orta dərəcədə yüksəlir, böyüklərdə isə çox vaxt normal olur. Badamcıqların orta dərəcədə şişmiş və hiperemiyalaşmış səthində bozuntul ya bozaçalan – ağ nöqtəli ərplər meydana çıxır.

Boğazağrısı çox şiddətli olur. Çənəaltı limfatik düyünlər az şişir və xəstəlik 3 -4 günə çəkilə bilər.

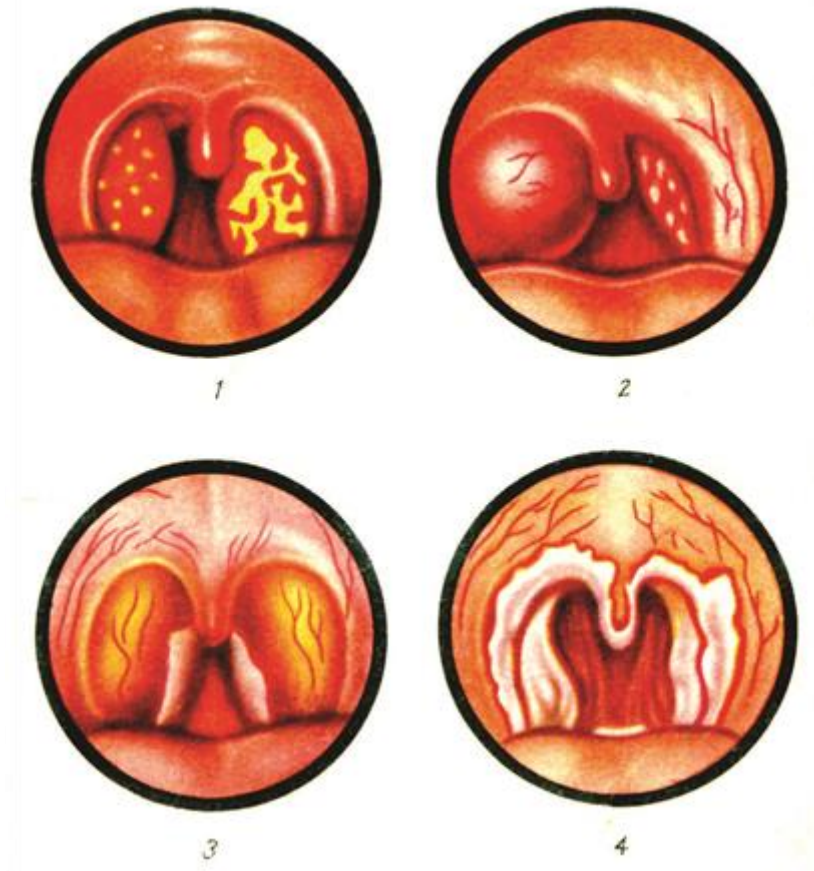
Badamcıqlardakı ayrı – ayrı nöqtəvari ərplər birləşərək ağımtıl, bozaçalan - ağ yaxud sarımtıl adacıqlar əmələ gətirir ki, bunlar artaraq kip yapışan pərdə görkəmi alır. Bu pərdələr difteriyanın yayılmış formasında damaq qövslərinə və yumşaq damağa da keçə bilər. Belə ərpi badamcıqlardan qopardıqda qan çıxır.

Toksik formada temperatur 39 – 40° -yə qədər yüksəlir, xəstə solğun olur, ağzından iy gəlir. Nəbz zəif, tezleşmiş, aritmik olur. Şişmiş və qızarmış badamcıqlar böyük, çirkli pərdəşəkilli ərplə örtülür. Difteriya ərpləri böyüyür və çox vaxt qırtlağa və nəfəs borusuna yayılır (enən krup).

Limfatik düyünlər böyüyür, boyundakı birləşdirici toxumada ödem meydana çıxır. Difteriyanın hemorragik forması zamanı selikli qişalarda və dəri örtüklərində qansızmalar əmələ gəlir, ərplər qanla hopmuş olur.

Difteriyanın lokal və yayılmış formalarını lakunar anginadan fərqləndirmək lazımdır. Ümumi hal yaxşı olarkən temperaturun yüksək olması əsasən angina zamanı olur, ümumi halın pis olması orta dərəcəli temperatur (37 - 38°) difteriyayı göstərir. Angina zamanı ərpi daha səthi olur, asan qoparılır; difteriya zamanı qalın pərdələr olur, selikli qişanın səthindən qalxır və çətinliklə qoparılır.

Xəstənin əsnəyindən alınan seliyi difteriya çöplərinin olmasına görə müayinə etmək lazımdır.



Şək. 13. 1-angina: sağda follikulyar, solda lakunar angina; 2- sağda fleqmonoz angina; 3-əsnək difteriyasının lokal forması; 4-əsnək difteriyasının yayılmış (toksik) forması.

Müalicə. Diaqnoz aydınlaşarkən və şübhəli təsadüflərdə bakterioloji müayinənin nəticələrini gözləmədən dərhal antidifteritik serum vurulmalıdır. Serumu adətən əzələ içinə isidilmiş halda vururlar. Difteriyanın lokal forması zamanı doza 5000 - 8000 AV təşkil edir. Yayılmış forma zamanı başlanğıc doza 10000 – 15000 AV ; ağır toksik difteriya zamanı bir dəfəyə 30000 AV vururlar, növbəti dozanı 12 ya 24 saatdan sonra yeridirlər, lazım olduqda növbəti dozanı 6 saatdan sonra yeritmək olar. Hemorragik forma zamanı birdəfəlik doza 40000 – 50000 AV bərabərdir, sonralar az dozalar vurulur. Bir yaşa qədər olan uşaqlara dozanın dördə birini, 1 yaşdan 2 yaşa qədər isə dozanın yarısını vururlar. Böyük yaşlı uşaqlarda yerli müalicə məqsədi ilə bor turşusunun, hidrogen – peroksidin zəif dezinfeksiyaedici məhlulları ilə qarqara təyin edilir. Difteriya zamanı rast gələn ürək – damar sisteminin zədələnməsi və nefroz təzahürləri ən ciddi ağırlaşmalar sayılır. Buna görə də difteriya zamanı ciddi yataq rejimi və göstərişlərə görə ürək dərmanları təyin olunur. Difteriyalı xəstə dərhal izolyasiya olunmalıdır. Difteriyalı xəstə ilə kontaktda olmuş uşaqlarda və yaşlılarda burun və əsnək seliyini bakterioloji müayinədən keçirirlər. Xəstəliyin klinik təzahürləri olmadıqda və bakterioloji müayinənin nəticəsi mənfidirsə , 7 -10 gündən sonra onlar kollektivlərə buraxılırlar. Difteriyalı xəstə aparıldıqdan sonra mənzil dezinfeksiya olunmalıdır. Xəstəliyin ən etibarlı profilaktikasi aktiv immunizasiyadır (AGDT vaksini).

Udlağın xronik iltihabları

Damaq badamcıqlarının xronik iltihabı (xronik tonzillit).

Damaq badamcıqlarının xronik iltihabı və ya xronik tonzillit yaşlılarda tez – tez rast gələn xəstəlikdir. Xronik tonzillit tez – tez təkrar olunan anginalar nəticəsində əmələ gəlir. Proses badamcıqların lakunalarında yerləşir.

Lakunaların yastı epiteli qoparaq bakteriyalar və leykositlərlə birlikdə lakunalarda toplanır və onları tıxaclar şəklində dolduran pis iyli kazeoz kütləyə çevrilir. Lakunalar genəlmiş olduğundan badamcıqlar gövşək , deşik – deşik olur, badamcıqların sərbəst səthi ilə damaq qövslərinin bitişmələri tez – tez olur.

Xəstələr badamcıqlar nahiyəsində xoşagəlməz duyğudan, udma zamanı ağrıdan, ağızdan iy gəlməsindən şikayət edirlər. Xronik tonzillitin tez – tez baş verən kəskinləşmələri zamanı çənəaltı və boyun limfa düyünləri böyümüş və ağrılı olur.

Xronik tonzillitin diaqnozu şikayətlərə, anamnezə və hər iki badamcıqın müayinəsinə əsasən qoyulur.

Müalicə. Xronik tonzillitlər zamanı konservativ ya cərrahi müalicə tətbiq olunur. Konservativ müalicə zamanı badamcıq lakunalarına 5% - li

yod tinkturu, üçxlorsirkə turşusu, 1% - li Lüqol məhlulu, 1- 3%- li lyapis yaxılması tətbiq edilir.

Tez –tez təkrar olunan peritonziyar abseslər, daxili üzvlər tərəfindən ağırlaşmalar ilə müşayiət olunan anginalar zamanı tonzillektomiya aparılır. Operasiya yerli keyitmə ilə stasionar şəraitində edilir. Qanyaradıcı sistemin xəstəlikləri və qanın laxtalanması zəif olan şəxslərdə bu operasiya əks - göstərişdir. Operasiya günü və operasiyadan ilk 8 -12 saatda qida qəbulundan çəkinmək tövsiyə olunur. Operasiyadan sonra ilk günlərdə qida soyuq və duru olmalıdır, vitaminlərlə zəngin olmalıdır.

Udlağın xronik iltihabı (xronik faringit)

Udlaq selikli qişasının xronik xəstəlikləri kataral, hipertrofik və atrofik formalara ayırd edilir. Etioloji səbəblər yerli və ümumi xarakterli olur. Yerli səbəblərə xronik zökəm, əlavə boşluqların irinli xəstəlikləri, xronik tonzillitlər və s., ümumi səbəblərə siqaret çəkmə, dişlərin kariesi, mədə və qida borusunun xronik xəstəlikləri, qaraciyər, böyrək xəstəlikləri, şəkərli diabet, peşə ilə əlaqədar zərərli amillər aiddir.

Kataral faringit. Əlamətlər: boğazda acışma, yad cisim hissiyatı, udma zamanı ağrı, isti və ya soyuq, acılı qida qəbulundan sonra ağrının güclənməsi; udlaqda çoxlu miqdarda suvaşqan selikli ekssudatın toplanması daimi öskürmə hayxırma zərurəti törədir. Öskürmə səhər daha çox olur və bəzən ürəkbulanma və hətta qusma ilə müşayiət olunur. Faringoskopiya zamanı udlaq selikli qişasının yayılmış hiperemiyası və şişkinliyi aşkarlanır.

Hipertrofik faringit. Bu zaman yuxarıda sadalanan əlamətlər daha qabarıq olur. Faringoskopiya zamanı limfoid toxumanın udlağın dal divarında böyük qırmızı dənələr şəklində toplanması qeyd olunur - buna qqranulyoz faringit deyilir. Dal damaq qövslərinin arxasında limfoid toxumanın böyüməsi yan hipertrofik faringit adlanır.

Atrofik faringit. Xəstəliyin ən əzablı formasıdır. Xəstələr boğazda daimi quruluq hiss edirlər, qartmaqlar əmələ gəlir. Adətən burun və burun – udlaqda atrofik proseslərlə yanaşı gedir. Faringoskopiya zamanı udlağın selikli qişası quru, parlaq, sanki nazik lak qatı ilə örtülmüş olur, bəzən qurumuş selik, qartmaqlar aşkar edilir.

Müalicə. Müalicə əsas səbəblərin aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir. Yerli olaraq sodanın ilıq qələvi məhlulu, xörək duzunun zəif məhlulu ilə qarqara etmək tövsiyə olunur. Çobanyastığı ya sürvə ilə qarqara yaxşı nəticə verir. Atrofik formalar zamanı əvvəlcə qələvi məhlulu ilə qarqara etdikdən sonra 1% - li yodqliserin yaxılması tətbiq olunur. Fizioterapevtik prosedurlar təyin edilir. Daxilə A vitamini, 3% kalium yodid məhlulu təyin edilir. Hipertrofik formalar zamanı krioapplikasiya və ya lazerdən istifadə edirlər.

Fərinqomikoz. Xəstəlik adenoid toxumasının buynuzlaşmasından ibarətdir. Yastı epiteli ağ ya sarımtıl - ağ düyüncüklər ya tikanlar şəklində olur ki, bunlar badamcıqlarda, udlağın dal divarında, dilin kökündə rast gəlinir. Törədici *Leptothrix buccalis* göbələyidir. Xəstəliyin gedişi xronik olur, heç bir şikayətə səbəb olmur, təsadüfən aşkarlanır. Bəzən xəstə boğazında yad cismin olmasından şikayət edir. Laborator müayinə zamanı tikanlarda leptotriks göbələyi tapılır. Müalicə . Gündə 4 dəfə 1karamel olmaqla 2 həftə ərzində dekamin təyin olunur, xinozolun 0,1%-li sulu məhlulu ilə qarqara, udlağın və badamcıqların Lüqol məhlulu ilə yaxılması tətbiq edilir. Krioapplikasiya yaxşı nəticə verir. Yanaşı xronik tonsillit olduqda tonsillektomiya edilir.

Udlaq şişləri

Xoşxassəli şişlər. Udlağın xoşxassəli şişlərindən papillomalar və angiofibromalar daha çox rast gəlinir. Aşkar edilmiş törəmələr, hətta kiçik papillomalar, mütləq operativ yolla çıxarılıb histoloji müayinə olunmalıdır. Burun – udlaq fibroması demək olar ki, yalnız oğlanlarda 12- 16 yaşlarında rast gəlinir. Burun – udlaq fibroması çoxlu miqdarda elastik liflərə malik sərt birləşdirici toxuma əsasında ibarətdir və qan damarları ilə təchiz olunmuşdur. Şiş xoşxassəli olsa da gedişi ətrafdakı toxumaların dağılması ilə bərabər daima böyümə, operasiyadan sonra residivlər və çoxlu qanaxmaların olması ilə xarakterizə olunur. Burunun birtərəfli tutulması ilk klinik əlamətdir. Təkrar burun qanaxmalar nəticəsində anemiya ola bilər. Şiş sürətlə böyüdüyü zaman gözü, yumşaq və sərt damağı qabardır, burunun deformasiyasına səbəb olur.

Diaqnoz çətin deyil, ön və dal rinoskopiya, burun – udlağın palpasiyası əsasında qoyulur. Kompüter tomoqrafiyası şişin dəqiq yerini, ölçülərini təyin etməyə imkan verir.

Müalicə cərrahi yolla aparılır. Mərhələ və yayılmasından asılı olaraq şiş burun daxili (endoskopik) və ya xarici (yan rinotomiya) yolla çıxarılır. Güclü qanaxma təhlükəsi riskinin olmasına görə əməliyyatdan bir gün əvvəl angioqrafiya aparılır və şişi qidalandıran damarların selektiv embolizasiyası aparılır.

Bədxassəli şişlər. Çox vaxt xərçəng, daha az sarkoma və limfoma rast gəlinir. Erkən mərhələlərdə udlağın bədxassəli şişləri əlamətsiz keçə bilər, gecikmiş mərhələlərdə isə müalicə az effektiv olur.

Burun - udlaq xərçəngi 40 -50 yaşdan sonra daha çox təsadüf edir.

Şişin əmələ gəlmə yerindən asılı olaraq başlanğıc əlamətləri aşağıdakılar ola bilər : 1) otalgiyalar, eşitmənin pozulmaları, bu zaman şiş Yevstax borusu yanında meydana çıxır; 2) burun keçiriciliyinin pozulması, bu zaman şiş xoanalar nahiyəsində əmələ gəlir, 3) nevralkiyalar və ifliclər, bu zaman şiş yuxarıya böyüyərək beyin sinirlərinə təzyiq edir. Bəzən bu əlamətlər olmur

və yaxındakı limfatik düyünlərə metastazlar şəklində boyun və çənəaltı nahiyədəki “limfadenitlər” xəstəliyin ilk əlamətləri olur.

Xəstələr əvvəl burunun bir, sonra hər iki yarısının tutulmasından şikayət edirlər. Fırxırma zamanı qan damarcıqları görünür. Bəzən burun qanaxmaları olur və ya burunda irinli ixoroz ifrazat olur. Burun – udlağı müayinə edərkən kələ - kötür , çox vaxt parçalanan , əlləmədə qanayan və kəskin hüdudları olmayan , ətrafdakı toxumalara keçən şiş təyin olunur. Diaqnoz anamnez, kliniki mənzərə, endoskopik, rentgenotomografik, sitoloji və histoloji müayinələrə əsasən qoyulur. Udlağın barmaqla müayinəsinin də əhəmiyyəti vardır.

Müalicə cərrahi üsuldən, şüa terapiyası və ximioterapiyadan ibarətdir.

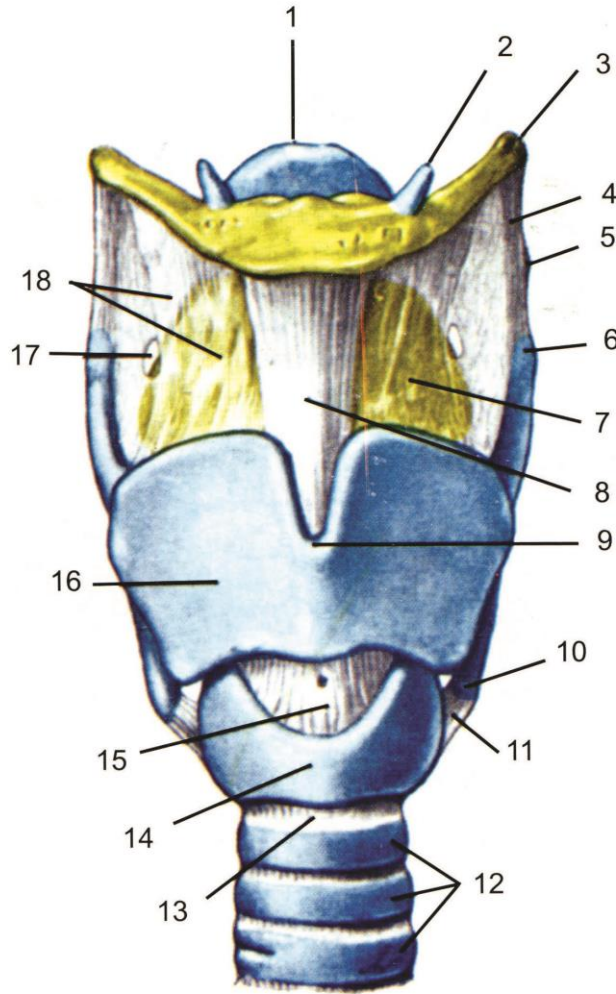
Udlağın orta və aşağı şöbələrinin bədxassəli şişləri sərt kələ - kötür infiltrat şəklində olur, tez xoralanır, yumşaq damaqda, badamcıqlarda, udlağın dal ya yan divarlarında, ya da onun aşağı şöbəsində yerləşə bilər. Şişin xoralanma anından ağrılar başlayır, qidanın keçməsi çətinləşir. Kəllə əsasında limfa düyünlərində tezliklə metastazlar əmələ gəlir.

Müalicə cərrahi üsuldən, şüa terapiyası və ximioterapiyadan ibarətdir.

QIRTLAQ

Qırtlağın anatomiyası

Qırtlaq tənəffüs borusunun bir hissəsidir. Bu borunun yuxarı ucu udlağa açılır, ağız və burun boşluğu ilə əlaqələndir, aşağı ucu isə tənəffüs borusuna (traxeyaya) keçir. Qırtlaq boyunun ön səthində IV və VI boyun fəqərələri səviyyəsində yerləşmişdir. Yuxarıdan qırtlaq enli bağı köməyi ilə dilaltı

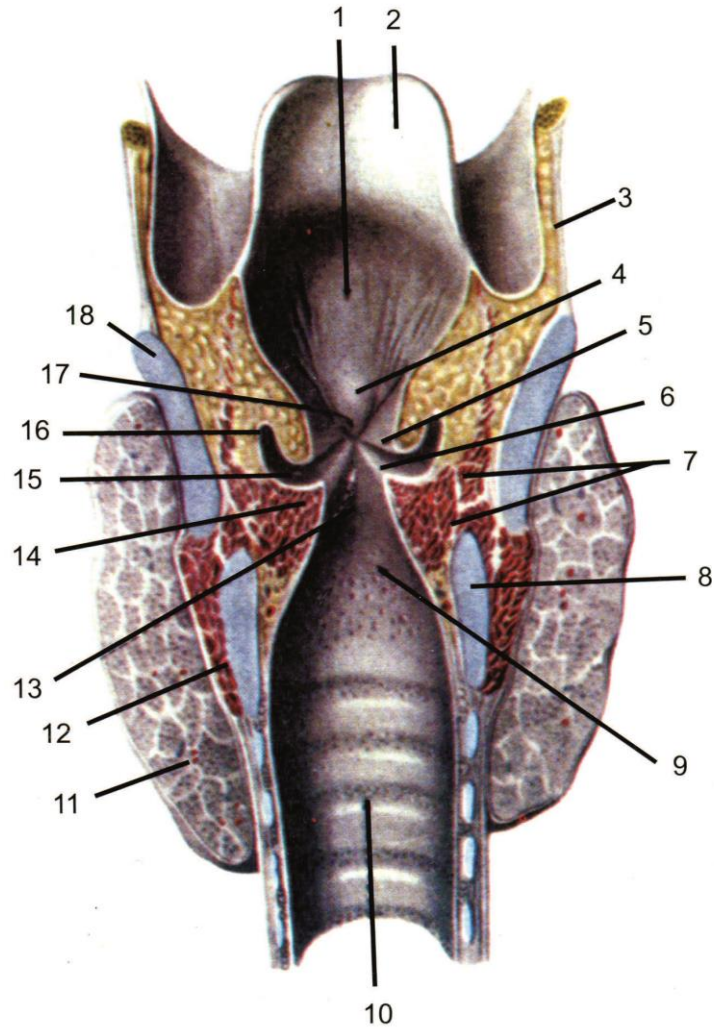


Şək. QIRTLAĞIN QIĞIRDAQLARI, OYNAQ VƏ BAĞLARI.

1 - qırtlaq qapağı; 2 - kiçik buynuz; 3 - böyük buynuz; 4 - yan qalxan-dilaltı bağ, 5 - buğdayabənzər qığırdaq, 6 - qalxanabənzər qığırdağın yuxarı buynuzu, 7; 18 - qalxan-dilaltı zar, 8 - tən orta qalxan-dilaltı bağ, 9 - yuxarı qalxanabənzər oyma, 10 - qalxanabənzər qığırdağın aşağı buynuzu, 11 - üzük-qalxanabənzər oynağın kapsulu, 12 - nəfəs borusu qığırdaqları, 13 - üzük-nəfəs borusu bağı, 14 - üzüyəbənzər qığırdaq, 15 - üzük-qalxanabənzər bağ, 16 - qalxanabənzər qığırdaq, 17 - yuxarı qırtlaq sinirinin dəliyi.

Şək.14.

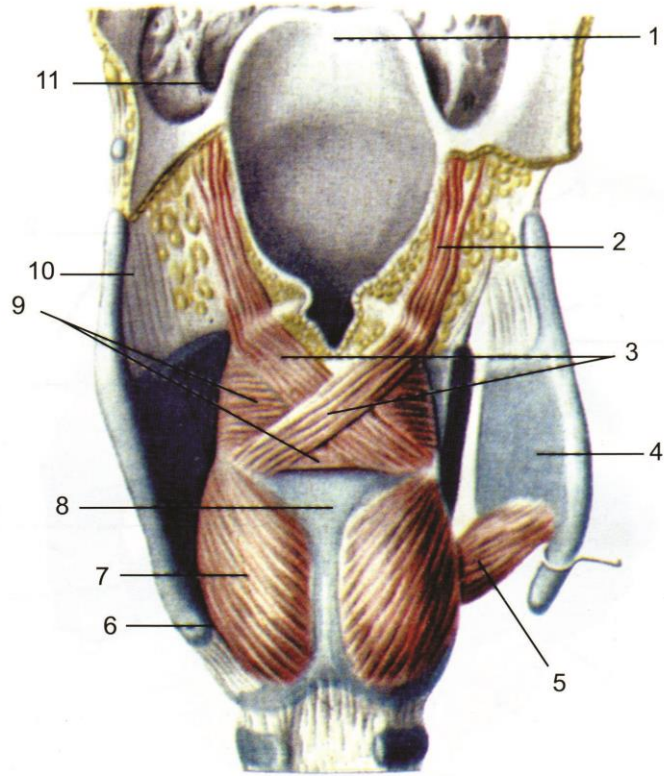
sümük ilə birləşmişdir. Qırtlağın skeleti qığırdaqlardan ibarətdir: üzüyəbənzər qığırdaq, qalxanabənzər qığırdaq, iki çalovabənzər qığırdaq, qırtlaq qapağı qığırdağı. Üzüyəbənzər qığırdaq üzüyə oxşayır, dar hissəsi önə, enli hissəsi arxaya baxır. Onun üzərində qalxanabənzər qığırdaq yerləşir ki, o, bucaq üzrə yerləşmiş iki səfhədən ibarətdir. Onların birləşdiyi yerdə oyma əmələ gəlir, bu hissə yalnız dəri ilə örtülmüşdür. Kişilərdə bu hissə boyunda qabararaq Adəm alması adlanır. Arxadan üzüyəbənzər qığırdağın yuxarı səthində iki çalovabənzər qığırdaq yerləşir, onların əsasında iki çıxıntı - əzələ və səs çıxıntıları vardır. Səs əzələsi səs



Şək. QIRTLAQ BOŞLUĞU.

- 1 - qirtlaq dəhlizi;
- 2 - qirtlaq qapağı;
- 3 - qalxan-dilaltı zar;
- 4 - qirtlaq qapağı qabarcığı;
- 5 - dəhliz büküşləri;
- 6 - səs büküşləri;
- 7 - qalxan-çalovabənzər əzələ;
- 8 - üzüyəbənzər qığırdaq;
- 9 - qirtlaq boşluğunun aşağı hissəsi;
- 10 - nəfəs borusu;
- 11 - qalxanabənzər vəzi;
- 12 - üzük qalxanabənzər əzələ;
- 13 - səs yarığı;
- 14 - səs əzələsi;
- 15 - qirtlaq mədəciyi;
- 16 - qirtlaq kisəciyi;
- 17 - dəhliz yarığı;
- 18 - qalxanabənzər qığırdaq.

çixıntısına bağlanır. Qırtlaq qapağı qırtlağın girəcəyini qapayır və qalxanabənzər qığırdağın oymasının yuxarı kənarına bağlanır. Qırtlağın mənəzinə həqiqi səs bağları çıxır ki, bunların qalınlığında səs və ya qalxana – çalovabənzər əzələ yerləşmişdir. Səs bağları qalxanabənzər qığırdağın içəri səthi ilə çalovabənzər qığırdağın səs çixıntısı arasında çəkilmişlər. Tənəffüs zamanı səs bağları havanın keçməsi üçün səs yarığı adlanan üçbucaq formalı sahə əmələ gətirir. Fonasiya zamanı səs bağları yaxınlaşır. Həqiqi səs bağları üzərində yalançı səs bağları yerləşir ki, bunlar selikli qişanın iki büküşündən ibarətdir. Yan tərəflərdə həqiqi və yalançı bağlar arasında Moraqni mədəcikləri adlanan iki yarıq vardır, bunların selikli qişası səs bağlarını isladan çoxlu vəzilərə malikdir. Qırtlağın xarici və daxili əzələləri vardır. Xarici əzələlər qırtlağı skeletin başqa hissələri ilə birləşdirir. Onların sayəsində qırtlaq qalxır və enir. Daxili əzələlər qırtlağın içəri və bayır səthində yerləşir, qırtlağın tənəffüs və səstörətmə funksiyasını yerinə yetirir. Qırtlağın daxili əzələləri səs yarığını genəldən və daraldan əzələlərə bölünür. Qırtlağın tənəffüs funksiyası dal üzük – çalovabənzər əzələ - səs yarığını genəldən bu əzələ ilə icra olunur; qalan əzələlərin hamısı səs yarığının daralmasında iştirak edir. Yan üzük – çalovabənzər əzələ səs bağlarını yaxınlaşdırır və səs yarığını daraldır.



Şək. QIRTLAQ ƏZƏLƏLƏRİ (arxadan).

- 1 - qırtlaq qapağı;
- 2 - çalov-qırtlaq qapağı əzələsi;
- 3 - çəp çalovabənzər əzələ;
- 4 - qalxanabənzər qığırdağın səfhəsi;
- 5 - üzük-qalxanabənzər əzələ;
- 6 - aşağı buynuz;
- 7 - arxa üzük-çalovabənzər əzələ;
- 8 - üzüyabənzər qığırdağın səfhəsi;
- 9 - köndələn çalovabənzər əzələ;
- 10 - yuxarı buynuz;
- 11 - bayır-dil-qırtlaq qapağı büküşləri.

Şək. 16.

Çalovabənzər qığırdaqlar arası əzələlər (köndələn və çəp) çalovabənzər qığırdaqları yaxınlaşdırır və səs yarığının dal hissəsini qapayır. Səs bağlarının gərginləşməsi səs və ya qalxan – çalovabənzər əzələ ilə olur. Ön üzük – qalxanabənzər əzələ səs bağlarını gərginləşdirir, çünki o üzüyabənzər

və qalxanabənzər qığırdaqlara bağlanır və yığılarkən qırtlağın ön – dal ölçüsünü artırır.

Qırtlağın selikli qişası elastik liflərə malik olub silindrik səyrici epiteli ilə örtülmüşdür, yalnız həqiqi səs bağları, çalov-qırtlaq qapağı bağları, çalovabənzər qığırdaqlararası sahə çoxqatlı yastı epiteli ilə örtülür.

Qırtlaq azan sinirin iki şaxələri- yuxarı və aşağı qırtlaq sinirləri ilə innervasiya olunur.

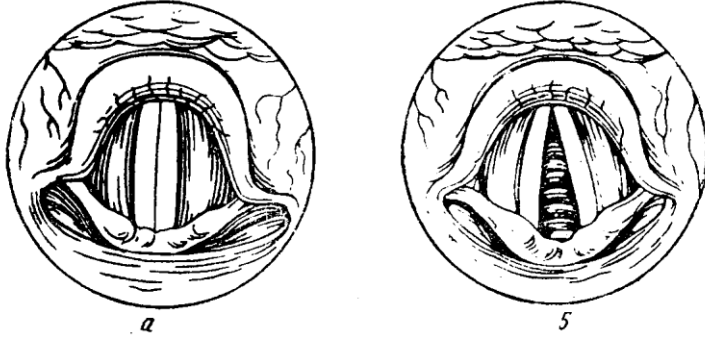
Qırtlaq həm səstörətmə üzvüdür. Səs hava axınının təzyiq ilə qapalı səs yarığından keçdiyi zaman gərginləşmiş səs bağlarının rəqsləri sayəsində əmələ gəlir.

Qırtlağın müayinə metodları

Qırtlağın müayinəsi bilavasitə və dolay larinqoskopiyanın köməyi ilə edilir. Dolay larinqoskopiya üçün qırtlaq alətlərinə məxsus dəstəyə taxılmış qırtlaq güzgülərindən istifadə edirlər.

Qırtlağı müayinə edərkən xəstənin gövdəsinin yuxarı hissəsini bir qədər önə əyirlər, sonra xəstənin bayıra çıxarılmış dilini tənzip salfetka ilə tutur və qırtlağa baxarkən saxlayırlar. Güzgünün güzgü tərəfini spirt lampasında azacıq qızdırırlar. Qırtlaq güzgüsünü güzgü səthi aşağı olmaqla onun dal səthi ilə dilçəyi və yumşaq damağı arxaya və yuxarıya itələyərək yerləşdirirlər. Xəstəyə sakit tənəffüs etmək və “e” hərfini uzadaraq tələffüz etmək təklif olunur, bu qırtlaq qapağının qalxmasına kömək edir və güzgünün köməyi ilə qırtlağın daxilinə baxmağa imkan verir. Güzgünün vəziyyətini bir qədər dəyişdirərək qırtlaq qapağını, səs bağlarını və çalovabənzər qığırdaqlararası sahəni gözdən keçirirlər. Dolay larinqoskopiya zamanı qırtlaqda öndən yerləşən bütün hissələr güzgüdə yuxarıda, dalda n yerləşən hissələr isə aşağıda olacaqdır. Yan tərəflərdə yerləşmiş hissələr öz vəziyyətini dəyişmir.

Qırtlağa bilavasitə larinqoskopiyanın köməyi ilə də baxmaq olar, bunun üçün avtonom işıqlanması olan larinqoskoplardan istifadə edirlər. Xəstə arxası üstə uzanır. Həkim onun baş tərəfində durur. Larinqoskopu orta xətt üzrə yeridirlər, qırtlağın qapağı görünənə qədər. Sonra larinqoskopu qırtlağın arxasına keçirirlər və onu yuxarı itələyirlər. Bu müayinə zamanı ağız boşluğu ilə qırtlaq arasındakı bucaq düz xətt əmələ gətirir ki, bu da qırtlaq və traxeyanı müayinə etməyə imkan verir. Bu müayinə narkoz və ya yerli keyitmə altında aparılır.



Şək.17. Laringoskopik mənzərə: a) – fonasiya zamanı, b) – tənəffüs zamanı.

Hal hazırda qırtlağı müayinə etmək üçün fibrolarinqoskoplardan istifadə edirlər. Bu üsul fibrolarinqoskopun elastik ucunun yaxşı hərəkətliliyinə görə qırtlağın bütün şöbələrini müayinə etməyə kömək edir, biopsiya etməyə imkan yaradır.

Qırtlağın müayinəsində laringostroboskopiya metodu da istifadə edilir. Bu metod səs tellərinin rəqs hərəkətlərinin növünü, amplituda və sürətini təyin edir.

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün rentgenodiaqnostikanın böyük əhəmiyyəti vardır.

Qırtlağın kəskin iltihabı (laringit)

Kəskin laringit yuxarı tənəffüs yollarının kəskin katarı zamanı daha tez – tez müşahidə olunur. Çox vaxt xəstəlik ümumi ya yerli soyuqlama ilə əlaqədar olur. Xəstəliyin səbəbi yeyici buxarlar, çox tozlu hava ilə nəfəsalma, səs bağlarının ifrat gərginləşməsi ola bilər. Kəskin yoluxucu xəstəliklər – qızılca, skarlatina da qırtlaqda iltihab törədə bilər.

Larinqoskopiya zamanı qırtlaq selikli qişasında diffuz hiperemiya, həqiqi səs bağlarının şişkinliyi və hiperemiyası, suvaşqan selik topacıqlar görünür. Qırtlağın zədələnmə dərəcəsindən asılı olaraq səs xırıltılı, qalın olur, boğazda quruluq, göynəmə duyğusu ilə müşayiət olunan öskürək əmələ gəlir.

Müalicə xəstəliyin əmələ gəlməsi ilə əlaqədar olan zərərli şərtləri aradan qaldırmaqdan ibarətdir. Qırtlağa tam rahatlıq vermək, yəni xəstəyə 5 – 10 gün danışmağı qadağan etmək lazımdır. Xəstəyə çoxlu ilıq içki, qarqara, inqalyasiyalar təyin olunur. Xəstəliyin müddəti 7 -10 gündür.

Qırtlağın xronik iltihabı

Qırtlağın tez –tez təkrar olunan kəskin xəstəlikləri onun xronik iltihabına səbəb olur. Qırtlağın peşə ilə əlaqədar olan katarları müğənnilərdə, müəllimlərdə, zərərli tozlu və ya kimyəvi istehsalatda işləyən şəxslərdə tez- tez müşahidə olunur.

Əlamətlər kəskin laringitdəki kimidir, lakin burada az qabarıq olur, vaxtaşırı kəskinləşir. Xəstəliyin kataral, hipertrofik və atrofik formaları ayırd edilir. Xəstələr vaxtaşırı güclənən xırıltıdan, səsin tez yorulmasından, acışma, cırmaqlanma duyğusundan şikayət edirlər.

Güzgü ilə baxarkən qırtlağın selikli qişası boz – qırmızı rəngli, ayrı – ayrı yerlərdə qalınlaşmış olur. Yalançı səs bağlarının selikli qişası ödemli, şişkin olur. Yastı epitelin yayıldığı yerlərdə buynuzlaşan epitelin qalınlaşmaları (paxidermiya) əmələ gəlir. Səs bağlarında bəzən selikli qişanın bir – biri qarşısında yerləşən ödemli qalınlaşmaları (müğənni düyüncükləri) əmələ gəlib xırıltı törədir.

Müalicə. Katarın xronik formaya keçməsinə səbəb olan şərtləri aradan qaldırmaq lazımdır. Qırtlağın selikli qişasına günəşırı 1-2-3%-li lyapıs məhlulu yaxırlar. Qələvi inqalyasiyalar, atrofiya və qartmaqlar əmələ gəldikdə yod – qliserin yaxılması tətbiq olunur.

Qırtlağın kəskin və xronik daralmaları (stenozları)

Qırtlaq mənəfinin sürətlə baş verən azalmasına qırtlağın kəskin darılması deyilir. Qırtlaq mənəfinin xeyli azalması boğulma törədir. Səs yarığının darılması qırtlaqdakı iltihabi dəyişikliklərdən, səs yarığının birdən – birə baş verən spazmindan, qırtlağın hərəkət sinirlərinin pozulmasından, travma nəticəsində ola bilər. Allergiya və ya həşəratların sancması nəticəsində yaranan qırtlağın ödemi də qırtlağın daralmasına səbəb olur.

Qırtlaq stenozunun 4 mərhələsi ayırd edilir:

- 1) kompensasiya
- 2) nisbi kompensasiya
- 3) dekompensasiya
- 4) asfiksiya.

I kompensasiya mərhələsində oksigenin az daxil olması tənəffüsün yavaşması və dərinləşməsi ilə kompensə olunur.

II nisbi kompensasiya mərhələsində nəfəsalma dərinləşir, nəfəsvermə kəskinləşir, qısalır. Xəstə narahat olur, akrosianoz, ürəkdöyünmənin tezləşməsi müşahidə olunur. Nəfəsalma zamanı qabırğalararası sahələr daxilə dartılır.

III dekompensasiya mərhələsində xəstə çox narahatdır, tənəffüs tezləşmiş, səthi olur, xəstənin üzü soyuq tərle örtülür, gözləri qabarıq, dəri örtükləri göyərir, huş pozulur.

IV asfiksiya mərhələsində tənəffüs Çeyn – Stoks tipli, huş itir, nəbz sapvari olur, sidik və nəcis qeyri – iradi ifrazı ola bilər və ölüm baş verir.

Uşaqlarda qırtlağın kəskin darılması yalançı və həqiqi inaq (difteriya) nəticəsində əmələ gəlir. Yalançı inaq adətən kəskin zökəmdən, qrippdən sonra baş verir. Tutmalar qəflətən uşaq yatarkən gecə olur. uşaq güclü hürüşəbənzer öskürək və ağır töyşümə ilə oyanır. Sianoz, narahatlıq, bəzən qıcolmalar müşahidə olunur. Tutmalar adətən bir neçə dəqiqədən yarım saata qədər uzanır və bir neçə dəfə təkrarlana bilər. Yalançı inaq zamanı

afoniyanın olmaması ödemin bağaltı sahədə yerləşməsi ilə izah olunur. Qırtlaq difteriya (həqiqi inaq) zamanı boğulma əlamətləri yavaş olur və töyşümə afoniya ilə müşayiət olunaraq tədricən şiddətlənir. Ağır ümumi hal və intoksikasiya difteriya üçün xarakterdir.

Qırtlaq ödemləri zamanı yardım təcili olmalıdır. Uşağı dərhal oturtmaq və yaş mələfələr asmaqla otağın havasını nəmləmək, isti ayaq vannaları etmək, baldırlara xardal yaxmaları qoymaq lazımdır. Yayındırıcı və sakitləşdirici dərmanlar kömək etmədikdə (nadir hallarda) yalançı inaqı olan uşaqlarda intubasiya yaxud traxeotomiyaya əl atmaq lazımdır. Həqiqi inaq zamanı müalicə dərhal antidifteritik serum vurulmasından ibarətdir. Stenotik tənəffüs zamanı boğulmanın son həddini gözləmədən intubasiya ya traxeotomiya etmək lazımdır.

Yaşlılarda da yayındırıcı vasitələr təyin etmək lazımdır. İnqalyasiyalar, venaya qlükoza və maqnezium sulfat iynələri təyin edilir. Allergiya mənşəli ödemlər zamanı antihistamin preparatları təyin olunur. Konservativ müalicə effektiv olmayanda traxeotomiyaya əl atırlar.

Xronik stenoz zamanı töyşümənin şiddətlənməsi nisbətən yavaş olur. Bu orqanizmin oksigeni az işlətməyə uyğunlaşması ilə izah olunur.

Qırtlağın şişləri

Xoşxassəli şişləri. Qırtlağın xoşxassəli şişlərinə fibroma və papillomalar aiddir.

Fibroma daha çox kişilərdə rast gəlir, əsasən həqiqi səs bağlarında yerləşir, açıq çəhrayı ya qırmızı rəngdə, hamar səthli, ayaqcıq ya enli əsas üzərində olur.

Papilloma boz qırmızı rəngli şiş olub, gül kələminə yaxud xoruz pipiyinə oxşayır. Onun əsas etioloji faktoru insanın papilloma virusu sayılır.

Xoşxassəli şişlərin əlaməti xırıltıdır. Səs tədricən itir. Papillomatoz şişlərin xüsusən uşaq yaşlarda sürətlə böyüməsi tez – tez tam səssizliyə (afoniya), tənəffüsün çətinləşməsinə və traxeotomiyanın zəruriliyinə aparıb çıxarır.

Müalicə cərrahi üsulla aparılır.

Bədxassəli şişlər. Qırtlağın bədxassəli şişlərinə xərçəng və sarkoma aiddir.

Qırtlağın xərçəngi daha çox kişilərdə rast gəlir. Adətən xərçəngdən əvvəl xərçəng önü xəstəliklər olur – obliqat xərçəngönü xəstəliklər (böyüklərdə papilloma, paxidermiya) və fakultativ xərçəngönü xəstəliklər (vərəmdən, sifilisdən sonra yaranan çapıqlar).

Kliniki əlamətlər şişin lokalizasiyasından asılıdır. Səs bağlarının xərçəngi zamanı erkən və əsas əlamət xırıltıdır. Şiş qırtlağın yuxarı şöbəsində yerləşdikdə boğazda acışma, yad cisim duyğusu, udma zamanı narahatlıq və qulağa irradiasiya edən cüzi ağrı. Proses udlağa yayıldıqda disfagiya və ağrı artır. Qırtlağın bağaltı sahəsinin xərçəngi üçün tədricən artan tənəffüs

çətinləşməsi və xırıltı xarakterdir. Qırtlağın stenozu tədricən artır və traxeostoma qoymaq lazım gəlir. Xəstələrin ümumi vəziyyəti pisləşir. Diaqnozu laringoskopiya, laringostroboskopiya, fibrolaringoskopiya, rentgenoloji müayinə və biopsiya əsasında qoyurlar. Müalicə cərrahi, şüa, ximioterapiya üsullarından ibarətdir.

Qırtlağın hərəkəti pozulmaları

Qırtlağın əzələ sistemində hərəkəti pozulmalar ya onun funksiyasının şiddətli artması yaxud onun zəifləməsi və tamamilə itməsi (ifliclər) şəklində rast gəlir. Adətən səs yarığını daraldan əzələlərin xəstəliklərindən asılı olan funksional ifliclər qırtlaq sinirlərinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gələn orqanik ifliclər ayırd olunur, orqanik ifliclər zamanı hamısından əvvəl səs yarığını genəldən əzələlər pozulur.

Qırtlağın hərəkəti funksiyasının pozulması mərkəzi və periferik mənşəli ola bilər. Mərkəzi ifliclərə siringomieliya, bel quruluşu, isteriya, beyin qabığına, Varoli körpüsündə, uzunsov beyində yerləşən qummalar, şişlər, qansızmalar səbəb ola bilər. Qayıdan sinirin mərkəzi mənşəli iflicləri yaxınlıqdakı başqa beyin sinirlərinin (IX,X, XI, XII) eyni zamanda zədələnməsi ilə müşayiət oluna bilər.

Periferik ifliclər qayıdan sinirin zədələnməsi nəticəsində olur, qayıdan sinir divararalığının şişləri, aortanın anevrizması, ur və yemək borusunun xərçəngi ilə sıxıla bilər, yaxud alkoqol, sifilitik və revmatik mənşəli nevrilər nəticəsində ifliclər baş verir. Qırtlağa baxdıqda iflic olan tərəfdəki səs bağına sakit tənəffüs zamanı xaricə hərəkət etməyib tənəffüs ilə fonasiya arasındakı orta (meyit vəziyyəti adlanan) vəziyyətdə qaldığı görünür. Qayıdan sinirin birtərəfli iflici zamanı klinik əlamətlər cüzidir : səs nisbətən az pozulur; səsin bir qədər xırıltılı olması və tez yorulması baş verir, tənəffüs sərbəst olur. İkitərəfli iflic xəstə üçün ciddi təhlükə təşkil edir və çox vaxt traxeotomiya tələb olunur, çünki hər iki səs bağı orta vəziyyət aldıqda səs yarığı tənəffüs üçün kifayət etmir.

Qırtlağın çox vaxt miopatik, funksional iflicləri də rast gəlir. Bunlar qırtlaqdakı hər cür iltihab proseslərinin, yaxud qırtlaq əzələlərinin şiddətli gərginləşmələrinin (müəllimlərdə, müğənnilərdə və b.) nəticəsi olur. Səs əzələləri daha tez - tez zədələnir. Hər iki səs əzələsinin iflici zamanı səsləri tənəffüs edərkən onların tam yaxınlaşması baş vermir və belə hallarda səs yarığı hər iki tərəfdən uzanmış və sivriləmiş oval formaya malik olur. Səs xırıltılı olur bəzən tam səssizlik əmələ gəlir.

Diaqnozu laringoskopiya köməyi ilə qoyurlar.

Müalicə . Hər şeydən əvvəl xəstəliyin səbəbi aradan qaldırılmalıdır.

Fizioterapiya (elektroforez,diatermiya), iynəbatırma terapiyası tətbiq edilir.

Nevropatik parezələr və ifliclər zamanı qırtlağın innervasiyasını pozan xəstəliyin müalicəsi aparılır.

TRAXEYA

Traxeyanın anatomiyası

Traxeya aşağı tənəffüs yollarının başlanğıc hissəsi olub, qırtlağın davamıdır. Traxeya uzunluğu (qırtlaqdan haçalanmaya qədər) 11-13 sm olan silindr formasına malik boru olub, 16–20 traxeya halqalarından ibarətdir, bunlar bir–biri ilə sərt lifli tosuma ilə birləşmiş olan hialin qığırdağından ibarətdir. Dal tərəfdə qığırdaq halqaları tamamilə qapanmır, burada traxeya divarı birləşdirici toxumadan və saya əzələlərdən əmələ gəlmişdir. Traxeyanın bu hissəsi bütün boyu uzun yeməl borusuna söykənir. Sakit halda traxeya VII boyun və ya I döş fəqərəsindən V döş fəqərəsinə qədər olan səviyyədə yerləşmişdir, burada traxeya sağ və sol bronxlara bölünür. Traxeya öz yuxarı hissəsində boynun səthinə yaxın yerləşir, aşağıya endikcə o eyni zamanda arxaya tərəf əyilərək güclü inkişaf etmiş piy və birləşdirici toxuma kütləsi ilə, boyunun əzələləri, səthi fassiyası və dərisi ilə örtülmüş olur.

Traxeobronxoskopiya

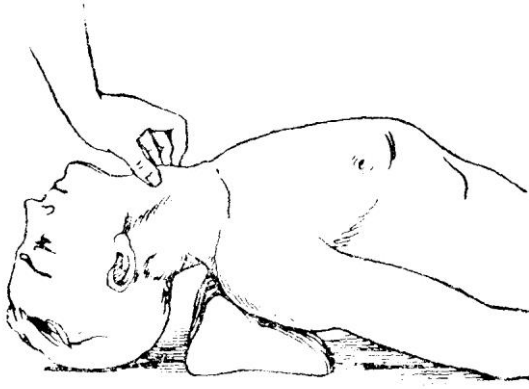
Traxeobronxoskopiya traxeyanı və bronxları gözdən keçirmək üçün aparılır. Bronxoskopik dəst : 1) işıqlandırıcı aparata malik dəstə ; 3) yardımçı cərrahi alətlər – seliyi və qanı silmək üçün yivli zondlar, seliyi çəkib çıxarıcı cihaz və yad cisimləri çıxarmaq və digər əməliyyatlar üçün olan müxtəlif ucluqlara malik uzun maşalar aiddir.

Aşağı tənəffüs yollarını işıqlandırmaq və müayinə etmək üçün onlara bronxoskopik boruların daxil edilməsi təbii yollar (ağız, udlaq, qırtlaq) ilə ola bilər, buna yuxarı bronxoskopiya deyilir ; yaxud traxeotomik dəlik olduqda bu boruları həmin dəlikdən daxil edirlər ki , buna aşağı bronxoskopiya deyilir.

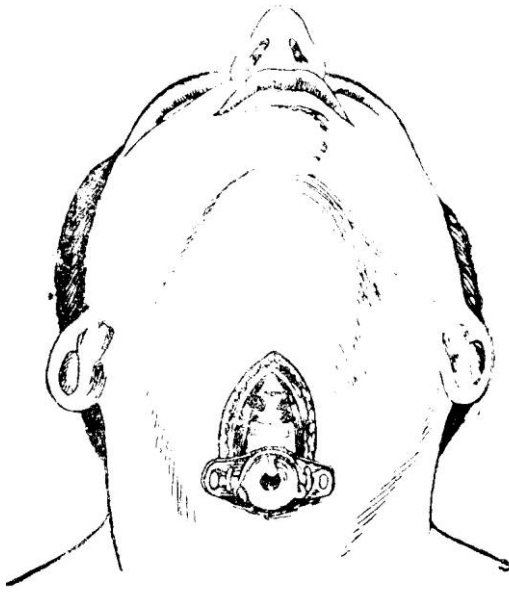
Traxeostomiya

Traxeostomiyaya qırtlaqda ya traxeyanın yuxarı şöbəsində xəstənin həyatı üçün qorxulu olan şiddətli stenozlar (inaq, qırtlağın ödemə, yad cisimlər, şişlər və s.) olduqda əl atırlar. İxtisasından asılı olmayaraq həkim traxeostomiya edə bilmirlər.

Traxeyanın qalxanabənzər vəzi boğazından yuxarıda ya aşağıda deşilməsindən asılı olaraq yuxarı və aşağı traxeostomiya ayırd edirlər. Xəstəni başı arxaya əyilmiş vəziyyətdə əməliyyat stoluna uzadırlar, çiyinləri altına girdə əməliyyat yastığı qoyurlar. Qalxanabənzər qığırdağın aşağı kənarından başlayaraq orta xətt üzrə olmaqla dəridə və boyunun səthi fassiyalarında kəsik aparırlar. Sonra küt yolla hökmən orta xətt üzrə gedərək üzüyəbənzər qığırdağın ön səthinə çatır və qalxanabənzər vəzi



Şək.18. Traxeostomiya zamanı xəstənin vəziyyəti.



Şək.19. Traxeostomiya.

boğazının aşağıda yerləşən kapsulunu üzərindən kəsirlər, onda traxeyanın birinci halqaları görünür. Qanaxmanı dayandırdıqdan sonra iti skalpel ilə traxeyanın 2 – 3 halqasını kəsib biri digərinə geydirilən metal borudan ibarət traxestomiya borusunu traxeyaya taxırlar, bundan sonra şiddətli surətdə bəlgəm xaric olur və xəstənin sakit tənəffüsü başlayır. Borunu sarğı ilə boyuna təsbit edirlər, yara kəsiyini yuxarıdan və aşağıdan 1 – 2 tikişlə tikirlər.

Bu əməliyyat adətən yerli keyitmə altında edilir, lakin bəzi təhlükəli hallarda heç bir keyitmə olmadan da edilir. Traxeostomiya üçün lazımı alətlər aşağıdakılardır : küt və iti qarmaqlar, arterial sıxıcılar, pinsetlər, traxestomik borular, yara genəldici, iynə və steril sap ilə iynətutan, novcuğabənzər zond və bir neçə skalpel. Yerli keyitmə üçün 5% - li novokain məhlulu və iynələrlə birlikdə steril şpris olmalıdır.

Traxeostomiya edilmiş xəstələrə diqqətlə qulluq etmək lazımdır. Traxeostomiya borusunun qurumuş selik, difteritik pərdələr ilə tutulmasının diqqət yetirmək lazımdır. Seliyi, bəlgəmi elektrik sorucu vasitəsilə aspirasiya etmək lazımdır. Bunun üçün yumşaq rezin və ya plastmass

kateterlər istifadə edirlər. Traxeyaya 0,5% natrium hidrokarbonat, 0,5% - li dioksidin , furasilin , proteolitik fermentlər, kortikosteroidlərlə birlikdə antibiotik məhlulları yeridirlər. Traxeostomiya borusunu yalnız qırtlağın mənfəzi bərpa olduqdan sonra çıxarmaq olar. Qırtlaq mənfəzinin bərpa olunması laringoskopiya və funksional sınaqlar ilə təyin edilir.

Qırtlağın, traxeyanın və bronxların yad cisimləri

Qışqırarkən, danışdıqda , güldükdə, yedikdə, qusduqda qəfləti nəfəsalma zamanı ağız boşluğundan qırtlağa, traxeyaya və bronxlara müxtəlif tad cisimlər düşə bilər. Yad cisimlər arasında ən müxtəlif əşyalara : tumlara, düymələrə, sümüklərə və s. rast gəlinir.

Bu zaman meydana çıxan başlıca əlamət boğulma tutmaları ilə müşayiət olunan qıcolma xarakterli vaxtaşırı təkrar edən öskürəkdir. Səs yarığından keçmiş yad cisimlər adətən traxeyada ilişməyib böyük bronxların birinə düşür. Qida borusuna düşmüş yad cisimlər adətən ağrı, təzyiq hissi törədir və udmanın pozulmasına səbəb olur, halbuki traxeya və bronxlara düşmüş yad cisimlər tənəffüs pozulması törədir. Səs yarığına keçib ilişən yad cisimlər xırıltıya, səsin itməsinə səbəb olur, onlar daha aşağıya keçmiş olduqda bu əlamət qeyd olunmur. Əsas bronxların birini tutmuş yad cisimlər müvafiq ağciyərdə atelektaz və əks tərəfdə emfizematoz genişlənmə törədir ki, bu döş qəfəsinin perkussiyası, auskultasiyası və rentgenoqrafiyası ilə təyin olunur. Qəti diaqnoz qoymaq və yad cismi çıxarmaq üçün bronxoskopiya əl atırlar.

Tənəffüs yollarının yad cisimlərinin profilaktikası valideynlər və uşaq müəssisələrinin işçiləri ilə söhbət etməklə sanitariya maarifi xətti üzrə aparılır. Söhbətlərdə uşaqlara lazımi nəzarət olunmasının zəruriliyi, xırda əşyaları oyundan çıxarmağın və hər şeyi ağıza qoymaq kimi pis adəti tərgitməyin lazım olması qeyd olunur. Uşaqlara verilən qidada xırda sümüklər, tumlar olmamalıdır.

YUXARI TƏNƏFFÜS YOLLARININ ZƏDƏLƏNMƏSİ

Burunun və əlavə ciblərin zədələnməsi

Burunun dik vəziyyəti , onun skeletinin kövrəkliyi burunun tez - tez zədələnməsini mümkün edir.

Yumşaq hissələrin əzilməsi, zədələnməsi, burun skeletinin qığırdaq və sümük hissələrinin sadə və mürəkkəb sınıqları ayırd olunur. Üz nahiyəsindəki küt travmalar burunun və əlavə ciblərin əksərən qapalı zədələnmələrinə səbəb olur.

Burun sümüklərinin sərbəst kənarının kiçik sınıqları zahiri deformasiya verməyə bilər və yalnız əlləmə ilə, bəzən krepitasiya ilə , əksərən isə rentgenoloji müayinə vasitəsi ilə təyin olunur. Ən çox burun sümükləri,az

hallarda əng sümüyünün alın çıxıntıları zədələnir. Burun çəpərinin travmaları nəticəsində onun əyilmələri, çıxıqları, çatlamaları ya sınıqları müşahidə oluna bilər.

Qığırdaqların elastik olması nəticəsində burunun qığırdaq hissəsinin travmaları nisbətən az hallara deformasiya törədir. Burunda deformasiya olduqda adətən qığırdaq hissə sümük hissəsinin ardınca olur və sümük hissəni yerinə saldıqda qığırdaq hissənin də normal vəziyyətini bərpa edir. Burun arxasına öndən endirilən travma zamanı burun sümüklərinin boylama sınığı baş verir, burun arxası sümük hissədə və qismən qığırdaq hissədə çökdüyündən burunun forması yastılaşmış olur. Burunun yanlara yerdəyişməsi daha tez - tez olur. Zərbə dəyən tərəfdə burun sümüyü ilə alın çıxıntısı arasında tikişin qopması ilə əks tərəfdə alın çıxıntısının sınığı baş verə bilər.

Travmanın ardınca burun zədələnmələrinin əlamətləri bunlardır : 1) şok, 2) burun qanaxması, 3) burun nahiyəsində, üzün ətrafdakı hissələrində ağrı, şişkinlik, qansızmalar, 4) xəlbir səfhədə çat olduqda onurğa beyni mayesinin xaric olması.

Dəri örtüklərinin tamlığı pozulduqda, burunun selikli qişaları cırıldıqda və şiddətlə finxırdıqda üzde, göz qapaqlarında ,üzde dərialtı emfizema əmələ gələ bilər.

Təzə təsadüflərdə burunun sümük əsasının sınıqları ilə müşayiət olunan geniş burun zədələnmələri zamanı diqnozu müəyyən etmək asandır. Belə hallarda rentgenoloji müayinə əsaslı kömək göstərir.

Müalicə . Qapalı zədələnmələr zamanı müalicə qanaxmanı dayandırmaqdan və qəlpələri yerinə mümkün qədər tez salmaqdan ibarətdir. Yüngül təsadüflərdə burun qanaxmasını buruna hidrogen - peroksid məhlulunda isladılmış kiçik tamponlar daxil etməklə dayandırmaq olar. Sonrakı tamponada qəlpələri düzgün vəziyyətdə fiksə etməyə imkan verir.

Daxildən bu, burun boşluğunun kip tamponadası ilə, bayırdan isə burunun yanlarına kip tənzip yastıqların qoyulması ilə əldə edilir, tənzip yastıqlar bu vəziyyətdə yapışqan plastır köməyi ilə saxlanılır. Burun çəpərinin hematoması zamanı birinci günlərdə punksiya edirlər, sonra burun boşluğu tamponlanır, antibiotiklər təyin edilir.

Burun boşluğundan güclü qanaxmalar buruna ön və yaxud dal tamponada aparılır.

Burunun , əlavə ciblərin yaraları qan təchizatının bol olması sayəsində yaxşı sağalır.

Udlağın zədələnmələri

Udlağın odlu silah yaralanmaları əksərən kombinasiyalı olur. Əlamətlər ümumi və yerli olur. Ümumi əlamətlərdən ilk plana şok çıxır. Yerli əlamətlərə bunlara aiddir : 1) burundan və ağızdan qanaxma , qanlı qusma ola bilər, 2) qan laxtalarının toplanması, sümük qırıntıları ilə burun

keçəcəyinin tıxanması nəticəsində burunla tənəffüsün çətinləşməsi, 3) udmanın çətinləşməsi, 4) səsin tınlılığı, 5) başı döndərəkən və əyərəkən ağrılar. Qulaqların xəstəlikləri kimi ağırlaşmalar ola bilər. Kəllə boşluğuna keçən çatların əmələ gəlməsi ağır kəllə içi ağırlaşmalara səbəb ola bilər. Diaqnoz müayinəyə və rengenografiyaya əsasən qoyulur. Müalicə . Şoka qarşı mübarizə, tetanusun profilaktikası, itirilən qanın əvəz edilməsi tətbiq olunur. Yerli müalicə qanaxmanın dayandırılmasından başlanır. Yad cisimləri ağız , burun və ya haymor cibi vasitəsi ilə çıxarırlar.

Qırtlağın və traxeyanın zədələnmələri

Odlu silah yaralanmaları qırtlaq və traxeya zədələnmələrinin əsas növüdür. Soyuq silah ilə yaralanmalar və əzilmələr daha az rast gəlinir. Qırtlağın və traxeyanın odlu silah yaralanmaları dəliab keçən, kor və toxunan ola bilər. Eyni zamanda dilin, udlağın və qida borusunun zədələnməsi ilə olan kombinasiyalı yaralanmalar çox rast gəlinir. Boyunun böyük damarlarının və sinirlərin yaxınlığı bu yaralanmaların ağırlığını artırır və tez - tez ölümə səbəb olur.

Səsin tutulmasından tam afoniyaya qədər səs əmələ gəlməsinin pozulması ən daimi əlamətidir. Udma zamanı ağrı olur. qırtlağın yuxarı şöbəsindəki yaralanmalar zamanı çeçimə qeyd olunur. Tənəffüsün çətinləşməsi olur. Öskürək müşahidə olur. Dərialtı emfizema ola bilər. Aspirasion pnevmoniya erkən ağırlaşmaların biridir. Tez –tez rast gəlinən ən təhlükəli ağırlaşmalardan biri qırtlağın daralmasıdır. Gec ağırlaşmaların ən ciddi ikinci qanaxmadır.

Diaqnoz qoymaq çətin deyildir. Kor yaralanmalar zamanı yad cisimlərin harada yerləşməsini təyin etməkdə rentgenoloji tədqiqat böyük rol oynayır.

Müalicə. İlk yardım yaralının həyatı üçün əsas təhlükənin - qanaxmanın və boğulmanın ləğv olunmasına yönəldilir. Qanayan damara liqatura qoymaq mümkün olmadıqda boyundakı damarları bağlamağa əl atmaq lazım gəlir. Tənəffüsün getdikcə şiddət edən çətinləşməsi zamanı traxeostomiya edilir. Antibiotiklər təyin edilir. Traxeostomiya edilmiş xəstələrə qulluq ümumi qaydalara əsasən edilir.

YUXARI TƏNƏFFÜS YOLLARININ PEŞƏ XƏSTƏLİKLƏRİ

Yuxarı tənəffüs yollarına təsir göstərən əsas zərərli istehsalat amilləri bunlardır : 1) toz, 2) buxarlar və qazlar , 3) meteoroloji amillər (havanın çox quru ya çox rütubətli olması və s.).

Burun boşluğu zərərli amillərin təsirinə daha tez uğrayır. Sonra tənəffüs yollarının daha dərin şöbələri zədələnir. Burun – udlağın xəstəlikləri zamanı Yevstax boruları və orta qulaq xəstəlikləri əmələ gələ bilər.

Toz yuxarı tənəffüs yollarına təsir edən ən zərərli peşə amilidir. Tozlar qeyri – üzvi və üzvi tozlara bölünür, qeyri – üzvi toz mineral və metal toz ola bilər, üzvi toz bitki və heyvan mənşəli olur. Toz mexaniki və ya kimyəvi təsir göstərir. İstehsalatda dəmir, qurğuşun, əhəng tozları daha tez –tez rast gəlinir. Bitki mənşəli toz un, tütün şəklində olur, heyvani toz yunun, tükün və s. emalı zamanı əmələ gəlir.

Tozun təsiri nəticəsində burun – udlaq və qırtlaq selikli qişasında iltihablar əmələ gəlir. Adətən kataral və atrofik proseslər müşahidə olunur. Bəzi sexlərdə ən quru rinitlər müşahidə olunur, bunlar eroziyalar və xoralar, təkrar burun qanaxmaları və burun çəpərinin deşilməsi ilə müşayiət oluna bilər.

Buxarlar və qazlar öz toksikliyi ilə zərərli təsir göstərir və çox vaxt ümumi zəhərlənmə törədir. Qazlar ilə kəskin zəhərlənmə hallarında kəskin rinit, laringit təzahürləri, xronik zəhərlənmə hallarında selikli qişanın xronik kataral iltihabı əmələ gəlir.

Yuxarı tənəffüs yollarının peşə xəstəliklərinin profilaktikası – ictimai və şəxsi profilaktika istiqamətində aparılır. İctimai - sosial xarakterli tədbirlərin hamısı dövlət qanunvericiliyində və müvafiq əmək mühafizəsi təlimatlarında təsbit olunmuşdur. Yuxarı tənəffüs yollarının sanasiyası profilaktik tədbirlər xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Şəxsi profilaktika tədbirlərinə ağız boşluğuna müxtəlif yaxılması, burun damcıları şəklində müxtəlif duru yağların işlədilməsi, sonra tozlu istehsalat sahələrində burun və qırtlaq yuyulması, inqalyasiyalar tətbiq olunur. Yuxarı tənəffüs yollarını tozdan qorumaq üçün respiratorlar, maskalar istifadə olunur. İctimai profilaktika tədbirləri istehsalat proseslərinin texniki təkmilləşdirilməsindən ibarətdir.

QIDA BORUSU

Qida borusunun anatomiyası

Qida borusu uzunluğu 25 sm olan əzələvi borudur, üzüyəbənzər qığırdağın yuxarı kənarı səviyyəsində udlağın aşağı şöbəsindən başlanır və aşağı enərək diafraqmadan keçib mədə ilə birləşir. Qida borusunda boyun, döş və qarın şöbələri ayırd edilir. Qida borusunun divarları üç qişadan təşkil olunmuşdur: yastı epiteli ilə örtülmüş selikli qişa, boylama və köndələn liflərdən ibarət əzələ qişası, elastik liflər qatışmış sərt lifli birləşdirici toxumadan ibarət xarici qişa. Qida borusunun mənfəzində üç fizioloji daralma ayırd edirlər: birinci daralma qida borusunun başlanğıcında olur.

ikinci daralma sol bronx ilə çarpazlaşdığı yerdə və üçüncü mədənin girəcəyində olur.

Qida borusunun müayinə metodları

Qida borusunun müayinəsi üçün rentgenoqrafiya aparılır, ezofaqoskopiya istifadə edilir. Ezofaqoskopiya qiymətli diaqnostik və müalicəvi metoddur.

Qida borusunun yanıqları və daralmaları

Qida borusunun yanıqları çox isti qida qəbul etdikdə əmələ gəlir. Daha ağır dərəcəli yanıqlar isə turşuların və yeyici qələvilərin təsiri nəticəsində baş verir. Udulan kimyəvi maddənin miqdarından və qatılığından asılı olaraq qida borusunda kataral, fibrinoz, yaxud nekrotik təzahürlər əmələ gəlir. Qida borusu divarlarının nekrozu bəzən elə dərin olur ki, əzələ qişasını da əhatə edir. Bunun nəticəsində qida borusu bütün divarları deşilə və mediastinit əmələ gələ bilər. Yüngül təsadüflərdə sonra çapıqlaşma baş verdiyindən qida borusunda daralmalar (strikturalar) əmələ gəlir. Qida borusunun daralması onun divarlarında olan iltihabların, xora proseslərinin nəticəsində ola bilər. Qida borusunun mənfəzi şişlər nəticəsində də darala bilər. Xəstələr qidanı udarkən çətinlikdən, bəzən tam keçməməzliyindən şikayət edirlər. Yüngül təsadüflərdə yalnız bərk qidanın keçməsi çətinləşir, duru qida isə sərbəst keçir.

Turşuları ya qələviləri daxilə qəbul edəndən bilavasitə sonra ilk yardım mümkün qədər tez (6 saatdan gec olmayaraq) mədəni ehtiyatla yumaqdan və zəhərlənmə törətmiş maddəni neytrallaşdırmaqdan ibarətdir. Turşularla zəhərlənmə zamanı mədə ilıq su ya südlə yuyulur. Qələvilərlə zəhərlənmə zamanı mədəni sirkə turşusu qatılmış su ilə yuyurlar, daxilə sirkə ya limon turşusunun 1% - li məhlulu , içməyə çoxlu süd, selikli həlimlər, buz udma təyin edirlər. Şok ilə mübarizə aparırlar. Dəri altına 1 ml 2% - li pantopon ya omnopon məhlulu vururlar. Antibiotiklər təyin edirlər.

Müalicə . Yanıqdan sonrakı birinci həftə ərzində qoruyucu pəhriz : süd, qaymaq, şorbalar təyin edirlər. Çoxlu maye içmək tövsiyyə olunur. Lazım olduqda qan köçürürlər. Çapıq daralmasının qarşısını almaq üçün mümkün qədər tez mil salınır.

Qida borusunun yad cisimləri

Qida borusunda ən müxtəlif əşyalar: balıq sümükləri, düymələr və s. ilişib qala bilər. Yad cisimlər fizioloji daralma yerlərində ilişirlər. İti yad cisimlər qida borusunun divarlarına sancılaraq onların deşilməsinə səbəb olur ki, bu şiddətli ağrılar və bəzi təsadüflərdə ölümə səbəb olan fleqmonoz periezofagit ya mediastinit təzahürləri ilə müşayiət olunur.

Diaqnoz kontrast maddə ilə edilən rentgenoskopiyaya əsasən qoyulur. Göstərişlər olduqda ezofaqoskopiya edirlər, bu zaman yad cisimləri çıxarırlar. Bir neçə gün ərzində duru, sıyıqşəkilli qida qəbulu məsləhət görülür.

Qida borusunun xərçəngi

Qida borusunun xərçəngi 40 -50 yaşlarda çox vaxt kişilərdə rast gəlinir. Yaşlı adamlar udmanın çətinləşməsindən (disfagiya) şikayət etdikdə həmişə xərçəng haqqında düşünmək lazımdır. Ağrı qida borusunun iltihablanmış damarlarındakı xoralardan ya spazmdan irəli gəlir. Əlamətlər əvvəlcə udma zamanı döş sümüyü arxasında narahatlığa təzyiqli hissi şəklində olur, daha gec təsadüflərdə isə boynuna, kürəklər arasına, qarıüstü nahiyəyə irradiasiya edən ağrılar şəklində olur və şişin yerləşmə səviyyəsindən asılıdır. Yeyərkən qusma və qida ilə gəyirmə, ağız suyu ifrazının artması müşahidə olunur. Qəti diaqnostika üçün xəstəni rengenoloji müayinə və ezofaqoskopiya etmək lazımdır. Müalicə cərrahi, şüa , ximioterapiya metodları ilə aparılır.

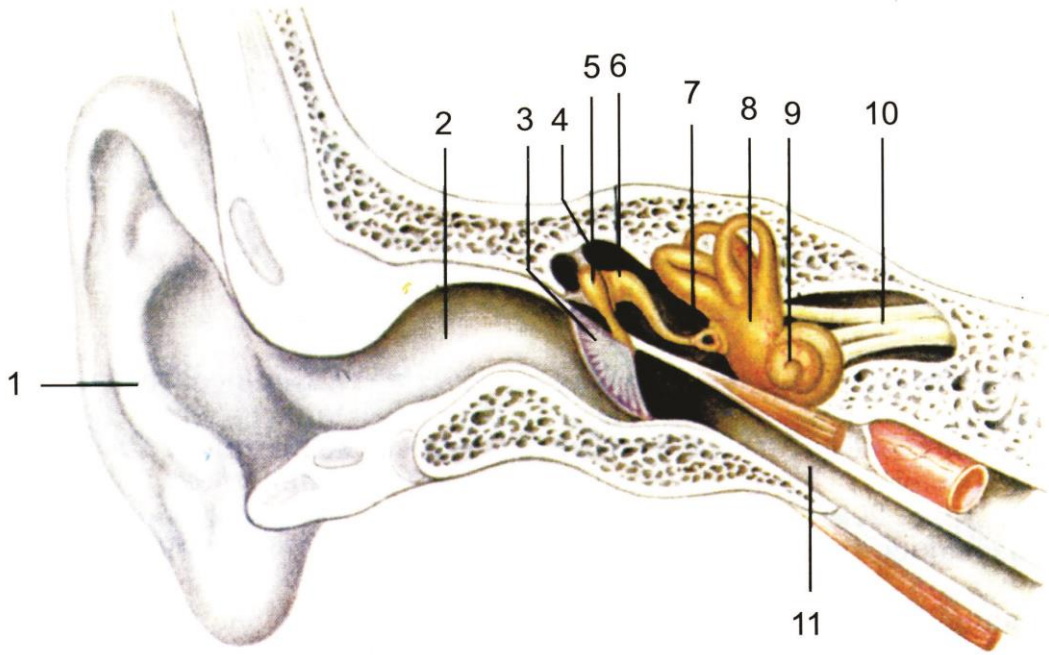
QULAQ

QULAĞIN ANATOMİYASI

Qulaq üç şöbədə: xarici, orta və daxili qulaqdan ibarətdir. Daxili qulaqda eşitmə və vestibulyar (dəhliz) analizatorların reseptorları yerləşmişdir.

Xarici qulaq

Xarici qulaq qulaq seyvanından və xarici qulaq keçəcəyindən ibarətdir. Qulaq seyvanı dəri ilə örtülmüş qıvrıdaq əsasdan ibarətdir və öz formasına görə seyvana oxşayır. Seyvanın dal səthi qabarıq, hamar olub, ön səthi çökükdür və aypara büküşlər və onların arasında əmələ gələn ciblərlə örtülmüşdür. Qulaq seyvanının sərbəst yuxarı bayır kənarı qıvrım adlanır, aşağıda seyvan tədricən qulaq sırgalığına keçir ki, bu, qıvrıqsız olub az miqdarda damarlar və sinirlər ilə birlikdə dərialtı hücrəli toxumaya malikdir. Qulaq seyvanının önündə olub xarici qulaq keçəcəyini örtən hündürlük traqus adlanır. Qıvrımın qarşısında və ona paralel olaraq gedən hündürlük - qarşı qıvrım aşağıda antitraqus ilə qurtarır.



Şək. DƏHLİZ-İLBİZ ORQANI.

- 1 - qulaq seyvanı;
- 2 - xarici qulaq keçəcəyi;
- 3 - təbil pərdəsi;
- 4 - təbil boşluğu;
- 5 - çəkiç;
- 6 - zindan;
- 7 - üzəngi;
- 8 - dəhliz;
- 9 - ilbiz;
- 10 - dəhliz-ilbiz siniri;
- 11 - eşitmə borusu.

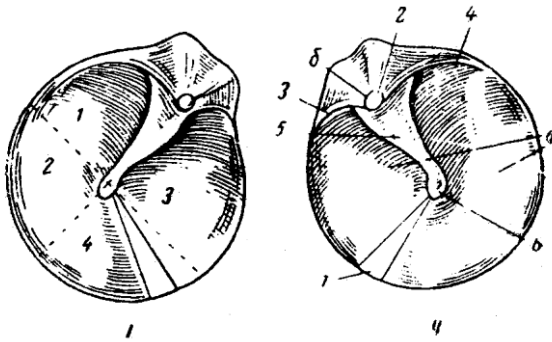
Şək.20.

Xarici qulaq keçəcəyi qulaq seyvanının qıfı bənzər çalası ilə başlanır və üfqi istiqamətdə daxilə və bir qədər önə doğru gedən kanaldır, uzunluğu təxminən 3,5 sm – dir. Bu kanalın axırında xarici qulağı orta qulaqdan ayıran qulaq pərdəsi yerləşir. Qulaq keçəcəyinin bayır üçdə biri qığırdaqdan və zarlı toxumadan, içəri üçdə ikisi sümükdən əmələ gəlmişdir. Keçəcəyin qığırdaq və sümük hissələri birləşən yerdə önə və aşağıya baxan küt bucaq əmələ gətirir. Buna görə də qulaq pərdəsinə baxarkən qulaq keçəcəyini dala və yuxarıya əymək tələb olunur. Xarici qulaq keçəcəyinin mənfəzi boylama diametri 1 sm olan oval formaya malikdir. Ən dar hissəsi boğaz adlanır, yəni qığırdaq hissənin sümük hissəyə keçdiyi yer. Qulaq keçəcəyinin divarları dəri ilə örtülmüşdür, sümük hissədə dəri tədricən nazilir, dərialtı birləşdirici toxumanı itirib sümüklüklüyü ilə möhkəm birləşir. Qığırdaq hissənin dəri örtüyü tüklər, piy

vəziləri, qulaq kiri vəziləri ilə zəngindir. Sümük şöbənin dərisində tüklər, vəzilər yoxdur. Xarici qulaq keçəcəyinin sümük hissəsində dörd divar ayırıl edirlər : yuxarı divar gicgah sümüyünün pulu ilə əmələ gəlmişdir; dal divarı məməyəbənzər çıxıntının ön divarından ibarətdir; ön və aşağı divarları gicgah sümüyünün təbil hissəsindən əmələ gəlmişdir. Yeni doğulmuşlarda sümük qulaq keçəcəyi və məməyəbənzər çıxıntı yoxdur və sümük qulaq keçəcəyi əvəzinə yalnız sümük halqa vardır. Həyatının 3 – cü ilinin sonuna yaxın xarici qulaq tamamilə formalaşır. Xarici qulağın qan təchizatı xarici yuxu arteriyasının şaxələri hesabına olur. İnnervasiyasında üçlü sinirin şaxələrindən başqa azan sinirin qulaq şaxəsi iştirak edir. Qulaq keçəcəyinin divarlarından limfanın axıb getməsi qulaq seyvanının önündə, məməyəbənzər çıxıntıda, qulaq keçəcəyinin aşağı divarı altında yerləşən limfa düyünləri istiqamətində olur. Xarici qulaq keçəcəyindəki iltihabi proseslər çox vaxt bu limfa düyünlərinin böyüməsi və ağrılı olması ilə müşayiət olunur.

Qulaq pərdəsi

Qulaq pərdəsi oval formalı nazik yarımkeçirici pərdə olub xarici və orta qulağın hüdudunda yerləşir. Qulaq pərdəsinin ölçüsü 9,5 -10 mm x 8,5 – 9 mm- dir. Qulaq pərdəsinin əksər hissəsi təbil halqasının sümük şırımına bağlanmışdır və gərginləşmiş hissə adlanır, qulaq pərdəsinin kiçik hissəsi öndə və yuxarıda yerləşib bilavasitə gicgah sümüyünün pulundakı oymaya (incisura Rivini) birləşir və sallanmış hissə adlanır, ona Şrapnel zarı da deyirlər.



Şək.21. Normal qulaq pərdəsi sağdan və soldan.

I – sağ qulaq pərdəsi 4 kvadranta bölünmüşdür: 1-dal – yuxarı, 2-dal-aşağı, 3—ön-yuxarı, 4-ön- aşağı kvadrantlar. II – sol qulaq pərdəsi: a- gərginləşmiş hissə, b- boşalmış hissə və ya Şrapnel zarı: 1- işıq refleksi (konus), 2-çəkicin qısa çıxıntısı, 3-4-ön və dal büküşlər, 5-çəkicin dəstəsi, 6- göbək.

Qulaq pərdəsi üç qatdan ibarətdir : xarici epidermal qat – qulaq keçəcəyinin sümük örtüyünün davamıdır ; orta qat radial və halqavari yerləşmiş fibroz liflərdən əmələ gəlmişdir ; qulaq pərdəsinin daxili selikli qatı təbil boşluğunun selikli qişasının davamıdır. Qulaq pərdəsinin Şrapnel və ya sallanmış hissəsi yalnız iki qatdan ibarətdir : onda orta fibroz qat yoxdur.

qıfabənzər basıqlıq qeyd olunur ki, bunun da ən dərin yeri göbək (umbo) adlanır. Göbəkdən başlayaraq öndə və yuxarıda çəkicin dəstəsi yerləşir ki, sancaq başı böyüklüyündə kiçik hündürlük - qısa çıxıntı ilə qurtarır. Qısa çıxıntıdan önə və dala ön və dal büküşlər gedir ki, bunlar qulaq pərdəsinin yuxarı, sallanmış hissəsini qalan gərginləşmiş hissədən ayırır.

Orta qulaq

Orta qulağa təbil boşluğu, məməyəbənzər çıxıntı və Yevstax borusu aiddir. Təbil boşluğu kiçik, tutumu 1 sm^3 yaxın və gicgah sümüyünün qalınlığında qulaq pərdəsi ilə daxili qulaq arasında yerləşən sahədir. Təbil boşluğu öndən Yevstax borusu vasitəsi ilə burun – udlaq boşluğu ilə, daldan mağara girəcəyi vasitəsi ilə məməyəbənzər çıxıntının mağarası və hüceyrələri ilə birləşir. Təbil boşluğunu üç şöbəyə bölürlər: ən böyük orta şöbə mesotympanum qulaq pərdəsinin gərginləşmiş hissəsinə uyğundur, yuxarı şöbə epitympanum əvvəlkinin üzərində yerləşir və təbilüstü sahə yaxud attik adlanır; aşağı şöbə hipotympanum təbil zarı səviyyəsindən aşağıda yerləşir. Təbil boşluğunda altı divar ayırd edirlər. Təbil boşluğunun yuxarı divarı və ya dalı nazik sümük səfhədən əmələ gəlmişdir, təbil boşluğunu orta kəllə çuxurundan ayırır. Təbil boşluğunun aşağı divarı və ya dibi vidaci venanın soğanağından sümük səfhə ilə ayrılır. Yevstax borusu təbil boşluğunu daxili yuxu arteriyasının kanalından ayıran ön divardakı dəliklə başlanır. Dal divar özünün yuxarı hissəsində məməyəbənzər çıxıntı mağarasına girəcəyə malikdir. Daxili divar təbil boşluğunu daxili qulaqdan ayırır. Onda yastı hündürlük – burun (promontorium) vardır ki, o, ilbizin əsas qıvrımına uyğundur. Ondan yuxarı və dalda oval dəlik və ya dəhliz pəncərəsi yerləşir. Burundan dalda və aşağıda girdə pəncərə yerləşir – ilbiz pəncərəsi. Dəhliz pəncərəsi dəhlizə açılır, ilbiz pəncərəsi ilbizin əsas qıvrımına açılır. Oval dəlik üzənginin ayaqaltı səfhəsi ilə qapanmışdır, ilbiz pəncərəsi nazik zar - ikincili təbil zarı ilə örtülmüşdür. Dəhliz pəncərəsinin bilavasitə üstündə üz siniri kanalının üfqə hissəsi yerləşir.

Təbil boşluğunun bayır divarı qulaq pərdəsindən, yuxarıda isə təbilüstü sahənin xarici sümük divarından əmələ gəlmişdir. Təbil boşluğunda üç qulaq sümüyü: çəkic, zından və üzəngi yerləşir, bunlar öz aralarında oynaqlar və bağlar ilə birləşir və hərəkətli silsilə əmələ gətirir.

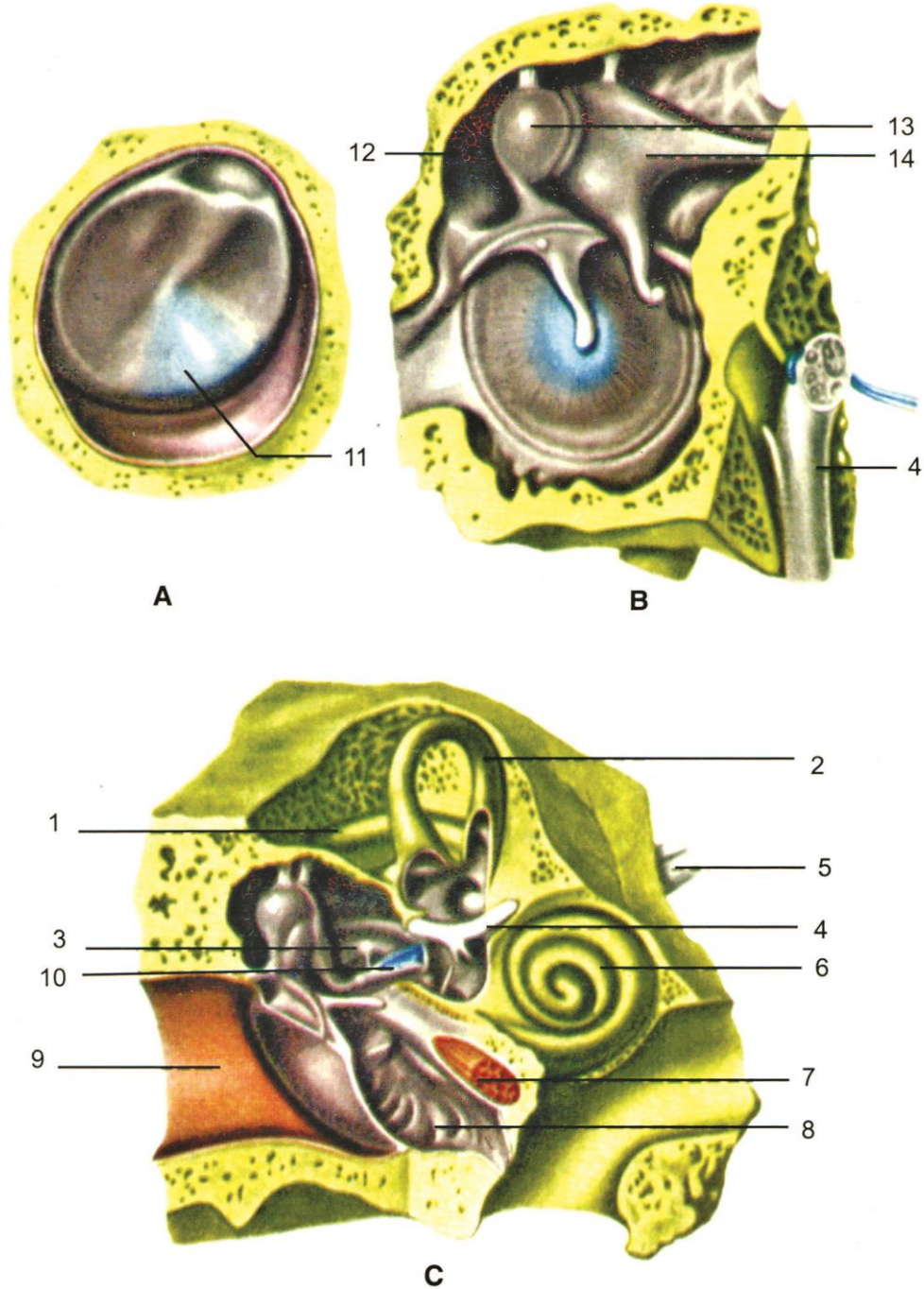
Təbil boşluğunun əzələləri: 1) təbil zarını gərginləşdirən əzələ Yevstax borusundan yuxarıda sümük yataqda yerləşir və çəkicin dəstəsinə bağlanır; 2) üzəngi əzələsi təbil boşluğunun dal divarından başlanır və nazik vətər vasitəsi ilə üzənginin başına bağlanır. Birinci əzələni üçlü sinirinin şaxəsi, ikincini üz sinirinin şaxəsi innervasiya edir.

Yevstax və ya eşitmə borusu təbil boşluğunu burun – udlaq boşluğu ilə birləşdirir; uzunluğu 3,5 sm yaxındır; kanalın təbil boşluğuna baxan üçdə

biri sümük divarlara, burun – udlağa baxan üçdə ikisi zar – qığırdaq divara malikdir. Yevstax borusunu örtən səyrici epiteli kirpiklərinin hərəkəti burun - udlağa tərəf baxır.

Məməyəbənzər çıxıntı xarici qulaq keçəcəyinin bilavasitə dalında yerləşir, döş – körpücük – məməyəbənzər əzələ ona bağlanır. Məməyəbənzər çıxıntının ön divarı xarici qulaq keçəcəyinin dal sümük divarını təşkil edir. Qulaq keçəcəyinin yuxarı divarının dal divarına keçən yerindən arxaya kiçik sümük çıxıntı - xarici qulaq keçəcəyiüstü tını vardır ki, bunun dalında hamar çuxur yerləşir.

Məməyəbənzər çıxıntının daxili divarı labirintə söykənir. Mağara (antrum) məməyəbənzər çıxıntının mərkəzi hissəsidir, təbil boşluğu ilə əlaqələnir. Orta qulağın arteriyaları əsasən xarici yuxu arteriyasından başlanır . Orta qulaq dil – udlaq, üz və simpatik sinirlərin şaxələri ilə innervasiya olunur.



Şək. TƏBİL PƏRDƏSİ (A); ORTA (B) VƏ DAXİLİ (C) QULAQ.

1 - çəkicin başı; 2 - zindan; 3 - üz siniri, 4 - ön yarım dairəvi kanal;
 5 - dəhliz-ilbiz siniri, 6 - ilbiz; 7 - təbil pərdəsini gərginləşdirən əzələ;
 8 - eşitmə borusu; 9 - xarici qulaq keçəcəyi; 10 - üzəngi, 11 - üzəngi əzələsi;
 12 - dal yarım dairəvi kanal; 13 - təbil pərdəsinin gərgin hissəsi;
 14 - təbilüstü cib.

Şək.22.

Daxili qulaq və ya qulaq labirinti

Daxili qulaq zarlı və sümük labirintdən ibarətdir; sümük labirint zarlı labirinti futlyar kimi əhatə edir. Zarlı labirint endolimfa ilə, sümük labirint ilə zarlı labirint arasındakı sahə isə onurğa beyni mayesindən ibarət olan perilymfa ilə doludur.

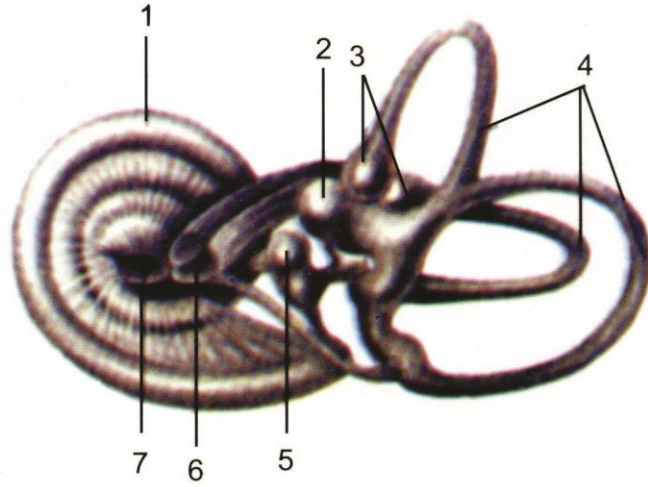
Sümük labirintdə dəhliz, üç yarım dairəvi kanal və ilbiz ayırd edirlər. Ilbiz eşitmə, dəhliz və yarım dairəvi kanallar vestibulyar analizatora aiddir.

Dəhliz sümük labirintin mərkəzi hissəsi olub onun bayır divarında oval pəncərə vardır; qarşı tərəfdəki içəri divarda dəhlizin zarlı kisələrinə məxsus iki basıq vardır. Ön kisəcik (sacculus) dəhlizdən öndə yerləşən zarlı ilbiz ilə əlaqələnir, dal torbacıq (utricle) isə dəhlizdən dalda və yuxarıda yerləşən üç zarlı yarım dairəvi kanal ilə əlaqələnir. Dəhlizin kisəciklərində müvazinət hərəkət resepsiyasının uc aparatları, yəni otolit aparatları yerləşir. Bunlar otolitlərə (karbon turşusunun və fosfor turşusunun əhəng duzu kristallarına) malik zar ilə örtülmüş yüksək dərəcədə differensiasiyalı spesifik sinir epitelidir.

Yarım dairəvi kanallar üç qarşılıqlı perpendikulyar müstəvi üzrə yerləşmişdir: xarici- üfqi, yuxarı - frontal və dal – sagital kanallar. Hər yarım dairəvi kanal bir genəlmiş ayaqcığa – ampula və digər sadə və ya hamar ayaqcığa malikdir. Frontal və sagital kanallar bir ümumi hamar ayaqcığa malikdir. Hər bir zarlı kanalın ampulunda reseptor olan daraq yerləşir. Dəhlizin və yarım dairəvi kanalların reseptorları dəhliz analizatorunun sinir liflərinin periferik uclarıdır.

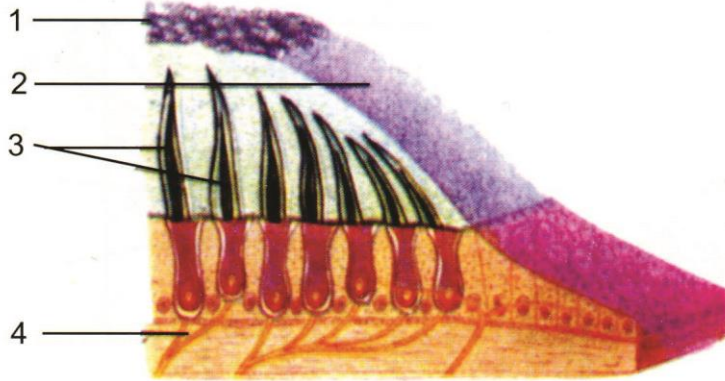
Ilbiz, sümük kanal olub, sümük mil ətrafında $2\frac{1}{2}$ qıvrım əmələ gətirir və bağ ilbizinə oxşayır. Ox mildən bayır divara gedən və ox ətrafında spiral şəkildə qıvrılan sümük – zarlı səfhə ilə bu kanal öz daxilində iki şöbəyə bölünür: yuxarı dəhliz pilləkani və aşağı təbil pilləkani bir – biri ilə balaca dəlik vasitəsi ilə ilbizin zirvəsində birləşir. Hər iki şöbə perilymfa ilə doludur. Yuxarı şöbə dəhlizlə əlaqələnir, aşağı şöbə isə ikinci təbil zarı ilə qapanan oval pəncərə vasitəsi ilə təbil boşluğu ilə həddəndir.

Ilbizin yuxarı hissəsində sümük spiral səfhədən nazik Reysner zarı ayrılır, o, kəsikdə üçbucaq formasına malik kiçik zarlı kanalı əhatə edir. Endolimfa ilə dolmuş bu kanal ilbiz axacağı adlanır. Ilbiz axacağında – onun aşağı divarında, yəni əsas zarda Korti üzvü yerləşir, o, eşitmə analizatorunun reseptor aparatıdır. Korti üzvündə kirpikli və istinad hüceyrələri ayırd edilir. Hissi kirpikli hüceyrələr istinad hüceyrələri arasında bir neçə hüceyrədən ibarət olan sıra şəkildə və kirpiklərə malikdir. Hissli kirpikli hüceyrələr eşitmə sinirinin şaxələri ilə bürünmüşdür, bu şaxələr eşitmə sinirinin sümük spiral düyününə və sonra beyin qabığına gedir.



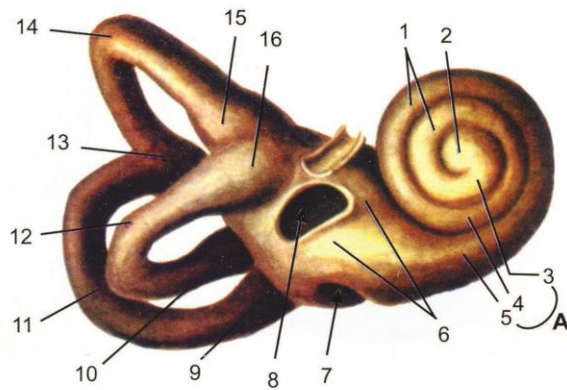
Şək. ZARLILABİRİNT.

- 1 - ilbiz axacağı;
- 2 - ellipsəbənzər kisəcik;
- 3 - zarlı ampula;
- 4 - yarım-dairəvi axacıqlar;
- 5 - kürəvi kisəcik;
- 6 - dəhliz-ilbiz sinirinin dəhliz hissəsi;
- 7 - dəhliz-ilbiz sinirinin ilbiz hissəsi.



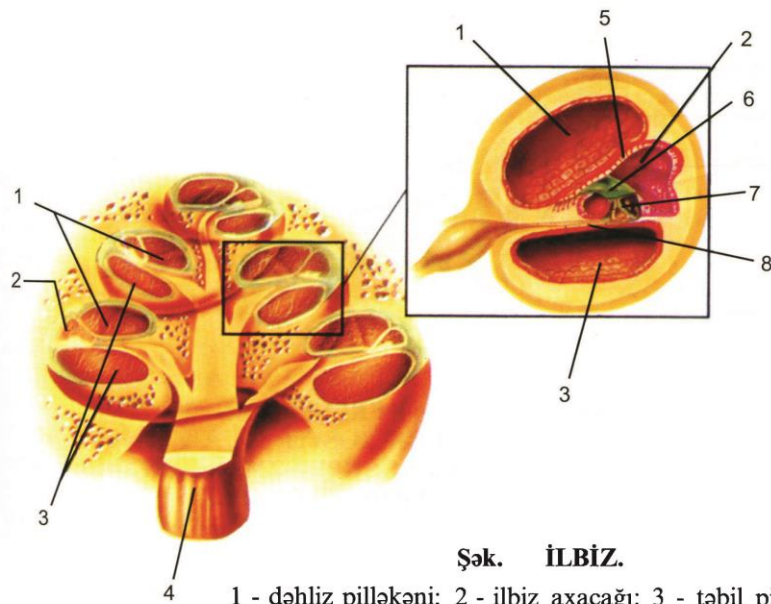
Şək. MÜVAZİNƏT APARATININ RESEPTOR HİSSƏSİNİNİ KÖNDƏLƏN KƏSİYİ.

- 1 - statokoniyalar;
- 2 - statokoniya zarı;
- 3 - tükcüklü hissi hüceyrələr;
- 4 - əsas zar.



Şək. SÜMÜK LABİRİNT.

1 - ilbiz; 2 - ilbizin zirvəsi; A - ilbiz qıvrımları; 3 - zirvə; 4 - orta; 5 - əsas; 6 - dəhliz; 7 - ilbiz pəncərəsi; 8 - dəhliz pəncərəsi; 9 - dal sümük ampul; 10 - sadə ayaqcıq; 11 - dal yarımdairəvi kanal; 12 - bayır yarımdairəvi kanal; 13 - ümumi ayaqcıq; 14 - ön yarımdairəvi kanal; 15 - ön sümük ampul; 16 - bayır sümük ampul.



Şək. İLBİZ.

1 - dəhliz pilləkəni; 2 - ilbiz axacağı; 3 - təbil pilləkəni; 4 - ilbiz siniri; 5 - dəhliz zarı; 6 - ikinci təbil pərdəsi; 7 - spiral (Korti) orqanı; 8 - spiral zar.

Şək.25,26.

QULAĞIN FİZİOLOGİYASI

Qulaq insanın xarici aləmlə əlaqəyə girdiyi hiss üzvlərindən biridir. I.P. Pavlov təliminə görə analizatorlar üç hissədən ibarətdir: 1) periferik hissə və ya reseptorlar, yəni qıcığın qəbul edən hissə; 2) qıcığın ötürən hissə; 3) beyin qabığına yerləşmiş mərkəzi şöbə, burada qıcıqların analizi baş verir və qıcıq duyğu kimi qavranılır. Qulaq iki funksiyaya - eşitmə funksiyasına və sahədə oriyentasiya və bədənimizin müvazinətini saxlama funksiyasına malikdir.

Eşitmə funksiyası

Qulağın eşitmə funksiyası səslərin xarici və orta qulaq və ya kəllə sümükləri vasitəsi ilə keçirilməsindən və eşitmə analizatoru reseptoru, yəni Korti üzvü ilə səslərin qəbul edilməsindən ibarətdir. Xarici və orta qulaq səsi nəql edən aparatdır, daxili qulaq, daha doğrusu Korti üzvü səsi qəbul edən aparatdır. Xarici qulaq keçəcəyi səslərin xarici mühitdən qulaq pərdəsinə qədər keçirilməsi üçündür. Qulaq keçəcəyinin mənfəzinin tutulması və ya tamamilə qapanması səs dalğalarının keçməsinə mane olur və eşitməni zəiflədir.

Qulaq pərdəsinə çatan səs dalğaları onun rəqsinə səbəb olur. Qulaq pərdəsinin bu rəqsləri çəkic dəstəsi ilə eşitmə sümükləri zəncirinə ötürülür və labirint oval pəncərəsini örtən üzəngi səfhəsi səs rəqslərinin fazasından asılı olaraq gah oval pəncərəyə basılır, gah da ondan uzaqlaşır. Üzəngi səfhəsinin hərəkətləri perilympfanın hərəkətinə (rəqsinə) səbəb olur. Bu rəqslər əsas zara və onda yerləşən Korti üzvünə verilir. Əsas zarın rəqsləri nəticəsində Korti üzvünün kirpikli hüceyrələri yuxarıdan asılan örtük zarı ilə təmasa girir. Bu zaman rəqslərin fiziki enerjisi sinir oyanması fizioloji prosesə çevrilir, oyanma eşitmə sinirinin uclarına, sonra aparıcı yollar vasitəsi ilə beyin gicgah paylarında beyin qabığının eşitmə mərkəzlərinə nəql olunur, burada sinir oyanması səs duyğusuna çevrilir.

Normal eşitmə funksiyası səsi qəbul edən və səsi keçirən aparatların normal halı ilə təmin edilir.

Səslərin labirintə keçirilməsinin iki yolu vardır: hava keçiriciliyi (xarici qulaq keçəcəyi, qulaq pərdəsi və eşitmə sümükləri silsiləsi zənciri vasitəsi ilə) və sümük keçiriciliyi (bilavasitə kəllə sümükləri və üzəngi vasitəsi ilə). İnsan xarici mühitin rəqs tezliyi saniyədə 16 – dan 20000 – dək olan səslərini qəbul edə bilər.

Qulağımız səsləri hündürlüyünə (ucalığına), qüvvəsinə və tembrinə görə mahiyyətini aydınlaşdırmağa çalışan bir neçə eşitmə nəzəriyyəsi vardır. 1863 – cü ildə helmhols tərəfindən təklif edilmiş rezonans nəzəriyyəsi daha çox yayılmışdır. Bu nəzəriyyəyə görə əsas zarın lifləri bəzi musiqi alətlərindəki simlər kimi rezonans yaradır. Əsas zarın ilbizin əsas

qıvrımında yerləşmiş qısa, nazik və daha tarım lifləri musiqi simləri kimi müştərək surətdə yüksək (zil) tonlara rəqs edir, yəni rezonans yaradır, ilbizin yuxarı qıvrımında yerləşmiş daha uzun, yoğun və az tarım lifləri isə alçaq (pəs) tonlara rezonans edir.

Səs mənbəyinin olduğu yeri müəyyən etmə qabiliyyəti – ototopika – hər iki qulağın normal funksiyası ilə əlaqədardır. Bu qabiliyyət mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyəti ilə tənzim olunur. Əgər səs bir tərəfdən gəlsə o qarşı tərəfin qulağına cüzi (0,0006 saniyə) gecikməklə daxil olunur. Bu gecikmə səsini istiqamətini təyin etməyə imkan verir.

Dəhliz funksiyası

Sahədə bədənin və onun ayrı – ayrı hissələrinin vəziyyətinin təyini bir çox reseptorların müştərək işləməsi nəticəsində olur. Bu reseptorlara görmədən başqa dəridə, əzələlərdə, oynaqlarda və vətərlərdə olan reseptorlar aiddir. Bu reseptorlardan başqa beyincik və dəhliz aparatı böyük rol oynayır. Dəhliz aparatı daxilindəki otolit aparatı ilə dəhlizdən və ampulyar aparat ilə birlikdə yarım dairəvi kanallardan ibarətdir. Dəhliz analizatorunun uc şaxələri onlarda yerləşmişdir.

Bədənimizin sahədə hərəkəti zamanı aldığı sürətlər dəhliz analizatorunun uc şaxələrinin adekvat qıcıqlandırıcılarıdır. Düzxətli hərəkətlər otolitlərin yerdəyişməsinə və dəhliz kisəciklərində yerləşmiş otolit (və ya statolit) aparat reseptorlarının qıcıqlanmasına səbəb olur. Bucaq üzrə və ya fırlanma hərəkətləri yarım dairəvi kanallarda endolimfanın yerdəyişməsinə və yarım dairəvi kanallar aparatı reseptorlarının qıcıqlanmasına səbəb olur. Dəhliz analizatoru reseptorlarının oyanması bir sıra reflektor reaksiyalar ilə müşayiət olunur ki, bunlar gövdənin, ətrafların, boynun, gözlərin ayrı – ayrı əzələ qruplarında tonusun dəyişilməsinə səbəb olur. Bu bütün bədənin vəziyyətini dəyişdirir və müvazinəti saxlamağa kömək edir.

Yarım dairəvi kanalların qıcıqlanması zamanı müşahidə olunan şərtsiz reflekslərin biri gözlərin nistaqmıdır ki, o, göz almalarının bu və ya başqa istiqamətdəki ritmik hərəkətləridir. Gözlərin nistaqmını müşahidə etməkdən praktikada dəhliz aparatının qıcıqlanma zamanı reaksiyasını qiymətləndirmək üçün istifadə edirlər.

Dəhliz aparatının adekvat reaksiyası mərkəzi sinir sisteminin xüsusilə onun ali şöbəsinin - beynin böyük yarımkürələri qabığının halından asılıdır.

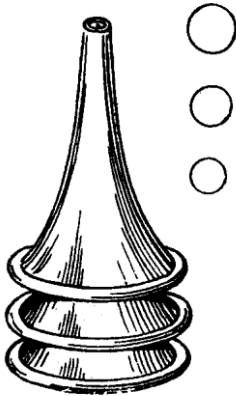
QULAĞIN MÜAYİNƏ METODLARI

Müayinəni anamnez toplamaqdan başlayır, sonra qulağı yoxlayır və eşitməni funksional cəhətcə tədqiq edirlər. Boğaz – qulaq – burun üzvlərinin kompleksli müayinəsində həmişə burun və udlaq qulaqdan əvvəl müayinə olunur. Anamnez toplayarkən birinci növbədə xəstənin şikayətlərini

aydınlaşdırırlar. Şikayətləri aydınlaşdırarkən bu məsələlərə diqqət yetirirlər: a) qulaqlarda ağrılar, onların xarakteri; b) irin axması ; c) eşitmənin zəifləməsi və ya karlıq ; d) qulaqlarda küy ; e) baş gicəllənmə. Xəstənin ümumi əhvalını, baş ağrılarının,üşütmənin və s. olmasını aydınlaşdırmaq da vacibdir. Burunun və udlağın iltihabi xəstəlikləri orta qulağın kəskin xəstəliklərinin tez –tez rast gələn səbəbidir. Ona görə qulağın xəstələnməsindən qabaq qrip, kəskin zökəm və s. olub olmadığını aydınlaşdırmaq lazımdır. Sonra ümumi anamnez toplamağa keçirlər. Qulağın müayinəsi xarici müayinədən, qulağın və məməyəbənzər çıxıntının əllənməsindən, xrici qulaq keçəcəyinin və qulaq pərdəsinin müayinəsindən (otoskopiyadan) ibarətdir.

Otoskopiya

Otoskopiyanı hər iki gözlə , həm də mütləq sol gözlə reflektordakı dəlikdən baxmaqla edirlər. Işıq xəstədən sağda olmalıdır. Qulaq qıfını yeritməzdən qabaq xarici qulaq keçəcəyinin girəcəyini gözdən keçirmək və onun enini təyin etmək lazımdır. Kiçik uşağı müayinə edərkən köməkçi onu qucağına götürür, bir əli ilə uşağın başını öz döşünə sıxaraq tutur, o biri əli ilə onun qollarını tutur. Uşağın qıçları köməkçinin qıçları arasında sıxılmalıdır.



Şək.27. Qulaq qıfları.

Böyük və şəhadət barmaqlar ilə qulaq qıfını geniş hissəsindən tuturlar. Ehtiyatla , yüngül hərlənmə hərəkətləri ilə onu qulaq keçəcəyinin 1 – 1,25 sm – lik dərinliyinə yeridir və mümkün qədər sümük hissəyə toxundurmurlar. Eyni zamanda qulaq seyvanını yuxarıya və arxaya, kiçik uşaqlarda isə aşağıya və arxaya dartırlar.



Şək.29. Qulaq pərdəsinə baxılma.

Normal qulaq pərdəsi boz – mirvari rəngli oval şəklində olub üzərində tanınma nöqtələri olur. Qulaq pərdəsinin ön yuxarı hissəsində sancaq başı böyüklüyündə sarımtıl – ağ qabarma vardır, bu çəkicin qısa çıxıntısıdır. Ondan önə və dala tərəf bozuntul – ağ rəngli iki zolaq – ön və dal büküşlər gedir, bunların vasitəsi ilə qulaq pərdəsinin ön yuxarı hissəsi (Şrapnel zarı) aşağıda yerləşən gərginləşmiş hissəsindən ayrılır. Qısa çıxıntıdan aşağıya və dala doğru zolaq şəklində çəkicin dəstəsi uzanır, o, öz genişlənmiş aşağı ucu ilə qulaq pərdəsinin umbo adlanan mərkəzində qurtarır. Otoskopiya zamanı reflektordan düşən işıq şüalarının əks olunması nəticəsində üçbucaq formasına malik parlaq işıq refleksi qeyd olunur, bu üçbucağın zirvəsi mərkəzə (göbəyə), əsası isə qulaq pərdəsinin ön aşağı kənarına baxır. Qulaq pərdəsinə dörd kvadranta bölürlər : əgər çəkicin dəstəsini qulaq pərdəsinin kənarına qədər uzatsaq və sonra göbək səviyyəsində mərkəzdən ona perpendikulyar xətt çəksək , qulaq pərdəsi dörd kvadranta bölünəcək – ön yuxarı, ön aşağı, dal yuxarı, dal aşağı. Qulaq pərdəsi təbil boşluğu ilə sıx əlaqədardır, ona görə orta qulağın xəstəlikləri onda əks olunur. Məsələn, rəngin dəyişilməsi , yəni qulaq pərdəsinin qırmızılığı orta qulağın iltihabını göstərir.

Otoskopiya zamanı xəstə qulağı sağlam qulaq ilə müqayisə etmək üçün müayinəni sağlam qulaqdan başlayırlar.

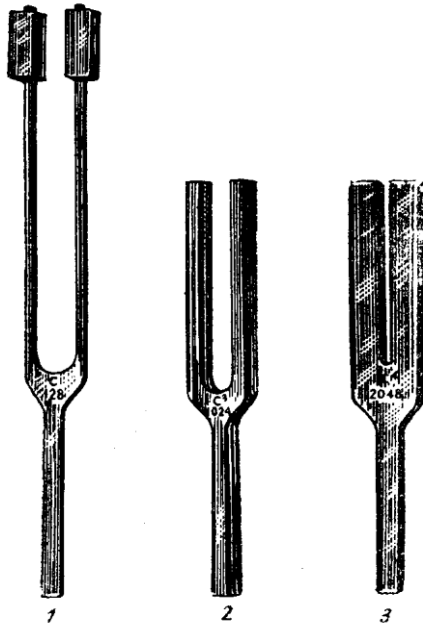
Eşitmə funksiyasının müayinəsi

Eşitmə funksiyasının müayinəsi pıçıltı və danışığı ilə, kamertonlar və audiometrin köməyi ilə edilir. Pıçıltı ilə danışığı eşitmə müayinəsi kifayət qədər böyük otaqda aparılır. Hər qulağı ayrılıqda müayinə edirlər, bu zaman o biri qulağı əllə qapayırlar. Xəstə qulağı ilə müayinə edən şəxsə tərəf elə dönür ki, onun üzünü görməsin və dodaqların hərəkətinə əsasən deyilən sözləri bilməsin . Pıçıltının qüvvəsi eyni olmalıdır.

Normal qulaq pəs səslərin, yəni dodaq, damaq samitlərini – b,p, t, m, n , üstün olduğu pıçıltı danışığını 5 – 10 m məsafədən qəbul edir; uca səslərin

(s, z, ç, ş) üstün olduğu pıçılıtlı danışığı 20m qədər olan məsafədən qəbul edilir. Əgər pıçılıtlı ilə danışığı orta hesabla 6 – 8 m məsafədən qəbul edilirsə, eşitmə praktik cəhətcə normal hesab edilir. Əgər xəstə pıçılıtlı danışığını heç eşitmirsə, adı danışığıla, yaxud uca danışığıla yoxlamağa keçirlər.

Kamertonlar ilə müayinə. Səsi keçirən və səsi qəbul edən aparatın xəstəlikləri arasında differensial diaqnostika üçün, habelə eşitmə itiliyini daha dürüst təyin etmək üçün eşitməni kamertonlarla müayinə etmək lazımdır. Kamertonlar obertonsuz xalis səslər verir. İnsan qulağı rəqslərin sayı saniyədə 16 – dan 20000 - ə qədər olan tonları ayırd edə bilir. Qulağın qəbul etdiyi ən yüksək ton – eşitmənin yuxarı hüdudunu, ən alçaq ton - eşitmənin aşağı hüdudunu təyin edir. Səsi qəbul etmənin yuxarı və aşağı hüdudları arasında qəbul edilən tonlar eşitmə diapazonunu əmələ gətirir. Yaş artdıqca eşitmə diapazonu əsasən eşitmənin yuxarı hüdudu hesabına azalır.



Şək.30. Kamertonlar : 1- 128 rəqs üçün, 2- 1024 rəqs üçün, 3- 2048 rəqs üçün.

Kamertonlar dəsti ilə müxtəlif tonlara (saniyədə 64 –dən 4096 rəqsə qədər) görə eşitməni tədqiq etmək olur. Kamertonların köməyi ilə hava və sümük keçiriciliyini təyin edirlər. Hava keçiriciliyini təyin etmək üçün kamertonu qulaq keçəcəyinin dəliyinə yaxınlaşdırırlar. Sümük keçiriciliyini təyin edərkən səslənən kamertonu başa, yaxud məmyəbənzər çıxıntıya qoyurlar. Eşitmə normal olduqda hava keçiriciliyi sümük keçiriciliyindən yüksək olur. Praktikada sümük və hava keçiriciliyini iki kamertonun C_{128} və C_{2048} kamertonlarının köməyi ilə təyin edirlər.

Səs keçirən və səs qəbul edən aparatın kamertonlarla müayinəsi üçün müxtəlif metodlardan istifadə edirlər.

Veber sınağı (səsin lateralizasiya sınağı). Səslənən C₁₂₈ kamertonunu xəstənin təpəsinə qoyur və ondan xahiş edirlər ki, səsi hansı qulağı ilə daha yaxşı eşitdiyini desin. Səsi keçirən aparat pozulduqda (qulaq keçəcəyində qulaq kiri tıxacı, orta qulağın iltihabı) kamertonun səslənməsi xəstə qulaqda daha yaxşı eşidiləcəkdir. Səsi qəbul edən aparat pozulduqda kamerton sağlam qulaqda daha yaxşı eşidiləcəkdir.

Rinne sınağı (sümük və hava keçiriciliyinin müqayisəsi). Məməyəbənzər çıxıntıya qoyulmuş səslənən kamerton C₁₂₈ daha eşidilməyəndə onu qulağa yaxınlaşdırırlar; bu zaman məlum olur ki, səsin qəbulu sümüyə nisbətən hava vasitəsi ilə uzun çəkir (normada sümüklə təqribən 45 saniyə, hava ilə 85 – 90 saniyə). Belə təsadüfdə deyirlər ki, Rinne sınağı müsbətdir (+ Rinne). Müsbət Rinne sınağı eşitməsi normal olan şəxslərdə habelə səsi qəbul edən aparatın pozulması zamanı müşahidə olunur. Səsi keçirən aparatın pozulması zamanı səsin sümüklə qəbulu hava keçiriciliyi ilə eyni, hətta ondan xeyli artıq ola bilər; belə təsadüflərdə deyirlər ki, Rinne sınağı mənfidir (- Rinne).

Şvabax sınağı. Bu sınaqda xəstənin sümük keçiriciliyi (təpədən ya məməyəbənzər çıxıntıdan) müayinə edən şəxsin sümük keçiriciliyi (əgər onun sümük keçiriciliyi normaldırsa) ilə müqayisə olunur. Səs keçirən aparatın xəstəlikləri zamanı sümük keçiriciliyi uzanır, səsi qəbul edən aparatın patologiyasında qısalmış olur.

Eşitmənin xüsusi alət yəni audiometr ilə müayinəsi daha dürüst və daha sürətli sayılır, audiometr vasitəsi ilə eşitmə itiliyini eşitməni qiymətləndirmək üçün bütün diapazon dairəsində yoxlamaq olar.

Dəhliz funksiyasının müayinəsi

Dəhliz funksiyasının tədqiq olunmasını xəstəni dindirmək və onu müayinə etmək ilə başlayırlar. Dəhliz aparatı xəstəlikləri olan xəstələr adətən baş gicəllənməsindən, ürəkbulanmadan, qusmadan şikayət edirlər. Xəstəni müayinə edərkən gözlərdə spontan nistaqm tapıla bilər. Spontan nistaqm xəstənin gözləri yanalara baxarkən, bəzən isə irəliyə düz baxdıqda ola bilər. Habelə koordinasiyanın, statikanın və yerişin pozulması müşahidə oluna bilər. Dəhliz funksiyasının halını təyin etmək üçün klinikada xüsusi sınaqlar tətbiq edirlər - fırlanma, kalorik və pressor sınaqlar.

Fırlanma sınağı bədənin öz oxu ətrafında fırlanması nəticəsində yarım dairəvi kanallarda endolimfanın yerdəyişməsinə əsaslanır. Endolimfanın bu yerdəyişməsi reseptorların qıcıqlanmasına səbəb olur, bu da nistaqm əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur. Xəstəni üfqü müstəvidə fırlanan kresloya oturdub, onu şaquli ox ətrafında 20 saniyədə 10 dəfə sürətlə fırladırlar. Bu zaman üfqü yarım dairəvi kanallarda endolimfanın yerdəyişməsi baş verir. Kreslonu dayandırdıqda sağ tərəfə fırlanmadan sonra xəstədə sola nistaqm, sol tərəfə fırlanmadan sonra sağa nistaqm müşahidə edilir. Nistaqmı müşahidə etmək üçün xəstəyə müayinə edənin

barmağına baxmağı təklif edirlər. Barmağı nistaqm gözlənilən tərəfdən 30 sm aralıda tuturlar. Dəhliz analizatorunun oyanıqlığı normal olan adamların əksəriyyətində fırlanmadan sonrakı nistaqmın davamı orta hesabla 30 – 35 saniyəyə bərabərdir. Bu metodun qüsurlarına hər iki labirintin qıcıqlanması aiddir.

Kalorik sınağın əsasını süni qızdırma ya soyutma təsirindən yarım dairəvi kanallardakı endolimfanın yerdəyişməsi təşkil edir. Bu sınaq zamanı hər labirint ayrıca tədqiq olunur. Növbə ilə hər qulağa şprisdən su tökürlər; soyuq (16 – 30°) su yeritdikdə əks tərəfdə nistaqm müşahidə olunur; isti (38 - 41°) yeridilməsi həmin tərəfə nistaqm törədir. Kalorik sınaq zamanı nistaqm olmaması dəhliz aparatı oyanıqlığının itirilmiş olduğunu göstərə bilir. Quru perforasiya olduqda irinli otit residivi əmələ gətirməmək üçün kalorik sınağı aparmaq olmaz.

Labirintin bəzi patoloji hallarında havanın qulaq keçəcəyində sıxılması ya seyrəlməsi ilə törədilən nistaqm (**pressor sınağı**) müşahidə olunur. Əgər labirint divarında (xarici yarım dairəvi kanal) fistul ya sümük qüsuru varsa qulaq keçəcəyindəki havanı ballon ilə sıxdıqda xəstə qulaq istiqamətində gözlərdə nistaqm müşahidə olunur; havanı seyrəldikdə əks tərəfə nistaqm əmələ gəlir. Bu hadisəyə fistul əlaməti deyilir.

XARİCİ QULAĞIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Xarici qulağın anomaliyaları

Məlumdur ki, hər 10000 yeni doğulmuş uşaqlardan biri xarici qulaq anomaliyalarından əziyyət çəkir. Çox vaxt bu anadangəlmə qüsurlar digər üzv və sistemlərin anomaliyaları ilə birlikdə rast gəlir: ginekomiastiya, alt çənənin inkişafdan qalması və s. Xarici qulaq anomaliyalarında makrootiya, mikrootiya və anotiya ayırd edirlər. Makrootiya zamanı qulaq seyvanı böyük və qabarmış olur. Mikrootiya zamanı qulaq seyvanının ayrı – ayrı hissələri – sırğqalığın, qıvrımın hissəsi olur. Anotiya - qulaq seyvanının tamamilə olmamasıdır. Həm mikrootiya, həm anotiya zamanı qulaq keçəcəyinin mənfəzi olmur.

Müalicə - plastik əməliyyatlar.

Xarici qulağın qeyri – iltihabi xəstəlikləri

Otematoma - qulağın hematoması, qulaq seyvanının travması zamanı müşahidə olunur. Qulaq seyvanının yuxarı yarısında gərginləşmiş, yaxud flüktuasiyalı şiş əmələ gəlir. Şiş qırmızı – göy rəngli olur. Kiçik otematomalar zamanı soyuq islatma dərmanları, sıxıcı sarğı, 5% - li yod tinkturu yaxılması tətbiq olunur. Böyük otematomalar zamanı punksiya edib mayeni çıxarırlar və sonra sıxıcı sarğı qoyurlar.

Qulaq seyvanının yanıqları və donmaları. Qulaq seyvanı yanıqlarının üç dərəcəsinə ayırd edirlər. Üçüncü dərəcəli yanıqların nəticəsi qulaq seyvanı qığırdağının ayrı - ayrı hissələrinin nekrozu və qopub ayrılması ola bilər ki, bunun nəticəsində qulağın çox eybəcərləşməsi baş verir. Qulaq seyvanının donmalarına onun yanıqlarından tez - tez rast gəlinir. Yanıqların müalicəsi cərrahiyyənin ümumi qaydaları üzrə aparılır.

Qulaq seyvanı donmasının üç dərəcəsinə ayırd edirlər. I dərəcəli donma zamanı dərinin avazıması, ağarması, şişkinliyi ilə xarakterizə olunur, sonra hiperemiya və ağrı olur. II dərəcəli donma zamanı sudurlar əmələ gəlir, III dərəcəli donmada xoralar əmələ gəlir, dərinin və qığırdağın nekrozu baş verir.

Müalicə . I dərəcəli donma zamanı qulaq seyvanının tədricən isidilməsi, yumşaq parça ilə silməsi, UYT – terapiyası tətbiq edilir. II dərəcəli donmalarda sudurları boşaldırlar, antibiotiklər, qulaq seyvanı nahiyəsinə kvars , UYT təyin edirlər. III dərəcəli donmalarda nekrozlaşmış nahiyələri kəsib atırlar, yaraya aseptik məlhəmli sarğılar qoyurlar. Qartmaq qopandan sonra qulaq seyvanının deformasiyası ola bilər.

Qulaq çirki tıxacı (cerumen).

Normal şəraitdə qulaq kiri vəzilərinin ifrazatı quruyur, qırıntı kütləsinə çevrilir və ya topacıqlar şəklində xaric olur. Qulaq çirkinin çox toplanması dərinin yerli qıcıqlanması (kibritlə qulaq kirinin çıxarılması) nəticəsində vəzilərin fəaliyyətinin güclənməsi; xarici qulaq keçəcəyinin darlığı ; qulaq çirkinin suvaşqanlılığı, qulaq keçəcəyinin divarlarına yapışması nəticəsində baş verir.

Xəstələr eşitmənin birdən – birə zəifləməsindən, qulaqda küydən, öz səsini dəyişilmiş şəkildə eşitməkdən şikayət edirlər : səs tutulmuş qulaqda əks olunur.

Qulaq çirki tıxacının diaqnozu otoskopiya zamanı asan qoyulur. Qulaq keçəcəyinin mənfəzi qırmızı – qonur, yaxud tünd qəhvəyi kütlə ilə tutulmuş olur. Zondlama ilə tıxacın yumşaq ya bərk konsistensiyası təyin edilir.

Müalicə qulaq çirki tıxacını isti su ilə yuyub xaric etməkdən ibarətdir.

Lakin əvvəl qulaqdan irin axıb axmadığını müəyyən etmək lazımdır :

bundan sonra qulaq pərdəsində quru perforasiya qala bilər. Belə təsadüflərdə tıxacı əyri qarmağı köməyi ilə çıxarmaq lazımdır. Yuyulmanı istiliyi 37 olan su ilə etmək lazımdır. Qulağı yumaq üçün tutumu 100ml olan şpris işlədirlər. Qulaq seyvanını dala və yuxarıya dartaraq mayeni təkənlərlə qulaq keçəcəyinin dal divarına doğru yönəldirlər. Bu zaman çirki tıxac bütünlüklə ya hissə - hissə yuyulub xaric edilir. Qulaq keçəcəyini yuduqdan sonra zonda sarınmış pambıqla qurudurlar.

Əgər tıxac bərkdirsə , qulağa 2 -3 gün ərzində 10 -15 dəq 37 istiliyi olan qələvi damcıları tökməklə onu yumşaltmaq olar.

Rp. Natrii bicarbonici;
Glycerini aa 5,0;
Aq. destil. 10 ml;
MDS. Gündə 4 dəfə 5 damcı

Tıxac yumşaldıqdan sonra qulaq keçəcəyi şprislə yuyulur.

Yad cisimlər.

Qulağın yad cisimləri 3 – 7 yaşlı uşaqlarda daha tez – tez rast gəlinir. Uşaqlar qulaqlarına noxud, düymə, muncuq, günəbaxan, meyvə tumları və s. yeridirlər. Canlı yad cisimlər - həşəratlar da ola bilər.

Əgər yad cisimlər hamadırsa və qulaq keçəcəyinin divarlarına xəsarət yetirmirsə, xəstədə uzun müddət heç bir şikayətə səbəb olmur. İti, kələ - kötür kənarlarını olan əşyalar, yaxud canlı yad cisimlər qulaqda ağrıya və küyə səbəb olur.

Müalicə. Əvvəl qulağı müayinə edib yad cismin xarakterini müəyyən etmək lazımdır. Sonra yad cismi xüsusi qarmaqla və yaxud qulağın yuyulması ilə xaric edirlər. Yad cismin qarmaqla çıxarılmasını həkim etməlidir. Noxud, lobyə və s. kimi şişən yad cisimləri qulağa təmiz spirt yeritməklə bürüsdürürlər. Canlı yad cisimləri çıxarmazdan əvvəl hərəkətsizləşdirirlər (məhv edirlər), bunun üçün qulaq keçəcəyinə bir neçə damcı bitki yağı və etil spirti yeridirlər.

Xarici qulağın iltihabi xəstəlikləri

Qulaq seyvanının perixondriti. Qulaq seyvanının qığırdaqüstlüyünün iltihabi travmalar, açıq yaralar, otematomanın irinləşməsi nəticəsində inkişaf edə bilər. Kokk florası ilə yanaşı göy irin çöpləri və protey rast gəlinir. Xəstələr qulaq seyvanında ağrıdan, şişkinlikdən, hiperemiyadan şikayət edirlər. Hiperemiya yalnız qığırdaq ollan hissələrə yayılır. Perixondritin irinli formasında dəri altında ifrazatın toplanması, qulaq seyvanının eybəcərləşməsi müşahidə olunur. Palpasiyada flüktuasiya qeyd olunur. Müalicə. Perixondritin kataral forması konservativ müalicə olunur: spirtli isidici kompresslər, UBŞ, UYT – terapiya, antibiotiklər. Cərrahi müalicə irinli boşluğu yarmaqdan, irinli prosesin dağıtdığı qığırdağın pəncərəli rezeksiyasından ibarətdir.

Qızılyel

Qulaq seyvanı dərisinin sıyrıntıları və başqa zədələri streptokokkun daxil olması üçün şərait yaradır. Temperatur yüksəlir, ümumi hal pis və baş ağrısı olur. Yerli olaraq şiddətli şişkinlik, kəskin hədudları olan qızartı müşahidə olunur.

Müalicə. Geniş spektrli antibiotiklər, UBŞ təyin olunur.

Ekzema

Ekzema həm yerli səbəblərin (qulaqdan irin axarkən dərinin qıcıqlanması, mexaniki, termik və kimyəvi qıcıqlanmalar), həm endokrin vəzilərin funksiya pozğunluğu, maddələr mübadiləsinin pozulması (podaqra, şəkərli diabet və s.) ilə əlaqədar olan ümumi xəstəliklərin təsirindən əmələ gələ bilər. Quru və yaş ekzema ayırd edilir. Ekzema yayılmaya və xronik formaya keçməyə meyli olur. Ekzemanın əsas əlamətləri – qaşınma, şişkinlik, qartmaqlar, qulaq keçəcəyinin dəri infiltrasiyası nəticəsində daralması, hətta tam tutulması və eşitmənin zəifləməsi. Qartmaqlar, suluqlar, dərinin eroziyası ekzema üçün xarakterdir.

Müalicə. Əvvəl əsas xəstəliyin (diabet, irinli otit və s.) müalicəsi aparılmalıdır. Yerli müalicə qaşınmanı sakitləşdirməkdən, qartmaqları kənarlaşdırmaqdan ibarətdir. Qaşınmanı sakitləşdirmək üçün boraksın 5% - li məhlulunda isladılmış tamponlar yeritmək, Lassar pastası təyin etmək olar. Qartmaqların yumşalması və qopması üçün 2% - li salisil məlhəmi işlədirlər.

Xarici qulaq keçəcəyinin furunkulu

Geniş yayılmış xəstəlikdir. Qulaq keçəcəyi dərisinin qıgırdaq şöbəsində olan məhdud iltihab olub tük kisəciyinin və piy vəzisinin iltihabından başlanır. Törədici adətən stafilokokkudur.

Iltihabın lap əvvəlində qulaqda ağrılar baş verir. Ağrılar çeynəmə zamanı güclənir, bəzən dişlərə, alın və yaxud ənsə nahiyəsinə irradiasiya edir. Temperatur normal ya subfebril olur. Qulaq keçəcəyi qıgırdaq hissədə divarların birində olan konusabənzər infiltratla daralmış olur. Eşitmə adətən pozulmur. Yetişəndən sonra furunkul qulaq keçəcəyinə partlayır və əgər residiv baş vermirsə, xəstəlik qurtarır.

Müalicə konservativdir - iltihabəleyhinə yerli və ümumi müalicə aparılır. Boraksla isladılmış turundaları xarici qulaq keçəcəyinə yeridirlər. Furunkul partladıqdan sonra antibakterial preparatlarla, kortikosteroidlərlə turundalar yeridirlər. Ümumi antibiotikoterapiya, fizioterapiya da təyin edilir. Proses uzun müddət sürəndə furunkulu yarırırlar.

Xarici qulaq keçəcəyinin yayılmış iltihabı

Tez – tez rast gəlinir, adətən ikincili olur, müalicə düzgün aparılmadıqda inkişaf edir. Qulaq keçəcəyinin divarları şişir, mənfəzi halqavari şəkildə daralır. Qulaq keçəcəyi qopmuş epiteli və irinli ekssudat ilə dolur. Kəskin olunur; xronik iltihab zamanı ağrı heç olmaya bilər.

Müalicə. Kəskin stadiyada qulağı bor turşusunun isti məhlulu ilə yuyub, zonda sarınmış pambıqla və tənziyədən düzəldilmiş qulaq tamponu ilə qurudurlar. Dəridə səthi xoralar olduqda 3-5% - li lyapis məhlulu yaxmaq olar. Qaşınma olduqda xəstənin pəhrizinə diqqət yetirmək lazımdır, nikotin turşusu, vitamin C, B₂, antihistamin preparatları təyin edirlər.

Otomikozlar - xarici qulaq keçəcəyinin dərisinin, əsasən sümük hissəsinin yayılmış diffuz zədələnməsidir. Klinik mənzərəsi xəstəliyi törədən göbələyin növündən asılıdır. Mayayabənzər göbələklərin törətdiyi iltihab üçün qulaq keçəcəyinin divarlarının nəmliyi, seroz sekretin və qartmaqların toplanması xarakterdir. Kif göbələklərin törətdiyi iltihab zamanı qulaq keçəcəyində kazeoz kütlələrin toplanması müşahidə olunur. Xəstələr güclü qaşınmadan, qulaq keçəcəyində ağrıdan, bəzən eşitmənin zəifləməsindən şikayət edirlər. Qulaq keçəcəyinin divarları irin və qartmaqlardan təmizləndikdən sonra kəskin hiperemiyalı olur, qulaq pərdəsi intakt və yaxud hiperemiyalı olur.

Müalicə. Antibiotiklər, kortikosteroidlər təyin edirlər. Qulaq keçəcəyinə turundalarla antimikrob preparatları və kortikosteroidlər yeridirlər. Xarici qulaq keçəcəyinin dərisinə brilliant abısı məhlulu yaxırlar. Fizioterapiya təyin edirlər. Yerli olaraq göbələkəleyhinə preparatlar təyin edirlər.

ORTA QULAĞIN XƏSTƏLİKLƏRİ

Kəskin iltihabi xəstəliklər

Yevstax borusunun kəskin katari.

Burun və burun – udlaq selikli qişasının iltihab xəstəlikləri (məsələn, kəskin zökəm, qrip və s.) asanlıqla Yevstax borusunun selikli qişasına yayılır. Yevstax borusu divarlarının iltihabi şişkinliyi nəticəsində onun keçiriciliyi pozulur və udma hərəkətləri zamanı təbil boşluğuna hava daxil ola bilmir. Yevstax borusunun keçilməzlik əlamətləri təbil boşluğunda əmələ gələn dəyişikliklər nəticəsində otoskopiya zamanı tapıla bilər. Yeni hava porsiyalarının daxil olmaması, yaxud yarıtmaz ventilyasiya nəticəsində təbil boşluğunda olan hava qismən selikli qişa tərəfindən sorulur və orta qulaqda alçalmış təzyiq yaranır. Atmosfer havası ilə orta qulaq boşluğundakı hava arasındakı təzyiq müvazinətinin pozulması qulaq pərdəsinin içəriyə basılmasına (dartılmasına) səbəb olur. Qulaq pərdəsinin içəriyə basılması otoskopiya zamanı onunla təyin olunur ki, çəkicin dəstəsi daha üfqi vəziyyət alır və öndə qısalmış görünür, qısa çıxıntı şiddətlə qabarıq, ondan ayrılan ön və dal büküşlər aşkar konturlara malik olur. İşıq konusu öz formasını dəyişdirir, qısılır, nöqtə şəklində görünür, yaxud tamamilə yox olur.

Subyektiv əlamətlər eşitmənin zəifləməsi, qulağın tutulması və udma zamanı çatıltı duyğuları ilə ifadə olunur; bəzən öz səsinin səslənməsi güclü surətdə qəbul olunur (autofoniya). Orta qulaqda transsudat olduqda xəstələr qulaqda su olması duyğusundan şikayət edirlər. Temperatur adətən normal olur, qulaqda ağrılar olmur, yaxud zəif ağrılar olur.

Müalicə Yevstax borusu keçiciliyinin əsas pozulma səbəbini aradan qaldırmağa yönəldilməlidir. Burun və burun – udlaq selikli qişasının kəskin

iltihabi hallarında müxtəlif damardaraldıcı və iltihaba qarşı vasitələr tətbiq edirlər. Qulağa isidici kompres, solyuks lampası ilə şüalandırma təyin edirlər. Üfürmələr yevstax borusu funksiyasının və təbil boşluğundakı normal təzyiqin bərpa olunmasına kömək edir, onları mümkün qədər tez tətbiq etmək lazımdır.

Kəskin orta otit - orta qulağın bütün şöbələrini - təbil boşluğunu, məməyəbənzər çıxıntının hüceyrələrini, Yevstax borusunu - əhatə edən iltihabi prosesdir. Patoloji proses yalnız selikli qişada gedir. Xəstəliyin əsas törədiciləri - pnevmokokk, hemofil çöpüdür. Adətən infeksiya orta qulağın boşluqlarına burun boşluğundan eşitmə borusu vasitəsi ilə keçir. Bəzi infeksiyon xəstəliklər zamanı infeksiya hematogen yolla da düşə bilər. Həmçinin qulaq pərdəsinin travması nəticəsində də inkişaf edə bilər. Xəstələr qulaqda əmələ gələn təpəyə ya ənsəyə irradiasiya edən şiddətli ağrılardan şikayət edirlər. Eşitmə zəifləyir. Qulaqda küy olur. Otoskopiya zamanı tapılan əlamətlərin mühüm əhəmiyyəti vardır. İltihabi dəyişikliklər qulaq pərdəsinin tədricən artan hiperemiyasından başlanır. Əvvəlcə çəkicdən dəstəsi boyunca damarların genişlənməsi baş verir, sonra qulaq pərdəsinin kənarlarından mərkəzinə doğru damarların radiar inyeksiyası qoşulur, sonra isə bütün qulaq pərdəsi hiperemiyalaşmış olur və birləşmiş qırmızılıq əmələ gəlir. Qulaq pərdəsi tədricən yastılaşıb və öz konturlarını itirərək qulaq keçəcəyinə tərəf qabarıq. Qulaq pərdəsi getdikcə çox nazıqlaşır və ən çox qabardığı yerdə irinli xarakter almış ekssudatın görünməsi nəticəsində sarımtıl çalarlıq kəsb edir. Əgər belə təsadüflərdə qulaq pərdəsində kəsik (parasentez) aparılmasa onun öz – özüne deşilməsi baş verəcək və qulaq pərdəsində əmələ gəlmiş dəlikdən ekssudat axacaqdır.

Qulaq parasentezindən ya öz – özüne deşilməsindən sonra qulaq keçəcəyi ekssudat ilə dolur, bu əvvəlcə seroz – qanlı, sonra selikli – irinli, daha sonra xalis irinli olur və getdikcə azalır.

Ümumi əlamətlərdən temperaturun yüksəlməsi, eşitmənin zəifləməsi, məməyəbənzər çıxıntıda ağrıların olması müşahidə olunur.

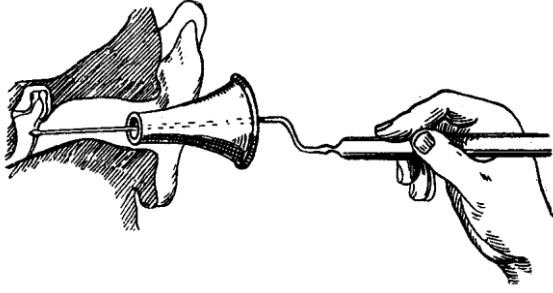
Kəskin otitin gedişində perforasiyanın ardınca (yaxud parasentezdən sonra) adətən xəstənin ümumi halı yaxşılaşır: temperatur enir, ağrılar azalır.

Perforasiyadan sonra davam edən ağrılar və temperaturun azalmaması baş vermiş ağırlaşmanı göstərir.

Diaqnozu otoskopiya əsasən qoyulur.

Müalicə. Antibiotiklər təyin edilir. Birinci stadiyada ağrı kəsicilər, qızdırmanı salan dərmanlar, burun boşluğuna damardaraldıcı məhlullar damızdırılır; qulaq keçəcəyinə turunda ilə etil spirti yeridilir. Otipaks damcılarını təyin edirlər. Ağrını azaltmaq üçün qulaq keçəcəyinə 20% - li kamfora yağı və ya 5%-li karbol turşusunun qliserində məhlulu (qulaqdan irin axdıqda damızdırmaq olmaz) damızdırırlar. Fizioterapiya təyin edirlər. Qulaqda güclü ağrılar olduqda, qulaq pərdəsinin qabarması zamanı, yüksək

temperatur, beyin qişalarının qıcıqlanması əlamətləri olduqda parasentez edirlər.



Şək.31. Qulaq pərdəsinin parasentezi.

Parasentez - parasentez iynəsi vasitəsi ilə görmənin nəzarəti altında, yaxşı işıqlanma zamanı qulaq pərdəsinin ən çox qabardığı yerdə edilir. Bu kəsiyi qulaq pərdəsinin dal kvadrantlarında yuxarıdan aşağıya edirlər.



Şək.32. Qulaq pərdəsinin kəsilməsi.

Adətən parasentezdən sonra seroz irinli ya irinli ekssudat xaric olur və qulaq pərdəsinin qabarması və gərginliyi azalır.

İkinci stadiyada xarici qulaq keçəcəyindən möhtəviyyatın axması üçün turundalar yeridirlər. Antibiotikləri davam edirlər.

Üçüncü stadiyada iltihabın neqativ nəticələrinin qarşısını almaq üçün tədbirlər görülür – qulaq pərdəsinin, eşitmə sümükləri zəncirinin hərəkətliyinin bərpası, təbil boşluğunda bitişmələrin, çapıqların qarşısını almaq. Qulaqların üfürülməsini tətbiq edirlər, Politzer ballonu köməyi ilə pnevmomassaj edirlər. Burun boşluğuna damardaraldıcı damcılar tökürlər, fizioterapevtik prosedurlar təyin edirlər.

Orta qulağın kəskin iltihablarının profilaktikası infeksiyon xəstəlikləri, burunun və burun – udlağın kəskin və xronik xəstəlikləri ilə mübarizədən ibarətdir.

Erkən uşaq yaşlarında orta qulağın kəskin iltihabı

Südəmə və erkən uşaq yaşlarında kəskin otitlər tez – tez rast gəlinir. Südəmə uşaqlarda orta qulaq xəstəliklərinin daha tez – tez əmələ gəlməsini rüşeymin miksoid toxuması qalıqlarının olması ilə əlaqələndirirlər: bu toxuma orta qulaq boşluğunu doldurur və böyüklərdəkinə nisbətən daha

enli və qısa Yevstax borusu vasitəsi ilə düşən infeksiya təsirindən asanlıqla irinləyir. Adenoidlər və udlaq badamcıqlarının iltihabı daha böyük uşaqlarda residivlənən otitlərin səbəbi olur.

Yüngül formada otitlər səbəbsiz narahatlıq, daha güclü irinli iltihab zamanı şiddətli qışqırtı, ağlayış, narahat yuxu ilə meydana çıxır. Uşaq başını fırlayır, xəstə qulağını yastığa sürtür, qulağından yapışır, əmmə və udma ağrını gücləndirir. Traqusa təzyiq etdikdə ağrılı olması və temperaturun 40° -dən artıq yüksəlməsi olduqca mühüm əlamətdir. Ağır təsadüflərdə meningeal əlamətlər (meningizm) - başın dala əyilməsi, qusma, huşsuz hal, qıcolmalar müşahidə olunur. Bunlar parasentezdən yaxud qulaq pərdəsinin öz – özünə deşilməsindən sonra tezliklə çəkilir. Bəzən dispepsik əlamətlər (ishal, qusma) olur ki, bu da arıqlama və susuzlaşmaya gətirib çıxarır. Kəskin otit 2 – 3 həftə çəkir və sağalma ilə qurtarır. Bəzi hallarda qulaq pərdəsinin perforasiyası, eşitmənin zəifləməsi kimi əlamətlər qala bilər. Müalicə böyüklərdəki kimidir. Qulağa vazelin yağı və isidici kompreslər təyin edilir. Fizioterapevtik proseduralar tətbiq edilir. Buruna adrenalin ilə birlikdə 3% - li bor turşusu məhlulu damızdırmaq lazımdır. Qulaq pərdəsinin perforasiyasından sonra xəstə qulağa sink damcıları damızdırırlar. Antibiotiklər təyin edilir.

Mastoidit

Məməyəbənzer çıxıntı hüceyrələrinin kəskin iltihabı kəskin otitlərin ən tez – tez rast gəlməyə gətirən ağırlaşmalarından biridir. Mastoidit adətən kəskin otitin başladığı andan sonrakı 3 – cü həftənin sonunda ya 4 – cü həftənin əvvəlində əmələ gəlir.

Kəskin otitin gedişindəki 3 – 4 – cü həftədə məməyəbənzer çıxıntı nahiyəsində ağrılar əmələ gəlməsi mastoiditin xarakter əlamətidir. Bu ağrılar çox vaxt xəstələri gecələr narahat edir. Xarici qulaq keçəcəyinin sümük hissəsində dal yuxarı divarı şişir və mənəfəzi daraldır.

Məməyəbənzer çıxıntının xarici örtükləri şişir və sümüküstlüyüaltı abses əmələ gəlir. Məməyəbənzer çıxıntının dəri örtüklərində iltihab infiltrasiyası, qırmızılıq və pastozluq olur. Qulaqdalı abses qulaqdalı büküşün hamarlanmasına, flüktuasiyaya və qulaq seyvanının önə və aşağıya yerdəyişməsinə görə təyin olunur. Sümüküstlüyüaltı abses partladıqdan sonra dəri örtüklərində fistul əmələ gəlir ki, o, adətən antrumla birləşir. Uşaqlarda gicgah sümüyünün ayrı – ayrı hissələrinin natamam bitişməsi nəticəsində şişkinlik və qulaqdalı abses daha tez – tez əmələ gəlir.

Xəstələrin ümumi əhvalı adətən pis olur: baş ağrıları, yuxusuzluq, iştahanın itməsi və s. Perforasiyadan sonra enmiş temperatur yenə yüksəlir, bəzən 38,5° -yə çatır. Qulaq pərdəsi uzun müddət hiperemik halda, qalınlaşmış olur, qulaqdan gələn ifrazat artır və qatı, irinli xarakter alır. Diaqnoz . Qulaq keçəcəyinin dal yuxarı divarının enməsi ən mühüm diaqnostik əlamət sayılır. Bu divar məməyəbənzer çıxıntı mağarasının ön aşağı divarıdır. Qulaq keçəcəyinin dalında məməyəbənzer çıxıntını basdıqda

xeyli ağrılı olması da mastoiditin xarakter əlamətidir. Eşitmə adətən səsi nəql edən aparatın pozulma tipi üzrə zəifləmiş olur.

Müalicə əvvəl konservativ olur. Sonra diaqnoz dəqiqləşdirildəndən sonra və konservativ müalicə əticə vermədikdə cərrahi müalicəyə keçirlər. İrinin yaxşı axıb getməsinə təmin etmək və xəstəliyin əvvəlində məməyəbənzər çıxıntı nahiyəsinə soyuq qoyulması, antibiotiklərin təyini müsbət nəticə verir. Qulağın üfürülməsini mümkün qədər tez başlamaq lazımdır.

Sağalmadan sonra bəzən residivlər ola bilər, buna görə belə xəstələri 1 – 2 ay müşahidə etməli və lazım olduqda rentgenoqrafiya etmək lazımdır.

Məməyəbənzər çıxıntının yarılması operasiyası və ya mastoidektomiya yerli keyitmə ilə az hallarda isə narkoz ilə edilir. Operasiyada məqsəd irini və nekrozlaşmış sümüyü məməyəbənzər çıxıntının boşluğundan xaric etməkdir. Qulaqdan irin axması adətən operasiyadan sonrakı bir neçə gün ərzində qurtarır, qulaq pərdəsindəki dəşik bitişir və eşitmə bərpa olunur. Antibiotiklər təyin edilir.

Orta qulağın xronik irinli iltihabı

Xronik irinli otitlər üç daimi əlamət ilə xarakterizə olunur : qulaq pərdəsində davamlı dəşiyin olması; qulaqdan mütəmadi ya vaxtaşırı irin axması; eşitmənin zəifləməsi. Orta qulağın kəskin irinli iltihablarının xronik formaya keçməsinə kömək edən səbəblər ümumi və yerli ola bilər.

Ümumi səbəblərə kəskin infeksiyon xəstəlikləri aid edilə bilər (skarlatina, qızılca və difteriya). Ağır ümumi xəstəlikləri (anemiya, diabet, vərəm) olan xəstələrdə olan otitlər çox vaxt xronik formaya keçirlər.

Yerli səbəblərə burunun və burun – udlağın xronik iltihab xəstəlikləri aid edilə bilər : adenoidlər, xronik zökəm, burunun əlavə boşluqlarının xronik irinli iltihabları. Kəskin otitin qeyri - düzgün və yarımçıq müalicəsi də onun xronik formaya keçməsinə səbəb ola bilər.

Xəstəlik illərlə davam edə bilər. Birtərəfli xəstələnmə zamanı çox vaxt eşitmənin zəifləməsini də xəstə bilmir. Kəskinləşmə zamanı qulaqdan irin axır, qulaqdan üfunətli iy gəlir. Kəllədaxili ağırlaşmalar ola bilər. İkitərəfli proses zamanı əsas şikayət eşitmənin zəifləməsidir.

Xronik irinli otitin klinik olaraq iki formasını ayırd edirlər – mezotimpanit və epitimpanit.

Mezotimpanit qulaqdan uzunmüddətli irin axması ilə xarakterizə olunur.

İrin suvaşqan, yapışqan, çoxlu, lakin iysiz olur. Mezotimpanit adətən ağırlaşma vermir. Mezotimpanit zamanı qulaq pərdəsindəki dəlik mərkəzdə olur, yəni hər tərəfdən qulaq pərdəsinin qalan kənarı ilə əhatə olunmuşdur. Eşitmə səs keçirmənin pozulması nəticəsində zəifləyir. Mezotimpanit zamanı orta qulağın yalnız selikli qişası prosesə cəlb olunur.

Epitimpanit üçün də uzun müddət qulaqdan irinin axması olur, lakin irinin xarakteri başqa olur : irin sulu, sarımtıl – yaşıl rəngli, kəskin üfunətli iyli, bəzən qan qatışığı olur. Epitimpanit zamanı dəlik kənarı olur, yəni qulaq keçəcəyinin sümük hissəsinə qədər çatmış, yaxud Şrapnel zarında yerləşir.

Dəlikdən qırmızı rəngli qranulyasiyalar, poliplər görünür. Xəstə gicgah nahiyəsində baş ağrısından, eşitmənin zəifləməsindən şikayət edir. İltihabi proses əsasən təbil boşluğunun yuxarı şöbələrində yerləşir və təbilüstü sahənin bayır divarının dağılması ilə müşayiət olunur.

Orta qulağın kəskin və xronik irinli iltihabları zamanı müəyyən ciddi ağırlaşmalar inkişaf edə bilər. Bu ağırlaşmalara daxili qulağın, üz sinirinin zədələnməsi, kəllədaxili ağırlaşmalar (meningit, beyi absesi), sepsis aiddir. Bu ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün orta qulağın iltihabi xəstəliklərini vaxtında və səmərəli müalicə etmək lazımdır.

Müalicə . Mezotimpanit zamanı əsasən konservativ müalicə aparılır və irin axmasının dayandırılmasına, burun boşluğu, burunun əlavə ciblərinin, burun – udlağın samsiyasından ibarətdir. Cərrahi müdaxilə adenotomiya, burun boşluğunda, burunun əlavə ciblərində aparılan əməliyyatlardan ibarətdir. Yerli olaraq qulaqdan irinin axması üçün şərait yaranır, antibiotiklər təyin olunur, kortikosteroidlər istifadə olunur. UBŞ, UYT təyin edilir. Kənarı dilyin olması operasiyanın lazım olduğunu həmişə göstərmir, lakin konservativ müalicə müvəffəqiyyətsiz olduqda operasiya lazım ola bilər. Orta qulağın əl çatan boşluqlarını mükəmməl təmizləyəndən sonra damcılar şəklində bor, ya da salisil spirti işlədirlər. Polipləri qulaq polipilməyi ilə xaric edirlər, qranulyasiyaları isə 10% - li lyapis ya üçxlörlü sirkə turşusu ilə dağlamaqla aradan qaldırırlar. Kənarı dəlinmə zamanı irinləmə təbilüstü sahədə daha şiddətli olur. Belə təsadüflərdə qulağın adi yuyulmaları nəticə vermir. Onda attiki bor spirti ilə təkrar qaydada yuyurlar, bu ucu əyilmiş təbil - boşluq borusu adlanan boru vasitəsi ilə edilir, borunu qulaq pərdəsinin yuxarı hissəsindəki dəlikdən daxil edirlər.

Orta qulağın radikal operasiyası xolesteatoma, üz sinirinin iflici zamanı göstərişdir. Radikal operasiyanın mahiyyəti təbil boşluğunu, təbilüstü sahəni, məməyəbənzər çıxıntının qalmış hüceyrələri ilə mağaranı və xarici qulaq keçəcəyini bir ümumi boşluq şəklində birləşdirməkdən ibarətdir. Bundan başqa timpanoplastika əməliyyatı tətbiq edirlər. Bu operasiyada məqsəd orta qulaqdakı iltihab prosesini yalnız ləğv etmək deyil, həm də eşitməni mümkün qədər yaxşılaşdırmaqdır. Eşitmənin yaxşılaşması qulaq pərdəsi tamlığının bərpası və yenidən quraşdırılmış səskeçirici sistemin yaradılması hesabına əldə edilir. Qulağın radikal operasiyasından və timpanoplastikadan sonra çox vaxt qanla hopmuş səthi sarğını dəyişmək zərurəti meydana çıxır. Bu prosedura palatada edilir. Sarğıları həkimin yanında etmək lazımdır. Xəstə 7 – 8 gün ərzində yataq rejiminə əməl etməlidir.

Xolesteatoma orta qulağın xronik irinli iltihabı zamanı (epitimpanit) əmələ gəlir. Xarici qulaq keçəcəyinin epidermisi qulaq pərdəsindəki kənarı qüsurlu vasitəsi ilə təbilüstü sahəyə və məməyəbənzər çıxıntının mağarasına bitişir. Buynuzlaşmış hüceyrələrin daim qopması və orta qulaq boşluqlarında onların toplanması xolestatoma adlanan ağ rəngli kompakt kütlənin əmələ

gəlməsinə səbəb olur. Xolesteatoma dayanmadan böyüyür və öz təzyiqi ilə ətrafdakı sümük divarların dağılmasına səbəb olur. Sümük divarlarının belə dağılması həm bayıra, yəni məməyabənzər çıxıntıya doğru, həm də daxilə, yəni kəllənin boşluğuna orta və dal çuxurların sərt beyin qişasına, siqmayabənzər cibə qədər, habelə xarici yarım dairəvi kanalın divarlarına və üz sinirinə qədər yayıla bilər. Orta qulağın iltihabı kəskinləşdikdə xolesteatoma çürüntülü parçalanmaya uğrayaraq kəllədaxili ağırlaşmaların ən tez – tez rast gələn səbəbi olur. Müalicə cərrahi yolla aparılır.

Qulaq pərdəsinin zədələnmələri

Qulaq pərdəsinin cırılmaları ovucla qulağa vurduqda, suya tulanarkən müşahidə oluna bilər. Bu qulaq keçəcəyində havanın birdən – birə sıxlaşması qulaq pərdəsinin cırılmasına səbəb olur. Nazik ağac şaxələri, millər, qarmaqlar qulaq pərdəsinə zədələyə və onu deşə bilər. Qulaq pinseti ilə yad cisimləri qulaqdan bacarıqsız surətdə çıxarırkən də qulaq pərdəsi deşilə bilər. Orta qulaqda iltihab əmələ gələndə qulaq pərdəsinin cırılması qeyri - düzgün formalı və cırıqın kənarlarında qansızmalar olur.

Qulaq pərdəsinin ayrıca cırıqlarının müalicəsi qulaq keçəcəyinin xarici hissələrinin quru steril pambıq ilə qartmaqlardan və qan laxtalarından təmizlənməsindən və orta qulağa infeksiya daxil olmasın deyərək, qulağı yumağa hətta ona hər hansı maye damızdırmağı qadağan etməkdən ibarətdir.

Daxili qulağın xəstəlikləri

Labirintit

Daxili qulağın iltihabı irinli otitlərin çox ciddi ağırlaşmasıdır. O, müvazinətin həmişə şiddətli pozulması, başgicəllmə, xəstə qulaqda eşitmənin zəifləməsi ya tamamilə itməsi ilə müşayiət olunur. İnfeksiyanın orta qulaqdan labirintə keçmə yolları labirint pəncərələri, habelə labirintin sümük divarının bilavasitə dağılması ola bilər. Labirintin sümük divarının dağılması orta qulaqdakı xronik irinli iltihablar zamanı olur. İnfeksiya toksinlərinin labirintə yayılması sümüyün və labirint pəncərələrini qapayan zarlı törəmələrin tamlığı zamanı da mümkündür. Bu qəbildən olan labirintitlər induksion labirintitlər adlanır.

Klinik mənzərəyə görə labirintitlərin irinli və seroz formaları ayırd edilir. İrinli labirintitlər adətən xronik irinli otitlər zamanı, bəzən isə kəskin skarlatinoz və qripoz otitlər zamanı olur. Xolesteatomanın dağıdıcı təsiri

nəticəsində labirintitlər xüsusilə tez – tez əmələ gəlir. Məhdud və yayılmış irinli labirintitlər ayırd edirlər.

Labirintitin əlamətləri olduqca xarakter olur. Xəstəlik labirint həmləsi adlanan hal ilə : şiddətli başgicəllənmə və müvazinətin pozulması, ürəkbulanma və qusma ilə müşayiət olunan hal birdən – birə başlanır, bir neçə gün ərzində dəfələrlə təkrar olunur. Temperatur adətən normal olur. labirint həmləsi zamanı temperaturun yüksəlməsi beyin qişalarının başlanan iltihabı haqqında düşünmək lazımdır.

Labirintitin seroz formasında eşitmə və dəhliz funksiyaları şiddətlə zəifləmiş, irinli yayılmış forma zamanı isə tamamilə itmiş olur; məhdud labirintit eşitmənin tamam itirilməsi ilə müşayiət olunmur. Xəstəliyin lap başlanğıcında əmələ gələn nistaqm əvvəlcə xəstə qulaq tərəfə olur, labirin tamamilə sıradan çıxdıqda isə öz istiqamətini sağlam qulağa tərəf dəyişdirir. Əgər meningit əmələ gəlmirsə onda müvazinətin bütün pozulmaları və başqa əlamətlər 3 – 4 həftə ərzində tədricən keçib gedir. Yayılmış irinli labirintitlərdən sonra eşitmə bərpa olunmur.

Seroz labirintit zamanı klinik əlamətlər nisbətən zəif olur. Xəstəlikdən sonra eşitmə qismən bərpa olunur.

Müalicə . Kəskin orta otit fonunda inkişaf etmiş kəskin seroz labirintit zamanı parasentez aparılır, antibiotiklər, kortikosteroidlər, vitaminlər təyin edilir. Başgicəllənməni aradan qaldırmaq üçün 10 % - li qlükoza ilə 2 ml 0,5% - li seduksen məhlulu yavaş – yavaş vena daxilinə yeridirlər; əzələ içinə 1 ml 2,5% - li pipolfen məhlulu , dərialtına 1 ml 0,1% - li atropin sulfat məhlulu və ya 1 ml 0,2% - li platifillin məhlulu yeridilir. Kəskin irinli, xronik məhdud labirintit zamanı orta qulaqda operasiya aparılır, orta qulağın bütün şöbələri sanasiya olunur. Ağır irinli labirintit zamanı, eşitmə funksiyası tamamilə itirildikdə, vestibulyar aparat qıcıqlara cavab vermədikdə labirintotomiya əməliyyatına əl atırlar, yəni labirintin bütün boşluqlarını yarırırlar.

ORTA VƏ DAXİLİ QULAĞIN İRİNSİZ XƏSTƏLİKLƏRİ

Orta qulağın xronik katarı

Orta qulağın xronik katarlarına səbəb burunda və burun – udlaqda olan müxtəlif patoloji proseslərdir, bunlar Yevstax borusuna yayılıb onun mənfəzini daraldır və bununla da orta qulağın ventilyasiyasını pozur . Orta qulağın təkrar kəskin katarları tədricən onun selikli qişasının qalınlaşmasına səbəb olur və qulaq pərdəsinin hərəkiliyini azaldır. Yevstax borusu keçicilyinin uzun müddət pozulması tədricən qulaq pərdəsinin içəriyə dartılmasına, onun bu vəziyyətdə fiksasiyasına və qulaq sümükləri silsiləsinin ankirozuna səbəb olur. Çox vaxt qulaq pərdəsi ilə təbil boşluğunun divarları arasında birləşdirici toxuma atmaları əmələ gəlir. Bu

hal xronik ya yapışan (adheziv) katar adlanır. Xəstələr eşitmənin tədricən zəifləməsindən və qulaqlarda küydən şikayət edirlər.

Diaqnoz qulaq pərdəsinin gözdən keçirilməsi və eşitmənin funksional müayinəsi nəticələrinə əsasən qoyulur. Qulaq pərdəsi içəriyə dartılmış, tutqun, bəzən süd kimi ağ rəngli olur. Keçirilmiş irinli otitdən sonra əmələ gələn çapıqlar, qulaq pərdəsinin atrofik yerləri tutqun görünür və çox vaxt onları səhv olaraq qulaq pərdəsinin dəlikləri zənn edirlər. Qulaq pərdəsindəki dəyişikliklər eşitmə funksiyasını tamamilə təyin etmir. Buna görə diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün eşitməni tədqiq etmək, qulaqların sınaq məqsədi ilə üfürülməsi lazımdır. Eşitmənin kamertonlar ilə müayinəsindən alınan nəticələr xüsusilə xarakterdir. Məsələn, zil tonların demək olar ki, normal eşidilməsi (kamerton C₂₀₄₈) zamanı pəs tonların (kamerton C₁₂₈) çox pis eşidilməsi müşahidə olunur. Sümük keçiriciliyi çox vaxt uzanmış olur. Sınaq üfürülməsi çox vaxt eşitmənin dərhal yaxşılaşmasına səbəb olur.

Müalicə birinci növbədə Yevstax borusunun normal keçiriciliyinin bərpasına, yəni burunda və burun – udlaqda olan xəstəliklərin aradan qaldırılmasına yönəldilməlidir. Belə təsadüflərdə uşaqlarda adenoidləri çıxarmaq xüsusilə tez - tez lazım gəlir; böyüklərdə əyilmiş burun çəpərinin rezeksiyasına və s. əl atırlar. Əgər burun xəstəliklərinin aradan qaldırılması eşitmənin yaxşılaşmasına səbəb olursa qulaqların üfürülməsinə əl atmaq lazımdır. Qulağı rezin ballonun köməyi ilə olıva yaxud qulaq kateteri vasitəsi ilə üfürmək olar. Üfürməklə birlikdə qulaq pərdəsini pnevmatik masaj etmək olar.

Orta qulaq katarlarının profilaktikası normal burun tənəffüsünün təmin edilməsindən ibarətdir. Yuxarı tənəffüs yollarının kəskin katarlarını mümkün qədər tez müalicə etmək, burun və burun – udlağın xronik xəstəliklərini vaxtında müalicə etmək lazımdır.

Erkən və məktəb yaşlı uşaqlarda ağır eşitmənin profilaktikasına xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Adenoidlər eşitməyə xüsusilə pis təsir göstərir. Onların vaxtında çıxarılması bir çox təsadüflərdə eşitmənin zəifləməsinin qarşısını alır.

Otoskleroz

Otoskleroz labirintin sümük kapsulunun özünəməxsus xəstəliyi olub, cavan yaşlarda meydana çıxır və eşitmənin getdikcə artan zəifləməsi və qulaqlarda küy duyulması ilə xarakterizə olunur.

Otosklerozun etiologiyası aydın deyildir. Xəstəlik 20 -26 yaş dövründə başlayır, əsasən qadınlarda əmələ gəlir. Hamiləlik və doğuş eşitməni pisləşdirir.

Otoskleroz zamanı patoloji anatomik dəyişikliklər labirinti əhatə edən sərt sümüyün qismən spongioz sahələrə çevrilməsindən ibarətdir. Süngərləşmə

sahələri əksərən oval pəncərə nahiyəsində və orta qulağın daxili divarının burnunda, sonra isə ilbizin ucunda , daxili qulaq keçəcəyinin dövrəsində yerləşirlər. Oval pəncərə nahiyəsində əmələ gələn ocaq üzəngiyə keçir və nəhayət üzənginin ankirozuna aparıb çıxarır və üzəngi oval pəncərəyə hörülmüş olur.

Xəstələrin şikayətləri eşitmənin getdikcə artan zəifliyindən və qulaqlarda küydən ibarət olur. Obyektiv müayinə zamanı qulaq pərdəsi və Yevstax borusu normal halda görünür. Əvvəlcə eşitmənin zəifləməsi səsi nəql edən aparatın pozulması (üzənginin ankirozu) tipi üzrə olur, sonraları biz də prosesə tutularkən səsi qəbul edən aparat da pozulur. Otoskleroz zamanı əcaib eşitmə (paracusis Willisii) deyilən eşitmə tez –tez müşahidə olunur : bu zaman xəstə səs - küylü şəraitdə daha yaxşı eşidir.

Müalicə . Hal – hazırda yalnız cərrahi müdaxilə eşitmənin yaxşılaşmasına və yaxud bərpasına imkan verir.

Sensonevral ağıreşitmə

Eşitmə sinirində degenerativ - atrofik dəyişikliklər ilə müşayiət olunan xəstəliklər sensonevral ağıreşitmə adı altında birləşdirilir. Bu dəyişikliklərə intoksikasiya, infeksiya , maddələr mübadiləsinin və qan dövrəsinin pozulması səbəb ola bilər.

Eşitmə sinirinin özünün və onun sinir uclarının degenerasiya və atrofiyası eşitmənin tədricən artan və davamlı itirilməsinə aparıb çıxarır, eşitmənin belə pozulması eşitmənin yuxarı hüdudunun azalması və zil tonların (kamerton C₄) qəbul edilməsinin şiddətli sürətdə qısalması ilə xarakterizə olunur. Eyni zamanda sümük keçiriciliyinin xeyli qısalması müşahidə olunur.

Danışıq xarakterli nitqin qəbulu (eşidilməsi) uzun müddət kafi qala bilər.

Sensonevral ağıreşitmənin səbəbləri:

- anadangəlmə olduqda qulaqda inkişaf qüsurları, xromosom pozğunluqlar, genetik pozğunluqlar,
- qulaq və kəllədə travmalar,
- istehsalatda bəzi maddələrin, dərman maddələri, məs. antibiotiklərin toksik təsiri,
- infeksiyalar – herpes, parotit, qızılca, məxmərək, qrip,
- iltihabi proseslər- sinusit, angina, meningit,
- daxili qulaqda bədxassəli şişlər,
- autoimmun xəstəliklər ola bilər.

Sensonevral ağıreşitmənin əsas əlamətləri eşitmənin zəifləməsi və ya tamamilə itməsidir, baş ağrıları, qulaqlarda küy, başgicəllənmə, ümumi yorğunluq ola bilər.

Diagnoz otoskopiya, kamertonla test, audiometriya, lazım gəldikdə kompyuter tomoqrafiya və maqnit rezonans tomoqrafiya əsasında qoyulur.

Müalicə onu törədən səbəblərdən asılıdır. Sinir toxumasının funksional vəziyyətini yaxşılaşdıran preparatlar təyin edilir. Radikal metod eşitmə aparatından və implantatlardan istifadə olunmasıdır. Əməliyyat nəticəsində (koxlear implantasiya) xəstənin eşitməsi bərpa olunur.

Orta və daxili qulağın yaralanmaları

Orta və daxili qulağın yaralanmaları nadir hallarda ayrıca (təklidə) olur. Bu əsasən odlu silah yaralanmalarına aiddir: bunlar adətən eyni zamanda ətrafdakı nahiyənin, kəllənin yaraları ilə birlikdə rast gəlinir. Bilavasitə orta qulaq nahiyəsində olan zədələnmələr məməyəbənzər çıxıntını əhatə edirlər; üz siniri kanalının sınıması üz sinirinin iflicinə səbəb olur. Qulaq nahiyəsinin yaralanmalarında çənə oynaqı tez – tez zədələnir. Orta kəllə çuxurundakı zədələnmələr çox vaxt orta qulaq damının çatları və qulaq pərdəsinin cırılmaları ilə müşayiət olunur. Bu zədələnmələr zamanı qulaqdan onurğa beyni mayesinin axması müşahidə olunur.

Daxili qulağın zədələnməsi bir sıra eşitmə və müvazinət pozulmaları ilə müşayiət olunur. Xəstələr qulaqlarda küydən, eşitmənin zəifləməsindən, başgicəllənmədən, ürəkbulanmadan, qusmadan şikayət edirlər. Yeimək hətta dayanmaq mümkün olmur. Nistaqm müşahidə olunur.

Ciddi yataq rejiminə riayət etmək, antibiotiklər təyin edilir.

Qanaxmanı dayandırmaq zərurəti və ya irinləmə baş verməsi cərrahi müdaxilə üçün əsas ola bilər.

Daha yüngül təsadüflərdə otitin müalicəsi aparılır. Lakin yadda saxlamaq lazımdır ki, odlu silah yaralanmalarından sonra əmələ gələn otitlər çox vaxt ağırlaşmalar verir və əməliyyat tələb edir.

Qulağın hava kontuziyası

Təyyarə bombalarının, minaların və top mərmilərinin partlaması nəticəsində əmələ gələn partlayış dalğasının təsiri orqanizmdə bir sıra pozulmalar, o cümlədən qulaqda funksional və anatomik dəyişikliklər törədir. Səs analizatorunun həm periferik ucları, həm də mərkəzi sinir sistemi zədələnir. Bu zaman beynin əzilməsi və ya silkələnməsi şəklində mərkəzi sinir sistemi zədələnmələri ön plana çıxır və ümumi tormozlanma halı, ruh düşünlüyü, karlıq və kar - lallıq ilə, kontuziyadan sonra meydana çıxan başqa nevroloji təzahürlər ilə müşayiət olunur.

Karlıq çox vaxt orta və daxili qulağın partlayış dalğası ilə zədələnməsi nəticəsində olur. Qulaq pərdəsinin cırılması ya tamamilə dağılması, ilbizdə və yarım dairəvi kanallardakı anatomik törəmələrə qansızmalar və onların yerdəyişmələri müşahidə olunur.

Kontuziyalı şəxslər qulaqlarda küydən, ümumi zəiflikdən, başgicəllənmədən və baş ağrılarından şikayət edirlər. Sonralar eşitmə sinirinin periferik

uclarında əmələ gələ bilən degenerativ dəyişikliklər eşitmə qabiliyyətini xeyli zəifləməsinə səbəb olur.

Müalicə . Birinci növbədə mərkəzi sinir sisteminin və psixikanın halını nəzərə almaq lazımdır. Çünki kontuziya ilə əlaqədar olan karlıqın əmələ gəlməsində beyin qabığının diffuz tormozlanması böyük rol oynayır, bu tormozlanma isə beyin qabığının ifrat qıcıqlanma nəticəsidir. Buna görə müvafiq təsadüflərdə ən səmərəli müalicə vasitəsi qoruyucu tormozlanma metodu (yuxu ilə müalicə) sayılır.

Kontuziyadan sonra əmələ gələn karlıq ya kar – lallıq bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər davam edir. Əksər hallarda eşitmənin bərpası tədriclə olur. Danışma qabiliyyəti eşitmədən tez və adətən birdən – birə bərpa olur. Qulaq küylərinin müalicəsi və eşitmənin bərpası üçün eşitmə sinirinin nevrirlərində işlədilən vasitələr tətbiq olunur. Şiddətli ağır eşitmənin davamlı formalarında qulaq aparatından istifadə etməyi tövsiyə etmək olar.

Lalkarlıq

Lalkarlıq anadangəlmə ya erkən uşaq yaşlarında ikən qazanılan karlıqın nəticəsidir. Uşaq ətrafındakı adamların danışığını eşidə bilməyərək danışmaq öyrənə bilmir, yaxud öyrənmiş olduğu danışığı qabiliyyətini unudur. Beləliklə, lallıq karlıqın nəticəsi olur. Anadangəlmə karlıqın səbəbləri labirintin inkişaf qüsurları, yaxud bətdaxili dövr zamanı onun xəstəlikləridir. Qazanılma karlıq daha tez – tez müşahidə olunur və çox vaxt infeksiya xəstəlikləri nəticəsində əmələ gəlir (onurğa beyni meningiti, skarlatina , qızılca). Kəllə travmaları da karlıqın səbəbi ola bilər.

Anadangəlmə karlıq zamanı dəhliz funksiyası çox vaxt qalmış olur, halbuki qazanılma karlıq zamanı iltihab prosesi daxili qulaqda, yaxud sinirdə yayılmış olduğundan labirintin hər iki funksiyası pozulur.

Lal – kar adam səs tələffüz etmə qabiliyyətini itirmir və danışığı dilini öyrənə bilər. Lal – kar adamlarda eşitmənin nəzarət etmədiyi danışığı monotonluğu ilə seçilir. Uşağa danışığı öyrətmək üçün jestlər dilindən istifadə edirlər.

Keçirilmiş qulaq xəstəlikləri nəticəsində davamlı ağır eşitmə ətrafdakılarla nitq ünsiyyətinə mane olur. Belə təsadüflərdə gücləndirici eşitmə aparatlarında istifadə etmək olar. Hal - hazırda müxtəlif növ eşitmə aparatları vardır. Eşitmə aparatı seçimindən sonra xəstə surdopedaqoqla məşqul olur və ətrafdakı səslərin eşitmə aparatı ilə qəbul etməyə adaptasiya olunur. Hal - hazırda koxlear implantasiya əməliyyatı aparılır.

QULAĞIN PEŞƏ XƏSTƏLİKLƏRİ

Eşitmə üzvünün peşə xəstəlikləri əsasən təhlükəsizlik qaydalarına riayət etmədikdə , şiddətli səslərin, küy və silkələnmənin sürəkli təsiri, artmış ya

azalmış atmosfer təzyiqin təsiri, istehsalatda rast gələn bəzi zəhərli maddələr ilə intoksikasiya nəticəsində inkişaf edir.

Küylü peşə adlanan peşələrə qazançıların, motor sınaqların, toxucuların, mışmar sexi işçilərinin peşələrini aid etmək olar. Küyün və silkələnmənin sürəkli təsiri ağır eşitməyə səbəb olur. Müəyyən olunmuşdur ki, karlıqın səbəbi Korti orqanında və eşitmə sinirində olan degenerativ dəyişikliklərdir.

Yüksək ya alçaq atmosfer təzyiqinin təsiri kessonlarda işləyərkən, dalğıcıların və təyyarəçilərin işi zamanı işi zamanı müşahidə olunur. Dəyişilən atmosfer təzyiqi ilə təbil boşluğundakı təzyiqin tənləşdirilməsi Yevstax borusunun normal keçiciliyi ilə təmin olunur. Yevstax borusu keçiciliyinin çətinləşməsi və pozulmaları təzyiqin tənləşməsi prosesini ləngidə bilir ki, bu qulaq pərdəsinin həddindən artıq içəriyə dartılmasına yaxud qabarmasına səbəb ola bilər. Orta qulaqda təzyiqin tez azalması hiperemiyaya, qan damarlarının genişlənməsinə, transsudat əmələ gəlməsinə səbəb olur; ayrı – ayrı damarlar partlaya və qansızmaya səbəb ola bilər. Yüksək atmosfer təzyiqinin sürətlə azalması (kessondan sürətlə çıxmağa yol verilməməlidir) həm də qaz emboliyası əmələ gəlməsi ilə təhlükəlidir. Uzun müddət yüksək təzyiq altında olma nəticəsində orqanizm toxumalarında ifrat miqdarda azot toplanır ki, o, təzyiq tez azalarkən (kessondan çıxma zamanı) ağ ciyərlər tərəfindən xaric edilən hava ilə çıxmağa macal tapa bilmir. Belə təsadüflərdə qanda dövr edən azot qabarcıqları həyat üçün mühüm olan orqanların ayrı – ayrı damarlarını habelə daxili qulaq damarlarını tıxaya bilər. Kessona enərkən atmosfer təzyiqinin sürətlə artması şiddətli ağrı duyğularına və qulaq pərdəsində cırılmaya səbəb ola bilər.

Sənayedə rast gələn zəhərli maddələrdən qurğuşun və onun birləşmələri daxili qulağa daha zərərli təsir göstərir. Civə, arsen və benzol ilə işləyərkən ayrı – ayrı xəstəliklər qeyd olunmuşdur.

Qulağın peşə xəstəliklərinin qarşısını alma iki istiqamətdə - ictimai və şəxsi profilaktika xətti ilə yerinə yetirilir. İctimai profilaktika tədbirləri texniki təkmilləşmələrdən və zərərli amilləri aradan qaldırmaqdan ibarətdir. Qulağın kesson xəstəliklərinin qarşısını almaq üçün yüksək atmosfer təzyiqi altında işləyərkən mövcud qaydaları və müəyyən olunmuş normalara xüsusən şlyuzlanma rejiminə (yəni, kessona enərkən təzyiqin artırılma və kessondan çıxarkən onun azaldılma vaxtına) aid tələblərə ciddi riayət etmək lazımdır.

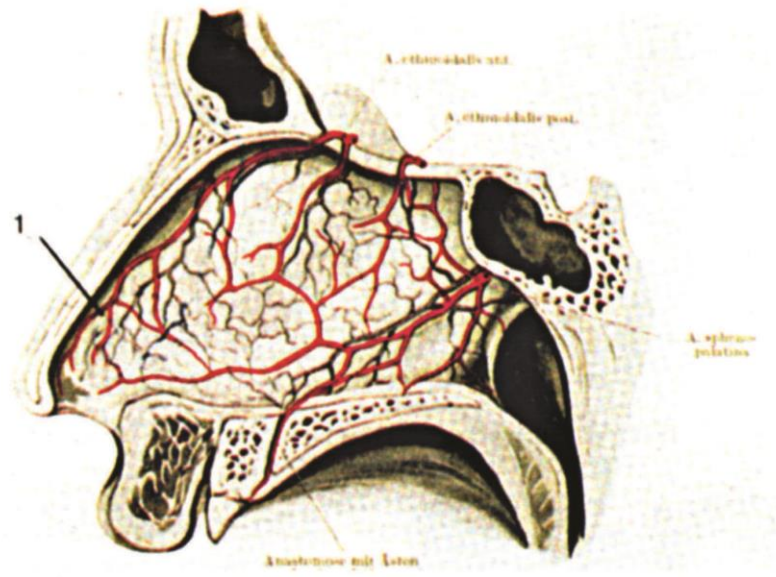
Fəhlələrin tibbi cəhətcə seçilməsi istehsalata göndərilərkən habelə sənayenin ayrı – ayrı sahələrində işə qəbul edilərkən aparılır.

Qulaq xəstəlikləri olan şəxsləri eşitmə üzvü üçün zərərli işə buraxmamaq xüsusilə vacibdir.

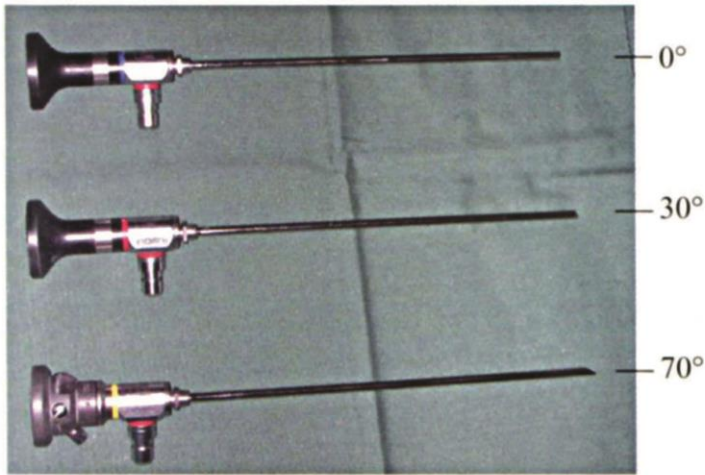
Normal eşitmə itiliyi tələb edən peşə seçən adamlarda (şoferlər, rabitə işçiləri və s.) da eşitməni müayinə etmək lazımdır. Pıçılı danışığını,

hətta bir qulağın 6 metrdən qısa məsafədə qəbul etməsi yxarıda göstərilən peşələrin biri üzrə işə tövsiyə etmə əks göstəriş ola bilər.

İLLÜSTRASİYALAR



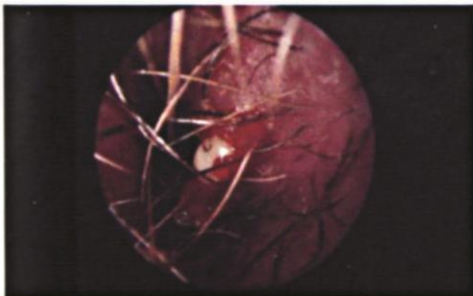
Şək.1.1. Burun boşluğunun qan təchizatı.



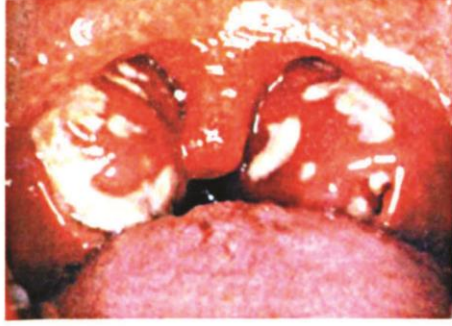
Şək.1.2. Burun boşluğu və əlavə ciblərin müayinəsi üçün müxtəlif görmə bucaqları olan rigid endoskoplar dəsti.



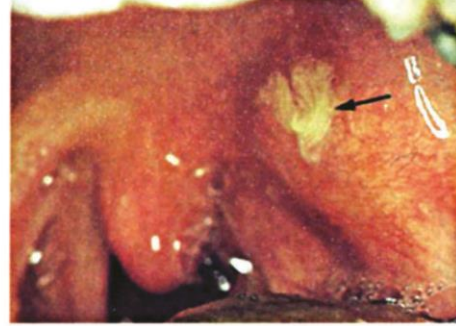
Şək.1.3. Rinofima.



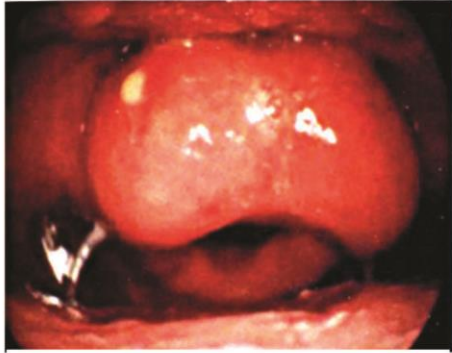
Şək.1.4. Burun furunkulu.



Şək.2.1. Lakunar angina.



Şək.2.2. Paratonzilyar abses.



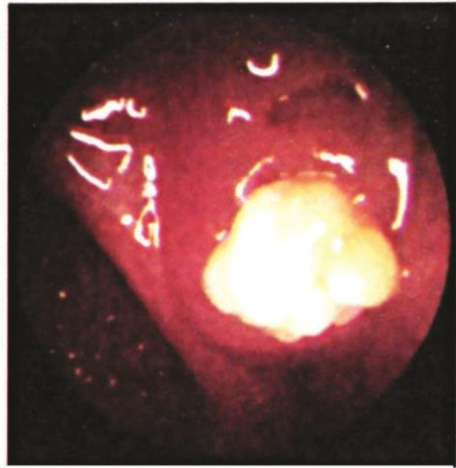
Şək.2.3. Epiqlottit.



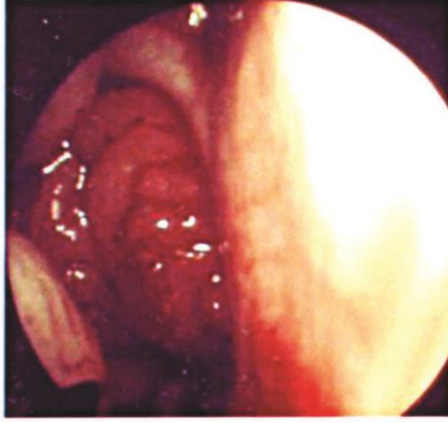
Şək.2.4.İnfeksiyon mononukleoz zamanı angina.



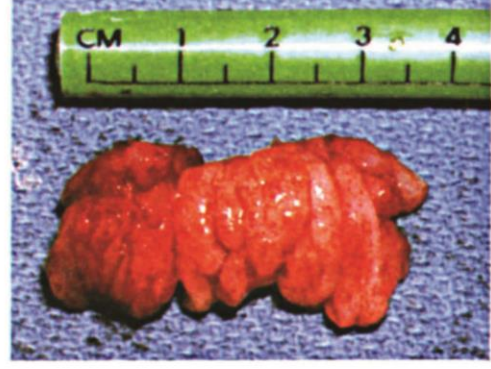
Şək. 2.5.Simanovski-Plaut -Vensan anginası.



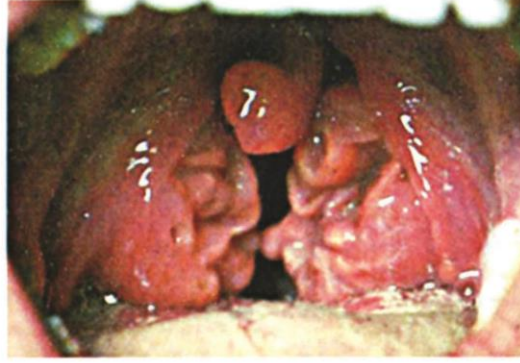
Şək.2.6.Badamcıgın lakunasında kazeoz tıxac.



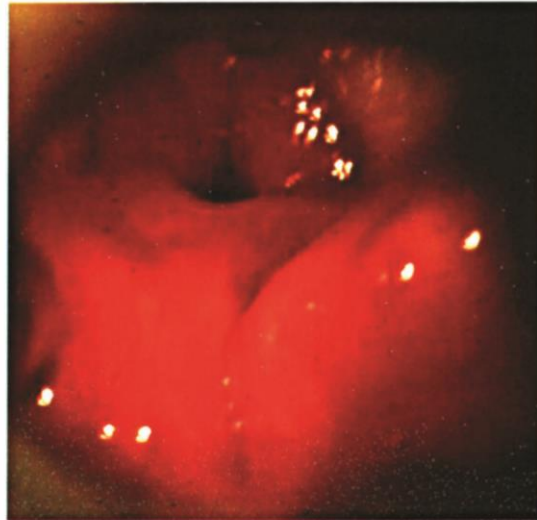
Şək.2.7. Adenoidlər.



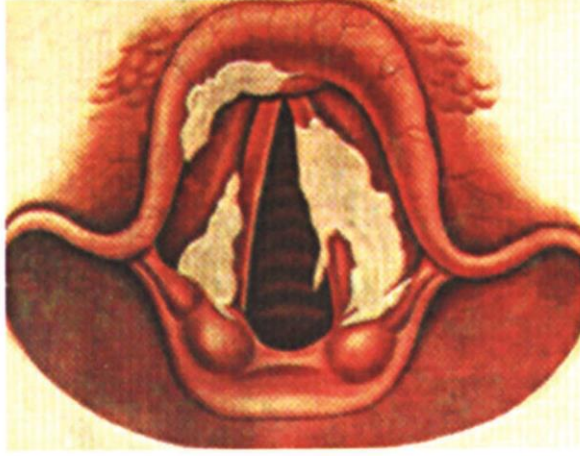
Şək.2.8.Çıxarılmış adenoidlər



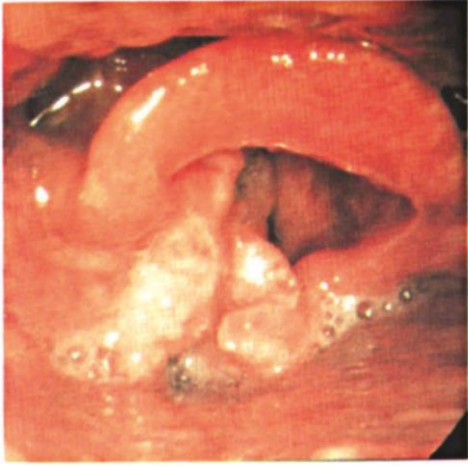
Şək.2.9. Udlaq badamcıqlarının hipertrofiyası.



Şək.3.1. Kəskin larinqotraxeobronxit.



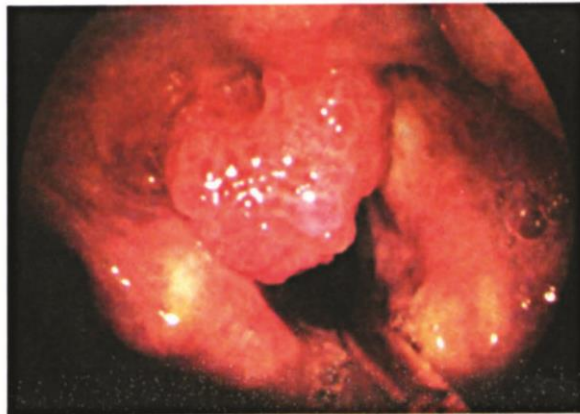
Şək.3.2.Qırtlaq difteriyası.



Şək.3.3.Qırtlağın kəskin stenozu.



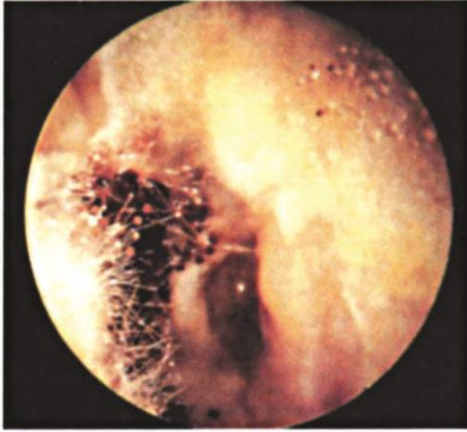
Şək.3.4.Müğənni düyüncükləri.



Şək.3.5. Qırtlağın papillomatozu.



Şək. 4.1.Otematoma.



Şək. 4.2. Otomikoz.



Şək.4.3. Kəskin irinli orta otit.



Şək. 4.4. Orta qulağın xolesteatoması.



Şək.4.5.Xronik ekssudativ orta otit zamanı qulaq pərdəsinin görünüşü.

MÜNDƏRİCAT

Ön söz.....	1
Burun, udlaq və qırtlaq xəstəlikləri	
Burun və onun əlavə boşluqları.....	2
Burunun anatomiyası.....	2
Burunun fiziologiyası.....	4
Burunu müayinə metodları	5
Xarici burunun xəstəlikləri.....	8
Yanıqlar.....	8
Donmalar.....	8
Burun qızılyeli.....	8
Burun dəhlizinin ekzeması.....	8
Burun sikozu.....	9
Furunkul	9
Burun boşluğunun xəstəlikləri.....	10
Burun boşluğunun yad cisimləri.....	10
Burun qanaxması.....	11
Burun çəpərinin xəstəlikləri.....	13
Burunun kəskin iltihab xəstəlikləri.....	14
Burunun xronik iltihab xəstəlikləri.....	16
Vazomotor və ya allergik rinit.....	17
Qoxu funksiyasının pozulmaları.....	18
Burun şişləri.....	19
Əlavə boşluqların kəskin və xronik xəstəlikləri.....	19
Udlaq	21
Udlağın anatomiyası.....	21
Udlağın fiziologiyası.....	24
Udlağın müayinə metodları.....	24
Udlağın xəstəlikləri.....	24
Adenoidlər.....	24
Damaq badamcıqlarının hipertrofiyası.....	26
Udlağın yad cisimləri.....	27
Udlağın kəskin iltihabları.....	27
Kataral , lakunar, follikulyar angina.....	28
İnfeksiyon mononukleoz zamanı angina.....	29
Fleqmonoz abses və ya peritonzilyar abses.....	29
Udlaqarxası abses.....	30

Əsnək difteriyası.....	31
Udlağın xronik iltihabları.....	33
Udlağın şişləri.....	35
Qırtlaq	36
Qırtlağın anatomiyası.....	36
Qırtlağın müayinə metodları.....	41
Qırtlağın kəskin iltihabı.....	42
Qırtlağın xronik iltihabı.....	42
Qırtlağın kəskin və xronik daralmaları.....	43
Qırtlağın şişləri.....	44
Qırtlağın hərəkəti pozulmaları.....	45
Traxeya	46
Traxeyanın anatomiyası.....	46
Traxeobronxoskopiya	46
Traxeostomiya	46
Qırtlağın, traxeyanın və bronxların yad cisimləri.....	48
Yuxarı tənəffüs yollarının zədələnmələri.....	48
Yuxarı tənəffüs yollarının peşə xəstəlikləri.....	50
Qida borusu	51
Qida borusunun anatomiyası.....	51
Qida borusunun müayinə metodları.....	52
Qida borusunun yanıqları və daralması.....	52
Qida borusunun yad cisimləri.....	52
Qida borusunun xərçəngi.....	53
Qulaq	53
Qulağın anatomiyası.....	53
Xarici qulaq.....	53
Qulaq pərdəsi.....	55
Orta qulaq.....	56
Daxili qulaq.....	59
Qulağın fiziologiyası.....	62
Eşitmə funksiyası.....	62
Dəhliz funksiyası.....	63
Qulağın müayinə metodları.....	63
Otoskopiya	64

Eşitmə funksiyasının müayinəsi.....	65
Dəhliz funksiyasının	67
Xarici qulağın xəstəlikləri.....	68
Xarici qulağın anomaliyaları.....	68
Xarici qulağın qeyri-iltihabi xəstəlikləri.....	68
Otematoma.....	68
Qulaq seyvanının yanıqları və donmaları.....	69
Qulaq çirki tıxacı.....	69
Yad cisimlər.....	70
Xarici qulağın iltihabi xəstəlikləri.....	70
Qulaq seyvanının perixondriti.....	70
Qızılyel	70
Xarici qulaq keçəcəyinin furunkulu.....	71
Xarici qulaq keçəcəyinin yayılmış iltihabı.....	71
Xarici qulağın ekzeması.....	71
Otomikozlar	72
Orta qulağın xəstəlikləri.....	72
Yevstax borusunun kəskin katarı.....	72
Kəskin orta otit.....	73
Erkən uşaq yaşlarında orta qulağın kəskin iltihabı.....	74
İnfeksiyon xəstəlik zamanı orta qulağın kəskin iltihabı.....	74
Mastoidit	75
Orta qulağın xronik iltihabı.....	76
Xolesteatoma	77
Qulaq pərdəsinin zədələnmələri.....	78
Daxili qulağın xəstəlikləri.....	78
Labirintit	78
Orta və daxili qulağın irinsiz xəstəlikləri.....	79
Orta qulağın xronik katarı.....	79
Otoskleroz	80
Sensonevral ağıreşitmə	81
Qulağın travmatik zədələnmələri.....	82
Lalkarlıq.....	83
Qulağın peşə xəstəlikləri	84

Istifadə olunan ədəbiyyat

1. Lixaçov A. Q. Burun, qulaq və boğaz xəstəlikləri , 1966.
2. Овчинников Ю. М., Лопатин А.С., Гамов В.П. Болезни носа, глотки, гортани и уха, 2008 .
3. Пальчун В.Т., Магомедов М. М., Лучихин Л.А. Оториноларингология , 2002.
4. V.B. Şadlinski, Ş.İ. Qasımov, N.T.Mövsümov , İnsan anatomiyası atlası, Müəllim, 2007.
5. V.B. Şadlinski, Ş.İ.Qasımov, N.T. Mövsümov , İnsan anatomiyası, Müəllim, 2008.
6. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии, Медицина, 1984.
7. Лучихин Л.А. Болезни уха, горла и носа, М. Эксмо, 2010.
8. Мчедлидзе Т. Оториноларингологический словарь, Диалект, ЭЛБИ – СПб, 2007.
9. Овчинников Ю.М. Справочник по оториноларингологии, Медицина, 1999.
10. Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа, ГЭОТАР- Медиа, 2010.
11. Пальчун В.Т. , Н.А. Преображенский Болезни уха, горла ,носа, М., Медицина, 1980.
12. Преображенский Б. С. , Темкин Я.С., Лихачев А. Г., Болезни уха, носа и горла, М., Медгиз, 1960.
13. Преображенский Б.С., Попова Г.Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания, М., 1970.
14. Воячек В.И. Основы оториноларингологии, Л., 1953.
15. Денкер А., Альбрехт В. Учебник болезней уха, верхних дыхательных путей и полости рта, пер. с нем., Л.-М., 1936.
16. Шадыев Х.Д. Практическая оториноларингология, моногр. Х. Д. Шадыев, В.Ю. Хлыстов, М., Медицинское инф. агентство, 2012.
17. Лопатин А.С. , Варвянская А.В., Каспранская Г.Р., Справочник оториноларинголога, ГЭОТАР – Медиа, 2018.
18. Лопотко И.А. , Темкин Я.С. Многотомное руководство по оториноларингологии, Общая оториноларингология, т . I, Медгиз, 1960.
19. Ундриц В. Ф., Хилов К. Л., Лозанов Н.Н., Супрунов В.К., Болезни уха, горла и носа, Медгиз, 1960.
20. Lederer F.L. a. Hollender A.R. Basis otolaryngology, Philadelphia, 1956.

Tərtib edənlər :

Dadaşova Ülviyyə Zöhrab qızı,
1nömrəli Bakı Tibb Kollecinin müəllimi

Talışinskiy Rəşad Şəmsəddin oğlu,
ATU – nun “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri” kafedrasının dosenti, t.ü.f.d

Quvalov Şakir İslam oğlu,
ATU – nun “Qulaq, burun və boğaz xəstəlikləri” kafedrasının dosenti, t.ü.f.d

