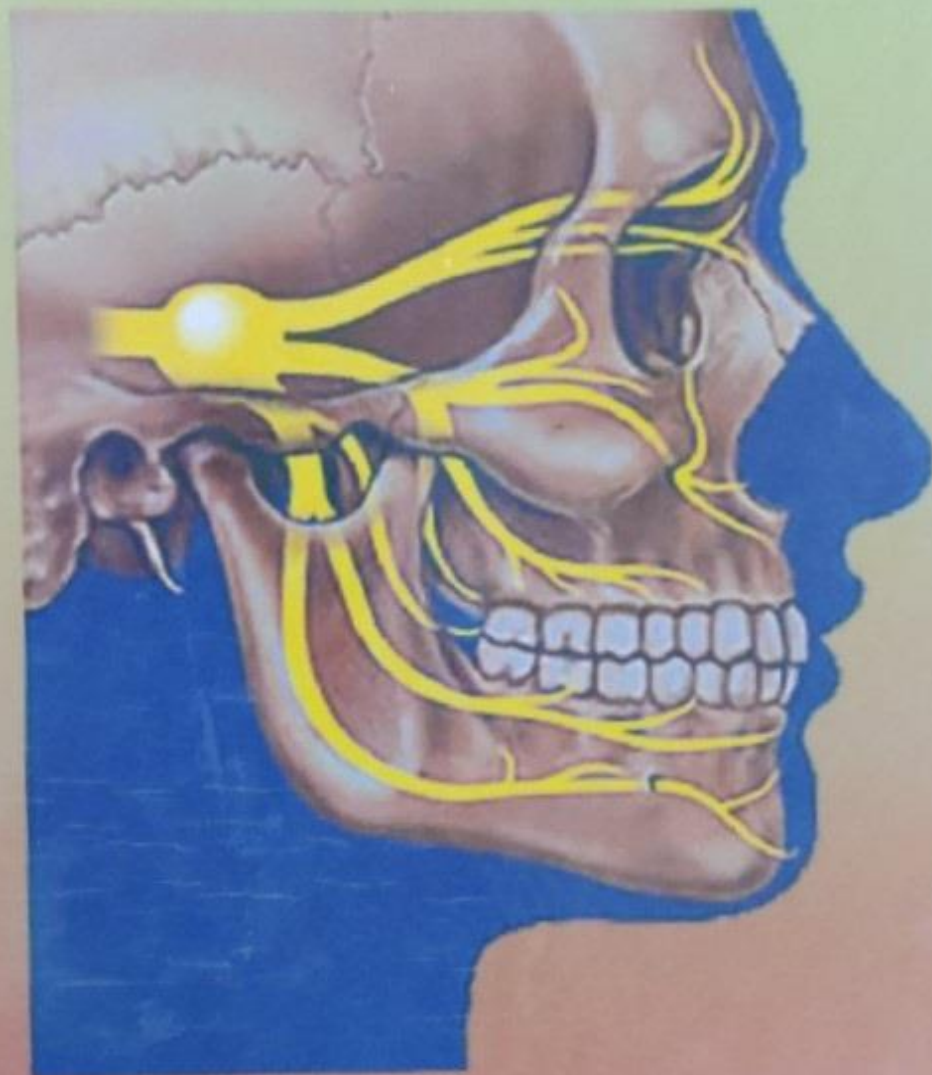


T.M.Nəbiyev

NEYROSTOMATOLOGIYA



Bakı – 2019

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

T.M. Nəbiyev

NEYROSTOMATOLOGİYA

dərs vəsaiti

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
31 may 2019-cu il 16 sayılı kollegiyasının
qərarı əsasında təsdiq edilmişdir*

*Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi
Şurasının 27 fevral 2019-cu il 06 sayılı qərarı
əsasında təsdiq edilmişdir*

Bakı – 2019

Rəyçilər:

ATU-nun Nevrologiya kafedrasının
professoru, t.ü.e.d.

Z.M. Əliyev

Tibbi Bərpa İnstitutunun professoru,
t.ü.e.d.

S.Q. Hüseynova

Temraz Mədət oğlu Nəbiyev. Neyrostomatologiya.
Bakı, “Təbib” nəşriyyatı, 2019, 196 s.

Bu dərs vəsaiti Tibb universitetinin nevrologiya kafedrasında ali məktəb proqramına uyğun ümumi və xüsusi nevrologiyanın əsas aspektlərinin tədris ediməsi məqsədilə stomatologiya fakultəsinin tələbələri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Vəsaitdən müalicə-profilaktika fakultəsinin tələbələri, rezidentlər, həkim stomatoloqlar, nevroloqlar və bilik səviyyələrini yüksəltmək məqsədilə digər ixtisaslı həkimlər də istifadə edə bilər.

“Təbib” nəşriyyatı

N $\frac{4108120000}{T - 038 (977)}$ 2019

© T.M.Nəbiyev

GİRİŞ

Bu dərs vəsaiti müalicə-profilaktika fakültəsinin tələbələri üçün olan dərsliklərdən tək həcminə və tədris materiallarının təsvir qaydalarına görə deyil, həmçinin, sinir sisteminin bölmələrinin və kəllə sinirlərinin funksional anatomiyası, müayinə metodları və zədələnmə simptomlarının, həmçinin neyrostomatoloji xəstəliklər və sindromlar bölməsinin daha aydın işıqlandırılmasını tələb etməsi nöqtəyi nəzərdən fərqlənir.

Bu dərs vəsaitində əsasən stomatologiya fakültəsinin tələbələri üçün ali məktəb proqramına müvafiq nevrologiyanın ümumi və xüsusi hissələrinin nisbətən qısaldılmış formada və daha tez-tez rast gəlinən üzün və ağız boşluğunun nevrogen xəstəliklərinin klinikası, diaqnostikası və müalicəsinin isə bir qədər geniş şəkildə şərh edilməsinə cəhd göstərilmişdir.

Dərs vəsaiti tələbələrin nevrologiya sahəsində biliklər əldə etməsinə yardımçı bir vasitə ola biləcəyi təqdirdə əhəmiyyət kəsb edir. Bu vəsait Tibb Universiteti tələbələri, həkim rezidentlər, praktik nevroloqlar və stomatoloqlar üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Nəticədə dərs vəsaitinin başa çatdırılmasında köməkliyi olan hər kəsə öz minnətdarlığımı bildirirəm. Tədris vəsaitinin yaxşılaşdırılmasına yönəldilmiş hər bir irad və təkliflərə hörmətlə yanaşmaqla onların vəsaitin növbəti nəşrində istifadə oluna biləcəyinə əminlik bildirirəm.

BÖLMƏ 1

ÜMUMİ NEVROLOGİYA

I Fəsil. Onurğa beyni. Onurğa beyninin zədələnmə simptomları.

1.1. Onurğa beyni, klinik anatomiyası

Onurğa beyni baş beynin davamı olub, mərkəzi sinir sisteminin onurğa kanalı içərisində yerləşən şöbəsidir.

Uzunsov beyindən I boyun fəqərəsinin yuxarı kənarı bərabərdən başlayır və I və ya II bel fəqərələrinin yuxarı hüdudi səviyyəsində qurtarır. Ondan çıxan köklər birləşərək at quyruğunu (conus medullaris) əmələ gətirir.

At quyruğunun hüdudi ucu sap (filum terminale) şəklində davam edərək büzdüm sümüyünün sərt qişasına bitişir.

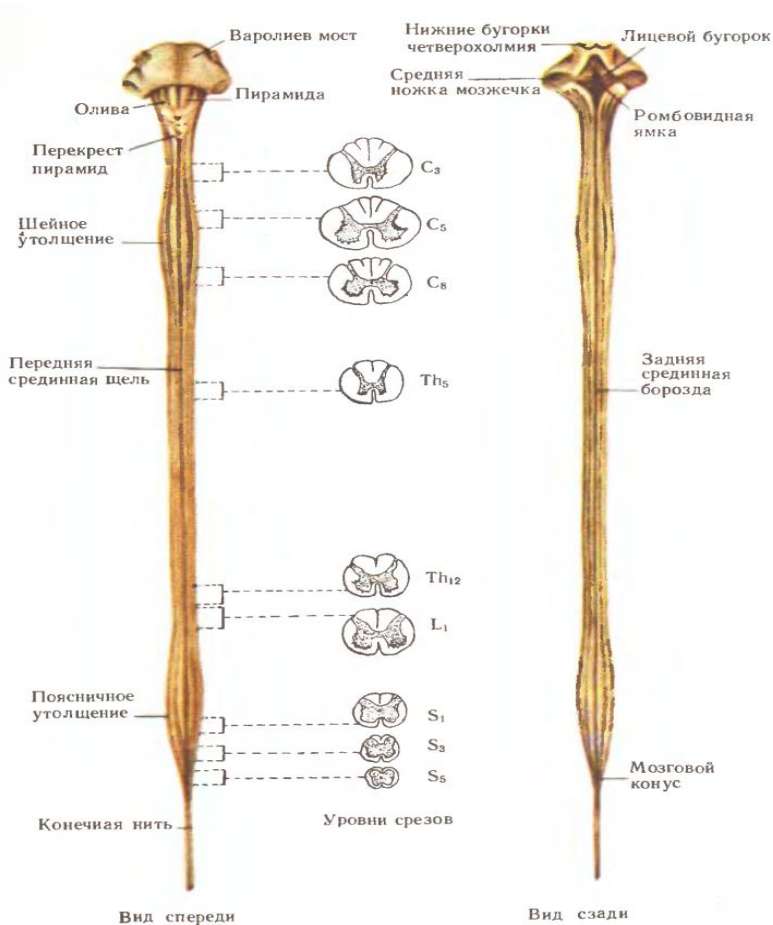
Köndələn kəsiyi oval və ya dairəvi formada olub, uzunluğu təxminən 45 sm-dir.

Onurğa beyni 3 qişa ilə örtülür: yumşaq qişa (pia mater), hörümçəktorunabənzər qişa (arachnoidea) və sərt qişa (dura mater).

Onurğa beynində 2 qalınlaşma qeyd edilir:

Boyun qalınlaşması (intumescencia cervicalis) - C5-Th2 seqmentləri səviyyəsində yuxarı ətrafların innervasiyasında iştirak edən sinir neyronlarından təşkil olunmuşdur.

Bel-oma qalınlaşması (intumescencia lumbo-sacralis) - L2-S2 seqmentləri səviyyəsində aşağı ətrafların innervasiyasında iştirak edən sinir neyronlarından təşkil olunmuşdur.



Şəkil 1. Onurğa beyni

.Onurğa beyni ağ və boz maddədən (horizontal kəsikdə kəpənəyə bənzəyir) təşkil olunmuşdur.

Ağ maddə - ön ciyə, arxa ciyə, yan ciyədən ibarətdir;

Boz maddənin tərkib hissələri:

Hissi arxa buynuz hüceyrələri - səthi hissiyyatın və onurğa beyni-beyincik yollarının ikinci neyronlarından təşkil olunmuşdur.

Assosiativ əlavə hüceyrələr - onurğa beyni aparatının tərkibinə daxildir.

Vegetativ hüceyrələr - C8-L2 seqmentləri (simpatik hüceyrələr) və S3-S5 seqmentləri (parasimptatik hüceyrələr) səviyyəsində yan buynuzlarda yerləşir.

Hərəkət hüceyrələr - onurğa beyninin ön buynuzlarında yerləşən periferik motoneyronlardan ibarətdir.

Motoneyronlar bölünür:

α -motoneyronlar – aksonları iradi hərəkətləri icra edən əzələlərdə tamamlanan iri hərəkət hüceyrələridir.

β -motoneyronlar - kiçik hüceyrələr olub iradi hərəkətlər zamanı intrafuzal əzələ liflərinin yığılmasına cavabdehdir.

γ -motoneyronlar - sinir impulslarını zəif sürətlə intrafuzal əzələ liflərinə yönəldir.

Reşou hüceyrələri- α -motoneyronların həddən artıq qıcıqlanması zamanı bu hüceyrələr α -motoneyronlara tormozlayıcı impulslar göndərir.

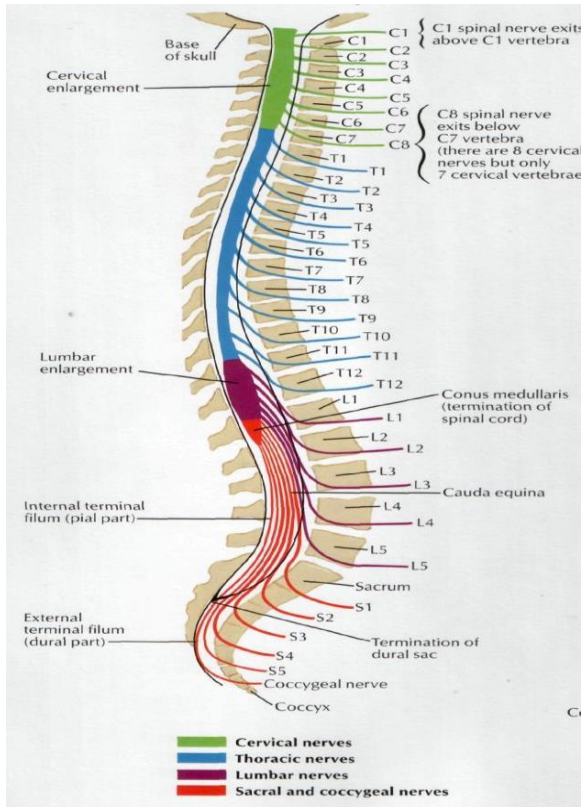
Ağ maddə ibarətdir:

Ön ciyə - enən yollardan təşkil olunub: örtük-onurğa beyni yolu (tractus tectospinalis), bundan lateral istiqamətdə ön çarpazlaşmayan piramid yol (tractus corticospinalis anterior), arxada içəri və ya arxa boylama dəstə (fasciculus longitudinalis medialis seu dorsalis), dəhliz-onurğa beyni yolu (tractus vestibulospinalis), zeytun- onurğa beyni yolu (tractus olivospinalis) və torlu törəmə-onurğa beyni yolu (tractus reticulospinalis).

Yan ciyə - qalxan və enən yollardan təşkil olunub. Enən yol qırmızı nüvə-onurğa beyni yolu (tractus rubrospinalis) onunla arxa buynuz arasında yan piramid yol (tractus corticospinalis lateralis), qalxan arxa onurğa beyni-beyincik yolu (tractus spinocerebellaris posterior) və ön onurğa beyni-beyincik yolu (tractus spinocerebellaris anterior) və yan spinotalamik yol (tractus spinothalamicus lateralis) yerləşir.

Arxa ciyə- proprioseptiv hissiyyat impulslarını daşıyan qalxan yollardan -nazik - Qoll dəstəsindən (fasciculus gracilis) və pazabənzər- Burdax dəstəsindən (fasciculus cuneatus) təşkil olunmuşdur.

Onurğa beyni 31 seqmentdən ibarətdir: 8 boyun, 12 döş, 5 bel, 5 oma və 1 büzdüm.



Şəkil 2. Onurğa beyni seqmentləri

1.2. Onurğa beyninin zədələnmə simptomları

Yuxarı boyun şöbəsinin köndələn zədələnmə simptomları:

Zədələnmə səviyyəsindən aşağı bütün hissiyyat növlərinin naqıl tipli pozulması, spastik tetraplegiya və çanaq orqanlarının funksiyalarının mərkəzi tipli pozulması

Boyun qalınlaşması səviyyəsində olan tam zədələnmə simptomları:

Yuxarı ətraflarda periferik iflic, aşağı ətraflarda mərkəzi iflic, bütün hissiyyat növlərinin zədələnmə səviyyəsindən aşağı naqıl tipli pozulması, çanaq orqanlarının funksiyalarının mərkəzi tipli pozulması

Döş nahiyəsinin köndələn zədələnmə simptomları:

Zədələnmə səviyyəsindən aşağı bütün hissiyyat növlərinin naqıl tipli pozulması, aşağı spastik paraplegiya, çanaq orqanlarının funksiyalarının mərkəzi tipli pozulması

Bel nahiyəsinin köndələn zədələnmə simptomları:

L2-L4 səviyyəsindəki zədələnmələr zamanı budun bükülməsi və yaxınlaşdırılması mümkün olmur. Dizin açılması zəifləyir, diz refleksi itir.

L5-S1 səviyyəsindəki zədələnmələr zamanı ayaq pəncəsinin hərəkətləri zəifləyir, dizin bükülməsi və baldırın açılması zəifləyir və axil refleksi itir.

Bel qalınlaşması səviyyəsində olan köndələn zədələnmə:

Bu zaman aşağı ətraflarda periferik iflic baş verir. Hissiyat növlərinin naqıl tipli pozulması, çanaq orqanlarının funksiyalarının pozulması

Epikonus sindromu.

Bu zaman zədələnmə S1-S2 segmentləri səviyyəsində olur. Ayaq pəncələlərində simmetrik periferik süst iflic, bud və baldırın arxa hissəsində, pəncələrin yan hissəsində hissiyyat pozulur, çanaq orqanlarında funksiya pozulması, kişilərdə ereksiya zəifliyi müşahidə edilir.

Konus sindromu:

Zədələnmə S3-S5 segmentləri səviyyəsində olur, aralıq nahiyəsində hüsiyyat pozulur, anal refleks itir, paradoksal sidik saxlamazlığı (işuriya paradoxa), əsasən oma nahiyəsində yataq yaraları əmələ gəlir.

At quyruğu səviyyəsində olan zədələnmə:

Bu səviyyədə olan zədələnmələr zamanı reflekslərin azalması və ya itməsi ilə periferik süst asimmetrik aşağı paraparez, aralıq əzələlərində periferik parez və ya iflic, çanaq orqanları funksiyalarının pozulması (sidik və nəcis saxlanmaması) və aşağı ətraflarda və aralıq nahiyəsində bütün hissiyyat növlərinin pozulması və güclü kökcük tipli ağrılar baş verir.

Broun-Sekar sindromu:

Onurğa beyninin yarısının köndələn zədələnməsi əlamətləri:

Zədələnmə tərəfdə mərkəzi iflic və dərin hissiyyatın pozulması

Zədələnmədən əks tərəfdə 1-2 seqment aşağı səviyyədə ağrı və temperatur hissiyatının pozulması

Ön buynuzun zədələnməsi zamanı seqmentə müvafiq gələn miotomdakı əzələnin periferik iflici baş verir.

Ön köklərin zədələnməsi zamanı eyniadlı kökcüyə müvafiq gələn miotomun tərkibinə daxil olan əzələnin periferik iflici meydana gəlir.

Arxa buynuzun zədələnməsi zamanı innervasiya zonasında seqmentar dissosiasiya olunmuş hissiyyat pozulması əmələ gəlir. Səthi hissiyyat pozulur - ağrı və temperatur hissiyatı zəifləyir və ya itir, dərin hissiyyat isə saxlanılır, müvafiq reflekslərin də zəifləməsi və ya itməsi müəyyən edilir.

Arxa köklərin zədələnməsi zamanı innervasiya zonasında seqmentar tipli hissiyyat pozulması əmələ gəlir, hissiyatın bütün növləri itmiş olur, reflekslərin zəifləməsi və ya itməsi, kökcük ağrıları müşahidə edilir.

Ön spinal arteriya sindromu:

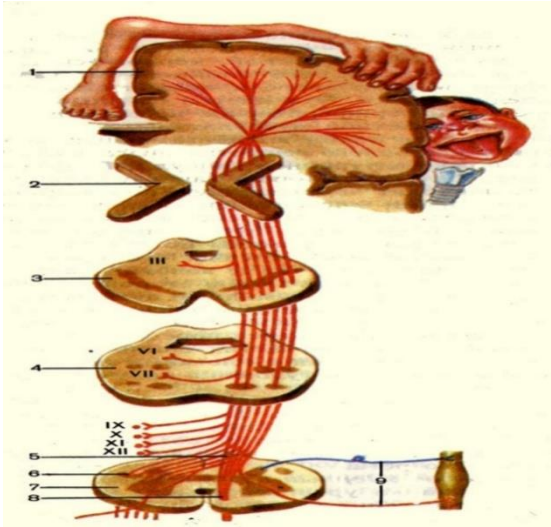
Bu sindrom adətən arteriyanın tıxaclanması nəticəsində meydana çıxır.

Dərin hissiyatın saxlanması ilə zədələnmə səviyyəsindən aşağıda hərəkəti, hissi, vegetativ pozulmalar olur.

II fəsil. Hərəkət sistemi. Mərkəzi və periferik ifliclər.

İnsan əzələlərinin iradi hərəkətləri beyin qabığından impulsları onurğa beyninin ön buynuz hüceyrələrinə daşıyan uzun sinir lifləri vasitəsilə həyata keçirilir. Bu liflər qabıq-onurğa beyni yolunu formalaşdırır (traktus cortikospinalis-piramid yol), oradan isə impulslar əzələlərə çatdırılır. Ümumilikdə beyin qabığı əzələ yolu 2 neyrondan təşkil olunur: mərkəzi və periferik hərəkət neyronu.

Mərkəzi hərəkət neyronu əsas etibarilə beyin qabığında ön mərkəzi qırıqda (Brodman üzrə 4-cü sitoarxitektonik sahə), yuxarı və orta alın qırıqlarının arxa hissəsinin və lobus paracentralisin qabıq sahəsində yerləşən piramid hüceyrələrdən başlayır. Ön mərkəzi qırıqda aşağı ətraf əzələlərini innervasiya edən sinir hüceyrələri yuxarı hissədə, bədən, yuxarı ətraflar orta hissədə, baş, üz, dil, qırtlaq və udlaq isə aşağı hissədə yerləşir.



Şəkil 3. Hərəkət yolu

Yuxarı alın qırığının arxa hissəsində bədən və orta alın qırığının arxa hissəsində isə başın, gözlərin əks tərəfə hərəkətini

təmin edən hüceyrələr yerləşir. Hərəkəti yollar kəsişdiyinə görə əzələlərin innervasiyası da əks tərəfli olur; sağ beyin yarımkürəsi bədənin sol tərəf əzələlərini, sol yarımkürə sağ tərəf əzələlərini innervasiya edir.

Ön mərkəzi qırışın beşinci qatında yerləşən iri piramid, Bets hüceyrələrindən başlayan piramid yol tractus corticonuclearis və traktus corticospinalis kimi iki hissədən ibarət olur. Bu dəstələr daxili kapsuldan keçir. Daxili kapsul ön, arxa buddan və dizdən ibarətdir. Tractus corticonuclearis daxili kapsulun dizindən, tractus corticospinalis isə arxa budun öndə 2/3 hissəsindən keçir.

Bu hərəkəti yollar daxili kapsuldan çıxdıqdan sonra, beyin ayaqçıqlarından, körpüdən keçib uzunsov beyinə daxil olurlar. Uzunsov beyinlə onurğa beyni sərhəddində piramid dəstəsi natamam çarpaz əmələ gətirir. Əksər hissəsi çarpazlaşaraq onurğa beyninin yan ciyəsinə keçir, lateral piramid dəstəsini əmələ gətirir. Az, çarpazlaşmayan hissəsi onurğa beyninin ön ciyəsinə keçir, həyati vacib nahiyənin əzələlərini- tənəffüs əzələlərini innervasiya edir.

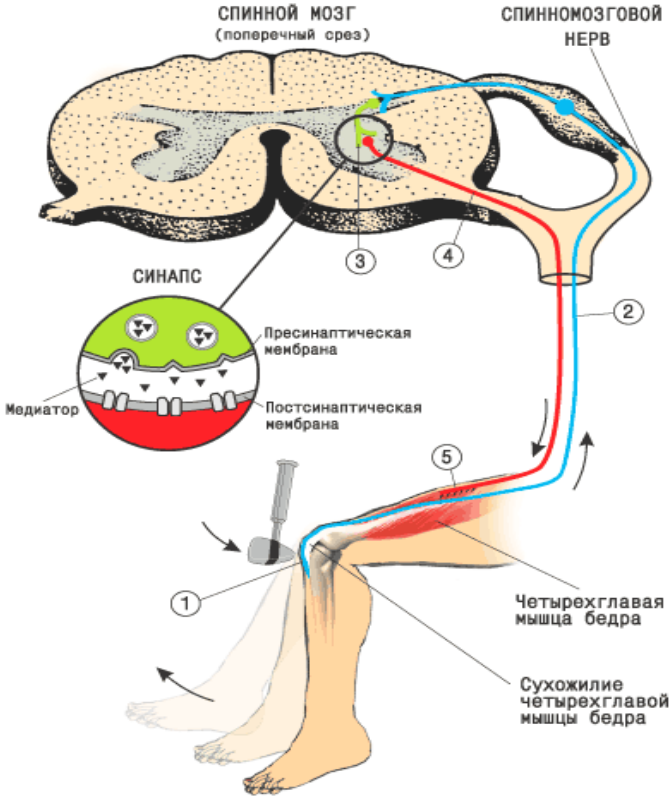
Tractus corticonuclearisin lifləri beyin kötüyündə nüvə önlü çarpaz əmələ gətirərək hərəkəti kəllə sinirlərinin nüvələrində, tractus corticospinalisin aksonları isə onurğa beyninin ön buynuzlarında qurtarır. Burada impuls mərkəzi hərəkəti neyronlardan periferik neyronlara ötürülür.

Ətraf əzələlərinin qabıq innervasiyası əktərəfliidir, çünki piramid dəstənin lifləri uzunsov beyinlə onurğa beyni sərhəddində çarpazlaşır.

2.1. Hərəkəti funksiyaların müayinə metodları

Reflektor həlqə 5 hissədən keçir: reseptor-hissi neyron-əlavə hüceyrə-hərəkəti neyron-işçi orqan. Refleks-qıcıqlara qarşı orqanizmin sinir sistemi vasitəsilə verdiyi cavab reaksiyasıdır. Səthi reflekslər dəri və ya selikli qişaların yüngül qıcıqlandırılması yolu ilə alınır. Onlara aiddir:

Korneal refleks: Pambıqla buynuz qişaya toxunduqda göz qırpılır.



Şəkil 4. Sadə refleks qövsü

Konyuktival refleks: Sivriləşdirilmiş pambıqla konyunktivaya toxunduqda göz qırpılır.

Yumşaq damaq refleksi: Şpatelilə yumşaq damağa toxunduqda damağın və dilçəyin yuxarı qalxmasıdır.

Udlaq releksi: Şpatellə udlağın arxa divarına toxunduqda öyümə və ya qusma əmələ gəlir.

Qarın refleksləri: Küt əşyanın ucu ilə yan tərəflərdən önə qabırğa qövsünə paralel, göbək səviyyəsində və qasıq büküşündən yuxarıda dərini qıcıqlandırmaqla yuxarı, orta və aşağı qarın refleksləri alınır. Bu zaman qarın divarının uyğun yarısının əzələləri yığılır.

Ayaqaltı refleksi: Ayağın ayaqaltı səthini qıcıqlandırarkən barmaqlar bükülür.

Kremaster refleksi: Budun içəri səthinin dərisini kiçik çubuğun ucu ilə yüngülcə qıcıqlandırdıqda xayaların yuxarı qalxması.

Anal refleksi: Anus ətrafı nahiyədə dərini yüngülcə iynələdikdə anal sfinkterin yığılması.

Dərin reflekslərə periostal və vətər refleksləri aiddir.

Çənəaltı refleksi: Çənənin az açılmış vəziyyətində çənəaltına qoyulmuş barmağa çəkilə vurduqda çənənin qapanması.

Mil-bilək (karporadial) refleksi: Mil sümüyünün bizəbənzər çıxıntısına çəkilə vurduqda əlin dirsək oynaqında bükülməsi və saidin pronasiyası.

İkibaşlı əzələ (bisipital) refleksi: Bazunun ikibaşlı əzələsinin vətərinə çəkilə vurduqda saidin bükülməsi.

Üçbaşlı əzələ (trisipital) refleksi: Saidin dirsək oynaqında yarım bükülmüş vəziyyətində bazunun üçbaşlı əzələsinin vətərinə çəkilə vurduqda saidin açılması.

Diz refleksi: Diz qapağı bağına çəkilə vurduqda budun dördbaşlı əzələsinin yığılması nəticəsində baldırın açılması. Dördbaşlı əzələ refleksi alınmadığı hallarda, diqqəti gərginlikdən yayındırmaq məqsədilə xəstəyə əl barmaqlarını bir-birinə keçirib möhkəm dartmaq təklif olunur (Endraşık üsulu). Bu zaman refleksin alınması asanlaşır.

Axil refleksi: Axil vətərinə çəkilə vurduqda ayağın ayaqaltı istiqamətdə bükülməsi. Müayinə apararkən xəstə dizləri üstündə stulun üstünə qalxır, özünü gərginləşdirmədən ayaqlarını stulun kənarından sallayır. Müayinə arxası üstə uzanmış vəziyyətdə də aparıla bilər. Bu halda həkim sol əli ilə xəstənin ayağını tutur, onu düz bucaq altında bükür və baldır diz oynaqında azacıq bükməklə axil vətərinə çəkilə vurur.

İradi hərəkətlərin klinik müayinəsi bir sıra metodik üsulların tətbiqi ilə həyata keçirilir. Öncə müayinə olunan şəxsin bütün oynaqlarında aktiv hərəkətlərin tamlığı yoxlanılır.

Ətraflarda hərəki pozulmaları müəyyənləşdirmək üçün əzələ gücü 5 ballıq sistem üzrə qiymətləndirilir: tam həcmli əzələ qüvvəsi - 5 bal; qüvvənin yüngül azalması - 4 bal; qüvvənin mötədil azalması - 3 bal; yertikal vəziyyət ala bilmədən horizontal vəziyyətdə sürtünmə qüvvəsinə üstünlük gələrək zəif hərəkət mümkündür - 2 bal; ağırlıq qüvvəsi aradan götürüldükdən sonra tərpnmə mümkündür

(əzələlərin azacıq yığılması) – 1 bal. Əzələ gücü 4 bal olduqda yüngül, 3 bal olduqda mütədil, 2-1 bal olduqda dərin parez hesab olunur. 0 bal iflic-plegiya olmasına dəlalət edir.

Əzələ tonusu əzələni palpasiya etməklə və uyğun oynaqlarda passiv hərəkətlər etməklə yoxlanılır. Bu zaman əzələnin tonik gərginlik dərəcəsi aydın hiss olunur. Əzələ tonusu yüksəldikdə passiv hərəkətlər nəzərə çarpan müqavimətlə rastlaşır. O, passiv bükmə və açmanın əvvəlində daha güclü olur. Sonra isə müqavimət sanki aradan götürülür və ətraf sərbəst hərəkət edir (“qatlanan bıçaq simptomu”). Əzələ tonusu aşağı olduqda isə müqavimətsiz tam boşalmalar müşahidə edilir.

2.2. Mərkəzi və periferik ifliclər

Birinci (mərkəzi) və ikinci (periferik) neyronların və ya onların aksonlarının zədələnməsi nəticəsində mərkəzi və periferik iflicər (tam hərəkətsizlik-plegiya) və parezlər (hərəkətlərin natamam pozulması) əmələ gəlir.

Mərkəzi iflic

Mərkəzi (spastik) iflic və ya parez beyin qabığında mərkəzi hərəkəti neyronun və ya onun aksonunu zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Bu halda periferik neyronun funksiyaları saxlanılmış olur, lakin birinci neyronun tormozlayıcı nəzarətindən çıxmış olur və bu da reflektor fəaliyyətin güclənməsinə və patoloji reflekslərin meydana gəlməsinə səbəb olur.

Mərkəzi iflic əzələ tonusunun, vətər reflekslərinin yüksəlməsi, açıcı və bükücü qrup patoloji reflekslərin, müdafiə reflekslərinin, klonusların və patoloji sinkineziyaların, oral avtomatizm reflekslərinin əmələ gəlməsi və qarın reflekslərinin itməsi ilə xarakterizə olunur.

Əzələ hipertoniyası zamanı əzələlərdə gərginləşmə hiss edilir. Yuxarı ətrafın yaxınlaşdırıcı və bükücü qrup əzələlərində, aşağı ətrafda isə, baldırın açıcı, budun açıcı və yaxınlaşdırıcı qrup əzələlərində tonus yüksəlir. Bu səbəbdən xəstələrdə hemiplegik poza meydana gəlir: yerləş zamanı əl bükülmüş vəziyyətdə olur, ayaq dizdən bükülmür və pəncə yarım dairəvi hərəkət edir (Vernike-Mann vəziyyəti).

Hiperrefleksiya zamanı yoxladıqda vətər və sümüküstlüyü refleksləri yüksəlmiş, refleksogen sahə genişlənmiş olur.

Klonuslar- hiperrefleksiyanın ən yüksək mərhələsi olub, vətərin dartılması nəticəsində əmələ gələn uzunmüddətli əzələ yığılmasıdır.

Pəncə klonusunu yoxladıqda pəncə aşırıq-daban oynaqında təkanverici hərəkətlə açılıb, saxlanılır. Bu halda pəncənin ritmik bükülmə və açılma hərəkətləri müşahidə edilir.

Diz qapağı klonusunda həkim baş və şəhadət barmaqları ilə diz qapağını tutub təkanla aşağı dartır və saxladıqda diz qapağında ritmik, titrəyici hərəkətlər meydana çıxır.

Mərkəzi hərəkəti neyronun zədələnməsi nəticəsində yaranan açıcı və bükücü qrup patoloji reflekslər mövcuddur.

Açıq reflekslər:

Babinski refleksi - bu refleks ayaqaltı dərisinin çəkicini dəstəyi ilə aşağıdan yuxarı baş barmağın altınadək qıcıqlandırılmasına cavab olaraq baş barmağın açılması, digər barmaqların isə yelpik şəklində aralanmasından ibarətdir.

Oppenheymlə refleksi - həkim baş barmağını xəstənin qamış sümüyünün darağı boyunca yuxarıdan aşağıya doğru sürüşdürdüüy zaman baş barmağın açılması.

Qordon refleksi – baldır əzələsini iki barmaqla sıxdıqda baş barmağın açılması.

Şeffər refleksi- axıl vətərini sıxdıqda baş barmağın açılması.

Bükücü reflekslər:

Rossolimo refleksi – həkim barmaqları ilə xəstənin ayaq barmaqlarının uc falanqalarının ucuna vurduqda II-V barmaqların bükülməsi.

Bexterev – Mendel refleksi - III-IV ayaqdarağı sümüklərinin üst nahiyəsinə çəkilə vurduqda II-V barmaqların bükülməsi.

Jukovski refleksi - çəkilə ayaq barmaqlarının altına vurduqda II-V barmaqların bükülməsi.

Bu reflekslərin 2 yaşınadək uşaqlarda normada da müşahidə edilməsi nəzərdə tutulmalıdır.

Periferik iflic

Periferik hərəkəti neyronların və onların aksonlarının zədələnməsi nəticəsində baş verir. Periferik və ya süst (atrofik) iflicin əsas əlamətləri aşağıdakılardır:

Əzələlərdə tam hərəkətsizlik

Atoniya-əzələ tonusunun itməsi

Arefleksiya-refleksin itməsi

Atrofiya-əzələlərin trofikasının pozulması

Tam dəyişmə reaksiyası - əzələlərdə cərəyan keçiriciliyinin pozulması nəticəsində degenerasiya prosesinin getməsi

EMQ-də dəyişikliklər - əzələ potensiallarının zəifləməsi və ya itməsi

Əzələlərdə fibrilyar və fassikulyar səyirmələr

2.3. Kələflərin və periferik sinirlərin əsas pozulma simptomları

Sinir köklərinin zədələnmə simptomlarına aid olur:

1. Ağrı müvafiq dermatoma irradiasiya edir.
2. Digər sensor modallıqlarla müqayisədə ağrı hissiyyatı daha çox pozulur.
3. Uyğun əzələlərin gücü azalır. Ağır zədələnmələrdə periferik parez və ya iflicin əlamətləri meydana gəlir.
4. Kök sinirlərinin zədələnməsinə uyğun peflektor pozulmalar müəyyən edilir.

Boyun kələfi yaxşı mühafizə olunduğuna görə az zədələnir. Diafraqma sinirinin zədələnməsi nəinki kələfin özünün zədələnməsindən, çox vaxt döşaralığında olan proseslər nəticəsində olur.

Bazu kələfi yuxarı hissədə zədələndikdə **Erb-Düşən iflici**, aşağı hissədə zədələndikdə isə **Klyumpke-Dejerin iflici** əmələ gəlir. Bazu kələfi bütövlükdə zədələndikdə yuxarı ətrafda periferik süst atrofik iflic və bütün hissiyyat növlərinin itməsi müşahidə edilir.

Bazu kələfinin periferik şaxələrinin - mil, dirsək, orta sinirlərin zədələnmələri özlərinə məxsus klinik xüsusiyyətlərə malik olmaqla müvafiq innervasiya zonalarında hərəki, hissi və vegetativ pozulmalarla müşayiət olunurlar.

Bel kələfi də yaxşı mühafizə olunduğuna görə az zədələnir. Əsasən abses, şiş, travma və iltihab nəticəsində zədələnir. Bel kələfindən 2 sinir ayrılır: qapayıcı sinir və bud siniri. Birinci sinir zədələndikdə budun yaxınlaşması çətinləşir və budun içəri səthində hissiyyat pozulur. Bud sinirinin zədələnməsi zamanı budun bükülməsi və baldırın açılması mümkün olmur, diz refleksi itir, budun ön və dizin içəri səthində hissiyyat pozulur.

Oma kələfindən çıxan sinirlər – qamış və incik sinirləri biryerdə oturaq sinirini əmələ gətirməklə ondan dizaltı nahiyədə

ayrılırlar. İncik sinirinin iflici zamanı pəncənin arxa bükücü qrup əzələlərində zəiflik əmələ gəlir və xəstə pəncəsini qaldıra bilmir (“steppaj” tipli yeriş). Baldırın bayır səthində və pəncənin üstündə hissiyyat pozulur. Qamış siniri zədələndikdə ayaqaqltına bükücü qrup əzələlərdə zəiflik əmələ gəlir və xəstə barmaqları üstə gəzə bilmir. Ayaqaqltı nahiyədə hissiyyat pozulur.

2.4. Beyincik. Müayinə metodikası və pozulma simptomları

Beyincik - **cerebellum**, arxa kəllə çuxurunda, körpü ilə uzunsov beynin arxasında və beyinin ənsə paylarının altında yerləşir.

Beyinciynin frontal ölçüsü - 11 sm, boylama ölçüsü - 3-5 sm və çəkisi 150 qramdır. Beyincik yuxarıdan beyinin sərt qişasından əmələ gəlmiş beyincik çadırı - **tentorium cerebelli** ilə örtülüdür.

Beyincik xaricdə boz maddə və daxildə ağ maddədən təşkil olunmuşdur. Ağ maddə daxilində beyincik nüvələri vardır. Boz maddə beyincik qabığını - **cortex cerebelli** - əmələ gətirir və üç qatdan ibarətdir: xarici - molekulyar qat, orta - qanqlioz qat və daxili - dənəvari qat.

Beyincik qonşu orqanlarla üç cüt ayaqaqlqla birləşir.

Beyinciynin yuxarı ayaqaqlqları - **pedunculi cerebellaris superior** beyinciyni orta beyinlə birləşdirir.

Beyinciynin orta ayaqaqlığı - **pedunculi cerebellaris medius**; körpünün xüsusi nüvələri ilə beyincik qabığının nüvələrini birləşdirir.

Beyinciynin aşağı ayaqaqlığı - **pedunculi cerebellaris inferior** beyinciyni uzunsov beyinlə birləşdirir. Tərkibində arxa onurğa beyni - beyincik yolu, aşağı zeytun nüvəsindən, dəhliz nüvəsindən və proprioseptiv nüvələrdən beyinciynə gedən liflər, həmçinin beyinciynin çadır nüvəsindən dəhliz nüvəsinə gedən liflər vardır.

Beyinciynin ağ maddəsinin daxilində onun nüvələri yerləşir. Onların miqdarı dörd cütdür, ən böyüyü dişli nüvədir - **nucleus dentatus**.

Dişli nüvədən içəri tərəfdə mantarabənzər nüvə - **nucleus emboliformis**, kürəvi nüvə - **nucleus globosus** və soxulcanın ağ maddəsi daxilində çadır nüvəsi - **nucleus fastigii** yerləşir.

Beyincik hərəkətlərin koordinasiyasını, müvazinətin saxlanılmasını, orqanizmin məkanda yerdəyişməsini, ayrı-ayrı hərəkətlər zamanı əzələlərin nizamlılığını tənzim edir.

Yerişin müayinəsi:

Müayinə olunan şəxsdən düz xətt üzrə addımlaması xahiş olunur. Beyincik zədələndikdə xəstə ayaqlarını geniş qoyur ("sərxoş yerişi"). Beyinciyn yarımkürəsi zədələndikdə xəstə zədələnən tərəfə səndələyir, soxulcan zədələndikdə xəstə hər iki tərəfə səndələyir.

Əzələ tonusunun müayinəsi.

Ətraflara passiv hərəkətlər verməklə tonus yoxlanılır. Beyincik zədələndikdə əzələ tonusu düşür, hipotoniya olur.

Romberq sınağı.

Xəstədən ayaqlarını cütləşdirmək, əllərini qabağa uzatmaq və barmaqlarını aralamaqla gözləri yumulu vəziyyətdə ayaq üstə durmaq xahiş olunur. Beyincik zədələndikdə o, zədələnən tərəfə yığılır.

Barmaq-burun sınağı.

Xəstədən gözlərini yummaq, qabağa uzadılmış əlinin şəhadət barmağının ucu ilə burnunun ucuna toxunmaq xahiş olunur. Beyincik zədələndikdə xəstədə hədəfdən yayınma və hərəkətin sonunda intension titrəmə müşahidə edilir.



Şəkil 5. Barmaq burun sınağı

Daban-diz sınağı.

Yataqda uzanmış xəstədən gözləri yumulu vəziyyətdə, bir ayağını hündür qaldıraraq dabanını o biri ayağının dizindən aşağı,

qamış sümüyünün tini üzrə aşağıyadək suruşdurmək xahiş olunur. Beyincik yarım kürəsi zədələndikdə həmin tərəfdə sınaq alınmır.



Şəkil 6. Daban diz sınağı

Nistaqımın müayinəsi

Xəstədən həkim çəkicinin arxasınca yanlara, yuxarı baxmaq xahiş olunur. Beyincik zədələndikdə nistaqım (göz almalarının baxışa əks istiqamətdə təkanvarı hərəkətləri) meydana gəlir.

Nitqin müayinəsi

Beyincik zədələndikdə nitq qırıq-qırıq, hecavi olur.

Müayinə olunan şəxs əllərini irəli uzadaraq, gözü yumulu pronasiya, supinasiya hərəkətləri edir. Beyincik zədələndikdə bu hərəkətlər pozulur, buna **adiodoxokinez** deyilir.

Müayinə olunan şəxsdən əllərini qabağa uzatmaqla, ovucunu yuxarı saxlamaq və sonra onu tez aşağıya çevirmək xahiş olunur. Beyincik zədələnən tərəfdə əlin çevrilməsinin ölçüsü pozulur və əksər hallarda, həddən artıq olur. Buna **dismetriya, hipermetriya** deyilir.

Göstərmə sınağı

Müayinə olunan şəxsdən şəhadət barmağını ona tərəf uzadılmış həkimin barmağına və ya çəkic ucuna toxundurmaq xahiş olunur, beyinciğin zədələnməsində hərəkətlərin ölçüsü pozulur, dismetriya əmələ gəlir.

Babinski sinerjiyası sınağı

Müayinə olunan şəxs taxt üzərində uzanır, qollarını döşü üzərində çarpazlayır. Sonra ondan yataqdan qalxması xahiş olunur.

Normal halda gövdə qalxır, dabanlar yatağa dirənir. Beyincik zədələndikdə xəstənin gövdəsi deyil, qıçları qalxır. Birtərəfli zədələnmə olduqda, həmin tərəfdə qıç daha hündürə qalxır. Bu **asinergiya** adlanır.

“Əks təkənin” olmaması simptomu (Styuart-Xolms simptomu)

Müayinə olunan şəxsdən qolunu dirsək oynaqında bükərək bərk saxlamaq xahiş olunur. Həkim biləkdən tutaraq qolu açmağa cəhd göstərir və qəflətən onu buraxır. Beyincik zədələndikdə xəstənin əli sinəsinə zərbə ilə dəyir. Buna **“əks təkənin” olmaması simptomu** deyilir.

Xəttin müayinəsi

Müayinə olunan şəxsə bir - iki cümlə yazmaq təklif olunur. Beyincik zədələnməsində xətt əyri, hərflər iri olur (**meqaloqrafiya**).

2.5. Ekstrapiramid sistem, pozulma simptomları

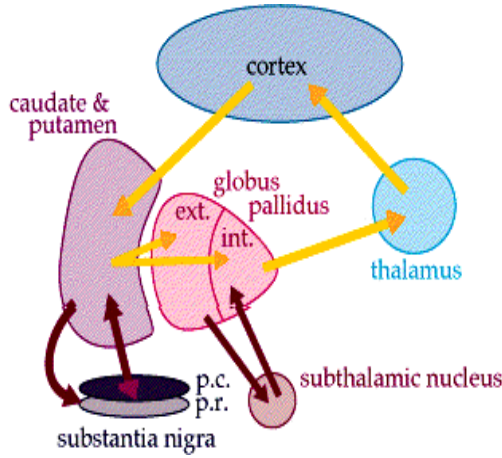
Ekstrapiramid sistem ona daxil olan bazal qanqlionlarla birgə beyin qabığından başlayaraq bütöv iradi hərəkət sisteminə daxil olan strukturlarla yaxın əlaqə şəklində fəaliyyət göstərən köməkçi sistemdir.

Bazal qanqlionlar əsasən talamusun lateral nahiyələrində, hər iki yarımkürənin dərin hissələrində geniş bir nahiyəni əhatə edirlər.

Filogeneza və morfoloji xüsusiyyətlərinə görə qabıqaltı törəmələr zolaqlı cisim – striar sistemdən (nucleus caudatus-quyruqlu nüvə və putamen-qabıq) və pallidar sistemdən (qlobus pallidus lateralis et medialis tərkibli solğun şarlar, substantia nigra-qara maddə, nucleus ruber – qırmızı nüvə və nucleus subthalamicus-subtalamik nüvə) ibarətdir.

Putamen neostriatumun afferent - qlobus pallidus isə paleostriatumun efferent mərkəzidir.

Strio-pallidar sistem ekstrapiramid sistemin əsasını təşkil etməklə əsasən talamus vasitəsilə beyin qabığı ilə və beyin sütunu törəmələri (zeytun, dördtəpəli cisim, retikulyar formasiya, arxa boylama dəstə nüvələri, vestibulyar nüvələr, dişli nüvə) vasitəsilə onurğa beyninin seqmentar aparatı ilə sıx əlaqədə fəaliyyət göstərir.



Şəkil 7. Ekstrapiramid sistem əlaqələrinin sxematik təsviri

Ekstrapiramid sistemin funksiyalarına aiddir:

Hərəkəti fəaliyyət modellərinin icrası;

Hərəkətlərin şüuraltı, lakin öyrənilmiş modelini yerinə yetirməkdə beyin qabığına kömək etmək;

Çoxlu sayda paralel və ardıcıl hərəkət modellərinin planlaşdırılmasına kömək etmək;

Hərəkətlərin icra sürətini və hərəkətin hansı həcmdə olmasını müəyyən etmək;

Göz almalarının hərəkətlərinin tənzimi;

Psixi və emosional reaksiyalar zamanı mimiki əzələlərdə, boyunda, ətraflarda, gövdədə uyğun hərəkətlərin meydana çıxmasını təmin etmək;

Ekstrapiramid sistemin müayinəsi:

Bu müayinələrə əzələ tonusunun, hərəkətlərin xarakterinin (ritm, stereotiplik, hərəkətin amplitudası, tezliyi), aktiv, passiv və müştərək hərəkətlərin, yerişin, yazının, nitqin, mimikanın, hiperki-nezlərin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi daxildir.

Zədələnmə simptomları:

Hipertonik-hiporinetik sindrom (Akinetiko-rigid sindrom, Parkinsonizm sindromu). Bu pallidar sistemin zədələnməsi ilə meydana gələn sindromun biokimyəvi əsasını dofamin-asetilxolin

balansının pozulması təşkil edir. Neostriatumun hissəsi olan quyruqlu nüvə enən retikulo-spinal yol vasitəsilə əzələ tonusunu tənzimləyir. Dofamin qara maddə nüvələrində, asetilxolin isə quyruqlu nüvədə hasil olunur.

Qara maddə neyronlarının məhv olması nəticəsində dofaminin miqdarı azaldıqda onun quyruqlu nüvəyə tormozlayıcı təsiri zəifləyir və nəticədə əzələ hipertonusu meydana gəlir və **hipertonik-hipokinetik sindrom** formalaşır.

Bu simptomokompleksin əsasını əzələ tonusunun “dişli çarx” tipli yüksəlməsi təşkil edir. Xəstənin hərəkətlərində hipokineziya, oliqokineziya, bradikineziya, müştərək hərəkətlərin itməsi, mimi-kanın itməsi-amimiya, baxışın donması, nitqin yavaşması, yazının kiçilməsi (mikroqrafiya) baş verir.

Əllərdə sakitlik zamanı “pul sayma”ni və ya “dərman bükmə”ni xatırladan əsmə-statik tremor inkişaf edir.

Xəstələrdə əzələ tonusunun plastik tipli yüksəlməsi, hərəkətlərin yavaşması və sakitlik tremoru kimi kardinal simptomlarla yanaşı post-ural tonusun düşməsi əlamətləri- pro-, retro-, lateroteropulsiya (önə, arxaya, yana yıxılmalar), müxtəlif vegetativ pozulmalar müşahidə edilir.

Psixi sferada dəyişikliklər psixi fəaliyyətin zəifləməsi – bradifreniya, bradipsixiya formalarında təzahür edir.

Xəstələrin özünəməxsus bükücü bədən vəziyyəti yaranır. Başı və bədəni bükülmüş, beli əyilmiş, ətraflar oynaqlarda bükülmüş vəziyyətdə kiçik addımlarla yeriyən bu sindrom üçün xarakterik sayılır.

Striar sistemin funksiyası pozulduqda pallidar sistemin fəallığı artır və bu da hərəkəti aktivliyin artmasına və əzələ tonusunun azalmasına gətirib çıxarır. Əsasında **hiperkinetik-hipotonik sindrom** duran hiperkinezlər inkişaf edir. Onlara aiddir:

Atetoz - əldə, qolda, üzdə, boyunda meydana çıxan ləng, qəliz soxulcanabənzər hərəkətlərdir, yazı hərəkətlərini xatırladır.

Xoreya - ətrafların proksimal şöbələrində, əldə, üzdə, bədənin digər nahiyələrində meydana çıxan ani qeyri- ritmik, ardıcıl olmayan hərəkətlərdir. Xəstələr üz-gözünü turşuldur, ağızlarını marçıldadır, ağız əyməni, rəqsetməni xatırladan hərəkətlər edirlər. Bu hərəkətlər həyəcan zamanı artır, yuxuda isə itirlər.

Hemiballizm - bədənin bir tərəfində, ətraflarda meydana çıxan, qanad çalmağa bənzəyən hərəkətlərdir.

Tremor - əllərdə, göz qapaqlarında açıcı və bükücü əzələlərin tonusunun artması nəticəsində meydana çıxan titrəmə hərəkətləridir.

Asteriks - əllərin açılma yaradan əzələlərinin tonik yığılmasının keçici olaraq aradan qalxması nəticəsində əllərin aşağı düşməsi və geri qayıtmasıdır.

Miokloniya-əzələdə və müəyyən əzələ qruplarında diksinmələri xatırladan tez-tez, ildırımsürətli, səhmansız, yuxu zamanı itən yığılmaların başverməsi ilə xarakterizə olunur.

Torsion distoniya - ətrafların və gövdə əzələlərinin öz boylama oxu ətrafında qeyri iradi fırlandırıcı hərəkətlərin əmələ gəlməsi ilə özünü göstərir.

Müasir təsəvvürlərə görə belə simptomokompleksin yaranması dofamin mediatorunun izafi miqdarda hasil olması ilə əlaqədardır və onun artması asetilxolin və qamma amin yağ turşusunun (QAYT) azalması ilə müşayiət olunur.

III Fəsil. Hissiyat sistemi.

Hissiyatın 2 əsas növü ayrılır: sadə (səthi, dərin) və mürəkkəb. Səthi hissiyata ağrı, temperatur və qismən toxunma hissiyatı aiddir. Dərin hissiyata əzələ-oynaq, vibrasiya, çəki, təzyiq hissiyatları aid edilir. Mürəkkəb hissiyatların növlərinə isə diskriminasiya, ikiölçülülük sahə hissiyatı, kinestetik və stereoqnostik hissiyatlar daxildir. Hissiyat ekstraseptiv, proprioseptiv və intraseptiv olmaqla da 3 qrupa bölünür. Ekstraseptorlar kontakt və distant reseptorlar olmaqla 2 formada olur. Kontakt yolu ilə xaricdən bilavasitə təsir edən qıcıqları ağrı, temperatur, taktil hissiyat reseptorları qəbul edir, distant reseptorlar isə müəyyən məsafədən gələn (görmə, eşitmə, qoxu) qıcıqlara reaksiya verir.

Əzələlərdən, vətərlərdən, oynaqlardan, sümüklüklüyündən bədənə, ətrafların vəziyyəti barədə yaranan qıcıqlar proprioseptorlar vasitəsilə qəbul edilir.

Intraseptorlar isə daxili orqanlarda meydana gələn duyğu qıcıqlarını qəbul edirlər.

Onurğa beyni sinirlərinin hissi lifləri öz ucları vasitəsilə periferiyada qəbul etdikləri qıcıqları fəqərəarası qanqlionlarda yerləşən birinci hissi neyronların hüceyrələrinə nəql edirlər. Onurğa beyni qanqlionunda yerləşən hüceyrələrdən isə impuls aksonlar vasitəsilə onurğa beyninə ötürülür.

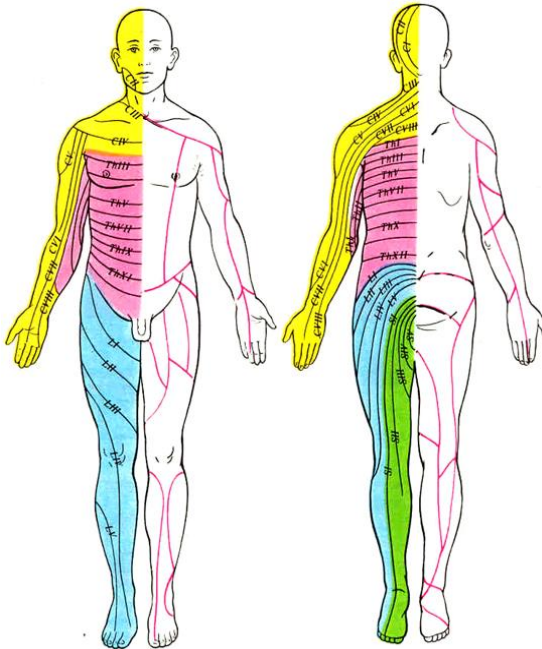
Səthi hissiyatın I neyronunun aksonları onurğa beyninin arxa kökündən bilavasitə arxa buynuzda daxil olur. Burada II neyronun hüceyrələri ilə sinaps yaranır. II neyron aksonları ön boz bitişmədə çarpazlaşaraq əks tərəfin yan ciyəsinə daxil olur, və onurğa beyni-görmə qabarı yolunu (tractus spinothalamicus) əmələ gətirirlər. Çarpazlaşma 2-3 seqment yuxarıda baş verir, ona görə də yan ciyənin zədələnməsi zamanı ağrı və temperatur hissiyatının əks tərəfdə pozulması müvafiq olaraq aşağı səviyyədə təyin edilir. Onurğa beyninin yuxarı hissəsində arxa buynuz hüceyrələrindən gələn liflər onurğa beyni-görmə qabarı yoluna içəri tərəfdən daxil olur və dəstədəki aşağı seqmentlərdən gələn lifləri bayıra sıxışdırır.

Dərin hissiyatın aparıcı yolları onurğa beyninin arxa buynuzlarına daxil olmadan birbaşa öz tərəfinin arxa ciyəsinə keçir. Qoll və Burdax dəstələrinin tərkibində qalxaraq uzunsov beyində eyni adlı nüvələrdə tamamlanır (dərin hissiyatın ikinci neyronu). Arxa ciyədə

medial yerləşən Qoll dəstəsində aşağı ətrafların, lateral yerləşən Burdax dəstəsində isə yuxarı ətrafların aparıcı yolları yerləşir.

Dərin hissiyyatın II neyronlarının aksonları ventral istiqamətdə, orta xəttə doğru gedərək aşağı zeytun səviyyəsində çarpaz əmələ gətirir, əks tərəfə keçərək içəri tərəfdən spinotalamik yola söykənirlər. Beyin kötüyündə bu iki dəstədən ibarət olan ümumi hissi yol medial ilgək-lemniscus medialis adlanır.

Görmə qabarında səthi və dərin hissiyyat yollarının 3-cü neyronları yerləşir. Bu hüceyrələrin lifləri görmə qabarı qabıq yolunu (tr.talamocorticalis) təşkil edib daxili kapsuldan və şüalı tacdan keçərək beyin qabığına mərkəzarxası qırışda, qismən tərəpə payında tamamlanır. Bədənin əks tərəfindən gələn hissi impulsar beyin qabığına belə proyeksiya olunur: mərkəzarxası qırışın yuxarı şöbəsində ayaq, ortada qol, aşağıda isə baş. Dərin hissiyyatın hissi impulslarının analiz və sintezi təkcə mərkəzarxası qırışda deyil, həm də ön mərkəzi qırış və tərəpə payında aparılır.



Şəkil 8. Hissiyatın kök (sol) və sinir (sağ) zonaları

3.1. Hissiyatın müayinə metodları və pozulmaları

Toxunma hissiyyatı pambıq və ya yumşaq tük dəstəsi ilə yoxlanılır. Xəstəyə gözlərini yummaq tapşırılır. Müayinə olunan şəxs toxunma qıcıqlarına “duyuram” və ya “duymuram” sözləri ilə cavab verməlidir.

Ağrı hissiyyatı iti uclu sancaq vasitəsilə yoxlanılır. Ağrı qıcığı taktıl qıcıqla növbələşdirilməlidir. Xəstə ağrı qıcığını iti və ya küt sözləri ilə cavablandırır.

Temperatur hissiyyatını yoxlayarkən biri isti, digəri soyuq su ilə doldurulmuş iki sınaq şüşəsindən istifadə edilir. Lokalizasiya hissiyyatının müayinəsi xəstə gözlərini yumduğu vəziyyətdə verilən qıcığın yerini barmaqla göstərməsi ilə icra olunur.

Diskriminasiya hissiyyatı eyni vaxta verilən iki qıcığın fərqləndirilməsi Veber pərgarının köməyi ilə təyin olunur. Pərgarın iti ayaqcıqları yaxınlaşdırılmaq və uzaqlaşdırılmaqda dəriyə və selikli qişaya toxundurulur, qıcığın bir və ya iki olduğu soruşulur. Qıcıqlar arasındakı məsafə artdıqda fərqlər təyin edilə bilər. İki qıcığı bir qıcıq kimi qəbul etmək həssaslığın azalmasını göstərir.

İkiözlü sahə hissiyyatını yoxlamaq üçün dəri üzərində rəqəm, hərf, fiqur yazılır şəxsin gözləri yumulu vəziyyətdə nə yazıldığı soruşulur. Əzələ-oynaq hissiyyatı müayinə olunan şəxsin gözləri yumulu vəziyyətdə oynaqlarında passiv hərəkətlərin edilməsi və onun hansı oynaqda və hansı istiqamətdə aparılmasını soruşmaqla müəyyənləşdirilir. Əzələ-oynaq hissiyyatının itməsi sensitiv ataksiyanı yaradır.

Vibrasiya hissiyyatı kamerton vasitəsilə yoxlanılır. Ehtizaza gətirilmiş kamertonun ayaqcıqları üzə çıxmış sümüklər üzərinə qoyulur və onun duyulması vaxtının müddətinə əsasən qiymətləndirilir. Təzyiq hissiyyatı barmaqla, sadəcə təzyiq etmək yolu ilə, yaxud xüsusi cihaz-baroesteziometr vasitəsilə müəyyən edilir. Xəstə toxunma ilə təzyiqi, müxtəlif gücə malik təzyiqləri bir-birindən fərqləndirməyi bacarmalıdır. Çəki hissiyyatı uzadılmış əllərin üzərinə yük qoymaqla yoxlanılır. Normada 15-20 qr çəkini fərqləndirmək mümkün olur. Stereoqnostik hissiyyat müayinə olunan şəxsin gözləri yumulu vəziyyətdə əlinə qoyulmuş əşyanı əlləməklə tanıması ilə müəyyənləşdirilir.

Hissiyat pozulmasının növləri:

Bütün hissiyyat növlərinin itirilməsi-anesteziya

Ağrı hissiyyatının itirilməsi-analgeziya
Temperatur hissiyyatının itirilməsi-termoanesteziya
Lokalisasiya hissiyyatının itirilməsi-topanesteziya
Əzələ-oynaq hissiyyatının itirilməsi-batioanesteziya
Hissiyatın zəifləməsi-hipesteziya
Hissiyatın güclənməsi-hiperesteziya

Dissosiasiya tipli hissiyyat pozğunluğu - müəyyən seqmentlər nahiyəsində hissiyyatın bir növünün itməsi ilə digər növünün saxlanılması

Dizesteziya - qıcıq təhrif olunmuş formada duyulur, toxunma ağrı, isti soyuq kimi qəbul olunur.

Hiperpatiya - qıcıq qarısının yüksəlməsi - zəif qıcıqlara qarşı reaksiya alınmır, seriya qıcıqlara qarşı refleks qövsü qapanır. Qıcıq verilən nahiyəni lokallaşdırmaq çətin olur və qıcıq verilməsi dayandırıldıqdan sonra belə onun duyulması davam edir, müalicəyə çətin tabe olan ağrılarla müşaiyət olunur.

Poliesteziya - bir qıcıq verildiyi halda bir neçə qıcıq duyulur.

Paresteziya-xaricdən qıcıq verilmədiyi halda duyulan xoşagəlməz hissiyyatdır. Bədəndə qarışqa gəzməsi, keyimə, üyüşmə, yanma, donma, iynə batması duyğuları və bəzən ağrılarla müşaiyət olunan hissiyyat pozuntusudur.

Ağrıların növləri:

- 1) yerli, lokal
- 2) proyeksiya olunan
- 3) irradiasiya olunan
- 4) əks olunan
- 5) dərin, səthi kimi növlərə bölünür.

Qıcığın sinirin bir şaxəsindən digərinə yayılması ilə gedən ağrılar irradiasion ağrılar adlanır.

Nevralgiya ayrıca bir sinirin innervasiya zonasında deşici, sancıcı xarakterli qısa ağrı paroksizmləridir.

Kauzalgiyalar (causis-yanğı, algos-ağrı) - periferik sinirlərin zədələnməsinin nəticəsi olub dözülməz, yandırıcı, intensiv ağrılarla müşahidə olunur. Bu halda ağrıların özünəməxsus xüsusiyyətləri simpatik şaxələrin prosesə cəlb olunması ilə izah olunur.

Fantom sindromu - amputasiya olunmuş ətrafin mövcud olması kimi təhrif olunmuş duyğunun olmasıdır, əsasən mövcud olmayan

ətrafda baş verən ağrılar şəklində təzahür edir. Patogenezi məlum deyil, əmələ gəlməsində mərkəzi mexanizmlərin rolu düşünlür.

Denervation ağrılar - fəqərəarası və ya kəllə sinirləri düyünlərinin herpetik (herpes zoster) zədələnmələrinin nəticəsi kimi meydana çıxır bilir (posherpetik nevrалgiya), bəzi hallarda kələf köklərinin travmatik qopması nəticəsində də təzahür edir.

3.2. Hissi pozulmaların topik diaqnostikası

1. Sinir kötöklərinin tam zədələnməsi həmin sinirin dəri innervasiyası zonasında bütün hissiyyat növlərinin ağrı və ya paresteziyalarla müşayiət olunan pozulmasına səbəb olur.

2. Kələflərin zədələnməsi (boyun, bazu, bel, oma, büzdüm) həmin kələfdən çıxan sinirlərin innervasiya zonalarında bütün hissiyyat növlərinin pozulmasıdır, ağrıların da olması xarakterikdir.

3. Onurğa beyninin arxa kökünün zədələnməsi innervasiya zonasında bütün hissiyyat növlərinin seqmentar xarakterli pozulmasıdır. Köklərin zədələnməsi ağrı ilə də müşayiət olunur.

4. Onurğa beyninin arxa buynuzunun zədələnməsi seqmentar xarakterli dissosiasiya olunmuş pozulmalarla müşahidə olunur. Dərin hissiyyat saxlanıldığı halda ağrı və temperatur hissiyyatı itir.

5. Onurğa beyninin ön boz bitişməsinin zədələnməsi - burada ağrı və temperatur hissini lifləri çarpazlaşdığına görə dissosiasiya tipli pozulma bağ verir, həmin hissiyyat növləri ikitərəfli itir, dərin hissiyyat isə saxlanılmış olur.

6. Onurğa beyninin arxa ciyələrinin zədələnməsi əzələ-oynaq və vibrasiya hissiyyatının zədələnmə səviyyəsindən aşağı, naqil tiptə pozulmasına səbəb olur. Taktil hissiyyat da pozula bilir. *Bu* sensitiv ataksiya ilə nəticələnir.

7. Onurğa beyninin yan ciyələrinin zədələnməsi spinotalamik yolların prosesə cəlb olunması ilə əlaqədar əks tərəfdə zədələnmə səviyyəsindən 2 seqment aşağı ağrı və temperatur hissiyyatının naqil tiptə pozulması ilə müşayiət olunur.

8. Onurğa beyninin köndələn kəsiyinin yarısının zədələnməsi həmin tərəfdə zədələnmə səviyyəsindən aşağı mərkəzi iflic, əzələ-oynaq hissiyyatının itməsi, əks tərəfdə naqil tiptə ağrı və

temperatur hissiyyatının pozulması ilə nəticələnir. Bu Broun- Sekar sindromu adlanır.

9. Onurğa beyninin tam köndələn zədələnməsi həmin səviyədən aşağıda mərkəzi tipli paraplegiya, bütün hissiyyat növlərinin naqil tipli pozulmasına səbəb olur. Bu zaman çanaq orqanlarının funksiyasının pozulması ilə yanaşı trofik pozulmaların da əmələ gəlməsi xarakterikdir.

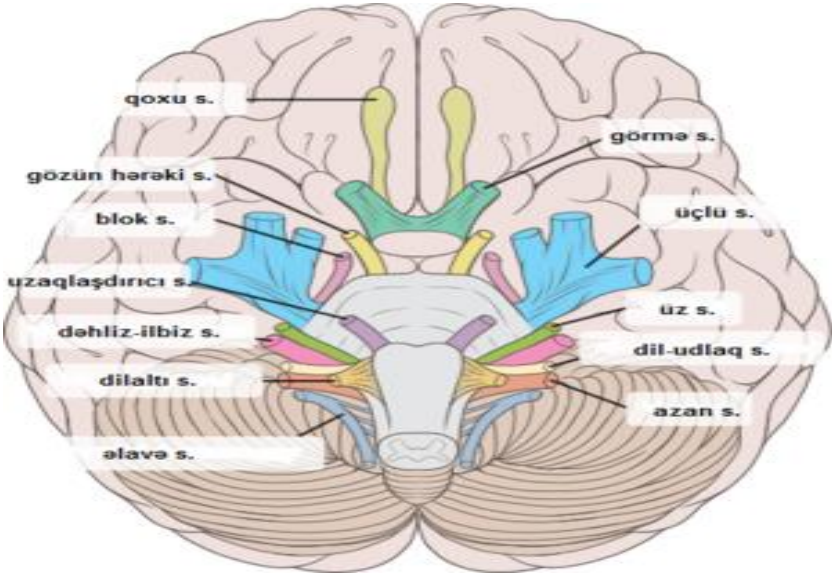
10. Beyin kötüyündə medial ilgəyin zədələnməsi bədənin əks tərəfində bütün hissiyyat növlərinin itməsi ilə müşayiət olunur. Əks tərəfin ətraflarında sensitiv ataksiya əmələ gəlir (hemianesteziya, hemiataksiya).

11. Görmə qabarcığının (thalamus) zədələnməsi bədənin əks tərəfində bütün hissiyyat növlərinin hemianesteziyası və ətraflarda hemiataksiya, görmə sahəsinin hemianopsiyası və müəyyən hallarda hemialgiya ilə müşayiət olunur.

12. Daxili kapsulun zədələnməsi onun arxa ayaqçıqının arxa üçdə birindən keçən hissiyyat yollarının zədələnməsi nəticəsində əks tərəfli hemianesteziya, hemiataksiya, hemianopsiya meydana çıxır. Hissi yollarla yanaşı daxili kapsuldan sıx şəkildə keçən digər yolların da zədələnməsi nəticəsində əks tərəfli hemipleziya, VII və XII cüt sinirlərin mərkəzi tipli pozulması da müşahidə edilir. İflic olmuş ətraflarda hərəkət olmadığına görə ataksiyanın aşkarlanması mümkün olmur.

13. Beyin qabığına mərkəzarxası qırışının zədələnməsi bədənin əks tərəfində mono tipli bütün hissiyyat növlərinin itməsinə səbəb olur. Mərkəzarxası qırışın qıçıqlanması zamanı həmin nahiyəyə uyğun olan zonalarda bədənin əks yarısında hiperpatik tipli ağrılar və Cekson tipli paresteziyalar əmələ gəlir.

IV Fəsil. I, II, III, IV, VI cüt kəllə sinirləri.



Şəkil 9. Kəllə sinirlərinin yerləşmə sxemi

4.1. I cüt. Qoxu siniri (nervus olfactorius)

Qoxu siniri duyğu üzvü siniridir, qoxu beyindən inkişaf etmişdir. Qoxu analizatoru 3 neyronlu sistemə malikdir. Birinci nüvəsini burun boşluğunun yuxarı hissəsinin selikli qişasındakı bipolar qoxu hüceyrələri təşkil edir. Bu hüceyrələrin aksonları - 20 ədəd qoxu liflərindən ibarətdir. Bunlar xəlbir sümüyünün xəlbir sahəsindəki dəliklərdən keçərək alın payının əsasında qoxu soğanağında (bulbus olfaktorius) tamam olur. Buradan başlayan II neyron qoxu traktını (traktus olfaktorius) əmələ gətirir. Qoxu traktı beyin əsasında keçərək qoxu qıcıqlarını birincili qoxu mərkəzlərinə çatdırır.

Birincili qoxu mərkəzlərinə aiddir: qoxu üçbucağı (trigonum olfaktorium), şəffaf arakəsmə (septum pellucidum), ön dəliklənmiş maddə (substantia perforata anterior). Bu qoxu mərkəzlərindən başlayan III neyronun liflərinin çox hissəsi çarpazlaşaraq əks tərəfə, az hissəsi isə çarazlaşmadan öz tərəfində qabıq mərkəzində - gicgah payının dənizatiyanı qırışında, ammon buynuzunda tamamlanır. Qoxu yolu tək

hissi yoldurki, onun lifləri talamusadan yan keçərək bilavasitə baş beyin qabığına daxil olur.

İştah açan qoxular reflektor olaraq ağızsuyu ifrazına səbəb olurlar, xoşagəlməz qoxular isə ürəkbulanmanı və bəzən, hətta qusmanı təhrik edirlər. Bu proseslər həmçinin emosiyalarla əlaqədardır. Qoxuların emosional qəbul edilməsi çox gümanki, qoxu sisteminin hipotalamus, talamus və limbik sistemlə əlaqəsinin olması ilə şərtlənir.

Qoxu pozulmaları kəmiyyət və keyfiyyət dəyişikliklərinə görə fərqləndirilir. Qoxunun kəmiyyət pozulmaları hiposmiya (qoxunun zəifləməsi) və anosmiyanı (qoxunun olmaması) birləşdirir. Bunlar qoxu sinirinin periferik zədələnməsi ilə, məsələn rinitlər, dərman maddələrinin yanaşı təsirləri ilə əlaqədar ola bilər. Bu pozulmalar, həmçinin II neyronun mərkəzi tipli zədələnmələrində qoxu soğanağı, qoxu traktında patoloji proseslər nəticəsində də yarana bilər.

Qoxunun parosmiya kimi keyfiyyət pozulmaları çox pis qoxuların duyulmasını, məsələn kakosmiyanı (kal qoxusu) və ya hiperosmiyanı (qoxunun patoloji kəskinləşməsi) özündə birləşdirir. Belə vəziyyətə, adətən, mərkəzi zədələnmə, məsələn, gicgah epilepsiyası zamanı təsadüf edilir.

- Parosmiya qoxunu ayırd etmək qabiliyyətinin pozulması
- Qoxu analizatorunun qabıq mərkəzində bir tərəfli zədələnmə ocağı qoxunun itməsinə səbəb olmur. Lakin parahippokapmal qırışda şiş inkişaf edərsə, bəzən qoxu halüsinasiyaları müşahidə olunur.

- Qoxunu qavrama qabiliyyətinin azalması hiposmiya nevrologiyada ciddi əhəmiyyət kəsb etmir.

- Anosmiya (qoxunun itməsi) zamanı ilk növbədə onun itməsinə tez-tez səbəb olan burnun selikli qişasının xəstəliklərini istisna etmək lazımdır. Bir tərəfli anosmiya, qoxu soğanağını və qoxu traktını kəllə əsasına sıxan alın payı şişlərində müşahidə edilə bilər.

Anosmiyanın ən çox rastgələn səbəbi kəllə beyin travması (sinirin liflərinin kəsilməsi və ya soğanağın əzilməsi) olur. Qoxunun posttravmatik pozulması travmadan bir neçə həftə və aylar keçdikdən sonra nəzərəçarpan olur. Amneziyanın davam etmə müddəti nəqədər çox olursa posttravmatik anosmiya o qədər tez baş verir. Təxminən hadisələrin üçdə birində 1 il ərzində o tam reqressə uğrayır.

Qoxunun keyfiyyət pozulmaları çox vaxt travma və qripdən sonra, az hallarda adi soyuqdəymə və ya heç bir səbəb olmadan yaranır. Bu pozulmalar, adətən, qoxu soğanəğının, hippokampın badamcığı və qarmağının qıcıqlanması zamanı yaranır, həmçinin epileptik tutmanın aurası və gicgah payının ön bazal şöbəsinin zədələnməsi əlaməti kimi də meydana çıxır.

Qoxu pozulmalarında həmişə onun dərmanların yanaşı təsirinə əmələ gələ bilmə ehtimalını istisna etmək lazımdır.

Hipo- və anosmiya parkinsonizm və Alsheymer xəstəliyinin erkən əlamətlərindən ola bilər.

4.2. II cüt. Görmə siniri (nervus opticus)

Görmə siniri duyğu üzvü siniridir, ön beyin qovuğundan inkişaf etmişdir. Görmə siniri başlanğıcını göz almasının tor qişasından alır. Tor qişə informasiyasını qəbul edən reseptor səthi kimi qəbul edilir. Görmə siniri kimi, tor qişə da MSS-nin baş beyindən kənara çıxarılmış hissəsidir.

Tor qişədə görmə yolunun 3 perferik neyrondan ibarət cəncirvari birləşmiş hüceyrə qrupları yerləşmişdir. Onlardan birincisi kolbacıq və çubuquqlar şəklində özünəməxsus dendritləri olan görmə hüceyrələridir. İkincisi bipolyar hüceyrələr, üçüncüsü isə qanqlioz hüceyrələrdir. Qanqlioz hüceyrələrin aksonlar toplusu bilavasitə görmə sinirini təşkil edir. Görmə siniri görmə reseptorlarının qəbul etdikləri qıcıqları beyinə daşıyır. Oftalmoskopiya da görünən görmə sinirinin başlanğıcı onun diski və yaxud məməciyi adlanır.

Görmə siniri silindir şəklində olub yuxarı göz yarığında kəllə boşluğuna daxil olur. Alın əsasında türk yəhəri önündə tor qişanın daxili tərəfindən (burun) gələn liflər çarpazlaşaraq əks tərəfə keçir, görmə çarpazını yaradır (*chiasma opticum*). Çarpazlaşan daxili liflər tor qişanın xarici tərəfindən (gicgah) gələn liflərlə birləşərək görmə yolunu (tractus opticus) əmələ gətirir. Görmə yolu xiazmadan xarici dizvari cisimə qədər olan hissəyə deyilir. Görmə traktı 4-cü neyron olan birincili qabıqaltı görmə mərkəzlərində tamalanır. Onlara aiddir: bayır dizəbənzər cisim (corporis geniculati lateralis), görmə qabarının balışı (pulvinar) və orta beyin qapağının (dördtəpənin) yuxarı qoşatəpəciyi (colliculis superior).

Bayır dizəbənzər cisimdən çıxan görmə lifləri (radiatio optika) Qrasiolə dəstəsini əmələ gətirərək daxili kapsulun arxa budunun arxa üçdə bir hissəsindən keçərək ənsə payının daxili hissəsində yerləşən görmə qabıq mərkəzində - məhmız yarığında (fissura calcarina) tamamlanır. Görmə qabarı balışından çıxan liflər zolaqlı cisim, orta və ara beyinlə əlaqə yaradır. Məhmız yarığının yuxarı hissəsi paz qırışını (gyrus cuneus), aşağı hissəsi dil qırışını (gyrus linqvalis) təşkil edir. Uyğun olaraq görmə yolunun sağ tərəfində hər iki gözün tor qişasının sağ tərəfindən gələn liflər, sol görmə yolunda isə hər iki gözün sol tərəfindən gələn liflər yerləşir. Beləliklə görmə yolu, birincili görmə mərkəzi, Qrasiolə dəstəsi və məhmız şırımı nahiyəsi hər iki gözün tor qişasının eyni adlı tərəfi ilə, lakin görmə sahəsinin əks yarısı ilə əlaqəli olur. Tor qişanın yuxarı yarısından gələn liflər paz qırışında, aşağı yarısından gələn liflər dil qırışında qurtarır.

Dördtəpəli cismin yuxarı qoşatəpəciyindən başlayan liflər həm öz, həm də əks tərəfin Yakuboviç nüvələrinə (III sinirin parasimpatik nüvəsi) gedir və bəbəyin işığa qarşı düz və müştərək reaksiyalarının qövsünü təşkil edir.

Müayinə üsulları

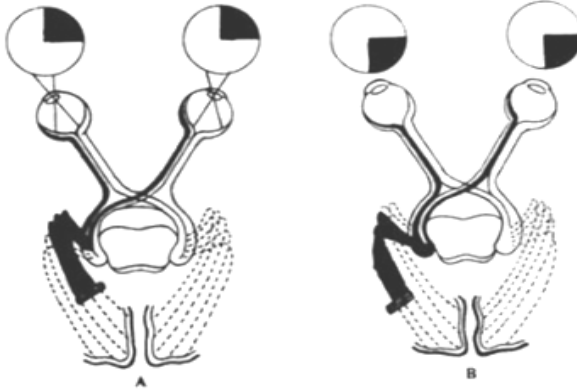
Görmə qabiliyyətinin qiymətləndirilməsi görmə itiliyinin, görmə sahəsinin, göz dibinin və rəng duyğusunun yoxlanılması ilə aparılır. Görmə itiliyi müəyyən ölçülü, get-gedə kiçilən 12 sətirdə yerləşdirilmiş hərf və ya işarələr yazılmış xüsusi cədvəllərin köməyi ilə müayinə olunur. Normal görmə zamanı insan 5m məsafədən onuncu sıranı görüb seçə bilir. Bu halda görmə itiliyi 1.0-a bərabər olur. O, üçüncü sıranı görürsə, görmə itiliyi 0.3, 7-ci sıranı görürsə 0.7 olur və s., görmə itiliyinin tam olmaması amavroz (korluq), hissəvi zədələnməsi ambliopiya adlanır.

Görmə sahəsinin (hərəkətsiz gözün gördüyü sahə) müayinəsi perimetrin köməyi ilə həyata keçirilir. Normal halda hər bir göz üçün ağ işığa qarşı görmə sahəsi xaricə 90°, aşağı 70°, yuxarı və içəriyə 60° olur. Əgər pasient bir gözü ilə qarşısında horizontal vəziyyətdə tutulmuş dəsmalı ortadan düz bölə bilirsə, o görmə sahəsinin normal olmasına dəlalət edir.

Rəng duyğusu xüsusi cədvəllərin köməyi ilə yoxlanılır. Göz dibinin müayinəsi ənənəvi oftalmoskopla (və ya elektrik oftalmo-

skopu) okulist tərəfindən icra olunur. Göz dibinin müayinəsi ilə görmə sinirinin məməciyindəki, damarlardakı dəyişikliklər (ödem, atrofiya və s.) aşkarlanır.

Xiazmanın tam zədələnməsi zamanı tam ikitərəfli korluq baş verir.



Şəkil 10. Kvadrant hemianopsiya

Kvadrant hemianopsiya bayır dizəbənzər cismin, Qrasiolə dəstəsinin hissəvi zədələnməsi əlamətidir. Eyni zamanda Qrasiolə dəstəsinin içəri yarısı zədələndikdə yuxarı kvadrant hemianopsiya, bayır yarısı zədələndikdə aşağı kvadrant hemianopsiya alınır. Qabıqda sol paz nahiyəsi zədələndikdə görmə sahəsində yalnız sağ aşağı kvadrant itir, sol dil qırışı zədələndikdə yalnız görmə sahəsinin sağ yuxarı kvadrantı itir.

Sağ görmə yolu qabıq mərkəzi də daxil omaqla bütöv zədələndikdə sol tərəfli homonim hemianopsiya və əksinə, sol görmə yolu zədələndikdə sağ tərəfli hemianopsiya olur.

Görmə sinirində keçiricilik tamamilə pozularsa həmin gözdə korluq baş verir. Bəbəyin işığa qarşı düz reaksiyası itir, kor gözün bəbəyi yalnız sağlam gözü işıqlandırdıqda müştərək olaraq daralır.

Gözün inkişafdən geri qalması nəticəsində görmənin zəifləməsi ambliopiya adlanır. Liflərin yalnız bir qisminin zədələnməsi zamanı görmə sahəsi məhdudlaşır, onda müəyyən sektorların itməsi, skotomalar əmələ gəlir.

Bitemporal hemianopsiya heteronim hemianopsiyadır, görmə sahəsinin xarici gicgah tərəfinin itməsilə özünü biruzə verir, görmə çarpazının daxili hissəsinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir.

Binazal hemianopsiya da heteronim hemianopsiyaya aiddir, görmə sahəsinin daxili burun tərəfi itir, görmə çarpazının xarici hissəsinin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir.

Homonim hemianopsiya hər iki gözün eyni adlı yarısının görmə sahəsinin simmetrik olaraq, görmə çarpazından görmənin qabıq mərkəzinədək görmə yollarının zədələnməsi nəticəsində itməsidir.

Görmə çarpazından ilkin görmə mərkəzlərinə qədər yolda olan görmə sahəsinin pozulması homonim olmaqla traktus hemianopsiyası, qabıq mərkəzi də daxil olmaqla Grasiole dəstəsi səviyyəsində olan görmə sahəsinin pozulması mərkəzi hemianopsiya adlanır. Bu hemianopsiyalar klinik olaraq bir-birindən fərqləndirilir:

1.Traktus hemianopsiyasında görmə siniri diskinin atrofiyası olur, mərkəzi hemianopsiyada bu olmur.

2. Traktus hemianopsiyasında zədələnmiş tərəfdə bəbəyin işığa qarşı reaksiyası itir, mərkəzi hemianopsiyada isə işığa qarşı reaksiya hər iki tərəfdə saxlanılır.

3.Traktus hemianopsiyasında çox vaxt hissəvi homonim hemianopsiya zamanı görmə sahəsinin kəskin ifadə olunmuş asimmetrikliyi olur, mərkəzi hemianopsiyada isə adətən asimmetriklik olmur.

4.3. III cüt. Gözün hərəkəti siniri (nervus oculomotorius)

Gözün hərəkəti sinirinin nüvələrinə eninəzolaqlı əzələləri innervasiya edən lateral irihüceyrəli nüvə, bu nüvənin altında kirpik əzələsini və göz bəbəyini daraldan əzələni innervasiya edən cüt parasimpatik nüvə (Vestfal-Edinger və ya Yakuboviç nüvəsi) və orta tək parasimpatik nüvə (Perlia nüvəsi) aiddir. Gözün hərəkəti siniri böyük beyin ayaqçıqının içəri tərəfində ayaqçıqlararası çuxurda yerləşən şırımından beyin əsasına çıxır, mağaralı cibin bayır kənarı ilə göz yuvasının yuxarı yarığına çatır və göz yuvasına daxil olur. Gözün hərəkəti sinirinin tərkibində göz əzələlərini (yuxarı çəp və bayır düz əzələdən başqa) və yuxarı göz qapağını qaldıran əzələni innervasiya edən efferent liflər, gözün əksər əzələlərindən proprioseptiv qıcıqları daşıyan afferent (hissi) liflər, göz bəbəyini daraldan əzələni və kirpik əzələsini innervasiya edən parasimpatik liflər vardır. Daha sonra gözün hərəkəti siniri mağaralı kələfdən göz alması damarlarına məxsus simpatik liflər, göz sinirindən hissi liflər qəbul edir.

Beləliklə gözün hərəki siniri gözün yuxarı, içəri və aşağı düz, aşağı çəp əzələlərini, yuxarı göz qapağını qaldıran əzələni, göz bəbəyini daraldan əzələni, akkomodasiyanı tənzim edən kirpik əzələsini innervasiya edir və göz əzələlərindən proprioseptiv qıcıqları (əzələ-oynaq hissini) beyinə nəql edir.

Gözün hərəki muskulaturasının qabıq mərkəzi mürəkkəb struktura malikdir. Görmə və eşitmə stimulları uyğun olaraq ənsə və gicgah paylarından gözün hərəki mərkəzlərinə çatır və oradan mərkəzdənqaçan enən yollarla gözün hərəki sinirlərinin nüvələrinə daxil olur. Hər 2 reflektor mərkəz gözləri baxışa uyğun olaraq hərəkət etdirən alında yerləşən gözün hərəki mərkəzinin nizamlayıcı təsiri altında olur. Orta alın qırışının arxa şöbəsindən gələn gözün hərəki qabıq-nüvə lifləri gözün hərəki, blok və uzaqlaşdırıcı sinirlərinin nüvələrində tamamlanır. Bütün istiqamətlərdə gözlərin birgə hərəkətləri üçün hər iki göz almasının müxtəlif əzələlərinin eyni vaxtda yığılmaları tələb olunur. Belə hərəkətlərin sinxronlaşdırılmasını içəri (medial) boylama dəstə sistemi təmin edir.

Yuxarı alın qırışının arxa şöbəsinin neyronlarının aksonları medial boylama dəstənin əsas elementlərinə - medial dəstənin nüvəsinə (Darkşeviç nüvəsi) və aralıq nüvəyə (Kaxal nüvəsi) daxil olur. Həmin nüvələrdən çıxan liflər öz tərəflərinin və qismən əks tərəfin hərəki sinir nüvələrinə daxil olaraq göz almalarının birgə hərəkətlərini tənzimləyir.

4.4. IV cüt. Blok siniri (nervus trochlearis)

Blok sinirinin nüvəsi orta beyində aşağı qoşatəpənin ventral hissəsində gözün hərəki sinirinin lateral irihüceyrəli nüvələrinin kaudal hissəsində yerləşir. Mağaralı cibdə mağaralı kələfdən simpatik liflər və göz sinirindən yuxarı çəp əzələnin proprioseptiv hissiyyatını həyata keçirən somatik afferent liflər alır.

Blok siniri göz almasını aşağı və bayıra hərəkət etdirən gözün yuxarı çəp əzələsini innervasiya edir

Blok sinirinin zədələnməsi zamanı yalnız aşağı baxdıqda daxili çəpgözlük və diplopiya qeyd olunur. Gözün yuxarı və daxilə çevrilməsi, göz almasının aşağı və xarici tərəfə hərəkətinin məhdudlaş-

ması müşahidə edilir. Xəstənin ən çox xarakterik şikayəti yalnız öz ayaqları altına baxdıqda gözlərdə ikiləşmənin olmasındadır. Yuxarı, yanlara baxdıqda diplopiya olur.

Qeyd etmək lazımdır ki, periferik neyron zədələndikdə gözün yuxarı çəp əzələsinin iflici (və ya parezi) əks tərəfdə meydana gəlir.

4.5. VI cüt. Uzaqlaşdırıcı sinir (nervus abducens)

Bu sinirin nüvəsi Varol körpüsünün arxa tərəfində romba-bənzər çuxurun dibində yerləşir. Nüvənin aksonları körpü əsasına doğru gedərək körpü ilə uzunsov beyin arasında piramid səviyyəsində beyindən xaric olur. Sonra liflər beyin əsasında önə gedərək yuxarı göz yarığından orbitaya daxil olur göz almasını xaricə çevirən bayır düz əzələni innervasiya edir.

Göz almalarının iradi hərəkətlərini icra etmək üçün beyin qabığından gözün hərəkəti sinir nüvələrinə impulslar daxil olmalıdır. Məlumdur ki, normada göz almaları bütün istiqamətlərdə müştərək hərəkət edirlər. İkinci alın qırışının arxa şöbəsində gözü əks tərəfə hərəkət etdirən mərkəzdən gələn gözün hərəkəti yolunun zədələnməsi zamanı göz almalarının müştərək hərəkətləri pozulur və baxışın iflici əmələ gəlir. Əgər patoloji ocaq bir alın payında olarsa onda baxış həmin yarımkürə tərəfə dönmüş olur (“xəstə ocağa baxır”). Zədələnmiş ocaq barədə yanaşı hemiplegiya əsasında mühakimə yürüdülmür. Hemiplegiya ocaqdan əks tərəfdə mövcud olur. Əgər Varol körpüsünün bir yarısı zədələnsə (baxışın körpü mərkəzi) onda göz almaları reflektor olaraq ocaqdan əks tərəfə dönür (“xəstə ocaqdan əks tərəfə baxır”). Bu zaman piramid yol da zədələnmiş olarsa ocaqdan əks tərəfdə hemiplegiya olur və xəstənin baxışı iflic olmuş ətraflara tərəf yönəlmiş olur. Bu əlamətlər topik diaqnostikada informativ əhəmiyyət kəsb edir.

Dördtəpəli cisim nahiyəsində zədələnmə olarsa göz almalarının birgə hərəkətləri vertikal istiqamətdə pozulur - yuxarı və aşağı baxışın parezi (Parino sindromu).

Medial boylama dəstənin hissəvi zədələnməsində göz almaları horizontal xəttə münasibətdə müxtəlif vəziyyətdə olurlar - vertikal üzrə xarici çəpgözlük: bir göz alması bir az aşağı və daxilə (ocaq tərəfdə), o biri göz alması yuxarı və xaricə çevrilmiş olur (Hertviq-Majandi sindromu).

Kliniki praktikada gözün hərəki sinirləri (III, IV və VI) birgə müayinə olunur. Göz almalarının vəziyyətinə, bütün istiqamətlərdə hərəkətliliyinə, yuxarı göz qapaqlarına, bəbəklərin formalarına, ölçüsünə baxılır. Xəstədən onda ikigörmənin - diplopiyanın olub-olmaması, onun istiqaməti soruşulur. Sonra bəbəklərin işığa qarşı düz və müştərək reaksiyaları, akkomodasiya və konvergensiya reaksiyaları, müvafiq olaraq hər bir gözə ayrılıqda işıq verməklə, uzağa və yaxına, burunun ucuna baxmaqla müayinə olunur.

Gözün hərəki sinirlərinin pozulma simptomları

Beyin kötüyü daxilində (beyin ayaqcığında) zədələnmə zamanı öz tərəfində gözün hərəki sinirinin iflici əks tərəfdə ətrafların mərkəzi iflici ilə müşayiət olunur (alternik Veber sindromu). Bu III sinir nüvəsi və aşağıda çarpaz əmələ gətirən piramid yolların eyni zamanda zədələnməsi nəticəsində baş verir. Həmin nahiyədə, beyin kötüyünün daha dorzal tərəfində, qırmızı nüvə də prosesə cəlb olunarsa Benediktin alternik sindromu müşahidə edilir (III sinirinin iflici və əks tərəfin ətraflarında beyincik ataksiyası).

Gözün hərəki sinirinin iri hüceyrəli bayır nüvələri zədələndikdə xarici çəpgözlük müşahidə olunur. N. oculomotorius, blok siniri və uzaqlaşdırıcı sinirin birgə zədələnməsi zamanı xarici oftalmoplegiya yaranır. Bu zaman göz almasını hərəkət etdirən bütün eninə zolaqlı əzələlər iflic olur. Xırda hüceyrəli gözün parasimpatik hərəki sinir nüvələrinin izolə olunmuş zədələnmələri baş verdikdə daxili oftalmoplegiya – bəbəyi daraldan, akkomodasiya və konvergensiya da iştirak edən sayə əzələlərin iflici yaranır.

Gözün hərəki sinirinin tam iflicində müşahidə edilən əlamətlərə ptoz (göz qapağının sallanması), göz almasının yuxarı, aşağı, bayıra hərəkətlərinin olmaması, göz bəbəyinin genişlənməsi (midriaz), bəbəklərin qeyri bərabər olması (anizokoriya), xarici çəpgözlük, işığa qarşı düz və müştərək reaksiyaların itməsi, akkomodasiya və konvergensiyanın pozulmaları aiddir. Xəstələr yanlara və yuxarı baxdıqda əşyaların ikiləşməsindən (diplopiya) şikayət edirlər.

Xarici və daxili oftalmoplegiyanın birlikdə rast gəlməsi total oftalmoplegiyanı şərtləndirir.

V Fəsil. V, VII və VIII cüt kəllə sinirləri.

5.1. V cüt. Üçlü sinir (nervus triqeminalis)

Üçlü sinir ən böyük kranial qarışıq sinirdir, hissi lifləri ağızın və üzün hissiyatını təmin edir. Hissi payı aypara - Qasser qanqlionundan başlayır, hansı ki, onurğa beyni düyünlərinə uyğun gəlir və psevdounipolyar qanqlioz hüceyrələrə malikdir. Üçlü sinirin periferik şaxələri üç əsas hissəni təşkil edir. Bunlar oftalmik, maksilyar və mandibulyar hissələrdir. Birinci və ikinci şaxələr özündə yalnız hissi lifləri, üçüncü şaxə isə həm hissi, həm də hərəkət lifləri birləşdirir.

Kəllə boşluğundan hər 3 şaxə müxtəlif yollarla xaric olur: I şaxə yuxarı göz yarığından, II şaxə girdə dəlikdən, III şaxə oval dəlikdən.

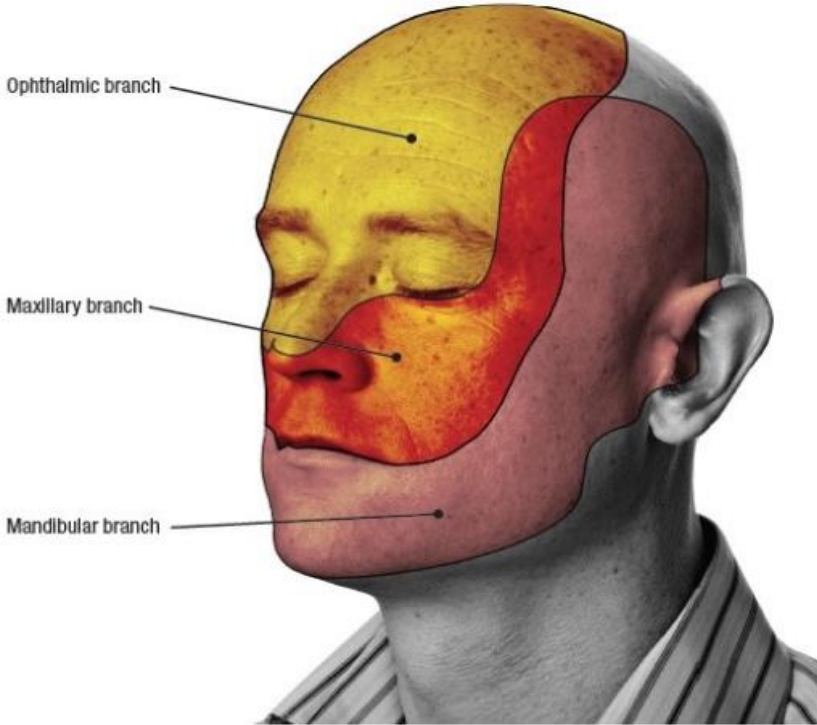
Üçlü sinirin oftalmik şaxəsi buynuz qişadan, gözyaşı vəzilərindən, konyuktivadan, nasal mukozadan, burun dərisindən, göz qapağından, başın ön tüklü hissəsindən, baş beynin bərk qişasının çox hissəsindən duyğuları qəbul edir. Bu sinirin maksilyar hissəsi üzün orta 1/3 hissəsindən, burnun kənarlarının dərisindən, aşağı göz qapağından, üst çənədə olan dişlərdən duyğuları qəbul edir. Mandibulyar şaxə üzün aşağı 1/3 hissəsindən, xarici qulaqdan, dilin orta və ön hissəsindən, alt dodaqdan, alt çənədə olan dişlərdən hissiyyatı qəbul edir. Üçlü sinirin ikinci hissi nüvələri beyin sütununda yerləşir.

Qasser qanqlionundan aksonlar hissi köklərin tərkibində Varol körpüsünün qapağına daxil olar və orada qalxan və enən şaxələrə bölünür. Qalxan şaxə sinirin mezensefal və xüsusi nüvələrində tamamlanır. Bu nüvələrdə dərin hissiyyat formalaşır. Üçlü sinirin bu hissi nüvələri yuxarı qoşatəpə səviyyəsindən başlayaraq boyun seqmentlərinə qədər uzanan bir sütun təşkil edir. Bu sütunun enən şaxəsi isə üçlü sinirin onurğa beyni yolu nüvəsi (n.tractus spinalis nervus triqemini) adlanır. Bu nüvə morfoloji olaraq jlatinəbənzər substansiyanı xatırladır və üzün seqmentar hissiyyatını təşkil edərək ağrı, temperatur və qismən taktil hissiyyat impulslarını nəql edir.

Beyin körpüsündə öz nüvəsinə malik olan üçlü sinirin hərəkət kökünün lifləri əzələlərə III şaxənin tərkibində gedir və aşağıdakı əzələləri innervasiya edir: xüsusi çeynəmə, gicgah, lateral və medial

qanadvari əzələləri, çənə-dilaltı, ikiqarncıqlı əzələnin ön qarncığını və qulağın təbil pərdəsini gərginləşdirən əzələni innervasiya edir.

Üçlü sinirin hər bir şaxəsinə öz vegetativ (parasimpatik) düyünləri (kiprik, qanad-damaq, çənəaltı, dilaltı və qulaq düyünləri) uyğun gəlir.



Şəkil 11. Üçlü sinir köklərinin innervasiya zonaları

Üçlü sinirin bütün hissi nüvələrinin aksonları görmə qabarında olan III neyronunda qurtarır. Oradan başlayan aksonlar isə impulsuları postsentral və presentral qırıqların aşağı şöbəsinin müvafiq neyronlarına ötürür.

Üçlü sinirin hissi lifləri aşağıdakı reflektor qövsələrin tərkibinə daxil olur:

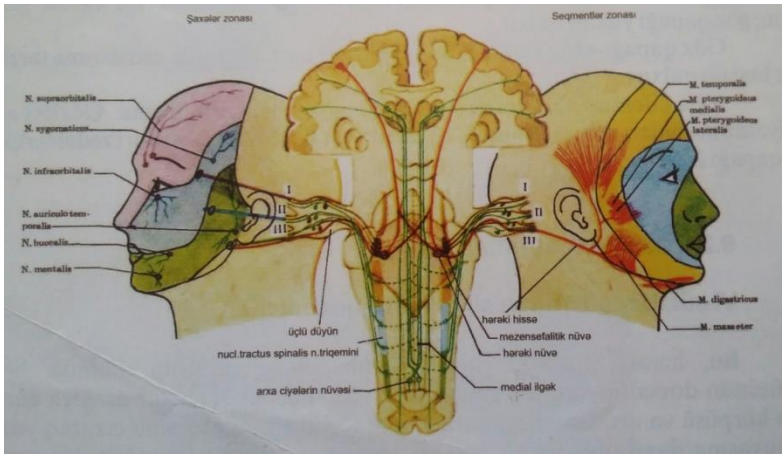
Buynuz qişa refleksi. Hissi impuls qözün selikli qişasından göz siniri vasitəsilə üçlü sinirin körpü nüvəsinə daxil olur (afferent həlqə). Buradan çıxan liflər üz sinirinin nüvəsinə daxil olur və bu

sinirin tərkibidə hər iki tərəfdən gözün dairəvi əzələlərinə çatır və gözlər qapanır. Bu reflektor qövsün afferent və ya efferent həlqədə zədələnməsi buynuz qişa refleksinin itməsinə səbəb olur.

Asqırma refleksi. Burunun selikli qişasından impulslar üçlü sinirin nüvəsinə daxil olaraq asqırma reflesinin afferent həlqəsini əmələ gətirirlər. Bu refleksin efferent həlqəsi V, VII, IX, X kəllə sinirlərini əhatə edir.

Qaşüstü refleks qaşın bayır tərəfindən nevroloji cəkilə vurduqda gözün qapanması şəklində meydana gəlir.

Çənə sinirinin hərəkət liflərinin zədələnməsi zamanı zədələnmiş tərəfdə çeynəmə əzələlərinin iflici baş verir. Ağız açıqdada çənə zəif əzələ tərəfə (qanadabənzər əzələlər) meyl edir. Çeynəmə əzələlərində qıcolmalar ikitərəfli olur. Tonik spazm tetanus, quduzluq üçün xarakterikdir.



Şəkil 12. Üçlü sinirin innervasiyasının xüsusiyyətləri

Üçlü sinirin müayinə metodları və pozulma simptomları.

Üçlü sinirin hissi funksiyalarını müayinə etmək üçün pasient gözlərini yumur və həkim yüngül iynə batırmaqla üzün simmetrik nahiyələrində ağrı və taktil hissiyyatını yoxlayır və ondan nə hiss etdiyi soruşulur.

Ağrı hissiyyatının müayinəsi üçlü sinirin innervasiya zonasında yuxarıdan aşağıya və bayırdan içəriyə doğru, uyğun olaraq, vertikal və horizontal istiqamətlərdə aparılır. Bununla üzdə hissiyyatın kök və ya seqmentar tipli pozulmasının olub-olmaması aşkar edilir.

Temperatur hissiyyatı isti və soyuq su doldurulmuş sınaq borularını üzə toxundurmaqla müayinə olunur.

Üçlü sinir şaxələrinin sümük kanallarından çıxdığı yuxarı, orta və aşağı Kerer nöqtələrində ağrı hissiyyatı müəyyənləşdirilir.

Üçlü sinirin hərəkə funksiyasını müayinə etmək üçün həkim əllərini pasientin çeynəmə və gicgah əzələlərinin üzərinə qoyur, çeynəmə hərəkətini icra etməyi xahiş edir. Bu zaman zədələnmə tərəfdə əzələlərin gücünü müəyyən etmək mümkün olur.

Bunlardan əlavə yoxlanılan şəxsdən ağzını açmaq, yummaq, yanlara hərəkət etdirmək xahiş olunur. Qanadabənzər əzələ zəifliyində çənə zədələnmə tərəfə doğru əyilir. Hər iki tərəfdə zədələnmə olduqda isə çənə sallannır.

Üçlü sinirin şaxələrindən biri zədələndikdə, innervasiya olunan sahədə hissiyyat pozulur (anesteziya, hipesteziya), uyğun reflekslər zəifləyir və ya itir.

Beyin əsasında üçlü sinirin kökcüyü zədələndikdə hissiyyat üzün yarısında həmin tərəfdə pozulur və ağrı ilə müşaiyət oluna bilər. Üçlü sinirin tərkibində simpatik liflər olduğu üçün üzdə tərləmə, qızarma və trofika pozulmaları da müşahidə oluna bilər. Qasser düyününün virusla zədələnmələrində üzdə herpes zoster infeksiyasının əlamətləri inkişaf edə bilər.

Üçlü sinirin aşağı onurğa beyni yolu nüvəsi zədələndikdə üzdə seqmentar, dissosiasiya olunmuş hissiyyat pozulması baş verir, yəni zolaqlar şəklində ağrı, temperatur hissiyyatı pozulur, taktil və dərin hissiyyat saxlanılır. Bu nüvənin, yuxarı hissəsi zədələndikdə ağız, burun ətrafı nahiyəsində mərkəzi zolaqda, orta hissəsi zədələndikdə orta zolaqda, aşağı hissəsi zədələndikdə üzün xarici və yuxarı boyun seqmentləri sərhəddində - bayır zolaqda hissiyyat pozulur. Üçlü sinirin hərəkə nüvəsində qıcıqlanmalar çeynəmə əzələlərində ikitərəfli qıcolmalarla müşahidə edilir, ağız kilidlənir (trizm). Tonik spazm epileptik qıcolmalar, quduzluq, tetanus, qabıq, qabıqaltı nüvələrdəki patoloji proseslər zamanı özünü biruzə verir.



Şəkil 13. Üçlü sinir kökləri

5.2. VII cüt. Üz siniri (nervus fasyalis)

Üz siniri qarışıq sinirdir, hərəkəti, hissi və parasimpatik liflərə malikdir. Anatomik olaraq üz siniri iki hissəyə bölünür:

İntrakranial-kəllə boşluğunda yerləşən hissə;

Extrakranial-kəllə boşluğundan kənarında, üz və boyun nahiyyələrində olan hissə.

İntrakranial hissə

Üz sinirinin nüvəsi beyin körpüsünün aşağı hissəsində, onun uzunsov beyinlə olan sərhəddində yerləşir. Nüvənin yuxarı hissəsi ikitərəfli kortikonuklear innervasiya alır, aşağı hissəsi isə birtərəfli əks yarımkürə qabığı ilə əlaqədardır. Böyük hərəkət köklərdən ibarət olan aksonlar VI sinir nüvəsini əhatə edərək üz sinirinin daxili dizini əmələ gətirir. Sonra aşağıya enir, körpü-beyincik bucağından ara sinir və dəhliz-ilbiz siniri ilə birgə keçərək, daxili qulaq keçəcəyinə yaxınlaşır. Həmin keçəcəyin dibində üz və ara (Vrisberq) sinirləri dəhliz – ilbiz sinirindən ayrılır və Fallop kanalına (gicgah sümüyündə üz siniri kanalı) daxil olur və bisməməvari dəlikdən çıxaraq ekstrakranial hissəyə çıxır.

Extrakranial hissə

Cicgah sümüyündən xaric olan sinir xarici qulağın önünə keçir. Burada ondan qulaq ətrafında olan bəzi əzələləri innervasiya edən şaxə ayrılır. Sinirin əsas hərəkət şaxəsi davam edərək qulaqaltı vəziyyətə daxil olur. Burdan sonra sinir 5 şaxəyə (“böyük qaz ayağı”) ayrılır: temporal, zygomatic, buccal, mandibulyar, servikal.

Bu şaxələr üzün bütün mimiki əzələlərini (yuxarı göz qapağını qaldıran əzələdən başqa), ikiqarınıclı əzələnin arxa qarınıclığını, bizdilaltı əzələni, üzəngi əzələsini və boynun səthi əzələsini (m. platizma) innervasiya edir.

Üz sinirini Fallop kanalında bir neçə sinir müşayiət edir. Bunlardan hissi və sekretor liflərdən ibarət olan ara sinirdə (XIII cüt sinir) dadılmə hissi lifləri Fallop kanalında yerləşən diz düyünündən başlayır. Onun dendritləri chorda tympani tərkibində kanaldan çıxır və V sinirin şaxəsi olan dil sinirinə qoşulur, dilin ön 2/3 hissəsində dad reseptorları ilə tamamlanır.

Diz qanqlionunun aksonları ara sinir tərkibində üz siniri ilə birlikdə körpü-beyincik bucağından keçərək uzunsov beyində IX sinirlə müştərək olan “dadılmə” nüvəsinə dilin ön üçdə iki hissəsindən dad hissiyatını çatdırır. Sekretor liflər isə başlanğıcını IX sinirlə birgə “ağızsuyu ifrazı “nüvəsindən (n.salivatorius) götürür və impulsları üz kanalında ara sinirdən ayrılan təbil telinin tərkibində çənəaltı və dilaltı qanqlionlara və oradan da postqanqlionar liflərlə müvafiq vəzilərə çatdırır.

İnsan 4 əsas dad hissiyyatını qəbul edir: şirin, turş, duzlu və acı və 2 əlavə dad – qələvi və metal dadı.

Şirin dad dilin ucu ilə, turş- kənarları ilə, acı kökü ilə, duzlu – yanları və ucu ilə duyulur.

Üz sinirinin müayinə metodları.

Sifətə nəzər yetirdikdən və ağız boşluğunu, xarici qulaq keçəcəyini yoxladıqdan sonra pasientdən qaşlarını qaldırmaq, onları orta xəttə çatdırmaq, gözlərini bərk sıxmaq, dişlərini göstərmək, ordunu şişirtmək, üfürmək xahiş olunur.

Qaşüstü, buynuz qışa refleksləri, eşitmə, dilin ön üçdə iki hissəsində dad hissiyatı yoxlanılır, ağızda quruluq, gözdə quruluq və ya gözdənyaşaxma olub olmaması soruşulur.

Gözqırpma simptomu müayinə olunur- iflic tərəfdə göz yavaş və gec-gec qırpılır.

“Kiprik” simptomu yoxlanılır – pasientdən gözləri möhkəm sıxmaq xahiş olunur, zədələnmiş tərəfdə kipriklər tam qapanmamış qalır.

Neqro simptomunun yoxlanılması – pasientdən yuxarı baxmaq xahiş olunur. Zədələnmiş tərəfdə göz alması yuxarı qalxır, göz qapağı ilə buynuz qişa arasında skleranın enli zolağı açıq görünür.

“Timsahın göz yaşı” simptomunun (Boqorod simptomu) müayinəsi – qida qəbulu zamanı spontan gözyaşı ifrazı (lakrimasiya), daha çox prozoparez tərəfdə müşahidə edilir.

Göz qapaqlarının vibrasiya simptomu - barmaqların ucu ilə gözlərin xarici küncələrini arxaya çəkəndə, parez olan tərəfdə göz qapaqlarının vibrasiyası azalır.

Zədələnmə simptomları

Mimiki əzələlərin mərkəzi və periferik xarakterli parezi və ya iflici ayırd edilir.

Mərkəzi iflic beyin qabığının hərəkət mərkəzindəki proyeksiya zonazından üz sinirinin hərəkət nüvələrinə qədər olan nahiyədə patoloji proseslər zamanı üzün əks yarısında meydana gəlir. Bu halda qaşüstü refleks, qaşların hərəkətləri saxlanılır, gözlər normal örtülür. Həmin tərəfdə burun-dodaq büküşü hamarlaşır, ağız bucağı sallanır.

Periferik iflicdən fərqli olaraq mərkəzi iflicdə üz əzələlərində degenerasiya reaksiyası və elektromiografiyada dəyişikliklər olur.

Üz muskulaturasının periferik iflicində zədələnmiş tərəfdə gözü yummaq istədikdə göz örtülmür, göz alması yuxarı çəkilir, tam qapanmamış göz yarığından sklera görünür (Bell simptomu). Qaş qaldırmaq, çatmaq mümkün olur, qaşüstü refleks alınmır. Zədələnmə tərəfdə burun-dodaq büküşü hamarlaşır, ağız bucağı sallanır.

Üz sinirinin nüvəsi cəlb olunmaqla beyin sütununun bir yarısı zədələndikdə alternatıv Miyyar-Qubler sindromu meydana gəlir: zədələnmə tərəfdə üz sinirinin periferik iflici, əks tərəfdə hemiplegiya.

Dilin ön üçdə iki hissəsində dadın itməsi, eşitmənin zəifləməsi, gözdə quruluq (kseroftalmiya), ağızda quruluq, ataksiya, nistajm üzün periferik iflicinin digər əlamətləri ilə birləşə baş verməsi üz sinirinin körpü-beyincik bucağında zədələnməsinə dəlalət edir.

Üz siniri diz qanqlionu səviyyəsində zədələndikdə (Ramzay-Xant sindromu) periferik iflicin digər əlamətləri ilə birləşə eşitmənin güclənməsi - hiperakuzya (qulaqda xoşagəlməz səs), qulaqətrafi

nahiyədə ağrılar olur. Dilin ön üçdə ikisində, qulaq seyvanının dərində, xarici qulaq keçəcəyində səpgilər müşahidə edilir.

Üz siniri nüvəsinin seçici lokal zədələnməsində həmin tərəfdə yalnız mimiki əzələlərin periferik iflici əmələ gəlir.

5.3. VIII cüt. Dəhliz-ibliz siniri (nervus vestibulo-cochlearis)

Vestibulocochlear sinir iki müstəqil hissi sinirdən ibarətdir: n.cochlearis və ya ilbiz siniri, n.vestibulyaris və ya dəhliz siniri.

5.3.1. Eşitmə (ilbiz) siniri (n.cochlearis)

Koxlear sinirin I neyronunu labirintdə yerləşən spiral qanqlion təşkil edir. Onun dendritləri Korti cismindəki reseptorlar vasitəsilə səs qıcıqlarını qəbul edir. Aksonları daxili qulaq keçəcəyindən dəhliz, üz və aralıq sinirləri ilə birlikdə çıxaraq kəllə boşluğunda körpü-beyincik bucağından keçərək Varol körpüsündəki II neyron nüvələrində - ön ilbiz nüvəsi (n.cochlearis ventralis) və arxa ilbiz nüvəsində (n.cochlearis dorsalis) tamamlanır. Bu nüvələrin aksonları körpüdə hissəvi çarpazlaşır, bir qismi öz tərəfinin beyin kötüyündəki nüvə törəmələrində (trapezəbənzer cisim, yuxarı zeytun və bayır ilgək nüvəsi) qurtarır.

Ventral ilbiz nüvəsinin aksonları yuxarı zeytundan keçərək əks tərəfin bayır ilgəyinin tərkibində beyin ayaqçığındakı (ara beyin) birincili eşitmə mərkəzində -dördtəpəli cismin aşağı qoşatəpəsində və görmə qabarığının daxili dizvari cismində tamamlanır.

Ventral nüvənin aksonlarının bir qismi trapezəbənzer nüvədə, o biri qismi öz və əks tərəflərin yuxarı zeytununda qurtarır.

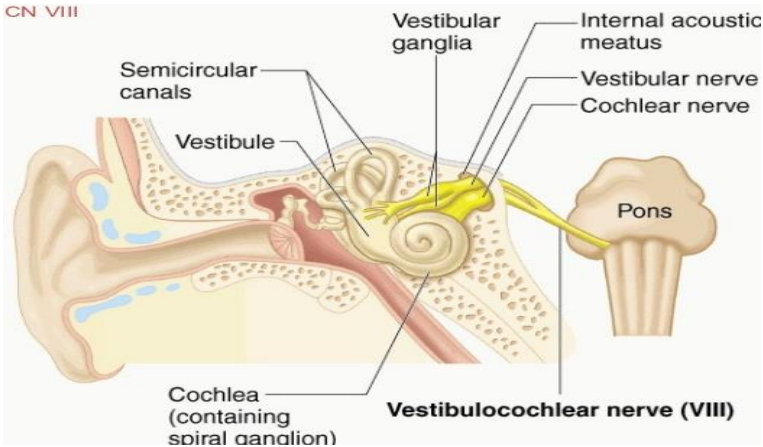
Dorsal nüvənin aksonları rombəbənzer çuxurun dərinliyində həm öz və həm də əks tərəfə keçir və bayır ilgəyə birləşərək aşağı qoşatəpə və dizvari cisim neyronları ilə kontakta girir. Beləliklə bayır ilgəyin tərkibində hər iki qulaqdan gələn ötürücü liflər olur.

Daxili dizvari cisim hüceyrələrindən aksonlar daxili kapsulun arxa budundan keçərək eşitmə şüalılığı (radiatio acustici) şəklində eşitmənin qabıq mərkəzində - gicgah payının yuxarı hissəsində Heşl qırışında tamamlanır.

İlbiz axacağıının zədələnməsi həmin qulaqda karlıq və ya eşitmənin zəifləməsi ilə nəticələnir.

5.3.2. Müvazinət (dəhliz) siniri (n.vestibularis)

Vestibulyar sinirin reseptorları üç yarımdairəvi kanalların ampulalarında və otolit aparatındakı ikitəglik kisəciklərdə (sacculus və utriculus) yerləşir. Otolit aparatı vestibulyar Skarp qanqlionu dendritlərinin sonluqlarıdır və bunlar müxtəlif müstəvilərdə müvazinət qıcıqlarını qəbul edərək ötürürlər. Bu qanqlionun aksonlarından təşkil olunmuş vestibulyar sinir koxlear sinirlə daxili qulaq keçəcəyindən çıxdıqdan sonra Varol körpüsü ilə uzunsov beyin sərhədində qalxan və enən şaxələrlə 4 nüvədə tamamlanır: yuxarı, aşağı, medial və lateral nüvələr. Qalxan şaxə yuxarı nüvədə - Bexterev nüvəsində qurtarır və oradan öz tərəfində gözün hərəkət sinir nüvələri ilə əlaqə yaradır, şaxə liflərinin bir qismi beyincik nüvələri ilə kontakta girir. Enən şaxələr aşağı Roller nüvəsində, medial Şvalbe nüvəsində və lateral Deyters nüvəsində qurtarırlar. Aşağı və medial vestibulyar nüvələrdən aksonlar əks tərəfdəki gözün hərəkət sinir nüvəsi və öz tərəfindəki uzaqlaşdırıcı sinir nüvəsi ilə kontakta daxil olur. Bu çarpazlaşan və çarpazlaşmayan liflər arxa boylama dəstənin tərkibinə daxil olaraq orta beyinin Darkşeviç və intersitiasial Kaxal nüvələrində qırılır və buradan görmə qabarı və başbeyin qabığına istiqamətlənir.



Şəkil 14. Dəhliz-ibliz siniri

Lateral Deyters dəhliz nüvəsinin aksonları vestibulo-spinal Levental dəstəsinə formalaşdırmaqla onurğa beyninin yan sütunu ilə enərək hərəkət ön buynuz hüceyrələrində qurtarır və vestibulyar aparatdan boyun, bədən və ətraf əzələlərinə informasiya çatdırır. Dəhliz nüvələri öz aralarında ikitərəfli əlaqə yaratmaqla beyincik, retikulyar formasiya, hipotalamus və beyin qabığı neyronları ilə kontaktda olmaqla fəaliyyət göstərir.

Dəhliz-əşitmə sinirinin müayinəsi.

Əşitmə itiliyi. Əşitmə itiliyi hər bir qulaq üçün ayrılıqda yoxlanılır. Normal şəxslər 6 metr məsafədən pıçıldı, 15-20 metr məsafədən danışmaq səsinə eşidirlər. Əşitmənin həcmi, daha doğrusu, yuxarı və aşağı səs tonlarının qavranılma sərhəddi kamertonlar toplusunun və ya audiometriya metodunun köməyi ilə ölçülür.

Əgər eşitmənin azalması (hipakuziya) və ya olmaması (anakuziya) aşkar edilibsə, onun səstötürücü aparatdan (xarici qulaq keçəcəyi, orta qulaq) və ya səs qəbuledici aparatdan (daxili qulaq) asılı olduğunu müəyyənləşdirmək vacibdir. Bu məqsədlə sınaqlar aparılır.

Rinne sınağı

Gicgah sımıyının məməvari çıxıntısı üzərində ehtizaza gətirilmiş kamertonun səsi kəsildikdən sonra onu xarici qulaq keçəcəyinin önünə gətirdikdə səsin eşidilməsi müəyyən müddət davam edir. Bu onu göstərir ki, normada səsin qavranılması sümük keçiriciliyinə nisbətən hava keçiriciliyində daha uzunmüddətli olur (**müsbət Rinne simptomu**).

Səstötürücü aparatın xəstəlikləri zamanı hava keçiriciliyi qısalır və ya itir, sümük keçiriciliyi isə normal qalır, ona görə də məməvari çıxıntı üzərində vibrasiya edən kamertonun səsi daha çox eşidilir, nəinki qulaq önündə (**mənfi Rinne simptomu**).

Kamertonun ayaqcığını təpənin ortasına qoyduqda (**Veber sınağı**) səs hər 2 tərəfdə eyni eşidilir. Əşitmənin səs qəbuledici sinir aparatının (əşitmə sinirinin) zədələnməsi zamanı səs sağlam tərəfdə daha aydın və uzun eşidilir. Bu "sağlam tərəfə lateralizasiya" adlanır. Səs ötürücü aparatın (təbil pərdəsi, orta qulaq, səs sümükçükləri) zədələnməsində sümük keçiriciliyinin nisbi güclənməsi və uzanması müşahidə edilir və bu "xəstə tərəfə lateralizasiya" kimi qiymətləndirilir.

1. Eşitmə siniri zədələndikdə zəif səsin eşidilməsi azalır, qulaqda səs-küy olur. Eşitmə orqanının zədələnməsi zamanı eşitmə zəifləyir (hipoakuziya), ya da karlıq (anakuziya) meydana çıxır. Eşitmə qabıq aparatının qıcıqlanması qulaqlarda küy, gurultu, fit səsi eşidilməsi kimi əks olunur.

2. Başgicəllənmə, ürəkbulanma, qusma, nistaqm, ataksiya prozoparez, eşitmənin zəifləməsi – körpü-beyincik bucağında VIII sinirin kökcüyü zədələndikdə əmələ gəlir

3. İkitərəfli eşitmə zəifliyi, nistaqm, başgicəllənmə, ürək bulanma, qusma – beyin sütununda nüvələrin zədələnməsindən əmələ gəlir

4. Səslərin həddən artıq eşidilməsi, təsiredici olması (hiperakuziya) – daxili dizvari cismin zədələnməsi zamanı əmələ gəlir

5. Eşitmə hallüsinasiyası, aqnoziyası, nitqi pis başa düşmək, lakin qeyri-nitqi səsləri yaxşı eşitmək – qabıq eşitmə mərkəzinin zədələnməsində əmələ gəlir

Vestibulyar analizatorun vəziyyətinə qiymət verdikdə anamnestik məlumatlar əhəmiyyətlidir. Xəstədən onda başgicəllənmə, məkanda yönəmliliyin pozulması, müvazinətin, tarazlığın və hərəkətin pozulmasının olub-olmaması soruşulur.

Ən çox rast gəlinən şikayət **başgicəllənmə** olur. Onun sistem və ya qeyri- sistem xarakterli olması aydınlaşdırılır.

Başgicəllənmə həm sakitlikdə, həm də hərəkətlər zamanı baş verə bilər. Bu zaman xəstəyə elə gəlir ki, ya onun özü, ya da onu əhatə edən əşyalar fəzada yerini dəyişir. Əgər bu hərləndirici hisslər bir istiqamətlidirsə, belə başgicəllənmə sistem başgicəllənmə adlanır. Bəzən menyerəbənzər simptomokompleks-tutmaşəkilli başgicəllənmə, ürəkbulanma, qusma və huşun qısa müddətli itməsi müşahidə olunur. Tutma zamanı xəstə tərpənməz uzanır, başgicəllənmənin kəskin güclənməsindən ehtiyat edərək başını tərpətməyə qorxur.

Nistaqm (göz almalarının ritmik səyriməsi) göz almalarının hərəkətlərinə baxmaqla yoxlanılır. Nistaqmın 2 komponenti ayırd edilir: göz almalarının ləng yana çevrilməsi və cəld əvvəlki vəziyyətinə qayıtması. Nistaqmın istiqaməti onun cəld komponentinin istiqaməti ilə təyin edilir. Nistaqm vestibulyar sistemin zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Onun 3 dərəcəsi mövcuddur:

I dərəcə - göz almalarını axıra qədər çevirdikdə;

II dərəcə - düz baxdıqda;

III dərəcə - göz almalarının müxtəlif istiqamətlərində yaranan nistaqm.

İstiqamətinə görə horizontal, vertikal, rotator nistaqm ayırd edilir.

Normada hərəkət edən əşyalara baxdıqda da nistaqm əmələ gəlir. Bu optokinetik nistaqm adlanır.

Vesbulyar patologiyanın üçüncü kardinal simptomu- **vestibulyar ataksiya**dır.

Vestibulyar ataksiya beyincik ataksiyasından fərqli olaraq intension titrəmə, dizartriya ilə müşayiət olunmur.

Vestibulyar analizatorun müayinəsində kalorik və fırlanma sınaqlarından istifadə edilir.

Kalorik sınaq

Xarici qulaq keçəcəyinə Jane şprisi ilə 60 ml soyuq su yavaşca vurulub yoxlanılır, sonra isti su ilə həmin qaydada müayinə aparılır.

Sağlam adamda bu zaman soyuq su tökülən tərəfin əksinə yönəlmiş, isti su töküldükdə öz tərəfinə yönəlmiş nistaqm əmələ gəlir.

Fırlanma sınağı

Xəstə Barani kreslosunda 20 saniyə ərzində 10 dəfə fırladılır və fırlanma dayandırılır. Bu zaman normal halda 20-30 saniyə ərzində fırlanmanın əksinə yönəlmiş nistaqm müşahidə olunur.

Romberq vəziyyəti

Xəstə qollarını yana salaraq və gözləri yumulu halda ayaqlarını birləşdirir və düz dayanır. Romberq vəziyyətinin mürəkkəbləşdirilmiş formalarında əllər qabağa uzaqılmış, barmaqlar aralanmış vəziyyətdə, digər formasında -- ayaqların biri o birinin qabağına qoyulması vəziyyətində müayinə aparılır.

Vestibulyar aparat zədələndikdə, xəstə zədələnən tərəfə doğru yığılır.

«Ulduz» testi

Xəstədən, gözüyumulu vəziyyətdə bir neçə dəfə 3-4 addım irəli və 3-4 addım arxaya addım atması xahiş olunur.

Labirint zədələndikdə xəstə irəli addımladıqda zədələnən, arxaya addımladıqda isə sağlam qulaq tərəfə əyilir.

1. Sistem xarakterli başgicəllənmə, horizontal nistaqm, eşitmənin zəifləməsi – çox vaxt Menyer xəstəliyində müşahidə edilir.
2. Başgicəllənmənin intensivliyinin başın hərəkətindən asılı olması, horizontal nistaqm, Romberg vəziyyətində dayanıqsızlıq, ocaq tərəfə yığılma – dəhliz sinirinin zədələnməsi zamanı baş verir.
3. Nistaqmın başın hərəkəti zamanı dəyişməsi, bulbar simptomatika, ataksiya – beyin sütunu zədələndikdə meydana gəlir.
4. Konvergeniyaedici nistaqm - dördtəpəli cismin zədələnməsi əlamətlərindəndir.
5. Qeyri-sistem başgicəllənmə – əsasən mərkəzi zədələnmələrin əlaməti olur.
6. Sistem başgicəllənmə əksər hallarda nistaqm və ataksiya ilə müşayiət olunur.

VI Fəsil. IX, X, XI, XII cüt kəllə sinirləri, pozulma simptomları. Bulbar və psevdo bulbar sindromlar.

6.1. IX cüt. Dil-udlaq siniri (n.glossopharyngeus)

Qarışıq sinirdir, tərkibində hərəkəti, hissi və parasimpatik (sekretor) liflər mövcuddur. Hərəkəti nüvəsi n.ambiguus – X sinirlə müştərəkdir. Mərkəzi neyron ön mərkəzi qırışın aşağı hissəsində yerləşir, aksonları tr.corticonuclearis tərkibində daxili kapsulun dizindən keçərək uzunsov beyində hər iki tərəfin nüvələrində qurtarır.

Periferik motoneyronların aksonları zeytun və beyinciğin aşağı ayaqcığı arasında beyin əsasına keçərək vidacı dəlikdən kəllə sümüyündən çıxır. Hərəkəti liflər udlağı qaldıran biz-udlaq əzələsini innervasiya edir.

Bu sinirin hissi liflərinin I neyronu vidacı dəliyin ətrafında yerləşən aşağı və yuxarı vidacı düyünlərdən başlayır. Bu düyünlərdən çıxan liflər dilin arxa 1/3 hissəsini, yumşaq damağı, əsnəyi, udlağı, qırtlaq qapağını, qulaq keçəcəyini, təbil boşluğunu innervasiya edir, dilin arxa 1/3-dən dadbilmə informasiyasını qəbul edir. Bu hüceyrələrin aksonları uzunsov beyində dadbilmə nüvəsində və hissi nüvədə tamamlanır. Hər iki nüvənin aksonları kəşşərək əks tərəfə keçir, daxili ilgəyin təkibində talamusun yan nüvəsində qurtarır. Buradan başlanan III neyronun aksonları daxili kapsulun arxa budunun arxa hissəsindən keçərək gicgah payında qabıq mərkəzində Reyl adacığında tamamlanır.

Başlanğıcını nucl.salivatoriusdan götürən dil-udlaq sinirinin sekretor lifləri qulaq qanqlionundan çıxdıqdan sonra qulaqdibi ağız suyu vəzisinə daxil olaraq onu innervasiya edir.

6.2. X cüt. Azan sinir (n.vagus)

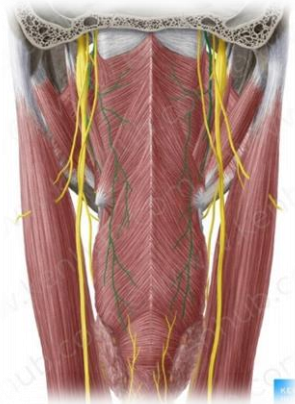
Azan sinir çoxsaylı mühüm funksiyalara malik qarışıq sinirdir. Eninə zolaqlı əzələlər üçün hərəkəti liflər uzunsov beyində yerləşən ikili nüvədən - nucleus ambiguusdan (IX-X sinirlərin birgə hərəkəti nüvəsi) başlayır. Bu hüceyrələrin aksonları uzunsov beyindən zeytunla kəndirvari cismin arasından çıxır, vidacı dəlikdən dil udlaq siniri ilə birgə kəllə boşluğunu tərk edir, yumşaq damaq, qırtlaq,

qırtlaq qapağı, qida borusunun yuxarı hissəsi, səs telləri (qayıdan sinir) əzələlərini innervasiya edir.

Mərkəzi hərəkət neyronu ön mərkəzi qırıqın aşağı hissəsində yerləşir. Oradan çıxan aksonlar kortiko-nukleolar yolların tərkibində daxili kapsulun dizindən keçərək uzunsov beyində çarpazlaşaraq ikitərəfli ambigüüs nüvələrində qurtarır. Neyronun birtərəfli zədələnməsində azan sinirin funksiyaları pozulmur. Periferik neyron və ya mərkəzi neyron ikitərəfli zədələndikdə bulbar və ya psevdo bulbar ifliclərin əlamətləri əmələ gəlir.

Dördüncü mədəciyin dibində yerləşən nucleus dorsalis nervus vagus-dan başlayan azan sinirin parasimpatik lifləri daxili orqanların sayəzələlərini innervasiya edir.

Azan sinirin I hissi neyronu vidacı dəliyində ətrafında qanqlion superius və qanqlion inferiusda yerləşir. Onların dendritləri beynin sət qışasının ənsə hissəsini, xarici qulaq keçəcəyini, qulaq seyvanının arxa hissəsini, yumşaq damağı, əsnək və qırtlağı innervasiya edir. Həmin düyünlərdən çıxan aksonlar uzunsov beyində, “boz qanad” nüvəsinə daxil olurlar. Bu II neyondan çıxan liflər kəşşərək əks tərəfə keçirlər və daxili ilgəyin tərkibində görmə qabarının yan nüvələrində qurtarırlar. Buradan başlayan III neyron talamokortikal yol adı ilə arxa mərkəzi qırıqda tamamlanır.



Şəkil 15. Azan sinir

Dil-udlaq və azan sinirlərin müayinəsi birgə aparılır:

1. Bunları yoxlamaq üçün xəstədən ağızını açıb səsli hərfləri, söz və cümlələri ifadə etmək, danışmaq xahiş olunur. Bu zaman yumşaq damağın yığılmasına və dilçəyin yerləşməsinə, səsin tembrinə, səsliliyinə, sözlərin, nitqin aydınlığına fikir verilir.

2. Xəstəyə su içmək təklif olunur və bununla onun udma qabiliyyəti, udmanın sərbəstliyi yoxlanılır.

3. Şpateli yumşaq damağa, udlağın arxa divarına toxundurmaq-la yumşaq damaq və udlaq refleksləri yoxlanılır. Qıcığa cavab olaraq yumşaq damaq yuxarı qalxır, öyümə, qusma halları əmələ gəlir.

4. Dadbilmənin müayinəsi. Xəstədən dilini bayıra çıxarması xahiş olunur. Bu zaman, müxtəlif dadlı məhlullardan biri dilin arxa hissəsinə pipetka vasitəsilə 1-2 damcı tökülür və xəstə danışımadan kağız üzərində yazılmış dadların hansını duyduğunu barmaq-la işarə edir.

Dil - udlaq və azan sinirlərin zədələnmə simptomları.

Dil-udlaq siniri zədələndikdə eyni tərəfdə dilin arxa üçdə bir hissəsində dadbilmənin itməsi (aqevziya), udlağın selikli qişasının yuxarı yarısının anesteziyası və udlaq əzələlərinin innervasiyasında əsasən n.vagus iştirak etdiyinə görə, udmanın yüngül pozulması əmələ gəlir.

Dadbilmənin pozulması bir çox hallarda anosmiya ilə yanaşı müşahidə edilir və vasitəli olaraq qoxu qavramanın pozulması ilə əlaqəli olur.

Aqevziya bir sıra toksiki maddələrin təsirindən, bəzi dərmanların (penisillamin, levodopa, fenitoin, klopidogrel, tiomizol, ranitidin və s.) qəbulundan sonra inkişaf edə bilər.

Dad hissiyyatının azalması-hipogevziya dil-udlaq və ara sinirlərin səthi zədələnmələri nəticəsində əmələ gəlir.

Analizatorun qabıq hissəsinin qıcıqlanması isə yalançı dad hissiyyatı -paragevziya, dad hallüsinasiyaları və bəzən udlaq əzələlərinin spazmi ilə müşayiət olunur.

X sinirin birtərəfli zədələnməsində həmin tərəfdə yumşaq damaq və udlaq refleksləri alınmır.

Əgər damaq pərdəsi burun-udlaq boşlugunu tam qapamırsa onda səs tintin çalar alır. Səs tellərinin funksiyasının pozulması səsin xırıltılı və zəif olmasına, hətta afoniyaya- səsin tam itməsinə qədər gətirib çıxara bilər.

Azan sinirin ikitərəfli zədələnməsində yumşaq damaq, udlaq və qırtlaq əzələlərinin parezi və ya iflicii baş verir, nəticədə bulbar sindrom əlamətləri inkişaf edir. Xəstədə duru qidanın burundan tökülməsi, çeçəmə, udmanın pozulması, hətta tam itməsinə qədər (disfagiya, afdagiya), tıntın səs, səsin pozulması – disfoniya müşahidə edilir. Yumşaq damaq və udlaq refleksləri zəifləyir və ya itir. X sinirin ikitərəfli zədələnməsi ürək fəaliyyəti və tənəffüsün pozulması nəticəsində həyatla uzlaşmır və letallıqla nəticələnir.

6.3. XI Cüt. Əlavə sinir (n.accessorius)

Sırf hərəki sinir olan əlavə sinirin mərkəzi neyronu ön mərkəzi qırışın ortasında yuxarı ətrafla baş zonasının arasında yerləşir. Bu hüceyrələrin aksonu qabıq nüvə yolunun tərkibində daxili kapsulun dizindən keçərək beyin sütununa daxil olur və uzunsov beyində hər iki tərəfin hərəki əlavə sinir nüvələrində qurtarır. Nüvənin bulbar və onurğa beyni hissəsi ayırd edilir. Bu hissə onurğa beynində 5-ci boyun seqmentinin ön buynuzlarına qədər uzanmış olur. Nüvənin onurğa beyni hissəsinin aksonları onurğa beyni sinirlərinin kökləri ilə birgə çıxır, yuxarı qalxır, böyük ənsə dəliyindən kəllə boşluğuna daxil olur və orada əlavə sinirin kəllə kökləri ilə birləşir.

Əlavə sinirin ümumi gövdəsi kəllə boşluğunun vidaci dəliyindən azan sinirlə birgə çıxır. Əlavə sinirin daxili şaxələri azan sinirə qoşularaq yumşaq damaq, udlaq və qırtlağın innervasiyasında iştirak edir. Onun onurğa beyni hissəsindən gələn liflər isə xarici şaxəsini təşkil edir və döş-körpücük məməvari və trapesəbənzər əzələləri innervasiya edir.

Əlavə sinirin müayinəsi və zədələnmə əlamətləri.

Əlavə siniri müayinə etdikdə boyun və çiyin qurşağı əzələləri yoxlanılır. Xəstədən başını yanlara, aşağı və arxaya əymək, çiyinlərini qaldırmaq, kürəklərini yaxınlaşdırmaq xahiş olunur. Həkimin əlinin gücünə göstərilən müqavimətə əsasən əzələ gücü qiymətləndirilir.

Əlavə sinir nüvəsinin və onun xarici şaxəsinin zədələnməsində döş-körpücük-məməyəbənzər və trapesəbənzər əzələlərin periferik tipli parez və ya iflicii əmələ gəlir.

Birtərəfli zədələndikdə başı sağlam tərəfə hərəkət etdirmək, çiyinləri qaldırmaq, qolları horizontal vəziyyətdən yuxarı qaldırmaq

məhdudlaşır və ya mümkün olmur, zədələnən tərəfdə çiyin sallanır, kürəyin aşağı bucağı kənara və yuxarı qalxır.

Sinir iki tərəfli zədələndikdə baş sallanır, onu yanlara çevirmək, çiyinləri qaldırmaq mümkün olmur.

Əlavə sinirin innervasiya etdiyi əzələlərin ikitərəfli qabıq nüvə əlaqəsi olduğu üçün birtərəfli mərkəzi tipli iflici müşahidə edilmir.

6.4. XII Cüt. Dilaltı sinir (n.hypoglossus)

Dilaltı sinir hərəki sinirdir, tərkibinə simpatik və hissi liflər də qoşulur. Onun birinci hərəki neyronu mərkəzünü qırışın aşağı hissəsində yerləşir. Aksonları daxili kapsulun dizindən keçərək beyin sütunu əsasına keçir və tam çarpazlaşaraq uzunsov beyində, dördüncü mədəciyin dibində yerləşən nüvəsində qurtarır. Bu nüvəyə informasiya yalnız beyin qabığının əks tərəfindən gəlir. Nüvədən çıxan II neyronun aksonları aşağı gedərək canalis n.hypoglossi-dən kəllədən çıxır.

Dilaltı sinir dil əzələlərini - yuxarı və aşağı boylama əzələni, köndələn, şaquli, çənəaltı-dil və dilaltı əzələləri innervasiya edir.

Dilaltı sinirin müayinəsi və zədənmə simptomları:

Sinirin müayinəsində xəstəyə dilini bayıra çıxarmaq təklif olunur. Normada dilin orta xətt üzrə yerləşməsi görünür.



Şəkil 16. Sol dilaltı sinirin zədələnməsi

Dilaltı sinirin gövdəsi və nüvəsi zədələndikdə dilin periferik tipli parez və ya iflici iəmələ gəlir. Dili çıxardıqda o, sağlam çənəaltı-dil əzələsinin yığılması ilə qabağa - zədələnmə tərəfə itələnir. Həmin tərəfdə dilin yarısında atrofiya olur, səthinin hamarlaşması müşahidə olunur. Nüvə zədələndikdə dildə fibrilyar səyirmələr görünür.

Sinir tam zədələndikdə dil hərəkətsiz qalır (glossoplegiya), nitq pozulur (dizartriya) və ya itir (anartriya), udma pozulur (disfagiya).

Kortikonuklear yolun birtərəfli zədələnməsində dildə mərkəzi tipli iflic yaranır, dil zədələnmə ocağından əks tərəfə deviasiya edir, dildə atrofiya və fibrilyar səyirmələr olmur. Bu yolların ikitərəfli zədələnməsi mərkəzi iflicin əlamətlərini verir, dil tam hərəkətsiz qalır, patoloji reflekslər müşahidə edilir.

6.5. Bulbar və psevdobulbar sindromlar

6.5.1. Bulbar sindrom, yaxud bulbar iflic

Bulbar qrup kəllə sinirlərinin - dil-udlaq, azan, əlavə və dilaltı sinir nüvələrinin, köklərinin, kötüklərinin funksiyası pozulduqda bulbar sindrom əmələ gəlir. Tələffüzün pozulması və ya tam itməsi (dizartriya və ya anartriya), səsin pozulması və ya tam itməsi (disfoniya və ya afoniya), udmanın pozulması və ya tam itməsi (disfagiya və ya afagiya) bulbar sindromun əlamətləridir. Bu periferik tipli iflic zamanı yumşaq damaq və udlaq refleksləri itir, dildə atrofiya, fibrilyar və fassikulyar səyirmələr müşahidə edilir, ciddi tənəffüs və ürək-damar pozuntuları təhlükəsi olur.

6.5.2. Psevdobulbar sindrom, yaxud psevdobulbar iflic

Bu bulbar qrup kəllə sinirlərinin funksiyalarının kortikonuklear yolların ikitərəfli zədələnməsi nəticəsində pozulması simptomokompleksdir. Bulbar sindromun əsas əlamətləri burada da müşahidə edilir, lakin müvafiq reflekslərin itməsi deyil, yüksəlməsi, patoloji reflekslərin-oral avtomatizm reflekslərinin (ovuc-çənəaltı-Marinesku-Rodoviç, xortum, burun - dodaq refleksləri, məcburi aglama) əmələ gəlməsi müşahidə edilir.

VII Fəsil. Vegetativ sinir sistemi.

7.1. Vegetativ sinir sistemi, müayinə metodları və zədələnmə simptomları

Vegetativ sinir sistemi orqanizmin daxili orqanlarının, açıq və qapalı vəzilərin, qan və limfa damarlarının, saya və müəyyən dərəcədə eninə zolaqlı əzələlərin və həmçinin duyğu orqanlarının funksiyalarını tənzimləyir. O, homeostazı təmin edir, daxili orqanların orqanizmin digər toxuma və sistemləri ilə qarşılıqlı əlaqələrini istiqamətləndirir.

Anatomik olaraq vegetativ sinir sistemi seqmentar və seqmentüstü hissələrdən təşkil olunmuşdur. Seqmentar hissə onurğa beyni, uzunsov beyin və orta beyin səviyyələrində yerləşir. Seqmentüstü hissəyə isə beyin qabığı, limbik sistem, hipotalamus və uzunsov beyinin retikulyar formasiya səviyyəsində yerləşən beyin strukturları daxildir.

Vegetativ sinir sisteminin seqmentar hissəsi bir-birilə sıx əlaqədə olan simpatik və parasimpatik şöbələrdən ibarətdir.

Simpatik sinir sisteminin seqmentar şöbəsi 8-ci boyun seqmentinin, bütün döş və 2 yuxarı bel seqmentlərinin yan buynuzlarından başlayır. Bu hüceyrələrin aksonları ön köklərin tərkibində çıxır və preqanqlionar ağ liflər çəklində simpatik kötüyün düyünlərində tamamlanır. Simpatik hüdudi kötük –truncus sympatikus onurğa sütununun içəri səthi boyunca əsasən döş və bel fəqərələrinin yan hissələrində simmetrik 21-22 düyündən (3 boyun-yuxarı, orta və aşağı, 12 döş, 5 bel və 1-2 oma) ibarət zəncir şəklində yerləşir. Simpatik zəncirdən postqanqlionar və prevertebral ara düyünlərdə tamamlanan preqanqlionar liflər ayrılır

və onurğa beyni sinirləri ilə birgə gedib işçi orqanlarda paylanaraq orqan və toxumaları innervasiya edir. Mielinsiz postqanqlionar liflər periferik onurğa beyni sinirlərinə yanaşaraq onların tərkibində əzələ, dəri və damarlara çatır. Onlar damar hərəkətdirici, pilomotor və tərifzedici impulsları daşıyır.

Yuxarı boyun simpatik düyünündən çıxan liflər daxili və xarici yuxu arteriyalarının və onların şaxələrinin ətrafında simpatik kələf əmələ gətirirlər.

III cüt boyun simpatik düyünündən yuxarı kardial sinir çıxır və ürəkdə əmələ gətirdiyi simpatik kələfdən miokarda sürətləndirici im-

pulslar göndərir. 5 yuxarı döş düyünlərindən çıxan şaxələr döş aortasını, ağ ciyəri və bronxları damar hərəkətdirici liflərlə təmin edir. Aşağı döş düyünlərindən çıxan liflər qarın sinirinə yaxınlaşır, aşağı və yuxarı müsaqirə düyünlərində (qanqlion mezentericum) və ara düyünlərdə kəsişirlər. Qanqlionlardan çıxan simpatik liflər qarın boşluğu orqanlarına gedərək sinir kötöklərinə qarışır.

Bel qanqlionlarından çıxan liflər isə aşağı mezenterial düyünə gedərək kiçik çanaq orqanlarını innervasiya edir.

Simpatik sinir sistemi parasimpatik sinir sistemindən fərqli olaraq daxili orqan və toxumalara efferent mediator təsiri göstərməklə yanaşı, həmçinin bu strukturlardan hissi qıcıqları da qəbul edərək mərkəzi sinir sistemində ötürür.

Parasimpatik sinir sistemi beyin sütununun boz maddəsində yerləşən nüvələrdən (III, VII, IX və X cüt sinirlər) və oma (S2-S4) neyronlarından başlayır.

Orta beyində mezensefal göbədə bir cüt xırda hüceyrəli nüvələr – Yakuboviç nüvələri bəbəyi daraldan əzələni (m.sfincter pupille) və tək xırda hüceyrəli Perlia nüvəsi akkomodasiya nüvəsi olaraq kiprik əzələsini (m.siliaris) innervasiya edir.

Beyin sütununun körpü və uzunsov beyin səviyyəsində yerləşən yuxarı və aşağı ağız suyu ifrazı nüvələri VII və IX sinirlərin tərkibində gedən sekretor liflərlə müvafiq düyünlərə daxil olaraq oradan çıxan liflər vasitəsilə ağız suyu vəziləri-gulaqdibi, çənəaltı, dilaltı vəziləri innervasiya edir.

Azan sinirin visseral nüvəsi (n.dorsalis n.vaqus) isə parasimpatik nüvə olaraq ürəyi, ağ ciyəri, mədə- bağırsağ sistemini və digər daxili orqanları innervasiya edir.

Onurğa beyninin oma şöbəsinin yan buynuzlarında yerləşən neyronların aksonları çanaq sinirini əmələ gətirərək düz bağırsağı, sidik kisəsi və sidik cinsiyyət orqanlarının vegetativ innervasiyasını təmin edir.

Vegetativ funksiyaların seqmentüstü mərkəzlərdən tənziyi bir neçə səviyyədə aparılır. Onların da əsasını əsas vegetativ mərkəz olaraq hipotalamus təşkil edir. Hipotalamus beyin sütunu retikulyar formasıyası, limbik sistem (limbiko-hipotalamo-retikulyar kompleks), görmə qabarı, qabıqaltı nüvələr, beyin qabığı, onurğa beyni hüceyrələri

ilə çoxsaylı əlaqələr yaradaraq vegetativ sinir sisteminin seqmentüstü hissəsinin nəzarət və təminat funksiyalarını yerinə yetirir.

Hipotalamusun ön hissəsində olan nüvələri parasimpatik, arxa hissəsində olan nüvələri simpatik təsirlərini hipoviz vəzinin hormonlarının vasitəsilə, qan və likvora bioloji aktiv maddələrin ifraz edilməsi və seqmentar səviyyəyə daxil olan vegetativ informasiyalı vasitəsilə həyata keçirir.

Aparıcı rol ara beynin nüvə strukturlarına məxsusdur. Hipotalamik nahiyədə nüvələr boz maddə toplantıları şəklində yerləşmişdir:

1. Mərkəzi boz maddə
2. Paraventrikulyar nüvə
3. Supraoptik nüvə
4. Boz qabar nüvəsi
5. Məməyəbənzər-infundibulyar nüvə

III mədəciyin divarında paramedian nüvələr mövcuddur. Məməyəbənzər cisimlərdə xüsusi nüvələr yerləşir. Funksional cəhətdən simpatik və parasimpatik şöbələrin bir-birinə antoqonist görünmələrinə baxmayaraq hər iki şöbənin normal tonusu və tarazlığı normotoniyanı əmələ gətirir. Bu tarazlığın pozulması distoniya, hər iki şöbənin tonusunun artması müsbət amfotoniya (gənclik dövrü üçün xas olan), azalması mənfi amfotoniya (qocalıq dövrü üçün xas olan) adlanır. Üstün olaraq simpatik sinir sisteminin tonusunun yüksəlməsi (arterial təzyiqin, nəbzın artması, bronxların genişlənməsi, mədəbağırsağ sisteminin funksiyasının zəifləməsi və s. şəkildə) simpatikotoniya, parasimpatik sinir sistemin tonusunun üstün olaraq yüksəlməsi (arterial təzyiqin və nəbzın düşməsi ilə ürək fəaliyyətinin zəifləməsi, broxların spazmı, mədəbağırsağ fəaliyyətinin güclənməsi və s. şəkildə) parasimpatikotoniya kimi qiymətləndirilir.

Beləliklə orqanizmin sistem toxumalarına erqotrop (xarici mühitə yönəlmiş), uzun sürən təsiri simpatik sinir sistemi, trofotrop (daxili mühitə yönəlmiş), nisbətən qısamüddətli təsiri isə parasimpatik sinir sistemi yerinə yetirir.

Tam simpatikotoniya

Parlaq, qabarıq gözlər

Genəlmiş bəbəklər

Avazımı, quru piloarreksiyaya meyilli dəri

Taxikardiya, yüksəlmiş qan təzyiqi

Ağızda quruluq

Axiliya

Mədənin genişlənməsi

Atonik qəbizlik

Maddələr mübadiləsinin sürətlənməsi

Arıqlamağa meyillik

Tam vaqotoniya

Dar bəbəklər

Nəm, göyərmiş dəri

Bradikardiya, aşağı qan təzyiqi

Astmatik tənəffüs

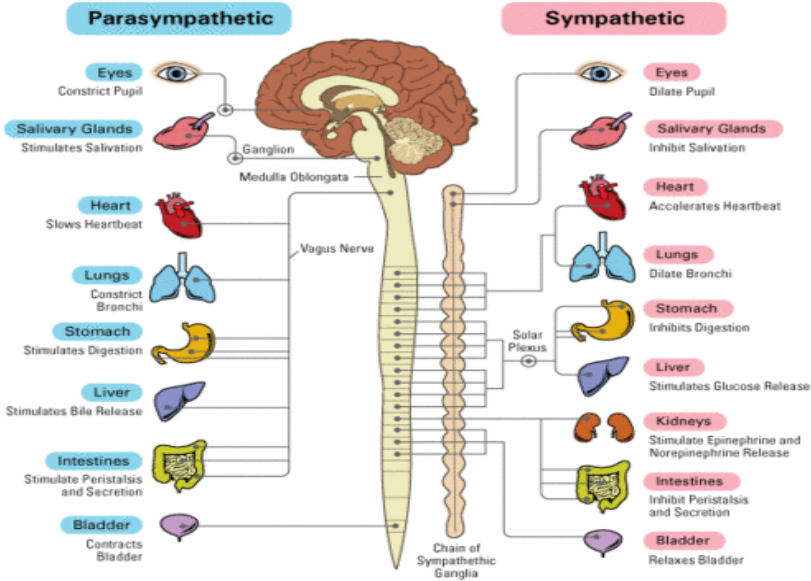
Ağız suyu ifrazının artması

Mədə şirəsinin turşuluğunun artması, yemək borusu və mədə spazmlarına meyillik

İshalla növbələşən qəbizlik

Maddələr mübadiləsinin zəifləməsi

Piylənməyə meyillik



Şəkil 17. Vegetativ sinir sisteminin innervasiya sxemi

Müayinə metodları

Reflektor dermoqrafizm – sancaqla dəridə cızıq çəkməklə alınır. Refleks qövsü onurğa beyninin seqmentar aparatında qapanır. Bir neçə saniyə sonra vazodilatasiya nəticəsində meydana çıxan qırmızı zolaq şəkilli dermoqrafizm bir neçə dəqiqə saxlanılır. Bu refleks topodiaqnostik əhəmiyyətlidir (onurğa beyni zədələnsə zolaq zədə ocağında itir).

Dərinin pilomotor (piloarrektor) refleksləri adətən çiyin ya ənsə nahiyəsində soyuqla qıcıqlandırmaqla – və ya çimdikləmə ilə törədilir. Lokal bir nahiyədə aşağıya yayılan “qaz dərisi” simpatik refleks kimi qiymətləndirilir. Reaksiya qıcığa məruz qalan tərəfdə olur.

Dərinin tər refleksləri – dərman sınaqları vasitəsilə aparılır və patoloji prosesin serebral, spinal, periferik lokalizasiyalı olmasını yoxlamağa imkan verir.

Aspirin sınağı – müayinə olunan şəxsə isti su ilə 1 qram aspirin içirdilir. Bu zaman serebral mexanizmlərin təsiri nəticəsində diffuz tərləmə əmələ gəlir. Qabıq zədələnmələri zamanı tər ifrazı mono- tipdə, hipotalamik şöbələrin zədələnmələrində hemi- tipdə azalır və ya itir. Onurğa beyninin seqmentar mərkəzlərinin zədələnməsi zamanı həmin seqment zonalarında tər ifrazı pozulur.

Pilokarpin sınağı – 1%-li 1ml pilokarpin xlorid dəri altına vurulur, tər ifrazının periferik mexanizmlərinə təsir edir və normada tər ifrazı artır. Tər ifrazının azalma və ya itməsi zədələnmiş periferik sinirin innervasiya zonasında baş verir.

Dərinin ultrabənövşəyi şüalarla həssaslığının yoxlanılması – bu halda dəridə qızarmaya səbəb olan ultrabənövşəyi şüaların minimal dozasından istifadə edilir. Sınaqlara həmçinin simpatikotrop (adrenalin) və vaqotrop (asetilxolin) maddələrə qarşı reaksiyaların təyini də aiddir.

Fiziki reflekslərin müayinəsi

Göz-ürək refleksi (Danini-Aşner refleksi) – arxası üstə uzanmış müayinə olunan şəxsin bir neçə dəqiqə sonra nəbzi sayılır. Həkim eyni zamanda baş və göstərici barmaqları ilə göz almalarının yan şöbələrinə astaca təsir edib 20-30 saniyə ərzində saxlamaqla

yenidən nəbzi sayır. Əvvəlki nəticələrlə müqayisə aparılır. Normada nəbz 10 vurğuyadək azalmalıdır. Daha çox azalma vaqotonik, daha az isə simpatikotonik effekt sayılır.

Ortostatik sınaq - arxası üstə 4-5 dəqiqə sərbəst uzanmış müayinə olunan şəxsin nəbzi sayılır. Ayağa durduqdan 20-25 saniyə sonra onun nəbzi yenidən sayılır. Normada nəbz dəqiqədə 20 vurğuyadək artır, o saydan çox artma simpatikotoniya dəlalatıdır.

Klinostatik sınaq zamanı isə yoxlanılan şəxsin vertikal vəziyyətdə nəbzi ölçülür. O, üfüqi vəziyyətə keçdikdən sonra nəbzi təkrar yoxlanılır. Normada nəbz bir dəqiqədə 10-12 vurğu azalır. Nəbz çox azalması vaqotoniyaya dəlalatıdır.

Hipotalamik nahiyyənin hissəvi zədələnməsi əlamətləri:

Qanyaranmanın pozulması

Dəri temperaturu, arterial təzyiğin assimetriyası

Arterial hipertenziya

Bədənin yarısında tərifrazının pozulması

Paroksizmal taxikardiya

Tüklərin tökülməsi

Şəkərsiz diabet

Piloarrefeksiya

Piylənmə

Depiqmentasiya

Kaxeksiya

Hemiatrofiya

Yuxunun, termorequlyasiyanın pozulması

Hemihipertrofiya

Bazedovizm

Narkolepsiya

Katapleksiya

Tetaniya

Xoralar

Ödem

VSS-nin zədələnməsi çox zaman neyroendokrin pozuntulara səbəb olur. Ona görə də hormonal və neyro-hormonal müayinələr aparılır.

Qalxanabənzər vəzinin funksiyası təyin edilir.

Qanda və sidikdə kortikosteroidlər və metabolitləri analiz edilir.

Karbohidrat, zülal və su-duz mübadiləsi yoxlanılır.

Qanda, sidikdə və serebro-spinal mayedə katexolaminlərin, asetilxolin və fermentlərinin, histamin və fermentlərinin, serotoninin miqdarı təyin edilir.

Vegetativ sinir sisteminin pozulması psixovegetativ kompleks ilə müşahidə oluna bilər. Buna görə də xəstənin emosional və şəxsi xüsusiyyətləri müayinə olunur, psixi anamnez, psixi travmaların olub olmaması öyrənilir.

Baş beyində lokalizə olunan proseslər innervasiya zonasında trofik pozuntulara, limbiko-retikulyar kompleksin zədələnməsi isə müxtəlif emosional pozuntulara səbəb olur.

Xəstələr qızğın, həssas olur, tez üzülür, onlarda hiperhidroz, damar reaksiyalarının dayanıqsızlığı, trofik pozulmalar müşahidə olunur.

Limbik sistemin qıcıqlanması vegetativ-visseral komponenti (kardial, epiqastral, visseral, auralar və s.) güclü ifadə olunmuş paroksizmlərin inkişafına səbəb olur.

Yuxarı boyun qanqlionunun zədələnməsi

Horner-Klod-Bernar sindromu.

Bəbəyin daralması, göz yarığının kiçilməsi, göz almasının çuxura batması.

Aşağı boyun qanqlionunun zədələnməsi

Yuxarı döş qanqlionlarını da əhatə edir. Ürək fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur

Hüddudi simpatik qanqlionların zədələnməsi - əzələ tonusunun pozulması, kontraktura, əsmə, kausalgiya ağrıları, tər ifrazının pozulması, piloarreaksiya, damar və trofik pozulmalara səbəb olur.

7.2. Üzün və ağız boşluğunun vegetativ innervasiyasının xüsusiyyətləri

Üzün simpatik innervasiyası onurğa beyninin C8-T2 seqmentlərinin yan buynuzlarında yerləşən hüceyrələr vasitəsilə təmin

olunur. Preqanqlionar liflərin əsas hissəsi kəşişmədən ulduz düyünündən keşib yuxarı boyun düyününə daxil olur və orada kəşişir. Liflərin az hissəsi kəşişmədən xarici və daxili yuxu arteriyalarına yaxınlaşırlar və onların ətrafında periarterial simpatik kələf əmələ gətirirlər. Damar ətrafındakı kiçik düyünlərdə bəzi liflər kəşişir. Qalan liflər üz qanqlionlarında sinapsa daxil olurlar (kiprik, qanadamaq, dilaltı, çənəaltı, qulaqdibi düyünlər).

Qanqlionlardan çıxan postqanqlionar liflər, həmçinin, yuxarı və digər boyun simpatik düyünlərindən çıxan liflər, yuxu arteriyalarının periarterial kələf şaxələri kəllə sinirlərinin tərkibində uzun, ağız boşluğunun və başın toxuma törəmələrinə impuls çatdırırlar.

Kiprik düyünü görmə sinirinin xarici divarına söykənir. Arxadan ona hissi liflər burun-kiprik sinirindən, parasimpatik liflər gözün hərəki sinirindən və simpatik liflər daxili yuxu arteriyasının kələfindən daxil olur. Düyünün ön kənarından göz almasına daxil olan kiprik sinirləri çıxır.

Gözün simpatik innervasiyasını siliospinal mərkəzdə (C8-T2 seqmentlərinin yan buynuzları) yerləşmiş hüceyrələr təmin edir. Preqanqlionar liflər ulduz qanqlionundan keçərək yuxarı boyun qanqlionunda postqanqlionar liflərə qoşulur, sonra daxili yuxu arteriyasının periarterial kələfi ilə, sonra villiziyev dairəsi ilə mağaralı cibin simpatik kələfinə daxil olur və bəbəkləri genəldən əzələni innervasiya edir.

Siliospinal mərkəzin və ya ondan çıxan simpatik liflərin hər hansı bir səviyyədə zədələnməsi zamanı Klod-Bernar-Horner sindromu inkişaf edir (göz yarığının daralması, mioz-bəbəyin daralması, enoftalm-göz almalarının batması). Bəbəyi innervasiya edən simpatik liflərin qıcıqlanması zamanı Horner sindromunun əksi əmələ gəlir (göz yarığının genəlməsi, midriaz, ekzoftalm).

3 cüt ağızsuyu vəzilərinin (qulaqətrafi, çənəaltı, dilaltı) simpatik innervasiyası siliospinal mərkəzdən idarə olunur. Preqanqlionar simpatik liflər yuxarı boyun düyünündə kəşişərək xarici yuxu arteriyasının şaxələri ilə (postqanqlionar liflər) üzdə tüpürçək vəzilərinə daxil olaraq ağızsuyu ifrazını tormozlayırlar. Efferent innervasiyadan əlavə afferent innervasiya da mövcuddur. Afferent simpatik liflər başdan və boyundan ümumi yuxu arteriyası şaxələrinin periarterial

kələfinə qoşulur, simpatik kötüyün boyun şöbəsinin hüceyrələri ilə hissəvi olaraq kontakta girir və onu keçərək birləşdirici şaxələ vasitəsilə spinal qanqlionlara daxil olur.

Üzün parasimpatik innervasiyasını III, VII və IX cüt kəllə sinirlərinin parasimpatik nüvələri və 5 cüt uzun vegetativ qanqlionları təmin edir. Parasimpatik sinir sisteminin orta beyin şöbəsini bəbəyi daraldan əzələni innervasiya edən cüt kiçik hüceyrəli Yakuboviç-Vestfal-Edinger nüvələri təşkil edir. Tək kiçik hüceyrəli Perlia nüvəsi akkomodasiyada və konvergensiyada iştirak edən kiprik əzələsini innervasiya edir.

Bu nüvələrin parasimpatik neyronlarının preqanqlionar lifləri gözün hərəkəti sinirinin tərkibində beyin əsasında mağaralı cibdən keçərək yuxarı göz yarığında göz yuvasına daxil olur və orada gözün bayır düz əzələsi ilə görmə siniri arasında yerləşən kiprik qanqlionunda kəşşir. “Kiçik kiprik siniri” adlanan postqanqlionar liflər burun-kiprik sinirlərinin tərkibində gedən uzun simpatik kiprik sinirləri ilə birləşir. Uzun (simpatik) və qısa (parasimpatik) kiprik sinirləri (bəbəyin sfinkteri bə bəbəyi genəldən-dilatator) kiprik əzələlərini innervasiya edir.

Bulbar şöbə varol körpüsündə yerləşən (yuxarı selikifrazi nüvəsini - VII cüt sinir) və uzunsov beyində yerləşən (aşağı selikifrazi nüvəsini- IX cüt sinir) parasimpatik nüvələri əhatə edir.

Yuxarı selikifrazi nüvəsində parasimpatik gözyaşıifrazi və tüpürəkifrazi hüceyrələri yerləşir. Bu hüceyrələrin preqanqlionar lifləri aralıq sinirin tərkibində üz sinirinin hərəkəti lifləri ilə birgə üz kanalına yönəlir və orada diz düyününün yuxarisından gözyaşıifrazi lifləri böyük səthi daşlıq siniri adı altında ayrılır. Axırıncı dərindən daşlıq siniri ilə birləşərək (daxili yuxu arteriyasının kələfindən simpatik liflər) “vidiyev” siniri adlanan qanadabənzər kanal sinirini əmələ gətirirlər. Vidiyev siniri qanad-damaq çuxurunu dolduran piy hüceyrələri arasında yerləşən qanad damaq düyününə daxil olur. Preqanqlionar parasimpatik liflər düyündə qırılır, ancaq simpatik liflər kəsilmədən onu keçir. Postqanqlionar liflər almacıq sinirinə qoşulur və onun birinci şaxəsi ilə göz yaşı sinirinə yaxınlaşır və onun tərkibində gözyaşı vəzisinə gedir və onu innervasiya edir. (o gözyaşını artırır, simpatik isə tormozlayır).

Aralıq sinirin tərkibində ağızsuyu ifraz edən liflər var, gözyaşı ifraz edən liflər ayrıldıqdan sonra aralıq sinir üçlü sinirin hərəki şaxəsi ilə yanaşı getməkdə davam edir və üzəngi siniri ayrıldıqdan sonra təbil telinin tərkibində ondan ayrılır. Təbil teli dil sinirinin tərkibinə daxil olur (üçlü sinir sistemi) və onunla birgə çənəaltı və dilaltı düyünlərə çatır. Qısa postqanqlionar liflər çənəaltı və dilaltı vəzilərə çatır və onları innervasiya edir (ağızsuyu ifrazını artırır).

Qulaqətrafi vəzinin parasimpatik innervasiyası aşağı ağızsuyufrazı nüvəsi ilə (dil-udlaq siniri sisteminə daxil olan) innervasiya olunur. Parasimpatik hüceyrələrdən preqanqlionar liflər dil-udlaq sinirinin digər şaxələri ilə birgə gedir və ondan “təbil siniri” adı altında ayrılır və təbil boşluğunda təbil kələfini formalaşdırır. Təbil kələfindən çıxan parasimpatik liflər kiçik səthi daşlıq siniri adlanır və bu da gicgah sinirinin kanalı ilə keçərək oval dəlik nahiyəsində yerləşən qulaq düyünündə qurtarır. Postqanqlionar parasimpatik liflər qulaq düyünündən çıxır, qulaq-gicgah sinirinə qoşularaq (alt çənə sinirinin şaxəsi) qulaqətrafi ağızsuyu vəzisini stimula etməklə onu innervasiya edir.

Parasimpatik şöbədə də afferent liflər olur. Onlar azan sinir sisteminin tərkibində beyin sütununun hissi nüvələrinə daxil olur.

VIII Fəsil. Baş beyin qabığı. Ali beyin funksiyaları

İnsanda baş beyin yüksək inkişaf dərəcəsinə çatmışdır. İnsan beyninin əsas fərqləndirici cəhəti alın payının çox inkişaf etməsidir. Baş beyin kəllə boşluğunda yerləşir.

Kütləsi 1100 – 2000 qramdır.

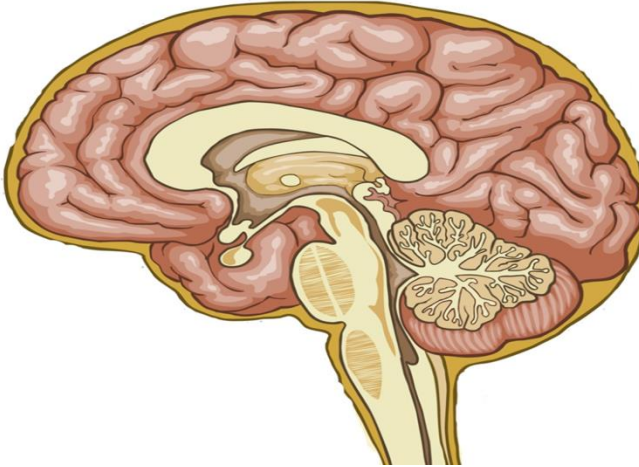
Beyin qabığının sahəsi 2000 – 2500 kv. sm.təşkil edir.

Beyin yarımkürələri və beyinciğin üzəri boz maddədən ibarət qabıqla örtülmüşdür.

Beyin yarımkürələri qabığının qalınlığı: 1.5 – 3 mm –dir.

Beyin yarımkürələri qabığında 12-18 milyarda qədər neyron olur.

Baş beyin ümumi bədən kütləsinin 2%-ni təşkil edir. Orqanizmdə sintez olunan enerjinin 25% -ə qədəri sinir hüceyrələri tərəfindən istifadə olunur.

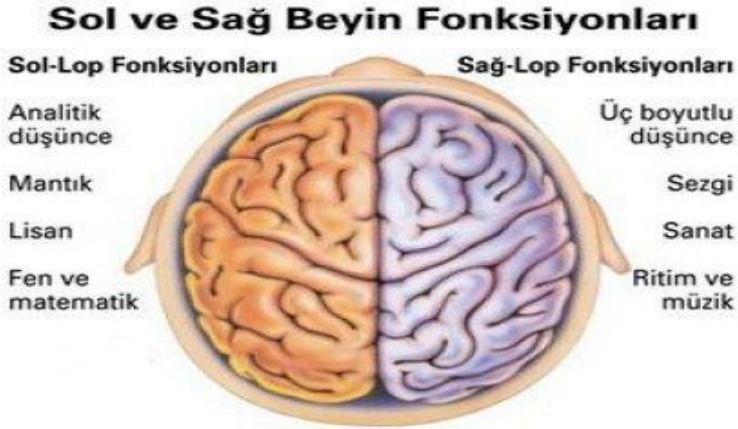


Şəkil 18. Baş beyin

Beyin yarımkürələri sağ və sol yarımkürələrdən təşkil olunmuşdur ki, bunlar da döyənək cisim vasitəsilə bir-birilə birləşir. Hər yarımkürə çəpkəndən, qoxu beynindən və uc beyin kötüyündən ibarətdir. Yarımkürələrin boşluğundan isə yan mədəciklər inkişaf edir. Beyin yarımkürələrinin bayır çıxıq, içəri yastı və ön əsas

səthləri vardır. Bu səthlərin hamısı bir yerdə çəpkən adlanır. Mərkəzi şırım, təpə-ənsə şırımı və beyinin yan şırımı vasitəsilə hər yarım kürə 4 paya bölünür: alın payı, təpə payı, ənsə payı, gicgah payı. Bunlardan başqa beyinin yan şırımının dibində zəif inkişaf etmiş adacıq deyilən beşinci pay vardır.

Beyin yarımkürələrinin hər payı şırımlar vasitəsilə müəyyən qırıqlara bölünür.



Şəkil 19. Baş beyin yarımkürələri

Baş beyin qabığı mərkəzi sinir sisteminin ali şöbəsi hesab edilir. Beynin ümumi kütləsinin 78 faizini təşkil edən qabıq boz maddə qatından ibarət olub, beyin yarımkürələrinin xarici səthini örtür. Yaşlı insanlarda beyin qabığının sitoarxitektonik öyrənilməsi onu 2 nahiyəyə bölməyə imkan vermişdir: izokorteks və allokorteks. Filogenetik olaraq öz inkişafında altıqatlıq struktur fazasını keçən izokorteks yeni qabığa (neokorteks), allekorteks isə köhnə qabığa (palaeo- və archikorteksə) uyğun gəlir. İnsan beyində allokorteks bütün qabığın yalnız 5%-ni, izokorteks isə 95%-ni məşğul edir.

Beyin qabığı bir-birinin altında yerləşmiş 6 qatdan ibarətdir:

1. Molekulyar qat
2. Xarici dənəli qat
3. Kiçik və orta həcmli xarici hüceyrələr qatı
4. Daxili dənəli qat

5. Böyük həcmli (qanlıoz) hüceyrələr qatı

6. Polimorf hüceyrələr qatı

Beyin qabığında funksiyaların lokalizasiyası nəzəri və xüsusilə də praktik cəhətdən böyük əhəmiyyət kəsb edir. İnsanın beyin qabığındakı mərkəzlər hər iki yarımkürədə təqdim olunan simmetrik və yalnız bir yarımkürədə təqdim olunan asimmetrik kimi iki kateqoriyaya bölünür. Axırncıya nitq və danışiq aktı ilə bağlı olan funksiyalar (yazı, oxuma və s.) və yalnız bir beyin yarımkürəsində mövcud olan mərkəzlər aiddir.

Beyin qabığında proyeksiyon mərkəzlərdə periferiya ilə əlaqədə olan zonalarda funksiyaların lokalizasiyası müəyyənləşdirilmişdir. Mürəkkəb və yeni qabıq funksiyaları daha geniş sahələri əhatə edir və onların həyata keçirilməsində tək bu sahələr deyil, daha geniş assosiativ əlaqələr fəaliyyətə qoşulur.

Assosiativ mərkəzlər proyeksiyon mərkəzlərdən fərqli olaraq periferik strukturlarla bilavasitə əlaqədə olmur. Onların əlaqəsi qabığın digər hissələri və o cümlədən, qabıqda olan proyeksiyon mərkəzlərlə olur.

Bədənin əks tərəfinin əzələləri üçün proyeksiyon hərəkəti mərkəz alın payında mərkəzünü qırıqda (4 və 6-cı sahə), hissi mərkəz tərə payında mərkəzarxası qırıqda (1, 2, 3-cü sahələr) və yuxarı tərə payında (5 və 7-ci sahə) yerləşir.

Duyğu orqanları üçün mərkəzlər- eşitmə mərkəzi yuxarı gicgah qırıqında (41, 42 və 52-ci sahələr) və gicgah payının daxili səthində Heşl qırıqında, görmə mərkəzi ənsə payında mahmız yarığı ətrafında dil və paz qırıqlarında (17, 18, 19-cu sahələr), dad və qoxu mərkəzləri gicgah payının medio-bazal nahiyəsində yerləşir (20, 35-ci sahələr).

Qeyd etmək lazımdırki, qabıqdakı proyeksiyon mərkəzlər hər iki yarımkürədə simmetrik yerləşmişdir. Bunlardan bir qismi (görmə, iradi hərəkətlər, başın və gözlərin yana çevrilməsi zonaları əktərəflidir. Eşitmə, qoxu, dad mərkəzləri müfəfiq reseptor sahələri ilə ikitərəfli əlaqədədir.

Müayinə metodları

1. Müayinə olunan şəxsin nitqi dinlənilir və ondan müxtəlif söz və cümlələri təkrarlamaq xahiş olunur. Onun sərbəst danışığına,

cümlələrin quruluşuna, tələffüzünə, ifadələrin tamlığına, mənasına diqqət yetirilir.

2. Müayinədə şəxsin ona verilən sualları başa düşüb-düşməməsi, müraciətləri dərk edərək yerinə yetirməsi, və bunu necə icra etməsi yoxlanılır. Məsələn, sualları dərk edir, ancaq onu icra edə bilmir, bu iflic və ya parez olduqda baş verir, digər halda, iflic və ya parez yoxdur, ancaq xəstə məqsədyönlü hərəkətləri icra etmək bacarığını itirdiyinə görə tapşırığı yerinə yetirə bilmir. Bu axırncı apraksiya ilə bağlı pozulmadır, sağaxaylarda sol aşağı təpə payında kənarüstü qırışığın zədələnməsindən əmələ gəlir. Deyilən sözlərin və müraciətlərin başa düşülməməsi, şifahi tapşırıqların yerinə yetirilməsinin başa düşülməməsi nitqin hissi funksiyasının pozulmasını göstərir və gicgah payında olan Vernike sahəsinin zədələnməsi ilə əlaqədardır.

3. Yazıları, kitabı oxumaq qabiliyyəti yoxlanılır. Xəstənin nitqi olmadığı hallarda ona yazılı müraciətlər olunur və onun yazını başa düşərək yerinə yetirmə qabiliyyətinə baxılır.

4. Müayinə olunan şəxsin savadı nəzərə alınmaqla onun yazı yazmaq qabiliyyəti yoxlanılır. Onun yazdığı zaman buraxdığı səhvlər və s. araşdırılır.

5. Göstərilən əşyaların adlarını çəkmək, deyilən cümlələri, sözləri, oxuduqlarını təkrarlatmaqla yaddaş pozulmalarının olub-olmaması aydınlaşdırılır.

6. Apraksiyanın aşkar edilməsi:

- İdeator apraksiya yoxlanarkən xəstədən yaxasını açmaq-düymələmək, saçını daramaq, müəyyən hərəkətləri necə etməyi göstərmək xahiş olunur. Kənardan diktə etmək tapşırığı yerinə yetirməyə kömək edir.

- Motor apraksiyanı aşkar etmək üçün xəstədən həkim əlləri ilə etdiyi hərəkətləri təkrarlaması xahiş olunur. Kənar diktə tapşırığı yerinə yetirməyə kömək etmir.

- Konstruktiv apraksiyanın yoxlanılması zamanı kibrit çöplərindən müəyyən fiqurların düzəldilməsi təklif olunur.

7. Aqnoziyaların aşkar edilməsi:

- Astereoqnozu yoxlamaq üçün xəstənin gözü yumulu vəziyyətdə onun ovcunun içinə qoyulmuş əşyanın adını çəkməsi xahiş olunur.

- Autotopoqnoziyanı aşkar etmək üçün ondan bədən üzvlərinin yerlərini göstərmək xahiş olunur.

Pozulma simptomları

Bu fəsildə ali beyin funksiyalarının pozulmaları araşdırılır: tanımanın pozulması (aqnoziya), məqsədəuyğun hərəkətlərin pozulması (apraksiya), nitqin pozulması (afaziya).

Aqnoziya tanıma prosesinin pozulmasına deyilir. Bu patologiya insanlar arasında çox rast gələn sindromlardandır. Tanış əşyaları və adamları xatırlamaqda çətinlik çəkmək, öz bədəninin hissələrini tanımaq qabiliyyətini itirmək, səsləri, şəkilləri və ya qoxuları tanıma qabiliyyətini itirmək aqnoziya adlanır. Bu pozulma beyin zədələnmələri və digər nevroloji problemlərlə əlaqəlidir. İnsultdan, depressiyadan və başqa nevroloji pozulmalardan qaynaqlana bilər. Bəzi növlərinin irsi və genetik olduğu bildirilir.

Aqnoziyanın müxtəlif formaları var:

- Görmə aqnoziyası ənsə nahiyəsi və onun xarici səthlərinin patologiyası ilə əlaqədardır. Belə vəziyyətdə xəstə əşyanı yalnız görməklə tanıya bilmir, əlləri ilə toxunduqda tanıyır;

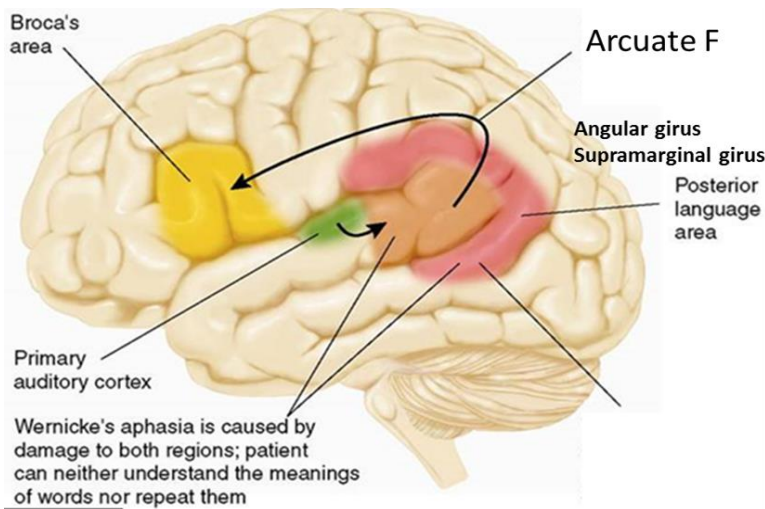
- Eşitmə aqnoziyası eşitmə mərkəzinin və onun yollarının keçdiyi gicgah payının patologiyasında müşahidə olunur;

- Stereoqnoziya mürəkkəb hissiyyatın xüsusi növüdür. Toxunma aqnoziyası -astereoqnoziya gözlər yumulu halda yalnız toxunmaqla əşyanı, yaxud onun ayrı-ayrı xassələrini tanımaq qabiliyyətinin itirilməsinə deyilir. Astereoqnoziya təpə payında arxa mərkəzi qırıqdan arxada olan patoloji proseslər zamanı müşahidə olunur.

- Bədən sxeminin pozulması-autotopoqnoziya zamanı xəstə öz bədəninin hissələrini qarışıq salır, bədənini ayrı-ayrı hissələrini tanıya bilmir.

- Anozoqnoziya öz qüsurlu başa düşməmək duyğusu. Bu, əksər hallarda, xəstənin ətraflarının iflic olduğunu inkar etməsi şəklində müşahidə olunur. Anozoqnoziya sağ təpə payının zədələnmə əlamətlərinə daxildir.

- Pseudopolimeliya xəstənin özündə əlavə ətrafların olması barədə yaranan yalançı duyğudur.



Şəkil 20. Beyin qabığında mərkəzlər

Afaziya

Klinik nevrologiyanın ən mürəkkəb problemlərindən biri nitq pozulmalarıdır. Afaziya nitq muskulaturasının (dil, qırtlaq, tənəffüs əzələləri) iflici olmadan əmələ gələn, beyin qabığındakı nitq mərkəzlərinin zədələnmələri ilə əlaqədar olaraq meydana çıxan nitq pozulmasıdır. Baş beynin dominant yarımkürəsinin (sağaxaylarda sol yarımkürə) lokal zədələnməsi zamanı yaranan nitqin itməsi **afaziya** adlanır.

Nitqdə ekspressiv (motor) və reseptiv (sensor, qəbuledici) funksiyalar ayrılır. Ekspressiv funksiyalar sağaxaylarda sol aşağı alın qırışının arxa şöbəsində yerləşən mərkəzdən (Brok mərkəzi, 44-cü sahə) həyata keçirilir. Həmin sahə zədələndikdə xəstədə **effeent motor afaziya** əmələ gəlir. Belə xəstələr heç bir söz ifadə edə bilmirlər, ancaq deyilən nitqi başa düşürlər və müraciətləri hərəki defekt olmasa yerinə yetirə bilirlər.

Motor afaziyanın digər növü **afferent motor afaziya**dır. O, dominant yarımkürənin aşağı təpə payında zədələnmə olduqda baş verir, sözlərin tələffüzündə çətinliklər yaranır, səslər qarışdırılır. Bu afaziya əksər hallarda oral praksislə müşayiət olunur.

Sağaxaylarda sol alın payının mediobazal şöbəsinin zədələnməsi **dinamik afaziya** ilə nəticələnir. Belə xəstələrdə nitq məhdudlaşmış,

stereotip xarakter daşıyır, verilən suallardakı sözlər təkrarlanır, sərbəst danışmaq bacarığı itmiş olur.

Nitq siqnallarını qəbul edən mərkəz (Vernike mərkəzi, 22-ci sahə) sağaxaylarda sol yuxarı gicgah qırışının arxa şöbəsində məskunlaşır. Bu sahə zədələndikdə **sensor afaziya** əmələ gəlir. Belə xəstələr onlara deyilən sözləri və həmçinin öz danışdıqlarında olan pozulmaları başa düşməzlər və anlamadıqlarına görə onlara edilən müraciətləri də yerinə yetirə bilmirlər.

Qlobal və ya total afaziya ağır qarışıq motor-sensor afaziya olub, həm hərəkəti və həm də hissi nitq mərkəzlərinin birgə zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir. Adətən zədələnmə orta beyin arteriyasının tutulması səbəbindən yaranan beyin infarktının nəticəsi olur.

Gicgah payının arxa və təpə payının aşağı hissəsinin təmas nahiyəsində zədələnmə olduqda **amnestik afaziya** meydana gəlir. Bu zaman xəstə ona göstərilən əşyaların xüsusiyyətlərini və nə üçün istifadə olunmasını deyə bilər, ancaq adını xatırlaya bilmir.

Təpə-gicgah-ənsə qovuşması nahiyəsində zədələnmə olduqda **semantik afaziya** meydana gəlir. Xəstədə konstruktiv söz birləşmələrinin, zaman, məkan münasibətlərinin dərk edilməsi çətinləşir.

Aleksiya (oxuma qabiliyyətinin itməsi) və **aqrafiya** (yazma qabiliyyətinin itməsi) adətən sensor və motor afaziyanın tərkibi olaraq meydana çıxır, bəzən isə ön planda izolə olunmuş şəkildə müşahidə edilir. Belə “izolə” olunmuş aqrafiyaya orta alın qırışının arxa şöbəsində (sağ əl üçün piramid yolun proyeksiya zonası ilə yanaşı) məhdud ocaqlı zədələnmə olduqda rast gəlinir. “İzolə” olunmuş aleksiya isə dominant yarımkürənin bucaq qırışında (ənsə payı ilə gicgah payının birləşmə zonasında) ocaq olduqda müşahidə edilir. Afaziyanın əmələ gəlməsində ən önəmli etioloji amil beyin damar xəstəlikləridir. İnsult keçirənlərin 20%-ində afaziya müşahidə edilir. Kəllə tramvaları, beyin şişləri, beynin iltihabi xəstəlikləri etioloji amil rolunu oynaya bilər.

Sağ və sol beyin yarımkürələri öz funksiyalarına görə birbirindən fərqlənir.

Sağaxaylarda sol yarımkürə formal-loqik funksiyaların (nitq, yazı, hesablama) yerinə yetirilməsi üzrə ixtisaslaşır. Bu yarımkürə obyekt və mövcudluğunun simvolları ilə əməliyyat aparır (daha

doğrusu sözlərlə, nitqlə). Sol yarım kürenin fəaliyyəti fikirlər, yeni ideyalar, gələcəyə hərəkət proqramı formalaşdırmaqla xarici mühitin simvolik və abstrakt qavranılması və dərk edilməsindən ibarətdir.

Sağ yarım küre konkret məkan və zamanın qavranılması və emosional qiymətləndirilməsinə, aləmin sensor dərk olunmasına ixtisaslaşır. Obrazların formalaşmasında sensor axın konkret vaxtla və keçmiş təcrübə ilə birləşir. Düşünülür ki, sağ yarım kürəyə kainatın konkret dərk olunması informasiyası daxil olur (görmə, eşitmə, qoxu, dad, taktil). Bu informasiya müvafiq işlənmədən sonra döyənək cisimdən sol yarım kürəyə daxil olur, yenidən inteqral işlənməyə məruz qalır və bunun əsasında insanın davranışı formalaşır.

Apraksiya

Praksiya düşünülmüş plan üzrə məqsədyönlü mürəkkəb hərəkətlər kompleksini yerinə yetirə bilmək qabiliyyətidir. Belə mürəkkəb hərəkətlərin icra oluna bilməsi qabiliyyəti öyrənmə prosesində, insanların xarici mühitlə qarşılıqlı əlaqələri praktikasında formalaşır.

Məqsədəuyğun hərəkətlərin yerinə yetirilməsinin pozulması **apraksiya** (lat. "fəaliyyətsizlik") adlanır. Praksis mərkəzi sağaxaylarda sol aşağı təpə paycığında olan kənarüstü qırıq (g.supramarginalis) hesab edilir. Apraksiya iflic və ya pərez olmadan fərdi təcrübə prosesində formalaşmış mürəkkəb iradi hərəkətlərin pozulması şəklində özünü biruzə edir. Apraksiya böyük beyin yarım küreləri və ya döyənək cismin aparıcı yollarının zədələnməsindən irəli çıxan məqsədyönlü hərəkəti fəaliyyət pozuntusudur.

Praktik nevrologiyada apraksiyanın 3 əsas növü ayırd edilir: ideator, motor və konstruktiv.

İdeator apraksiya fikir-niyyət apraksiyası da adlanır. Bu zaman xəstə ona verilən tapşırıqları, xüsusən simvolik testləri (məs. hərbi salam vermək, barmaqla hədələmək) yerinə yetirə bilmir, hərəkətlərin ardıcılığı pozulur. İdeator apraksiya dominant yarım kürədə təpə payında kənarüstü qırıqın zədələnməsi nəticəsində əmələ gəlir və həmişə ikitərəfli olur.

Motor apraksiya və yaxud yerinə yetirmə apraksiyası zamanı nəinki tapşırıqla verilən hərəkətlərin icra olunması pozulur, habelə göstərdikdə, təhrik etdikdə belə hərəkətlərin yerinə yetirilməsi,

yamsılanması mümkün olmur. Bu apraksiya adətən birtərəfli olur (məs.döyənək cismin zədələnməsi zamanı yalnız sol əldə yaranır).

Konstruktiv apraksiya zamanı isə hərəkətlərin düzgün istiqamətlənməsi prosesi pozulur. Ayırı-ayrı hissələrdən bütövü quraşdırmaq, düzəltmək qabiliyyəti itirilir.

Alın payı zədələndikdə (hərəki analizator və efferent sistem zonası) mürəkkəb hərəkətlər vərdişinin parçalanması, spontanlıq və məqsədyönlülüyün pozulması ilə hərəkət proqramının dağılması baş verir. Bu **alın apraksiyası** adlanır.

Amneziya

Qabaqcadan qazanılmış biliklərin saxlanması və yenidən canlandırılması qabiliyyətinin itirilməsi formasında yaddaş pozuntusu **amneziya** adlanır.

Dövrünə münasib olaraq amneziyalar bölünür:

Retroqrad

Konqrad

Anteroqrad

Anteroretroqrad

Yaddaş funksiyasının pozulmasına görə:

Fiksasion

Anekforik

Retroqrad amneziya huşun pozulmasından və ya ağırlı psixi vəziyyətdən öncə baş verən hadisələrin yaddan çıxarılması şəklində meydana gəlir. Belə xəstələr həyatlarında baş verən hadisələri tamamilə unudur.

Anteroqrad amneziya bilavasitə huşun pozulmasından və ya ağırlı psixi vəziyyətdən sonra baş verən hadisələrə qarşı yaddaşsızlıqdır. Bu vəziyyət adətən travmalar zamanı əmələ gəlir. Belə xəstələr travma aldıqdan sonra gündəlik yaşadıklarını unudurlar.

Ümumiyyətlə, amneziyanın əsasında beyin damarlarının müvəqqəti və ya daimi zədələnməsi, beyində olan hüceyrələrin sayının və funksiyalarının azalması durur.

Unutqanlıqın növlərindən olan progressiv amneziya da bu xəstəliyin ən ağır növlərindəndir.

Bəzi hallarda işemik proseslər zamanı vertebrobazilyar hövzədə beynin qantəchizatının pozulması **tranzitor global amneziyanın** meydana gəlməsinə səbəb olur. Belə xəstələr yenicə cavab almasına baxmayaraq dəfələrlə eyni sualı təkrarlayırlar. Tutma bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir və tam sağalma ilə nəticələnir.

Beyin tağının tamlığının ikitərəfli pozulması yeni təəssuratları yadda saxlamağın mümkün olmaması ilə xarakterizə olunan kəskin amnestik sindromun yaranmasına səbəb olur.

Beyində məməvari cisimciklərin ikitərəfli zədələnməsi konfabulyasiya ilə amnestik sindromu törədir (**Korsakov sindromu**). Bu zaman uzunmüddətli yaddaş saxlanılır. Həmin törəmələrin degenerativ xəstəliklər zamanı zədələnməsi (məsələn Alsheymer xəstəliyinin limbik formasında), əlavə olaraq, yaddaşın progressiv xarakterli itməsinə gətirib çıxarır.

Fiksasion amneziya

Hafizənin tərkib hissəsi olan fiksasiya, retensiya və reproduksiya ayrı-ayrılıqda 3 növ proseslərdir. Məsələn siz axtardığınız əşyanı tapa bilmirsinizsə, deməli məlumatın fiksasiyası pozulmuşdur. Bu fiksasion amneziya adlanır.

Hər hansı hadisədən sonra məlumatlar unudulursa anteroqrad amneziya baş verir. Bu retensiya prosesinin pozulması ilə əlaqədardır. Retroqrad amneziya keçmişə aid olan hadisələrin və məlumatların unudulmasıdır. Bu reproduksiya proseslərinə aiddir (yada salmanın pozulması).

Konfabulyasiya heç vaxt baş verməmiş və ya baş verməsi mümkün olmayan qeyri real fantastik məzmunlu hadisələrin, ya məlumatların xatırlanmasına deyilir. Məsələn o, aya və ya Marsa uçduğunu, yaxın vaxtlarda Almaniyanın prezidenti seçiləcəyini uydurur.

Kriptomneziya – yunan sözü olub gizli deməkdir

. Bu hadisələrin qəsdən deyil, özü bilmədən başqaları ilə əlaqəli olan məlumatları, hadisələri öz adına çıxmasıdır. Yad fikirlər xəstəyə elə gəlirki, öz fikirləridir. Yuxu, oxuduqları, gördükləri ilə reallıq arasındakı fərqləri qarışdırır.

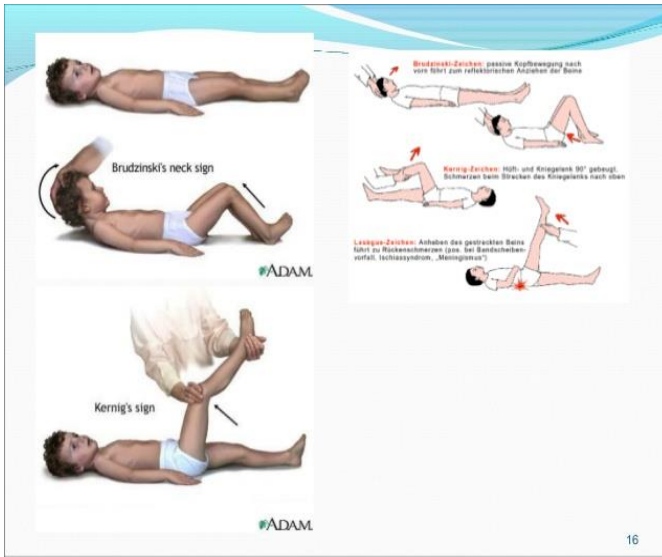
Anekforiya – bu, əsasən yadasalmanın çətinləşməsidir, yəni kimsə mütləq bu hadisələrin əvvəlini insanın yadına salmalıdır.

IX Fəsil. Meningeal sindrom. Beyin-onurğa beyni mayesi.

9.1. Meningeal sindrom

Beyin qişalarının qıcıqlanması nəticəsində əmələ gələn simptomlardır. Bu əlamətlərə aiddir:

Baş ağrıları, qusma, ümumi hiperesteziya, boyun əzələlərinin rigidliyi, Kerninq simptomu, Brudzinski simptomları, Bexterevin almacaq sümüyü simptomu, Mendel simptomu, meningeal vəziyyət.



Şəkil 21. Meningeal əlamətlərin müayinəsi

Kerninq simptomu-həkim arxası üstə uzanmış xəstənin ayaqlarını bud-çanaq oynaqında və diz oynaqında bükür, baldırı diz oynaqı səviyyəsində açır. Bu halda beyin qişaları qıcıqlandığına görə ayaqların diz oynaqında açılması əzələlərin tonik gərginləşməsi səbəbindən çətinləşir və bəzən ağrı əmələ gəlir.

Yuxarı Brudzinski simptomu - həkim xəstənin başını passiv şəkildə önə bükükdə onun ayaqları diz və bud çanaq oynaqlarında bükülür.

Aşağı Brudzinski simptomu- bir ayaqda Kerninq simptomunu yoxladıqda açılmış vəziyyətdə olan o biri ayaq diz oynağında bükülür.

Mendel simptomu- xarici qulaq keçəcəyinin ön hissəsinə təsir etdikdə hətta xəstə süursuz vəziyyətdə olduqda belə baş ağrısının artması hesabına onun üzünün həmin yarısında ağrı ifadəsi əmələ gəlir.

Bexterevin almacaq sümüyü simptomu – almacaq sümüyünün qövsünə nevroloji çəkilə yüngül vurduqda xəstənin üzündə ağrı qriması ifadə olunur.

Meningeal vəziyyət - xəstə bir böyrü üstə uzanmış, ətrafları qarnına tərəf bükülmüş, başı arxaya tərəf maksimum dartılmış vəziyyətdə olur.

9.2. Beyin-onurğa beyini mayesinin müayinəsi

Beyin mədəciklərinin boşluğu, beyin sisternaları, baş və onurğa beyininin subaraxnoidal boşluqları beyin mədəciklərində əmələ gələn beyin-onurğa beyini mayesi (likvor) ilə tamamilə dolu olur və yuxarıda göstərilən strukturlar daxilində dövr edir və beləliklə baş və onurğa beyininin vahid likvor sistemi formalaşır.

Anatomik struktur baxımından likvor sistemi aşağıdakı tərkib hissələrindən ibarətdir:

1. Beyin mədəcikləri-likvorun əmələ gəlmə mənbəyi
2. Beyin sisternaları-likvorun lazım gələn hallarda toplandığı ehtiyat sahələri
3. Beyin-onurğa beyini subaraxnoidal boşluğu-likvorun dövrən etdiyi boşluq.

Bu törəmələr arasında daimi mübadilə və sabit saxlanılan təzyiqli səviyyəsi mövcuddur. Beyin-onurğa beyini mayesi mədəciklərin divarlarında olan xoroidal damar kəməflərindən sekresiya yolu ilə və beyinin xırda damarlarının transsudasiyası yolu ilə əmələ gəlir.

Beyində olan sisternalara beyincik-beyin, yan beyin çuxuru, beyin ayaqcıqlararası, bazal sisternalar aiddir. Ən böyük sisterna

onurğa beynindən aşağı yerləşən terminal sisternadır. Onurğa beyinin punksiyası (lyumbal punksiya- LP) bu sisternada edilir.

Likvorun makroskopik - gözlə müayinə, bakterioloji, sitoloji və biokimyəvi müayinələri aparılır: İnsanlarda likvorun ümumi miqdarı 120-150 ml-ə bərabərdir.

Normal likvor təzyiqi insanda uzanmış vəziyyətdə orta 130 (70-180) mm/su sütunu səviyyəsində olur.

Onun xüsusi çəkisi 1003-1008 arasındadır. Rəngi şəffaf, pH-ı isə 7, 33-ə bərabərdir.

1. Likvor rəngsiz və şəffafdır. Əgər mayədə qan varsa: bu ya subaraxnoidal qanaxma və ya LP edərkən inyeksiyadan düşən qan damlasını göstərir.

2. Əgər likvor sarımtıl rəngdədirsə, bu köhnə beyin qanamasının olduğunu göstərir.

3. Likvor bulanıqdırsa, bakterial meningitdən şübhələnməyə əsas verir və ya likvorun sirkulyasiyasını əngəlləyən törəmə olduğuna işarədir.



Şəkil 22. Lyumbal punksiya

4. Vərəm meningitlərində mayeni bir gün soyuducuda saxladıqda üzərində ağımtıl, hörümçək toru kimi görüntü əmələ gəlir.

Biokimyəvi müayinə zamanı likvorda qlükoza, albuminlər, xloridlər, potaş, pH, bilirubin, aminturşular, total protein, İgG, CO₂, AST, kreatinin, laktat dehidrogenaza yoxlanılır.

Likvor mayesi almağa göstəriş olmadığı halda lumbal punksiya etmək olmaz.

Punksiya ediləcək nahiyədə və çevrəsində dəri və dərialtı toxumada hər hansı infeksiya, yara, zədələnmə olmamalıdır.

Likvor alınmadan əvvəl göz dibinə baxılmalıdır. Əgər optik diskin ödemisi varsa, bu kəllədaxili təzyiqin artmasını göstərir. Bu zaman punksiya etmək təhlükəlidir.

BÖLMƏ 2

NEYROSTOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏR VƏ SİNDROMLAR

I Fəsil. Prozopalgialar. Üz ağrılarının təsnifatı. Üçlü sinir sistemində zədələnmələr.

1.1. Prozopalgialar.Üz ağrılarının təsnifatı.

Hal hazırda üz ağrılarının bir çox növləri ayırd edilir. Neyrogen ağrılar kəllə sinirlərinin (üçlü, dil-udlaq, azan) zədələnmələrinin nəticəsi olaraq meydana gəlir. Psixogen ağrılar ali beyin funksiyalarının pozulmaları ilə, emosional –davranış, affektiv pozulmalarla əlaqəli yaranır. Somatogen ağrılar isə, gözlərin, qulaqların, burun ciblərinin, gicgah-çənə oynaqının, çeynəmə əzələlərinin, dişlərin, dişətinin, ağızın sellikli qişası və sümük toxumasının patologiyaları ilə əlaqədar olaraq meydana çıxırlar. Bir qayda olaraq ağrı sindromu somatogen ağrılar zamanı əsas xəstəliklərin bir əlaməti kimi özünü biruzə verir.

Beynəlxalq təsnifatda xarici müəlliflər üz, başağrıları və kəllə nevroalgiyalarını sindromal diferensiasiya olmadan vahid nozoloji formalarda – klaster sefalgiyalarında birləşdirirlər. Rus alimləri (V.Y.Kurlyanski, V.Y.Qreçko, V.A.Karlov (1974)) patogenetik prinsiplərə əsaslanan sistemləşdirmə aparıblar. 8 qrup ağrı sindromu təklif olunub:

1. Hissi sinirlərin nevroalgiya və nevropatiyaları zamanı yaranan üz ağrıları
2. Qanqlionitlər zamanı yaranan üz ağrıları
3. Stomalgiya
4. Artrogen və vertebrogen mənşəli üz ağrıları
5. Damar mənşəli üz ağrıları
6. Əks olunan üz ağrıları
7. Sinir-psixogen mənşəli üz ağrıları
8. Odontogen, otorinolarinqogen və oftalmogen mənşəli üz ağrıları

V.A.Smirnov bütün bu simptomokompleksi 2 qrupa bölür. Somatik innervasiyanın patologiyası və vegetativ innervasiyanın pozulmaları.

I qrupa müəllif üçlü, üz, dil-udlaq, azan və dilaltı sinirin xəstəliklərini, üz hemi - və paraspazmını, üzün hiperkinezlərini aid edir.

II qrupa vegetalgiya, simpatalgiya, odontalgiya, qlossalgiya, üzün hemiatrofiyası, qanad-damaq düyününün qanqlioniti, kserostomiya, damar xarakterli üz və baş ağrıları, Kvinke ödemisi, ağız boşluğunun neyrotropik pozulmaları, allergik pozulmalar və digər vegetativ pozuntular və sindromlar daxil edilir.

Moskva Stomatologiya İnstitutu (V.Y.Qreçko, A.V.Stepaņçenko) anatomik funksional prinsiplərə əsaslanan təsnifat hazırlamışlar və aşağıdakı hallarla şərtlənmiş simptomokompleksi ayırmışlar:

- üçlü, üz, aralıq, azan, dilaltı kəllə sinirləri sisteminin zədələnməsi ilə əlaqədar;

- sinir sisteminin vegetativ şöbəsinin zədələnməsi;

- üz-çənə nahiyəsinin hərəkət sisteminin innervasiyasının pozulması;

- diş-çənə sisteminin xəstəlikləri;

- ümumi somatik xəstəliklər;

- ali sinir fəaliyyətinin pozulması, nevrasteniya, isteriya, nevroz, sayrışan hallar- neyrostomatoloji sindromlarla şərtlənən.

V.A.Karlov, O.H.Savitski (1990) somatogen və nevrogen üz ağrıları kimi bölgü aparmışlar.

Üz ağrıları (prozopalgia) və baş ağrıları (sefalgiyalar) bir çox sindromları birləşdirir və onlar arasında ümumi qəbul edilmiş sərhəd mövcud deyildir. Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində bu patologiyaların əsas səbəblərinin aşağıdakı formada ümumiləşdirilməsi məqsədəuyğun sayılır.

I. Neyrogen mənşəli:

1. Üçlü sinirin nevralsiyası

2. Dil-udlaq sinirinin nevralsiyası

3. Üz sinirinin nevropatiyası

4. Xant nevralsiyası

5. Yuxarı qırtlaq sinirinin nevralsiyası

6. "Boyun – dil" sindromu

7. Ənsə nevralsiyası

II. Damar mənşəli səbəblər:

1. Klaster (dəstə) baş ağrıları

2. Xroniki paroksizmal hemikraniya

3. Karotidiniya

III. Qarışıq (damar, neyrogen) mənşəli:

1. Rederin paratrigeminal sindromu (“Perikarotid sindrom”)
2. İri hüceyrəli gicgah arteriiti

IV. Ağrılı Tolosa- Xant sindromu

V. Mənşəyi aydınlaşmamış ağrılar:

1. SUNKT sindrom
2. İdiopatik deşici ağrı (Stabbinq)
3. Üzün reflektor simpatik distrofiyası və mərkəzi ağrı

VI. Somatogen ağrılar:

1. Miogen (miofassial) ağrı sindromu
2. Kosten sindromu (gicgah-çənə oynaqının disfunksiyası)
3. Artrogen
4. Oftalmogen
5. Odontogen
6. Otorinogen
7. Visserogen

VII. Psixogen mənşəli.

Müxtəlif patoloji proseslər nəticəsində üz ağrıları üz nahiyəsində və ağız boşluğunda hissi, hərəki və vegetativ pozulmalarla xarakterizə olunan simptomokompleksdir. Bunlardan əlavə hər hansı hissi kəllə siniri və onun qanqlionlarının xroniki qıcıqlanması ilə yaranan üz ağrıları- prozoplagiyalar mövcuddur.

Üz ağrılarının patogenezinə sinir strukturlarını zədələyən işemiya, ödem və demielinizasiya ilə şərtlənən mikrosirkulyator pozulmalar və immun proseslərin pozulması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bəzən limfosit və makrofaqların təsiri ilə yaranan perivaskulyar infiltrasiya və demielinizasiya birləşir və eyni vaxtda təsir göstərir.

Nevralgiyanın və onun kliniki təzahürlərinin patogenezinə böyük rol somatik və vegetativ sinir sisteminin funksional vəziyyəti oynayır. Nəticədə mərkəzi sinir sisteminə determinantlıq yaranır (Q.N.Krijanovski, 1997).

1.1.1. Neyrogen mənşəli prozopalgıya və sefalgiyalar

Neyrogen mənşəli üz və baş ağrılarının (prozopalgıya və sefalgiya) əsasında kranial nevrjalgiya və neyropatiyalar durur və bunlar da klinik simptomatikasına görə nevrjalik və neyropatik sindromlar şəklində təzahür edirlər.

Nevralgik sindrom yandırıcı, deşici, sancıcı xarakterli və tutmalar şəklində əmələ gələn və tutmadan kənar vaxtda tamamilə aradan qalxan ağrılarla müşahidə olunur. Nevralgiyanın bəzi növlərində periodik kəskinləşmə ilə müşahidə olunan daimi xarakterli ağrılar olur. Ağrının lokalizasiyası kranial sinirin və ya onun kökcüyünün innervasiya zonasına uyğundur. Üçlü sinirin nevrалgiyası zamanı ağrı bir və ya bir neçə (daha çox II və III) şaxələrin innervasiya zonasında lokalizasiya edir. Udlaq, badamcıq, dilin kötüyü qulaq nahiyələrində ağrı paroksizmləri dil-udlaq sinirinin nevrалgiyası üçün xasdır.

Nevralgiya tutması fiziki və emosional gərginlik, həddindən artıq soyuma ilə təhrik olunur. Bəzən ağrılara gecə saatlarında niktalgiya, yuxu zamanı isə hipnalgiya formasında təsadüf edilir

Üçlü və dil-udlaq sinirlərinin nevrалgiyası üçün triqqer nöqtələrinin olması xarakterikdir ki, o nöqtələrə yüngül toxunma belə ağrı tutmasını təhrik edir (üzdə, boyunda, ağız boşluğunda, dildə olan 0.5 sm diametrə qədər olan sahələr).

Triqqer sahələrinin yerləşməsi ağrının irradiasiya sahəsinə uyğun olmaya bilər, çox vaxt onlar üzün nazooal zonasında yerləşirlər, bəzən dəyişkən lokalizasiya ilə bir neçə triqqer sahəsi qeyd edilir. Triqqer nöqtələrinin əmələ gəlməsi – üçlü (və ya dil-udlaq) sinirinin hissi nüvələrində funksional dəyişikliklərin nəticəsidir, daha çox üçlü və ya dil-udlaq sinirlərinin periferik şaxələrindən gələn uzunmüddətli afferentasiya nəticəsində əmələ gəlirlər. Triqqer nöqtələrinin davamlı şəkildə itməsi əlverişli proqnostik əlamətdir.

Nevralgiya zamanı tez-tez hiper- və ya hipesteziya tipli hissiyatın pozulma sahələri aşkarlanır.

Nevralgiya tutmaları dəri hiperemiyası və ödem, tərləmə pozulmaları tipli yerli vegetativ reaksiyalarla, intensiv ağrılar zamanı isə ümumi vegetativ-damar reaksiyaları ilə, nadir hallarda isə sinkoplarla müşahidə oluna bilər.

Sinir sütünuna və ya kötüyünə travmatik təsir, sinir sütununun sıxılması kranial nevrалgiyanın səbəbi ola bilər. Xüsusilə həddindən artıq soyuma ilə gedən uzunmüddətli sinirin mikrotravmatizasiyası kranial nevrалgiyanın etiologiyasında böyük rol oynayır. Yoluxucu xəstəliklərin və ya MSS-də autoimmun prosesin ilk klinik təzahürü nevrалgiya ola bilər.

Nevropatik sindrom sinirin qıcıqlanması və funksiyasının itməsinin ahəngi ilə xarakterizə olunur. Yanğı tipli ağrı və total anesteziyanın birgə təsadüf etməsi nevropatiyanın xüsusi forması sayılır.

Kranial nevrалgiyaların və neyropatiyaların əsas kliniki formalarına aiddir:

Üçlü sinirin nevrалgiyası və neyropatiyası

Dil-udlaq və ənsə sinirlərinin nevrалgiyası

Vegetativ prozopalgialar: qanad-damaq və burun-kiprik düyünlərinin nevrалgiyası, arxa boyun simptomatik sindromu, hansılar ki, hazırda klaster baş ağrılarınin müxtəlif formalarına aid edilir.

1.2. Üçlü sinir sistemində zədələnmələr

1.2.1. Üçlü sinir nevrалgiyası

Üçlü sinir nevrалgiyası ən çox rast gəlinən xəstəliklərdəndir. Klinikada üçlü sinir nevrалgiyasının 2 forması ayırd olunur:

-Mərkəzi genez üstünlüyü ilə üçlü sinir nevrалgiyası

-Periferik genez üstünlüyü ilə üçlü sinir sinir nevrалgiyası

Mərkəzi genez üstünlüyü ilə üçlü sinir nevrалgiyası

Etiologiyası:

Qan-damar xəstəlikləri (hipertoniya)

Revmatizm

Kəllə-beyin travması

Mərkəzi sinir sisteminin iltihabi xəstəlikləri (araxnoidit, ensefalit)

Beyin qan dövranının kəskin pozulması

Müxtəlif mənşəli zəhərlənmələr

Endogen intoksikasiya

Endokrin xəstəliklər

Ən çox 40-60 yaşlı insanlarda müşahidə olunur.

Klinika

Kəskin tutma şəkilli üz ağrıları (“elektrik cərəyanı” vurmaı təsirli), bir neçə saniyədən bir neçə dəqiqəyədək davam edə bilir.

Üz əzələlərinin hərəkəti zamanı (çeynəmə, danışma və s.) və ya bəzən də spontan başlayan ağrılar müşahidə edilir.

Xəstə tutmalar zamanı müəyyən məcburi vəziyyət alır və hərəkət etməyə qorxur.

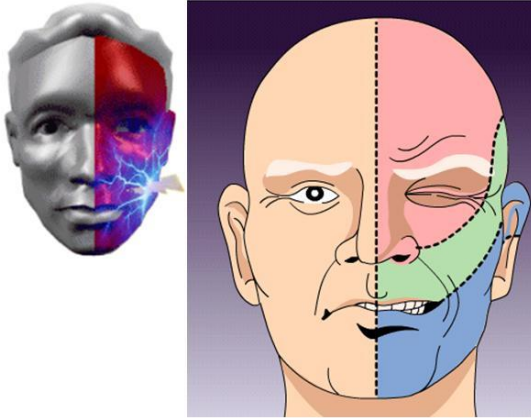
Ağrı üçlü sinirin ən çox II və III, az hallarda I şaxəsində baş verir və müəyyən vegetativ əlamətlərlə (üzün hiperemiyası, gözün sulanması, rinoreya, hipersalivasiya, nadir hallarda ağızda quruluq) və üz əzələlərinin hiperkinezi ilə müşayiət olunur.

Bəzi xəstələr onlarda tutmadan əvvəl vegetativ aura-zədələnmə nahiyəsində hipertermiya, paresteziya olduğunu qeyd edirlər.

Uzun müddətli nevrалgiyalar zamanı zədə olan tərəfdə və dəri-də quruluq, kipriklərin tökülməsi, seboreya ekzeması, hiperpiqmentasiya, çeynəmə və bəzən mimiki əzələlərin atrofiyası qeyd olunur.

Nevrалgiya həm birtərəfli, həm də ikitərəfli ola bilər.

Nevrалgiyanın bu formasının ən əsas əlaməti **trigger zonalarının** mövcudluğudur. Üzdə bu zona dodaq və burun nahiyəsində yerləşir, lakin ağızın selikli qişasında da trigger zonaları ola bilər (damaq, çənələrin alveolyar çıxıntısı). Selikli qişada trigger zonaları həmişə zədələnmə olan tərəfdə lokalizasiya olunur.



Şəkil 23. Üçlü sinir nevrалgiyası

Periferik genez üstünlüyü ilə üçlü sinir nevrалgiyası

Etiologiya:

Pulpit, peridontit, xroniki periostit, osteomielit, haymorit, üz skeleti və yumşaq toxumada şiş və şişəbənzər törəmələr, ağız boşluğunda travma yaradan protezlər, kariyesli dişlər, diş ətə və

selikli qişanın residivləşən xəstəlikləri, udlaqda, burunda baş verən uzun müddətli xroniki iltihabi xəstəliklər nevrалgiyanın yaranmasına şərait yaradır.

Klinika

Nevralgiyanın bu formasında da ağrılar üçlü sinir şaxəsi **boyunca tutma şəklində yayılır.**

Mərkəzi və periferik nevrалgiyalarda paroksizmlər bir birindən elə də fərqlənmirlər.

Periferik genez üstünlüyü ilə üçlü sinir nevrалgiyasında vegetativ simptomatika elə də aydın şəkildə müşahidə olunmur. Trigger zonalarına da az hallarda rast gəlinir.

Periferik nevrалgiya zamanı zədələnmə ocağı ilə ağrının irradiasiya etdiyi yer arasında əlaqə vardır. Belə ki, məsələn tutma yuxarı çənənin alveolyar çıxıntısı nahiyəsində başlayıbsa ağrı əng qabarına irradiasiya edir və s.

Vegetativ aura da müşahidə olunmur.

Ağrı deşici, yandırıcı, əzabverici xarakter daşıyır, müəyyən (triqqer) nöqtələrə toxunma və ya çənənin hərəkətləri (çeynəmə, udma, danışma) ilə təhrik olunur.

Tez-tez rast gəlinən nevrалgiyanın idiopatik formaları ilə yanaşı bir çox simptomatik formalara rast gəlinir ki, bunların da səbəbi hissi sinirin yaxınlığında patoloji prosesin (şiş, iltihab) yerləşməsidir. Simptomatik hallarda ağrı sindromu nevroloji pozuntularla müşaiyət olunur.

Trigeminal nevrалgiyanın hər iki forması müxtəlif müddətli remissiya və tutmalar şəklində kəskinləşmələrlə gedən xroniki residivləşən şəkildə təzahür edir.

Baş Ağrılarının Beynəlxalq təsnifatına əsasən üçlü sinirin nevrалgiyasının 2 tipi ayırd edilir:

I tip etiologiyasının təyin olunması mümkün olmayan birincili (idiopatik, essensial) nevrалgiya və II tip-üzdə, ağız boşluğunda, burunda, qulaqda müxtəlif patoloji proseslər (infeksiya, şiş, travma və s.) nəticəsində üçlü sinirin periferik hissəsinin zədələnməsi ilə əlaqədar yaranan ikincili nevrалgiya.

Üçlü sinirin nevrалgiyasının səbəbləri və patogenezi haqqında müxtəlif nöqtəyi-nəzərlər və ayrı-ayrı nəzəriyyələr təklif olunub.

Bunlar içərisində xəstəliyin səbəbinin 80-90% hallarda üçlü sinirin kompressiyasının olması barədə fikirlər üstünlük təşkil edir.

Nevralgiyanın sinirin mielin qişasının yerli zədələnməsi sahəsində sinir impulslarının somatosensor liflərdən nosiseptiv liflərə efaptik ötürülməsi ilə əlaqəli olması ehtimal edilir. Sinirin mielin qişasının zədələnməsi isə sinirin mexaniki olaraq genişlənmiş, əyilmiş yuxarı və ön aşağı beyincik arteriyalarının, daşlıq venasının kompressiyası ilə əlaqədar ola biləcəyi də düşünülür. Bu versiya nevralgiya zamanı üçlü sinirin mikrovaskulyar dekompressiya əməliyyatı zamamı alınan müsbət nəticələrlə təsdiqlənə bilər. Üçlü sinir kötüyünün genişlənmiş və onurğa damarları tərəfə yerini dəyişmiş bazilyar arteriya ilə sıxılması da səbəb amillərindən ola bilər.

Üçlü sinir nevralgiyasının simptomatik - ikincili formaları sinirin keçdiyi nahiyədə yerləşən patoloji proseslərin ona mexaniki və bəzən biokimyəvi təsir göstərməsi nəticəsində əmələ gəlirlər.

Ağrı qıcığına reaksiya verən ilk neyron üçlü sinir düyünündə yerləşir. Üçlü sinirin “onurğa beyni yolu” nüvəsində yerləşən jelatinoz substansiyanın hüceyrələri onlara Qasser qanqlionundan daxil olan ağrı axınının tənzimində mühüm rol oynayırlar.

Alimlərin apardıqları uzunmüddətli tədqiqatlara əsasən idiopatik üçlü sinir nevralgiyası, əksər hallarda sağtərəfli, nisbətən az hallarda soltərəfli, nadir hallarda ikitərəfli olur.

Üçlü sinirin nevralgiyasının gedişatı hər xəstədə müxtəlif müddətlə xarakterizə olunan kəskinləşmə və remissiya (spontan və ya medikamentoz) dövrlərin əvəzedilməsi ilə özünü göstərir.

Təqribən xəstələrin üçdə birində sancma, qarışqa gəzməsi duyğusu ilə yanaşı dişlərdə, bəzən bütün çənəyə yayılan küt, sızıldayıcı ağrılar tutmadan öncə gəlir.

İdiopatik üçlü sinir nevralgiyası qabarıq ifadə olunmuş əlamətlərlə xarakterizə olunur. Ağrı kəskin, yandırıcı, atıcı xarakter daşıyır. Ağrı adətən, daimi lokalizasiyalı və birtərəfli olur.

Üçlü sinirin bir şaxəsinin innervasiya zonasından başlayaraq ağrı tez bir zamanda digər şaxələrə yayılır və beləliklə üzün yarısını tutur. Ağrı ildırımvari sürətlə əmələ gəlir, bir neçə saniyədən 2 dəqiqəyə qədər çox intensiv şəkildə davam edir. Tutmanın dəqiq başlanğıcı və sonluğu olur. Bəzi hallarda tutmalar gün ərzində bir

neçə dəqiqədən bir təkrarlanır. Bu nevralsiya üçün gecə tutmaları xarakterik deyil.

Üçlü sinirin nevralsiyası zamanı ayrı-ayrı tutmaların arasında işıqlı dövr olur. İşıqlı dövr, bəzən, o qədər qısa olur ki, xəstə rahatlıqdan məhrum qalır. Ağır hallarda isə çətinliklə başa gələn gecə yuxusu da xəstəyə rahatlıq gətirmir. Üçlü sinirin nevralsiyasının kəskinləşməsi zamanı tutma arası müddət qısa, remissiya dövrü isə uzun olur.

Ağrının şəkli üçlü sinirin segmentar innervasiyası sərhəddində müəyyən məsafədə yayılır və təkrar tutmalarda nəzərəcarpacaq dərəcədə dəyişmir.

Triqker sahələri (yüksək həssaslı alqogen nöqtələr) üz dərisində, ağız boşluğunda (damaqda, dildə, dişdə) olan kiçik sahələrdir ki, onların xəfif termik və ya mexaniki qıcıqlanması ağrı tutmasının yaranmasına gətirib çıxarır. Üst çənə sinirinin nevralsiyası zamanı o sahələr burun pərnələri, burun-dodaq büküşü, yuxarı dodağın üstü, yuxarı çənənin selikli qişası nahiyələrində yerləşir. Alt çənə sinirinin nevralsiyası zamanı isə həmin nöqtələr alt çənənin selikli qişasında, dildə lokalizasiya edir. Alqogen nöqtələr nə qədər çox olsa, tutma bir o qədər ağır olur. Alqogen sahələrin əmələ gəlməsi xəstəliyin kəskinləşməsini göstərir və əksinə, onların aradan qalxması remissiyanın göstəricisidir.

Triqker amilləri ağrı tutmaları yaradan hərəkətlər və şəraitlərdir. Üz qırıma, çeynəmə, yuyunma, diş fırçalama, danışıq, üz dərisinə yüngül toxunma, küləyin əsməsi və s. kimi amillər ağrı tutmalarına səbəb olmaqla triqker amilləri kimi qiymətləndirilir.

Ağrı tutması zamanı xəstələr qışqırmır, ağlamır, onlar bir vəziyyətdə, çox vaxt ağızı açıq, donmuş vəziyyətdə qalmaq məcburiyyətində olurlar. Əks təqdirdə ağrı tutmalarının yenidən başlaması təhlükəsi yaranır. Bəzən onlar nəfəsini saxlayır və ya, əksinə, tez-tez nəfəs alıb-verirlər, ağrı nahiyəsini əlləri ilə sıxır və ya silir, çeynəmə və dil ilə yalama hərəkətləri edirlər.

Kəskin və yarımkəskin dövrlərdə xəstələr triqker nöqtələrinə toxunmağa icazə vermirlər və həmin sahələri göstərməyi xahiş etdikdə ağrını təhrik etməmək üçün uzaqdan, üzə toxunmadan göstərilər. Həkim bu nöqtələrə toxunmaq istədikdə, xəstə qeyri-iradi olaraq aralanır və üzünü əlləri ilə bağlayır (“qaçıcı jest” simptomu).

Kəskinləşmə dövründə ağrı tutmaları nahamar səth üstündə yeridikdə, pilləkənlə qalxdıqda, barmaqlardan dabana kəskin sürətdə düşdükdə və digər kəskin hərəkətlər etdikdə, fiziki və hətta zehni gərginliklər zamanı əmələ gələ bilər.

Üzün hiperkinezləri kimi məcburi hərəkətlər mimiki və çeynəmə əzələlərinin reflektor yığılması şəklində ağrı tutmasının zirvəsində müşahidə edilə bilər. Ağrılı tik çənəaltı əzələlərin, göz əzələlərinin, bəzən isə üzün yarısının xaotik, sürətli, aritmik yığılması, dodaqları marçıldatma, göz qıyılması ilə özünü göstərir. Nisbətən nadir hallarda üçlü sinirin nevralkiyası tərəfdə gözüün dairəvi əzələlərinin spazmı- blefarospazm, üzün bir yarısının mimiki əzələlərinin spazmı -hemispazm, çeynəmə əzələlərinin spazmı-trizm, üz-çənə qıcolması müşahidə olunur. Lakin son vaxtlar (çox güman ki, üçlü sinirin nevralkiyası zamanı antiepileptik dərmanların tətbiqi ilə əlaqəli) bu simptomlara nadir hallarda rast gəlinir.

Üçlü sinirin nevralkiyası zamanı hissi pozulmalar qeyd edilmir və ağrının vegetativ pozuntularla müşaiyəti çox az hallarda ola bilər. (nevralkiyanın cərrahi müalicəsi aparılan xəstələr istisna olmaqla).

Birincili üçlü sinir nevralkiyası üçün karbamazepin tətbiqi zamanı ağrı tutmasının kəsilməsi və ya intensivliyinin azalması xarakterikdir.

Valle nöqtələrinin (üçlü sinir şaxələrinin üz skeletinin dəliklərindən çıxan nöqtələr – yuxarı orbital yarıq, aşağı orbital yarıq və çənəaltı dəlik) ağrılığının müayinəsi diaqnostik əhəmiyyət daşıyır, çünki müayinə zamanı yaranan ağrı tutması triqger nöqtələrinin qıcıqlanması ilə əlaqəli olur.

Üçlü sinirin nevralkiyasının idiopatik formasında nevroloji statusda dəyişiklik aşkarlanmır.

Xəstələrin əksəriyyətində nevroitik reaksiyalardan tutmuş asteno-nevroitik sindroma qədər müxtəlif nevroitik pozuntular müşahidə olunur. Daha çox depressiv sindrom, nadir hallarda isə həyəcan-fobik və ipoxondrik sindromlar inkişaf edir.

Kəskinləşmənin xəbərdaredici əlamətləri sifətə istilik gəlməsi, qaşınma, dişlərdə narahatlıq duyğusu kimi müxtəlif hisslər olur. Remissiya və yarımkəskin dövrlərdə belə duyğular olmur və onların əmələ gəlməsi nevralkiyanın residivinin bir əlaməti kimi meydana çıxır.

Kəskinləşmə dövründə xəstənin görüntüsü o dərəcədə xarakterik olur ki, üçlü sinirin nevrалgiyasından şübhələnmək üçün bəzən xəstənin üzünə bir baxış belə kifayət edir. Ağrı tutmalarının təkrarlanması zamanı üzdə qabarıq əzabçəkəmə qriması və qorxu əmələ gəlir. Bir qayda olaraq, xəstə suallara qısa, ağzını cuzi açaraq, cavab verir, çünki üz əzələlərinin azca hərəkəti ağrı tutmasına təkan verə bilər. Bəzi xəstələr isə ümumiyyətlə danışmır və yazı vasitəsi ilə ətrafdakılarla ünsiyyətə girirlər. Kəskinləşmə dövründə xəstələr üzünü yumur, dişlərini təmizləmir (ya da fırça ilə yox, barmaqla təmizləyirlər), ac qalmağı üstün tuturlar, kişilər üzlərini qırxmırlar.

Bir qayda olaraq, xəstəliyin əvvəlində pasientlər tutmaşəkilli ağrılarla stomatoloqa və ya otorinolarinqoloqa müraciyyət edirlər, çünki xəstələrin əksəriyyətində triqger nöqtələri burun-dodaq üçbucağında və ağız boşluğunda yerləşir. Üçlü sinirin nevrалgiyası zamanı bəzən stomatoloqlar və otorinolarinqoloqlar müəyyən hallarda yanlış olaraq sağlam dişləri çıxarırdılar, yaxud haymor boşluğunu deşirlər. Lakin bunu da vurğulamaq lazımdır ki, xəstələrin tələbi ilə dişlərin əsassız çıxarılması ağrı tutmalarının, bəzi hallarda, müvəqqəti kəsilməsi ilə nəticələnir. Bu fenomeni “ağrı qapısı” nəzəriyyəsi ilə izah etmək olar. Dişin kökünü əhatə edən toxunma reseptorlarının mexaniki qıcığı üçlü sinirin onurğa beyni yolu nüvəsində tormozlayıcı mediatorların ifrazına və nevrалgiyanın müvəqqəti olaraq kəsilməsinə gətirib çıxarır.

Üçlü sinir nevrалgiyası üçün proqredient gedişat, residivlərin tezliyinin və müddətinin artması xasdır. Kəskinləşmə dövründə tutmalar gün ərzində dəfələrlə təkrarlanır və ya nevrалqik status tipli qısa interval ilə bir birinin ardınca gəlir.

Son illər ərzində üçlü sinirin nevrалgiyasının müalicə metodları inkişaf etdiyinə görə onun klinik təzahürləri bir qədər dəyişilib. Ağrının intensivliyi yüksək həddə çatmır, kəskinləşmə dövrü uzunmüddətli (aylarla, bəzən illərlə sürən) remissiya ilə əvəz olunur.

Remissiya dövründə ağrı olmur, lakin qoruyucu davranışla müşayiət olunan fobik sindrom saxlanılır, çünki xəstələr nevrалgiyanın residivindən qorxurlar. Buna görə də onlar ağrıya əks tərəfdə olan dişlərin yarısı ilə çeynəyirlər, isti havada belə başlarını örtürlər.

Geniş ağrı tutmaları ilə müşayiət olunan dövr remissiya və kəskinləşmə ilə onillərlə davam edə bilər, lakin vaxt gəldikcə, qoca

yaşlarında tipik nevralgik tutmalar yüngül hipesteziya ilə gedən neyropatiyanın cəhətlərini əldə edir, kəskin ağrının intensivliyi azalır, küt daimi prozopalgıya əmələ gəlir.

Davamlı ağrı sindromu və başqa kəllə sinirlərinin (xüsusilə üz və koxleovestibulyar) zədələnmə simptomlarının əmələ gəlməsi zamanı həcmli prosesi inkar etmək üçün arxa kəllə çuxurunun MRT müayinəsi vacibdir.

Üçlü sinirin nevralgiyasına yaxın olan bəzi prozopalgik sindromların ən vaciblərindən biri üçlü sinirin simptomatik nevralgiyasının dağınıq skleroz, körpü nahiyəsində infarkt, üçlü sinirin keçdiyi nahiyələrdə həcmli proses və ya dış-çənə sisteminin xəstəlikləri zamanı inkişaf etməsidir.

Xəstənin cavan yaşı, ikitərəfli ağrı və ya üçlü sinirin I şaxəsinin innervasiya zonasında lokalizasiya edən ağrı, ağrının daimi xarakteri, nevroloji pozulmaların olması simptomatik nevralgiyanın lehinədir. Buna baxmayaraq, bəzi hallarda simptomatik və idiopatik nevralgıyanı bir birindən fərqləndirmək mümkün olur.

Dağınıq sklerozdan əziyyət çəkən xəstələrin bir qisminə müşahidə edilən simptomatik trigeminal nevralgiyanın klinik təzahürləri idiopatik trigeminal nevralgiyadan demək olar ki, fərqlənir. Buna baxmayaraq əsas səbəbin ətraflı dəqiqləşdirilməsi simptomatik üçlü sinir nevralgiyasının düzgün diaqnostikasına şərait yaradır.

Üz travması zamanı inkişaf edən ikincili trigeminal nevralgiya üçün vaxtaşırı tutmaşəkili kəskinləşmə ilə gedən, üçlü sinirin axırıncı şaxələrinin innervasiya zonasında lokalizasiya edən xroniki, pulsasiya edən, yandırıcı ağrıların olması xasdır. Ağrı sindromu mülayimliyi ilə fərqlənir, vaxt keçdikcə ona yüngül trofik pozulmalar da qoşulur.

İkincili üçlü sinir nevralgiyalarından postherpetik trigeminal nevralgiya kəskin ağrılarla yanaşı qabarıq nevropatiya əlamətləri ilə özünü biruzə verir. Üçlü sinirin 1-ci şaxəsinin innervasiya zonasında ağrıdan da üstün digər sensor pozulmalar meydana gəlir. Ağrının mülayim intensivliyinə baxmayaraq onun daimi xarakteri, əsasən də, onun qaşınma ilə birləşməsi xəstənin böyük narahatlığına səbəb olur.

Qlossofaringeal nevralgiya badamcığa, udlağa, xarici qulaq keçəcəyinə və ya boyuna irradiasiya edən dilin kökündə qəfil, əsasən

gecələr yaranan birtərəfli, amansız, təkrarlanan ağrılarla özünü biruzə verir. Triqner amil rolunu dilin kökü və udlağın mexaniki qıcıqlanması (udma, soyuq və ya turş qida qəbulu zamanı) oynaya bilər. Triqeminal nevralkiyadan fərqli olaraq dil-udlaq sinirinin nevralkiyasında tutmalar yuxu zamanı başlaya bilər.

Klaster başağrısı (periodik miqrenoz nevralkiyanın epizodik forması) və üçlü sinirin idiopatik nevralkiyası və ya bu formaların müəyyən vaxt kəsiyində biri-birini əvəzetməsi ilə gedən tipik simptomlarının birləşməsi ilə xarakterizə olunan “Klaster-tik” sindromunu triqeminal nevralkiyadan fərqləndirmək çox çətin olur.

“Klaster-tik” sindromunun hər iki tərkibi başın yalnız eyni tərəfində olur. Trigeminal nevralkiya üçün xarakterik olan ağrı tutmaları nevralkiyanın tipik formasından fərqli olaraq üçlü sinirin 1-ci şaxəsinin innervasiya nahiyəsində lokallaşır. Klaster başağrısının və triqeminal nevralkiyanın hücumları eyni vaxtda başlaya bilər və ya ağrı tikinin başverməsi klaster başağrıqlarını əksər hallarda qabaqlamış olur.

Üçlü sinir nevralkiyası diaqnozu özündə əks etdirməlidir:

- xəstəliyin mərhələsi (erkən dövr, üçlü sinir nevralkiyasının klinik şəklinin geniş açılmış mərhələsi, üçlü sinirin nevropatiya mərhələsi);

- fazası (kəskinləşmə, remissiya, o cümlədən, medikamentoz);

- proqnozu (sağalma, residiv);

- ağrının intensivliyi (zəif, mülayim, güclü);

- ağrının lokalizasiyası (üçlü sinirin ayrı-ayrı şaxələrinin innervasiya nahiyələri);

- tutmaların tezliyi (tək-tək tutmalar- gündə 3 dəfəyə qədər; tez-tez tutmalar; fasiləsiz tutmalar- nevralkik status); anamnezdə üçlü sinirin şaxələrində ya kökcüyündə cərrahi müdaxilənin olması;

Xəstəliyin I mərhələsində kəskinləşmə olmadıqda üzdə hissiyat pozulması olmur. II mərhələdə hiperesteziya müşahidə edilir. Üçlü sinir nevralkiyasının üçüncü mərhələsi isə daimi üz ağrılarının olması ilə xarakterizə olunur. Xəstəlik progressivləşdikcə ağrılar hər 3 şaxənin innervasiya nahiyəsində lokallaşır.

Müalicə:

Mərkəzi genez üstünlüyü ilə üçlü sinir nevrалgiyasının müalicəsi

İlk öncə ağrını aradan qaldırmaq üçün antiepileptik preparatlar-teqretol, etosuksimid, morfolep, trimetin, klonazepam və s. təyin olunur.

Nikotin turşusu ilə müalicə kursu aparılır

B qrup vitaminləri, antihistamin preparatlar, biogen stimulyatorlar, hipotenziv və spazmolitik preparatlar təyin olunur.

Fizioterapiya-elektroforez və ya analgetik və yaxud anestetiklərlə fonoforez, diadinamik cərəyan təyin edilir.

Nevrалgiyanın bu formasında cərrahi müalicə müsbət effekt vermir.

Periferik genez üstünlüyü ilə üçlü sinir nevrалgiyasının müalicəsi

Yerli anestetiklər vasitəsilə blokada, həm diaqnostik, həm də müalicəvi məqsədlə aparılır. Blokadanın aparıldığı nahiyə sinir şaxəsinin sümükdən çıxdığı yerdir.

Alkoholizasiya müvəqqəti effekt verən müalicə metodudur. Alkoholizasiyadan sonra sinirin degenerasiyası baş vermir, əksinə nevritin də qoşulduğu ağrı baş verir. Tez-tez bu metod ətraf düyünlərin qanqlionitinə səbəb olur.

Cərrahi üsul olaraq neyrotomiya, neyroektomiya, neyroekzerez aparılır.

Son zamanlarda ən çox gözyuvasıaltı kanalın, çənə kanalının dekortikasiyası və sinir-damar dəstəsinin rezeksiyası aparılır.

Medikamentoz müalicə:

Üçlü sinir nevrалgiyasının müalicəsində müalicənin əsasını antiepileptik preparatlar təşkil edir. Birinci növbədə yüksək effektivliklə (85-95%) epilepsiya əleyhinə preparat karbamazepin (ticarət adı Finlepsin, Teqretol, Mazepin, Karbapin) təyin edilir;

Üçlü sinirin nevrалgiyasının diaqnostikasında yüksək diaqnostik əhəmiyyət kəsb edən karbamazepin test preparatı sayılır. Əgər 0.6-0.8 q/gün karbamazepin təyinindən sonra analgetik effekt olmazsa, onda idiopatik üçlü sinir nevrалgiyası diaqnozuna şübhə ilə yanaşılır.

Preparatın dozası fərdi seçilir. Əgər xəstə əvvəllər bu preparatı qəbul etməyibsə, onda karbamazepini 0.2 dozadan başlayaraq gündə 1-2 dəfə verməklə tədricən dozanı 0.1 q və ya hətta 0.2 q artırmaqla onu 0.4 q gündə 2-3 dəfəyə qədər çatdırmaq olur. Ayrı-ayrı hallarda ürək bulanma, iştahanın itməsi, baş ağrısı, yuxululuq, ataksiya, akkomodasiyanın pozulması ola bilər. Gündəlik dozanın azaldılması yan təsirlərin zəifləməsi və ya kəsilməsinə səbəb olur. 4-6 həftəlik medikamentoz remissiya əldə edildikdən sonra, yüksək gündəlik doza (0.6-0.8-1.2 q) tədricən 0.1-0.2 q/gün saxlayıcı dozaya qədər endirilir.

Udma triqger amillərdən biri olduğuna görə xəstəliyin kəskinləşməsi dövründə 0.1 q dozada karbamazepinli şamdan istifadə edilir.

Əvvəllər karbamazepin almış xəstələrə ilk vaxtdan 0.4-0.6 q dozada karbamazepin təyin etmək olar. Müalicəni terapevtik effekt göstərən dozadan başlamaq məsləhət görülür.

Bazis maddələr qismində karbamazepinin uzun müddət təsir edən formalarının (məs. Finlepsin-retard və ya Teqretol CL) istifadəsinə üstünlük verilməlidir. Dişlərin təmizlənməsi və ya digər hərəkətlərlə ağrının təhrik edilmə ehtimalı olduğu hallarda standart karbamazepin preparatı yeməkdən əvvəl qəbul edilməlidir.

Xəstəlik uzun sürdükdə və tez-tez tutmalarla keçdikdə müalicədə antiepileptik maddələrin kombinasiyada işlədilməsi effektiv nəticə verə bilər. Bu məqsədlə karbamazepini digər antiepileptik vasitələrlə - qabapentin (0.4-0.6 q gündə 3 dəfə), klonazepam (0.002 qrama qədər gündə 4 dəfə), fenitoin (0.1 q gündə 2-3 dəfə), preqabalinlə (0.075-0.15 q gündə 2 dəfə) birləşdirmək lazımdır.

Əgər karbamazepinlə müalicə fonunda kəskinləşmə baş verərsə, o zaman onun üçlü sinir nevrалgiyasında effektiv olan digər antiepileptik dərmanla əvəz olunması məqsədə uyğun sayılır.

Xəstə əsas preparat kimi karbamazepini götürə bilmədikdə effektivliyi ona yaxın olan okskarbazepindən istifadə etmək olar. Əgər hər 2 preparatın effektivliyi kifayət qədər olmazsa, valproat natriumun (0.25-0.5 q gündə 3-4 dəfə) və ya lamotricin (0.05-0.4 q/gün) qəbul edilməsi mümkündür.

Bu xəstəlik zamanı analgetiklərin təyini effektiv sayılmır.

Nevrалgiyanın ağır formalarında natrium oksibutirat təyin edilir, hazır 10 ml-lik ampulalarda 20%-li sulu məhlulundan istifadə

edilir. Preparat 10-12 gün ərzində gündə1-2 dəfə damcı üsulu ilə venadaxilinə (1-2ml/dəq.) yeridilir.

İdiopatik üçlü sinir nevrалgiyasının kəskinləşmələrində trisiklik antidepressantlardan istifadə edilir. Daha effektiv amitriptilin və ya imipramindir (ticarət adı Melipramin), kəskinləşmə dövründə 0.025 q gündə 3 dəfə təyin edilir.

Antidepressantlar ağrı qavramanı yumşaldır, tutmadan əvvəlki qorxunu azaldır, depressiyanı götürür.

Orta dərəcə intensivlikli ağrı tutmalarında karbamazepin əvəzinə və ya onunla birgə baklofen (ticarət adı Liorezal), fenibut və ya tianizidin (ticarət adı Sirdalud) istifadə edilir. Preparatlar daxilə qəbul edilir: baklofen- 0.005 gündə 3 dəfə, tədricən gündəlik dozanı 0.06-0.075 q-a qaldırmaqla; fenibut – 0.25 q gündə 3 dəfə; tizanidin - 0.002–0.004 q gündə 3 dəfə. Müalicə 2-3 həftə ərzində davam etdirilir.

Diazepam (ticarət adı Relanium, Sibazon, Seduksen) digər xüsusiyyətləri ilə yanaşı qıcolma əleyhinə, miorelaksasiyaedici və antifobik təsirlərə də malikdir.

İdiopatik üçlü sinir nevrалgiyasının klinikasında fobik sindrom “tutmanın həyəcanlı gözlənilməsi” əsas yerlərdən birini tutur, ona görə də diazepamın istifadəsi tamamilə özünü doğruldur. Gündə 2 ml diazepam izotonik natrium xlorid məhlulunda venaya yavaş yeridilir. Müalicə kursu 10-12 gün davam etdirilir.

Nikotin turşusunun kurs müalicəsini antihistamin preparatlar və vitaminoterapiya ilə birgə tövsiyə etmək olar. 1%-li Nikotin turşusu dozanı 7-10 gün ərzində, qida qəbulundan sonra, yaxşı olarki, uzanmış vəziyyətdə, yavaş vurmaqla gündə 1 ml -dən başlayaraq tədricən 7-10 ml-ə qaldırmaq və onu tədricən azaltmaqla təyin edilir.

Konservativ müalicənin digər metodları

Fizioterapevtik müalicəni medikamentoz müalicə ilə kombine etmək məqsədə uyğundur.

Kəskinləşmə dövründə triqer nahiyələrində lidokain, anestezin kimi preparatlarla ultrafono- və ya ultrasəs forezi effektivdir. Bu halda stabil metoddan istifadə edilir, labil metodun istifadəsi zamanı isə elektrodun hərəkəti triqer nahiyəsinin qıcıqlanmasına və ağrının

artmasına səbəb olur. Kurs müalicəsi hər gün və ya günəşırı aparılan 10-12 prosedurdan ibarətdir.

Ağrı nahiyəsinə 2 biodozadan başlamaqla və sonrakı şüalanmada intensivliyi bir doza artırmaqla UBŞ (ultrabənövşəyi şüalanma) təyin edilir. Günəşırı və ya 2 gün dalbadal və 3-cü gün fasilə ilə 3-5 şüalanmadan ibarət kurs müalicəsi aparılır.

Diadinamik cərəyan ağrıkəsici təsir göstərir. Elektrodlar üçlü sinir şaxələrinin çıxdığı yerlərə və ya ağrı nötlərinə yerləşdirilir. 20-40 san. ərzində 2 fazalı fiksəolunmuş cərəyandan istifadə edilir, sonra 1-2 dəqiqəlik qısa dövrlərlə müxtəlif qütblü modullaşmış cərəyan verilir. Kurs müalicəsi hər bir tsikldə 8 prosedur və onların arasındakı interval 5-6 gün olmaqla 2-3 tsikldən ibarətdir.

Sinusoidal modullaşmış cərəyanlar dəyişən rejimdə aparılır, işin növü III, IV, tezlik 100 və 70 HS, modulyasiyanın dərinliyi 50-75%, habelə ağrı nə qədər kəskin olarsa, modulyasiyanın dərinliyi də az olur. Göndərişlərin və pauzanın da uzunluğu uyğun olaraq 2-3 saniyəyə bərabər olur. Hər iş növünün təsir müddəti 3-5 dəqiqə təşkil edir. Kurs müalicəsi hər gün aparılan 8-10 prosedurdan ibarət olur.

İmpuls təsiri zamanı ağrıkəsici təsir almaq üçün xəstəyə elə gücdə cərəyan vermək lazımdır ki, o elektrodlar altında maksimal ifadə olunmuş vibrasiya hissiyyatı yaratsın. Göstərilən impuls təsirlərindən ən “yumşaq” təsir göstərən modulyasiya olunmuş sinusoidal cərəyanlardır.

Lidokain istifadəsi ilə fonoforez və sinusoidal modulyasiya olunmuş cərəyanların birgə işlədilməsi analgetik effekti gücləndirir.

Stabil metodika ilə 1500 Hz yüksək tezlikli impuls infraqırmızı şüalanmadan istifadə etməklə triqger nöqtələrinə (hər birinə 2-4 dəq. olmaqla) maqnit-lazer terapiyası tətbiq olunur. Kurs müalicəsi günəşırı və ya hər gün aparılan 10-12 prosedurdan ibarət olur.

Transdermal elektrostimulyasiya. Çox güclü olmayan ağrı tutmaları dəriiçi elektpostimulyasiyanın köməyi ilə də götürülə bilər. Kiçik tezlikli impulsu cərəyanla üçlü sinir şaxələrinə təsir etdikdə qalın tez ötürücü liflərdə impulsasiya güclənir.

Nəticədə yavaş ötürücülü liflərdə impulsların ötürülməsi ləngiyir və təbii ki, ağrı azalır.

Elektrodlar üçlü sinirin innervasiya nahiyəsində ağrının lokalizasiyası nəzərə alınmaqla yerləşdirilir və 30 Hs-dən 120 Hs-ə qədər impulslarla elektrostimulyasiya aparılır. 30-50 mA gücdə cərəyanla 60-70 Hs optimal sayılır. Cərəyanın gücü xəstə özü xoşagələn (ağrısız) vibrasiya əmələ gələnədək hiss etməsindən asılı olaraq hamar şəkildə artırılır. Seansın davam etmə müddəti 15-30 dəq. təşkil edir. Terapevtik effekt 3-5 dəq.-dən sonra inkişaf edir və bir neçə dəq.-dən 10-12 saata qədər davam edir, bundan sonra seansı təkrarlamaq lazım gəlir. Müalicə kursu 20-30 prosedurdan ibarətdir.

İntensiv ağrılar, qıcolma əleyhinə preparatların effektivsizliyi, tez-tez kəskinləşmələr fizioterapevtik müalicə metodlarından elektroqıcolma terapiyası seanslarının təyinatına əsas verir. Elektroqıcolma terapiya metodikası öz tətbiqini tapmış psixiatriya praktikasından götürülmüşdür. Üçlü sinir nevrалgiyasında elektroqıcolma terapiyasının effektivliyi antinosiseptiv sistemin endorfin strukturlarının stimulyasiyasına əsaslanır. Elektroqıcolma terapiyası ümumi narkoz altında aparılır. Elektrodlar gicgah və təpə nahiyələrində bilateral olaraq və ya ağrının kontrolateral tərəfində yerləşdirilir. Elektrik cərəyanının stimələdicı impulslarının verilməsinin üz əzələlərinin qıcolmasını yaradan minimal gərginliyi və davam etmə müddətini hər bir halda fərdi olaraq seçmək lazımdır. Adətən 80 V gərginlikdən 0.5 s uzunluqlu qısa impulslardan başlanılır. Qıcolma reaksiyası olmadığı hallarda ya cərəyanın gərginliyini ya impulslarının davamiyyətini tədricən artırmaq lazımdır. Hər iki parametri eyni vaxtda artırmaq məsləhət görülmür. Ümumiyyətlə stimələdicı signalın gücü nə qədər az olarsa cərəyanın qıcıqlandırıcı effekti o qədər az olur. Ona görə də böyük uzunluqlu impulsdan əzələlərin qısa impulslara cavab vermə qabiliyyətini itirdiyi hallarda istifadə edilir. Qıcolma törətmək cəhdi 2-3 dəqiqədən bir, adətən 3 dəfəyədək təkrarlanır. Kurs müalicəsi gūnaşırı aparılan 7-10 seansdan ibarətdir.

Naviqasion ritmik transkraniyal maqnit stimulyasiyası.

Transkraniyal maqnit stimulyasiyası metodunun əsasında vaxta görə dəyişmə qabiliyyəti olan impulsu maqnit sahəsinin elektrik sahəsinə induksiya etməsi və bununla da beyin toxumasına təsir etməsi durur. Maqnit induksiyaalı elektrik sahəsinin intensivliyi mənbədən uzaqlaşdıqca səthi yerləşmiş elektrodlar olan sahələrin

intensivliyindən əhəmiyyətli dərəcədə yavaş azalır. Beləliklə, baş beynin dərin strukturlarının stimulyasiyasına onun səthində, başın dərisində və kəllə sümüklərində nisbi zəif elektrik cərəyanı ilə induksiya etməklə nail olmaq olar.

Maqnit sahəsinin xüsusi seçilmiş tezliyi və müəyyən intensivliyi başın dəri reseptorları vasitəsilə endorfin strukturların, serotoninergik və dofamineqik törəmələrin aktivləşməsi ilə şərtlənmiş terapevtik effekti təmin edir.

Ritmik olaraq verilən yönəldilmiş transkraniyal maqnit stimulyasiyasının analgetik effekti daha böyük klinik əhəmiyyət kəsb edir. Bu metodun 2 qütblü modifikasiyası ilə təsir nahiyəsində beyin strukturlarının aktivləşdirilməsinə şərait yaradan yüksək tezlikli, aşağı amplitudlu stimulyasiya baş beynin ipsilateral yarımkürəsi qabığına tormozlanma proseslərinin və kontrolateral nahiyədə oyanma proseslərinin tənzimlənməsinə imkan yaradır. Bunun nəticəsi olaraq transkraniyal maqnit stimulyasiyası seanslarını apararkən analgetik effektdə nail olmaq üçün 15 sm xarici diametrlı, 1.6 Tl maqnit sahəsi intensivlikli və 1 Hs stimulyasiya tezlikli dairəvi induktor solenoidlə aşağı tezlikli yüksəkamplitudlu stimulyasiyadan istifadə edilir. İnduktor solenoid ağırlığın kontropolateral tərəfində təpə nahiyəsinə qoyulur. Təsir müddəti 10 dəq., müalicə kursu 7-10 seans təşkil edir.

Transkraniyal elektrostimulyasiya başın dəri örtüyündən baş beyinə elektrik impulsları vasitəsilə təsir etməkdir. Eksperimental tədqiqatda göstərilmişdir ki, məhz 77 Hs tezlikli, 3-4 ms uzunluqlu, hündürlük üzrə orta impuls cərəyanı 2-5 dəfə ötən qalvanik tərkiblə birgə düzbucaq impulsları ilə transkraniyal elektrostimulyasiya rejimi ən böyük analgetik effektdə malik olur. Sonrakı tədqiqatda transkraniyal elektrostimulyasiyanın sedativ və antidepressiv təsiri nümayiş etdirilmişdir.

Transkraniyal elektrostimulyasiyanın təsiri altında antinosisseptiv sistemin aktivləşməsi hesabına qalxan ağrı impulslarının ötürülməsinin blokadası baş verir və onların baş beyin qabığına daxil olmasının qarşısı alınır.

Müalicədə akupunktura metodunun da istifadə edilməsinə baxmayaraq, onun effektivliyi sona qədər dəqiqləşdirilməmişdir. Xəstəliyin birinci illərində akupunktura monoterapiya qismində

müəyyən təsir göstərir, sonralar adətən karbamazepinlə birgə təyin edildiyinə görə, çox güman ki, psixoloji təsir göstərməsi qənaətinə gəlinir.

Üçlü sinir nevroloji zamanı ağrının daimiliyi və davamlılığı fikirləri nəticəsində depressiya və suicidal cəhdlərə meyilliyin yaranması stres amili kimi psixi problemlərin meydana gəlməsi psixoloji yardıma ehtiyac yaradır. Psixoloji yardıma emosional – iradi pozulmaların medikamentoz müalicəsi ilə eyni vaxtda başlanılmalıdır.

Ağrı sindromunun ifadəliliyindən asılı olaraq üçlü sinir nevroloji müalicə sxemləri təklif olunur. Bu sxemlərə hamısında karbamazepin (əgər o, effektiv olarsa onun effektiv analoqlarından biri) və müxtəlif kombinasiyalar şəklində antidepressant (əsasən amitriptilin), trankvilizator (diazepam və ya klonazepam), miorelaksant (baklofen və ya sirdalud), QSİƏP, tramadol, oksibutirat natrium, fizioterapiya və s.preparat və metodlar daxil olur.

Cərrahi müalicə metodları

Konservativ müalicədən alınan nəticələr qənaətbəxş olmadıqda cərrahi müalicə metodlarından istifadə edilir.

Üçlü sinir nevroloji əsasında cərrahi müdaxilələr onun hər üç hissi şaxələri üzərində aparılır. Üçlü sinirin periferik şaxələrinin kəlləxarici şöbələrində üz skeletinin dəlikləri nahiyəsində bu şaxələrin neyrotomiya və neyroekserez kimi müxtəlif manipulyasiyaları texniki cəhətdən sadə olmaqla ambulator şəraitdə də yerinə yetirilə bilər.

Hal-hazırda üçlü sinir şaxələrinin alkoholizasiyası yalnız müstəsna hallarda aparılır. Aparılmış tədqiqatlar göstərirki, belə blokadalar sinir liflərinin qabarıq degenerasiyasına və fibroza gətirib çıxarır.Nevrolojiya nevropatiya əlamətləri də qoşulur və bu da sonrakı müalicənin çətinləşməsi ilə nəticələnir.

Alt çənə siniri nevroloji zamanı ağır formalarında bəzən onun kəsilməsi bilavasitə alt çənə dəliyindən frezer dəliyi kimi istifadə etməklə icra olunur. Bir sıra hallarda belə müdaxilə, əsasən də nevroloji törədən faktorların əsasında periferik şaxələrin gedişi boyunca xroniki patoloji proseslərin olması durursa az və ya çox müddətə xəstələri ağrılardan azad edir.

Üçlü sinirin birinci neyronunun kəllədaxili törəmələrində operasiyalar konservativ müalicənin uğursuzluğu hallarında aparılır.

Üçlü sinirin hissi kökünün retroqasseral (düyün arxası) kəsiməsi əməliyyatı texniki cəhətdən mürəkkəb və travmatik operasiyadan sonra üzün yarısının davamlı anesteziyası və bir çox hallarda inkişafedən keratitlərin meydana gəlməsi kimi fəsadlarla nəticələnə bidiyinə görə müasir dövrdə, demək olar ki, aparılmır.

Üçlü sinir nevrалgiyasının cərrahi müalicəsinin ən geniş yayılmış metodlarına üçlü sinir kökünün mikrovaskulyar dekompressiyası və punksiyalı destruktiv operasiyaları (transdermal yüksək tezlikli selektiv rizotomiya, balon mikrokompressiyası, qliserinlə rizotomiya) aiddir.

Üçlü sinir kökünün mikrovaskulyar dekompressiyası operasiyasının gedişi zamanı ağrının səbəbi – kökün damarla kompressiyası sayılır. 70%-ə qədər hallarda proses ağrıdan tam azadolma ilə nəticələnir. Lakin ilkin müvəffəqiyyətdən sonra residivlər əmələ gələ bilər. Fəsadlara likvoreya, baş beynin infarkt və hematomaları, leptomeningit, müdaxilə tərəfdə eşitmənin azalması və ya itməsi, mimiki muskulaturanın parezi, hipesteziya və s. aid edilir.

Punksion destruktiv operasiyalar zamanı punksiya iynəsinin vəziyyətinin rentgenoloji nəzarəti onun üçlü sinir düyününə və ya onu əhatə edən trigeminal sisternaya dəqiq düşülməsini təmin edir. İynənin ucunun vəziyyəti üçlü sinirin bu və ya digər şaxəsinə daxil olan üçlü sinirin ayrı-ayrı hissələrinə və hissi kök lifləri dəstələrinə münasib olaraq punksiya iynəsinin mənfəzindən keçirilən elektrodun köməyi ilə elektrostimulyasiya yolu ilə dəqiqləşdirilir. Qeyd edilən strukturların destruksiyası üçün yüksək tezlikli selektiv rizotomiya zamanı punksiya iynəsindən keçirilən termoötürücülü elektrodan istifadə edilir. Sinirin destruksiyası üçün elektrodun ucunda temperatur 70-75 dərəcəyədək qaldırılır. Yüksək tezlikli rizotomiya zamanı dağılmaya ilk növbədə incə hissi liflər məruz qalır. Punksiyalı destruktiv operasiyaların effektivliyinə ağrıların residivinin yalnız 8-10% hallarda baş verməsi dəlalət edir.

Birinci neyronunda operasiya effektiv olmadıqda və üzün ağrılı anesteziyası zamanı artıq ikinci neyrondakı strukturlara müdaxilə edilir. Bulbar traktotomiya əməliyyatı və üçlü sinirin onurğa beyni

yolu nüvəsində operasiyalar aparılır. İkinci operasiya – mezensefal traktotomiya - mediail ilgəyin tərkibində üçlü sinirin qalxan yollarının kəsilməsindən ibarətdir. Bu müdaxilələr mühüm funksional strukturların yaxınlığında yerləşən beyin şöbələrində aparıldığına görə klinik praktikada geniş vüsət ala bilmir.

Nevralgiyalar zamanı üçlü sinirin hissi şöbəsinin üçüncü neyronunda stereotaksik operasiyalar talamusun arxa ventral nüvələrində və qeyri-spesifik nüvə törəmələrində müdaxilələrdən ibarətdir.

Neyrocərrahiyyənin axırncı onilliklərdə ən yüksək nailiyyətlərindən biri destruktiv əməliyyatlardan neyromodulyasiya metodlarına keçilməsi olub. Üçlü sinir nevralgiyasının müalicəsi zamanı implantasiya olunmuş elektrodların köməylə baş beynin dərin strukturlarının - talamus nüvələrinin və kontralateral yarımkürə qabığının elektrik stimulyasiyasından istifadə edilir.

Üçlü sinir nevralgiyasının aylarla aparılmış konservativ müalicəsinin effektivsizliyi müşahidə edildiyi hallarda elektrostimulyasiya metodlarına keçilməsi həyata keçirilə bilər.

Cərrahi müalicənin bu və ya digər növləri üçün xəstələrin seçim meyarları əsasən nevralgiyanın gediş xüsusiyyətindən, konservativ müalicənin nəticələrinin qiymətləndirilməsindən, xəstənin yaşından və yanaşı somatik xəstəliklərdən asılı olur.

1.2.1.1.Üçlü sinirin postherpetik nevralgiyası

Kəmərləyici dəmrov keçirmiş xəstələrin 20%-ə qədərində, əsasən 50-70 yaşlı şəxslər arasında, üstün olaraq, qadınlarda üçlü sinirin postherpetik nevralgiyası rast gəlinir. Nevralgiya ağrıları adətən üçlü sinirin 1-ci şaxəsinin, bəzən 2-ci şaxəsinin innervasiya zonasında baş verir, yandırıcı xarakter daşıyır, üzün uyğun tərəfində qaşınma və ödemlə müşayiət olunur. Bəzi hllarda ağız boşluğunda güclü yanğı hissi və paresteziyalar meydana gələ bilər. Kəskin dövrdə ağrı nahiyəsində sonralar yüngül piqmentləşmiş ləkələr və ya ağımsov çapıqlara çevrilən kiçik herpetik qovucquqlar əmələ gəlir. Üçlü sinirin postherpetik nevralgiyasının orta davam etmə müddəti 6-8 həftədir, lakin o 4-5 ilə qədər və daha çox davam edə bilər. Hissiyatın pozulması proqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Məsələn,

üzdə hiperpatiya baş verdikdə ağrı sindromunun bir neçə il uzana bilməsi barədə mülahizə yürütmək olur.

Üçlü sinirin postherpetik nevrалgiyasının davametmə müddətinə görə müəyyən dövrləri ayırd edilir:

- kəskin kəmərləyici dəmrov səbəbli üçlü sinir nevrалgiyasında səpgilərin keçməsi üçün lazım olan dövr 1 ay sayılır.



Şəkil 24. Kəmərləyici dəmrov

- yarımkəskin herpetik nevrалgiya –prodromun başlanğıcından olan dövr 30 gündən artıq olmaqla 120 gündən artıq çəkmir.

- posherpetik nevrалgiya- prodromun başlanğıcından 4 aydan artıq davam edən dövrü əhatə edən xəstəlikdir.

Xəstəliyin kəskin dövründə daxilə antivirus preparatlar təyin edilir: valasiklovir, 1 q gündə 4 dəfə, və ya asiklovir, 0.8 q gündə 5 dəfə, farmsiklovir, 0.5 q gündə 3 dəfə. Müalicə kursu 7 gün davam edir.

Ağrı sindromu zamanı antiepileptik preparatlardan geniş istifadə edilir: karbamazepin daxilə, 0.2-0.6 q/gün, qabapentin, daxilə (1.2-3.6 q/gün) və preqabalin daxilə (0.15- 0.6q/ gün).

Eyni vaxtda trisiklik və ya tetrasiklik antidepressantlar təyin edilir: amitriptilin daxilə (0.01 q səhər və günorta, 0.025 q gecə) və ya mianserin (ticarət adı lerivon) daxilə (7.5 mq səhər və 15 mq

gecə). Müalicə kursu 2-3 ay təşkil edir. Qabarıq depressiya ilə müşayiət olunan ağır dərəcəli ağrı sindromunda amitriptilin parenteral təyin edilir - 1.0 ml gündə 2 dəfə əzələ daxilinə.

Lidokainin transdermal formaları 5%-li krem və ya plastr formasında yerli olaraq istifadə edilir.

Qabarıq və uzun müddət davam edən ağrı sindromu zamanı opioid analgetiklər (tramadol, okcikodon), antikonvulsantlar (lamotricin), antidepressantlar- serotoninin əks zəbtolunma inhibitorları (fluvoksamin, paroksetin, fluoksetin) və noradrenalinin selektiv əks zəbtolunma inhibitorları (venlafaksin, duloksetin), yerli-kapsaisin, QSİƏP müxtəlif kombinasiyalarda istifadə edilir.

Üçlü sinirin postherpetik nevrалgiyasının kombinə olunmuş terapiyasında QSİƏP -lərdən, məsələn ibuprofen – Hipofen ekspres preparatları, Hipofen-forde (0.4 q) yeməkdən sonra gündə 2 dəfə, 1 həftədən çox olmamaq şərtinə, geniş istifadə olunur

İntensiv və daimi ağrılar zamanı əsasən tramadol, 0.05-0.1 q/gün, lamotricin (ticarət adı Lamiktal), 0.1-0.2 q/gün, fluvoksamin (ticarət adı Fevarin), 0.05- 0.1 q/gün dozada təyinatı daha effektiv olur.

Lokal vibromasaj və sıxıcı sarğıların istifadəsi müfəqqəti effekt göstərir. Digər müalicə metodları içərisində kapsin, kapsaisin kimi yerli anesteziyaedici və ya qıcıqlandırıcı maddələr tərkibli məlhəmlərin çəkilməsini yada salmaq lazımdır. Effektiv metodlardan biri –kapsiasinli plastrdan istifadə edilməsidir.

Ağrı nahiyəsinə Nurofen gəllə ultrafonoforez təyin edilir (təsir intensivliyi 0.2 Vt/sm³, impulsun uzunluğu 2 ms, təsir müddəti 5-10 dəq. olmaqla impuls rejimi). Müalicə kursu hər gün və ya günəşırı aparılan 8-10 prosedurdan ibarətdir.

1.6 Tl intensivlikli maqnit sahəsi və impulsarı 1 Hs tezlikli transkraniyal maqnit stimulyasiyası effektiv metod ola bilər. Prosedur hər gün aparılır. Müalicə kursu 10-15 prosedurdan ibarətdir.

Bundan əlavə ağrı nahiyəsinə qısaimpulsu elektroanalgeziya (dəri içi elektroneyrostimulyasiya) da istifadə edilir. İmpulsların tezliyi 30 Hs- dən 120 Hs-ə qədər olur, cərəyanın gücü 30-50 mA, optimal tezlik 60-70 Hs təşkil edir. Müalicə kursu gündəlik aparılan 10-12 prosedurdan ibarət olur.

Çapıq dəyişiklikləri nahiyəsinə həmsinin lazerterapiya təyin edilir (dalğaların uzunluğu 0.63 mkm, enerji selinin sıxlığı 0.2 Vt/sm², təsir müddəti 10-15 s. Müalicə kursu günaşırı aparılan 10-12 prosedurdan ibarət olur.

Ağrı nöqtələrinə yüksək tezlikli infraqırmızı şüalanmadan istifadə etməklə maqnit-lazer terapiyası məsləhət görülür (hər nöqtəyə 1 dəq.olmaqla cəmi 4-5 nöqtə), 5-10 seans aparılır.

1.2.1.2. Üçlü sinirin baş şaxələrinin ayri-ayri sinirlərinin nevralgiyası

1.2.1.2.1. Burun-kiprik sinirinin nevralgiyası (Çarlin sindromu, kiprik düyünü sindromu)

Sindrom Çili oftalmoloqu S.Çarlin tərəfindən 1936-cı ildə göz və burin tını nahiyəsində ağrı və vegetativ pozulma tutmaları ilə xarakterizə olunan burun-kiprik siniri və kiprik düyününün birgə zədələnməsi kimi təsvir edilib.

Burun-kiprik siniri, göz sinirinin şaxəsi, görmə siniri və göz arteriyası ilə birgə göz yuvasına daxil olur, gözün yuxarı düz və çəp əzəzləri arasında yerləşir; konyuktivanı, buynuz qişanı, burnun selikli qişasını, alın cibini, xəlbir labirintin xəlbir yuvacıqlarını və burun dərisini innervasiya edir.

XBT-yə əsasən burun-kiprik sinirinin nevralgiyası dəstə (klaster) baş ağrılarının tərkibində təsnif olunur.

Burun-kiprik sinirinin nevralgiyası nisbətən cavan yaşlarda, adətən burunun əlavə boşluqlarındakı iltihabi proseslər fonunda meydana gəlir. O gözdə, qaşüstü nahiyədə və burunun bir yarısında əzabverici ağrı tutmaları ilə özünü biruzə verir. Ağrılar gecələr başverir və qabarıq vegetativ simptomlarla-güclü gözyaşı ifrazı, dəyişilmiş tərəfdə burunun selikli qişasının şişməsi, hiperemiyası, duru burun sekretinin ifrazı ilə müşayiət olunur. Palpasiya zamanı gözün daxili bucağının ağrılı olması, həmçinin keratokonyuktivit əlamətlərinin olması mümkündür. Tutmaların davam etmə müddəti 24 saata qədər təşkil edə bilər; tutmalar zamanı bəbəklərin neyrotonik reaksiyası başverir. Burun boşluğunun ön şöbəsinin 1-2%-li dikain

və ya lidokain məhlulu ilə yağlanması ağrıları azaldır. Ağrı sindromu ikitərəfli də ola bilər, bu zaman ağrılar adətən əvvəlcə bir tərəfdə başlayır, nadir hallarda iki tərəfdən də eyni vaxtda başlaya bilər; xəstəliyin gedişi uzunmüddətli olub, bir neçə ilə qədər davam edən remissiyalarla təzahür edir.

Çarlinin 1936-cı ildə təsvir etdiyi burun-kiprik sinirinin nevralgiyasının tam klinik şəkli nadir hallarda rast gəlir, çox hallarda onun yalnız ayrı-ayrı şaxələrinin- uzun kiprik və blokaltı sinirlərinin nevralgiyası şəklində müşahidə edilir

Uzun kiprik sinirlərinin nevralgiyasında tutmalar zamanı göz yaşı kisəsinə 1-2damcı 0.25%-li dikain damcıladılır. Bu halda ağrı sindromu 2-3 dəqiqəyə ləğv edilir. Anesteziyaedici effekti artırmaq üçün 0.1%-li adrenalin hidroxlorid məhlulu əlavə edilir (10 ml dikain məhluluna 3-5 damcı). Damızdırma 5-7 gün ərzində, gündə 1 dəfə aparılır.

Göz nahiyəsindən burunun yarısına qədər ağrı tutmaları, burundan maye sekret ifrazı ilə özünü büruzə verir. Tutmalar, adətən gecələr baş verir. Xəstələr üzü aşağı olmaqla oturmağa üstünlük verirlər. Ağrı zonaları-göz yuvasının daxili bucağı və burunun yarısı-palpasiya zamanı kəskin ağrılı olur. Çox vaxt sindrom frontit, etmoidit, sfenoidit, bəzən herpetik infeksiya fonunda meydana çıxır, keratit və irit ilə müşahidə oluna bilər. Burun boşluğunun ön şöbəsini adrenalinlə birlikdə 5%-li novokain məhlulu ilə yağladıqda ağrının kəsilməsi diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

Blokaltı sinirin nevralgiyasında 10%-li lidokain məhlulunun aerosol şəklində işlədilməsi daha effeklidir, hansıki, gün ərzində bineçə dəfə burunun selikli qişasının müvafiq nahiyəsinə püskürdülür.

Daxilə qeyri narkotik analgetiklər, antihistamin preparatlar, spazmolitiklər, B qrup vitaminlər, qlükokortikoidlər təyin edilir.

Əgər burunkiprik sinirinin patologiyası infeksiya ilə əlaqəlidirsə antibiotiklərin istifadəsi göstərilir.

Medikamentoz müalicəyə əlavə olaraq müsbət nəticə verə bilən fizioterapevtik müalicə metodlarından burunkiprik sinirinin dəriiçi elektrostimulyasiyası da tətbiq edilir.

1.2.1.2.2. Qulaq-gicgah sinirinin nevrалgiyası (Frey sindromu)

İlk dəfə 1923-cü ildə L.Frey tərəfindən aurikulotemporal sinir sindromu adı altında təsvir edilmiş bu xəstəlik nadir rast gəlen xəstəliklərdəndir. Qulaq-gicgah siniri altçənə sinirinin şaxəsi olmaqla qulaq seyvanını, xarici qulaq keçəcəyini, təbil pərdəsini, qulaqətrafi nahiyəni innervasiya edir.

Nevralqiyanın yaranma səbəbi qulaqətrafi ağızsuyu vəzində iltihabi proseslər, şişlər, onun travmatik zədələnmələri, gicgah-altçənə oynaqının patologiyası ola bilər.

Qulaq-gicgah sinirinin nevrалgiyası adətən qulaqətrafi vəzinin xəstəliyindən bir neçə günlər və ya aylar keçdikdən sonra, bəzən isə spontan olaraq inkişaf edir.

Belə hesab edilir ki, ilk patoloji dəyişikliklərdən sonra sinirdə aberrant regenerasiya başverir və qulaqətrafi vəzi üçün parasimpatik liflər hissi dəri şaxələrinə və tər vəzilərinin içərisinə işləyir.

Xəstəlik qulaqətrafi-gicgah nahiyəsində dərinin hiperemiyası və qulaq-gicgah sinirinin innervasiya zonasında tərifrazının güclənməsi tutmaları ilə meydana çıxır, gicgah nahiyəsində, xarici qulaq keçəcəyinin ön divarında, qulağın daxilində və əsasən gicgah-altçənə oynaqı nahiyəsində yandırıcı, göynədici, bəzən də pulsasiyaedici xarakterli ağrılar əmələ gələ bilər. Tutmalar çoxlu ağız suyu ifrazı ilə müşayiət olunan qida qəbulu, siqaretçəkmə, bəzən sinir-psixi gərginliklə təhrik olunur. Bəzi xəstələrdə hətta dadlı qida barədə düşünərkən belə çoxlu ağızsuyu ifrazı ilə tutma başverə bilər. Bir çox hallarda ağrı alt çənəyə vurur. Çeynəmə zamanı ağrı artdığına görə çox vaxt səhv olaraq üçlü sinir nevrалgiyası və ya gicgah –çənə oynaqının ağrı disfunksiyası diaqnozu qoyulur.

Qulaq-gicgah sinirinin nevrалgiyasının kompleks müalicəsi özündə analgetikləri, trankvilizatorları, B qrupu vitaminlərini, tipik və atipik antidepressantları birləşdirir. Fizioterapevtik müalicə metodları geniş tətbiq edilir (ultrasəs, qulaqətrafi vəzi nahiyəsinə parafin və palçıq aplikasiyası və s.). Tutmanı kəsmək üçün sinirin yerləşdiyi yerə uyğun ağrı nöqtəsinə - qulaq önündə gicgah-altçənə oynaqı nahiyəsinə novokain blokadası edilir (2-3 ml 0.25%-li novokain dəriiçi vurulur).

Konservativ müalicə effektiv olmadığı hallarda qulaq- gicgah siniri və böyük qulaq sinirinin rezeksiyası kimi cərrahi müdaxilə aparılması zərurəti yaranır.

1.2.1.2.3. Dil sinirinin nevrалgiyası

Dilin ön üçdə iki hissəsini innervasiya edən dil siniri alt çənə sinirinin hissi şaxəsidir.

Dil sinirinin nevrалgiyası bütün yaşlarda müşahidə edilə bilər. Onun səbəblərinə infeksiya, intoksikasiya, travma (dilin protez, dişin iti kənarı və s.-lə uzun müddət qıcıqlanması), şişlər, damar pozulmaları (beyin sütununda xroniki qandövrəni çatışmazlığı) aiddir. Spontan yaranan, eləcə də qida qəbulu (xüsusilə kobud, kəskin), həmçinin dilin hər hansı bir hərəkəti ilə təhrik olunan birtərəfli dilin ön üçdə iki nahiyəsində yandırıcı ağrı tutmalarının olması xəstəlik üçün xarakterikdir. Ağrı tutmalarının davam etmə müddəti və tezliyi müxtəlifdir. Ağrı nahiyəsində hiperesteziya mümkündür.

Tutma zamanı dil 2%-li novokainlə isladılır. Sonralar əsas xəstəliyin müalicəsi, ağız boşluğunun sanasiyası, vitaminoterapiya aparılır. Bir qisim xəstələrdə antiepileptik preparatlar (karbamazepin, preqabalin, qabapentin), fizioterapevtik müalicə - novokain elektroforezi, dil sinirinin transdermal elektrostimulyasiyası, naviqasiyalı transkraniyal maqnit stimulyasiyası effektiv olur.

1.2.1.3. Üçlü sinirin nevropatiyaları

Üçlü sinirin nevropatiyalarının səbəbləri travmalar, infeksiyalar, intoksikasiyalar, üzde, burun və ağız boşluqlarındakı yerli iltihabi proseslər, üçlü sinirin baş və ya kiçik şaxələri keçən kəllə və ya üz skeleti dəliklərinin daralması, həmçinin kəllədaxili şişlər ola bilər. Üçlü sinir nevropatiyalarının etiologiyasından asılı olmayaraq xəstəlik sinirin hissi şaxələrinin innervasiya nahiyəsində ağrılarla, paresteziyalarla, sonra digər hissiyyat pozulmaları ilə, alt çənə sinirinin nevropatiyası hallarında isə çeynəmə əzələlərinin spazm, parez və ya iflic əlamətləri ilə təzahür edir.

Üçlü sinirin periferik şaxələrinin travmaları gicgah sümüyü piramidasının zirvəsindən və sinirin şaxələri çıxan kəllə boşluğu dəliklərindən keçən kəllə əsası sümüklərinin sınıqları zamanı baş verir. Bu halda o birilərindən daha çox üçüncü şaxə zədələnir.

Əsas klinik əlamətlər üçlü sinirin hissi və hərəkəti paylarının funksiyalarının düşməsi simptomlarından ibarət olur. Zədələnmə səviyyəsindən asılı olaraq ağrı və taktil hissiyyətin pozulmaları üçlü sinirin bütün innervasiya nahiyələrinə (üçlü sinir düyünü və hissi kökün zədələnməsi zamanı) və ya ayrı-ayrı şaxələrin innervasiya nahiyəsinə (periferik şaxələrin zədələnməsi zamanı) yayıla bilər. Hissi kökün və üçüncü şaxənin birgə zədələnməsi hallarında hissi pozulmalar çeynəmə əzələlərinin funksiya çatışmazlığı ilə birləşir. Bir çox hallarda hissiyyət pozulmaları ilə yanaşı üçlü sinirin ayrı-ayrı şaxələrinin innervasiya zonalarını və ya uzun bütöv yarısını əhatə edən müxtəlif intensivlikli ağrılar inkişaf edir. Triqeminal ağrıların meydana gəlməsində üçlü sinirin hissi törəmələrinin prosesə cəlb olunması ilə yanaşı posttravmatik bazal leptomeningitin inkişafı da rol oynaya bilər.

Üçlü sinir şaxələrinin travma nəticəsində zədələnərək qıcıqlanması hallarında isə innervasiya zonalarında hiperpatik tipli ağrıların meydana gəlməsi və çeynəmə əzələlərində yığılmaların – trizmin əmələ gəlməsi də mümkündür.

Digər etiologiyalı nevropatiyalarda klinik şəkil eyni cizgili olur və qıcıqlanma, sonra isə uyğun sinirin innervasiya nahiyəsində hissiyyətin düşməsi simptomlarından təşkil olunur.

1.2.1.3.1. Üçlü sinirin göz şaxəsinin nevropatiyası

Alın nahiyəsində, burunun yuxarı hissəsində, göz-yuvası nahiyəsində daimi xarakterli ağrılarla üzə çıxır. Alın, yuxarı gözqapağı, göz yarığının daxili bucağı nahiyəsində səthi və dərin hissiyyətin azalması və ya tam itməsi, konyuktiva və gözün buynuz qişasının hipesteziyası və ya anesteziyası əmələ gəlir. Korneal və qaşüstü reflekslər zəifləyir və ya itir, zədələnmiş tərəfdə çox vaxt keratit əmələ gəlir.

1.2.1.3.2. Üçlü sinirin əng şaxəsinin nevropatiyası

Üz nahiyəsində, alt göz qapağı, burunun xarici səthi və pərənləri, göz yuvasının yuxarı yarığının xarici səthi, üst dodaq, damaq, üst çənədə, dişlər və dişətində ağrılarla və sonralar hissiyyatın pozulması ilə xarakterizə olunur.

1.2.1.3.3. Üçlü sinirin çənə şaxəsinin nevropatiyası

Qulaqətrafı, gicgah nahiyələrində, yanağın aşağı hissəsində, alt dodaqda, çənəaltı nahiyədə, həmçinin yanağın selikli qişası, ağız boşluğunun dibi nahiyəsində, dilin ön üçdə iki hissəsində, alt çənə dişətində ağrılar, paresteziya və hissiyyatın azalması şəklində pozulmaları ilə xarakterizə olunur.

Üçlü sinirin baş şaxələrindən əlavə onun kiçik şaxələrinin də nevropatiyaları müşahidə edilir.

1.2.1.3.4. Aşağı alveol sinirin nevropatiyası

Onun səbəbləri infeksiyon xəstəliklər diffuz osteomyelit və alt çənənin travmaları, bəzi stomatoloji müdaxilələr (məs. alt çənənin premolyar və molyarlarının müalicəsi zamanı dişin zirvəsinə böyük miqdarda plomblaşdırıcı materialın yeridilməsi, 3-cü aşağı molyarın çıxarılması və s.) ola bilər. Əsas simptomları alt çənə dişlərində, çənəaltı və alt dodaq nahiyəsində ağrı və keyimədir. Alt çənə dişətində, patologiya tərəfdə alt dodaq və çənəaltı nahiyənin dərisində bütün hissiyyat növlərinin azalması və ya itməsi, bəzi dişlərin perkusiyada bir qədər ağırlı olması müəyyən edilir. Kəskin mərhələdə çeynəmə əzələlərinin parezi və ya müxtəlif dərəcəli trizm müşahidə edilə bilər. Dişlərin pulpasının elektrik oyanıcılığı azalır və ya tam itir. Bəzi hallarda polyar formula pozulur: anodqapayıcı qıcıq cərəyanının az gücündə qapı hissiyyatı verir, nəinki katodqapayıcı. Belə nevropatiya uzun inadlı gedişi ilə xarakterizə olunur.

Aşağı dişyuvası sinirinin uc şaxəsinin – çənəaltı sinirin nevropatiyası az rast gəlinir. O çənəaltı və alt dodaq nahiyəsində ağrılar, paresteziyalar və hissiyyatın zəifləməsi ilə müşahidə edilir.

Yanaq sinirinin nevropatiyası, adətən, alt alveolyar sinirin nevropatiyası ilə birgə rast gəlik. Nadir hallarda yanaq sinirinin izolə olunmuş zədələnməsi müşahidə edilir. Paresteziyalar və ağrılar olmur, yalnız yanağın selikli qişasında və ağız bucağının dərisində hissiyyatın azalması müəyyən edilir.

Üst alveol sinirlərinin nevropatiyası üst çənə dişlərində ağrı və keyləşmə ilə özünü göstərir. Müayinə zamanı üst çənə selikli qişasının, həmçinin yanağın ona söykənən sahəsinin anesteziyası və ya hipesteziyası müəyyən edilir. Pulpanın elektrik oyanıcılığı üst çənənin uyğun dişlərində azalır və ya tam itir. Nevropatiyanın səbəbləri xroniki pulpitlər və perodontitlər, dişlərin mürəkkəb çıxarılmasında sinirlərin dəyişikliyi, həmçinin haymor boşluğunda iltihabi proseslər, haymorit zamanı operativ müdaxilələr, spirt, novokain blokadaları ola bilər. Operativ müdaxilə zamanı əsasən köpək dişlərini innervasiya edən alveol şaxələri, 2-ci premolyar, az dərəcədə 1-ci premolyar zədələnir. Üuxarı dişyuvası sinirlərinin nevropatiyası üçün uzun davamlı gediş xarakterikdir. Hissiyat pozulmaları bir neçə ay ərzində saxlanıla bilər, bəzi hallarda hissiyyat pozulması heç də bərpa olunmur.

Ön damaq sinirinin nevropatiyası damağın bir yarısında yangı və quruluq hissi, həmin nahiyədə hissiyyatın azalması və ya itməsi ilə meydana çıxır. Nevropatiyanın səbəbləri dişin mürəkkəb çıxarılmasında sinirin zədələnməsi və ya böyük ənsə dəliyi nahiyəsində infiltrasion anesteziya, həmçinin nevralkik simptomlar zamanı spirt, novokain blokadası ola bilər.

Üçlü sinir nevropatiyalarının müalicəsi

Müalicə birinci növbədə sinirin dəyişikliklərini törədən ümumi və yerli səbəblərin aradan qaldırılmasına yönəlir.

Travmatik mənşəli nevropatiyaların müalicəsi adətən konservativdir. Ağrılı formalarda medikamentoz müalicə və ya üçlü sinir nevralkiyasındakı kimi operativ müdaxilə aparılır.

Üzdə və ağız boşluğundakı iltihabi proseslə əlaqəli nevropatiyalar olduqda iltihab əleyhinə preparatlardan istifadə olunur.

Bəzi hallarda üçlü sinirin nevropatiyalarında QSİƏP effektivdir. Klinik praktikada hal-hazırda 2 sinif QSİƏP istifadə edilir: siklooksigenaza-2-nin selektiv ingibitorları və qeyri selektiv QSİƏP

Qeyri selektiv QSİƏP qruplarına aiddir:

- diklofenak (ticarət adı Diklovin, Voltaren), orta gündəlik doza – 0.1 q (2-4 qəbula yeməkdən sonra), güclü ağrılarda ə/d inyeksiya;
- ketoprofen (ticarət adı Ketonal); orta sutkalıq doza 0.1-0.45 q, güclü ağrılarda 2 ml (0.1 q) ə/d gündə 1-3 dəfə;
- lornoksikam (ticarət adı Ksefokam); 0.008 mq gündə 1 dəfə qəbul edilir.

Siklooksigenaza-2-nin selektiv ingibitorlarına aiddir:

- nimesulid (ticarət adı Nayz, Spesilid), orta sutqalıq doza 0.2 q (2 qəbula yeməkdən sonra);
- meloksikam (ticarət adı Movalis), 0.0075-0.015 q gündə 1 dəfə.

Anamnezində mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri (əsasən yara xəstəliyi) olan xəstələrə mədə-bağırsaq tpaktında eroziv yara dəyişiklikləri və mədə bağırsaq qanaxmaları yaranması təhlükəsindən QSİƏP –ları yara əleyhinə preparatlarla birgə istifadə etmək lazımdır: omeprazol (ticarət adı Omez), 0.02 dozada gündə 1-2 dəfə, yeməkdən əvvəl və ya lansoprazol, 0.03 gündə 1 dəfə, və ya pantoprazol, 0.04 dozada, gündə 1 dəfə.

Flüpirtin (ticarət adı Katadolon) – yeni sinif analgetik, ağrıkəsici effekti opioid analgetiklərlə müqayisə olunan neyronal kalsium kanallarının selektiv aktivatorudur. QSİƏP-dan fərqli olaraq, flüpirtin peptik yaralar törətmir, arterial təzyiqə və qanın laxtalanma sisteminə təsir etmir. Orta doza 100 mq (1 kapsul) gündə 3-4 dəfə, həmçinin uzunmüddətli təsir edən Katadolon forte preparatı da buraxılır (preparatın dozası 400 mq gündə 1 dəfə təşkil edir).

Ağrı tutmaları yarandıqda epilepsiya əleyhinə preparatlar təyin edilir: karbamazepin 0.4-0.8 q/gün, qabapentin (ticarət adı Tebantin) orta doza 0.9-1.2 q/gün 3 qəbula.

Karbamazepinlə müalicəyə kiçik dozadan başlanılır (0.1 q). Antiepileptik preparatların götürümlülüyündən və effektivliyindən asılı olaraq doza maksimala davamlı ağrılar olduqda 0.6-1 q-a çatdırılır.

Terapevtik effektə nail olduqda saxlayıcı doza dəqiqləşdirilir və bu dozada pisləşmə müşahidə edilmir. Xəstələri preparatın qəbulunun etapla endirilməsi barədə xəbərdar etmək lazımdır, beləki,

karbamazepinin, eləcə də digər qıcolma əleyhinə dərmanların kəskin azaldılması ağrı sindromunun təkrarlanmasına gətirib çıxara bilər. Son illər həmçinin 1 tabletdə 0.325 q parasetamol və 0.0375 q tramaldan ibarət kombinə edimiş preparat Zaldiar (1-2 tablet gündə 2-3 dəfə) istifadə edilir.

QSİƏP-in və o cümlədən, parasetamolun yanaşı mənfi təsirlərini nəzərə alaraq onların terapevtik dozadan artıq və uzunmüddətli istifadəsinə yol verilməməlidir.

Qabarıq depressiv reaksiyalarla əlaqədar olaraq antidepressantların istifadəsi göstərişdir. Daha çox həm antidepressiv, həm də antinosiseptiv effektə malik olan amitriptilin istifadə edilir (orta gündəlik doza 0.05-0.075 q 2-3 qəbula). Amitriptilin pis götürümlü olduqda serotoninin əks zəbt olunma inhibitorları (fluoksetin, paroksetin və b.) və ya tianeptin (ticarət adı Koaksil) təyin edilir.

Fizioterapevtik prosedurlar təyin edilir: diadinamik və sinusoidal modullaşmış cərəyan, analginlə hidrokortizon fonoforezi, mülayim isti, lidaza, novokain və tiamin elektroforezi, ozokerit və palçıq aplikasiyaları, yüksək tezlikli impulsu infraqırmızı şüalanmadan istifadə etməklə maqnit-lazer terapiyası. Qısa impulsu elektroanalgeziya (transdermal elektroneyrostimulyasiya) edilir.

Medikamentoz terapiyaya tabe olmayan kəskin ağrı sindromlu nevropatiyalarda operativ müdaxiləyə əl atılır, məs. sinirin bir hissəsini kəsib və sinirin hissələri arasına sinirin regenerasiyasına mane olan əzələ parçaları, fassiyalar qoymaqla icra edilən operativ müdaxilə. Digər operativ müalicə metodlarından da istifadə edilir: transdermal yüksək tezlikli selektiv rizotomiya və baş beyin dərin strukturlarının elektrik stimulyasiyası.

Üçlü sinir nevropatiyalarının bütün hallarında ağız boşluğunun sanasiyası aparılmalıdır.

Proqnoz əsas etibarilə zədələnmənin ifadəliliyindən, səbəblərin ciddiliyindən, effektiv müalicənin aparılmasından asılıdır.

Üçlü sinirin nevrалgiya və nevropatiyalarının residivlərinin profilaktikası məqsədlə üzün və başın həddindən artıq qızması və soyumasından, emosional yüklənmədən qaçmaq, baş nahiyəsində xroniki iltihabi ocaqları vaxtında müalicə etmək, bədənin müqavimət

qabiliyyətini yüksəltməyə yönəlmiş vasitələrdən lazımınca istifadə etmək lazımdır.

1.2.1.4. Üçlü sinir düyünü və kökcüyündə patoloji proseslər

Xəstəliyin səbəbləri travmalar, infeksiyalar, intoksikasiyalar, beyin əsası nahiyəsində yerli qişanın iltihabi prosesləri, şişlər və s. ola bilər. Üçlü sinir düyünü və kökcüyünün zədələnməsinə kəllə əsası sümüklərinin, gicgah sümüyünün sınıqlarında da rast gəlinir. Üçlü sinir düyünü əsasən kəmərləyici dəmrovla əlaqəli zədələnir.

Üçlü sinirin destruksiyası zamanı onun etiologiyasından asılı olmayaraq üçlü sinirin hər üç şaxəsinin innervasiya zonasında periodik kəskinləşən küt ağrılar, hissியat pozulmaları və üçüncü şaxənin hərəkəti lifləri də prosesə qoşularsa çeynəmə əzələlərinin disfunksiyası müşahidə edilir. Üçlü sinir düyünündə patoloji dəyişikliklər keratit və konyuktivitlə kəskinləşə bilər. Üçlü sinir kökcüyünün destruksiyası körpü beyincik bücağı sindromunun tərkib hissəsi kimi də biruzə verə bilər.

Müalicə üçlü sinirdə dəyişiklikləri əmələ gətirən əsas prosesin ləğvinə yönəlir.

Üçlü sinir düyünü və köklərinin şişləri bütün kəllədaxili şişlərin 0.17-1.5%-ni təşkil edir. Şişlər üçlü sinir düyünü və kökünün özündən (nevrioma), həmçinin onların qişalarından (meninqioma, sarkoma) inkişaf edə bilər. Həmçinin qliomalar, qanqlionevromalar rast gəlir, düyünə və onun qişasına metastazlar da mümkündür. Adətən şişlər qicgah sümüyü piramidasının zirvəsi nahiyəsində yerləşirlər və üstün olaraq supratentorial istiqamətdə inkişaf edirlər; bəzi hallarda onlar qum saatına bənzəyirlər və subtentorial beyin körpüsünün yan sisternasına inkişaf edirlər.

Klinik əlamətlər həm üçlü sinir düyünü və onun ümumi kökündə, həm də onlara söykənən strukturlarda gedən dəyişikliklərlə təyin olunur. Əksər hallarda erkən simptomlar üz dərisinin paresteziyaları və üçlü sinirin 1-ci və 2-ci şaxələrinin innervasiya nahiyəsində daimi küt ağrı və yaxud tədricən yuxarı və aşağı çənəyə, burun boşluğu da daxil olmaqla uzun yarısına vuran gözdə, göz yuvasında lokallaşan ağrılar olur. Nevroloji müayinə

zamanı adətən üçlü sinir şaxələrinin innervasiya nahiyəsində sonralar anesteziya ilə əvəz olunan hipesteziya, çeynəmə əzələlərinin parezi aşkar edilir. Tədricən şişin önə və içəri inkişafı ilə əlaqədar olaraq bu əlamətlərə gözün hərəki sinirlərinin funksiya pozulmaları da qoşulur; şişin beyin körpüsünün yan sisterninə keçməsi nəticəsində üz və dəhliz-ibliz sinirlərinin zədələnmələri əlamətləri meydana gəlir; şişin sonrakı kaudal inkişafı zamanı dil-udlaq, azan, əlavə və dilaltı sinirlərin funksiya pozulması, beyincik pozulmaları inkişaf edir. Şişin tədrici inkişafı kəllədaxili təzyiqin artmasına gətirib çıxarırkı, bu da başağrıları, görmə siniri diskinin durğunluğu, həmçinin beyin sütununun sıxılması simptomları ilə aşkara çıxır. Kəllə sinirlərinin kompüter tomoqrafiyasında orta kəllə çuxurunun medial şöbələrinin sümüklərinin destruksiyası qeyd olunur; bəzi hallarda oval dəliyin izolə olunmuş destruksiyası aşkar olunur. Şişin inkişafının daha gecikmiş mərhələlərində ön pazvari çıxıntının, həmçinin əsas sümüyün medial şöbələrinin dağılması müşahidə edilir.

Xoşxassəli şişlərin müalicəsi operativdir. Sarkomalar və bədxassəli şişlərin üçlü sinir düyünü nahiyələrinə metastazı zamanı, əsasən ağrı sindromunu azaltmaq məqsədilə şüa terapiyası aparılır.

Müalicə: aypara düyünün zədələnməsini törədən səbəblərdən asılı olmayaraq birinci növbədə ağrı sindromunu aradan götürmək lazımdır. Bunun üçün analgin, baralgin, QSİƏP- dən, B-12 vitaminindən istifadə edilir. Sonra müalicə səbəbə qarşı aparılır. Bütün hallarda əks göstərişləri nəzərə alaraq fizioterapevtik müalicə üsulları tətbiq edilir.

1.2.1.5. Üçlü sinir nüvələrinin destruksiyaları

Onurğabeyni yolu nüvəsinin destruksiyası, adətən, ateroskleroz, arterial hipertenziya (və yaxud onların birləşməsi), həmçinin onurğanın boyun şöbəsinin patologiyası ilə şərtlənən vertebro-bazilyar sistemdə qandövrənin pozulması ilə əlaqədardır. Müayinə zamanı beyin qandövrənin çatışmazlığı əlamətləri, üzde seqmentar tipli hissiyyat pozulması aşkar edilir. Bəzi xəstələrdə alternik sindromlar, nadir hallarda qıcolma əleyhinə preparatların müalicəsinə tabe olmayan uzunmüddətli kəskin ağrı tutmaları baş verir.

Müalicə analgetiklərin, damargənəldici maddələrin, beyin qandövrənini yaxşılaşdıran preparatların təyindən ibarətdir; həmçinin boyun-yaxalıq nahiyəsinin masajı, isti prosedurlardan da istifadə edilir.

Beyin sütunu nahiyəsində patoloji proseslər şiş, qandövrən pozulmaları, infeksiyalar, yan amiotrofik skleroz, siringobulbiya xəstəlikləri və digər səbəblər ilə şərtlənən qabıq-nüvə yollarının ikitərəfli zədələnmələri zamanı üçlü sinirin innervasiya zonasında hissi və hərəkəti innervasiyanın pozulması müşahidə edilir.

Üçlü sinirin hərəkəti nüvəsi və liflərinin destruksiyası hallarında zədələnmə tərəfdə çeynəmə əzələlərinin periferik parezi və ya iflici inkişaf edir: əzələlərin atoniyası və atrofiyası, mandibulyar refleksin düşməsi, əzələ liflərinin oyanıcılığının azalması əmələ gəlir. Ağız açarkən çənə iflic olmuş tərəfə doğru əyilir. Nüvələrin ikitərəfli zədələnməsində çənə sallanır, xəstə ağzını yuma bilmir.

Trizm çeynəmə muskulaturasının qıcolmaları ilə meydana çıxır. Alt çənənin hərəkətləri kəskin məhdudlaşır və ya tam olmur, dişlər möhkəm qıcanır, qida qəbulu çətinləşir, tənəffüs pozulması yaranır, nitq pozulur. Bu hallarda müalicə əsas xəstəliyə doğru yönəldilir.

II Fəsil. Üz və Dil-udlaq sinirləri sistemində zədələnmələr.

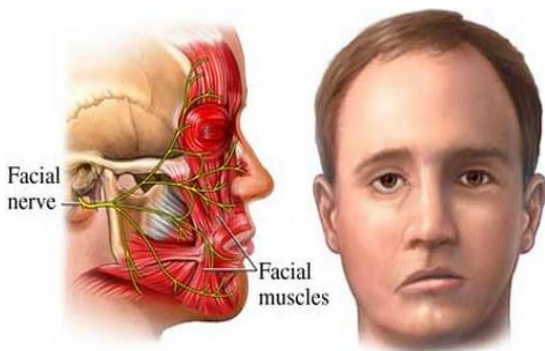
2.1. Üz sinirinin nevropatiyası (Bell sindromu)

Periferik sinir sistemi zədələnmələrinin 2-4%-ə qədərini üz sinirinin nevropatiyası təşkil edir.

1836-cı ildə şotlandiya həkimi Ch.Bell tərəfindən təsvir edilmiş və üz sinirinin idiopatik nevropatiyası və ya Bell iflici kimi tanınan və mimiki əzələlərin kəskin meydana çıxan parezi və ya iflici ilə xarakterizə olunan üz sinirinin nevropatiyasına daha tez-tez rast gəlinir.

Üz muskulaturasının birtərəfli periferik parezinə gətirib çıxaran üz sinirinin nevropatiyaları yayılma dərəcəsinə görə periferik sinir sisteminin xəstəlikləri arasında ikinci yeri və kəllə sinirlərinin nevropatiyaları arasında birinci yeri tutur.Üz sinirinin nevropatiyalarının təxminən dördü üçü idiopatik nevropatiyanın (Bell iflici) payına düşür.

Kisi və qadınların xəstələnmə tezliyi eynidir. Xəstəlik hallarına ən çox orta yaşlarda təsadüf edilir. Bədənin, xüsusən də başın soyuması xəstəliyin etiologiyasında əsas rol oynayır. Sadə herpes virusunun xəstəliyin törədicisi olduğu ehtimal olunur. Xəstəliyin bir gün ərzində və ya bir neçə saat ərzində kəskin inkişafı səciyyəvi xarakter daşıyır. Əzələlərin zəifliyi çox vaxt səhərlər yuxudan oyanarkən özünü büruzə verir.Parez üzün yarısının bütün mimiki əzələlərini əhatə edir.Parezin səviyyəsi müxtəlifdir və heç də hər zaman plegiyaya gəlib çatmır.



Şəkil 25. Üz sinirinin nevropatiyası

Üz sinirinin nevropatiyasının inkişafı allergik amil olan soyumanın sinirin gövdəsində qidalanmanı və funksiyaları pozan damar pozuntularına (spazm, işemiya, şişkinlik) səbəb olması ilə şərtlənmişdir. İnkişafın anomaliyası-üz siniri kanalının anadangəlmə darlığı da həmçinin böyük əhəmiyyət daşıyır. Üz sinirinin idiopatik nevropatiyasından əziyyət çəkən xəstələrin əksəriyyətini şəkərli diabetli və ya qlükozaya qarşı tolerantlığı pozulan şəxslər təşkil edir.

Üz sinirinin simptomatik nevropatiyaları müxtəlif yoluxucu xəstəliklər, zəhərlənmələr zamanı, beynin aşağı səthində və körpü-beyincik bucağında iltihablı, demielinizasiyaedici, törəmə proseslərində, beyin sütununda beyin qan dövrəsinin pozulduğu hallarda, kəllə əsasının, gicgah sümüyünün piramidasının sınıqları baş verən zaman müşahidə olunur.

Üz siniri tərəfindən innervasiya edilən əzələlərin anadangəlmə iflici (Mebius sindromu) hallarına da rast gəlinir, həmçinin böyük ehtimalla genetik olaraq üz siniri kanalının anomaliyası ilə şərtlənən irsi meyilliklə bağlı hallar da məlumdur.

Üz siniri nevropatiyasının topik diaqnostikası onun müxtəlif səviyələrdə müxtəlif quruluşuna əsaslanmışdır. Belə ki, üz sinir kanalı boyunca üz sinirindən üç qol ayrılır: göz yaşı vəzisinə liflər verən böyük daşlıq siniri, üzəngi əzələsini innervasiya edən üzəngi siniri və dilin ön üçdə ikisinin dad innervasiyasını təmin edən təbil teli. Patoloji prosesin müəyyən qolun ayrılmasından proksimal yerləşməsi müvafiq funksiyanın itirilməsinə səbəb olur, patoloji prosesin distal yerləşməsi zamanı isə funksiya saxlanılır. Üz sinirinin nevropatiyasının ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi onun funksiyalarının tam və ya qismən itirilməsinin müəyyən edilməsinə və simptomların inkişaf dinamikasına əsaslanır. Üz sinirinin hərəkət funksiyasının hətta çox cüzi pozulmasını üzün asimmetriyasına görə vizual olaraq müəyyən etmək mümkündür. Sinirin bariz ifadə olunmuş pozulmaları zamanı mimiki əzələlərin periferik iflicinin mənzərəsi inkişaf edir: zədələnmiş tərəfdə üz maska şəkilli olur, ağız bucağı sallanır, göz qapağı tam bağlanmır, qaş sallanır, hərəkətsiz qalır.

Etiologiya və patogenezi

Bell iflicinin ən çox ehtimal olunan səbəbi üz sinirini qanla təchiz edən damarın əsasən soyuqlama zamanı meydana çıxan spazmı nəticəsində onun kəskin işemiyasıdır.

Əksər hallarda üz sinirinin tunel sindromunun inkişafı üçün şərait yaranır ki, buna da vegetativ-damar reaksiyaları, sinirin mezodermal strukturlarının və üz siniri kanalında yerləşən digər toxumaların ödemli və bununla əlaqədar meydana çıxan üz siniri liflərinin kompressiyası və işemiyası təkan verə bilər. Üz siniri nevropatiyasının inkişafında üz sinirini qanla təchiz edən damarların aterosklerotik dəyişiklikləri də müəyyən dərəcədə rol oynaya bilər.

Möhkəm sümük kanalında üz sinirinin sıxılmış vəziyyəti və onun qan təchizatının xüsusiyyətləri infeksiyon xəstəliklər zamanı da sinirin zədələnməsinə şərait yaradır. Üz siniri sisteminin birincili zədələnmə ehtimalı olan neyrotrop infeksiyalar arasında sadə və ya kəmərləyici dəmrov və poliomielit virusu xüsusi yer tutur. Üz siniri xüsusilə üz siniri kanalı səviyyəsində üz siniri ilə praktiki olaraq vahid sinir kötüyü əmələ gətirən və aralıq sinirin tərkibinə daxil olan diz düyününün zədələnməsi ilə təzahür edən kəmərləyici dəmrovun qulaq formasında (Ramzay- Xant sindromu) zədələnir. Bu hal üçün mimiki əzələlərin parezinin qulaq seyvanı dərisində və xarici qulaq keçəcəyində herpetik səpkilərlə birgə təsadüf etməsi, qulaqda ağrı, bəzən küy və eşitmənin zəifləməsi xarakterikdir. Üz sinirinin toksik zədələnməsi də mümkündür. Nadir hallarda dağınıq sklerozun başlanğıc mərhələsində də üz sinirinin zədələnməsinə rast gəlinir. Üz sinirinin zədələnməsi bazal meningitin, beyin qişalarının karsinomatozunun, Laym xəstəliyinin nəticəsi kimi də inkişaf edə bilər. Mimiki əzələlərin ikitərəfli periferik iflici kəskin Qiyen-Barre poliradikulonevropatiyası zamanı Landri sindromunun təzahürlərindən biri ola bilər.

Klinik təzahürlər

Üz sinirinin nevropatiyasının əsas simptomları patoloji proses tərəfdə üzün yuxarı və aşağı yarısının mimik muskulaturasının parezi və ya iflici (prozoplegiya) ilə sərtlənmişdir. Artıq sakit vəziyyətdə üzün müvafiq yarısının maskaya bənzərliyi diqqəti cəlb edir; gözlər geniş açılır, demək olar ki, heç qırpılmır, alında qırıqlar itir, nazolabial (burun-dodaq) büküş hamarlaşır, ağız bucağı sallanır. Xəstə qaşqabaqlı görkəm ala, üz-gözünü turşulda, qaşlarını qaldıra bilmir; gözlərini qıyan zaman göz qapaqları tam örtülmür, göz tam açılır (laqoftalm), gözləri qapamağa cəhd göstərən zaman göz alması

yuxarı və xaricə doğru yuvarlanır (Bell fenomeni), bu zaman sklera (göz almasının qeyri-səffaf xarici qışası) tam səkildə örtülmür. Gülümsəyən, gülən zaman üzün yarı hissəsi hərəkətsiz qalır, dişləri göstərən zaman ağız sağlam tərəfə əyilir, yanaqları şişirdərkən xəstə tərəf hava ilə dolur. Yemək vaxtı qida yanaq və dişlər arasında ilişir, selik və duru yemək ağızda pis qalır, xəstə tüpürə, fit çala bilmir. Kəskin dövrdə xəstə dodaq səslərini ("b", "m") qeyri-dəqiq tələffüz edir. Ağızın bir qədər yerdəyişməsi səbəbindən çıxmış dil bir qədər sağlam tərəfə meyillənə bilər. Çox vaxt hərəkət pozuntuları ilə eyni zamanda məməvari çıxıntı və qulaq seyvanı sahəsində adətən kəskin olmayan və uzun sürməyən ağrılar meydana gəlir; bəzən onlar hərəkət pozuntularından əvvəl baş verir.

Üz siniri kanalının müxtəlif səviyyələrində sinirdən ayrılan, tər, göz yaşı, tüpürcək ifraz edən və dad liflərinin patoloji dəyişikliyi nəticəsində müvafiq pozuntular müşahidə oluna bilər.

Əgər VII kəllə siniri təbil pərdəsinin ayrıldığı yerdən yuxarıda zədələnsə, onda üzdə həmin tərəfdə hərəkət pozuntusu ilə yanaşı dilin ön üçdə iki hissəsində dad pozğunluğu, çənəaltı və dilaltı vəzilərdə sekretor fəaliyyətin pozulması da meydana çıxır.

Əgər sinir proksimal tərəfdə – üzəngi sinirinin ayrıldığı yerdən yuxarıda zədələnsə, onda qəbul edilən səslərin tembrinin təhrif olunması (hiperakuziya) baş verir.

Sinir kötüyü daha da proksimal tərəfdə (böyük daşlıq sinirinin ayrıldığı yerdən yuxarıda) zədələnsə, həmin tərəfdə göz yaşı ifrazı pozulur, gözün quruması (kseroftalmiya) meydana çıxır.

Patoloji prosesin körpü-beyincik bucağı sahəsində yerləşdiyi zaman mimiki muskulturanın parəzinə eşitmənin və vestibulyar keçiricilik qabiliyyətinin azalması, dilin ön üçdə ikisində dadın pozulması, gözlərdə quruluq əlavə olunur.

Patoloji prosesin üz siniri kanalında böyük daşlıq sinirinin ayrıldığı yerdən yuxarıda yerləşdiyi zaman həmin tərəfdə mimiki əzələlərin iflicindən başqa gözyaşı ifrazının olmaması (gözlərin quruluğu), tərləmənin olmaması (üzün yarısının dərisinin quruluğu), dilin ön üçdə ikisində dadın birtərəfli itirilməsi, adi səslərin xosagəlməz hissə yaranmasına səbəb olan güclü səs kimi qəbul edilməsi (hiperakuziya) müşahidə olunur.

Patoloji prosesin daşlıq sinirin ayrıldığı yerdən aşağıda yerləşdiyi zaman güclü göz yaşı axması (aşağı göz qapağının zəifliyi səbəbindən göz yaşları yaş kanalına deyil, xaricə axır), dadın pozulması və hiperakuziya müşahidə olunur.

Patoloji prosesin üzəngi sinirinin ayrıldığı yerdən aşağıda yerləşdiyi zaman hiperakuziya olmur, təbil teli ayrıldığı yerdən aşağıda yerləşdiyi zaman yuxarıda qeyd edilən pozuntular olmur, lakin göz yaşı axması qalır.



Şəkil 26. Sağ üz sinirinin nevropatiyası

Patoloji prosesin dirsək düyünündən aşağıda yerləşdiyi zaman Ramzay- Xant sindromu-mimiki əzələlərin periferik iflicinin qulaq seyvanı, təbil boşluğu, damağın arxa hissəsi və dilin ön yarısında herpetik səpgilərlə və dözülməz ağrılarla birləşməsi müşahidə olunur.

Üz sinirinin nevropatiyası bəzən ikitərəfli olur.

Üz sinirinin hərəkəti nüvələrinin və ya onun kötüyünün istənilən səviyyədə zədələnməsi mimiki əzələlərin periferik iflicinə və ya parezinə səbəb olur. Zədələnmə tərəfdə gözlərin qırpılma tezliyi azalır və ya olmur, xəstə qaşını qaldıra bilmir, kirpiklər dəri büküşündə gizlənmə bilmir (kiprik simptomu), ağız bucağı sallanır.

Eyni zamanda xəstə dişlərini göstərəkən “raketka” simptomu təzahür edir, mimiki əzələlərin parezi olan tərəfdə yanağı şişirtməyə çalışarkən yanaq yellənir və hava ağız bucağından çıxır, xəstə fit çala bilmir, ağız bucağında kağızı saxlaya bilmir (ağızın dairəvi əzələ sınağı).

Prozoparezli və ya prozoplegiyalı xəstəyə baxış zamanı mimiki əzələlərin zəifliyini təyin etmək çətin deyildir, belə ki, bu zaman sifətin asimmetriyası və mimiki əzələlərin zədələndiyi tərəfdə mimikanın zəifliyi aydın görünür.

Üz sinirinin zədələnməsi üçün xarakterik olan periferik prozoparezi mimiki əzələlərin mərkəzi parezindən fərqləndirmək lazımdır. Mərkəzi parez zamanı əsasən sifətin aşağı hissələrinin əzələləri prosesə cəlb olunur və əksər hallarda aralıq sinirin zədələnmə simptomları olmur və periferik parezdən fərqli olaraq, üz siniri ilə birlikdə dilaltı sinir də zədələnir. Patologiyanın mərkəzi xarakterli olmasını neyrovizualizasiya metodları (KT, MRT müayinələri) beyin yarımkürələrinin əks yarısında patoloji prosesin olmasını aşkar etməklə dəqiqləşdirməyə imkan verir. Bundan əlavə, mübahisəli hallarda EMQ-müayinəsinin nəticələri differensial diaqnostikanın aparılmasına kömək edir.

Xəstəlik başlayandan 6-12 həftə sonra bəzən iflicdən sonrakı kontraktura- elektrik oyanıcılığının yüksəlməsi və paretik mimiki əzələlərin tonusunun yüksəlməsi əlaməti meydana çıxır. Bu zaman zədələnmə tərəfdə göz yarığı, mimiki büküşlər daralır, xüsusən burun-dodaq büküşü daha aydın nəzərə çarpır. Sifətin zədələnmiş yarısında əzələlərdə fassikulyar səyirmə, patoloji sinkineziyalar, narahatlıq zamanı, həmçinin soyuqda dartılmalar müşahidə edilir. Bu əlamətlərin, əksər hallarda, müalicədə antixolinesteraz preparatların istifadəsindən, fizioterapevtik prosedurların həddini aşmış tətbiqindən sonra meydana gəlməsi qeyd edilir.

Diaqnostika

Diaqnozun qoyulduğu zaman sırf kliniki əlamətlər böyük əhəmiyyət daşıyır. Mimiki muskulaturanın periferik iflici zamanı mimiki əzələlərin yuxarı və aşağı qrupları eyni dərəcədə zədələndiyi halda mərkəzi iflic zamanı daha çox üzün aşağı yarısının əzələlərinə toxunulur, yuxarı üz qrupunun əzələlərinin iflici isə demək olar ki, bas vermir. Üzün yuxarı hissələrinin əzələləri uz sinirinin nüvəsinin ikitərəfli nüvəstu (qabıq-nüvə) yollarının daxil olduğu hissəsindən innervasiya olunur.

Üz sinirinin kriptogen nevropatiyası zamanı proqnoz əksər hallarda xoş olur. Mimiki hərəkətlər yüngül hallarda 2-3 həftə ərzində tam şəkildə bərpa olunur, orta dərəcəli ağırlıq hallarında bu, 2-3 ay davam edir, ağır hallarda sağalma 3-6 aydan sonra və yalnız qismən baş verir. Yaxşı nəticə təxminən 80%, nəzərə çarpan qalıcı əlamətləri yalnız 5-8% xəstələrdə qeydə alınır.

Əvvəlcə üzün yuxarı, daha sonra aşağı yarısının əzələlərinin funksiyası bərpa olunur.

Xəstələrin bir hissəsində parəzin baş verdiyi əzələlərdə kontraktura inkişaf edir. Kontrakturanın əlamətləri, adətən üz sinirinin nevropatiyasının klinik baxımdan özünü büruzə verməsinin azalması fonunda onun inkişafından 3-6 ay sonra meydana gəlir. Xəstə tərəfdə göz yarığı daralır, ağız bucağı yuxarıya doğru dartılır, sağlam tərəfdə burun-dodaq büküşü hamarlanır. Üzün xəstə tərəfində əzələlərin gərginləşməsi tədricən artır, bunun nəticəsində sağlam tərəfdə parəz təəssüratı yaranır, subyektiv olaraq, göz, ağız, yanaqlar nahiyəsində dartılma hissi duyulur. Tədqiqat zamanı dəyişikliklər diferensiasiya olunmuş hərəkətlərin çətinləndiyi tərəfdə müəyyən edilir.

Anormal reinnervasiya hadisələri ilə şərtlənən sinkineziyalar müşahidə olunur. Dişləri göstərən zaman yuxarı göz qapağı enir. Gözlərini qıyan zaman ağızın küncü dartılır. Xəstə tərəfdə yanaqların şişirildiyi zaman dodaqlar bitisən kimi yanaq əzələlərinin yığılması baş verir və nəticədə sonuncu (xəstə tərəfdəki yanaq) sağlam tərəfdəki yanaqla müqayisədə daha az şişir. Ağız küncələrinin dairəvi, göz, yanaq əzələlərinin tik səkilli dartılması meydana gəlir. Kəskin ifadə olunmayan sinkineziyalar və tək-tək tik səkilli dartılmalar mimiki əzələlərin funksiyalarının tam şəkildə bərpa edilməsindən

sonra da qala bilir. Nadir hallarda yemək zamanı “timsahın göz yaşı” fenomeni - göz yaşının patoloji ifrazı müəyyən edilir. Onun səbəbi anormal reinnervasiya ola bilər ki, bu zaman tüpürcək vəzisinə yönəlməli olan sekresiya lifləri göz yaşı vəzisinə daxil olur.

Mimiki əzələlərin postnevropatik kontrakturası aşağıdakı əlamətlərlə xarakterizə olunur:

1. Üzün pəzələ zədələnmiş əzələlərinin davamlı, ağrılı gərginliyi;
2. Patoloji sinkineziyaların (birgə hərəkətlərin), klonik-tonik spazmların və ya tiklərin inkişafı;
3. Üzün ayrı-ayrı əzələlərində hiperkinezlər.

Mimiki əzələlərin postnevropatik kontrakturasının meydana gəlməsini doğuran amillər aşağıdakılardır: elektroprosedurların uzun müddət ərzində tətbiq edilməsi, antixolinesteraz preparatların mənfi təsiri, müalicəvi gimnastika, masaj zamanı mimiki əzələlərə həddən artıq güclü təsir göstərilməsi.

Üz siniri nevropatiyasının həm bu, həm də digər tərəfdə təkrar olunması mümkündür. Onlar az hallarda (11% halda) müşahidə olunur və hərdən ilkin xəstəlikdən ağır, hərdən də yüngül keçir. Elektrofizioloji tədqiqat zamanı bu cür halda bariz ifadə olunmuş denervasiyanın əlamətləri müəyyən edilir və əksərən, proqnoz qeyri-qənaətbəxş olur.

Üz muskulaturasının iflici diaqnozunun qoyulması çətin deyil, üz sinirinin ilkin nevropatiyasını ikincili nevropatiyadan ayırmaq daha çətinidir. Piramid və digər keçici pozuntuların mövcud olması ilə uz və digər kəllə sinirlərinin funksiyalarının birləşmiş pozulması xəstəliyin ikincili xarakter daşdığını göstərir. Üz siniri nevropatiyası baş verərkən hər zaman otoloji tədqiqat aparmaq lazımdır. Otitlər, xüsusilə də, xroniki otitlər üz sinirinin nevropatiyası ilə musayitə oluna bilər. Xəstəliyin kəskin inkisafi, onun həddən artıq soyuqlamadan sonra, ayrı-ayrı hallarda anginadan, qripdən sonra meydana gəlməsi ilkin nevropatiyani göstərir.

Nevropatiya üz sinirinin travmatik zədələnməsi nəticəsində: kəllə əsasının sınıqları, qulaqyanı nahiyənin yaralanmaları, qulaqda və ya tüpürcək vəzisinə əməliyyat müdaxilələri və eşitmə siniri nevrinomasının total çıxarılması zamanı baş verə bilər. Kəllə əsasının sınıqları zamanı sinir, əksər hallarda, üz siniri kanalının üfqi hissəsindən şaquli hissəsinə keçdiyi yerdə zədələnir.

Üz sinirinin zədələnmə dərəcəsi müxtəlif ola bilər. Sinirin qırılması zamanı uz muskulaturasının erkən iflici inkisaf edir, sinirin şişdiyi və ya sinirdə qan dövranının pozulduğu zaman isə zədələnmədən 10-14 gün sonra uz muskulaturasının gecikmiş artan iflici inkisaf edir.

Qulaqda əməliyyat həyata keçirilən zaman sinir sümük parçaları və ya hematoma ilə sıxılarkən sinirin zədələnməsi ilkin və ikincili, açıq (uz siniri kanalının tamlığının pozulduğu zaman) və ya qapalı ola bilər. Qulaqyanı vəzidə aparılan əməliyyatlar və ya bu sahədəki yaralanmalar zamanı biz-məməvari cıxıntıdan aralıda sinirin ekstrakranial hissəsi zədələnir. Eşitmə siniri nevrinomasının umumi çıxarılması zamanı uz siniri onun beyin kötiyündən daxili esitmə kecidinə qədər kecdiyi yolda zədələnir.

Klassik klinik təzahurlərin meydana gəldiyi zaman əlavə tədqiqatın aparılması adətən tələb olunmur.

Üz sinirinin vegetativ funksiyasının qiymətləndirilməsi üçün goz yasi və agiz suyunun (tupurcəyin) ifraz edilməsi arasdırılır. Goz yasinin ifrazı Sirmer testinin köməyi ilə tədqiq edilir. Süzgəc və ya lakmus kağızından olan lent müayinə olunan səxsin gözünün konyuktivasının asagi qübbəsinə daxil edilir, bunun nəticəsində göz yasinin axması meydana gəlir, kağızın millimetrlərlə nəmlənməsinin uzunluguna görə göz yasinin ayrılmasının intensivliyi müəyyən edilir. Agiz suyunun (tupurcəyin) ifraz edilməsi tupurcək vəzisinin konsentراسiya qabiliyyətinin radiometrik təyini və alınmış ağız suyunun (müayinə olunan səxs limon dilimi sorarkən sag və sol qulaqyanı axınlardan kateterlə 1 dəqiqə ərzində ağız suyu toplanir) miqdarına görə ağız suyunun intensivliyinin qiymətləndirilməsi yolu ilə tədqiq edilir.

Dilin ön ücdə iki hissəsində dad həssashlığının arasdırılması kimyəvi qustometriya metodu ilə həyata keçirilir. Bu zaman əsas dad hissələrinin- sirin, duzlu, turs və acının sərhədləri dilə müvafiq məhlulların tətbiq edilməsinin və ya dilin dad tumurcuqlarının qıcıqlandırılması zamanı turşunun spesifik hiss edilməsinə səbəb olan elektrik cərəyanının gücünün hədd qiymətlərini təyin etməklə elektroqustometriyanın köməyi ilə müəyyən edilir.

Kontrakturların erkən əlamətlərinin askar edilməsi üçün ipsilateral tərəfdə uz sinirinin elektriklə qıcıqlanması vəziyyətinin arasdırılması həyata keçirilir. Elektrofizioloji tədqiqat parezin dərəcəsini daha dəqiq qiymətləndirməyə və hətta erkən mərhələdə reinnervasiyanın əlamətlərini müəyyən etməyə imkan verir. Üz sinirinin aktivləşdirilməsi ilə transkraniyal maqnit stimulyasiya metodu artıq erkən mərhələlərdə üz siniri kanalında bas verən lokal dəyişiklikləri daha proksimal yerləşən patoloji prosesdən ayırmağa imkan verir.

Müalicə

Üz siniri nevropatiyasının başlanğıc formasında qlükokortikoidlərlə müalicə kursunun aparılması məqsədəuyğundur. Xəstəliyin 2-ci həftəsindən müalicə gimnastikası, ənsə-boyun-yaxalıq zonasının masajı, zədələnmə tərəfdə ödem keçdikdən sonra sifətin masajı, ağrı sindromunda iynəbatırma, vitaminli qidalarla qidalanma göstərişdir. Kseroftalmiya zamanı keratitin qarşısını almaq məqsədilə gözlərin müntəzəm nəmləndirilməsi lazımdır. Davamlı əzələ kontrakturalarında yerli olaraq botulin toksini inyeksiyaları təklif olunur.

Üz sinirinin soyuqdəymə xəstəlikləri ilə şərtlənən nevropatiyası zamanı soyuqdəymə əleyhinə, dehidratasiyaedici və desensibilizəedici vasitələrin, fizioterapiyanın tətbiq edilməsi ilə kompleks şəkildə müalicə aparılır.

Qlükokortikoidlərin ilk günlər ərzində təyin edilməsi tövsiyə olunur. Mülayim parez zamanı 5 gün ərzində, ağır parez zamanı 10 gün ərzində sonradan 2 həftə ərzində dozanın tədricən azaldılması ilə 1 mq/kq dozasında prednizolon təyin edilir. Həmçinin diuretiklər də (furosemid daxilə 40 mq/gün olmaqla, əzələdaxili 20 mq/gün olmaqla bir necə gün ərzində) təyin edilir.

B qrup vitaminləri 10-14 gün ərzində əzələdaxili (milqamma 2 ml olmaqla), daha sonra 1 ay ərzində daxilə təyin edilir.

Xəstəliyə sadə herpes virusunun səbəb olduğu ehtimal edildiyi hallarda əlavə olaraq, 10 gün ərzində daxilə gündə 3 dəfə olmaqla 0.5 q famsiklovir və ya daxilə gündə 3 dəfə olmaqla 1 q valasikovir təyin edilir. Ağız boşluğuna (səhər və yatmadan əvvəl dişləri mutləq təmizləmək) və uzun ipsilateral tərəfində gözlərə səylə qulluq etmək lazımdır. Gözün selikli qişasının qıcıqlanmasının ən cüzi əlamətlərinin

meydana gəlməsi zamanı mikrob əleyhinə göz damcıları və ya məlhəmləri məsləhət görülür. Laqoftalm zamanı keratokonyunktivitin profilaktikası üçün qoruyucu sarğıdan istifadə etmək və gözlərə sulfasil natrium məhlulu damızdırmaq tövsiyə olunur.

Üzün bariz ifadə olunmuş asimmetriyasi zamanı proprioseptiv impulsasiyanın normallaşdırılması üçün dərinin leykoplastirla dartılmasından istifadə olunur. Laqoftalm zamanı selikli qısanın həddən artıq qurumasının profilaktikası məqsədilə gün ərzində gözə sarğı qoyulur, gözlüklərdən istifadə olunur, gecələr göz məlhəmləri tətbiq edilir.

Üz sinirinin nevropatiyası zamanı xəstəliyin ilk günlərindən etibarən müalicəvi gimnastika başlanılır. O, pəzlə zədələnmiş əzələlərdə trofik proseslərin yaxşılaşmasına və yeni hərəkət serti reflektor bağların yaranmasına təkan verir. Müalicəvi gimnastika üç əsas elementi özündə birləşdirir: mövqe ilə müalicə, passiv və aktiv hərəkətlər. Mövqe ilə müalicə pəzlə zədələnmiş əzələlərin bərkidilmə nöqtələrinin leykoplastrin köməyi ilə yaxınlaşdırılması yolu ilə uzun simmetriyasını bərpa etməyə imkan verir. O, 2-4 həftə ərzində, gündə 2 dəfə 1-2 saat, hər gün həyata keçirilir.

Eyni zamanda güzgü qarşısında passiv gimnastika başlanılır. O aşağıdakı şəkildə yerinə yetirilir: xəstənin şəhadət barmağı əzələnin hərəkət nöqtəsinə qoyulur və yalnız bir istiqamətdə yavaş tempdə hərəkət etdirilir. Bütün zədələnmiş mimiki əzələlər üçün passiv hərəkətlər gündə 2 dəfə (hər bir əzələ üçün 5-10 hərəkət) həyata keçirilir. Kiçik ixtiyari hərəkətlərin meydana gəldiyi zaman aktiv gimnastikaya başlanılır. O da həmçinin görmə nəzarəti altında (güzgü qarşısında) həyata keçirilir və zədələnmiş və sağlam əzələlər üçün eyni zamanda yerinə yetirilir.

2.1.1. Dizcik düyünü sindromu (Ramzay-Xant sindromu)

Bu sindromun digər adı dizcik düyününün qanqlionitidir. Xəstəlik orqanizmdə persistə edən varisella zoster virusunun aktivləşməsi ilə törənir.

Bu sindrom yüngül, orta və ağır formalarda keçə bilər. Əsasən qulaq nahiyəsində, çoxvaxt ənsəyə, üzə və boyuna vuran periodik, yaxud daimi ağrılarla özünü biruzə verir. Sindromun xarakterik

xüsusiyyətlərindən biri dizcik düyününün innervasiya nahiyəsində (təbil boşluğu, təbil pərdəsi, xarici qulaq keçəcəyi, qulaq seyvanı və onun önündə, eşitmə borusu nahiyəsi, dilçək, yumşaq damaq, badamcıqlar, həmçinin bir çox hallarda üz və başın tüklü hissəsində) səpgilərin əmələ gəlməsidir. Dizcik düyünü ilə yanaşı üz sinirinin hərəkətli lifləri keçdiyinə görə sindroma üz muskulaturasının innervasiyanın pozulması simptomları daxil olur. Üz sinirinin nevropatiyasında ağrı sindromu ya eyni vaxtda, ya da başlanğıcdan bir neçə gün keçdikdən sonra inkişaf edir.

Xəstələrdə dilin ön üçdə iki hissəsində dad hissiyyatının pozulmasından əlavə, həmin nahiyədə, xarici qulaq keçəcəyi nahiyəsində, hətta üzün bir yarısında hiperesteziya və sonralar hipesteziya qeyd edilir. Bəzən eşitmənin azalması, qulaqda küy, horizontal nistaqm və başgicəllənmə müşahidə edilir.

Bəzi hallarda mimiki əzələlərin pəruz və iflici olmur. Qulaqda bir neçə saniyə davam edən, çoxgüclü tutmaşəkili ağrılar, xarici qulaq keçəcəyinin ön divarı nahiyəsində, herpetik səpgilər və hiperesteziya əlamətləri müşahidə olunur.

Kliniki nevrologiyada Xant sindromunun 2 variantı ayrılır:

1-ci Xant sindromu

Qulaq seyvanı və xarici qulaq keçəcəyinin kəmərləyici herpesinin üz və dəhliz- ilbiz sinirlərinin nevropatiyaları ilə birləşməsi 1-ci Xant sindromu kimi diaqnozlaşdırılır. Herpetik səpgilər təbil pərdəsində, xarici qulaq keçəcəyi nahiyəsində, qulaq seyvanında, dilin ön üçdə iki hissəsində lokallaşır. I Xant sindromu üzün ipsilateral yarısında, xarici qulaq keçəcəyinin dərinliyində və qulaq nahiyəsində ağrılarla üzə çıxır. Baxış zamanı qulaq və xarici qulaq keçəcəyi nahiyəsində əvvəl hiperesteziya və sonralar hipesteziya aşkar edilir. Üzün asimmetriyası, gözün quruluğu, hiperakuziya, dilin ön üçdə iki hissəsində dad hissiyyatının azalması xarakterikdir. Ağrı sindromu adətən xəstəliyin debütündən sonra bir neçə gün ərzində reqressə uğrayır. Mimiki əzələlərin yüngül və ya mülayim dərəcəli funksiya pozulmaları uzun müddət ərzində saxlanıla bilər.

2-ci Xant sindromu

2-ci Xant sindromu dəhliz-ilbiz siniri, dil-udlaq siniri, bəzən azan sinirin hissi düyünlərinin, həmçinin 2-ci, 3-cü boyun sinirlərinin hissi

düyünlərinin və arxa köklərinin zədələnməyə birgə cəlb olunması ilə meydana çıxır. Herpetik səpgilər xarici qulaq keçəcəyi nahiyəsində, udlağın arxa divarında, yumşaq damaqda, damaq badamcıqlarında, həmçinin başın tükli hissəsində, 2-ci və 3-cü boyun sinirlərinin innervasiya nahiyəsində lokallaşır. Ağrı qulaqda, ağız boşluğunda, ənsə nahiyəsində və boyunda hiss edilir. Nevroloji baxış zamanı mimiki əzələlərin parezi, horizontal nistaqm, ataksiya, eşitmənin zəifləməsi aşkar edilir. Ağızsuyu ifrazının pozulması kserostomiya ilə nəticələnir. Dilin ipsilateral yarısının hipesteziyası xarakterikdir.

Dizcik düyününün xəstəliyi brneçə həftə davam edə bilər, lakin çoxvaxt daha uzunmüddətli olur. Əksər hallarda proqnoz xoşdur, hərçənd xəstəliyin residivləşən formaları da rast gəilir.

Müalicəyə daxilə farmsiklovir, 0.5 q gündə 3 dəfə və ya valasiklovir 1 q gündə 3 dəfə təyin etməklə başlanılır. Müalicə kursu 7 gün təşkil edir. Tez-tez tramadol inyeksiyası və vena daxilinə novokain vurulması məcburiyyətində qalınır. Novokain həmçinin xarici qulaq keçəcəyindən öndə dərialtına vurulur və ya elektroforezin köməyiylə yeridilir.

Qıcolmaəleyhinə preparatlar – qabapentin daxilə 1.2-3.6 q/gün, və preqabalin daxilə, 0.15-0.6 q/gün; həmçinin QSİƏP işlədilir.

Antidepressantlardan amitriptilin 0.025 q daxilə gündə 3 dəfə və ya hətta 1%-li 2ml gündə 1 dəfə venaya məsləhət görülür.

Digər müalicə metodları içərisində mazların yağlanmasını, yerli anesteziyaedici və ya qıcıqlandırıcı maddələr tərkibli kapsin, kapsaisin kimi plastırlardan istifadəni unutmamaq lazımdır.

İbuprofenli gellə ultrafonoforez (Nurofen gel preparatı), transkutanl elektroneyrostimulyasiya, maqnit–lazer terapiyası, transkranial maqnit stimulyasiyasından da istifadə olunur.

2.1.2. Qanadvari kanal sinirinin nevrалgiyası (Fayl sindromu).

Qanadvari kanal siniri böyük və kiçik daşlıq sinirlərinin birləşməsindən əmələ gəlir.

Qanadvari kanal siniri nevrалgiyasını hər şeydən əvvəl burun-ətrafi ciblərdə və gicgah piramidasının zirvəsində iltihabi proseslər, az hallarda travmalar və mübadilə proseslərinin pozulmaları törədir.

Xəstəlik gözyuvası və burun nahiyəsində ağrı tutmaları ilə xarakterizə olunur. Ağrılar dişlərə, üzə, qulağa, başa, boyuna və bazuya irradiasiya edir. Qanadvari kanal siniri qanaddamaq düyünü və dizcik düyünü ilə sıx əlaqədə olduğuna görə ağrılar bu düyünlərin innervasiya nahiyəsinə, üzün uyğun yarısına və ənsə nahiyəsinə yayıla bilər.

Adətən ağrılar gecələr başlayır. Tutmaların davamətmə müddəti bir saatdan bir neçə saata qədərdir. Nevralgiyanın davamətmə müddəti əsas xəstəliyin xüsusiyyətlərindən asılıdır.

Güclü ağrılar zamanı analgetiklər təyin edilir. Həmçinin iltihabəleyhinə maddələrdən, B qrupu vitaminlərindən istifadə olunur.

2.2. Dil-udlaq sinirinin nevrалgiyası

Dil-udlaq sinirinin nevrалgiyası 2 formada olur: üstün olaraq mərkəzi genezli nevrалgiya (idiopatik) və üstün olaraq periferik genezli-

Üstün olaraq mərkəzi genezli nevrалgiya beyin damarlarının ateroskleroza, həmçinin xroniki tonzillit, angina, qrip, allergiya, intoksikasiyalar (tetraetilqurğuşunla zəhərlənmə və s.) nəticəsində yaranır.

Üstün olaraq periferik genezli dil-udlaq sinirinin nevrалgiyası sinirin 1-ci neyronu səviyyəsində qıcıqlanması zamanı, məsələn damaq badamı yatağının uzanmış bizvari çıxıntı ilə zədələnməsi, bizdilaltı bağı sümükləşməsi, həmçinin körpü-beyincik bucağı nahiyəsində şişlər, yuxu arteriyasının anevrizması, qırtlaq şişləri olduqda meydana gəlir.

Damaq badamcıqları nahiyəsində, dilin kökündə, udlaq nahiyəsində qulağa, ənsəyə, gicgaha irradiasiya edən sancıcı, deşici ağrı tutmaları ilə təzahür edir. Ağrılar danışdıqda, yedikdə, udduqda, dil və ya udlağın kökünü şpatel vasitəsilə mexaniki qıcıqlandırmaqla provakasiya olunur. Adətən acını hiss etmə pozulur, bəzən dizesteziya meydana çıxır-istənilən dad qıcıqlanması acı kimi zənn edilir. Bəzən sinirin daim qıcıqlanmasının və xəstəliyin bilavasitə səbəbi kimi bizvari çıxıntının böyüməsi ola bilər.

Klinik şəkil və diaqnostika

Dil-udlaq sinirinin nevrалgiyası udma (əsasən isti və ya soyuq qida), intensiv çeynəmə və ya əsnəmə ilə törənən birtərəfli ağrı

tutmaları ilə biruzə verir. Ağrı dilin kökü və ya damaq badamcığı nahiyəsində lokallaşır, damaq pərdəsi, əsnək, qulaq, bəzən alt çənə bucağı, gözlər və boyuna vurur. Tutma adətən 1-3 dəqiqə davam edir. Xəstələrdə yemək vaxtı tutmaların təkrarlanması qorxusu yaranır, nitq pozulmaları – artikulyasiya olunmamış nitq (tutmanın təkrarlanmasından qorunmaq üçün) inkişaf edir. Bəzən tutmaşəkilli quru öskürək yaranır. Tutmadan öncə tez-tez damağın keyiməsi hissi və qısamüddətli güclənmiş ağızsuyu ifrazı, bəzən əzabverici karlıq hissi əmələ gəlir. Ağrı tutmaları bradikardiya ilə sinkopal vəziyyət, arterial təzyiğin düşməsi ilə müşayiət olunur. Bu dil-udlaq sinirinin karotid sinus və karotid qlomusu innervasiya etməsi ilə əlaqədardır.

Dil-udlaq sinirinin nevrалgiyası diaqnozu xarakterik şikayətlər və klinik müayinənin nəticələri əsasında qoyulur. Palpasiya zamanı alt çənə bucağının və xarici qulaq keçəcəyinin ayrı-ayrı sahələrinin ağrılı olması, udlaq refleksinin aşağı düşməsi, yumşaq damağın hərəkətliliyinin zəifləməsi, dilin arxa ücdə bir hissəsində acı dadın duyulması, hiperqevziya (dad hissiyyatının artması) aşkar edilir. Nevralgiya uzun müddət davam etdikdə dilaltı sinirin nevropatiyası üçün xarakterik olan düşmə simptomları yarana bilər. Belə halda ağrılar daimi olur (əsasən dilin kökündə, əsnəkdə, udlaqda və qulaqda), arabis güclənir. Müayinə zamanı dilin arxa ücdə bir hissəsində, damaq badamcığı, damaq pərdəsi nahiyəsi və udlağın yuxarı hissəsində hipesteziya müşahidə edilir.

Dil-udlaq sinirinin nevrалgiyasını üçlü sinir nevrалgiyası ilə diferensiasiya etmək lazımdır. Birinci halda ağrılar əsasən dilin kökündə, badamcıqda, əsnəkdə lokallaşır, alt çənə bucağı nahiyəsində ağrı nöqtəsi olur; üçlü sinir nevrалgiyasında ağrılar üçlü sinir şaxələrinin innervasiya zonasında lokallaşır. Triqker sahələri üçlü sinir nevrалgiyasında üzde, çox vaxt dodaqlar ətrafında, dil-udlaq sinirinin nevrалgiyasında triqker sahələri dilin kökündə yerləşir. Üçlü sinir nevrалgiyasında epilepsiya əleyhinə maddələr, dil-udlaq siniri nevrалgiyasında isə anestetiklərin yerli istifadəsi (dil kökü, əsnək, badamcıqların yağılanması) effektiv olur.

Dil-udlaq sinirinin nevrалgiyasının proqnozu, adətən xoş olur, lakin, 2-3 il və bəzən daha çox davam edən uzunmüddətli müalicə tələb edir.

Müalicə

Dildə və badamcıqlarda ağrıları azaltmaq üçün yerli anesteziyaedici maddələrdən – novokain, trimekain, lidokain (aplikasiyalar, ağız vannaları, dilin və əsnəyin selikli qişasının aeroxolla püskürdülməsi) istifadə edilir.

Nəzərəçarpan daimi ağrısı olan xəstələrə vena daxilinə gündə 1 dəfə 1%-li 10 ml trimekain təyin edilir. Nevralgiyanın ağır formalarında vena daxilinə damcı üsulu ilə birdəfəlik oksibutirat natrium təyin edilir.

Epilepsiya əleyhinə preparatlardan (karbamazepin və ya qabapentin) monoterapiya şəklində və ya antidepressantlarla (amitriptilin), trankvilizatorlarla (fenazepam, diazepam), QSİƏP (ketoprofen, nimesulid, ibuprofen), flüpiridin tipli analgetiklərdən, nikotin turşusu, B qrup vitaminlərdən istifadə edilir.

Qulaqətrafi, çeynəmə əzələləri, badamcıqlar, qırtlaq nahiyəsinə diadinamik və ya sinusoidal modulyasiya olunmuş cərəyanla müalicə effektivdir. Transkraniyal maqnit stimulyasiyası, transkutanal elektroneyrostimulyasiya, hiperbarik oksigenasiya, iynərefleksoterapiya da tətbiq edilir.

Əsas xəstəliyin müalicəsi üçün iltihab əleyhinə preparatlar, neyroleptiklər, ümum sistemi möhkəmləndirici maddələr məsləhət görülür.

Konservativ müalicə effektiv olmadıqda, həmçinin bizvari çıxıntının böyüməsi hallarında cərrahi müalicə aparılır. 3 növ operasiya yerinə yetirilir: bizvari çıxıntının kəsilməsi, dilaltı sinir şaxələrinin intrakraniyal kəsilməsi, dilaltı sinir kökünün mikrovaskulyar dekompressiyası, implantasiya olunmuş elektrodlarla talamus nüvələri və başbeynin kontrateral yarım kürəsi qabığının elektrik stimulyasiyası.

2.2.1. Təbil sinirinin nevrалgiyası

Dil-udlaq siniri nevrалgiyasının xüsusi forması – təbil sinirinin nevrалgiyası - təbil kələfi sindromu, təbil və ya Yakobson sinirinin ağrılı tiki, Reyxert sindromu ilk dəfə 1933-cü ildə F. Reyxert tərəfindən təsvir edilmişdir. O xarici qulaq keçəcəyi nahiyəsində deşici ağrılarla özünü biruzə verir, bəzən üzdə və qulaqdan arxada birtərəfli ağrılarla müşayiət olunur. Tutmanın xəbərdaredici əlaməti əsasən telefonla danışmaq zamanı xarici qulaq keçəcəyi nahiyəsində

yaranan xoşagəlməz duyğulardan ibarət ola bilir (telefon trubkası fenomeni). Xarici qulaq keçəcəyinin palpasiyası zamanı ağrılıq müşahidə edilir.

Qıcolma əleyhinə preparatlar (karbamazepin, qabapentin), qeyri-narkotik analgetiklər (flüpirtin), B qrupu vitaminləri təyin edilir. Xarici qulaq keçəcəyi nahiyəsinə yerli anesteziyaedici təsirli preparatların elektroforezi (novokain, lidokain, dikoin), diadinamik cərəyan, transkraniyal maqnit stimulyasiyası kimi fizioterapevtik müalicə üsullarından istifadə edilir.

2.3. Dilaltı sinirin nevropatiyası

Dilaltı sinirin nevropatiyasının səbəbləri infeksiyalar, travmalar, ağız dibinin şişləri və s. ola bilər.

Bu nevropatiyanın erkən dövründə nevroloji müayinədə dilin sağlam tərəfə yüngül yerdəyişməsi aşkar edilir. Həmin tərəfə dilin orta şırımını da əylmiş, nevropatiya tərəfdə dilin kökü birqədər qalxmış olur. Xəstə dili ilə yanağına, dişlərinə və ağız bucağına toxuna bilmir. Dili çıxardıqda o, dəyişilmiş tərəfə doğru əyilir, dardıqda isə yenidən sağlam tərəfə yerini dəyişir.



Şəkil 27. Sol dilaltı sinirin zədələnməsi

Prosesə dilaltı sinirin hissi liflərinin cəlb olunmasına şəhadət verən dildə ağrı və başağrısının əmələ gəlməsi sayılır. Sonralar dilin

uyğun yarısının atrofiyası inkiçaf edir. Onun səthi qeyri hamar, qırıqlı olur. Selikli qişası nazilir, onun qatlılığı artır. Dilin funksiyası az pozulur. Sinirin kəllədən çıxdıqdan sonrakı sahədə boynun yumşaq toxumaları və yuxarı boyun fəqərələrində travma və müxtəlif patoloji proseslər nəticəsində zədələnməsi hallarında eyni vaxtda yuxarı boyun sinirlərinin dilaltı sinirlə aralarındakı anastomozla şərtlənən, funksiya pozulmaları müşahidə edilir. Müayinədə udma zamanı qirtlağın sağlam tərəfə əyilməsi qeyd edilir.

Dilaltı sinirin funksiya pozulmasını aşkar etmək üçün ağız boşluğuna baxılır, dilin vəziyyəti və hərəkət həcmi, onun səthinin xarakteri, əzələlərin tonusu, əzələ atrofiyasının, fibrilyar səyirmələrin olub-olmaması müəyyən edilir, çeynəmə və udma hərəkətlərinin aparılması qabiliyyəti qiymətləndirilir, həmçinin elektromioqrafik tədqiqat aparılır, nitq yoxlanılır.

Müalicə adətən simptomatikdir və əsas xəstəliyin müalicəsinin bir hissəsidir. Dilaltı şinin şişləri və travmalarında operativ müalicə aparılır.

III Fəsil. Sefalgiyalar (Miqren, damar ağrıları, klaster baş ağrıları).

3.1. Miqren

Miqren (M) – latınca hemikraniya (hemi – yarı, crania – kəllə) "başın yarısı" mənasını verir.

Amerika alimlərinin fikrincə qadınların 17%-i, kişilərin isə 6%-i miqren tipli ağrılardan əziyyət çəkirlər.

Sinonimləri: Aurasız miqren - sadə miqren, hemikrania simplex. Auralı miqren -klassik miqren, assosiasiya olunmuş miqren və s.

Əsas növləri

Aurasız, auralı.

Aura (yel əsməsi) başağrısından öncə və ya onun başlanğıcında yaranan nevroloji simptomlar kompleksidir (ocaqlı nevroloji simptomatika). 5-20 dəqiqə ərzində yaranır, 60 dəqiqədən artıq davam etmir və ağrı fazasının başlanması ilə tam aradan çıxır.

Ən çox görmə aurası rast gəlir (fotopsiya, hemianopsiya, səyirici skotoma, ziqzaqlar).

Auranın variantları: miqrenoz başağrısı ilə aura, başağrısız aura.

Aurasız miqren- buna adi miqren deyilir. 4 saatdan 72 saata qədər davam edir. Bu zaman ağrı fiziki və zehni aktivlik zamanı, işığa və səsə həssaslıq zamanı daha da artır. Ürəkbulanma və qusma ilə müşahidə olunur. Xəstələrin çox hissəsində aurasız miqren müşahidə edilir. Aurasız miqren, ən çox qadınlarda rast gəlir, debütü tez olur (13 yaş), təhrikedici amillərdən biri menstrual sikl olur.

Auralı miqren - bu klassik miqren adlanır. Bu zaman nevroloji simptomlar baş ağrısının başlanğıcında özünü daha qabarıq göstərir, göz qarşısında qara nöqtələrin uçuşması, işıq saçması kimi hallar qeyd olunur. Auralı miqrenin başlanğıc yaş gecdir (26-31 yaş), nisbi olaraq kişilər çox xəstələnilir, ən mühüm təhrikedici amil işıq olur.

Menstrual M-də tutmalar menstruasiya başlanmasından sonra 48 saat ərzində inkişaf edir (5- 10% xəstələrdə).

Hamiləliyin birinci trimestrində qadınların üçdə iki hissəsində bir qədər yaxşılaşmadan sonra, ikinci və üçüncü trimestrlərdə M-nin

tam yoxolmasına qədər əhəmiyyətli dərəcədə yüngülləşməsi müşahidə edilir.

Etiologiyası

Estrogen səviyyəsində baş verən hormonal dəyişikliklər miqreni olan qadınlarda tutmaların baş verməsinə səbəb olur. Bu tutmalar qadınlarda adətən menstrual siklin ya gedişində ya da əvvəlində baş verir. Tutmaların tezləşməsi hamiləlik və menopauza dövründə baş verə bilər. Hormonal preparatların qəbulu da tutmaları tezləşdirir.

Spirтли içkilər, nitratlar, çox saxlanmış pendirlər, şokolad, qıcqırmış və konservləşdirilmiş qidalar, donuz əti, aclıq, artıq çəki, stres, sensor qıcıqlar, güclü işıq və ya gün şüaları, xoş və ya qeyri-xoş qoxular, yuxunun pozulması - həm uzun müddət yatma, həm də yuxusuzluq, fiziki faktorlar - intensiv fiziki fəaliyyət və cinsi aktivlik, dərman preparatları, irsiyyət risk amilləri rolunu oynayır.

Qadınlarda miqren tutmaları 72% hallarda övladlarına keçir.

Patofiziologiyası

Əvvəllər çox populyar olan damar nəzəriyyəsi artıq miqrenin patofiziologiyasını izah etmək üçün istifadə edilmir və düzgün sayılmır. Qeyd edək ki, bu nəzəriyyəyə görə miqren tipli baş ağrısı kəllədaxili qan damarlarının dilatasiyası, miqrenin aurası isə damarların vazokonstriksiyası ilə əlaqələndirilirdi. Tədqiqatlar göstərir ki, miqren zamanı damarların vazodilatasiyası baş vermiş olsa da, buna səbəb mərkəzi neyrovaskulyar nəzarət mexanizminin

birincili neyronal disfunksiya ilə əlaqələndirilir. Belə ki, məhz neyronal disfunksiya nəticəsində miqrenə səbəb olan kəllədaxili və ekstrakranial dəyişikliklər inkişaf edir.

Kortikal depressiya

Beyinin qabıq maddəsi ilə yayılan depressiyadır. Miqrenin aurası ilə miqren baş ağrısı arasında mövcud olan əlaqə həm də hər ikisinin "beyin qabıq maddəsi ilə yayılan depressiya" fenomeni ilə bağlı olmasıdır. Qabıq maddə ilə yayılan depressiya beyinin qabıq maddəsi ilə yayılan neyronal və qlial dalğadır. Kortikal depressiya zamanı trigeminal sinirin (5-ci kəllə sinirinin) afferent şaxələrinin aktivasiyası əmələ gəlir. Bu zaman ağrıya həssas beyin gişələrində iltihab dəyişiklikləri və nəticədə baş ağrıları yaranır.

Miqrenin əsas əlamətləri

Başın bir tərəfində güclü ağrı (gicgah, alın, göz, ənsə nahiyələri), başağrısı tərəflərinin yerdəyişməsi.

Yanaşı simptomlar tipikdir: ürəkbulanma, qusma, fotofobiya, fonofobiya. Adi fiziki yükədən sora ağrıların artması.

Ağrının pulsasiyalı xarakteri.

Tipik təhrikedici amillər.

Gündəlik aktivliyin əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşması.

Adi analgetiklərlə başağrısı çətin kəsilir.

Miqrenin irsi xarakteri (hadisələrin 60%-i).

Tutmanın fazaları

1-ci faza: Prodromal faza

Miqreni olan xəstələrin 60%-də müşahidə edilir və baş ağrılarının başlanmasından 24-48 saat əvvəl baş verir. Prodromal faza motivasiya-vegetativ simptomlardan ibarətdir: eyforiya, depressiya, qıcıqlanma, gida qəbuluna meyilliyin artması, qəbizlik, boyunun gərginliyi və əsnəmənin artması.

2-ci faza: Aura fazası

Xəstələrin 25%-də müşahidə edilir, tədricən inkişaf edir, 1 saatdan çox davam etmir, müsbət və neqativ olur və tam geriyyə döndərilə bilər. Növləri: Vizual, sensor, motor.

Vizual auralar adətən kiçik görmə sahəsinin itirilməsindən başlayır. Bu bəzən çox işıqlı (parıltı kimi qəbul edilən) ləkə kimi də müşahidə edilə bilər. Daha sonra, 5 dəqiqədən 1 saatadək görmə qabiliyyətinin pozulması genişlənərək görmə sahəsinin 1/4 hissəsini və ya yarısını əhatə edir. Görmə sahəsinin pozulması adətən mərkəzdən periferiyaya doğru yayılır və pozuntu sahəsində əyri xəttlər peyda olur. Aura bitdikdə isə görmə ilk növbədə mərkəzi görmə sahələrində bərpa olunur.

Sensor aura adətən vizual auralardan bir neçə dəqiqə sonra baş verir. Lakin sensor aura vizual aurasız da baş verə bilər. Sensor aura adətən ətrafın birində və ya uzun bir tərəfində ürpəşmə hissiyyəti ilə başlayır. Ürpəşmə hissiyyəti miqrasiya etdikdə, yerində meydana gələn keyləşmə hissiyyəti 1 saatadək davam edə bilər. Sensor aura həm də ağızın içini, yanağın selikli qişasını və dilin yarısını əhatə edə bilər.

Vizual və sensor auralarla yanaşı xəstələrdə daha az hallarda disfazik və ya nitq aurası da müşahidə edilə bilər. Bu cür auralar

mülayim (sözlərin ifadə edilməsi ilə bağlı çətinlik) və ya ağır dərəcəli (aşkar disfaziya) ola bilər.

Nadir auralardan biri də motor (hərəkəti) auradır. Bu hemipleqik miqren əlamətidir. Motor auradan sonra bir tərəfdə üzün və ətrafların zəifliyi əmələ gəlir.

3-cü faza: Baş ağrısı fazası

Miqren baş ağrısı çox vaxt birtərəfli və pulsasiyaedici xarakterli olur. Miqren baş ağrısı inkişaf etdikcə, xəstələr tez-tez ürək bulanma və qusmadan əziyyət çəkirlər. Bir çox xəstədə fotofobiya və ya fonofobiya da müşahidə edilir. Buna görə də, əksər xəstələr miqren tutması hallarında qaranlıq və sakit otaqda olmağa üstünlük verirlər. Bəzi hallarda osmofobiya və dəri allodiniyası da baş verə bilər. Normal dəridə hər hansı bir qıcığa (məs. taktil, temperatur qıcığı) qarşı ağrının hiss edilməsinə dəri allodiniyası deyilir. Dəri allodiniyasının miqren zamanı mərkəzi ağrı yollarının sensitizasiyası səbəbindən baş verdiyi guman edilir. Məsələn, saçların daranması, başın dərisinə toxunma, üz qırxdırma və ya kontakt linzalardan istifadə miqren tutması zamanı allodinik simptomlara səbəb ola bilər. Dəri allodiniyası tutmalar zamanı çox tez-tez müşahidə olunur və hətta baş ağrısı olmadan da inkişaf edə bilər.

4-cü faza: Postdromal faza

Bu mərhələdə baş ağrısı keçsə də, digər əlamətlər davam edir. Bəzən bu əlamətlər xəstələrin iş qabiliyyətini tam aşağı salır. Xəstələr orta hesabla ayda bir, yaxud da iki miqren tutmasından əziyyət çəkirlər.

Miqrenin başqa növləri

Bazilyar miqrenə çox nadir hallarda rast gəlinir və onun əsasını əzələ zəifliyi olmadan beyin kötüyünün disfunksiyası təşkil edir.

Hemipleqik miqren dığərlərindən fərqli olaraq, motor (hərəkəti) zəiflik ilə xarakterizə olunur.

Retinal miqren nadir patologiyadır və əsasən bir saatdan az davam edən monokulyar skotoma və ya korluqla xarakterizə olunur. Bu zaman xəstələrin bir çoxunda görmənin daimi itirilməsi baş verir.

Xroniki miqren üç aydan çox müddət ərzində ayda 15 gündən çox davam edən və hər ayın ən azı 8 günü baş verən tutmalardır.

Vestibulyar miqren və ya miqrenoz vertiqo dedikdə miqreni olan və ya miqreni xatırladan kliniki xüsusiyyətləri (fotofobiya,

fonofobiya, vizual aura və s.) olan xəstələrdə vertiqo (başgicəllənmə) epizodu başa düşülür.

Menstrual miqren menstrusiyadan 2 gün öncə başlayır və mensttuasiya bitdikdən 3 gün sonrayadək davam edir.

Miqrenin fəsadları:

Auralı və aurasız M-nin fəsadlarına aiddir:

1. Xroniki aurasız epizodik miqrenli xəstələrdə illər keçdikcə tutmaların tezliyi artır, xarakteri tədricən dəyişən gündəlik başağrıların yaranmasına qədər inkişaf edir. Başağrıların davamlılığı 3 ayın ərzində ayda 15 dəfədən artıq olmaqla tutmalar şəklində müşahidə edilir.

2. Status miqrenosis 72 saatdan çox davam edən və xəstəni taqətdən salan miqren baş ağrısıdır.

3. İnfarktsız davamlı, persistəedici aura.

Auralı miqrenin intensiv tutmasından sonra görmə pozulmaları uzun müddət saxlanılır. Bir həftə və ya daha çox davam edən aura simptomlarına baxmayaraq, MRT-də infarkt əlaməti müəyyən edilməyən miqren epizodunu PET (pozitron-emission tomoqrafiya) hipoperfuziya şəklində göstərə bilir (işemiya dərəcəsinə çatmayan).

4. Miqrenoz infarkt (əsasən arxa beyin arteriyası hövzəsində). 3 kriterisi var:

- Anamnezində auralı M.

- Aura simptomlarına identik nevroloji defisit.

- Onun digər səbəblərini istisna etməklə KT və ya MRT-də infarkt ocağının aşkar edilməsi.

- Auralı miqreni olan xəstədə miqren baş ağrısı zamanı aura ilə bağlı simptomların bir saatdan çox davam etməsi.

5. Miqren aurası səbəbindən qıcolma. Auralı miqren baş ağrısı səbəbindən yaranmış qıcolma halları.

Miqrenin müalicəsi

Auralı və aurasız M-nin müalicəsinə diaqnozun dəqiq müəyyənləşdirilməsindən sonra başlanılır. Məsələn, TİH (tranzitor işemik həmlə) keçirən miqrenəbənzər başağrısı olan xəstələrdə antimiqrenoz maddələr (triptanlar) effektiv olur, lakin triptanlar davamlı nevroloji pozulmalar törədə- və insultun dərinləşməsinə şərait yarada bilər.

Medikamentoz terapiyanı M tutmasının intennsivliyindən asılı olaraq təyin etmək lazımdır.

Zəif və mülayim intensivlikli tutmalarda sadə və ya kombinasi olunmuş analgetiklər daxilə və ya şamlar şəklində istifadə edilir: parasetamol 500mq, ibuprofen 400mq. M üçün xüsusi forma aspirin 1000 mq (fişıldayıcı tablet); fiorekal (aspirin, kofein, butalbital) işlədilir.

Terapiyanı təyin edərkən xəstəyə abuzus başağrısının mümkün riski və kodeinə adətkarlıq barədə xəbərdarlıq etmək lazımdır.

Tutmalar vaxtı bir şox xəstələrdə mədə və bağırsaqların atoniyası başverir, dərmanların sorulması pozulur, ona görə də metoklopromid 10-20mq daxilə, 10 mq ə/dax.və ya v/daxilinə və ya 20 mq şam şəklində təyin edilir. Domperidon 10-20 mq daxilə analgetik qəbulundan 30 dəqiqə əvvəl verilir. Motilium analgetikləri hərəkət etdirir və onların sorulmasını sürətləndirir.

Qızıl standart- triptanlar (ağrı başlandıqdan sonra birinci 2 saat ərzində) istifadə edilir. Qusma, foto- və fonofobiyanın inkişafından sonra M tutmasını yalnız juxugətirici və trankvilizatorların qəbulu (daha yaxşı v/dax.) ilə dayandırmaq olur.

Profilaktik müalicə:

- beta-adrenoblokatorlar-metaprolol 50-100mq gündə 2-3 dəfə, propranolol 20-40 mq gündə 2-3dəfə;

- kalsium kanallarının blokatorları- nimodipin 30 mq gündə 3 dəfə, verapamil 40-80 mq gündə 2-3 dəfə;

- antidepressantlar – amitriptilin 50-100 mq/gün, paroksetin 20-40 mq/ gün, sitalopram 20 40 mq\gün, sertralin 50-100 mq/ gün, fevarin 50-100 mq/ gün, axşam qəbula;

- QSİƏP (qeyri steroid iltihab əleyhinə preparat) - aspirin 125-300 mq /gün, 2 qəbula, naproksen 250-300 mq gündə 2 dəfə;

- antikonvulsant – topiramamat 100 mq/gün (başlanğıc doza 25 mq həftədə 25 mq artırmaqla 200 mq-a qədər, gündə 1-2dəfə, müalicə 2-6 ay;

- həmçinin nootrop və miorelaksant preparatlardan istifadə edilir.

Profilaktik müalicəyə göstəriş:

Tutmaların böyük tezliyi (ayda 3 dəfə və ya daha çox);

Uzun müddət davam edən (sürəkli) tutmalar (3 gün və daha çox);

Menstrual dövrdə həyat keyfiyyətini pisləçdirən komorbid pozulmalar (depressiya, dissomnia, gərginlik başağrılarını müşayiət edən perikranial əzələlərin disfunksiyası);

Abortiv müalicənin effektivliyi və ya onun götürülməzliyi;

Permanent nevroloji simptomatikanın əmələ gəlmə riski olan hemipleqik miqren və ya digər formalar;

3.1.1. Trigeminovaskulyar sistem

Trigeminovaskulyar sistem trigeminal qanqlion və yuxarı servikal dorsal köklərdən çıxan kiçik diametrli psevdounipolyar sensor neyronlardan ibarətdir. Bu sensor neyronlar iri serebral damarların, beyinin yumşaq gışa damarlarının, beyinin sərt gışası və böyük venoz sinusların innervasiyasını təmin edir. Öndə yerləşən əksər strukturların innervasiyası trigeminal sinirin (üçlü sinir) oftalmik şaxəsi ilə təmin edilir. Trigeminal qanqlionun stimulyasiyası vazoaaktiv neuropeptidlərin, o cümlədən, substansiya P, kalsitonin genlə bağlı peptidin və neyrokinin ifrazını artırmış olur. Bu neuropeptidlərin ifrazı neyrogen iltihab prosesi ilə bağlıdır. Neyrogen iltihabın miqren baş ağrılarının intensivləşməsi və uzanmasına təsir göstərməsi düşünülür. Xroniki miqreni olan xəstələrin beyin-onurğa beyni mayesində vazoaaktiv neuropeptidlərin səviyyəsinin artması müşahidə edilir. Neyrogen iltihab həm də həssaslığın artmasına səbəb ola bilər.

Klinikası

Baş ağrısı, ürək bulanma, diareya, işığa, səsə həssaslıq, qan dövranının zəifləməsi, qusma.

Bu halda miqren tipli ağrılar saatlarla və ya günlərlə davam edir. Uzun müddət davam edən ağrılar miqrenoz statusa gətirib çıxarır. Ağrıların səbəbi qan damarlarının ətrafındakı sinir liflərinin kimyəvi preparatların təsiri, qan damarlarının genəlməsi nəticəsində sıxılmasıdır.

3.2. Paratriqeminal Reder sindromu

Xəstəlik başın bir yarısında olan damar xarakterli ağrılar, üzdə üçlü sinirin I və II şaxələrinin innervasiya nahiyəsində nevralgik xarakterli üz ağrıları və həmin tərəfdə Horner sindromunun (lakin,

tər ifrazının pozulmaması ilə) meydana gəlməsi ilə təzahür edir.Çeynəmə əzələlərinin də prosesə cəlb olunması mümkündür (Y sinirin üçüncü şaxəsinin hərəki payı). Diaqnoz üçün üçlü sinirin prosesə cəlb olunması sübut olunmalıdır

3.3. Dəstə başağrısı (Klaster sefalgiya –Xorton sindromu)

Əhali arasında klaster (dəstə) başağrısı 0.5-1% təşkil edir. Kişilər arasında qadınlara nisbətən 3-4 dəfə artıq rast gəlinir.Dəstə baş ağrısının kriteriləri aşağıdakılardır:

1. Xəstəliyin debütü 20-40 yaşdır, 15% hallarda irsi xarakter daşıyır.

2. Ağrılar dözülməz xarakterli seriyalarla və ya “dəstə”lərlə başlayır.

3. Dəstənin davam etmə müddəti bir neçə həftədən bir neçə aya qədərdir (dəqiq ifadə olunmuş remissiya ilə bir neşə aydan bir neçə ilə qədər-orta 2-3 il).

4. 10-15% xəstələrdə xroniki remissiyası gedış müşahidə edilir. 27% xəstələrdə isə yalnız 1 epizod klaster sefalgiya olur.

5. Çox xəstələr üçün mövsümlülük xarakterikdir: yaz və payız ayları.

6. Ağrı, bir qayda olaraq, göz ətrafında qəfil başlanır, gicgahı, alını, yanağı əhatə edir, dişlərə, alt çənəyə, boyuna irradiasiya edə bilər. Hücumun davam etmə müddəti 15-180 dəqiqə ola bilər.

7. Ağrı “dəstə”si zamanı ağrı həmişə bir və eyni tərəfdən inkişaf edir. 15% xəstədə tərəf bir dəstədən o biri dəstəyə yerini dəyişə bilər. Tək-tək hallarda bir hücumdan o biri hücumla keçdikdə tərəf dəyişir.

9. Zəngli saat ağrıları- yuxuya getdikdən təxminən 90 dəqiqə sonra baş verir.

10. Gözdənyaşaxma, skleranın qızarması (80%), rinoreya və burunun tutqunluğu (68-76%).

11. Ağrıya görə baş verir: hərəki narahatlıq, aqressiya və ajitasiya.Suisid cəhdləri də ola bilər.

12. “Şir və siçan” sindromu.

13. Təhriki amillər: sutqalq ritmin pozulması (uqub gəlmə, yuxusuz gecə, işin sutqalq cədvəli və s.). “Dəstə” başağrısı vaxtı və ya xroniki formada alkohol, histamin, nitroqliserin qəbulu.

14. Remissiya dövründə heqbir təhriki amil dəstə başağrısını törətməyə qabil olmur

Dəstə başağrısının müalicəsi

Tutmanın müalicəsi (abortiv terapiya):

100%-li oksigen inhalyasiyası 7-10 dəq.

Triptan (ÜİX-də, nəzarət olunmayan A/T-də, aritmiyalarda məsləhət görülmür).

Lidokain intranazal



Şəkil 28. Klaster ağrısı

Indometasin 75 mq/gün

Prednizolon 1 mq/kq/gün-dən başlamaqla.

Tutmanın profilaktikası:

Verapamil 80-240 mq/ gün

Litium karbonat 300-900 mq/gün

Valproat turşusu 600-2000 mq/gün (Topiramet 50-100 mq/gün

Qabapentin 1800-2400 mq/gün

Cərrahi müalicə:
Radiotezlikli termokoaqulyasiya
Radiotezlikli rizotomiya
Mikrovaskulyar dekompressiya.

3.4. Xroniki paroksizmal hemikraniya

Baş ağrısının nadir rast gələn forması xroniki paroksizmal hemikraniya, əsasən yetkin yaşlı qadınlarda (orta 33yaş) müşahidə edilir.

Xroniki paroksizmal hemikraniya öz lokalizasiyası, intensivliyi və onu müşayiət edən vegetativ əlamətlərlə dəstə baş ağrılarını xatırladır. Ağrılar dəstə baş ağrısında olduğu kimidir, lakin, tez-tez baş verir və daha qısamüddətlidir.

İntensiv birtərəfli ağrı tutmalarının davametmə müddəti 2-30 dəqiqə olmaqla, gündə 40 dəfəyədək (orta olaraq gündə 15 dəfə) təkraralana bilər.

Paroksizmal hemikraniyanın” paroksizmal hemikraniya –tik sindrom” adlanan üçlü sinir nevralsiyası ilə birgə rastgələn forması məlumdur.

Sefalgiyanın bu formasının spesifik əlaməti müalicədə indometasinin effektiv olmasıdır.

İndometasinin dramatik effekt göstərməsi diaqnostikanın düzgünlüyünü təsdiqləyir.

Terapiyanı indometasin 25 mq gündə 3 dəfədən başlayıb, sonra tədricən 50 mq gündə 3 dəfəyə keçilir.150 mq/gün daxilə və ya rektal və ya 100 mq inyeksiya formasında gündə 1 dəfə terapeutik doza sayılır.

Terapeutik dozadan 1-2 gün sonra, adətən, baş ağrısı keçib gedir. Baş ağrısı kəsdikdən sonra saxlayıcı doza təyin edilir və tədricən o da ləğv olunur.

3.5. Karotidiniya

Karotidiniya az rast gələn patologiyalardan olmaqla yuxu arteriyalarının kompressiyası və yaxud yuxu arteriyalarının bifurkasiya zonasının zəif faradik stimulyasiyası zamanı yaranan ağrılarla təzahür edir. Ağrılar üçün ipsilateral tərəfini qulaq, alt çənə nahiyəsini, dişləri və boyunu əhatə edir. Bu sindrom bir sıra hallarda

gicgah arteriitinin klinikasında, miqren və ya dəstə başağrıları tutmaları zamanı müşahidə edilir. O, həmçinin yuxu arteriyalarının onun yerdəyişməsinə səbəb ola biləcək disseksiyası zamanı və boyun nahiyəsinin şişlərində müəyyən edilir. Eyni zamanda, ən müasir müayinə metodları ilə də səbəbi aydınlaşdırıla bilməyən karotidiniyaların variantları təsvir edilmişdir.

3.6. SUNKT (ing. Short-lasting, Unilateral, Neuralgiform, Conjunctival, Tearing) sindrom

Konyuktivanın hiperemiyası və gözyaşı ifrazı ilə müşayiət olunan qısamüddətli birtərəfli nevralgik başağrısıdır.

Başağrılarının ən nadir formalarından biridir. Ən çox 23-77 yaşlı (orta 51 yaş) kişilər xəstələnilir;

Əsas əlamətləri:

5-240 saniyə (orta 1 dəqiqəyədək) davamedən, gündə 3-dən 300 dəfəyədək (orta gündə 30 dəfə) təkrarlanan pulsasiyaedici birtərəfli ağrı;

Alın nahiyəsində tər ifrazının artması;

50% hallarda gecə hücumları;

Nevralgik cizgiləri: yuyunma, saçları darama, dişləri təmizləmə, danışmaq və s. amillər ağrını təhrik edə bilər;

Yada salmaq lazımdır ki, üçlü sinirin 1-ci şaxəsinin nevralgiyası çox az hallarda inkişaf edir (5%) və çoxvaxt posherpetik xarakter daşıyır.

Müalicə

SUNKT başağrısının terapiyaya ən rezistent olan formalarına aiddir.

İndometasin və dəstə başağrısında istifadə edilən digər preparatlar effektivsizdir.

Bəzi hallarda epilepsiyaəleyhinə preparatlar yüngüllük gətirə bilər. Diferensial diaqnostika dəstə və digər damar tipli başağrıları ilə aparılır.

3.7. Gicgah arteriiti

Üzdə ağrı, infeksiya-allergik proseslər nəticəsində törənən arteriyaların zədələnməsi ilə şərtlənə bilər. Üz ağrılarına çox hallarda gicgah arteriiti və karotid sifonun arteriiti səbəb olur.

Bu xəstəlik üşütmə, gicgah arteriyalarının genişlənməsi ilə pulsasiyaedici başağrıları, əzələlərdə ağrılar, EÇS-in 40-70 mm/saata qədər yüksəlməsi, anemiya ilə xarakterizə olunur. Gicgah arteriiti birincili sistem vaskulit olub, ona ən çox 50-70 yaşlı qadınlar arasında rast gəlinir. Xəstələrin bir qisminə beyin qan dövranının işemik tipli pozulması, kəllə sinirlərinin işemik neyropatiyası (əksərən, gözün hərəki, uzaqlaşdırıcı və görmə sinirlərinin bir- və ya ikitərəfli zədələnməsi) müşahidə edilir. Başağrısı da bir və ya ikitərəfli xarakter daşıya bilər.

Diferensial diaqnostika baş beyin şişləri, üçlü sinir nevrologiyası, qlaukoma, senil amiloidoz, qeyri-spesifik aortoarteriitlə aparılır. Aydın olmayan hallarda gicgah arteriyasının biopsiyası edilir.

Klinik şəkil. Xəstəlik ümumi zəiflik, əzginliklə başlayır və həmin fonda gicgah, təpə və alın nahiyələrində başağrıları əmələ gəlir.

Baxış zamanı şişkinləşmiş, qıvrılmış, sərtləşmiş arteriyalar görsənir. Üstündəki dəri hiperemiyalaşmış olur. Ağrı pulsasiyalı, sızıldayıcı ola bilər və periodik olaraq güclənməyə meyilli olur. Vaxt keçdikcə arteriyalar ağrılı qayısa çevrilirlər. Qida qəbulu və danışiq zamanı çeynəmə əzələləri və dildə “fasiləli axsama” sindromunun əmələ gəlməsi gicgah arteriitinə patoqnomik əlaməti sayılır. 30-50% xəstələrdə başağrısının başlanmasından 1-1.5 ay sonra gözün tor qişası arteriyalarının zədələnməsi hesabına görmə sinirinin işemiyasından törənən görmə pozulmaları baş verir.

Qanın tədqiqi ümumi iltihabın olmasını müəyyənləşdirir (hipoxrom anemiya, leykositoz, disproteinemiya, birləşdirici toxumanın destruksiyasını xarakterizə edən göstəricilərin artması).

Müalicə. Müalicəsində glükokortikoidlər effektivdir. Steroid hormonlar (prednizolon 40-80 mq/gün, tədricən dozanı artırmaq və sonra azaltmaqla). Kortikosteroid terapiya laborator göstəricilərin normallaşması müddətinə qədər davam etdirilir.

3.8. Karotid sifonun periarteriiti (Tolosa- Xant sindromu)

Tolosa-Xant sindromu ağrılı oftalmoplegiyanın özünəməxsus simptomokompleksi olub, göz yuvası-alın-gicgah nahiyəsində qabarıq simpatalgiyalı ağrı ilə xarakterizə olunur. Ağrı xəbərdaredici əlamətlər olmadan başlayır, yandırıcı, dəşici xarakterli olmaqla

tədricən artır. Xəstəliyin başlanğıcından keçən 2 həftə ərzində ağrı tərəfdə tam və ya hissəvi oftalmoplegiya inkişaf edir.

Etiologiya, patogenezi. Kavernoz sinusun arteriiti karotid sifonda, kavernoz sinusun xarici divarında, yuxarı göz yarığı və göz yuvasında olan müxtəlif patoloji proseslərlə törədilə bilər.

Həqiqi sindromun səbəbi karotid intrakavernoz periarteriit, mağaralı sinus nahiyəsində məhdudlaşmış paximeningit ola bilər. Subfebrilitet, EÇS-in yüksəlməsi regional periarteriitin lehinə olan əlamətlərdir.

Son illər müəyyən edilmişdir ki, bu sindrom mağaralı sinusun hissəvi obliterasiyası, orbital periostit və parasellyar həcmli proseslər nəticəsində əmələ gəlir.

Klinik şəkil. Oftalmoplegiyanın meydana gəlməsi kəllə sinirlərinin periferik şaxələrinin zədələnməsi ilə əlaqədar olur. Adətən xəstələrdə yüngül ifadə olunmuş ekzoftalm da qeyd edilir. Bu xəstəliyin residivləşən xarakterli olması da diqqəti cəlb edir. Təhrikedici amillər çox vaxt infeksiyalar olur.

Diaqnostika. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün karotid angiografiya, yuxarı göz yarığının istiqamətləndirilmiş rentgenoqrafiyası, göz dibinin müayinəsi və başbeynin KT müayinəsindən istifadə edilir.

Müalicə. Müalicədə immunosupressiv terapiyadan istifadə edilir. Müalicə effektinə adətən steroid hormonların təyin edilməsi ilə nail olunur (ən effektiv prednizolon və ya onun analoqu-medrol 1-1.5 mq/kg dozada təyin edilməsi hesab edilir).

3.9. Kəskin angionevrotik ödem (Kvinke ödemi)

Kvinke ödemi (sin: angionevrotik ödem, nəhəng övrə) - dərinin, dərialtı birləşdirici toxumanın və (və ya) selikli qişanın şiddətli, birdən inkişaf edən məhdud ödemidir.

Xəstəlik ilk dəfə İ.Milton tərəfindən təsvir edilib, təfəssilatı ilə 1882-ci ildə N.Kvinke tərəfindən öyrənilmişdir

Bu xəstəliklə gənc yaşlı kişilər və qadınlar xəstələnirlər.

Sensibilizə olunmuş orqanizmdə qida, dərman və digər ekzoallergenlərin, həmçinin qeyri- spesifik qıcıqlandırıcıların (soyuqlama, psixi travmalar, intoksikasiya, infeksiyalar) təsirinə qarşı çox zaman 1-ci tip allergik reaksiya kimi yaranır.

İrsi amillər əhəmiyyət kəsb edir. Xəstəliyin inkişafında hipotalamik nahiyənin rolu – parasimpatik sinir sisteminin tonusunun artmasının durduğu qeyd edilir.

Ödem qəfil və əsasən üzdə (göz qapaqları, yanaqlar, dodaqlar) və əllərdə inkişaf edir. Udlaqda, qırtlaqda, tənəffüs yollarında, mədə-bağırsağ traktında da ödemlər başverə bilər və bir neçə saat ərzində maksimuma çatır, ümumi halsızlıq, qaşınma ilə müşayiət olunur və adi hallarda izsiz olaraq keçib gedə bilər. Kəskin başağrıları, qusma və epileptik qıcolma tutmaları ilə beyin qişalarının ödemi də əmələ gələ bilər.

Şişkinlik avazı, bərk konsistensiyalı olur və üstündən basdıqda onda dərinlik qalmır. Ödem üzərindəki dəri öz ilkin rəngini saxlayır.

Xüsusən təhlükəli xəstəliyin qırtlağın selikli qişasında başverməsidir. Ödem tez inkişaf edən asfiksiyaya səbəb ola bilər. Xəstədə birdən-birə öskürək, xırıltılı tənəffüs, narahatçılıq, üzdə solğunluq və ya göyermə, nəfəs darlığı müşahidə olunur.

Larinqoskopiya zamanı qırtlağın və qırtlaq qapağının selikli qişasının ödemi görünür. Belə hallarda təcili olaraq həkim müdaxiləsi vacibdir.

Kvinke ödeminin sidik kisəsində yaranması sidik ifrazının pozulmasına səbəb ola bilər.

Xəstəliyin davam etmə müddəti müxtəlifdir: bir qrup xəstələrdə tez keçib gedir, digərlərində, əksinə, illərlə, hətta, onillərlə davam edir.

Xəstələrdə tez-tez allergik mənşəli digər xəstəliklər də müşahidə olunur: bronxial astma, pollinoz və s.

Xəstəliyin iki forması var: kəskin və xroniki.

Əgər xəstəliyin müddəti 6 həftəyə qədər davam edərsə, o kəskin forma kimi qiymətləndirilir.

Diaqnostikanın ən əhəmiyyətli komponenti Kvinke ödeminin əmələ gəlməsinə təsir edən faktorlardır. Məs: hər hansı bir qida qəbulunun, dərmanın və s. əlaqəsinin aşkarlanması.

Allergik testlərlə yanaşı qanın ümumi analizi, sidinin ümumi analizi, qanın biokimyəvi analizi də dəyərləndirilir. Autoimmun xəstəliklər, bağırsağ xəstəliyi, qan xəstəliyi istisna olunur. Parazit qurdları və birhüceyrəliyə qarşı nəcis laborator şəraitində yoxlanılır.

Kvinke ödeminin müalicəsi: Allergik reaksiyaların ortadan qaldırılması, ödemin kiçildilməsi, histaminə qarşı orqanizmin həssaslığının azaldılması istiqamətində müalicə aparılır.

Qırtlaq ödeminin müalicəsi təcili olaraq başlanmalıdır. Bu zaman dərialtına 0.1%-li adrenalin məhlulu yeridilir. Xəstənin yaşına uyğun olaraq (0.3-0.5-0.8 ml) dozalar təyin olunur. Vena daxili və ya əzələ daxili olaraq antihistamin preparatlarından biri təyin olunur (məs: dimedrol, suprastin, tavegil və s.).

Eləcə də hidrokortizon hemisuksinat (125 mq) və ya prednizolon hemisuksinat (60-90 mq) təyin olunur.

Qırtlaq ödemi olan xəstələr təcili şəkildə intensiv terapiya şöbəsinə və ya reanimasiyaya hospitalizə edilməlidirlər. Belə xəstələrdə tənəffüsü yaxşılaşdırmaq üçün oksigen verilir, diuretiklər təyin olunur: furosemid (20-40 mq -1-2 ml v/d və ya ə/d), 15%-li mannit məhlulu, 30%-li sidik cövhəri məhlulu (0.5-1.5 q/kq) və s.

Əgər xəstənin vəziyyətində ağırlaşma olarsa, təcili olaraq traxeostomiya etmək lazımdır. Kəskin dövrlərdə antihistamin preparatlar (dimedrol, suprastin, pipolfen 2-5ml), 5-15 ml 10%-li kalsium xlor məhlulu vena daxilinə təyin edilir. Asfiksiya artdıqda qlükokortikoidlər (prednizolon, hidrokortizon, deksametazon), adrenomimetiklərdən (efedrin hidroxlorid) istifadə edilir. Effekt olmadıqda təcili traxeostomiya əməliyyatı aparılır. Kəskinləşmənin sonunda desensibiləedici terapiya, vitaminoterapiya, qamma-qlobulin inyeksiyası, fizioterapevtik müalicə tətbiq edilir.

IV fəsil. Əzələ-oynaq sindromları.

4.1. Üzün miofassial ağrı sindromu

Üzdə ağrı sindromu ilə müşayiət olunan sindromlar içərisində 20% əhali arasında müxtəlif formalarda rastgələn üzün miofassial ağrı sindromu xüsusi yer tutur.

Üzün miofassial ağrı sindromu (miofassial prozopalgıya, kraniomandibulyar disfunksiya, gıcğah-altçənə oynaqının disfunksiyası) qulaqətrafi- çeynəmə- gıcğah nahiyəsində ağrı və alt çənə funksiyasının pozulması ilə xarakterizə olunur.

Etiologiya və patogenez.

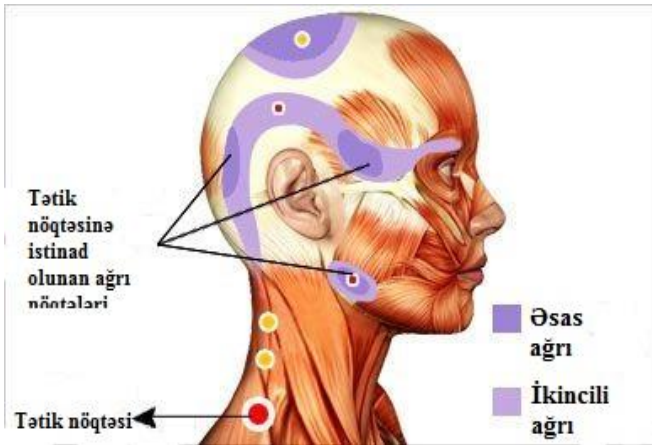
Gıcğah-alt çənə oynaqı funksiyasının pozulmasına çənələrin düzgün qapanmaması, yumulu ağızda dişlərin üst-üstə düşməməsi gətirib çıxarır. Dişləmənin pozulması dişlərin yeyilməsi, alveolyar çıxıntıların sümük toxumasının atrofiyaları, çeynəmə muskulaturasının dəyişiklikləri, dişlərin hissəvi və ya tam itirilməsi (əsasən molyarların), düzgün hazırlanmamış protezlər zamanı əmələ gələ bilər. Bu da öz növbəsində gıcğah- altçənə oynaqında oynaq səthi münasibətlərini pozur.

Nəzərdə tutmaq lazımdırki, dişlərin üst-üstə düşməsinin pozulması nəzərəçarpan dərəcədə tez- tez rastgəlir, nəinki o fonda əmələ gələn üzün miofassial ağrı sindromu. Okkluziya hündürlüyünün azalması, məsələn dişlərin tam itirilməsi və ya müxtəlif patoloji proseslər, travmalar və ya cərrahi müdaxilələr zamanı çənənin, diş sıralarının inkişaf edən böyük deformasiyası, hər bir halda miofassial ağrı sindromu ilə müşayiət olunmur. Bir çox hallarda okkluziya hündürlüyünün azalması simptomuz keçir.

Miofassial ağrı sindromunun patogenezində əzələlərin gərginliyində, qismən çənələrin sıxılmasına, psixoemosional pozulmalara da müəyyən əhəmiyyət verilir.

Bəzi hallarda gıcğah-altçənə oynaqının disfunksiyasını funksion- adətən yuxuda, çeynəmə əzələlərinin qeyri-iradi yığılması (“dişqıcama”) ilə özünü göstərən çeynəmə muskulaturasının şüuraltı aktivliyi qabaqlayır. Bəzən çeynəmə əzələlərində miofassial sindromun səbəbi oynaqın iltihabi və degenerativ dəyişiklikləri ola bilər.

Miofassial sindromun əsasında, qıcıqlanması nəinki lokal, hətta əksolunan ağrı (bu nöqtədən uzaqlaşmış nahiyələr) törədən triqker nöqtələrinin formalaşması durur. Triqker nöqtəsinə palpasiyası nəinki ağrı, eyni zamanda lokal əzələ yığılması törədən yerli əzələ qalınlaşması nahiyəsi uyğun gəlir. Triqker nöqtələri aktiv və latent formalarda ola bilər. Aktiv nöqtələr çox vaxt əks olunan nahiyədə spontan ağrı əmələ gətirir və formalaşdığı əzələlərdə yığılma imkanını məhdudlaşdırır. Latent nöqtələr ağrı sindromu deyil, lokal əzələ gərginliyi və onların disfunksiyasını törədir. Aktiv triqker nöqtələri ikincili triqker nöqtələri yaratmaqla və regional ağrı sindromunu daha diffuz etməklə yerlərini dəyişə bilər. Triqker nöqtələri daha çox qanadabənzər əzələlərdə özünü göstərir.



Şəkil 29. Miofassial ağrılar

Klinik əlamətlər

Əsasən gənc və orta yaşlarda qadınlar xəstələnir. Xəstəliyi təhrik edən amillər psixoemosional pozulmalar, bruksizm, bərk qıdanın çeynənməsi, ağızın geniş açılması, fiziki yorğunluq zamanı əsnəmə, ağızla tıubka və ya siqaretin bərk sıxılması ola bilər.

Üzün miofassial ağrı sindromunun ən tez –tez və erkən klinik əlaməti ağrıdır. Əksər hallarda daimi küt ağrı qulaq seyvanından öndə qulaqətrafi-çeynəmə nahiyəsində lokallaşır və alt şənənin hərəkətləri zamanı, ağız açdıqda, çeynədikdə güclənir. O toxumanın dərinliyində hiss olunur, dəqiq sərhəddi yoxdur. Ağrı qulağa,

boyuna, gicgaha, çənəaltı nahiyəyə irradiasiya edir. Ağrı əmələ gəldikdən xəstənin həkimə müraciət etdiyi dövrə qədər bir neçə gündən bir neçə ilə qədər vaxt keçə bilər.

Ağrının başlanmasından öncə alt çənənin məhdud və ya həddən artıq hərəkətliliyi ilə çox vaxt oynaqda şıqqıltı və xışıltı meydana gəlir.

Xəstələrin çoxunda ağrıların əmələ gəlməsi ilə yanaşı alt çənənin hərəkətliliyi azalır: ağız normada 46-56 mm (kəsici dişlər arasındakı məsafə) açılmaq əvəzinə 5- 25 mm açılır. Sonralar alt çənənin açılması kəskin ağrılar başladığına görə praktik olaraq mümkün olmur. Alt çənənin önə və yana hərəkətləri də məhdudlaşır.

Üzün miofassial ağrı sindromunun xarakterik əlamətlərinə alt çənənin yana əyilməsi, onun hərəkətlərinin düzgün olmayan trayektoriyası və ağzı açarkən həddən artıq önə yerdəyişməsi olur.

Palpasiya zamanı çeynəmə əzələlərinin dəqiq sərhədlənmiş, bərkimiş sahələrində kəskin ağrılı nahiyələr aşkar edilir (triqker nöqtələri).

Beynəlxalq ağrı assosiasiyasının təyininə görə uzun miofassial ağrı sindromu üzün bir və ya bir neçə əzələlərində lokallaşan bir və ya bir neçə triqker nöqtələrinin qıcıqlanmasından yaranan xroniki ağrı sindromudur. Aktiv triqker nöqtələrinin palpasiyası lokal ağrılıq, lokal qıcolma cavabı (qıcolma dalğası dəridə əzələnin birləşmə yerinin yaxınlığında) və “tullanma” simptomu (xəstə qışqırır və stulda hoppanır) müşahidə edilir.

Üzün miofassial ağrı sindromunun klinik əlamətləri:

Tullanma simptomu

Alt çənənin S-vari hərəkətləri

Zərərli hərəkət adətlər

Ağzı açmanın məhdudlaşması

Depressiv vəziyyət

Əks olunan ağrılar triqker nöqtələrinin lokalizasiyasından asılıdır.

Triqker nöqtələrinin çeynəmə əzələsinin səthi qatında lokalizasiyası zamanı ağrıların yuxarı azı dişlərə, yanağa, alt çənəyə və aşağı azı dişlərə vurması mümkündür.

Triqker nöqtələrinin çeynəmə əzələsinin dərin qatında lokalizasiyası zamanı ağrı qulağa, bəzən gicgah-alt çənə oynaqına yayılır.

Çeynəmə əzələsində lokal gərginlik və alt çənə bucağı nahiyəsində triqker nöqtəsinin yerləşməsi gicgah-alt çənə oynaqında ağrının əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Triqker nöqtəsinin gicgah əzələsində yerləşdiyi hallarda ağrı üstün olaraq gicgah nahiyəsinə, qulağa, üst çənə dişlərinə, üst çənənin özünə və gicgah- alt çənə oynaqına yayılır, alt çənə dişlərinin isti və soyuğa hiperesteziyası müşahidə edilə bilər.

Medial qanadvari əzələdə lokal gərginlik və triqker nöqtəsi olduqda ağızın arxa şöbəsi və udlağa, dilə, qulağa, burun əsasına, qırtlağa irradiasiya edən ağrı törənir; ağızı açıqda və qida qəbulu zamanı ağrı güclənir, nadir hallarda qulaqlarda tutqunluq meydana gəlir.

Lateral qanadvari əzələdə lokal gərginlik və triqker nöqtəsinin yerləşməsi çox hallarda ağrının səbəbi olur; ağrı həmçinin yuxarı çənəyə irradiasiya etməklə, üst çənə selikli qişa vəzilərinin hipersekresiyası ilə müşayiət oluna bilər.

Triqker nöqtələrinin ağrı hissiyyatının qıvcıq qapısı olduqca variasiyalıdır və müxtəlif təhrikədiç amillərin təsirindən tez dəyişə bilər. Triqker nöqtələrinin aktivliyinin artması zamanı əksolunan ağrı nahiyələri genişlənir.

Bəzi davranış adətləri (çənənin sıxılması, əllə çənəaltına dayaqvermə, alt çənənin yana hərəkət etdirilməsi) ağrının güclənməsini yarada bilər.

Təhrikədiç amilləri aradan götürməklə və çeynəmə əzələləri üçün sakitlik yaratmaq yolu ilə aktiv triqker nöqtələrinin latent vəziyyətə keçirilməsi ağrının itməsinə şərait yaradır.

Oynaqda şıqqıltı çeynəmə əzələlərinin razılaşıdırılmamış yığılmaları ilə, ən başlıcası lateral qanadvari əzələ ilə gicgah- alt çənə oynaqında hərəkətlərin razılığının pozulması ilə şərtlənir. Alt çənə hərəkət edərkən oynaq diski alt çənə başcığının hərəkətini ya qabaqlaya, ya da ondan geriyyə qala bilər. Başcıq diskin periferik qalınlaşmış kənarından şıqqıltı törədərək sürüşür. Bu onunla təsdiq olunurki, xəstə çeynəmə əzələlərini boşaldaraq, hamar, gərginliksiz alt çənəsini aşağı endirmə hərəkətlərini icra etdikdə, onda gicgah-alt çənə oynaqında adətən şıqqıltı başvermir.

Üzün miofasiyal ağrı sindromu müxtəlif vegetativ simptomlarla müşayiət oluna bilər: tərləmə, burun tutulması, gözyaşı, ağızsuyu ifrazı, başgicəllənmə, qulaqlarda küy, dildə yanğı hissi.

Üzün miofassial ağrı sindromunun klinik şəklində iki period ayırd edilir: gicgah-alt çənə oynaqının disfunksiya periodu və çeynəmə əzələlərinin ağırlı yığılma periodu.

Bəzi hallarda çeynəmə əzələlərinin lokal yığılmaları gicgah- alt çənə oynaqının hərəkətlərini məhdudlaşdıran müdafiə fizioloji mexanizmi də ola bilər. Lakin sonra çeynəmə əzələlərinin yığılması ağrı mənbəyi olur, hansiki, üzün miofassial ağrı sindromunun formalaşmasına şərait yaradan qüsurlu dairəni işə salır “ağrı- çeynəmə əzələlərinin yığılması- ağrı”.

Diaqnostika

Üzün miofassial ağrı sindromu xəstənin şikayətləri, üzə baxışın nəticələri, üz əzələlərinin və gicgah- alt çənə oynaqının tədqiqi əsasında diaqnozlaşdırılır.

Şikayətləri öyrənərkən ağrının xarakteri əhəmiyyət kəsb edir. Bu adətən daimi küt, dərin, dəqiq lokalizasiyası olmayan, üçlü sinir şaxələrinin innervasiya nahiyəsi ilə uzlaşmayan üzün bir yarısında olan ağrıdır.

Ağrının əmələ gəlməsini sinir- psixi gərginlik, soyuma, çeynəmə, adətən ağızın geniş açılması ilə bağlı alt çənənin kəskin hərəkəti təhrik edir. Əgər ağrı yuxudan oyandıqdan sonra əmələ gəlirsə, o adətən bruksizmlə- çeynəmə əzələlərinin yuxuda qeyri-iradi yığılması ilə şərtlənir.

Baxış zamanı dəri və üzün yumşaq toxumalarının vəziyyətinə diqqət yetirilir. Üzün miofassial ağrı sindromu zamanı alt çənənin yana yerdəyişməsi müşahidə edilir.

Bir çox xəstələrdə alt çənənin hərəkətliliyi azalır. Ağız açmanın əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşmasını xəstəyə baxarkən duymaq olur, o özü bunu hiss etməyə bilər. Alt çənənin açılmasının məhdudlaşmasını müəyyənləşdirməkdən ötəri sadə və münasib üç barmağın dişlənməsi testi mövcuddur. Ağız kəsici dişlər arasında normada 4.6-5.6 sm əvəzinə 1.5-3sm enliliyində açılır (normal halda kəsici dişlər arasında göstərici, orta və adsız barmaqların üç əsas falanqaları yerləşir). Alt çənənin, həmçinin, önə və yana hərəkətləri də məhdudlaşır. Bəzən ağrının tam olmadığı şəraitdə, yaxud bir və ya bir neçə çeynəmə əzələlərində yüngül ağrı fonunda çənələrin kəskin gərilməsi müşahidə edilir.

Gicgah-alt çənə oynaqı nahiyəsinə qoyulmuş stetoskopun köməyi ilə şıqıltılı, xışıltılı, kreptasiyaedici küyləri aşkar etmək olur. Normal sürüşkən səslər oynaq səthlərinin hamar olduğunu və oynaqda kifayət qədər sinovial mayenin olmasını göstərir. Çənənin hərəkəti zamanı səsin olmaması oynaq kapsulunun gərginləşməsinə səbəb olan sinovial mayenin artıqlılığına dəlalət edir.

Alt çənənin başcığı palpasiya olunur (alt çənənin sakit və hərəkətli vəziyyətində xaricdən və qulaq keçəcəyi tərəfdən).

Çeynəmə əzələlərinin palpasiyası zamanı bərkləşmiş əzələ dəstələri aşkar edilir. Dəqiq məhdudlaşmış, bərkləşmiş əzələ sahələrində kəskin ağrılı nahiyələr triqger nöqtələri adlanır. Triqger nöqtələrindən ağrı çox vaxt üz və boyunun qonşu nahiyələrinə, gicgah- alt çənə oynaqı nahiyəsinə irradiasiya edir.

Çeynəmə əzələlərinin xüsusi palpasiya metodları mövcuddur.

Çeynəmə əzələsini palpasiya edərkən xəstədən çənəsini sıxmaq xahiş olunur. Çeynəmə əzələlərini, həmçinin, bimanual palpasiya etmək mümkündür.

Çənə palpasiyası zamanı çeynəmə əzələlərini iki barmaqla tuturlar (göstərici barmaq ağızda yerləşir, baş barmaq isə yanaq nahiyəsində yerləşir). Çeynəmə əzələsində triqger nöqtələrini aşkar etmək üçün aşağı yuxarı dişlər arasında qoyulan əşya vasitəsilə ağız geniş açılır.

Gicgah əzələsinin palpasiyasının rahatlığı üçün çənə bir neçə sm aşağı salınmaqla dartılır və bu vəziyyətdə dişlər arasına qoyulmuş karton silindirlə fiksə olunur. Gicgah sümüyünün xarici səthi iki göstərici barmaq vasitəsilə, daxili səthi ağız boşluğundan palpasiya olunur. Göstərici və ya çeçələ barmaqla alt çənənin tac çıxıntısından aşağı molyar dişlərə qədər sürüşdürülür.

Medial qanadvari əzələnin yuxarı qütbü göstərici barmaqla pazvari- alt çənə bağı boyunca pazvari sümüyün qanadvari çıxıntısının qarmağından alveolyar çıxıntının aşağı kənarına qədər palpasiya olunur.

Medial qanadvari əzələnin aşağı qütbü palpasiya olunur: çənəaltı bucaq tərəfdən – iki barmaqla; ağız bucağı tərəfdən – bir əlin göstərici barmağı ilə və şənəaltı üçbucaq tərəfdən o biri əlin barmağı ilə; ağız boşluğu tərəfdən - eyni vaxda hər iki əlin çeçələ barmaqları ilə.

Üzün miofassial ağrı sindromu olan xəstələrdə çeynəmə əzələlərinin palpasiyası zamanı tez-tez lateral qanadvari əzələnin ağrılılığı müşahidə edilir.

Lateral qanadvari əzələnin aşağı daxili başcığını palpasiya etmək üçün xəstədən ağızını geniş açmaq xahiş olunur. Çəçələ barmaqlar tac çıxıntısının daxili səthi ilə sürüşdürülür və onlarla medial tərəfə təzyiq göstərilir. Əgər əzələnin bu hissəsində triqger nöqtələri yerləşərsə təzyiq ağrı törədir.

Gicgah-alt çənə oynaqını tədqiq edərkən qeyd edilir:

Xartıltı və şıqqıltı

Oynaq başlarının hərəkətlərinin asimmetriyası

Ağızı açarkən S-vari hərəkətlərin olması və ya alt çənənin həddindən artıq önə yerdəyişməsi

Alt çənənin yanlara hərəkətinin həcmnin azalması. Ağızın açılması ağrıya görə məhdudlaşır (üç barmaq simptomu, kəsicilər arasındakı norma 46- 56 mm).

Müalicə

Müalicəni psixoterapevtik söhbətdən başlamaq lazımdır. Bundan əlavə ağız boşluğunun sanasiyası və diş sırası defektlərini protezləşdirmə əməliyyatı aparılır. Ümumi tədbirlər yuxunun normallaşdırılmasına, psixoemosional reaksiyaların və endokrin sistemin funksiyalarının sistematik tənzimlənməsinə yönəldilir.

Qidanın yavaş, ikitərəfli çeynənməsi çeynəmə əzələlərini yüklənmədən və yorğunluqdan qoruyur. Xəstələrə müalicə gimnastikasının edilməsinin vacibliyini mütləq qeyd etmək lazımdır. Yemək vaxtı, yuxudan sonra ağırlar əmələ gəlmiş zaman hər qida qəbulundan öncə alt çənənin aşağı-yuxarı, sağa-sola, önə-arkaya hamar hərəkətlərini yerinə yetirmək lazımdır.

Müalicə bədən tərbiyəsi

Əzələlərin boşalması üçün çeynəmə əzələsinin passiv gərilməsinə ən sadə hərəkət hesab etmək olar.

Xəstə aşağıdakı hərəkətləri yerinə yetirir: isti su ilə isladılmış dəsmal ilə üzünü isidir; bir əli ilə ləyəne dirsəklənir, alnı ilə əl pəncəsinə söykənərək, ikinci əl ilə o, rahatlıqla, ancaq güc tətbiq etməklə alt çənəni əzələlərin maksimal gərilməsinə qədər aşağı və önə dartır; çənəni bu vəziyyətdə 5 dəqiqə ərzində saxlayır; tapşırıq ağızın tədricən bağlanması və əzələlərin boşalması ilə başa çatır. Tapşırıq 5-6 dəfə təkrar edilir.

Lateral qanadvari əzələnin başcığının passiv gərilməsi:

Xəstə arxası üstə uzanır, başı sərt yastıq üzərində, çeynəmə əzələləri boşalmış olur. Bir əli ilə xəstə cənəaltını tutur və hamar olaraq, lakin güc tətbiq etməklə eyni vaxtda onun gah bu, gah da digər tərəfə yerini dəyişərək alt çənəni arxaya və yuxarıya itələyir. Sonra xəstə əlinin köməyi olmadan alt çənəsini maksimal olaraq irəli hərəkət etdirmək və dartmaqla aktiv hərəkətləri yerinə yetirir.

Çeynəmə əzələlərinin aktiv gərilməsi üçün hərəkətlər:

Alt çənəni qaldıran əzələlər üçün hərəkətlər ağızın açılması məhdudiyətlərini aradan qaldırmağa imkan yaradır;

10 saniyə ərzində alt çənəni maksimal sallanmış vəziyyətdə saxlamaqdan başlanılır, eyni vaxtda xəstə ağızını yummağa çalışır; sonra alt çənə buraxılır və çeynəmə əzələləri boşalır;

Xəstə ehtiyatla əli ilə alt çənənin açılmasına kömək etməklə ağızını mümkün qədər daha geniş açmağa cəhd göstərir;

Xəstə əli ilə çənənin düşməsinə mane olmaqla aktiv olaraq ağızını açır;

Lateral qanadvari əzələnin aktiv gərilməsi üçün hərəkətlər:

Xəstə alt çənəni dişlərdən və çənəaltından tutur və hamar olaraq, lakin güc tətbiq etməklə onu əzələ gərginliyi hiss edənədək irəli itələyir. Sonra alt çənə ilə önə və arxaya aktiv hamar hərəkətlər edir və o, əli ilə həmin hərəkətlərə mane olur.

Qeyd etmək lazımdır ki, hərəkətləri yerinə yetirərkən yükləmək və əzələ və oynaqlarda ağrının əmələ gəlməsinə yol vermək olmaz.

Qeyri-medikamentoz terapiyanın əsas istiqamətlərindən biri reflektor postizometrik relaksasiya metodundan istifadə etməklə müalicə bədən tərbiyəsidir.

Postizometrik relaksasiya seansından öncə 5-10 dəqiqə ərzində isti prosedurlar (isti kompreslər) məsləhət görülür. Müalicə gimnastikası gündə 4-8 dəfə aparılır. Əzələlərin relaksasiyası üçün ən sadə hərəkətlər aşağıdakılardır:

Çeynəmə əzələlərinin aktiv gərilməsinə aid hərəkətlər: alt çənənin yuxarı və aşağı, sonra sola- sağa hərəkəti (hər vəziyyətdən 10 dəfəyə qədər)

Çeynəmə əzələlərinin reflektor boşalmasına aid hərəkətlər: Alt çənə həkim və ya xəstənin özü tərəfindən tutulur. Bu halda xəstə əlin müqavimətinə üstün gələrək alt çənəsi ilə yuxarı-aşağı, önə və

arxaya hərəkətlər edir (postizometrik relaksasiya). Hər bir hərəkət 8-10 dəfə təkrar edilir.

Ağızgenişləndiricilərin köməyi ilə çeynəmə əzələlərinin mexaniki gərilməsi (mexanoterapiya).

Çeynəmə əzələlərinin aktiv-passiv gərilməsi. İsti kompres qoymaqla əzələ gərilməsinin birləşməsi daha effektivdir sayılır.

Həmçinin “işemik kompressiya” mümkündür: baş barmaqla triqger nöqtəsi ağrı qəbuledilə bilənə qədər sıxılır, ağrı azaldığı ölçüdə təzyiq artırılır. Kompressiyayı bir neçə dəfə təkrarlamaq arzuolunandır. Əgər ağrı çoxkəskin deyilsə onda effektivtə əzələlərin masajının köməyi ilə nail olmaq olar. Masaj yüngül olmalıdır və silmə və döyücləmə yolu ilə aparılmalıdır.

Kəskin ağrını və alt çənənin nəzərəçarpan məhdudlaşmasını götürmək üçün çeynəmə və ya gicgah əzələsinin asan daxil oluna bilən ağırlı sahəsinə 1-2 ml 0.25- 0.5%-li novokain məhlulu vurulması tövsiyə edilir. Triqger nöqtələrinin 1%-li nikotin turşusu məhlulu və yerli anestetiklərlə (novokain, lidokain) blokadası aparılır.

Alt çənə siniri şaxələrinin blokadası geniş yayılma vüsəti almışdır. İynə almaçığı qövsünün aşağı kənarına yeridilir və yavaş 2-3 dəqiqə ərzində 1.0-1.5 ml 0.5%-li novokain məhlulu vurulur. Preparatın yeridilməsinin sonunda xəstələr vəziyyətinin yaxşılaşmasını qeyd edirlər: ağrılar ya azlır və ya tam keçir, alt çənənin hərəkətinin həcmi artır. Müalicə kursu 4-6 blokadadan ibarət olmaqla, ağrıları aradan götürür və alt çənənin hərəkətliliyini bərpa edir.

Medikamentoz terapiya

Aşağıdakı preparatlar istifadə edilir:

Miorelaksantlar:

Tiazinidin, 2-4 mq gündə 3 dəfə ;

Tolperizon, 50-150 mq gündə 2-3 dəfə;

QSİÖP və qeyri opioid analgetiklər:

Ibuprofen, 200 mq gündə 1 dəfə;

Diklofenak, 50 mq gündə 3 dəfə;

Meloksikam, 7.5-15 mq gündə 1 dəfə;

Lornoksikam, 8 mq gündə 2 dəfə;

Nimesulid, 100 mq gündə 1 dəfə;

Selekoksib, 200 mq gündə 1 dəfə;

Aseklafenak, 100 mq gündə 2 dəfə;

Flüpiritin maleat, 100-200 mq gündə 3 dəfə.

Tritsiklik antidepressantlar:
Amitriptilin, 25-50 mq/gün;
Imipramin, 25-50 mq/gün;
Serotoninin əks zəbtolunma selektiv inhibitorları:
Fluoksetin, 20 mq/gün;
Fluvoksamin, 50-100mq/gün;

Miorelaksantlarla eyni vaxtda diametri 3 mm olan qıfın köməyilə triqker nöqtələrinə yönəldilən xladagent (xloretin) də istifadə edilir.

Fizioterapiya

Ultrasəsin köməyilə ağrıları azaltmaq, hətta tam kəsmək olur. Adətən triqker nöqtələrinə yaxın olan toxumalara təsir göstərilir. Analgin fonoforezi nəzərəcarpan ağrıkəsici təsir göstərir. Bundan əlavə spazmlaşmış əzələlər nahiyəsinə maqnitolazeroterapiya metodları, transdermal elektroneyrostimulyasiya, ozokerit aplikasiyası da istifadə edilir.

4.2. Gigah-alt çənə oynaqının xəstəlikləri

Gigah-alt çənə oynaqlarının (GAÇO) xəstəlikləri oynaq və oynaqdan kənar simptomlardan ibarət olur. Oynaq simptomlarına qulaqönü nahiyədə ağrı, alt çənənin çətin hərəkətliliyi, oynaq küyü, hərəkət, danışıq, sakitlikdən sonra hərəkətlərə başlanğıc (“start” ağrı) zamanı ağrı daxildir. Oynaqdan kənar simptomlar üçün zədələnmiş tərəfdə qulaqda, çeynəmə əzələlərində, dişlərdə, çənələrdə, almacıq qövsündə, alt çənə, təpə və ənsə nahiyələrində ağrının olması xarakterikdir.

GAÇO artrozu zamanı oynaq küyü və oynaqın azhərəkətliliyi ağrını qabaqlayır. Soyuma, uzunmüddətli danışıq, bərk qidanı çeynəmə zamanı ağrı əmələ gəlir. Birtərəfli tip çeynəmə aşkar edilə bilər.

Fibroz ankiroz zamanı oynaqda ağrı ağızın açılmasının (5-7 mm-ə qədər) və alt çənənin yana hərəkətlərinin davamlı və ya tam məhdudlaşması fonunda baş verir.

GAÇO-nun artrozunun və əzələ-oynaq ağrı sindromunun inkişafının ən çox rast gələn səbəbi dişçənə sistemində pozulmalar nəticəsində oynaq toxumalarının mikrotravmaları olur.

Diagnostika

GAÇO xəstəliklərinin diaqnostikasında əhəmiyyətli mürəkkəblik xəstələrdə oynaq səthlərinin sümük qapayıcı plastinkalarında rentgenoloji dəyişiklik tapılmayan hallarda baş verir. Bu hallarda GAÇO reoqrafiyası ilə yanaşı erkən diaqnostika üçün skeletin radionuklid vizualizasiyası metodlarından istifadə edilir.

GAÇO-nun funksional pozulmalarının səbəblərindən biri daxili yuxu arteiyasının (DYA) patologiyasıdır.

Göstərilən sindromda neyrogen somatik pozulmaların inkişafının əsas patogenetik amili daxili yuxu arteriyasının GAÇO-nun bilavasitə yaxınlığında yerləşən gicgah sümüyü piramidasının sümük kanalına (yuxu kanalı) daxil olmasından əvvəl keçiriciliyinin pozulmasını hesab etmək olar.

Bu sahədə DYA keçiriciliyinin pozulması, əsasən çənəni sıxan zaman, eyni vaxtda oynaq kapsulunun gərginləşməsi və DYA-nın perivazal sinir-reseptor aparatının diskonevrovazal konflikt tipli qıcıqlanması ilə oynaq daxili diskin periodik və ya daimi dislokasiyası nəticəsində baş verir. Bu zaman əvvəlcə damarın lokal spazmı, sonralar onun tam okklüziyaya (kəllənin yuxu kanalına daxil olan hissəsinə kimi) qədər tədricən daralması baş verir.

Nəticədə çənə damar kanallarının hissəvi və ya tam obliterasiyası və dişçənə sistemində degenerativ-distrofik proseslərin əmələ gəlməsi və ya güclənməsi inkişaf edir.

Bu nahiyədə disk-nevrovazal konfliktin mexanizmi ən çox əyani və nümayiş etdirilən formada GAÇO və DYA-nın kompleks rentgenkontrast müayinəsi ilə müəyyənləşdirilir.

Müalicə. GAÇO disfunksiya sindromunun kəskin və təzə hallarında, məsələn üçlü sinirin nevralfiyası tipli inkişafında tez, lakin qısamüddətli müalicə effektinə yerini dəyişmiş diskin GAÇO çıxığının Hippokrat üzrə yerinə salınmasını xatırladan metodika ilə düzəldilməsi ilə nail olunur.

Xəstəliyin simptomlarının daha davamlı və uzunmüddətli ləğvi oynaqın çənəarası okklüziv şinanın və ya plastinkanın köməyiylə diskin oynaq daxili vəziyyətini normallaşdıran etaplı dartılması ilə əldə edilir. Sonrakı protezləşdirmə ilə müalicənin effekti möhkəmləndirilir.

Xəstəliyin gecikmiş hallarında müalicə ümidli cərrahi metodlarla (dissektomiya, yuxarı kondilektomiya və s.) aparılır.

Klinikada DYA-nın tam okklüziyası və tutulması hallarında bir çox müəlliflər başbeynin kollateral qan dövrənini ekstra-intrakranial mikroanostomoz yerləşdirmə operasiyaları ilə və yaxud vazoaaktiv preparatların köməyiylə yaxşılaşdırmağı üstün tuturlar. Əlbəttə ki, bu həmişə effektivdir.

V fəsil. Atipik üz ağrıları.

5.1. Stomalgiya

Stomalgiya (qlossalgiya, qlossodiniya, ağız boşluğunda yanğı sindromu) - dildə yanğı hissi, sancma, qaşınma və s. formada paresteziyalarla özünü göstərən klinik sindromdur.

Hal-hazıra qədər xəstəliyin etiologiya və patogenezinin başa düşülməsinə vahid yanaşma mövcud deyildir. Stomalgiyanın ehtimal olunan yerli səbəblərinə aid edilir: ağız boşluğunun selikli qişasını qıcıqlandıran dişlərin və ya protezlərin iti kənarları, plomb və ya protez materiallarına allergik reaksiyalar. Okklüzion disharmoniya, dişlərin travmatik çıxarılması, qırmızı yastı dəmrov.

Bir çox müəlliflərin müşahidələrinə əsasən qlossalgiya bütöv sıra xəstəliklərlə yanaşı mövcud olur. Qlossalgiyalı xəstələrin əksərində mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri aşkar edilir (qastrit, yara xəstəliyi, xolesistit, kolit, qurd invaziyası və s.). Pernisioz anemiya zamanı qadınlarda cinsiyyət orqanlarının funksiya pozulmalarında (xüsusən klimaks dövründə), vegetativ və mərkəzi sinir sisteminin xəstəliklərində qlossalgiya müşahidə edilə bilər. Qlossalgiya qlossitin bəzi formalarını (coğrafi, qatlı, rombvari, qara tükli dil), qırmızı yastı dəmrovu, ağızın selikli qişasının kandidozunu müşaiyət edə bilər, onurğanın boyun şöbəsinin osteoxondrozu zamanı yarana bilər. Stomalgiyalı xəstələrin əksəriyyətində xəstəliyi stress situasiyası qabaqlayır. Xəstələrin dördüdə birində psixi xəstəliklər aşkar edilir. Oxşar hallarda stomalgiyaya ağız boşluğunun senestopatiyası kimi baxılır.

Yerli amillərin təsiri altında, üstün olaraq dişçənə sistemi tərəfindən kəllə sinirləri sistemində (üçlü, dil-udlaq, azan sinirlər) patoloji afferent sel formalaşır. Ağız boşluğundan uzun müddət mövcud olan patoloji afferentasiya nəticəsində başbeyin yarım kürələri qabığında daimi qıcıqlanma mənbəyi olan patoloji impulsasiya ocağı formalaşır. Belə bir ocağın üçlü sinir sistemində lokalizasiyası zamanı, hansının ki, şaxələri aşız boşluğunu innervasiya edir, ağrının qıcıq qapısının enməsi üçün şərait yaranır. Ona görə də dildən və ağız boşluğundan hər hansı afferent siqnal ağrı hissiyatı kimi qəbul edilir.

Xəstələr dildə və ağızın selikli qişasında yanma, sancma hissiyyatından şikayət edirlər. Ağrı hissləri mülayim və ya çoxgüclü, bəzən isə dözülməz dərəcədə ola bilər. Bəzi hallarda paresteziyalar ağız və dilin selikli qişasının müəyyən sahələrini tutur, digər hallarda paresteiya və ağrı hissləri ağızın, udlaq və qırtlağın bütün selikli qişasına yayılır. Xəstələrin dördü birində paresteziyanın birtərəfli lokalizasiyası müşahidə edilir. Ağrı və yanğı duyğusundan əlavə xəstələri yöndəmsizlik hissi, şişkinlik, dildə ağırlıq narahat edir. Bu vaxt nitq anlaşılmaz olur, dizartriya bənzər hal yaranır. Vegetativ pozulmalar meydana çıxır: kserostomiya və ya hipersalivasiya, dilin və ağızın selikli qişasının hiperemiyası və ya avazıması, dilin və dişətinin şişkinliyi. Yemək zamanı ağırlı hissiyyat azalır və ya tam itir (“qida dominantı” simptomu). Xəstələrdə kanserofobiya olur (linqvorokanserofobiya), bədxassəli şiş axtarmaq məqsədilə onlar daim güzgüdə dilinə baxırlar (“güzgü” simptomu), depressiya və ipoxondriya meyilli olurlar.



Şəkil 30. Qlossodiniya

Stomatoloji müayinə zamanı, adətən, ağız boşluğunun selikli qişası tərəfindən heç bir əhəmiyyətli dəyişiklik aşkar edilmir. Nevroloji statusda sinir sistemi tərəfindən vegetativ damar distoniyası formasında funksional dəyişikliklər müəyyən edilir.

Diaqnoz ağız boşluğunda yanma şikayətinə əsaslanaraq müəyyənləşdirilir. Patoqnomonik simptom yemək yeyərkən ağrı hissiyyatının azalması və ya itməsi sayılır.

Stomalgiyanın (qlossalgiyanın) diaqnostik meyarları:

Ağız boşluğunda yangı hissi;

Simptomlar 4-6 ay ərzində saxlanılır;

Yanma bütün gün ərzində hiss olunur və ya günün ikinci yarısında güclənir;

Yuxunun pozulması ola bilər;

Yemək yeyərkən ağrı hissiyyatının azalması və ya itməsi;

Diferensial diaqnostikanı üçlü sinirin nevralgiası ilə aparmaq lazımdır, onun üçün isə üçlü sinirin 2-ci və 3-cü şaxələrinin innervasiya nahiyəsində paroksizmal deşici ağrıların olması, triqger nöqtələrinin və triqger amillərinin olması xarakterikdir. Üçlü sinir nevralgiasının mahiyyətli fərqləndirici əlaməti ağrı tutmasının qida qəbul edərkən və ya çeynəmə zamanı başlana bilməsidir, hansı ki, stomalgiya zamanı heçvaxt olmur.

Stomalgiyaya uyğun kliniki şəkil dil sinirinin nevralgiası və ya nevropatiyası zamanı da müşahidə edilir, lakin bu halda hissiyyatın ağrı və ya hipesteziya şəklində mononevritik pozulmaları olduqca dəqiq ifadə olunur. Dil sinirinin nevralgiasında ağrılar çox hallarda dilin bir yarısında lokallaşır və adətən, yangı və paresteziyalarla birləşmir. Yada salmaq lazımdır ki, stomalgiya zamanı ağrı hissiyyatı qida qəbulu zamanı itir və bu dil sinirinin xəstəlikləri üçün xarakterik deyildir.

Stomalgiyanın müalicəsi kompleks olmalıdır: medikamentoz terapiyanı fizioterapiya, iynəterapiyası, lazeroterapiya və psixoterapiya ilə birlikdə aparmaq lazımdır. Medikamentoz terapiya özündə antidepressantları, anksiolitikləri, vitaminləri və vegetotrop maddələri birləşdirir, antidepressantlar geniş tətbiq edilir. Amitriptilinin sutqalığ dozası adətən 25-100 mq olur. Antixolinergik əlavə təsirlər yarandıqda (ağızda quruluq, qəbizlik, akkomodasiyanın pozulması, sidik ifrazının ləngiməsi) amitriptilinin dozası azaldıla bilər.

Anksiolitiklər içərisində daha effektivsi kiçik dozada preqabalin və klonazepamdır.

Xəstəliyin ağır gedişində neyroleptiklər təyin edilir.

Antioksidant təsirli dərman preparatlarından istifadə edilir (sitoflavin, etilmetilhidroksipirdin suksinat, tioktat turşusu), A, B, S və E qrup vitaminlər.

Vegetotrop preparatlardan antixolinergik maddələr (bellataminal), antixolinesteraz preparatlar (ipidakrin) təklif olunur.

Periferik mexanizmlərə tormozlayıcı təsir göstərmək məqsədilə yerli anesteziyaedici maddələrdən (novokain, trimekain, lidokain) aplikasiya, ağız vannaları, aerozollar şəklində istifadə edilir. Ağız 1-2%-li sitral məhlulu ilə (yarım stəkan suya 25-30 damcı) yaxalanır. Selikli qişanı şaftalı yağında 1-2%-li anestezin emulsiyası ilə yağlayırlar.

Kserostomiya əlamətlərini azaltmaq üçün 1%-li pilokarpin məhlulundan 4-6 damcı gündə 3 dəfə, 5-6 gün ərzində istifadə edilir. Ağız suyu ifrazını gücləndirmək üçün 3%-li kalium yod məhlulundan 1 xörək qaşığı, gündə 3 dəfə, 1-2 həftə ərzində qəbul edilir.

Fizioterapevtik prosedurlar geniş tətbiq edilir: yaxalığ zonasının və başın masajı, lazeroterapiya, transkraniyal maqnit stimulyasiyası, elektroyuxu, hirudoterapiya.

Natrium ionlarının elektroforezi də müsbət effekt göstərir (aktiv elektrod dilin üzərinə qoyulur). Müalicə kursu 12-16 prosedur təşkil edir.

Psixoterapevtik müalicə kursu effektivdir.

Ağız boşluğunun sanasiyası, dişin iti kənarlarının hamarlaşdırılması, okklüziya hündürlüyünün bərpası təmin edilməlidir.

5.2. Persistəedici idiopatik üz ağrısı

“Atipik üz ağrısı” termini ilk dəfə 1924-cü ildə Freyzer və Russel tərəfindən neyrocərrahi müalicəsi effektiv olmayan prozopalgialı xəstələrə münasibətdə təklif edilmişdir. 1999-cu ildə Boda və Penşon bu qrup prozopalgialara atipik üz ağrısı, atipik odontalgiya, gicgah-alt çənə oynaqının ağrılı disfunksiyası sindromu və ağız boşluğunun dizesteziyasını (stomalgiya) daxil edərək xroniki idiopatik üz ağrısı anlayışını irəli sürmüşlər. Müəlliflər göstərmişlərki, xroniki idiopatik prozopalgiaların klinik əlamətlərinə və lokalizasiyasına uyğun çox müxtəliflik olmasına baxmayaraq, onların bir sıra tipik əlamətləri mövcuddur:

Ağrının lokalizasiyası üçlü sinirin innervasiya nahiyəsinə uyğun gəlmir;

Ağrı ağız nahiyəsində lokallaşa bilər;

Ağrı paroksizmal xarakter daşır, günün bütün vaxtlarında baş verə bilər və yuxu vaxtı narahat etmir;

Xəstəliyin gedişi xronikidir (daimi ağrılar fonunda periodik olaraq intensiv ağrı tutmaları başlayır).

Baş ağrılarının 2-ci baxış Beynəlxalq təsnifatında (BABT – II, 2004) atipik üz ağrısı kranial nevrojialgiyaların diaqnostik kriterlərinə cavab verməyən və digər patologiyalarla əlaqəsi olmayan persistə edən üz ağrısı kimi təyin edilir.

Epidemioloji məlumatlara uyğun olaraq persistə edən idiopatik üz ağrısı xroniki orofassial ağrılı xəstələr içərisində 5-10% təşkil edir.

Persistə edən idiopatik üz ağrısının diaqnostikasının çətinlikləri onun klinik əlamətlərinin və lokalizasiyasının çoxmüxtəlifliyi, xarakterinin variabelliyi, ağrının “şəkli” ilə əlaqədardır. Ağrı uzun məhdud, dəqiq cizgilənmiş, sərhədlərini xəstələrin əksər hallarda dəqiq göstərə bildiyi nahiyəsində daimi küt xarakter daşıyır və periodik olaraq güclənir, dözülməz, yandırıcı, miqrasiya edən, emosional və psixi gərginlik zamanı artan formada olur. Üzdə ağır, olduqca xoşagəlməz, əzabverici, xəstəyə “aydın olmayan” ağrılı hissiyyat, adəti olaraq, həyəcanlı fikirlərlə və hər hansı bir ağır xəstəlik qorxusu ilə affektiv gərginliyin artmasına şərait yaradır.

Ağrıların başlanmasını xəstələr stomatoloji prosedurlar, üz, dişlər və dişəti nahiyəsində cərrahi müdaxilələr və ya travma ilə əlaqələndirirlər, müxtəlif tibb müəssisələrində konsultasiya olunurlar, inadkarcasına təkrari hospitalizasiyaya və müasir metodlarla müayinəyə nail olurlar, tez-tez dişlərin müalicəsi və çıxarılmasına təhrik edirlər, yüngülləşmə gətirməyən, əsassız cərrahi müdaxilələrə məruz qalırlar. Depressiya, affektiv alovlanmalar, fobiyalar kimi nevrotik pozulmalar xarakterikdir.

Persistə edən idiopatik üz ağrısının diaqnostikasının alqoritmlərinə aşağıdakılar daxildir:

1. Xəstənin şikayəti və ağrının xarakterinin analizi.
2. Anamnezin toplanması: ağrıların başvermə momenti, müxtəlif xəstəliklərlə və ya psixotraumatik situasiya ilə mümkün ola bilən əlaqələr.
3. Ağrılı hissiyyatın maksimal intensivliyi olan sahələrin, daha doğrusu, ağrıların ilkin yaranan və üstünlük təşkil etdiyi nahiyələrin aşkar edilməsi.
4. Xəstənin somatik və nevroloji statusunun tədqiqi.
5. Neyropsixoloji tədqiqatın aparılması.

Hər bir konkret hal üçün lazım olan əlavə müayinələr: stomatoloq, terapevt, neyrooftalmoloq, LOR mütəxəssiz, neyrocərrahın konsultasiyası, başbeyin damarlarının tədqiqi, başbeynin MRT və ya KT müayinəsi, qanın və sidiyin ümumi analizi, qanın biokimyəvi analizi.

Müayinənin nəticələrinin qiymətləndirilməsi.

Atipik üz sindromları qrupu özündə atipik odontalgiya, dental pleksalgiya, NİCO sindromu, kompleks regional ağrı sindromunu birləşdirir.

5.3. Atipik odontalgiya (fantom diş ağrisi)

“Atipik odontalgiya” termini diş və ya dişçuxuru nahiyəsində ağrıya aiddir.

Ağrı bütün üst və ya alt çənəni əhatə edə bilər. Stomatoloji müalicəyə məruz qalan xəstələr içərisində atipik odontalgiya 3-6% təşkil edir. Fantom diş ağrısının patogenezi aydınlaşmamış qalır. Pulpanın instrumental çıxarılması zamanı diş kökünün zirvəsində sinir liflərinin zədələnməsinin baş verdiyi güman edilir və bu da travmatik nevralkiya kimi qiymətləndirilir. Digər mümkün olan səbəb apikal peridontda böyük olmayan travmatik nevromanın əmələ gəlməsi ilə şərtlənə bilər. Fantom diş ağrısının inkişafında həmçinin psixoloji amillər iştirak edir.

Atipik odontalgiyanın diaqnostik kriterilərinə aiddir:

Diş və ya diş yuvası nahiyəsində xarakterinə görə küt, sızıldayıcı, sıxıcı, pulsasiyaedici daimi ağrı;

Daimi ağrılar fonunda bir neçə dəqiqədən bir neçə saata, hətta günə qədər davam edən ağrı tutmaları müşahidə edilir;

Triqqer nahiyələri olmur;

Lokal və ya əksolunan ağrıların səbəbləri aşkar edilmir. Diş qırıntıları və ya kariesin klinik və ya rentgenoloji əlamətləri olmur;

Alt çənənin funksiyası pozulmur;

Gedişi uzunmüddətlidir;

Bəzi xəstələrdə emosiyaların, xoşagəlməz meteoroloji amillərin təsirindən ağrı güclənir;

Stomatoloji müalicəyə cəhd (dişlərin çıxarılması) nəticə vermir;

Yerli anesteziyaya reaksiya zəifdir;

Ağrının əmələ gəlməsini adətən operativ müdaxilə öncələyir (diş kökü kanalının müalicəsi, dişlərin çıxarılması), təhrik edən səbəblər həmçinin həddən artıq soyuma, travma da ola bilər.

5.4. Dental pleksalgiya

Üz nevrалgiyaları içərisində xüsusi yeri dental pleksalgiya - üst və alt çənədə diş kələflərinin zədələnməsi ilə şərtlənmiş ağrı tutur.

Dental pleksalgiyanın əsas səbəbləri – alveolit, pulpit, periodontit, plomb materialının kökün zirvəsinin arxasına düşməsi, odontogen kista, keyfiyyətsiz hazırlanmış protezlər.



Şəkil 31. Dental pleksalgiya

Ağrı sindromunun inkişaf səbəbi tam aydın deyil. Dişlərin mürəkkəb çıxarılması zamanı sinir uclarının travmatizasiyası, sonralar sinir uclarının çapıqlarda sıxılmasının buna səbəb olması düşünülür. Buna görə də stomatoloq müxtəlif manipulyasiyalar apararkən olduqca ehtiyatlı olmalı, sinir liflərinin və uclarının zədələnməsinə cəhd göstərməlidir. Bundan əlavə dişlərin çəkilməsindən sonra alveolitə profilaktikası üzrə tədbirlər həyata keçirmək lazımdır.

Xəstəlik diş kələfi nahiyəsində daimi əzabverici paresteziya və küt ağrı ilə meydana çıxır. Vaxtaşırı, 30 dəqiqədən bir neçə saata qədər və bəzən də daha çox davam edən ağrı tutmaşəkilli güclənir. Tutma vaxtı üçün ilk dəfə ağrı əmələ gələn tərəfində dəri örtüyünün hiperemiyası yaranır. Diş əti və dəri nahiyəsində əzabverici yanğı hissi, dişəti, dişlər və yanağın hiperesteziyası qeyd edilir. Bir qisim xəstələrdə ağrının sağlam tərəfə irradiasiyası baş verir.

Tutmanın gedişində kələf nahiyəsindəki ağrı çənənin alveolyar çıxıntısına, dişəti və dişlərə yayılır. Bu sahələrdə ağrının üstünlük təşkil etdiyi nahiyələr təyin edilir. Adətən bir neçə dəqiqədən sonra ağrı gözləri, alını, burunun kökünü əhatə edir. Xəstələrin əksəriyyətində ağrı qida qəbuledərkən zəifləyir, emosiyaların, xoşagəlməz meteoroloji amillərin və soyuqlamanın təsirindən güclənir. Çoxlarında ağrı gecə kəsilir. Dişin çəkilməsi yüngüllük gətirmir.

Ağrı illərlə davam edə bilər. Çoxvaxt dental pleksalgiyanı üçlü sinir nevrалgiyası kimi qəbul edirlər. Lakin, üçlü sinir nevrалgiyasından fərqli olaraq dental pleksalgiya zamanı triqger nöqtələri olmur, ağrıların qabarıq tutmaşəkilliyi yoxdur, işıqlı ara olmadan, daimi xarakterlidir, eyni zamanda nevrалgik tutmalar arasında ağrı olmur. Nevrалgiyada hissiyyat pozulması əhəmiyyətsizdir və dayanıqsızdır.

5.5. Nevrалgiyanı indusəedən osteonekroz

NİCO sindromunun (“Neuralgia İnducing Cavitational Osteonecrosis“, “nevrалgiyanı ind. edən kavernoza osteonekrozlar”) əlamətlərinə aiddir:

Üz nahiyəsində intensivliyi dəyişə bilən daimi dərin sıxıcı ağrı;

Ağızdan pis qoxunun səbəbi olan turş və acı dad duyğusu;

Çənədə kəskin deşici ağrı;

Xroniki haymorit;

Stomatoloqda uzunmüddətli müalicə (kanalın plomblanması, dişlərin çəkilməsi);

Ağıl dişi, premolyar, molyar və onların köklərinin fəsadlı çıxarılması;

Pis düzəldilmiş diş protezləri;

Tədqiqat göstərir ki, üst və alt çənədə bütün boşluqların 45%-dən 94%-ə qədəri ağıl dişinin fəsadlı çıxarılması nəticəsində əmələ gəlir. Bu nahiyələr anatomik olaraq osteonekroz sahələrinin yaranmasına meyilli olurlar, beləki, cərrahi müdaxilə zamanı asanlıqla zədələnməyə məruz qala biləcək çoxlu sayda kiçik damarlar burada çoxluq təşkil edir. Ondan əlavə bu nahiyəyə yerli anesteziyalar üçün tez-tez inyeksiyalar edilir. Yerli anestetik məhlulların əksəriyyətində toxumalarda qanaxınını azaltmaq və anestetiklərin təsir müddətini artırmaq məqsədilə damardaraldıcı maddələr olur (adrenalin). Ağıl dişi nahiyəsində kiçik damarlarda qanaxınının azalması osteonekrozun inkişafı və çənələrdə mikroboşluqların yaranmasına səbəb ola bilər. NİCO sindromunun ən effektiv diaqnostika metodu sümüklərin daxili quruluşunu detallaşdırmaq üçün hazırlanmış ultrasəs skan metodudur. Ultrasəs dalğası sümüyün seyrəlməmiş sahəsinə düşdükdə (qanaxınının pozulduğu sahə) onun sürəti olduqca azalır.

STİR rejimində MRT də işemiya nahiyəsini aşkar etməyə imkan verir (sümüyün qan dövrününün pozulduğu sahə).

5.6. Kompleks regional ağrı sindromu

Kompleks regional ağrı sindromu zamanı xəstələr daimi diffuz, periodik güclənən ağrıdan şikayət edirlər. Çox hallarda trofikanın, tər ifrazı və periferik qan dövrünününün pozulması şəklində vegetativ dəyişikliklər inkişaf edir. Xəstələrə depressiya, həyəcan, aqressivlik, simpatoadasılılıq xasdır.

Simpatoadasılılığın əsas əlamətləri:

Simptomların daimi olmaması, epizodik və ya uzunmüddətli ağrıya müxtəlif şikayətlər;

Aparılan müalicəyə baxmayaraq ağrının saxlanılması;

Ağrı stimullarına uyğun gəlməyən şikayətlər;

Anestetiklərlə blokadadan sonra ağrı şikayətləri itmir;

Xəstənin təsvir etdiyi ağrı kranial sinirlərin innervasiya nahiyəsinə uyğun olmur.

5.7. Persistədən idiopatik üz ağrısı və atipik üz sidromlarının müalicəsi

Persistədən idiopatik üz ağrısının müalicəsi antidepresantlardır, 1-ci növbədə trisiklik (amitriptilin, imipramin).

Dental pleksalgiya zamanı medikamentoz müalicəni ümumi və yerli təsir göstərən ağrıkəsicinin təyindən başlamaq lazımdır.

Atipik üz sindromlarında ağrını götürmək üçün antiepileptik dərmanlar və antidepressanlardan geniş istifadə edilir.

Antiepileptik dərmanlardan ən effektivisi preqabalin, qabapentin, valproatlar, karbamazepin, lamotricindir.

Preqabalin – 75 mq gündə 2 dəfə 1-ci 3 gün ərzində, sonra 150 mq gündə 2 dəfə;

Qabapentin – 1-ci gün 300 mq gecə, 2-ci gün 300 mq gündüz və gecə, sonra 300 mq gündə 3 dəfə;

Karbamazepin – 400-600 mq/gün;

Lamotricin - 50 mq gündə 1-2 dəfə.

Amitriptilin - 25-50 mq/gün dozada təyin edilir.

Serotoninin selektiv əks zəbt olunma inhibitorları aşağıdakı dozada təyin edilir: fluoksetin – 20-40 mq/gün, sertralin – 100 mq/gün.

Həmçinin qeyri steroid iltihab əleyhinə maddələr neyroleptik və trankvilizatorlarla birgə istifadə edilir. Çox güclü ağrılar olduqda tramadol (100-200 mq/ gün) təyin edilir.

Bütün xəstələrə yerli anesteziaedici maddələr göstərişdir: 5-10%-li anestezin və ya lidokain mazını qabaqcadan hazırlanmış dişətinin selikli qişasının ağrıyan hissəsinə yüngül sürtürlər. Ağrıkəsici effekt o dəqiqə yaranır və 15-30 dəqiqə davam edir. Təkrar yağlama göstəriş üzrə gündə 3-10 dəfə aparılır.

Ağrıkəsici maddələrlə eyni vaxtda üstün olaraq, periferik M-xolinoreseptorlara təsir edən maddələr (atropin qrup alkaloidlər), vegetotrop maddələr (bellataminal), B qrup vitaminlər təyin edilir.

Medikamentoz müalicə diadinamik cərəyanların ağız içi metodika üzrə üst və alt çənə nahiyəsinə (kursu 10-12 prosedur), transkranial maqnit stimulyasiyası, maqnitolazeroterapiya, hialuronidaza (ticarət adı Lidaza) elektroforezi kimi fizioterapevtik müalicə

metodları ilə tamamlanır. Bəzi xəstələrə üzün hər iki yarısına ozokeritin tətbiqi kömək edir. Dental pleksalgiyalı xəstələrə elektroyuxu kursu təyin edilir. Birinci təsir zamanı prosedurun davametmə müddəti 15-20 dəq., sonrakı vaxt 40-80 dəq. olur, prosedur hər gün aparılır, müalicə kursu 20 prosedur təşkil edir.

5.8. Nevrozlar zamanı üz ağrısı (prozopalgıya).

Nevrozların inkişafında psixi travmaların olması əhəmiyyətli rol oynayır. Həmçinin şəxsiyyətin xüsusiyyətləri və yanaşı somatik xəstəliklər böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Xəstələr üzün müəyyən nahiyəsində, əksərən alın və ya gicgahın bir yarısında, bəzən yanaqda ağrıdan şikayət edirlər, bu halda ağrının lokalizasiyası üçlü sinirin innervasiya nahiyəsinə uyğun gəlir. Ağrı dişəti nahiyəsində, dil nahiyəsində (stomalgiya, qlossalgiya) lokallaşa bilər. Ağrı bir qayda olaraq uzunmüddətlidir. Xəstələr onu çox təfəssatlı təsvir edirlər. Ən çox qadınlar xəstələnir. Ağrı sptomokompleksi adətən psixi travmadan sonra inkişaf edir. Nevroz zamanı prozopalgıyanın xarakterik xüsusiyyətlərindən biri xəstələrin təkrar sorğu zamanı çoxvaxt artıq digər şikayətləri təqdim etməsidir. Propalgiyadan əlavə xəstələrdə nevrozun digər əlamətləri müşahidə edilir.

Müalicə konflikt situasiyanın aradan qaldırılmasını, fərdi və ya qrup şəklində psixoterapiyanı, xəstəni xəstəliyi təhrik edən mühitdən çıxarmamı özündə birləşdirir. Rasional istirahət vacibdir. Autogen məşqlər təklif etmək olar.

VI Fəsil. Vegetativ sindromlar.

6.1. Vegetativ prozopalgialar

Vegetativ ağrı sindromları (vegetativ prozopalgialar) üçün nevrogen xəstəlikləri işərisində rastgəlmə tezliyinə görə 2-ci yeri tutur. Baş və üz ağrıları və kranial nevrolojiyaların Beynəlxalq cəmiyyətinin 1988-ci ildə tərtib olunmuş təsnifatına əsasən bu növ prozopalgialar klaster baş ağrısına aid edilmişdir.

Vegetativ prozopalgiaların səbəbləri burunətrafı ciblərin və dişlərin iltihabi xəstəlikləri sayılır.

Gözyaşı ifrazı, rinoreya və üçün qızarması ilə müşayiət olunan gözyuvası, gözyuvasıüstü və gicgah nahiyəsində birtərəfli ağrı prozopalgiaların ən xarakterik əlamətlərindəndir. Ağrı üçlü sinirin innervasiya nahiyəsinə uyğun gəlmir, dəqiq sərhədləri yoxdur, çoxvaxt gecələr başverir.

Klinikasında tutmaları seriyalarla (dəstə şəklində) başverən klaster periodu deyilən dövr (adətən bir neşə həftədən birneşə aya qədər davam edən) və remissiya dövrləri (adətən bir neşə həftədən birneşə ilə qədər davam edən) ayırd edilir.

Vegetativ prozopalgialar stres, alkohol qəbulu, həddən artıq soyuqlama ilə təhrik oluna bilir.

Üzdə 5 əsas vegetativ düyün yerləşir: kiprik, qanaddamaq, çənəaltı, dilaltı və qulaq. Daha çox qanaddamaq düyününün nevrolojiyası rast gəilir.

6.1.1. Qanaddamaq düyününün nevrolojiyası (Slader sindromu)

Qanaddamaq düyününün nevrolojiyası 1908-ci ildə G.Slader tərəfindən təsvir edilib. O, əsasən, qanaddamaq düyünə daha yaxın olan qanadvari və üst çənə boşluqlarında, çərçivəli labirində olan iltihabi proseslər zamanı inkişaf edir. Tezliyinə görə ikinci yeri odontogen səbəblər, o cümlədən irinli iltihabi proseslər tutur.



Şəkil 32. Qanad damaq düyününün nevrалgiyası

Xəstəliyin səbəbi həmçinin tonzillit, fəsadlı karies və lokal travma ola bilər.

Qanaddamaq düyününün 3 əsas kökcüyü var: hissi- üçlü sinirin 2-ci şaxəsindən, parasimpatik – üz sinirindən və simpatik – daxili yuxu kələfindən; o eyni zamanda kiprik, qulaq, yuxarı boyun düyünləri, kəllə sinirləri, xüsusən üçlü və üz sinirləri ilə əlaqədardır.

Qanaddamaq düyününün nevrалgiyası üçün gözdə, gözyuvası ətrafında, burun kökü, üst çənə nahiyəsində, bəzən alt çənədə dişlər və dişətində spontan kəskin ağrılar xarakterikdir. Ağrılar alt çənə, gicgah, qulaq seyvanı, ənsə, boyun, kürəklər, bazu, said və hətta əl pəncələri nahiyəsinə yayıla bilər. Bəzən onlar hemitip olur.

Ağrılı tutmalar kəskin ifardə olunmuş vegetativ simptomlarla müşayiət olunur və onu ifadə etmək üçün vegetativ çovğun termini qəbul ediləndir: üzün bir yarısının qızarması, onun toxumalarının ödəmi, gözdən yaşaxma, burun deşiyindən çoxlu sekret ifrazı.

Tutmaların davam etmə müddəti bir neçə dəqiqədən bir neçə saatadək, lakin bəzən 1-2 gün və daha çox təşkil edir. Tutmalar əksərən gecələr baş verir. Təhrik edən amillər həddindən artıq yorulma, yuxu çatışmazlığı, kəskin küy, həyəcanlanma, alkohol qəbulu, siqaretçəkmə ola bilər.

Xəstəliyin gedişi uzunmüddətlidir (aylar və illər). Bir sıra vegetativ simptomlar tutmadan kənar vaxtda da saxlanılır.

Qanaddamaq düyünü nevrалgiyasının ən mühüm diaqnostik əlamətlərindən biri burun boşluğunun arxa şöbəsinin 1-2%-li adrenalini dikain məhlulu ilə yağlanmasıdır.

Qanaddamaq düyünü nevrалgiyasının klinik şəklinin müxtəlifliyi düyünün fərdi anatomik xüsusiyyətləri və onun üzün və bədən digər hissələrinin müxtəlif struktur törəmələri ilə anastomozlarının sayı ilə izah olunur.

Müalicə

Kəskin dövrdə burun boşluğunun selikli qişası orta burun balıqqulağından yuxarı 2-5%-li trimekain, 2%-li lidokain və ya 1-2%-li tetrakain (ticarət adı Dikain) məhlulu ilə yağlanır. 2%-li novokain məhlulunda isladılmış pambıq tamponun burun boşluğuna yeridilməsi də müsbət nəticə verə bilər. QSİƏP- ibuprofen (Nurofen), diklofenak (Voltaren), həmçinin antidepressantlar (amitriptilin, imipramin, mianserin), B qrup vitaminlər istifadə olunur. Spazmolitik preparatlar da təyin edilir: eufillin v/dax. (2.4%-li 10ml), nikotin turşusu v/dax. (1%-li 1ml) - kurs müalicəsi 10 gün.

Nəzərə çarpan effekti fizioterapevtik prosedurlar verir: 0.5%-li novokainin endonazal elektroforezi, hidrokortizon fonoforezi, maqnitolazeroterapiya, transkraniyal maqnit stimulyasiyası.

Konservativ müalicə effektsiz olduğu hallarda qanaddamaq düyününün destruksiyası əməliyyatı aparılır.

6.1.2. Kiprik düyününün nevrалgiyasi (Oppenheim sindromu)

Kiprik düyünü nevrалgiyasının səbəb amillərinə etmoidit, burun çəpərinin ayrılığı, burun balıqqulaqlarının hipertrofiyası, burun boşluğu selikli qişasının ödemi, gözün travması aid edilir.

Bu sindrom öz əlamətlərinə görə burun-kiprik sinirinin nevrалgiyasına çox yaxındır. Fərq yalnız kiprik düyünü nevrалgiyasında xarakterik səpgilərin olmasıdır.

Xəstəlik göz almasında və ya onun arxasında təkrarlanan kəskin ağrı tutmaları ilə üzə çıxır. Tutmalar adətən yarım saatdan bir neçə saata qədər davam edir. Tutma işıqdan qorxma, göz yaş ifrazı,

gözün konyuktivasının qızarması ilə müşayiət olunur. Konyuktivitin, keratitin inkişafı mümkündür. Palpasiya zamanı göz almasının ağrılı olması müşahidə olunur. Burun və alın dərisində yüngül dərəcədə herpetik səpgilər yayıla bilər.

Tutma zamanı gözə 2 damcı 0.25%-li lidokain damızdırmaq məsləhət görülür. Damızdırma gündə 1 dəfə 5-7 gün ərzində aparılır. B qrup vitaminlərin istifadəsi göstərişdir. Ağrı nahiyəsinə hidrokortizon fonoforezi, lazeroterapiya, diadinamik cərəyanlar da tətbiq edilir.

6.1.3. Çənəaltı və dilaltı düyünlərin nevrалgiyası

Çənəaltı və dilaltı düyünlərin nevrалgiyası dildə və çənəaltı nahiyədə periodik güclənən daimi ağrılarla üzə çıxır. Ağrı tutmaları adətən tez-tez olur- gündə 1 dəfə və ya həftədə 1 dəfə baş verir və bir neçə dəqiqədən saata qədər davam edir. Ağrılar alt çənəyə, bəzən üst dodağa, gicgaha, ənsəyə boyuna irradiasiya edə bilər. Bir qayda olaraq tutmalar vaxtı ağızsuyu ifrazı artır, lakin ağızsuyu ifrazının normal olması, kserostomiyanın olması halları da məlumdur.

Çənəaltı və dilaltı düyünlərin nevrалgiyası üçün çənəaltı üçbucaqda yerləşən ağrılı nöqtələrin əmələ gəlməsi xarakterikdir.

Hər iki düyünün nevrалgiyasının fərqləndirici əlamətlərindən biri artıq qida qəbulundan sonra ağrıların inkişaf etməsidir.

Kəskin dövrdə QSİƏP, trankvilizatorlar təyin edilir, novokain blokadası aparılır.

6.1.4. Qulaq düyününün nevrалgiyası

Ən çox rast gəlinən səbəbləri tonzillit, sinusit, dişçənə sisteminin xroniki xəstəlikləridir.

Xəstəlik bir neçə dəqiqədən saata qədər davam edən birtərəfli yandırıcı xarakterli ağrı tutmaları ilə xarakterizə olunur. Ağrılar gicgah nahiyəsində xarici qulaq keçəcəyindən öndə lokallaşır. Adətən, ağrı alt çənəyə, çənəaltı nahiyəyə, bəzən dişlərə və hətta boyuna vurur. Qulaqda tutqunluq hissi və küy ola bilər. Tutma vaxtı ağrı tərəfdə ağızsuyu ifrazı güclənir. Üzün soyuması, isti qida, xarici qulaq keçəcəyi və gicgah-çənə oynaqının başcığı arasındakı nöqtəyə

təzyiq tutmanı təhrik edir. Bu nahiyənin dəri içi novokain blokadası tutmanı kəsir və bu da qulaq düyünü nevralkiyasının mühüm diferensial diaqnostik əlamətlərindən biri sayılır.

Kəskinləşmə dövründə analgetiklər, QSİƏP, B qrup vitaminlər təyin edilir. Ağız boşluğunun və burunətrafi ciblərin sanasiyası vacibdir. Ağrı nahiyəsinə hidrokortizon fonoforezi, lazeroterapiya, diadinamik cərəyanlar tətbiq edilir. Transkraniyal maqnit stimulyasiyasının aparılması məsləhətdir.

6.1.5. Üzün vegetativ düyünlərinin nevralkiyalarının əsas diferensial diaqnostik əlamətləri

Kiprik düyününün nevralkiyasında ağrı gözyuvası və alın nahiyəsində, qanaddamaq düyününün nevralkiyasında isə, əsas etibarilə, üst çənə nahiyəsində lokallaşır. Kiprik düyününün nevralkiyasında göz almasının ön tərəfində dəyişikliklər əmələ gəlir, herpetik səpgilər müşahidə edilir.

Lakin əsas fərq ondan ibarətdir ki, qanaddamaq düyününün nevralkiyasında vegetativ əlamətlər kəskin ifadə olunur, onlar üçün hətta xüsusi termin təklif olunub- “vegetativ çovğun”. Bundan əlavə qanaddamaq düyününün nevralkiyasında ağrılılıq və hiperemiya burnun selikli qişasının ön şöbəsində deyil, arxa şöbəsində aydın nəzərə çarpır və ağrını burun boşluğunun arxa hissəsini yerli təsirli anestetiklərlə (lidokain, tetrakain, trimekain) yağlamaqla dayandırmaq mümkün olur.

Çənəaltı və dilaltı düyünlərin nevralkiyasını dil sinirinin xəstəliklərindən fərqləndirmək lazımdır. Əsas fərq ondadır ki, düyünlərin nevralkiyası zamanı ağrı tutmaları tez-tez olmur (gündə bir dəfə və ya hətta həftədə 1 dəfə) və ağız suyu ifrazının güclənməsi ilə müşayiət oluna bilər. Ondan əlavə, çənəaltı üçbucaqda ağrılı nöqtə müəyyən edilir.

Qulaq düyününün nevralkiyası zamanı ağrı gicgaharxası nahiyədə lokallaşır və üzün aşağı hissəsinə irradiasiya edir. Adətən ağrı tutması zamanı güclənmiş ağızsuyu ifrazı müşahidə edilir, hansı ki, altçənə sinirinin nevralkiyasında olmur (üçlü sinirin 3-cü şaxəsi). Xarici qulaq keçəcəyi ilə gicgah-çənə oynaqının başcığı

arasında ağrılı nöqtə olur. Bu nahiyənin dəriiçi novokain blokadası tutmanı kəsir və bu da qulaq düyünü nevrалgiyasının mühüm diferensial diaqnostik əlamətlərindən biri sayılır.

6.1.6.Simpatik kötüyün boyun şöbəsinin nevrалgiyası

Simpatik kötüyün boyun şöbəsinin nevrалgiyası baş, boyun, üz, ağız boşluğu və burun nahiyəsində müxtəlif simptomokomplekslə özünü biruzə verir.

Simpatik kötüyün boyun şöbəsinin 4 düyününün nevrалgiyası xüsusi əhəmiyyət kəsb edir: yuxarı, orta, əlavə və boyun-döş (ulduzlu düyün). Qeyd etmək lazımdırki, orta və əlavə düyünlər insanların hamısında təyin olunmur. Hansı düyünün cəlb olunmasını bütün hallarda dəqiq müəyyənləşdirmək mümkün olmur.

Yuxarı boyun düyününün nevrалgiyasının inkişafında əsas etioloji amillər infeksiyalar (qrip, angina və b.), intoksikasiyalar, travmalardır.

Simpatik kötük düyünlərinin və onların liflərinin nevrалgiyası ağrı sindromu ilə müşayiət olunur. O, yanıqdakı duyğuya, elektrik cərəyanı, qaynar su və s.-in təsirinə analoji olaraq yanğı hissi ilə xarakterizə olunur.

Simpatik kötük düyünlərinin nevrалgiyasında ağrı tərəfdə vətər refleksləri və əzələ tonusu yüksələ bilər. Hissiyat pozulmaları - hiperesteziya və ya hiperpatiya mümkündür. Yuxarı boyun düyününün nevrалgiyasının əsas xüsusiyyəti ağrının lokalizasiyasının hər hansı somatik sinirin innervasiya nahiyəsinə uyğun gəlməməsidir. Ağrı bütün yuxarı kvadranta, üz və hətta bədənin bütöv yarısına (hemitip üzrə) yayıla bilər. Bu prosesə bütün simpatik zəncirin cəlb olunması ilə izah olunur. Xəstələrdə müxtəlif dərəcədə ifadə olunan trofik pozulmalar qeyd edilir və bunlar ağrı sindromu olmadan da müşahidə edilə bilər.

Ağrı tutmaları 20 dəqiqədən 3-5 saata qədər uzanır. Düşmə simptomları olduqda Bernar-Horner sindromu baş verir. Daha çox rast gələn qıcıqlanma sindromlarında Bernar-Horner sindromunun əksinə olan sindrom inkişaf edir.

Ağrı tutmaları həddindən artıq soyuma, yorğunluq, operativ müdaxilələrlə təhrik olunur. Xəstələr emosional labil, tez özündən çıxan olurlar, onların yuxusu pozulur. Psixikanın pozulması bir çox hallarda asteno-ipoxondrik sindrom tipində gedir.

Simpatik kötük düyünlərinin nevrologiyasında prozopalgiaya üzün başqa simpatalgialarından onda irradiasion fenomenin olması ilə fərqlənir: ağrının intensivliyi artaraq üzün bütöv yarısına irradiasiya edir.

Kəskinləşmə zamanı QSİƏP, bu xəstələrdə ağrıkəsici təsir əldə edən trankvilizatorlar təyin edilir. Kəskin ifadə olunmuş ağrı sindromu hallarında vena daxilinə 10-15ml 0.25-0.5%-li novokain məhlulu vurulur.

Bəzi xəstələrdə karbamazepinin üçlü sinir nevrologiyasında verilən sxem üzrə qəbulu effektivdir.

Yerli olaraq ağrı nahiyəsinə novokain elektroforezi, dimetilsulfoksid (ticarət adı Dimeksid) məhlulu ilə aplikasiyadan istifadə edilir. Transkraniyal maqnit stimulyasiyası göstərişdir.

6.2. Vegetativ trofik sindromlar

6.2.1. Rossolimo-Melkerson-Rozental sindromu

Üz sinirinin residivləşən zədələnməsi Rossolimo-Melkerson-Rozental sindromunun təzahürlərindən biridir. Bu zaman mimiki əzələlərin periferik iflici ilə yanaşı sifətin yarısının, əksər hallarda dodağın angionevrotik ödeminə, xeylit və dilin bükümlü olmasına təsadüf olunur. Rossolimo-Melkerson Rozental sindromu dodaqların residivləşən ödemi (bəzən üzün digər hissəsi), residivləşən birtərəfli (bəzən ikitərəfli) üz sinirinin nevropatiyası və qatlı dil ilə xarakterizə olunan simptomokompleksdir. Çox vaxt dodaqların ödemi və üz sinirinin nevropatiyası müşahidə edilir. Bütün üç simptomun birləşməsi 20-30% xəstələrdə olur.

Ədəbiyyatda hesab edilir ki, birinci dəfə bu sindromu E. Melkerson və K. Rozental 1928 və 1931-ci illərdə uyğun olaraq təsvir etmişlər. Bu sindromu öyrənərək tarixi xülasə verən N.S.Smelov qeyd etmişdir ki, onun ilk təsviri Moskva universitetinin tibb fakültəsinin sinir xəstəlikləri kafedrasının müdiri professor

Q.İ.Rossolimo tərəfindən verilmişdir və ona görə də o, “Rossolimo-Melkerson- Rozental sindromu” adlandırılmalıdır.

Rossolimo-Melkerson-Rozental sindromunun etiologiya və patogenezi axıra qədər aydınlaşdırılmayıb. Ən çox ehtimal olunan onun infeksiyon allergik təbiətli olmasıdır. Sindromun üz sinirinin funksiyasının pozulmasının nəticəsi olması da düşünülür.

Çoxocaqlı qranulomatoz angiit sindromun patogenetik əsasını təşkil edir. Ödemli sahələrin patohistologiyası zamanı üstün olaraq damarlar ətrafında yerləşən və əsasən limfositlərdən təşkil olunmuş, diffuz və ya ocaqlı xarakterli, müxtəlif ifadəli iltihabi infiltrat aşkar edilir; sonralar qranulomatoz ocaqcıqlar meydana gələ bilər.

Xəstəliyin simptomları eyni vaxtda yaranmır, ancaq, ayrı-ayrı dodaqların ödemli, eləcə də üz sinirinin nevropatiyası dərhal üzə çıxır və sonra residivləşir. Xəstəliyin ilkin əlamətləri, adətən həyatın birinci yarısında üzə çıxır.



Şəkil 33. Rossolimo-Melkerson-Rozental sindromu

Tezliyinə görə birinci simptom makroxeyliyadır – dodağın selikli qişasının və dərisinin ödemli, sərhəddinin qırmızı olması. Üst dodaq həcmində 2-3 dəfə arta bilər. Ödemlər həmçinin yanaq, burun, göz qapaqları nahiyəsində, ağız boşluğunun və udlağın selikli qişasında, hətta bədən və ətrafların dərisində lokallaşsa bilər. Onlar patoloji prosesə üzün bütün yumşaq toxumalarını cəlb etməklə birləşə bilərlər. Ödem, adətən, gecələr baş verir. Xəstənin üzünü özünəməxsus dəyişir: dodaqları qalınlaşır, irəliyə çıxır, onların kənarları çevrilmiş olur. Şişkinlik yeri elastik konsistensiyalı olur, yüngül gərginləşir, təzyiq göstərdikdə çuxurcuq əmələ gəlmir.

Tezliyinə görə ikinci simptom – üz sinirinin nevropatiyasıdır. O, ödem inkişafını qabaqlaya və ya onunla eyni vaxtda yarana bilər, lakin mimiki muskulaturanın iflici (parezi) çoxvaxt ödemlərin arxasınca baş verir. Residivlər zamanı nevropatiyanın tərəfi dəyişə bilər. Nevropatiyanın həmişə ödem çox olan tərəfdə züھر etməsi vacib olmur.

Bir sıra xəstələrdə ayrı-ayrı simptomların dalğavari növbələşməsi müşahidə edilir. Nadir hallarda patoloji prosesə digər kəllə sinirləri, xüsusilə üçlü, gözün hərəkəti və dil-udlaq sinirləri cəlb olunur.

Sindromun üçüncü əlaməti – qatlı dil – inkişaf anomaliyası kimi qiymətləndirilir. Əhəmiyyətli dərəcədə tez-tez qranulomatoz qlossit müşahidə edilir. Qranulomatoz törəmələr nəinki dildə, hətta dodaqların, üzün ödemli toxumalarında, limfatik düyünlərdə, mədə-bağırsaq traktında, səs tellərində və göz qapaqlarında aşkar edilir. Dilin qatlılığı fonunda yaranan şişkinlik nitqin və qida qəbulunun çətinləşməsinə gətirib çıxarır. Bu halda bəzi xəstələrdə yangı duyğusu və ağrılılıq, dilin hərəkətinin çətinləşməsi şəklində subyektiv hissiyyat meydana çıxır. Ödemlər davamlı olur və bir neçə aydan bir neçə ilə kimi saxlanılır.

Klinik müayinə zamanı üz sinirinin nevropatiyasından əlavə sinir sistemi tərəfindən elə bir dəyişiklik olmur.

Psixika əksər hallarda depressiv tipdə dəyişir: xəstələr kefsiz, həyəcanlı olmaqla sağalmaqlarına inanmırlar. Kəskinləşmədən öncə onlar kövrək, tezqıcıqlanan olurlar və başağrısından şikayət edirlər.

Xəstələrdə hipotalamik pozulmalar aşkar edilir (polidipsiya, poliuriya və s.).

Üz sinirinin nevropatiyasının residivləri əksər hallarda güclü soyuqlamalarla əlaqələndirilir.

Mimiki muskulaturanın parez və ya iflicinin inkişafı sinirin üz kanalı boyunca sıxılması ilə izah olunur, beləki, öncə xəstələrdə gələcək iflic tərəfdə tez-tez dilin ön ücdə iki hissəsində dad hissiyyatının azalması və birtərəfli gözdənyaşaxma müəyyən edilir.

Sindromun inkişafını xroniki infeksiyalar (tonzillit, sinusit, ağız boşluğu və çənələrin iltihabi xəstəlikləri), ekzo- və endogen amillərin təsiri (travma, xüsusən beynin əzilməsi, həddən artıq soyuqlama, günəş radiasiyası, endokrin pozulmalar, soğan, pendir,

yumurta, şokolad və digər şirin şeylər, güclü qoxulara– duxu, güllər, tütün və s.-ə qarşı allergiya) təhrik edir.

Bir neçə residivdən sonra patoloji proses daimi olur, dodağın ölçüləri güclü böyüyür, xəmir (bəzən, sıx elastik) konsistensiyası əldə edir, qırmızı sərhəd, elə bilki, çevrilmiş olur. Nevropatiya nəticəsində mimiki əzələlərin parezi inkişaf edir, burun-dodaq büküşlərinin asimetriyası müşahidə edilir. Qatlı dil bəzi xəstələrdə aşkar edilmir. Residivlər zamanı baş ağrıları, temperaturun yüksəlməsi mümkündür.

Üzün və dodaqların iltihabi olmayan ödemlərinin diferensial diaqnostikası zamanı nəzərdə tutmaq lazımdırki, Kvinke ödemi tez inkişaf edir (bir neçə dəqiqədən saata qədər) və izsiz keçib gedir. Melkerson-Rozental-Rossolimo sindromunda ödemlər, əksərən, gecə başverirlər, 7-10 gündən 2-3 həftəyə qədər davam edirlər, səhərlər dodağın şişkinliyi daha qabarıq olur, axşama doğru birqədər azalır, lakin xəstələrin əksəriyyətində hətta remissiya dövründə belə tam keçmir. Diaqnoz üz siniri nevropatiyasının residivləşən xarakterinə əsasən təsdiqlənir; bundan əlavə bir sıra xəstələrdə qatlı dil və ya granulomatoz qlössit olur.

Müalicə simptomatiktir: kortikosteroidlər (prednizolon, 1mq/kq), diuretiklər, yüksək spektrli təsirə malik antibiotiklər, antihistamin preparatlar, desensibilizəedici maddələr, B qrupu vitaminləri. Mikro-sirkulyasiyanı yaxşılaşdırmaq üçün ödem nahiyəsində üzün dərisinə heparin mazi və ya venoruton geli çəkirlər. Heparin elektroforezi və hidrokortizon fonoforezindən də istifadə edilir.

6.2.2. Şeqren sindromu

Şeqren sindromu (quru sindrom, daha doğrusu “quru” selikli qişalar sindromu XX əsrin 20-30- cu illərindən məlumdur. İlk dəfə o, 1925-ci ildə A Qujero, sonra daha tam isveçli oftalmoloq X.Şeqren tərəfindən təsvir edilmişdir. Daha çox 40-60 yaşlı qadınlar xəstələnidir. Bəzən xəstəlik tez yaşlarda başlayır.

Xəstəlik kəskinləşmə və remissiyalarla gedir və bütün xarici sekresiya vəzilərinin funksiyalarının azalması ilə meydana çıxır: ağız suyu, gözyaşı, ağız boşluğu, yuxarı tənəffüs yolları və həzm traktı

selikli qışa vəziləri. Xəstələr ağız, burun və udlağın selikli qişalarının nəzərəçarpan quruluğundan, üdma çətinliyindən şikayət edirlər. Bəzən səsin xırıltılı olması və quru öskürək xəstəni narahat edir. Ağız suyu ifrazının qabarıq çatışmazlığı zamanı ağızsuyu vəzilərinin böyüməsi müşahidə edilir.

Geniş ifadə olunmuş Şeqren sindromu üçün aşağıdakı triada simptomlar xarakterikdir: parotit, keratokonyuktivit, və artrit. Ağız-suyu ifrazının azalması nəticəsində kserostomiya (ağız boşluğunun quruluğu), çeynəmə və udmanın pozulması, dişlərin progressivləşən kariesi, ikincili qlössit və xeylit inkişaf edir.



Şəkil 34. Şeqren sindromu

Şeqren sindromuna xas olan artropatiya üstün olaraq daraqarxası və əl barmaqları oynaqlarının cəlb olunması ilə xroniki deformatsiyaedici poliartrit (revmatoid tipli) şəklində inkişaf edir. Xəstələrin dərisi quru, çox vaxt piqmentsizləşmiş olur, tər ifrazı azalır, bir çox hallarda dırnaqların inkişafı pozulur.

Kserostomiya ilə yanaşı xəstələrdə adətən ikitərəfli quru keratokonyuktivit inkişaf edir (ağlayarkən gözlər quru qalır). Xəstələr gözdə sancma, yanğı, qum hissi, gözyaşının olmamasından şikayət edirlər. Xəstəliyin daha gec mərhələlərində tədricən görmə itiliyi azalır.

Müayinə zamanı yüngül işıqdanqorxma, gözqapaqlarının zəif hiperemiyası, konyuktival kisədə özünəməxsus çətin ayrılan, boz

incə liflər və ya parçacıqlar forması olan ifrazat müəyyən edilir. Bəzən konyuktivanın papilyar hipertrofiyası təyin edilir. Buynuz qışa parlaqlığını itirir, az şəfəvəf olur, elə bilki, azca ləkələnmiş, yapışqanlı şəkil alır.

Şeqren sindromu, həmçinin, disproteinemiya (daha çox hiperproteinemiya), kəskin artmış EÇS (hiperproteinemiyanın nəticəsi), yüngül hipoxrom anemiya, bəzən, subfebrilitet kimi sistem əlamətlərlə müşayiət olunur.

Xəstələrdə tək selikli qışaların quruluşu, ağızsuyu vəzilərinin yüngül böyüməsi və konyuktivanın dəyişiklikləri ilə gedən Şeqren sindromunun silinmiş formaları da rast gəlinir.

İndiyə qədər bu xəstəliyin etiologiya və patogenezi aydınlaşmamış qalır. İnfeksiya, həddən artıq soyuqlama, artıq sinirpsixi gərginlik, yalnız, təhrikedici amillər olur.

Qlükokortikoidlər, məsələn prednizolon (40-60 mq/gün) təyin edilir. Sonralar doza tədricən 5 mq/ günə qədər azaldılır (saxlayıcı doza). Saxlayıcı doza ilə müalicə uzun müddət aparılır.

Selikli qışaların quruluşunu azaltmaq məqsədilə gözə “süni gözyaşı”-nın damızdırılması, ağız boşluğunun tez-tez 0.1%-li lizosim məhlulu və ya 0.02%-li xlorheksidin məhlulu ilə yaxalanmasından istifadə edilir.

Eyni zamanda xolinomimetik maddələr, xüsusən, pilokarpin hidroxloridin 2%-li sulu məhlulu, hər iki gözə 2 damcı gündə 2-4 dəfə damızdırılır.

Pilokarpin hidroxloridi ağızsuyu vəziləri nahiyəsinə elektroforez üçün də istifadə etmək olur. Müalicə kursu 1-2 gündən bir təkrarlanan 10-15 prosedurdan ibarətdir.

Ağız boşluğunun sanasiyasını aparmaq lazımdır: karies, pulpit, peridontitin müalicəsi, xarab dişköklərinin çıxarılması. Dişlər olmadıqda çıxarılan protezlərdən istifadə göstərişdir.

VII Fəsil. Üzün hiperkinezləri.

7.1. Üz hemispazmi

Üz hemispazmı –üzün bir yarısının və ya onun hissəsinin tutmaşəkili qıcolmalı yığılmasıdır.

İlk dəfə fransız nevroloqu Y.Brisso tərəfindən 1895-ci ildə təsvir edilmiş üz hemispazmı və dodaq-dil hemispazmı ayırd edilir.

Hal-hazırda üz hemispazmının inkişafında üz sinirinin periferik zədələnməsinin rolu olduğu müəyyənləşdirilmişdir. Əzələ spazmının yaranması üçün üz sinirinin hissəvi zədələnməsi kifayətdir. Üz hemispazmını adətən yuxu pozulmaları və emosional pozuntular müşayiət edirlər. Hemispazm üçün paroksizmallıq və tutmaların daimi olmaması xarakterikdir.

Üz hemispazmının əsasında baş beyin strukturunda üzün innervasiyasına münasibəti olan funksional aktiv qapalı sistem - mürəkkəb neyrodinamik proses durur. Başlangıç amil rolunu hərəkət neyronunun destruksiyası oynayır (ektopik aktivlik və impulsların efaptik ötürülməsi ocaqları ilə fokal demielinizasiya), halbuki, hiperkinezin inkişafı və xəstəliyin klinikası, birinci növbədə, üzün innervasiyasının periferik və nüvəüstü səviyyələrinin cəlb olunduğu neyrodinamik proseslərdən asılıdır.

Hiperkinez, adətən, gözün dairəvi əzələsinin aşağı və ya yuxarı hissəsində baş verir və xaricdən əzələlərin elektrik qıcıqlanması zamanı dartınmasını xatırladan qısa cəld mioklonik dartınma seriyası ilə üzə çıxır. Tutmalar 1-5 dəqiqə, az hallarda bir neçə saniyə davam edən, tonik spazmda birləşən kiçik dartınmalarla başlayır, ondan sonra bir neçə dəqiqəlik pauza baş verir. Bəzən pauzalar çox qısa olur. Onda daimi əzələ qıcolması təəssuratı yaranır, ancaq bu hal 2-3 saat davam edə bilər. Nadir hallarda tutmalar arasındakı müddət bir neçə gün və ya hətta 1-2 həftə təşkil edir

Bəzi xəstələrdə mioklonik dartınmalar olmur, tonik qıcolmalar müşahidə edilir. Ona görə də tonik, mioklonik və qarışıq tip üz spazmı ayırd edilir. Hiperkinezin tonik komponenti hemispazm tərəfdə göz yarığının yüngül daralması şəklində aşkar olunur. Göz

yarıǵının belə daralması bir birinin ardınca gedən miokloniyalar nəticəsində baş verir və o, dinamik xarakter daşıyır.

Mioklonik təkanlar bir birinin üstünə yığılaraq gözün qiylması, yanağın, ağız bucağının dartılması və bəzən üzə xarakterik qeyri-təbii ifadə verən çənəaltı və boynun dərialtı əzələlərinin eyni vaxtda yığılması ilə güclü tonik spazm şəklində meydana çıxır. Tikli xəstələrdən fərqli olaraq üz spazmı olan xəstələr heçvaxt öz hiperkinezlərini iradi olaraq nümayiş etdirməyi və onu dayandırmağı bacarmırlar.

Tutmaların tezliyi tədricən artır. Onlar gündə bir neçə dəfə baş verə bilər. Emosional gərginlik situasiyalarında tutmalar həmişə çoxalır

Lakin hətta sakitlikdə belə hiperkinez uzun müddət itmir. Yuxu zamanı tutmalar kəsilir və ya əhəmiyyətli dərəcədə az müşahidə edilir və yuxunun müəyyən fazalarında periodik olaraq yeniləşə bilər. Çox xəstələrdə danışıq, qida qəbulu və ya üz əzələlərinin iradi hərəkətləri zamanı tutmalar güclənir. Bir qayda olaraq, hiperkinez üz sinirinin innervasiya zonasından kənara yayılır.

Adətən üzün bir tərəfinin əzələləri prosesə cəlb olunur. Nadir hallarda iki tərəfli olur. Üz hemispazmında nevroloji statusda həmişə hemispazm tərəfdə üz siniri innervasiyasının yüngül çatışmazlığı müəyyən edilir.

Üz əzələlərinin qıcolmalarından əlavə üzəngi əzələsi prosesə cəlb olunarsa qulaqda küy qeyd edilir. Üz hemispazmı olan xəstələrin psixi statusunda, bir qayda olaraq, yəqin ki, reaktiv xarakter daşıyan əhval ruhiyyənin aşağı olması və həyəcanlılıq müşahidə edilir. Belə hallarda anamnez psixotraumatik situasiyalarla zəngin olur. 40-60% xəstələrdə psixi travmalar xəstəliyin ilk əlamətlərinin meydana gəlməsini qabaqlayır.

Xəstəliyin gedişində 2 etap ayırd edilir.

1. Debüt və xəstəliyin tədricən progressivləşməsi. Tipik hallarda bir neçə aydan bir neçə ilə qədər davam edir.

2. Maksimal ifadə olunmuş əlamətlər. Etap nisbi stabil gediş və stereotip klinik əlamətlərlə xarakterizə olunur. Özbaşına sağalma olmur.

Müalicə

Qıcolmaəleyhinə preparatlar təyin edilməsi vacibdir (karbamazepin, 100 mq gündə 1-2 dəfə; lamotricin, 25 mq gündə 1-2 dəfə). Beyin qan dövrənini yaxşılaşdıran dərmanlar göstərişdir: sinnarizin, 25mq gündə 3 dəfə; vinposetin, 5 mq gündə 3 dəfə. Bəzi xəstələrə iynə terapiyası ilə birgə transdermal elektroneyrostimulyasiya kömək edir.

Psixoterapiya ilə birgə sisteməlik medikamentoz müalicə ilə müsbət effektə nail olmaq olur. Pozulmuş funksiyaların bərpa dərəcəsi ayrı-ayrı xəstələrdə müxtəlifdir. Böyük rolu xəstələrin əmək fəaliyyətinə qayıtması olur. Xəstələr böyük sinir psixi gərginlik tələb edən və çoxlu sayda insanlarla kontaktda olmağı tələb etməyən işləri yerinə yetirə bilirlər.

7.2. Üz paraspazmı

Üz paraspazmı - Meyj sindromu və ya Breyqel sindromu da adlanır. Bu distonik fenomen olub, seqmentar kranioserebral lokal distoniyalara aiddir.

Etiologiyası aydın deyil, lakin fokal distoniyaların digər formaları kimi əksər hallarda başqa ekstrapiramid hiperkinezlərlə birləşir.

Bu idiopatik torzion distoniyanın fokal formalarından biri olub, əsasında sinir sistemində proqressivləşən degenerativ prosesin olması durur.

Distoniya baş beyində dəqiq morfoloji struktura malik deyil və müəyyən sistemlərdə subklinik (mediator pozulmaları) və neyrodinamik pozuntularla şərtlənir. Distoniyanın əsasında duran biokimyəvi defekt də məlum deyildir. Burada beynin dofaminergik, xolinergik və QAYTergik sistemlərinin iştirakı düşünülür.

Bir qayda olaraq, üz paraspazmı yetgin yaşlarda, adətən həyatın beşinci və ya altıncı onilliyində inkişaf edir. Zahirən üz paraspazmı üz hemispazmını xatırladır, ondan yalnız mimiki muskulaturanın spazmının iki tərəfdən və eyni vaxtda müşahidə olunması ilə fərqlənir. O kişilərə nisbətən qadınlar arasında daha çox rast gəlir.

Xəstələrdə fasiləsiz təkrarlanan üz əzələlərinin spazmı başverir. Qıcolmalar üzün hər iki yarısında simmetrik olur. Gözün dairəvi əzələlərində qıcolmalar xüsusən güclü olduqlarına görə xəstələr hətta küçədə sərbəst hərəkət edə bilmirlər. Bir çox hallarda dil və çeynəmə

əzələlərinin tonik yığılmaları da bu xəstəliyə qoşulur. Adətən, spazm tonik qıcolmalar xarakteri daşıyır, lakin mioklonik hərəkətlər də ola bilər. Bu halda tonik əlamətlər üzün yuxarı şöbələrində, klonik əlamətlər isə, aşağı şöbələrində üstünlük təşkil edir. Qıcolmalar arasındakı fasilə, bir qayda olaraq, çox qısamüddətli olur. Adətən xəstələr qıcolmanı öz gücləri ilə saxlamaq qabiliyyətinə malik olmurlar, lakin müxtəlif kompensator üsullara əl ataraq (dişlərini qıcamış şəkildə danışmaq, dodaqlarını yalamaq, barmağını yanağına sıxmaq və s.) onları zəiflədə, bəzi hallarda, tam dayandıra bilərlər.

Müəyyən şəraitlərdə, məsələn kitab oxuma, horizontal vəziyyətə keçdikdə, mahnı oxuma, çeynəmə, fitçalma zamanı, gülmə və ağlama vaxtı qıcolma keçə bilər. Yuxu vaxtı və hipnotik vəziyyətdə də qıcolma dayanır. Bəzi şərtlər – gülüş, qida qəbulu həyəcan və s. hiperkinezi təhrik edə bilər.

Müəyinə vaxtı sinir sisteminin ekstrapiramid şöbəsinin cəlb olunmasını göstərən əlamətlər müəyyən edilir. Beyin qandövrünün xroniki çatışmazlığı və hipotalamus funksiyasının pozulma (subfebril temperatur və s.) əlamətləri də az rast gəlməyən simptomlardandır.

Xəstəlik hiperkinezin tədricən güclənməsi və yayılması ilə progressiv gedişə malikdir.

Müalicəni üz paraspazmı hansı xəstəliyin fonunda yaranıbsa onu aşkar etməklə başlamaq lazımdır. Lakin bütün hallarda müalicəyə sedativ vasitələrlə (klonazepam, sonapaks) birgə psixoterapiya daxil edilməlidir.

Yardımcı müalicə metodları kimi iynə terapiyası və həmçinin bioloji əks əlaqə metodundan da istifadə edilir. Botulinoterapiyadan müvəffəqiyyətlə istifadə edilir.

Xəstəliyin yeni medikamentoz və cərrahi müalicə metodlarının axtarılması aktuallı olaraq qalır. Əmək və istirahət rejiminə riayət olunmasına xəstələr xüsusi diqqət yetirməlidirlər.

7.3. Blefarospazm

Blefarospazm gözgapağının dairəvi əzələsinin spazmıdır. Klonik və tonik ola bilər. Dairəvi əzələnin klonik spazmı qeyri-iradi tezləşmiş gözcırpmaları ilə üzə çıxır. Tonik spazm göz qapaqlarının

dayanıqlı spastik qapanmasına gətirib çıxarır və bir neçə dəqiqədən bir neçə həftəyədək davam edə bilər. Daha çox tonik spazm rast gəlinir.

Bir çox hallarda blefarospazm ensefalitin xroniki mərhələsinin erkən əlamətlərindən biri olur.

Əvvəlcə blefarospazm birtərəfli və ya aydın asimmetrik, lakin qabarıq kliniki əlamətlər mərhələsində həmişə simmetrik olur. Xəstəliyin başlanğıcı çoxvaxt xəstəyə xüsusi narahatlıq gətirməyən güclənmiş gözqırpmaları ilə üzə çıxır. Bəzən ilk simptomları xəstənin özü yox, kənar adamlar hiss edirlər. Tədricən hiperkinez progressivləşir - əzələ yığılmalarının gücü, tezliyi artır (blefarospazm yaranır) və onlar generalizə olunmuş olur. Bu period bir neçə il davam edir (6 aydan 8 ilə qədər, çox vaxt 2-3 il). Maksimum ifadəliliyə çataraq xəstəlik qətiyyətli gediş alır.

Prosesin generalizasiyası zamanı blefarospazma üzün aşağı hissəsi, tənəffüs, boyun, az hallarda çeynəmə əzələlərinin, həmçinin dil, udlaq və qırtlaq əzələlərinin hiperkinezi qoşula bilər. Olduqca az hallarda prosesə əl və bədənin yuxarı yarısının əzələləri də qoşulur. Əzələ spazmının tezliyi, onların intensivliyi və yayılması arasında dəqiq korrelyasiya olmur. Tez-tez baş verən blefarospazm zamanı konyuktivanın həddindən artıq qıcığılanması nəticəsində, bəzən, blefarospazm ikincili konyuktivitlə fəsadlaşır.

Gözün dairəvi əzələlərinin tonik qıcolma tutmaları bir sıra hallarda gündə 15-20 dəfə təkrarlanır. Tutmaların davam etmə müddəti bir neçə saniyədən bir neçə saata qədər təəddüd edir. Tutma vaxtı xəstələr kor kimi tamamilə köməksiz olurlar. Tutmaların intensivliyi və davam etmə müddəti yorğunluq və sinir-psixi gərginlik zamanı arta bilər.

Blefarospazm zamanı onun dayandığı poza və vəziyyəti həmişə müəyyənləşdirmək olur. Adətən nevroloji çəkic arxasınca izləyərkən gözlərin hərəkətləri zamanı blefarospazm azalır və ya tam itir (göz almalarının bütün kənarı hərəkətləri zamanı). Bir çox hallarda göz qapaqlarının yarımşallanmış vəziyyətində (yazı yazma, paltaryuma, toxuma və ümumiyyətlə üstün olaraq görmə sahəsinin aşağı yarısının istifadəsi zamanı) xəstələrin vəziyyəti yüngülləşir. Gecə yuxusundan, hipnotik təlqindən, alkohol qəbulundan sonra blefarospazm azalır.

Hiperkinez çoxvaxt oturaq vəziyyətdə azalır və bir qayda olaraq, uzanmış vəziyyətdə sönür (bu bütün distoniyalar üçün xarakterikdir). Emosional gərginlik situasiyası bir qrup xəstələrdə paradoksal olaraq, hiperkinezi ləğv edir, digərlərində isə o, güclənir. Yeriyyərkən hiperkinezin güclənməsi xarakterikdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, bəzi xəstələrdə üzün həddindən artıq hərəkətləri məcburi xarakter daşımır, ancaq blefarospazma əks təsir göstərmək cəhdi nəticəsində yaranır.

Psixi statusun dəyişmələri xarakterikdir. Adətən daxili gərginlik vəziyyəti, həyəcanlar və əzabverici tutmalara görə narahatlıq üstünlük təşkil edir. Üz həmişə qrimasla təhrif olunur. Ondan əlavə xəstələr “funksional kor” olaraq görmədən tamdəyərlə istifadə imkansızlığından əziyyət çəkirlər. Beləliklə, blefarospazm daimi özünü xatırladır, hansı ki, tez və ya gec xroniki emosional stres vəziyyətinə gətirib çıxarır. Tez-tez tutmalar şəxsiyyətin qabarıq nevrofizasiya vəziyyətinə gətirməklə xəstələri əldən salır. Nevrotik sarsıntılar tez-tez isterik, ipoxondrik və ya həyəcan rəngi alır. Blefarospazm xəstəliyə qədər olan vasvasılıq, həyəcanlılıq, yüksək emosional labillik kimi cizgiləri kəskinləşdirə bilər. Belə şəxslərdə blefarospazma psixogen reaksiya çox vaxt həddən artıq olur, onun ağırlığına uyğun gəlmir və davranışın nevrofiz dezadaptasiyasına gətirə bilər.

Müalicəyə psixoterapiyadan və xəstənin diqqətini yayındıra bilən, blefarospazmın qabarıqlılığını əhəmiyyətli dərəcədə azalda və ya onun əmələ gəlməsinin qarşısını ala bilən amillərin axtarışından başlanılır.

Trankvilizatorlar, antikonvulsantlar təyin edilir. İsterik blefarospazm zamanı eynək taxmaq təklif olunur. Fizioterapiyadan, botulin terapiyasından istifadə edilir. Xəstələrə əmək və istirahət rejiminə riayət etmək vacibdir.

Ədəbiyyat siyahısı

1. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы, Москва, МЕДпресс-информ, 2014, с.435-44
2. Под ред.Бераи. М., Фротшера М. Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу. Москва, практ.мед., 2015, с.149-245
3. Под ред. Голубева В.Л. Избранные лекции по неврологии. Москва, МЕДпресс-информ, 2012, с.381-395
4. Под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б. Неврология.Национальное руководство.Москва, изд.гр. ГЭОТАР-Медиа, 2010, с.442-451
5. Мументалер М., Маттле Х., Москва, МЕДпресс-информ, 2007, с.753-779
6. Назаров. В.М., Трошин В.Д., Степанченко А.В. Нейростоматология, М. Изд.центр Академия, 2008, с.55-85
7. Под.ред. Одинака М.М. Нервные болезни.Москва, изд. спец.лит.2014, с.32 -52
8. Пузин. М.Н., Нервные болезни, М., изд.МСИ, 2013, с.53-173
- 9.Суслина. З.А., Пирадов М.А., Максимова М.Ю. Неврология, М. Изд. Дом Практика, 2015, с.139-207
10. Şirəliyeva R.K. Kliniki nevrologiya, Bakı, “Abşeron Nəşr”, 2009, s.289-318
- 11.Şirəliyeva R.K. Nevrologiya, Bakı, “Kredo”, 2007, s.19-79
- 12.Штулман Д.Р., Левин О.С.Справочник по неврологии. Москва, МЕДпресс-информ., 2012, с.388-400

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ.....	3
BÖLMƏ 1.....	4
ÜMUMİ NEVROLOGİYA.....	4
I Fəsil. Onurğa beyni. Onurğa beyninin zədələnmə simptomları.....	4
1.1. Onurğa beyni, klinik anatomiyası.....	4
1.2. Onurğa beyninin zədələnmə simptomları.....	7
II fəsil. Hərəkət sistemi.....	10
Mərkəzi və periferik ifliclər.....	10
2.1. Hərəkət funksiyalarının müayinə metodları.....	11
2.2. Mərkəzi və periferik ifliclər.....	14
2.3. Kələflərin və periferik sinirlərin əsas pozulma simptomları.....	16
2.4. Beyincik. Müayinə metodikası və pozulma simptomları.....	17
III Fəsil. Hissiyat sistemi.....	24
3.1. Hissiyatın müayinə metodları və pozulmaları.....	26
3.2. Hissi pozulmaların topik diaqnostikası.....	28
IV Fəsil. I, II, III, IV, VI cüt kəllə sinirləri.....	30
4.1. I cüt. Qoxu siniri (nervus olfactorius).....	30
4.2. II cüt. Görmə siniri (nervus opticus).....	32
4.3. III cüt. Gözün hərəkət siniri (nervus oculomotorius).....	35
4.4. IV cüt. Blok siniri (nervus trochlearis).....	36
4.5. VI cüt. Uzaqlaşdırıcı sinir (nervus abducens).....	37
V Fəsil. V, VII və VIII cüt kəllə sinirləri.....	39
5.1. V cüt. Üçlü sinir (nervus trigeminalis).....	39
5.2. VII cüt. Üz siniri (nervus facialis).....	43
5.3. VIII cüt. Dəhliz-ibliz siniri (nervus vestibulo-cochlearis).....	46
5.3.1. Eşitmə (ilbiz) siniri (n.cochlearis).....	46
5.3.2. Müvazinət (dəhliz) siniri (n.vestibularis).....	47
Dəhliz-eşitmə sinirinin müayinəsi.....	48
VI Fəsil. IX, X, XI, XII cüt kəllə sinirləri, pozulma simptomları.	
Bulbar və psevdobulbar sindromlar.....	52
6.1. IX cüt. Dil-udlaq siniri (n.glossopharyngeus).....	52
6.2. X cüt. Azan siniri (n.vagus).....	52
6.3. XI Cüt. Əlavə sinir (n.accessorius).....	55
6.4. XII Cüt. Dilaltı sinir (n.hypoglossus).....	56
6.5. Bulbar və psevdobulbar sindromlar.....	57

6.5.1. Bulbar sindrom, yaxud bulbar iflic.....	57
6.5.2. Pseudobulbar sindrom, yaxud pseudobulbar iflic.....	57
VII Fəsil. Vegetativ sinir sistemi.....	58
7.1. Vegetativ sinir sistemi, müayinə metodları və zədələnmə simptomları.....	58
7.2. Üzün və ağız boşluğunun vegetativ innervasiyasının xüsusiyyətləri.....	64
VIII Fəsil. Baş beyin qabığı. Ali beyin funksiyaları.....	68
IX Fəsil. Meningeal sindrom. Beyin-onurğa beyni mayesi.....	78
9.1. Meningeal sindrom.....	78
9.2. Beyin-onurğa beyni mayesinin müayinəsi.....	79
BÖLMƏ 2.....	82
NEYROSTOMATOLOJİ XƏSTƏLİKLƏR VƏ SİNDROMLAR..	82
I Fəsil. Prozopalgialar. Üz ağrılarının təsnifatı. Üçlü sinir sistemində zədələnmələr.....	82
1.1. Prozopalgialar.Üz ağrılarının təsnifatı.....	82
1.1.1. Neyrogen mənşəli prozopalgia və sefalgiyalar.....	84
1.2. Üçlü sinir sistemində zədələnmələr.....	86
1.2.1. Üçlü sinir nevrалgiyası.....	86
1.2.1.1.Üçlü sinirin postherpetik nevrалgiyası.....	103
1.2.1.2. Üçlü sinirin baş şaxələrinin ayri-ayri sinirlərinin nevrалgiyası.....	106
1.2.1.2.1. Burun-kiprik sinirinin nevrалgiyası (Çarlin sindromu, kiprik düyünü sindromu).....	106
1.2.1.2.2. Qulaq-gicgah sinirinin nevrалgiyası (Frey sindromu).....	108
1.2.1.2.3. Dil sinirinin nevrалgiyası.....	109
1.2.1.3. Üçlü sinirin nevropatiyaları.....	109
1.2.1.3.1. Üçlü sinirin göz şaxəsinin nevropatiyası.....	110
1.2.1.3.2. Üçlü sinirin əng şaxəsinin nevropatiyası.....	111
1.2.1.3.3. Üçlü sinirin çənə şaxəsinin nevropatiyası.....	111
1.2.1.3.4. Aşağı alveol sinirin nevropatiyası.....	111
1.2.1.4. Üçlü sinir düyünü və kökcüyündə patoloji proseslər.....	115
1.2.1.5. Üçlü sinir nüvələrinin destruksiyaları.....	116
II Fəsil. Üz və Dil-udlaq sinirləri sistemində zədələnmələr.....	118
2.1. Üz sinirinin nevropatiyası (Bell sindromu).....	118
2.1.1. Dizcik düyünü sindromu (Ramzay-Xant sindromu).....	128

2.1.2. Qanadvari kanal sinirinin nevrалgiyası (Fayl sindromu).	130
2.2. Dil-udlaq sinirinin nevrалgiyası	131
2.2.1. Təbil sinirinin nevrалgiyası	133
2.3. Dilaltı sinirin nevropatiyası	134
III Fəsil. Sefalgiyalar (Miqren, damar ağrıları, klaster baş ağrıları).	136
3.1. Miqren.....	136
3.1.1. Trigeminovaskulyar sistem.....	142
3.2. Paratriqeminal Reder sindromu	142
3.3. Dəstə başağrısı (Klaster sefalgiya –Xorton sindromu)	143
3.4. Xroniki paroksizmal hemikraniya	145
3.5. Karotidiniya	145
3.6. SUNKT (ing. Short-lasting, Unilateral, Neuralgiform, Conjunctival, Tearing) sindrom.....	146
3.7. Gicgah arteriiti	146
3.8. Karotid sifonun periarteriiti (Tolosa- Xant sindromu)	147
3.9. Kəskin angionevrotik ödem (Kvinke ödemi)	148
IV fəsil. Əzələ-oynaq sindromları.	151
4.1. Üzün miofassial ağrı sindromu	151
4.2. Gicgah-alt çənə oynaqının xəstəlikləri	160
V fəsil. Atipik üz ağrıları.	162
5.1. Stomalgiya	162
5.2. Persistədicidi idiopatik üz ağrısı	165
5.3. Atipik odontalgiya (fantom diş ağrısı).....	167
5.4. Dental pleksalgiya	168
5.5. Nevrалgiyanı indusədən osteonekroz	169
5.6. Kompleks regional ağrı sindromu	170
5.7. Persistədən idiopatik üz ağrısı və atipik üz sidromlarının müalicəsi	171
5.8. Nevrozlar zamanı üz ağrısı (prozopalgiya).....	172
VI Fəsil. Vegetativ sindromlar.	173
6.1. Vegetativ prozopalgiyalar.....	173
6.1.1. Qanaddamaq düyününün nevrалgiyası (Slader sindromu)....	173
6.1.2. Kiprik düyününün nevrалgiyası (Oppenheym sindromu)	175
6.1.3. Çənəaltı və dilaltı düyünlərin nevrалgiyası	176
6.1.4. Qulaq düyününün nevrалgiyası	176

6.1.5. Üzün vegetativ düyünlərinin nevrologiyalarının əsas diferensial diaqnostik əlamətləri.....	177
6.1.6. Simpatik kötüyün boyun şöbəsinin nevrologiyası.....	178
6.2. Vegetativ trofik sindromlar.....	179
6.2.1. Rossolimo-Melkerson-Rozental sindromu.....	179
6.2.2. Şeqren sindromu.....	182
VII Fəsil. Üzün hiperkinezləri.....	185
7.1. Üz hemispazmi.....	185
7.2. Üz paraspazmi.....	187
7.3. Blefarospazm.....	188
MÜNDƏRİCAT.....	192

“TƏBİB” nəşriyyatı

Nəşriyyatın müdiri: M.M. İdrisov
Texniki redaktoru: R.M. Seyidov
Dizayner-tərtibatçı: C.Z. Abışlı

Kağız formatı 60x84 1/16.
Sifariş 977. Tiraj 200.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.



Nəbiyev Temraz Mədət oğlu

**Tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Azərbaycan Tibb Universitetinin
Nevrologiya kafedrasının dosenti**