

Тақырыбы: Көмейдің құрылымы мен
тапографиясының жасқа байланысты
ерекшеліктері және олардың көмей
патологиясындағы маңызы

жоспар

1. Көмейдің құрылымы мен топографиясының жасқа байланысты ерекшеліктері
2. Көмейдің құрылымы мен топографиясының көмей отолариясындағы маңызы
3. Пайдаланылған әдебиеттер

Көмейдің құрылымы мен топографиясының жасқа байланысты ерекшеліктері

- Жаңа туған нәрестелердің кең воронка тәрізді болады, II-IV мойын омыртқаларының аралығында орналасады. Қалқанша шеміршек пластинкалары қосылған жерде көмей шодыры болмайды. Жаңа туған нәрестелер мен омыраудағы балаларда көмей үстілік шеміршек тіл түбінен біраз жоғары орналасады. Сондықтан сұйық тамақты жұтқан кезде, көмей үстілік шеміршектің латеральды, яғни жұтқыншақтың көмейлік алмұрт тәрізді қалтасынан өтеді. Бала бір уақытта жұтып

- Балаларда көмей шодыры болмайды. Ол жыныстық жетілу кезінде пайда болады. Балаларда қалқанша шеміршекте терең ойық болады. Сақина тәрізді шеміршек ұзын пластинкамен қосылған, сондықтан жаңа туған нәрестерлерде көмей ересектерге қарағанда кең болады. Ал дауыс саңылауы жоғары орналасады, кіреберісі қысқа болады. Дауыс саңылауы 6-6,5мм. Балаларда 3 жасқа дейін дауыс саңылауы тез өседі, ұзаруы жыныстық жетілу кезінде болады.

- Көмей бала 4-5 жаста болғанда тез өседі. 6 жастан кейін азаяды. Бірақ ұл балаларда жыныстық жетілу барысында тез өсіп, көлемі үлкейеді. Осы кезде дауыс өзгереді. Көмейдің өсуі мен функциясы жыныс бездерінің функциясына байланысты. Ер адамдарда көмей 25 жасқа дейін өссе, әйел адамдарда 22-23 жасқа дейін. Өсуіне байланысты көмей төмен түседі және оның жоғарғы бөлігі мен тіл асты сүйегінің арасы үлкейеді.
7 жаста көмейдің төменгі бөлігі VI мойын омыртқаның жоғарығы жиегінде болады.
17-20 жаста көмей ересек адамның көмейінің деңгейіне жетеді

- Қарт адамдарда жас адамға қарағанда көмей төмен орналасады. Ал әйел адамда ер адамға қарағанда жоғары орналасады. Жаңа туған нәреседе көмей шеміршектері жұқа болып келеді, уақыт өте ол өзінің эластикалық қасиетін сақтап жуандайды. 23-25 жастан кейін гиалинді шеміршектердің сүйектенуі жүреді. Бірінші қалқанша шеміршек, екінші сақина тәрізді шеміршек, содан кейін ожау тәрізді шеміршек сүйектенеді. Эластикалық шеміршектер сүйектенбейді

Көмейдің құрылымы мен топографиясының көмей патологиясындағы маңызы

- **Көмей ісінуі** негізінен белгілі бір аурудың көрінісі болып табылады; ол қабынулық және қабынусыз болуы мүмкін.
Қабынулы ісіну — әр түрлі жұтқыншақ, көмей және басқа да мүше ауруларының көрінісі, кейбір жедел және созылмалы инфекциялық ауруларда көрініс беруі мүмкін, мысалы, қызылша, грипп, туберкулез, сифилисте көмейде қабыну болады. Жиі аллергияда, мойын жарақаттарында, ыстық тамақпен, ерігіш қышқылдармен, сілтілермен көмей күйгенде, фахеобронхоскопиядан кейін болады. Ерекше түрі — мойын ісігінде жасалатын рентгенорадиотерапиядан кейін болуы.

Қабынусыз ісіну кейбір жүрек жетіспеушілігінің түрлерінде, бауыр және бүйрек ауруларында байқалады. Осы қатарға Квинке бойынша ангионевротикалық ісінуді де жатқызуға болады. Ісіну морфологиясы бойынша шырышты қабықтың терең қабаттары мен бұлшықетаралық дәнекер тінде әр түрлі дәрежелі экссудаттың болуымен сипатталады. Ісінудің түрі мен таралуы оның себебі мен берілген аймақ шырышасты қабатының анатомиялық құрылысы ерекшелігіне байланысты.

- Клиникасы :Ісінудің белгілері көмей қуысының тарылу дәрежесіне және оның таралуының жылдамдығына байланысты. Көмекейдің қабынулы ісінуінде жұтынғанда ауру сезімі, бөгде денені сезіну, тыныс алудың шамалы қиындауы, дауыс өзгеруі байқалады. Бұл белгілер ісінудің ожау тәрізді шеміршектің, ожау-көмекей қатпарының, дауыс байламдарының және дауыс асты кеңістігінің шырышты қабықтарына таралғанда күшейеді. Мұндай жағдайларда жедел көмей стенозы дамуы мүмкін, ол ауыр тұншығу тыдырып, науқас өміріне қауіп төндіреді.

- Ларингоаскопияда: көмейдің зақымдалған бөлігінің сулы не желе тәрізді ісінуі. Көмекей бұл кезде кенеттен қалыңдаған болуы мүмкін, ал ожау тәрізді шеміршек аймағы шар тәрізді болады. Дауыс саңылауы дауыс қатпарлары шырышты қабығының ісінуінде бірден тарылады; көмей қуысының бұлай тарылуы дауыс асты аймақтың шырышты қабығының стенозында да болады, ол кезде іісну екі жақты жастық тәрізді томпайып тұрады. Қабынулық ісіну ~ әртүрлі дәрежелі реактивтілік көріністері бар, қабынусызда гиперемия болмайды.

- Ларингоскопия кезінде диагностикалау әдетте қиынға соқпайды, себебі шырышты қабықтың сипаты (шыны тәрізді ісіну) өзіне тән ерекшелікте болады; негізінен көмей ісінуінің себебін анықтау қиын болады. Ісінген шырышты қабат кейде көмейдегі ісіктерді, жараларды, көмей-жұтқыншақтағы бөгде денелерді жауып қалады. Тура емес ларингоскопиямен қатар, кейде тура ларингоскопияны, көмей рентгенографияны жасау керек.

- Емі. Сыртқы тынысты қалпына келтіру және асфиксияның алдын алу. Шұғыл госпитализациялау. Ауыр стеноз тудырмайтын көмей ііснуді стационар жағдайында консервативті емделеді. Қабынулы түрінде:
антибактериальды терапия парентеральды;
Sol.pirorpheni 0,25%-ды — 2 мл бұлшықетке,
2рет күніне;
Sol.Calcii gluconici 10%-ды бұлшықетке 1рет күніне;
Sol. Glucosae 40%-ды — 20 мл + AC. ascorbinici 5 мл
көктамырға 1рет күніне; Rutini 0,02 г ішке 3 рет күніне;
Ыстық аяқ ванналары 42—45°C-та 5 мин аралығында

- Темкин бойынша мұрын ішілік блокада 1рет күніне: Sol.
Novocaini 1%-ды — 2 мл ортаңғы кеуілжірдің алдыңғы ұшына;

жөтелге, қақырыққа — жөтелге қарсы және ерітетін заттар (Sol. Kalii jodat 3%-ды 1 ас қасықтан 3рет күніне, бромгексин);

- *ингаляциялар*; 1 флакон химотрипсин + 1 ампула эфедрин +
+ 15 мл изотониялық ерітінді.

- Аллергиялық және ісінулі-қабынулы түрінде:
Sol. Prednisoloni hydrochloridi 3%-ды — 1 мл (30 мг)
бұлшықетке.
Егер існу айқындалса және стеноз күшейсе,
дозаны 2—4 есе жоғарылаты керек. Қайталап
енгізу 5—6 с кейін мүмкін болады;
Жылдам әсер ететін көктамырішілік
тамшылатып енгізу: 200 мл NaCl изотониялық
ерітіндісі + 30 мг
преднизолон + 2 мл пипольфен + 1 мл 0,025%-ды
строфантин;
 - мұздай сұйық тағам, сұйықтықты қабылдауды
шектеу, дауыспен сөйлеуді шектеу, физикалық
күштемені шектеу.

Пайдаланылған әдебиеттер

- Магамедов М.М., Лучихин Л.А., Пальчун В.Т.
Оториноларингология: учебник + СД. – М., ГЭОТАР-Мед. 2008. – 656 с.
- Оториноларингология. Национальное руководство
+ СД. – М., ГЭОТАР-Мед. 2007. – 960
- Пальчун В.Т.. Болезни уха, горла, носа.- М.,
Медицина, 2000.
- Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология.
– СПб., 2001