

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ЛОР КАСАЛЛИКЛАРИ КАФЕДРАСИ

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

ЎҚУВ ИШЛАРИ БЎЙИЧА ПРОРЕКТОР

ПРОФЕССОР ТЕШАЕВ О. Р.

“ _____ ” _____ 2006 й.

Маъруза: Ташқи ва ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланиши. Ёш болаларда ўткир ўрта отитни кечиши. Анtrit. Мастоидит. Ўрта кулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши. Отоген мия ичи асоратлари.

Даволаш ва тиббий-педагогика факультетининг 5 курс
талабалари учун.

Кафедра конференциясида
тасдиқланган ва тавсия этилган
_____ август 2006 йил
Баённома №1

Маърузанинг мақсади: Талабаларни ташқи ва ўрта кулоқда учрайдиган ўткир касалликлар билан таништиришдир. Маърузада талабаларга ташқи эшитув йўлининг чипқони, ташқи диффуз отит, сарамас билан отгематома, ўткир йирингли ўрта отит билан ўткир ўрта отитларни таққослаш ташхисларига алоҳида эътибор берилади. Ўрта кулоқнинг ўткир ва сурункали йирингли яллиғланишларида менингит, мия чакка бўшлиғи абсцесси, мияча абсцесси, синус-тромбоз, юз нерви фалажи, лабиринтит каби асоратлар бўлиши ҳақида тушунча бериш. Ушбу асоратларни клиник кечиши ва даволаш ҳақида тушунча бериш. Лабиринтга инфекция ўтадиган йўллар, тимпаноген лабиринтитларнинг таснифи, клиникаси, аниқлаш усуллари, даволаш турлари. Отогенли юз нервини фалажланиши, экстрадурал абсцесс, отоген менингит, мияча абсцесси, мия абсцесслари пайдо бўлиши механизмлари, уларни аниқлаш ва олдини олиш чора тадбирлари. Сигмасимон синус тромбози, клиникаси, аниқлаш, даволаш. Отоген мия ичи асоратлари ва шунга ўхшаш касалликларни таққослаб аниқлашда шифокор йўл қўядиган асоратлар. Ўткир ва сурункали сальпингоотит, сурунали адгезив отит, тимпаносклероз, отосклероз, Менъер касаллиги, эшитув нервининг неврити, этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ҳақида тушунча бериш. Ушбу касалликларни замонавий даволаш усуллари(хирургик ва консерватив)га эътиборни қаратиш. Карлик. Эшитишни тиклаш.

Тарбиявий мақсади: Талабаларга юқорида санаб ўтилган хасталик ҳолатларида эрта ташхислаш, УАШ мезонларига мувофиқ ҳолда шу касалларга эрта муддатларда даволаш, зарурати бўлган ҳолатда тор доирадаги мутахассисга йўлланма бериш, бирламчи звенода профилактик чора тадбирлар ўтказиш.

Мавзунинг асосий масалалари. Ташқи ва ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланиши УАШ амалиётида жуда куп учрайдиган касалликлар гуруҳига киради. Ушбу касалликларда биринчи ёрдамни кўрсатиш ва даволаш УАШнинг вазифаларидан биридир. Ўткир ва сурункали сальпингоотитнинг этиологияси, патогенези ва белгилари, даволаш усуллари ва олдини олиш чора тадбирлари.

Ўрта қулоқнинг сурункали адгезив отити. Бирламчи ва иккиламчи тимпаносклероз. Отосклероз. Отосклерозда қўлланиладиган замонавий хирургик усуллар. Менъер касаллиги. Этиологияси, клиникаси, босқичлари, турлари, консерватив ва хирургик даволаш усуллари. Эшитув нервининг неврити. Этиологияси, патогенези, патологик анатомиясини аниқлаш, даволаш, олдини олиш чора тадбирлари, карлик ва гунгкарликни аниқлаш усуллари, даволаш, олдини олиш чора тадбирлари. Даволаш. Гунгкарликни гапиришга ўргатиш усуллари, карлик ва эшитишни қайта тиклаш. Ички қулоқнинг касбга боғлиқ бўлган касалликлари.

Маърузада кўриб чиқиладиган саволлар ва уларнинг таксимланиши:

- Умумий тушунча - 5 дақиқа
- Ташқи ва ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши. Ёш болаларда ўткир ўрта отитни кечиши. Антрит. Мастоидит. - 30 дақиқа
- Ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши. Радикал жаррохлик усули, тимпанопластика, отоген мия ичи асоратлари ва отоген сепсис. - 30 дақиқа
- Қулоқнинг йирингсиз касалликлари: ўрта қулоқнинг сурункали катарит, эшитув нервининг яллиғланиши, отосклероз, Менъер касаллиги. - 20 дақиқа
- Маърузани якунлаш - 5 дақиқа
- Аудиторияга саволлар - 10 дақиқа

Маъруза матни:

Инсоннинг ташқи муҳит билан боғлайдиган сезги органларидан бири бу эшитув анализаторидир. Эшитув анализаторининг функциясининг бузулишига қулоқнинг шамоллаш касалликлари, ўрта ва ички қулоққа айрим захарли моддаларнинг таъсири, модда алмашинувининг бузулиши, дори моддаларнинг таъсири олиб келади. Қулоқ супрасини тузилиши ҳаммада ҳар хил бўлади; микротия - қулоқ супрасини ривожланмай фақатгина айрим бўлақларинигина булиши. Макротия - қулоқ супрасини катта ҳажмда бўлиши. Анатия - бутунлай қулоқ супрасини бўлмаслиги. Ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланиши сабаблари, клиник кечиши ва даволаш усулларига қаратилган. Ўрта қулоқнинг

йирингли яллиғланиши ЛОР касалликлари ичида 2-чи ўринда туради (халқум касалликларидан кейин) ва қишлоқ ҳамда шаҳар аҳолиси орасида 21-22% ни ташкил қилади. Ўрта қулоқни йирингли яллиғланишини юзага келишида атроф муҳит ва ижтимоий муҳит катта аҳамиятга эга.

Ташқи ва ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши. Ёш болаларда ўткир ўрта отитни кечиши. Антрит. Мастоидит.

Отгематома - қулоқ супрасида қон йиғилиши. Бу касалликда қулоқ супраси эзилиши ёки жарохатланиши натижасида тери остига қон йиғилиши натижасида бўлади. Клиникасида қулоқ супрасида қизғиш кўкимтир шиш, пайпаслаб кўрилганда юмшоқ шиш, ичида суюқлик флюктуация булади.

Касаллик бошланғич даврида шу жойга муз қўйиш, кечиктирилган ҳолатларда игна ёрдамида пункция қилинади ва ичидаги суюқлик тортиб олинади, қулоқ супраси эса сиқиб боғланади.

Перихондрит - қулоқ супрасинининг тоғай қисми йиринглаб, яллиғланиши. Қулоқ супрасини тоғай устига бирор инфекция тушиши натижасида бўлади. Клиникасида қулоқ супрасида қизариш, шиш, пайпаслаб кўрилганда оғриқ, маҳаллий хароратни кўтарилаиши. Беморга тез тиббий ёрдам кўрсатилмаса тоғай чириб, тоғай ўз шаклини йўқотиш мумкин. Перихондритни сарамас касаллиги билан қиёсий ташхислаш лозим. Даволашда қулоқ супрасини йиринглаган қисми кесиб очилиб боғлам қўйиш лозим, касаллик эрта ҳолатларда маҳаллий боғламлар, физиотерапевтик таъсиялар бериш керак.

Ташқи эшитув йўлининг олтингугурт тиқини - бу касалликни белгилари қулоқдаги эшитувни тўсатдан пасайиши ёки умуман бўлмаслиги, шовқин.

Ташқи эшитув йўлида олтингугурт ишлаб чиқарувчи безлар булиб шу безлар фаолиятини кучайиши (гиперсекреция) натижасида олтингугурт массаси ташқи эшитув йўлида йиғилади, куп ҳолатларда бемор қулоғига сув тушганида олтингугурт массаси шишиб ташқи эшитув йўли бекилиб қолади. Даволаш учун ташқи эшитув йўлини ювиш, олтингугурт массаси қаттиқ ҳолатларда бир неча кун мобайнида стерил ёғ томчиси томизиш лозим бўлади.

Ташқи эшитув йўлининг ёт жисми - бу ҳолатлар ҳам тезкор тиббий ёрдамга мухтож бўлиб кўп ҳолатларда болаларда учрайди чунки болалар турли жисмларни қулоғига солиши мумкин жисмлардан фарқли ўлароқ тирик хашоротлар ҳам бўладилар пашша, чивин хатто суварак бўлиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатларда қулоққа спирт ёки ёғ томизилиб сўнгра ташқи эшитув йўлини ювиш лозим.

Ташқи эшитув йўлини чипқони: бу касаллик ташқи эшитув йўлида тук фолликуласини йирингли яллиғланиши бўлиб, клиник белгилари кучли оғриқ, ташқи эшитув йўлидаги шиш, ҳарорат кўтарилиши. Бу касаллик асосий сабаблари ташқи эшитув йўлини механик жароҳатлаш (бармоқ, гугурт чўпи билан). Даволашда ташқи эшитув йўлини чипқон чиққан қисми кесиб очилиб резина чиқаргич қўйиш лозим, касалликка эрта ҳолатларда маҳаллий малҳамлар, физиотерапевтик таъсиялар бериш керак, умумий даво сифатида албатта антибактериал даво бериш лозим.

Отомикоз: бу ташқи эшитув йўлининг замбуруғлар билан зарарланишидир, бу касаллик клиникасида ташқи эшитув йўлида кучли қичишиш, тиниқ суюқ ажралма келиши, ташқи эшитув йўли ювиб қурилганда плёнкасимон ҳосила ажралиб чиқади. Отомикозни даволаш учун замбуруғга қарши дори воситаларидан маҳаллий ва умумий даво мақсадида фойдаланилади.

Экзема: қулоқ терисини орқа томонидан сўрғичсимон усимтага туташган қисмидан бошланиб сўнгра бутун қулоққа тарқалади.бу касалликнинг асосий сабабларидан организмнинг умумий касалликлари: қандли диабет, подагра, рахит ва бошқалар.

Ўрта қулоқ касалликлари

Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши фақат ногора бўшлиғидагина бўлмасдан эшитув найи, ғор (антрум) ва сўрғичсимон ўсимтанинг ҳамма хужайраларида жойлашган бўлади. Касалликни давомийлигига қараб ўткир ва сурункали, яллиғланиш жараёнини даражасига қараб катарал, сероз ва йирингли ўрта отитларга бўлинади.

Ўрта қулоқнинг катарал отити: Касалликни чақирувчилари стрептококк, пневмококк ва стафилакокклар ҳисобланади. Ўрта қулоқнинг катарал отити яллиғланиш жараёнини бурун бўшлиғи ва бурун - ҳалқумдан эшитув найи ва ноғора бўшлиғининг шиллиқ қаватига ўтганда ривожланади. Эшитув найини ўтказувчанлигини бузилиши натижасида ноғора бўшлиғида босим пасаяди, ноғора парда ичкарига қараб тортилади. Белгилари: беморлар қулоқ битишига, эшитиш қобилиятини пасайишига, бир оз шовқинга ва ўз овозини касал қулоқда кўпроқ эшитиш (аутофония)га шикоят қилади. Отоскопияда қулоқ пардаси ичкарига тортилган, ранги бир оз сарғиш ёки кўкимтир ҳолатда, болғача дастаси ташқарига бўртиб чиқиб туради. Экссудатив отитда ноғора бўшлиғида суюқлик борлиги қуришиб туради. Боларда кўпинча икки томонлама бўлади ва эшитиш функцияси сезиларли бузилади.

Даволаш: Аввало бурун касалликларини бартараф этиш билан бир қаторда эшитув найини ўтказувчанлик қобилиятини тиклаш, ноғора бўшлиғида йиғилиб қолган зардобни олиб ташлаш зарур. Бурун бўшлиғига қон томирини торайтирувчи дорилар томизилади (адреналин, галозолин, нафтизин), эшитув найи орқали ҳаво юбориш, иситувчи компресс, соллюкс лампа ва лазер нурлари билан даволаш яхши натижалар беради.

Аэроотит: бу касаллик самолётни тезда ердан кўтарилишида бўладиган атмосфера босимини ўзгариши натижасида келиб чиқади. Бунда эшитув найининг ўтказувчанлик функцияси қай даражада эканлиги катта аҳамиятга эга. Белгилари: қулоқнинг битиши, оғриқ, эшитишни пасайиши, қулоқда шовқин бўлиши, бош айланиши. Отоскопияда ноғора парда ичкарига тортилган бўлади. Даволашда эшитув найининг функциясини яхшилашга қаратилади.

Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши. Бу касалликни чақирувчилари: стрептококк, стафилакокк, пневмококк ва бошқа инфекциялар. Бўғма, қизамиқ, скарлатина каби касалликлари асорати сифатида ҳам ривожланиши мумкин. Кўпинча ўрта қулоққа инфекция эшитув найи орқали киради. Ноғора бўшлиғига инфекция ноғора парда тешилганда ҳам кириши

мумкин ёки сўрғичсимон усимта жароҳати орқали киради, кам холларда гематоген йул орқали ўтади.

Ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланишида умум ва маҳаллий белгилар бўлади. Касалликни кечиши уч даврга бўлинади: биринчи даври - кулоқ пардасини тешилгунгача бўлган давр. Иккинчи даври - парданинг тешилиши ва йиринг оқиши. Учинчи даври - соғайиш даври.

Касаллик бошланишида ноғора парда бироз қизарган, қон томирлари бироз кенгайган бўлади. Эшитиш фаолияти пасаяди. Касалликни шу даврида даволанмаса ноғора парда қизариши кучайиб, қалинлашади эшитиш қобиляти янада пасаяди. Ноғора бўшлиғида трансудат йиғилиб у ерда босим ошиб оғриқ кучаяди, ноғора парда ташқарига бўртиб чиқади. Сўрғичсимон ўсимтани босганда оғриқ. Қонда лейкоцитоз, СОЭ ошиши.

Тана ҳароратит гектик, бош ва кулоқда оғриқ, эшитиш пасайиши кучаяди. Кейинчалик ноғора пардаси юпқалашиб тешилади, йиринг оқиши билан бемор аҳволи яхшиланади, тана ҳарорати пасаяди, кулоқ ва бош оғриғи пасаяди.

Даволаш усуллари: эшитув найининг дренаж ва вентилацион фаолиятини яхшилаш, антибактериал, оғриқ қолдирувчи, ҳароратни пасайтирувчи дори воситалари тавсия қилинади. Физиотерапевтик муолажалар: УВЧ, соллюкс, элекромагнит. Транстубар дори воситалари юборилади. Агар беморда лабиринтит ёки мия ичи асоратлари пайдо бўлса парацетез қилинади. Одатда ноғора парда орқа пастки квадрантдан тешилади.

Ёш болаларда ўткир отит. Болаларда учрайдиган ўткир отитнинг ўзига хос хусусиятлари бўлиб, айрим холларда ўзгача кечади яъни бошқа аъзо системалари хасталиклари (рахит, зотилжам, ЎРК, меъда ичак касалликлари бузилишлари) да тез-тез қусилганда қусиқ массаси кенг ва калта эшитув найи орқали ўрта кулоққа тушади ва касаллик ривожланади. Кўкрак ёшидаги болаларида касалликни кечиши иштахани пасайиши ва кўкракни эмаётган пайтида чинқираб йиғлаши билан кечади. Отоскопия манзараси ишончли бўлмайди- ноғора парда бола чинқираб йиғлаётган пайтда қизаради лекин кулоқда ҳеч қандай касаллик сезилмайди бу пайтда ноғора парда кулранг ҳам

бўлиши мумкин, кулоқ супрасига босиб кўрилганда кучли оғриқ бўлади. Чунки болаларда эшитув йўли суякланмаганлиги учун калта бўлади, бунда супачага босиш яллиғланган ноғра пардага босиш билан баравар. Бола касап кулоғини ёстикка босиб ётади. Бу ёшда сўрғичсимон ўсимтаси яллиғланиши - антрит дейилади. Бу ҳолатда бажариладиган операция антротомия дейилади.

Мастоидит - сўрғичсимон ўсимтанинг суяк элементларини парчалайдиган ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланишидир. Айнан сўрғичсимон ўсимтанинг суяк тўқимаси деструкцияси туфайли мастоидит ўткир ўрта отитдан фарқланади. Мастоидит ғор томи, лабиринт, юз нервини жароҳатланиши каби асоратлар қолдириши мумкин.

Белгилари: ўткир ўрта отитни кечаётган пайтида ёки 2-3 ҳафта ўтгач кулоқда, кулоқ орти соҳасида оғриқ кучаяди, оғриқ спонтан бўлади, эшитиш пасаяди, кулоқда шовқин, қуюқ сарғимтир йиринг оқиши, тана ҳароратини 38-39*С гача кўтарилиши, умумий аҳволни оғирлашиши.

Отоскопия: ташқи эшитув йўли орқа девори суяк қисми осилиши, шиш, баъзида йиринг оқиши. Ноғора парда қизарган, қалинлашган, перфорациядан йиринг оқиб туриши. Ташқи кўрикда кулоқ супраси олдинга ва пастга эгилган, кулоқ орқаси териси шишган, қизарган бўлади. Сўрғичсимон ўсимта босилганда оғриқ кузатилади. Чакка суяги рентгенографиясида сўрғичсимон ўсиқ соҳсида сояланиш ва баъзи катакчаларини суяк деворини деструкцияси кузатилади.

Давоси: хирургик - мастоидотомия.

Ўрта кулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши. Радикал жарроҳлик усули, тимпанопластика, отоген мия ичи асоратлари ва отоген сепсис.

Этиолологияси: стафилококк, стрептококк, вируслар, 24% да замбруғлар. Касалликни кечишини доимий белгилари:

1. Оторея - кулоқдан йирингли ажралмаларни 6 ва ундан кўп ҳафта бўлиши . Йирингли ажралмалар доимо ёки вақти-вақти билан бўлиши мумкин.

2. Ноғора пардада перфорация бўлиши (кўп ҳолларда атрофи қалинлашган бўлиши).

3. Эшитишни пасайиши, кетишига қараб бош айланиши, кулоқда шовқин бўлиши, бош оғриши ва ҳ.к. Ўрта кулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши 2 хил кўринишда бўлади: эптитимпанит, мезотимпанит. Сурункали йирингли мезотимпанит ўрта кулоқнинг шиллиқ қаватини ўрта ва пастки қисмини яллиғланиши билан кечади. Беморлар эшитишни пасайиши ва кулоқдан йирингли ажралма ажралишига шикоят қилади. Перфорация ноғора парданинг таранг қисмида бўлади. Кулоқдан ажралаётган ажгалма шиллиқли, шиллиқ-йирингли ҳидсиз бўлади. Мезотимпанитни кўзиш сабаблари: кулоққа сув тушиши, юқори нафас йўллари касалликлари ва бошқалар. Хуруж даврида йирингли ажралма кўпаяди, кулоқда оғриқ пайдо бўлади, харорат кўтарилади, эшитиш кондуктив типда пасаяди. Эшитишни пасайиши перфорация катталигига боғлиқ бўлмай балки ўрта кулоқдаги эшитиш суякчаларнинг ҳаракатига ва чиғоноқ дарчаси мембранаси ҳаракатига боғлиқ бўлиб 40-50 Дб кам бўлмайди. Эшитиши пасайган беморларни 50 % да кулоқда паст частотали шовқин кузатилади. Сурункали йирингли эптитимпанит анча оғир кечади. Касаллик асосан нағора бўшлиғининг юқори қисмида кечади, жараён ўрта ва пастки қисмларга, ноғора бўшлиғи суяг деворига, эшитиш суякчаларига ҳам тарқалиши мумкин. Яллиғланишни ноғора бўшлиғини устки қисмида бўлишига сабаби бу ерда шиллиқ қаватда бурмачаларнинг бўлиши. Ноғора пардадаги перфорация уни бўшашган қисми ёки суяк қисмида бўлади. Ажралма кўланса ҳидли бўлади, сабаби суяк чириши ва пуринларни (индол, скатол) ажралишидир ва анаэроб инфекцияни кўшилишидир. Эшитишни пасайиши мезотимпанитникига қараганда анча паст бўлади. Эшитиш пасайиши аралаш тури кўпроқ учрайди. Отскопияда йиринг, грануляция, полип ва холестатомани кўриш мумкин.

Холестатома – терини эпидермал қисмини концентрик холда йиғилиши натижасида пайдо бўлган ва уларнинг парчаланишидан ҳосил бўлган холестерин массаидир. Одатда у қўшувчи тўқимадан иборат парда – матрикс ҳосил қилади. Матрикс кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган ва сукка жипс ёпишган ҳатто ўсиб кирган бўлиши мумкин. Холестеатома суяк

тўқимасини коллогеназа ферменти билан деструкцияга учратиб хаттоки юз нервнинг каналида фистула ҳосил қилиши мумкин натижада лабиринтит ва юз нервнинг фалажи пайдо бўлади.

Йирингли лабиринтит ўта ҳавфли бўлиб ички кулоқнинг нерв хужайралари ўлиб инфекция мия тамонга ўтиб кетади. Холестеатомани борлигини аниқлашда чакка суягини Шюллер ва Майер бўйича рентгенография қилиш алоҳида аҳамиятга эга.

Сурункали йирингли отитларни даволаш консерватив ва жарроҳлик усулда бўлади. Ноғора бўшлиғи суяк қисмида жараён йўқлиги касалликни консерватив даволашга кўрсатмадир, суяк кариеси ва холестеатомада эса жарроҳлик амалиёти қўлланилади. Ҳар бир беморни даволаш невропатолог, окулист, терапевт шифокорлари билан бирга олиб борилади. Касалликни даволашда ноғора бўшлиғи тозаланади, грануляция ва полиплар олинади. Бундан ташқари антибактериал, иммуномодуляторлар, сўрилтирувчилар, дезинтоксикацион, десенсибилизация ва маҳаллий даво қўлланилади. Жарроҳлик амалиёти 2 мақсадни ўз ичига олади:

1.Чакка суягидан патологик ўчоқни олиб ташлаш ва мияга йирингли процессни тарқалишини олдини олиш.

2.Товуш ўтказувчи йўлининг функционал ҳолатини тиклаш, эшитишни яхшилаш. Биринчи мақсадни амалга оширишда радикал усул қўлланилади. Радикал жарроҳлик усулини қўллашга мутлоқ кўрсатмалар:

- 1.Ўрта кулоқ суягининг кариеси.
2. Холестеатомани борлиги.
3. Сурункали мастоидитни бўлиши.
4. Юз нервни фалажи
5. Лабиринтит.
- 6.Жараённи мия ичига тарқалиши.

Мияча ичи асоратлари.

Этиологияси: стрептококк, стафилококк, протей, кўк йиринг таёқча ва ҳ.к.
Патогенези: микроорганизмни мия ичига кириш йўллари:

1. Контакт йўл – инфекция чириган суякдан тўғридан тўғри мия чаноғига кириб боради.

2. Табiiй йўллар орқали яъни қон –томир ва нерв толалари бўйлаб.

3. Лабиринтит йўли – бунда инфекция нерв толалари бўйлаб ички эшитув йўли орқали перилимфатик тарқалиши мумкин.

4. Лимфоген.

5. Гемотаген.

6. Ноғора бўшлиғдаги дигесценция.

Инфекцияни ўрта қулоқдан мия чаноғига тарқалиш этаплари.

1-этап. Экстрадурал ёки эпидурал яъни йирингни чакка суягини ички қавати билан мияни қаттиқ пардаси орасига йиғилиши. Агар йиринг вена синуси атрофида йиғилса пересиноз абцесс дейилади. Агар яллиғланиш синус деворига тарқалса синусфлебит ва синустромбоз дейилади.

2-этап. Субдурал абцесс- инфекция мияни қаттиқ пардаси ва ўрта чоксимон пардалар орасида бўлса.

3-этап. Инфекция субарохноидиал бўшлиққа тушганда тарқалган йирингли менингит юзага келади.

4-этап. Мия абцесси.

Отоген менингит

Касалликнинг асосий белгилари: энг биринчи ва кўп учрайдиган симптоми қаттиқ бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиши. Бемор умумий аҳволи оғир касаллик авж олган сари бемор ҳушидан кетади ва алаҳсирайди, боши орқага эгилган оёқлари танага букилган, тана ҳарорати 30-40 С юрак уриши тезлашган, менингиал белгилар кузатилади.

Мияни ва миячани отоген абцесси.

Мия абцесси асосан мияни чакка қисмида учрайди ва мия қобиғига яқин жойлашган бўлади. Бу ҳолда инфекцияни ўрта қулоқдан мия ичига тарқалиши тўғридан тўғри бўлади.

Абсцессни клиник кўриниши уни жойлашган жойига, катталикига ва абсцесс жойлашган жойдаги тукумани реакцияси ва ривожланиши боскичига боғлиқ бўлади. Касалликни юзага келишида 4 боскични куриш мумкин:

1) бошланиши; 2) яширин; 3) аник; 4) терминал;

Бошланиш боскичи 1-2 hafta давом этади ва бош оғриғи, бўшашиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, кўнгил айланиш ва қусиш бўлади. Булар мия абсцессининг энцефалит боскичи ҳам дейилади.

Яширин - латент боскичи 2-6 hafta давом этади. Бу даврда юқорида саналган белгилар йўқолиб кетади ёки камаяди.

Аник боскичи 2 hafta давом этади. Бу боскичда жуда кўп белгилар пайдо бўлади. Уларни шартли 4 гуруҳга бўлиш мумкин.

1- гуруҳ симптомлар йирингли ҳолатга хос белгилар - бўшашиш, иштахани пасайиши, ични яхши юрмаслиги, тилни карашлиги, кондаги яллигланишга хос ўзгаришлар.

II - гуруҳ симптомлар - умумий мия касалланишига хос симптомлар билан мия босимини ошиши билан кечади. Бош оғриқи, брадикардия, куз тубидаги ўзгаришлар, бўйин мушакларининг қотиши ва Кернинг симптоми мусбатлиги.

III - гуруҳ симптомлар: мия қобғи остидаги ядроларга ва миядаги ўтказиш йулларини бузилиши натижасида юзага келадиган белгилардир. Бунга бир тамонлама бўладиган фалажлар ва шоллар киради. Абсцессда қарама-қарши томонда юз нервининг марказий фалажи кузатилади. Кўз нервининг параличи, тутқаноклар, пирамидал, Бабинский ва Оппенгейм симптомлари пайдо бўлади.

IV - гуруҳ симптомлар - абсцессни қаерда жойлашганлигини кўрсатувчи белгилардир. Амнестик ва сенсор афазия мавжуд бўлади.

Мияча абсцессида - миячани жарохатланган томондан мушакларда тонусни пасайиши руй беради. Атаксия - ҳаракат кординацияси бузилади. Мияча абсцессида хос бўлган симптом адиодохокинездир.

Қонда лейкоцитларни кўпайиши ва СОЭ ортиши билан (20-70 мм) соатда орқа мия суюқлиги босими ошади, ранги узгармайди, оксил микдори ва хужайралар сони қисман купаяди (субарохноидал бушликда).

Мия ва миячаларда абсцессни аниқлашда электроэнцефалография, эхография, реография, вентрикулография, ангиография ва компьютерли тамография текширишлари ахамиятга эга.

Терминал босқич бир неча кун давом этади ва мия шиши хаётий муҳим марказларни фалажланиши ва абсцессни мия қоринчаларига ёрилиши билан бемор вафот этади.

Мия ва миячаларда абсцессни - менингитдан, йирингсиз локал энцефалитдан, йирингли лабиринтитдан фарқлашимиз керак.

Отоген сепсис - ўрта кулоқнинг ўткир ёки сурункали йирингли яллигланишида инфекция қон томирларга киради. Бу вена томирлари мияни қаттиқ пардаларини синуслари орқали ёки лимфа томирлари орқали отоген сепсис кўп ҳолларда сигмасимон синус деворини яллигланишидан бошланади. Уни ташқарисига йирингни йиғилишини перисуноз абсцесс дейилади. Кейинчалик бу ерда синусни ўзи яллигланади: перефлебит, синус деворида тромб ҳосил бўлади кейинчалик синусни бутунлай тусадиган тромб ҳосил бўлиб синусда қон айланиши тухтайди. Касаллик ривожланиши билан тромб ўсиб катталашади. У мия томони, иккинчидан юрак тамонига қараб ўсиши мумкин. Тромб парчаланиши ва инфекцияланиши йирингни кичик ва катта қон айланиш доирасига тушишига йўл очади.

Отоген сепсисни симптомларини куриб чиқамиз: уни белгилари 2 гуруҳга бўлинади:

1. Умумий симптомлар.

2. Ўчоқли симптомлар - катта вена томирларини жароҳатланишидан келиб чиқади - каттиқ мия пардаси синуслари ва ички бўйинтуруик венаси.

Умумий белгилари: беморни тана ҳарорати тез ва юқори кутарилади 39-40С, эт уюшади, бир неча саотдан кейин ҳарорат яна пастга тушади. Пульс

тезлашади. Беморни териси оқаради ва ер рангида бўлади. Айрим холларда тери ранги сарғиш бўлади ва кўз склераси ҳам сарғаяди.

Отоген сепсис вақтида йиринг бошка аъзоларга: упкага, буғимларга, тери остига, мушаклар орасига метастаз бериши мумкин. Бу беморни ахволини оғирлаштиради.

Ўчоқли симптомларига қуйдагилар киради:

1. Гризенгер симптоми - сўрғичсимон ўсимтани орқасида тери қизариб шишиб ушлаганда оғрик беради. Бу ерда эмиссар веналар сигмасимон синус билан қушилган жойидир.

2. Уайтнинг симптоми - сўрғичсимон ўсимтани олди тамони босиб кўрилганда оғрик беради ва бемор бошини касал қулоқ тамонга эгади.

3. Фосса симптоми - вена Jugularis аускултация қилиб кўрилганда унда ҳеч қандай қон ҳаракати эшитилмайди.

Отоген сепсисни даволашда беморга ўз вақтида тўғри ташхис қўйиб, жаррохлик усулини қўллаб кучли антибиотиклар ва дегидратация қилувчи дориларни қўллаш беморни ҳаётини сақлаб қолади. Ўткир йирингли ўрта отитда антротомия, сурункали ўрта отитда эса радикал жаррохлик усули қўлланилади. Отоген менингитда ўрта ва орқа мия бушлиқлари очилади.

1. Мия абсцессларида мияга игна билан топиб йиринги тортиб олиниб, абсцессни ичи антисептик дорилар билан ювилади.

2. Очиқ усули- игна бўйича йиринг очилиб абсцессичига йиринг чикиб турадиган дренаж қўйилади.

3. Абсцессни қобиғи билан олиб ташлаш. Бизда асосан иккинчи усул қўлланилади.

Беморларга кўрсатиладиган жаррохлик усулидан ташқари бир қанча дори - дармонлар ҳам қўлланилади. Пенициллин вена томирига 20.000.000 ЕД бирлигида, Ампициллин 5г. бу ҳам вена томирига. Кўп холларда цефопорин ва ристомидин ҳам яхши таъсир қилади. Агар йирингда кўк йиринг таёқчаси топилса унда гентамицин ва кобенициллин яхши таъсир кўрсатади. Яшин

тезликдаги бошланган менингитда кефзол (цефазолин)ни 500 мг дан 4 марта қўллаш фойдалидир.

Кулоқнинг йирингсиз касалликлари: ўрта кулоқнинг сурункали катарити, кохлеар неврит, отосклероз, Менъер касаллиги.

Ўрта кулоқнинг сурункали катарити (адгезив отит).

Ўрта кулоқнинг сурункали катарити (адгезив отит) асосан ўрта кулоқнинг ўткир яллигланишининг асорати, эшитув найчасининг фаолиятини бузулиши асосида келиб чиқади.

Клиникаси: бемор асосан эшитишнинг пасайишига ва айрим холларда шовкин пайдо бўлишига шикоят қилади.

Отоскопияда ноғора парда хиралашган, ичкарига тортилган, болғачани узун оёкчасини қисқариши ва хар-хил чандиқлар кўринади.

Кўп холларда эшитув найининг функцияси бузилган бўлади.

Камертонал ва аудиометрик текширувларда эшитиш қобияти товуш ўтказувчи типда бузилади.

Даволаш:

1. консерватив
2. жаррохлик йўли билан.

Отосклероз

1893 йил Политцер тамонидан Отосклероз деган ном билан лабиринт суякида бўладиган ўзгаришларни атаган. Отосклероз касаллигида лабиринтнинг қаттиқ, зич суяги ғалвирсимон, қон томирларга бой бўлган спонгиоз суяк билан алмашади. Касаллик узанги асосида, овал тешик атрофида айрим холларда юмалок тешик атрофида учрайди.

Бу ўзгаришлар узангининг қимирламай қолишигша ва эшитишнинг пасайишига олиб келади. Отосклероз келиб чиқишидаги гипотезалар: механик ва физик фактор, насл-конституцион касалликлар, эндокрин ўзгаришлар. Отосклероз билан 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган аёллар касалланиб, хомиладорлик пайтида, туғруқдан кейин ривожланади.

Шикояти: кулоқда оғриқ, эшитиш пасайиши, бош айланиши, бош оғриғи, эслаш қобилияти пасайиши.

Клиник турлари:

1. Тимпанал формаси.
2. Кохлеар формаси.
3. Аралаш формаси.

Тимпанал формасида эшитиш пасайиши товуш ўтказувчи бўлимларнинг зараланишида бўладиган ўзгаришларга ва суяк билан хаводан ўтказиш ўртасида катта йўлакча, яъни резерв бўлади.

Кохлеар формасида эшитиш пасайиши ҳам суяк ва хаводан товуш тўлқинларининг ўтказишнинг бузулишига хос булган белгилар билан характерланади. Бу формада суяк хаво резерви бўлмайди.

Аралаш формасида суяк ва хаводан товушни қабул қилиш биргаликда пасаяди.

Тимпанал формасида паракузис Виллизии синдроми бўлади. Камертон билан текширганда, асосан товуш ўтказишни бузулишини аниқлаш мумкин, яъни Вебер ёмон эшитадиган тамонга, Желе ва Ринне манфий томонга бўлади. Отосклерознинг кўшимча белгиларидан кулоқда олтингугурт суюқлиги йўқлиги, Шварц белгиси бўлади.

Даволаш:

1. Консерватив: витаминлар (В₁₂, В₆, В₁, А, Е), гармон моддалар, физиотерапевтик методлар.
2. Жаррохлик йўли билан даволашда қуйдаги усуллар қўлланилади: Узангини билвосита ва бевосита ҳаракатга келтириш, узанги асосидаги тасма суягини тешиш, бўлакчаларга ажратиш, отосклеротик зоналарни ажратиш, стапедостомия, стапедопластика.

Меньер касаллиги

Меньер касаллигини биринчи маротаба француз шифокори Меньер 1861 йилда кузатиб, ёзиб қолдирган.

Касалликнинг келиб чиқиши тўлалигича хал қилинмаган ва асосан вегетатив нерв системасида бўлган ўзгаришлар (ангионевроз) ички қулоқ қон томирларининг ўтказувчанлиги ошиб кетишига, бу эса эндолимфа суюқлигининг кўпайиб кетишига (эндолимфатик гидропс) олиб келиши билан боғланган.

Касалликнинг клиник белгилари:

1. Касаллик ўткир хуружлар холида, ҳеч қандай асоссиз сабаблар билан бошланади.
2. Учлик белгилар: системали бош айланиши (нистагм II - IIIст), эшитиш пасайиши ва қулоқда шовкин пайдо бўлиши, кўнгил айниши ва қусиш билан.
3. Касаллик тез-тез хуруж қилиб бир-икки кунгача давом этади.
4. Хуружлар ўртасида вестибуляр анализаторнинг функцияси тўла тикланиши билан характерланади.

Даволаш:

1. Консерватив.
 - Томир кенгайтирувчи препаратлар (никотин кислота, аустиламин, папаверин);
 - ВНСга таъсир қилувчи препаратлар (аэрои, беллоид, белатаминол);
 - электролитлар алмашинувини яхшиловчи препаратлар 4% натрий гидрокарбонат
2. Жаррохлик.
 - эндолимфа қопчасига шунт қўйиш, ўрта қулоқнинг нерв тизими (хордоплексусотомия)ни кесиш, буйин симпатик тугунчасини олиб ташлаш.

Эшитув нервининг яллиглаиши.

Бу қулоқ касалликларининг 20-40%ни нейросенсор кам эшитиш ташкил қилади. Бу касалликни 1909й.проф. Е.А. Евдоненко тапмонидан Нейросенсор кам эшитиш деб аталди.

Сабаблари:

1. Инфекцион касалликлар: грипп, қизамиқ, тепки, қорин тепкиси ва бошқалар.

2. Захарли моддалар таъсирида: пестицидлар, оғир метал тузлари, этил спирти, углевод 2-оксиди ва бошқалар.

3. Доривор моддалар таъсирида: аминогликозидлар, хинин, салицилатлар, диуретиклар ва бошқалар.

4. Травма таъсирида.

5. Эндоген факторлар-организмда модда алмашинувини бузилиши натижасида хар –хил моддаларни тўпланиши (мочевина, креатинин).

6. Юрак-қон томир касалликларида, қандли диабетда.

Касалликнинг келиб чиқишида иммун системадаги камчиликлар, аллергологик ҳолат ҳам рўл ўйнайди. Касалликнинг бошланишида бемор қулоқда пайдо бўлган шовқинга, кейинчалик эса эшитишнинг пасайишига шикоят қилади.

Нейросенсор кам эшитишнинг 2 тури мавжуд: ўткир ва сурункали.

Ўткир нейросенсор кам эшитишда клиник белгилар бир неча дақиқадан бир-икки кун ва ой мобайнида ривожланиб боради.

Сурункали нейросенсор кам эшитишда эшитиш аста-секин ойлаб, йиллар давомида ривожланади.

Камертонал ва аудиометрик текширувларда эшитиш пасайиши товуш тўлқинларининг қабул қилувчи системани зарарланишини кўрсатади. Бу ҳолатда суяк ва хаводан қабул қилиш паралел ҳолатда пасаяди, хаво-суяк таъсири бўлмайди.

Даволашнинг асосий мақсади:

- биринчидан касалликни келтириб чиқарувчи факторга қарши
- иккинчидан нерв хужайралари ва толалари фаолиятини тиклашга қаратилган.

Даволаш:

1. биостимуляторлар
2. витаминлар
3. модда алмашинувини яхшиловчи препаратлар
4. қон айланишини яхшиловчи препаратлар

5. ВНСни тинчлантирувчи

6. нерв толаларидан импульс ўтишини яхшиловчи препаратлар

Эшитиш жудаям пасайиб кетишида ёки йўқолишида, яъни қар бўлиб қолишида асосан ёш болаларни эшитишини суъний тиклаш, сурдапедагог билан мунтазам равишда шуғулланишга, болаларни махсус мактаб интернатларда таълим ва тарбия олишига катта эътибор бериш керак.

Сурдология - бу фан қулоқниг эшитишини пасайиши билан шуғулланади. Врач сурдолог қулоқ касалликларининг турини аниқлаб, уни текширишдан ўтказди ва эшитиш даражасини аниқлайди.

Эшитишни протезлаш - бу фан беморда эшитишни аппаратлар ёрдамида тиклаш билан шуғулланади. Эшитишни протезлаш махсус шифокор томонидан текширишлар ўтказиб эшитиш апаратини танлаш билан якунланади.

Эшитиш апарати турлари:

- суякдан қабул қилувчи
- ташқи эшитув йўлига қўйувчи

Эшитиш даражасини сусайишига қараб аппаратлар танлаб олинади.

Эшитишни тиклаш яъни эшитишни реабилитация қилиш мураккаб муаммо бўлиб, бунда эшитишни тиклаш консерватив ва жаррохлик усулидадаволаш орқали олиб борилади. Аппарат таққан беморлар даврий равишда кўрикдан ўтказилиб, сурдолог ва сурдопедагог кузатувида бўлади.

Аудиторияга саволлар:

1. Ташқи қулоқ отитларининг бир-бирларидан фарқи.
2. Ўткир катар кимларда кўпроқ учрайди.
3. Болаларда ўткир йирингли отитнинг ривожланиши нималарга боғлиқ.
4. Ўткир йирингли отитнинг босқичлари нималарга боғлиқ.
5. Тимпанопластикага кўрсатмалар нималардан иборат.
6. Сурункали йирингли отитларнинг қандай клиник формаларини биласиз?
7. Сурункали йирингли отитлар қандай асоратларга олиб келиши мумкин?

8. Отоген мия чаноғи асоратларининг ривожланишида инфекциянинг тарқалиш йўллари кўрсатиб беринг?

9. Отоген мия хўппозининг боскичлари нимадан иборат ва унинг клиник белгилари?

10. Адгезив отитнинг қандай турларини биласиз?

11. Адгезив отитнинг даволаш принциплари нималардан иборат?

12. Меньер касаллигининг асосий белгилари нималардан иборат?

13. Меньер касаллигининг клиник формаларини санаб беринг?

14. Эшитув нервининг яллигланишини этиопатогенези ва даволаш принциплари нималардан иборат?

15. Отосклероз касаллиги кимларда кўп учрайди?

16. Отосклероз касаллигини турлари ва даволаш принциплари нималардан иборат?

Адабиётлар:

1. Дадамухамедов А.Н., Мирзарасулов М.А. Болалар оториноларингологияси. Тошкент. 1999.
2. А. И. Мўминов. Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари. Тошкент. 1994.
3. Руководство по оториноларингологии. Под ред. И. Б. Солдатов, М., Медицина. 1994.
4. Аськова Л. Н. Болезнь Меньера. – Самара. Изд-во Саратовского университета. 1991.
5. Шидловская Т. В. Клинико-аудиологические взаимосвязи при заболеваниях периферического отдела звукового анализатора. Киев, Наукова думка, 1985.
6. Солдатов И. Б. с соавт. Шум в ушах как симптом патологии слуха, М., Медицина, 1984.
7. Сватко Л. Г. с соавт. Лечение активной стадии отосклероза. Казань. 1984.
8. Боголепов Н.К. Клинические лекции по неврологии. М., 1971.
9. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. М., Медицина, 1990.

10. Пальчун В. Т., Преображенский Н. А. Болезни уха, горла, носа. М., Медицина, 1980 г.
11. Солдатов И. Б. с соавт. Вестибулярная дисфункция. М., Медицина, 1980 г.
12. Тарасов Д. И. с соавт. Заболевания среднего уха. М., Медицина, 1988 г.