

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ  
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

*Кулёзма ҳукуки асосида*

**УДК 616.28-002.08.06**

**ЖАББОРОВ ЭЛЁР ХАМРОКУЛОВИЧ**

**ЎТКИР ЎРТА ОТИТЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**5A510104 -ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**Магистр академик даражасини олиш учун**

**ДИССЕРТАЦИЯ**

**Илмий раҳбар:  
тиббиёт фанлари номзоди  
Н.И.Сафарова**

**Самарканд-2015**

## МУНДАРИЖА

<b>КИРИШ</b> .....	<b>4</b>
<b>1-БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРХИ</b> .....	<b>8</b>
1.1. Ўткир ўрта отитлар замонавий муаммоси ва эпидемиологияси.....	8
1.2. Ўткир ўрта отитлар этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси хусусиятлари.....	15
1.3. Ўткир ўрта отитларни даволаш усуллари .....	19
<b>2-БОБ. ТАДҚИҚОТ МАНБАЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ</b> .....	<b>26</b>
2.1. Тадқиқот манбалари .....	26
2.2. Тадқиқот усуллари .....	31
2.2.1. Бактериологик текширишлар.....	34
2.2.2. Аудиологик текширишлар.....	35
<b>3-БОБ. ХУСУСИЙ КУЗАТИШЛАР НАТИЖАЛАРИ</b> .....	<b>38</b>
3.1. Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморлар клиник характеристикаси.....	38
3.2. Анъанавий даволанган беморлар характеристикаси.....	47
3.3. Ўткир ўрта отит билан хасталанган асосий гуруҳ беморларини даволаш натижалари .....	53
<b>4- БОБ. МУҚАДДИМА</b> .....	<b>61</b>
<b>ХУЛОСАЛАР</b> .....	<b>70</b>
<b>АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР</b> .....	<b>71</b>
<b>АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ</b> .....	<b>72</b>

## **ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ**

АД – анъанавий даво

БЁБ – бурун ёндош бўшлиқлари

КТ – компьютер томография

МД – модификацияланган даво

НБ – ноғора бўшлиғи

НП –ноғора парда

ЎЎО – ўткир ўрта отит

## **КИРИШ**

Замонавий оториноларингологиянинг эришилган ютуқларига қарамадан ўрта кулокнинг йирингли яллигланиш касалликлари ҳозирги кунга келиб барча ёшдаги аҳоли, айниқса болалар ва кекса ёшлиларда орасида кўп учрайдиган касалликлардан бири бўлиб қолмоқда.

Кулокнинг йирингли яллигланиш касалликлари камдан-кам ҳолатда мустақил, кўпинча иккиламчи бўлиб, 64,7% ҳолларда йирингли синусит, ЎРВИ, ангина ва турли инфекцион касалликлар оқибатида юзага келади. [ 15,58,71 ]

Ёш болаларда ўткир ўрта отит кўп учраши бир қанча олимлар томонидан ёритилган бўлиб, унинг асосий сабаблари болалар ЛОР аъзоларининг ўзига хос анатомик хусусиятлари, чала туғилиш, боланинг суъний овқатланиши ва кўп учрайдиган инфекцион касалликлар натижасида иммунитетнинг пасайиши натижасида ҳам юзага келиши илмий исботланган [38,76 ].

Ўткир ўрта отитлар вақтида аниқланиб рационал даво тадбирларини ўтказилмаслиги оқибатида касаллик сурункали тус олиб, натижада турли хил асоратларга олиб келмоқда. Охири вақтларда бу касалликни айниқса ёш болаларда кўп кузатилиши жаҳон ва республикамиз олимлари томонидан қайт этилмоқда. Чунки бу касаллик сабабли турли даражадаги эшитиш пасайиши юзага келади [18,2 ]. Ўткир ўрта отитларни даволашда қилинаётган илмий изланишларга қарамадан бу муаммонинг ечими тўлиқ тугалланган эмас. Ўткир ўрта отитни даволашда асосий эътибор эшитув найи дисфункциясини қайта тиклашга қаратилади. Бу ҳолатга сабаб бўлувчи бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари диагностикасига ҳам эътибор қаратилади. Нораціонал антибиотикотерапия оқибатида аллергия ҳолат зураиши, замбуругли жараёнлар юзага келади. Кичик ёшдаги болаларда симптоматик даво сифатида бурун шиллик каватлари қон томирини торайтирувчи дори тавсия қилинади, аммо уларни узоқ муддат қўллаш нафақат бурун бўшлиғи шиллик каватлари, балки мия қон томирлари

ишемиясига сабаб бўлиб умумий талваса холатларини юзага келтириши мумкин. Ўткир ўрта отитларни ўз вақтида ва рационал даволамасликнинг хафвли томонларидан бири уларнинг мастоидитларга ва хатто отоген мия асоратларига олиб келишидир. Шу сабабли ўткир ўрта отитларни даволашда асосий эътиборни жараённинг сурункали шаклига ўтишига йўл қўймаслик ва асоратларни олдини олишга қаратиш керак, бу эса янги хавфсиз даволаш усулларини излашни талаб қилади. Шунинг учун илмий ишимизни режалаштиришда асосий эътиборни шу муаммоларга қаратишга ҳаракат қилдик.

#### **Ишнинг мақсади:**

Ўткир ўрта отит билан хасталанганларда яллиғланиш ўчоғига Отофа ва транстимпанал дексаметазонни маҳаллий етказилишини таъминлаш йўли билан даволаш самарадорлигини ошириш.

#### **Ишнинг вазифалари:**

1. Ўткир ўрта отит билан хасталанганларда касалликнинг келиб чиқиш сабабларига асосланиб клиник кечишини ўрганиш.
2. Ўткир ўрта отит билан хасталанганларда бактериологик ва аудиологик текширишлар диагностик аҳамиятини баҳолаш.
3. Ўткир ўрта отит билан хасталанганларда яллиғланиш ўчоғига Отофа ва дексаметазонни маҳаллий юбориш йўли билан даволашни такомиллаштириш.

#### **Илмий янгилиги:**

- Ўткир ўрта отит билан хасталанганларда охириги йилларда қулоқ яллиғланиш характери ўзгарганлиги туфайли янги даволаш усулларини излашга эҳтиёж борлиги асосланган.
- Дори моддаларини ўрта қулоқдаги яллиғланиш ўчоғига маҳаллий етказишнинг принципиал янги усули ишлаб чиқарилди ва амалиётга жорий қилинди.

- Ўткир ўрта отит билан хасталанганларни даволашда тавсия қилинган усул клиник самарадорлиги баҳоланиб, унинг анъанавий усулларидан афзаллиги кўрсатиб берилди.

#### **Ишнинг амалий аҳамияти**

Ўткир ўрта отит билан хасталанганларни даволашда Отофа ва дексаметазон қўллаш яллиғланиш ўчоғига дори воситаларининг адекват етказилишини таъминлайдиган оригинал маҳаллий даволаш усули ишлаб чиқилди. Олинган натижаларнинг анъанавий усуллардан афзаллиги касаллик асоратлари ва рецидивлари олдини олиб, эшитув функциясини қисқа вақт ичида тикланишини кўрсатиб берди. Ижобий терапевтик самарадорлиги ва оддийлигини ҳисобга олиб, бу усул стационар ҳамда амбулатор шароитда қўлланилиши мумкин.

#### **Ҳимояга олиб чиқиладиган асосий ҳолатлар:**

1. Ўткир ўрта отит билан хасталанганларни даволашда маҳаллий Отофа ва дексаметазон қўллаш яллиғланиш ўчоғида дори воситаларининг адекват концентрациясини ҳосил қилди.
2. Ўткир ўрта отит билан хасталанганларни даволашда тадбиқ қилинган усул анъанавий усулларга нисбатан самарали бўлиб чиқди.

**Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши:** Диссертация 80 бетда ёзилган бўлиб, кириш, адабиётлар шарҳи, тадқиқот манбаи ва усуллари, 1 та шахсий тадқиқотлар боби, натижалар муҳокамаси, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация 11 та жадвал, 7та расм билан бойитилган. Адабиётлар рўйхати 85 та манбадан иборат бўлиб, шулардан 13 таси хориж тилида. Диссертация бўйича 5та тезислар шаклида 1 мақола шаклида илмий иш чоп этилган.

### **Ишнинг апробацияси.**

Магистрлик илмий лойиханинг асосий мазмуни ва фрагментлари Ёш олимлар ва талабалар илмий анжуманларида (Самарқанд, 2013, 2014й), талабалар илмий амалий конференциясида (Самарқанд, 2014), СамМИ оториноларингология ва стоматология кафедраси ва ВМОФ оториноларингология кафедрасининг №\_\_ : 25. 06. 2013. кўшма йиғилишида ҳисоботи берилган.

Магистирлик илмий лойиҳа мавзуси ВМОФ илмий кенгашда кўриб чиқилди ва тасдиқланди № 6 : 29.06 .2013

## **I-БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРХИ**

### **1.1. Ўткир ўрта отитларнинг замонавий муаммоси, эпидемиологияси ва этиопатогенези хусусиятлари**

Ўрта қулоқнинг яллиғланиш касалликлари оториноларингологиянинг марказий ўринларидан бирини эгаллаб, нафақат тиббий, балки катта ижтимоий аҳамият ҳам касб этади.

Америкалик олимлар маълумотиға кура, жахонда 450 млн киши эшитиши пасайганлиги сабабли ногиронликда яшайди. Бу кўрсаткич Ўзбекистон шароитида ҳар 10000 болага ўртача 9,7 нафарга тўғри келиши аниқланган [ 82,43].

Бу патологиянинг тарқалиши пасайиш тенденциясидан йироқ бўлиб, умумий популяцияда 2,5 % гача, ЛОР аъзолари касалликлари ичида 15-30% ни ташкил этади [ 25,42]. Ўткир ўрта отит 70-80% холларда икки томонлама, 10-15% холларда эса бир томонлама кузатилиши олимларнинг илмий ишларида ўз аксини топган [46 ]. Қулоқ касалликлари рецидив бериш хусусияти туфайли 20 % холатларда қайта госпитализация, 0,43 % холатда эса ўлимга олиб келиш оқибатлари кузатилган [ 73].

Ўткир йирингли ўрта отит қаттиққулоқликка олиб келувчи сабаблардан ҳам биридир. [26 ]. АҚШ олимларининг тадқиқотларига караганда болаликда ўтказилган 60 % йирингли ўрта отитлар 10 % катталарда қаттиққулоқликка олиб келади.

Бу кўрсаткичлар болалар орасида ўткир ўрта отитлар қайталанувчи характерга эга бўлиб, асоратлар ривожланиши ва охириги йилларда сурункали шаклига ўтиш тенденцияси ўсиб бормоқда.

Бундан ташқари ўрта қулоқ ўткир яллиғланиши классик клиник манзарасида ҳам сезиларли ўзгаришлар юзага келиб, ташхис қўйишни қийинлаштириб, оқибатда бемор ҳаёти учун ҳафвли, калла суяги ичи отоген асоратлар келиб чиқишига сабаб бўлмоқда.[20 ] .

Ўткир ўрта отит диффуз яллиғланишжараёни бўлиб, ўрта кулоқнинг оз ёки кўп миқдорда барча бўшлиқлари тизимини эгаллайди.

Ўткир ўрта отитнинг бевосита сабаби ноғора бўшлиғига турли йўллар билан патоган микроорганизмларнинг тушишидир. Ноғора бўшлиғи экссудатини микробиологик текшириш кўрсатишича ўрта кулоқ яллиғланишини турли бактериал флора, шунингдек вируслар, замбуруглар сабаб булиши бир канча олимлар томонидан аниқланган. Беморларни бактериологик текширилганда 72 та бемордан — 30 тасида стафилококк, — 20 тасида кук-йиринг таёкчаси, — 7 тасида протей, — 1 тасида клебсиелла, — 1 тасида энтеробактерия, — 7 тасида грамманфий таёкча, — 7 тасида аралаш флора, — 2 тасида стрептококк аниқланди .[56]. Қатор олимлар таъкидлашича, вирусли инвазия ўткир отит ривожланиши бошида ахамитга эга, кейинчалик бактериал фактор етакчи бўлар экан. Кейинги йилларда грипп ва аденовируслар ўткир ўрта отитга олиб келувчи сабабларнинг асосийларидан бирига айланиб бормоқда [55]. Вируслар таъсирида эшитув най ва ўрта кулоқ шиллиқ қаватларининг зарарланиши ва юзага келадиган карлик кўп учраётганлигини бошқа муаллифлар томонидан ҳам эътироф этилган [4, 14].

Грипп вирусининг вазотроп ва нейротроплигининг юқорилиги зарарланиш механизмида бошловчи омил ҳисобланади. Гриппда ўрта отит ва эшитишнинг пасайиши кўпроқ бир томонлама бўлиб, субъектив шовқин, айрим ҳолатларда эса вестибуляр ўзгаришлар ҳам кузатилади. Кечирилган касалликдан кейин эшитиш пасайиши қанча тез муддатда кузатилса, товуш ўтказиш ва қабул қилиш аъзоларининг зарарланиш даражаси шунча юқори бўлади [49, 51].

Хозирги кунда турли касалликларни даволашда кучли антибактериал воситалар ишлатилмоқда. Шу сабабли коккли флоранинг янги штаммлари, ишлатилётган антибиотикларга резистент ўткир ўрта отит кўзғатувчилари юзага келди, буни эса адекват даво йўқлиги ёки отитнинг ўткир даврида антибиотикларни нораціонал ишлатилиши билан боғлаш мумкин.

Юртдошларимиз тадқиқотларида ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларда шиллиқ парда кескин қалинлашиши ва секретор элементлар гиперплазиясини келтириб чиқарадиган стафилококклар кўпроқ аниқланган. Ўткир ўрта отитларини чақирадиган микроорганизмлар орасида сурункали ўрта отитга олиб келувчи *Pseudomonas aeruginosa* га ҳам алоҳида эътибор бериш керак. Чистякова В. Р. кулоқ касалликларининг келиб чиқишида кўпинча *S.pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, анаэроб бактериялар, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *S.pyogenes* ва грамманфий бактериялар сабаб бўлар экан.

Шуни айтиб ўтиш керакки ўрта кулоққа тушган барча микроорганизмлар ҳам касаллик чақиравермайди, ўрта кулоқ бўшлиқларида яллиғланиш юзага келиши учун қатор омиллар ахамиятга эга:

1. Инфекцион кўзгатувчининг тури ва вирулентлиги. Стрептококк ва стафилококклар шиддатли, яққол кечадиган яллиғланиш чақирса, пневмококклар - сушт ўтувчи катарал ёки сероз яллиғланиш чақиради.
2. Организм умумий реактив ҳолати, ёш, аллергияция, модда алмашинуви бузилиши, ўткир ёки сурункали инфекция патология бўлиши. Бу омиллар ўрта кулоқда яллиғланиш тури ва оғирлиги, харорат реакцияси ва асоратлар ривожланиш тезлигини белгилаб беради.
3. Сўрғичсимон ўсимта структураси, пневматик тизимнинг ривожланиш даражаси. Пневматизациянинг биринчи даражаси - эшитув найи анатомик хусусиятлари ва эмбрионал тўқиманинг сўрилиб кетиши кўпинча ўткир ўрта отит юзага келишига олиб келади. Яхши ривожланган пневматик система шиллиқ парда химоя функциясини таъминлаб, отитнинг тез қайтишига олиб келади. Диплоэтик ва аралаш типдаги сўрғичсимон ўсимта бўлганда жараён суяк

тўқимасига ўтиб, касалликнинг ўткирости ёки сурункали кечишига олиб келади.

4. Бурун бўшлиғи, БЁБ ва бурун-халқумдаги патологик жараёнлар: ринитлар, бурун тўсиғи қийшайиши, синуситлар, аденоидлар, полиплар.

Умумий факторларлардан болаларда ўткир ўрта отит касаллигининг ривожланишига мойиллик яратувчи фон организмнинг умумий ҳолати ва иммун системаси ҳолати муҳим ҳисобланади, шу билан биргаликда наслий фактор (яқин қариндошларида отит касаллиги билан оғриганлиги) ҳам муҳим ўрин тутади .[ 79,60 ].

Касаллик асосан куз ва баҳор ойларида кўпроқ учрайди, бунинг сабаби шу фаслларда ЎРВИ, грипп ва бошқа инфекциян касалликлар кўзғалишидир, ушбуларнинг асорати сифатида отит касаллиги ривожланиши мумкин.[49,4 ].

Ёш болаларда ўткир ўрта отит касаллиги кўкрак билан озиклантирилган болаларга нисбатан сунъий озиклантирилган болаларда икки баробар кўп учрайди. [ 47,51] .

Назотрахеал наркоз берилганда ва интубация қилинганда, айниқса болаларда, эшитув найининг функцияси бузилиши натижада кўп ҳолатларда отит ривожланади. [ 39,22].

Кўпинча ўткир ўрта отит инфекциян касалликлар фонида ва ноғора парданинг жароҳатланиши натижасида келиб чиқади .[17,85 ].

Юқорида айтиб ўтилганлардан ташқари болаларда ўткир ўрта отит ривожланишига қуйидаги факторлар мойиллик яратиши мумкин:

- хомиладорлик вақтида онанинг инфекциян касалликлар билан оғриши;
- оила аъзолари ва қариндош уруғлари орасида отит касаллигининг мавжудлиги;
- туғруқ даврининг қиска булиши;
- бола туғруқ вақтида қағоноқ сувини ютганлиги;

- боланинг сунъий озиклантирилганлиги;
- чала туғилганлик;
- маълум бир касалликни даволаш мақсадида антибиотикларнинг нораціонал қўлланилганлиги;
- экссудатив диатези мавжуд бўлган болалар;
- хомила ичи инфекцияси борлиги;
- онанинг хомиладорлик вақтида иммунодефицит ҳолатда бўлганлиги.

Ўткир отит касаллигининг ривожланишида эшитув найининг механик обструкцияси юзага келиши (аденоид вегетацияси, бурун-халқум ўсмалари) натижасида ноғора бўшлиғи вентиляция функцияси бузилади ва манфий босим пайдо булади, бу эса ўз навбатида отитларни келтириб чиқаради. Ўткир ўрта отит касаллиги билан хасталанган беморлар эшитиши тезлик билан пасайиши мумкин, бунинг сабаби парданинг чандикланиши ҳисобига ва баъзан сурункали ҳолатга ўтиши ҳисобланади. Ўткир ўрта отит касаллиги куйидагилар билан характерланади .[61,12 ].

1. касалликнинг тезлик билан авж олиши.
2. организмнинг сенсibiliзациясининг ошиши.
3. ўрта кулоқда йирингли экссудат пайдо булиши.

Ўткир ўрта отит касаллиги патогенезида микробларнинг ўрта кулоққа тушишининг куйидаги йуллари мавжуд:

— ринотубар йўл: бунда яллиғланиш жараёни бурун ва бурун ён бўшлиқлари бурун-халқум, оғиз-халқум, буруннинг олдинги ва орқа тампонадасидан кейин эшитув найи орқали ўрта кулоққа инфекция ўтади.

— гематоген: бунда ўрта кулоққа микроблар қон орқали ўтади.

—ташқи эшитув йули орқали: ноғора парданинг жарохатланиши натижасида,

— ретроград йўл: бунда сўрғичсимон ўсимта структураси бузилиши натижасида ўрта кулоққа инфекция тушади.

Эшитиш пасайишининг болалар орасида кенг тарқалиб боришини олдини олишда касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни ўрганиш муҳим

аҳамиятга эга. Болаларда эшитиш пасайишига олиб келувчи сабаблар ҳар хил бўлиб, улардан энг хавфлилари болаларнинг бир ёшгача бўлган даврида кечирадиган юқумли касалликлари, захарланишлар, ўрта кулоқнинг йирингли отити ва жароҳатлардир, чунки бу вақтда болаларнинг нутқ қобиляти тўла шаклланмаган, эшитиш аъзолари нейроэпителиал хужайралари эса ташқи таъсирларга ўта сезувчан бўлади.[37,45,7]. Маълумки, эшитишнинг пасайиши кондуктив ва сенсоневрал турларга бўлинади. Болаларда кондуктив эшитишнинг пасайишига ташқи эшитув йўлида ёт жисм, олтингугурт тикини, бурун ва бурун ён бўшлиқлари касалликлари, ўрта кулоқнинг ўткир йирингли отитлари, экссудатив отит, адгезив ўрта отитлар олиб келади. Агар бу ўзгаришлар ички кулоқ ва эшитиш анализатори марказига таъсир кўрсатмаган бўлса, юқори нафас йўллари санация қилиш ва касалликни даволаб, товуш тўлқинларининг эшитиш рецепторига ўтказилиши тикланади. Сунги йиллар ичида тупланган тажрибалар шуни курсатадики ўрта кулоқнинг ўткир ўрта отит клиник кийёфаси-патоморфози турли хил(полиморф) ва кўп жихатдан касаллик келтириб чиқарган инфекция ва ноинфекцион омилларга, шунингдек эколого-географик таъсуротларга боғлиқлигини кўрсатади.[66,13 ].

Кейинги йилларда ўрта кулоқнинг кўпроқ йирингсиз отитлари натижасида юзага келадиган эшитиш пасайиши билан беморлар сони ўсиб бормоқда [40,67].

Юқори нафас йўллари аллергия касалликлари ҳам ўрта отит ва эшитиш пасайишига сабаб бўлади. Шунинг учун ҳам аллергия касалликлар хуружи даврида беҳосдан эшитиш пасайиши кузатилади [31,69].

Д. И. Тарасов ва ҳаммуаллифлар фикрича ўткир ўрта отит ва эшитиш пасайишига сабаб бўладиган манифест омиллардан (юқумли касалликлар, захарланишлар) ташқари фонли омиллар ҳам мавжуд. Болаларда ўткир ўрта отит ва эшитиш пасайишига олиб келадиган фонли омиллардан бири умумсоматик касалликлар қаторига кирувчи камқонлик ҳисобланади.

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ҳисоботида кўра 1993 йилда ер

юзида 1 миллиард 200 млн кишида темир етишмаслик анемияси аниқланган. Темир етишмаслик камқонлиги асосан бир ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди. Маълумотларга қараганда кичик ёшдаги болаларнинг тахминан 70-80 % ида темир танқисли камқонлик кузатилади. Темир етишмаслиги организмни чуқур ногиронликга олиб келади. Камқонлик билан хасталанган бемор болалар ўткир респиратор ва ошқозон ичак касалликлари билан 2-3 марта кўпроқ касалланади. Қондаги гемоглобин миқдорининг камайиши организмда доимий гипоксия ҳолатини юзага келтиради, чиғаноқдаги нейроэпителиал хўжайраларнинг токсик таъсирларга сезувчанлигини оширади [19, 38,70].

Хулоса қилиб, шунни айтиш мумкинки, ўткир ўрта отитларга олиб келувчи омиллар кўп қирралидир. Уларнинг моҳиятини қўлланиладиган усуллар, текширилаётган контингентнинг сондаги фарқ, унинг жинси, ёши, эшитиш пасайишининг даражаси ва бошқа омилларга қараб аниқлаш қийин. Шунинг учун ҳам ўткир ўрта отитнинг тарқалиши ва этиологик сабабларини ҳар бир ҳудудда унинг ўзига хослигини аниқлаш, эшитиш пасайиш даражасини ўрганиш ва шунга асосланиб комплекс даволаш тадбирларини ишлаб чиқиш илмий ва амалий аҳамият касб этади.

## 1.2 Ўткир ўрта отитлар клиникаси ва диагностикаси

Ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланиши клиник кўриниши турли-туман бўлиб, кўпинча унинг типик шаклини учратиш мумкин. Касаллик кечишидаги ва патогенезидаги ҳар хил симптомлар бир вақтнинг ўзида бир неча классификацияни юзага келтирди. Бизнинг фикримизча энг қулайи ўткир ўрта отит кечишини 3 босқичга бўлиб ўрганишдир: ноперфоратив, перфоратив ва репаратив.[12,47,50,56 ]. Ўткир ўрта отит ноғора бўшлиғи ва эшитув найи шиллиқ қаватининг яллиғланишидан бошланиб, эшитув найи дренаж ва вентиляция функциялари бузилади, биринчи босқичда ноғора бўшлиғида яллиғланиш ривожланиб, экссудат тўпланади. Бу босқич учун кулоқда кучли оғриқ, тана ҳарорати кўтарилиши, эшитиш пасайиши, ноғора парда гиперемияси, контурлар силлиқланиши, бўртиши билан намоён бўлади. Бундан ташқари сўрғичсимоғ ўсимта томонидан ҳам реакция – пальпацияда оғриқ, ташқи эшитув йўли орқа-юқори девори териси гиперемияси кузутилади.

Иккинчи босқич – ноғора пардаси перфорацияси ва йиринг оқиши. Перфорациядан кейин клиник манзара ўзгаради. Кулоқда оғриқ камайиб, тана ҳарорати нормаллашади, беморнинг умумий ахволи яхшиланади. Аммо, бу ўзгаришлар соғайишдан далолат бермайди, аксинча, яллиғланишнинг кейинги босқичга ўтишидир.

Ва, нихоят, учинчи босқич – яллиғланиш сусайиб, ажралма келиши тўхтади, перфорация бекилади. Ҳар бир босқич давомийлиги 2-4 ҳафтагача бўлади.

Охирги вақтлар ўткир ўрта отитнинг типик кечиши ўзгариб, енгил, абортив кечиш билан бир қаторда, оғир кечиш, асоратлар қўшилиши ҳам куатилмоқда. Фаол антибиотикотерапия шароитида ўткир ўрта отитнинг атипик, қайталанувчи, чўзиловчи кечиши ва сурункали шаклга ўтиши кузатилмоқда.

Атипик кечовчи ўткир ўрта отит суст клиник симптоматика – оғриқ ва ваража бўлмаслиги билан кечади. 30 % беморлар биринчи марта шифокорга

кулоқдан йирингли ажралма келиши муносабати билан, касалликнинг иккинчи босқичида мурожаат қилишади. Отоскопияда ноғора парда гиперемияси, белгиловчи контурлар йўқолиши, ноғора парда орқа-юқори қисмлари инфилтрациясидан иборат катарал яллиғланиш аниқланади.

Эшитиш қобилияти турли усуллар билан текширилганда, асосан товуш ўтказувчанлик бўлимининг бузилганлиги аниқланади.

Ўткир ўрта отит билан оғриган беморларнинг 72% ида патологик ўчоқ фақат ноғора бўшлиғи шиллик қаватида жойлашмасдан, балки антрал бўшлиқ суяк тўқимасигача тарқалиши мумкин. Бундай ҳолатда қўидаги яллиғланиш – деструктив жараён кўринишлари кузатилади: остеон каналининг кенгайиши (гаверс канали) бириктирувчи тўқима билан ўчоқли қалинлашиши, лимфоид элементларга, фибробласт ва плазматик хужайраларга бойлиги.[ 29,30,10].

Маълум бўлишича, бундай ҳолатларда консерватив даво ҳар доим ёрдам бермаслиги, одатдаги даволаш усуллари ҳам самарали бўлмасдан, 48,8 % ҳолатларда асоратларга: сурункали ўрта отит ва қаттиқкулоқликка олиб келиши мумкин. 10 % ҳолатларда сенсоневрал қаттиқкулоқлик, 10-20 % оқибатда адгезив жараёнга олиб келади.[32,34 ]. Бу эса ўткир ўрта отитларни даволашда янги, такомиллашган усулларни ишлаб чиқариш эҳтиёжи борлигидан далолат беради.

### **1.3 Ўткир ўрта отитда эшитиш пасайишининг диагностикаси**

Адабиётларда эшитиш пасайишини текшириш усуллари, дифференциал диагностикаси атрофлича ёритилган. Бунда ҳар хил усуллар, яъни оддий текширишдан тортиб, замонавий аппаратлар ёрдамида текшириш усулларигача қўлланилган.

Турли турдаги эшитиш пасайишининг дифференциал диагностикаси учун шартли ва шартсиз рефлектор усуллар, тонал ўйинли аудиометрия, бўсағали ва юқори бўсағали аудиометрия, нутқли ва ультратовушли аудиометрия, автоматик аудиометрия, компьютер аудиометрияси, акустик

импедансометрия, отоакустик эмиссия кенг микёсида қўлланилади. Эшитишни текшириш учун электр таъсирловчи текшириш, эшитишни чақирувчи потенциалларни қайд этиш усуллари билан бир қаторда мукамал диагностика усуллари сифатида болаларда карликни аниқловчи замонавий электрофизиологик ва биофизикавий усуллар қўлланилади [5,28, 59].

Эшитишни текширишнинг кенг тарқалган усуллари билан бири ўйинчоқлардан фойдаланиш бўлиб, уларнинг жаранглаш кучи ва частоталарининг тавсифи А. И. Мўминов ва В. Р. Пулатов томонидан келтирилган. Улар товуш таъсирини бир неча марта қайтариш кераклигини, болани тинчлантириш учун эса танаффус қилишни таклиф этадилар [78,54]. Ишончли реакция товуш тўхтагандан сўнг 2 сек мобайнида боладаги физиологик фаолликнинг кузатилиши ҳисобланади. Бошқа муаллифлар қабул қилувчи товушларнинг интенсивлигини ёшга боғлиқлигини кўрсатишган [47, 45] . Жумладан 3 ойлик болада ўртача 45 дБ товуш интенсивлиги талаб қилинади, қисман нормал эшитиш бўсағасига тенг, 8 ойлик болада эса бу кўрсаткич 34 дБ ни ташкил этади. Кўп ҳолатларда эса рефлектор жавоб ҳосил бўлиши учун керакли товуш интенсивлигининг меёри юқори, яъни 60-70 дБ гача бўлиши керак.

6-7 ойлик болаларда эшитишни текшириш учун мусиқий товушларни қўллашга катта эътибор берилган.

Муаллифлар томонидан аудиометрик усуллар асосида зарарланиш негизини белгиловчи ва шу билан бирга эшитиш пасайишига учраган беморларда физиологик, гемодинамик, иммунологик силжишни аниқловчи янги ва системалаштирилган маълум дифференциал диагностик кўрсаткич ишлаб чиқилган [30,50,83].

Олимларнинг фикрича, болаларда 18 ойликдан бошлаб нутқнинг ривожланишини текшириш мумкин, деб ҳисобланади. Уларнинг натижаларига қараганда, текширилган 594 нафар боғчага борувчи болаларнинг шу ёшида меёрий сўз бойлиги 15-21 тани ташкил этиши керак. Агар болада сўз бойлиги 5 тадан кам бўлса, бу ҳолат эшитишни текширишга

кўрсатма бўлади. 1,5-3 ойлик болаларнинг эшитишини текшириш учун скрининг тест ишлаб чиқилган. Одатдаги ўйинли шароитда бир киши болани овутиб туради, иккинчи киши эса боланинг орқасидан товуш чиқарувчи предметлар билан ҳар хил акустик сигналлар бериб, боланинг реакциясини баҳолайди. Усул оддийлиги ва кам ҳаражатлилиги учун болаларда эшитиш пасайишини эрта аниқлаш мақсадида кенг қўлланилишга тавсия этилган. 14 ойдан 6 ёшгача бўлган болаларнинг алоҳида ўнг ва чап қулоғининг объектив ва субъектив аудиометрия хулосалари солиштириб кўрилганда, субъектив аудиометрия объектив аудиометрияга нисбатан яхши эканлиги аниқланган. Айрим олимлар эса болаларда 8 ойдан бошлаб эшитишни текшириш учун эркин майдонда турмушда ҳар куни учрайдиган товушлардан фойдаланишни тавсия этадилар [45, 73].

Ўткир карликни эрта аниқлаш учун 6 ойгача бўлган болаларда эшитишни текширишга алоҳида эътиборни қаратиш керак [1, 6]. Кейинги йилларда янги объектив усулларнинг амалиётга кириб келиши эшитишни текширишда яхши натижалар бермоқда.

Эшитишни чақирувчи потенциалларни қайд этиш ва отоакустик эмиссия бугунги кунда ҳар қандай ёшдаги, ҳаттоки чақалоқларда ҳам эшитишнинг бузилишини ва унинг даражасини аниқлаш имконини беради [23, 68,34].

Шунга қарамасдан кичик ёшдаги болаларда эшитишнинг пасайишини аниқлашда бу усуллар етарли эмас, шу сабабли болаларда оммавий скрининг текшириш ўтказиш талаб этилади. Скрининг ўтказишнинг мақсади, эшитиш пасайишига гумон қилинган болаларни туғруқхонадаёқ аниқлаш ва мутахасислар томонидан уларни мукамал диагностик текширишга йўлланма беришдир.

Айрим олимлар томонидан чақалоқларда эшитишни текшириш учун Linco-Bennett нинг махсус усули ёрдамида скрининг ўтказиш таклиф этилган, яъни бу усул касалликка мойил гуруҳларни ажратиш ва товуш сигналларига бўладиган ҳаракат ва нафас олиш реакцияларини автоматик қайд қилишни ўз ичига олади. Болаларда эшитишни скрининг текшириш учун отоакустик

эмиссия усули АҚШ, Германия, Буюк Британия ва бошқа бир қанча ривожланган мамлакатларда ҳам қўлланилади [63,74,80].

Г. А. Таварткиладзе ва ҳаммуаллифлар чақалоқларда эрта эшитиш бузилишини аниқлашда ҳамма учун бир хил аудиологик скрининг ўтказишни таклиф қилади. Унга кўра жамиятни огоҳ қилиш, мутахасис ва ота-оналарга ахборот бериш, шартсиз рефлектор таъсирчанлик ва хулқ-атворни кузатиш скрининги, чақирилган отоакустик эмиссияни қайд этиш, қисқа латентли чақирилган эшитиш потенциалларини рўйхатга олиш лозим. Россия соғлиқни сақлаш вазирлигининг 1996 йилда чиқарган буйруғига асосан чақалоқлар ва бир ёшгача бўлган болалар эшитишини текшириш учун аудиологик скрининг услуги ишлаб чиқилган ва амалиётга тадбиқ қилинган.

Баъзи мамлакатларда эса ҳалигача эшитишни скрининг текширишнинг давлат дастури ишлаб чиқилмаган. Кичик ёшдаги болаларда эшитиш пасайишини эрта аниқлаш учун илмий асосланган аудиологик скрининг бизнинг мамлакатимизда ҳам тўлиқ ва аниқ дастур сифатида ишлаб чиқилиб, буйруқ асосида тасдиқланиши мақсадга мувофиқдир.

#### **1.4. Ўткир ўрта отитларни даволаш усуллари**

Ўткир ўрта отитни даволашнинг асосий усули антиотикотерапия бўлиб, антибиотикни бошланғич танлаш эмпирик ҳисобланади. Ўткир ўрта отитнинг ҳамма турларида ҳам антибиотик қўллаш шарт эмас, аммо улар мастоидит ва бошқа асоратларнинг олдини олади. Антибиотикларни эмпирик танловида ўткир ўрта отитнинг пневмококк, қизил қон таёқчаси, баъзида моракселла каби кенг типик кўзгатувчиларини ҳам инобатга олиш керак.

Антибиотикотерапия курсининг стандарт муддати АҚШда 10-14 кун, Англияда -5 кун, Голландияда - 6-7 кун бўлса, Россия, Ўзбекистонда 5-7 кун давом этади. Адекват антибиотикотерапия ўтказиш қисқа вақтда (24-48 соат) бемор умумий ахволи яхшиланиши, касалликнинг умумий симптоматикаси камайиши, тана харорати яхшиланишига олиб келади, аммо, эшитиш пасайиши 2 хафта ва ундан ҳам ортиқ сақланиши мумкин.

Охирги йилларда кўпгина чет эл ва мамлакатимиз олимлари томонидан ўткир ўрта отитларни даволаш бўйича самарали ишлар олиб борилмоқда, шунга қарамай антибиотикларнинг кўплиги ва уларнинг тартибсиз равишда қўлланилиши кўпгина муаммолар туғдирмоқда.[45,56,64 ].

Айрим татқиқотчиларнинг фикрича антибиотикларни кенг кўламда қўллаш касалликнинг нотипик кечишига сабаб бўлиб, яширин йирингли ўчоқлар пайдо қилади.[64,72,83 ]. Ўткир ўрта отитда экссудат берк бўшлиқлар – ноғора бўшлиғи, антрум, сўрғичсимон ўсимта катаклариди тўпланади. Аммо бу маълумотлар билан қатор муаллифлар келишмайдилар.[24,27,41,69]. Ўткир йирингли ўрта отитларда кулоқ ажралмасининг таркиби ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаб даволаш ишларини олиб бориш асоратларни олдини олиб, яхши натижалар бермоқда. Аммо баъзи антибиотиклар ототоксик таъсирга эга бўлиб, айниқса болаларда эшитиш пасайишига олиб келади, айрим ҳолатларда иммунодепрессив ҳолатлар ва замбуруғли касалликларни чақиради.

Касалликнинг сурункали тусга ўтиб кетмаслиги ёки қайта кўзгалмаслиги учун юкори нафас йўлидаги касалликни даволаш, зарур бўлса, жаррохлик йўли билан бартараф этиш лозим.

Ўткир ўрта отит бир неча босқичда кечкани учун, ўзига хос даво ўтказиш талаб қилинади.

Ўткир ўрта отитларни даволашнинг умумий тамоиллари қуйидагилардан иборат:

- тизимли антибиотикотерапия;
- маҳаллий таъсир қилувчи осмотик актив оғриқсизлантирувчи ва яллиғланиш, асоратларга қарши препаратлар (кулоқ томчилари кўринишида);
- тизимли ва топик деконгестантлар (томир торайтирувчи препаратлар);
- антигистамин препаратлар;
- бурун бўшлиғи туалети ва анемизацияси;

- эшитув найи анемизацияси ва катетеризацияси;
- ноғора бўшлиғини шунтлаш ва миринготомия;
- эшитиш пасайишини тиклаш.

Ўткир ўрта отитларни даволашда кулоқ томчилари кенг қўлланилиб, кўпгина беморлар мустақил равишда, шифокор тавсиясиз, улардан фойдаланишади. Таркибида яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантирувчи компонентлари бор кулоқ томчилари фақатгина бутун ноғора парда бўлган ҳолатда қўлланилиши керак, чунки перфорация орқали ноғора бўшлиғига тушиб, эшитиш функциясига ножўя таъсир қилиши мумкин.

Ҳозирги вақтда энг самарали ва хавфсиз даволаш усулларида бири антисептик дори воситаларини эндоурал қўллашдир. Таркибида антибиотиклар бўлган кулоқ томчиларининг айримларини (отофа, нормакс, ципромед, фугентин) перфорациягача ва перфорациядан кейинги даврда ҳам ўрта отитларда ишлатиш мумкин. Адабиёт маълумотларига қараганда, отофа кулоқ томчиларининг таркибида рифамицин моддаси бўлиб, граммусбат ва грамманфий кокларга нисбатан фаоллиги аниқланган ва ушбу препарат хужайрадан ташқари ва хужайра ичида жойлашган бактерияларга (гонококклар, пневмококклар, ичак таёқчаси, протей, стрептококклар, менингококклар) ҳам кучли антибактериал таъсир ўтказиб, монотерапия сифатида яхши натижалар олинган.[16]. Отофа препаратини ишлатишдан олдин антибиотикограмма қилиш тавсия этилади. Бундан ташқари, отофанинг афзал томонларидан бири, цефалоспоринлар ва яримсинтетик пенициллинларга чидамли микроорганизмларга ҳам таъсирли экан.

Анальгетиклар ва ностероид яллиғланишга қарши воситалардан иборат томчилар (парацетамол, метамизол ва б.қ.) ўткир ўрта отитнинг ҳамма босқичларида қўлланилиши мумкин.

Таркибида антигистамин компоненти бўлган томчилар шишни камайтириш ва аллергияк омилни камайтириш учун ишлатилади.

Топик деконгестантлар (ксилометазолин, оксиметазолин) – ўткир ўрта отитларни даволашнинг асосий қисмларидан бири бўлиб, эшитув найи

дисфункциясини бартараф этишда катта ахамиятга эга, аммо бу гурух воситаларига ўрганиб қолиш эҳтимоли бор, шунинг учун улар 4-5 кундан ортиқ ишлатилмайди.

Қатор муаллифларнинг фикрича, антибактериал терапия қўллаш ўткир ўрта отитнинг барча турларида ҳам зарур эмас, аммо бу препаратларни ишлатиш кўпгина асоратларни олдини олади.[69,44]. Интоксикациянинг қусиш, интенсив кучаювчи бош оғриғи каби жиддий симптомлари кузатилмаганда, антибиотиклар қўллашни тўхтатиб туриш мумкин. 2 ёшдан кичик ва иммунодефицит холати бўлган ўткир ўрта отитлар билан хасталанган беморларда антибиотикларни ишлатиш зарур. Антибиотик аввал эмпирик тавсия қилиниб, кейинчалик, ушбу касаллик кўзгатувчиларига нисбатан сезувчанлик ҳисобга олинади.

Ўткир ўрта отитнинг биринчи босқичида эшитув найи катетеризациясини ҳар куни ўтказиш яхши терапевтик самара беради. Катетер орқали томир торайтирувчи ва яллиғланишга қарши таъсирга эга бўлган адреналин, кортикостероидлар, топик деконгестантлар юборилади.

Ўткир ўрта отитнинг иккинчи босқичида баъзи мутахассислар ташқи эшитув йўлига осмотол (90 % этил спирти ва глицерин 1:1 аралашмаси) билан намланган пахта турунда қўйишни тавсия қиладилар. Турундани қуриб қолмаслиги учун ташқаридан вазелинли пахта билан бекитилиб, иситувчи, оғриқсизлантирувчи, дегидратацияловчи эффектлари сутка давомида сақланади ва компресс билан бирга бурунга томир торайтирувчи томчилар томизиш шарт.

Касалликнинг учинчи босқичида эшитув найининг катетеризацияси ва осмотол билан микрокомпресслар, ҳамда, тизимли антибиотикотерапия тавсия қилинади. Агар 24-48 соат ичида ўтказилаётган даводан фойда бўлмаса, беморга парацентез ёки тимпанопункция ўтказилиши керак. Медикаментоз препаратлардан кучли анальгетиклар (парацетамол ва ибупрофен асосидаги) қабул қилиш керак.

Перфоратив босқичда бемор кулоқ томчилари кўринишидаги махаллий антибактериал препаратлар, бурунга томир торайтирувчилар ва анальгетик препаратлар олишни давом эттириши керак. Шунингдек эшитув найи катетеризацияси ва ташқи эшитув йўлини тез-тез тозалаб туриш зарур.

Ўткир ўрта отитнинг репаратив босқичида жараён сурункали тусга ўтмаслиги учун перфоратив тешикнинг чандиқланиши назорат қилиниши керак. Албатта, ўткир ўрта отитнинг қайси босқичи бўлишидан қатъий назар, қайси касалликлар фониди юз берганига қараб, ўша касалликларни даволашга эътибор берилди.

Бундан ташқари, барча ўткир инфекциялар тўқималарда деструктив жараён билан сурункали жараёнга ўтишини ҳам инобатга олинади. Инфекция атроф структураларга ўтиб, метастатик ўчоқлар ва сепсисга сабаб бўлиши мумкин. Махаллий асоратлардан ноғора парда перфорацияси, холестеатома, эшитув суякчалари адгезияси ёки деструкцияси, лабиринтит бўлса, “кулоқдан ташқари” асоратлардан анtrit, мастоидит, мия абсцесси, менингоэнцефалит, субдурал абсцесс хисобланади. Ўткир ўрта отит асоратларидан ўлим ҳолатлари 18,6% (1) ни ташкил қилади.

Замонавий даволаш усулларида антибиотикларга альтернатива бўлиб пневмококкли вакцина хисобланади, аммо бизнинг мамлакатимизда ўткир ўрта отитни келтириб чиқарувчи *S.pneumoniae* серотипларига унинг таъсири тўғрисида маълумотлар етарлича эмас. Гомеопатик препаратлар ва фитопрепаратлар ҳам ҳозирги кунда ўткир ўрта отитларни даволашда кенг қўлланилмоқда.

Ўткир ўрта отитнинг барча турларида тубар дисфункцияни хисобга олган ҳолда, ноғора бўшлиғи аэрациясини эшитув найи ёриғи орқали тиклашга қаратилган муолажалар ўтказилади. Шиллиқ парда шишини камайтириш учун бурунга томир торайтирувчи томчилар: нафтизин, санорин, тизин, називин, ксилометазолин ва бошқалар, шунингдек, антигистамин препаратлар (димедрол, супрастин, тавегил, кларитин, телфаст ва б.к.). тавсия қилинади. Ўткир йирингли ўрта отитларни даволашда стандарт даволаш

усулларидан эшитув найи катетеризацияси кенг қўлланилади. Эшитув найи ўтказувчанлигини тиклаш учун анемизациядан сўнг катетер орқали хаво пуфлаш ва дори моддалари: 0,1% адреналин эритмаси ёки дексаметазон, химотрипсин, трипсин, антибиотиклар юборилади. Катетеризация эшитув найи функциясини нормаллаштириб, яллиғланишни бартараф қилишга ёрдам беради.

Ўтказилган давога қарамасдан беморнинг ахволи яхшиланмаса, кулоқда оғриқ, тана харорати баланд, отоскопияда ноғора парда бўртган, ички кулоқ ёки мия пардалари қўзғалиши белгилари пайдо бўлса, парацентез ўтказилади ва ноғора бўшлиғидаги патологик экссудат эвакуация қилиниб, транстимпанал яллиғланишга қарши дорилар юборилади.

Бундан ташкари иситувчи компресс, физиотерапевтик муолажалардан УФО, УВЧ, лазеротерапия, соллюкс, ноғора парда пневмомассажи, инфрақизил нурлар буюрилади. Кейинги пайтларда терапевтик лазер билан нурлантириш ҳам яхши натижа бермоқда.

Ўткир ўрта отитларни даволашда алохида эътиборни эшитишни тиклашга қаратиб, бактериал инфекция ва ототоксик препаратлар таъсиридан келиб чиқадиган ўткир нейросенсор қаттиқкулоқнинг олдини олиш керак.

Хозирги вақтда ўткир нейросенсор қаттиқкулоқни даволаш учун турли хил препаратлар, даволаш схемалари ва усуллари ишлаб чиқилган бўлиб, вазоактив ва гемодилюцион препаратлар, гипербарик оксигенация, седатив препаратлар, диуретиклар, В, Е ва С витаминлари, стероид препаратлардан кенг фойдаланилади [84,52].

Мамлакатимиз ва чет эл олимларининг даволаш схемалари бир-биридан фарқ қилиб, чет элда стандарт усуллардан глюкокортикостероидлар билан даволаш хисобланади. Паст дозаларда тизимли қўлланилганда стероидларнинг терапевтик эффекти суст бўлади, чунки уларнинг гематоперилимфатик тўсиқдан ўтиш қобилияти чекланган.

Стероидлардан транстимпанал фойдаланиш қатор устунликларга эга: биринчидан ўткир ўрта отитларни даволашда яллиғланишга қарши самарали бўлса, иккинчидан, паст дозировкада улар юмалоқ дарчага етиб бориб, ички қулоқ суюқликларида концентрацияси юқори даражага етади ва қисқа муддатда эшитиш тикланишига олиб келади, шунингдек, маҳаллий қўллаш организмга нонуя таъсир қилмайди.

Шундай қилиб, ўтказилган адабиетлар тахлилидан келиб чиққан ҳолда, илмий тадқиқотимизнинг йўналиши шаклланиб, ўткир ўрта отитларни даволашни такомиллаштиришга, асоратларни олдини олиш ва эшитишни тиклашга қаратилган чора-тадбирлар ишлаб чиқаришга ундайди.

## **II- БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ**

### **2.1 Тадқиқот материали**

Диссертацияда қўйилган вазифаларни амалга ошириш мақсадида 2012-2015 йиллар давомида 35 нафар 1 ёшдан 65 ёшгача ўткир ўрта отит билан хасталанган беморлар текширишга жалб этилди. Уларнинг асосий қисми СамМИ клиникаси ЛОР бўлими, қабул бўлими ва маслаҳат поликлиникаси ЛОР кабинетларига мурожат бўйича танлаб олинди.

Текширилган беморлар тўғрисидаги маълумотлар махсус картада қайд этилди. Жумладан, ўткир, қайталанувчи ва сурункали йирингли ўрта отитларни дифференциал диагностика қилиш мақсадида беморларнинг анамнези йиғилди, оилавий келиб чиқиши, ота-онасининг ва ўзининг кечирган касалликлари, ототоксик таъсирга эга бўлган дори воситалари қабул қилган ёки қилмаганлиги аниқланди. Касаллик бошлангандан буён қанча вақт мобайнида қулоғидан йиринг келиши, унинг эшитиш фаолияти қай ҳолатда эканлиги, нутқли ва нутқсиз товушларга реакцияси сўраб, суриштирилди ва аниқланди.

Барча ўткир отит кечирган ва натижада эшитиши заиф деб топилган беморлар вилоят сурдология маркази ва ЛОР клиникаларда акумметрик ва

аудиометрик текширишлардан ўтказилди ва улар билан даволаш ишлари амалга оширилди.

Текширишларни муайян тартибда олиб бориш учун жалб этилган беморлар ёши ва жинсига қараб тақсимланди (2.1-жадвал).

Жадвалдан куриниб турибдики, ўткир ўрта отит касаллиги билан хасталанганларнинг кўпрок қисми болалар орасида 3-5 ёшли – 13 та бемор (34,3 %), катталар орасида эса 61-65 ёшлилар – 11 та бемор (31,4 %).

Адабиётларда келтирилишича ўткир ўрта отит аёл ва эркаклар ўртасида деярли бир хил кўрсаткичларни беради. Лекин шунга қарамадан айрим олимлар текшириш натижаларига асосан касаллик эркаклар орасида кўпрок учраши қайд қилинган.

## 2.1-жадвал

### Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Ёши	Эркак		Аёл		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3-5	7	36,8	6	37,5	13	34,3
6-10	2	10,5	2	12,5	4	11,4
11-20	1	5,2	-	-	1	2,8
21-30	-	-	-	-	-	-
31-40	-	-	-	-	-	-
41-50	1	5,2	-	-	1	2,8
51-60	2	10,5	3	18,7	5	14,3
61-65	6	31,5	5	31,2	11	31,4
Жами	19	54,2	16	45,8	35	100

Хозирги кунгача касалликнинг эркаклар орасида кўп учраши сабаблари тўғрисида аниқ бир келишувга келинган эмас. Беморлар анамнези ва клиник белгилардан маълум бўлишича, уларнинг 8 тасида (асосий гуруҳ 5, назорат

гурухи 3 та) ўткир ўрта отит қайталанган, қолган ҳолатларда отит биринчи марта юзага келган.

Текширишларга жалб этган беморларда ҳам касалликнинг кечишига қараб беморларда ўткир ўрта отит бир томонлама – 23 та беморда (60 %) ва икки томонлама - 12 (34,3 %) бўлиши кузатилди.

Кулоқнинг яллиғланиш жараёни турига қараб, ўткир катарал ўрта отит – 14 та (40 %) беморда, ўткир йирингли ўрта отит – 21 та (60 %) беморда аниқланди.

Яллиғланиш жараёнига қараб, гурухларда нозологик шаклларига ажратиб, беморларни бўлишдан ташқари ўткир ўрта отитларнинг ҳар хил клиник белгиларни 2 гурухга ажратдик:

1. Типик кўринишлар билан
2. Касалликнинг атипик кечиши билан

Касаллик типик кечиши ўткир бошланиб, бу ҳолат бурун шиллик қаватининг ўткир яллиғланиши билан бирга кечади. Маҳаллий белгилар кулоқ битиши, инқилловчи, пульсли оғриқлар, оғриган кулоқда кичик частотали пульсли шовқин билан ва эшитиш пасайиши белгилари билан намоён бўлган. Умумий интоксикация белгилари алоҳида ўрин тутган (тана ҳарорати кўтарилиши, ваража қилиши, умумий дармонсизлик). Отоскопияда қизариш, ноғора парда инфилтрацияси, белгиловчи пунктларнинг хираланиши кўринади. Бу белгилар 2-3 кун давомида намоён бўлган. Кейинчалик тўғри даволанмаганда ноғора парда тешилиши ва йиринг келиши кузатилган. Отоскопик кўринишда ноғора парда перфорациясидан чиқувчи «пульсли рефлекс» ҳосил бўлган, йирингли ёки шиллик-йирингли кўринишига эга бўлган ажралмалар ташқи эшитув йўлида тўпланиши кузатилган. Перфорация одатдагидек, пастки квадрантларда жойлашган бўлиб, нуқтасимон ёки ёриқсимон

шаклга эга бўлган. Шундан кейингина беморларда тана харорати пасайиши, оғриқ камайиши, умумий ахволи яхшиланиши кузатилган. Касалликнинг бундай кечиши 23 та беморда (65,7 %) намоён бўлган, шулардан 12 та беморда (52,2 %) ўткир ўрта отит сўрғичсимон ўсимта томонидан периостал реакция хосил бўлиши билан намоён бўлган, бу ҳолат қизариш, қулоқ орти сохаси териси инфилтрацияси, сўрғичсимон ўсимта сохасининг перкуссияси ва пальпациясида оғриқ билан бирга кечган.

Антибиотикотерапия шароитида ўрта қулоқнинг атипик яллиғланиши касалликнинг рецидивли ва давомий кечиши ҳам кўп кузатилган. Атипик кечадиган ўткир ўрта отит 12 та беморда (34,3 %) кузатдик. Бу ҳолат клиник белгиларнинг кам намоён бўлиши, оғриқ синдромининг ва иситманинг бўлмаслиги билан кечган. Асосий шикоятларни қулоқнинг битиши, эшитиш пасайиши, ва оғриган қулоқдаги шовқин бўлиши ташкил этган. Отитнинг йирингли шаклида беморлар қулоғидан ажралма келишига ахамият беришган, бу ҳолат 18,4% беморларда (7 та ҳолат) тиббий ёрдамга мурожаат қилиш учун сабаб бўлган.

Текширилаётган беморларимизда бурун ва бурун ён бўшлиқлари, халқум, бурун-халқум, Евстахийев найи патологик ҳолатларига ҳам эътибор берилди. Олинган натижалар 2.2 жадвалда келтирилган.

Жадвал 2.2

**Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларнинг ЛОР аъзолари йулдош касалликларини**

Касалликни номлари	Умумий	%
Ўткир ва сурункали синуситлар	15	42,8
Сурункали тонзиллит	3	8,5
Аденоид вегетацияси ва аденоидитлар	9	25,7
Бурун тўсиғи қийшайиши	5	14,2
Гипертрофик ринит	3	8,5
Бурун-халқум ангиофибромаси	2	5,7
Ташқи эшитув йўли чипқони	3	8,5
Жами	35	100

Жадвалдан кўринадики ўткир ўрта отитнинг кечишига сабаб бўлувчи ЛОР аъзолари касалликларининг асосийлари бурун ва бурун ён бушлиқлари яллиғланишлари, яъни синуситлар 42,8 %, аденоид вегетацияси ва аденоидитлар 25,7 % ни ташкил қилди. Бу кўрсаткичлар адабиётлардаги кўрсаткичларга яқинлигини кўришимиз мумкин. Ўткир отитлар патогенезида асосий механизм бурун шиллик каватлари яллиғланиш оқибатидаги шиши ва гиперсекрецияси натижасида эшитув найи дренаж ва вентилиацион функцияси бузилиши ҳисобланади. Шу сабабли ноғора бўшлиғида нормал атмосфера босими ўзгаради ва ўткир йирингли жараёнга олиб келади.

Албатта бу холатнинг қайталаниши буруннинг ўткир ва сурункали касалликлари хуружи оқибатидир.

Адабиётлар билан солиштирган холда, текширишларимизда ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларнинг бошқа ЛОР аъзоларида патологик ўзгаришлар кузатилган. Эшитиш пасайишида бурун ва бурун ён бўшлиқлари, халқум, бурун-халқум, хиқилдоқ ва ўрта кулоқ тизими аъзоларининг ҳолати муҳим аҳамият касб этади. Жумладан, беморларда кечаётган ўткир ва сурункали ринитлар, бурун тўсиғининг қийшайиши, синуситлар, аденоид безларининг гипертрофияси, евстахий найининг яллиғланиши, ташқи эшитув йулининг туғма нуқсонлари, ўткир ва сурункали отитлар, кулоқнинг йирингсиз касалликлари эътиборга олинishi зарур.

## **2.2.ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ**

Мурожаат қилган ҳамма беморларга анамнез йиғишдан, шикоятлар тахлилидан, отоскопия, билвосита ларингоскопия, стоматофарингоскопия, олдинги ва орқа риноскопиялардан иборат ЛОР аъзоларининг эндоскопик текширувларидан ташкил топган тўлиқ клиник текширув ўтказилди.

Отоскопия натижаларга кўра турғун қизариш, кўпроқ юқори квадрантларда жойлашган ноғора парда инфилтрацияси ва белгиловчи пунктларнинг хираланишидан иборат секин кечувчи яллиғланиш кузатилган. Йирингли ўрта отитда асосан пастки квадрантларда жойлашган нуқтасимон ёки ёриқсимон перфорацияга эга бўлган “пульсли рефлекс” кузатилган.

Шундай қилиб, кўзатувларга кўра ўткир ўрта отит 12 та беморда (34,3 %) холатларда атипик кечган, одатий клиник белгиларсиз, бу холат ўз вақтида ташхис қўйишга тўсқинлик қилиб, беморларнинг кеч мурожаат қилишига олиб келган.

22 та бемор (62,8 %) бизнинг шифохонага мурожат қилишидан олдин амбулатор шароитда даволанишган. Шулардан 18 таси (81,8 %) тизимли

кенг спектрли антибиотиклар билан даволанишган, 11 таси (50 %) пенициллин гурухидаги дорилар қабул қилган (Ампициллин, Оксациллин, Флемоксин, Аугментин, Амоксиклав), 5 таси (22,7 %) макролид гурухидаги дори воситаларни қабул қилган (Сумамед, Ровамицин, Эритромицин, Рулид), 2 таси (9 %) цефалоспоринларнинг II-III гурух дориларни қабул қилишган, 1 таси (4,5%) фторхинолон гурухининг дориларини қабул қилган (Ципрофлоксацин).

Текширувдаги 5 та бемор (14,2 %) СамМИ клиникасининг ЛОР булимига келишдан олдин, туман шифохоналарида стационар шароитда даволанган, аммо тўлиқ тузалиш кузатилмаган. Бу беморлар кенг спектрли антибактериал дори воситаларни парентерал қабул қилишган. Ундан ташқари, уларга антигистамин, томир торайтирувчи дори воситалари ва физиотерапевтик даво муолажалари ўтказилган.

Вестибуляр анализатор функцияси 7 та беморда текширилди (20 %): асосий гурухнинг 5 таси (2 таси катарал ўрта отит билан ва 3 таси ўткир йирингли ўрта отит билан), ва назорат гурухининг 2 тасига (1 таси ўткир катарал отит билан, 1 таси ўткир йирингли ўрта отит билан) текшириш ўтказилди. Чунки улар бош айланишига шикоят қилишган. Бу текшириш “вестибуляр паспорт” тузишни ва электроэнцефалографда (ЭЭ24-5) килинадиган электронистагмографияларни ўз ичига олган. Вестибулометрик текширишларга кўра 3 та беморда (42,8 %) ( 1 таси асосий гурухдан, 2 таси назорат гурухидан мос холда) оғриган кулоқнинг гиперрефлекси хисобига вестибуляр аппарати функциясида ассиметрия кузатилган. Қолган беморларда ўзгариш кузатилмаган.

Комплекс клиник текширишлар вақтида беморларнинг 32 тасига ўрта кулоқ бўшлиғида суяк деструкциясини ва жараённинг тарқалиш даражасини билиш мақсадида Шюллер, Майер проекциялари буйича чакка суягининг рентгенографияси ўтказилган. Рентгенография натижалари анализ қилинганда 24 та холатларда (75 %) сўргичсимон ўсимталарнинг пневматик тузилиши, 5 тасида (15,6 %) аралаш тузилиши,

Зтасида (9,3%) эса склеротик тузилиши аниқланган. Хамма текширилган беморларда хар хил даражадаги ўрта қулоқнинг хавосимон бўшлиқларининг сояланиши аниқланган.

Шюллер бўйича чакка суякларнинг ён томонлама умумий рентгенографияси сўрғичсимон ўсиқнинг тузилишини аниқлашга ёрдам беради. Рентген қоғозида сўрғичсимон ўсиқнинг ёри, периантрал катакчалари, ноғора бўшлиқнинг томи ва сигмасимон синуснинг олд девори аниқ кўринади. Рентген тасвирга асосланиб сўрғичсимон ўсиқнинг ҳаво билан тўлганлиги баҳоланади. Унинг ёрдамида мастоидит касаллигига хос катаклараро тўсиқларнинг деструкциясини кўриш мумкин.

Майер бўйича аксиал проекцияда бажарилган чакка суяги рентгенографиясида ташқи эшитув йўлининг суяк деворлари, ноғора усти чуқурлиги ва сўрғичсимон ўсиқ хужайраларини кўриш имконини беради. Аниқ чегараланган аттик-антрал бўшлиғининг кенгайиши холестеатома жараёнидан далолат беради.

7 та (20 %) беморга, касаллиги кўпроқ атипик кечган ҳолатларда рентгенографиядан ташқари аксиал ва коронар проекцияларда чакка суякларининг компьютер томографияси қилинган. У аксиал ва фронтал проекциясида 1-2 мм кесим қалинлигида бажарилади. КТ юмшоқ ва суяк тўқималарнинг ўзгаришларини аниқлаш имконини беради.

Текширишларнинг натижаларига кўра барча ҳолатларда пневматизация пасайган, аммо деструкция кузатилмаган. 3 та беморда (42,8 %) бу текшириш алоҳида эътибор талаб қилган. Чунки уларда ўткир ўрта отит сўрғичсимон ўсимта томонидан периостал реакцияси вужудга келиши билан намоён бўлган ва қулоқ орти соҳасининг қизариши, пальпацияда оғриқ билан кечган. Компьютер томограммаларида беморларда суяқлик компоненти ва шиллиқ қавати шиши ҳисобига ўрта қулоқнинг хамма бўшлиқларида нотекис сояланиш аниқланган, лекин бу бўшлиқларда деструкция белгилари кузатилмаган.

### 2.2.1. Бактериологик текширишлар

Бактериологик текширишлар СамМИ клиникаси бактериологик лабораториясида ўтказилган. Барча ўткир йирингли ўрта отит билан қабул қилинган беморларда даволашгача ва даволашдан кейин экмалар учун қулоқдан суртма олинган. Йирингли ажралма қонли агар, Эндо мухити, Цейслер мухити, гўшт-пептонли агар, Сабуро мухитига экилиб, албатта лаборатор дисклар ишлатилиб, антибиотикларга сезувчанлиги ҳам аниқланган. Микроорганизмлар ўсиши аниқлангандан кейин, бактериал халқа тегдирилиб, предмет ойнасига юпка, тенг микдорда суркалди. Кейинчалик суртмалар фиксация қилиниб, бўялиб, қуритилгандан сўнг микроскоп иммерсион системаси остида кўрилди.

Аэроб микрофлорани ажратиб олиш учун (гемолитик стофилококк, стрептококк,) материал 5% ли қонли агарга экилди. Замбуруглар дифференциацияси учун Сабуро озика мухитидан фойдаланилди, энтеробактериаларни ажратиб олиш учун Эндо мухитидан фойдаланилди.

Ажратилган штаммлар морфологик, тинкториал, културал ва биохимик хусусиятлари бўйича Берги (1984) аниқловчисига мос равишда идентификация қилиниб, антибиотикларга сезувчанлиги зич озиқ мухитларида дискодиффузион усулда анаэроб шароитда аниқланди. Микроорганизмлар микдорий сони 1 мл йирингли ажралмада 1 : 100, 1 : 1000 марта ва ундан суяқ озиқ мухитларда, кейинчалик суялтиришга мос зичликдаги озиқ мухитларига экилди.

Қулоқдан олинган йирингли ажралманинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун махсус усуллар (Зиборова Н.В. 2001, Пискунов С.З. 1994), ҳамда ёпиқ бўшлиқларнинг йирингли аутостерилизациясидан (Давидовский И.В., 1952) фойдаланилган.

### 2.2.2. Аудиологик текширишлар

Юқорида айтиб ўтилганидек, ўткир ўрта отит билан текширилган беморларда асосий белгилардан бири, кулоқдан шиллик-йирингли ажралма келиши ва эшитиш пасайиши аниқланганлиги учун умумклиник текширишлар билан бир қаторда аудиологик текширишлар: акуметрия, аудиометрия, тимпанометрия ўтказилди.

Акуметрик текширишлар учун  $C_{128}$  камертондан фойдаланилди.  $C_{128}$  шохчаларини кафт соҳасига уриб тебратилиб, жаранглаб турган камертоннинг оёкчасини икки бармоқ билан ушлаб беморнинг ташқи эшитув йўлига 0,5 см масофага яқинлаштирилди. Бемор камертон товушини эшитмай қолган пайда текширувчи камертонни кулоқдан тез узоқлаштиради ва қайта тебратмасдан яна беморнинг кулоғига яқинлаштиради (одатда бемор яна бир неча сония давомида камертон товушини эштади). Бемор камертон товушини қайси пайт эшитмай қолганлиги белгиланади, камертон оёкчасини беморнинг сўрғичсимон ўсиғи соҳасига перпендикуляр холда ўрнатади. Шундан кейин бемор камертон тебратилгандан бошлаб қанча вақт давомида товушни хис этганлиги секундомер ёрдамида ўлчанади. Ушбу усулда хаво ва суяк орқали товуш ўтказиш аниқланди.

Барча беморларга GSI 61 CLINICAL AUDIOMETER (АҚШ) аудиометрида текшириш ўтказилиб, 125-8000 Гц кўламида ўлчаш имконини берадиган, турли тоналликдаги ва товуш баландлигидаги товушларни эшитиш қобилиятини текширувчи ушбу мослама ёрдамида юбориладиган товуш тонларини хаво ўтказувчанлиги текширилганда 100-120 дБ гача, суяк ўтказувчанлиги текширилганда - 60 дБ гача кучайтирилди. Эшитиш пасайишининг I-II даражаси асосан ўткир ўрта отит кечирган беморларнинг 42,8 % ида кузатилди. Муолажа натижалари беморнинг исми шарифи, ёши, текшириш санаси кайд килинган аудиограммага киритилди.

Уйинли аудиометрияни 5 ёшгача бўлган 4 та (41,6 %) беморда ўтказилди. Бола олдига маълум баландликдаги товушни эшитса, бирор ҳаракат, масалан, кубикни қутига солиш масаласи қўйилади.

Тимпанометрия учун ўрта кулок клиник анализатори С81 38 АиТОТУМР (АҚШ) ишлатилиб, текшириш ташки эшитув йулига тўғри келадиган кулок зондлари тақишдан бошланади. Тимпанометр зондлари индикаторли светодиод билан таъминланиб, операторга текширишни кузатишга имкон беради. Ускуна кулокка герметик тақилгандан, эшитув органига олдиндан маълум миқдордаги эшитув энергияси узатилади. Маълум миқдордаги товуш энергияси берилгандан сўнг, текширилувчи ўрта кулоқига етмаган ва зондга «қайтган» товуш энергияси регистрация қилинади. Узатилган ва қайтган энергия фарқи тизим ҳаракатчанлигига тугри пропорционал. Ҳаракатчанлик параметри ўрта кулок механик берилувчанлиги ўлчами булиб, бунда зонд ташки эшитув йулига босими +200 деПа (депаскаль) гача булган хавони юборади. Бу мусбат босимда ноғора парда ичкарига эгилиб, эшитув йулининг тахминий ҳажми регистрация қилинади. Ҳажм регистрациясидан кейин, ҳаракатчанлик чуққиси - 100 деПа даражасига етгунча босим манфий томонга ўзгариши давом этган. Ҳаракатчанлик чуққиси тимпанограммада қайд этилган. Тимпанометрия катарал ўткир ўрта отит бўлган беморларга 1-кун ва 2, 3 суткадан кейин ва даволаниш охирида ўтказилган. Эшитув найи ўтказувчанлигини (барофонкция) Пухалский услуби ва Светланава манометри ёрдамида амалга ошириладиган манометрия услублари билан аниқланган. Олинган натижаларга, беморлар қабул қилинган вақтида 19 та ҳолатларда (54,2 %) барофонкция III даражани, 8 та ҳолатларда (22,8 %) II даражани, қолган 3 та ҳолатларда (8,5 %) барофонкция IV даражани ташкил этган. Натижалар Impedance Audiometr 20 174 (Дания) аппарати билан импедансометрия қилиниб аниқланган.

Аудиологик текширишлар натижалари кўпчилик беморларда эшитиш пасайиши товуш ўтказиш бўйича бузилганлигини кўрсатди. Лекин касаллик

кечишининг вақти қанча узоқлиги билан эшитиш қабул қилиш бўйича ҳам пасайиши мумкинлиги аниқланди.

Шуни таъкидлаш керакки барча ҳолатларда юқори частоталарда суяк ва ҳаво утказувчанлиги орасидаги интервал 30-40 дБ ни ташкил қилиб турди.

Аудиологик текшириш натижаларига қараб эшитиш пасайишининг даражаларини қаттиққулоқликнинг халқаро классификациясига (ВОЗ 1997) асосланиб аниқладик.

Жадвал 2.3

**Эшитиш пасайишининг халқаро классификацияси (ВОЗ 1997)**

Эшитиш пасайиши даражалари	Ш.Н.	С.Н.	дБ
I	2	3-6	26-40
II	0-қулоқ остидан	қулоқ остидан-3	41-55
III	0	Баланд нутк	56-70
IV	0	Қулоқ остида бакирик	71-90
Карлик	0	0	>91

Шуни айтиб ўтиш керакки, аудиологик текширишлар, эшитиш пасайишининг характерини, эрта диагностикасида катта ёрдам кўрсатиб, эшитишни тиклашнинг реабилитация чора-тадбирларининг самарадорлигини баҳолаш учун тўлиқ маълумот беролмайди.

**Статистик текшириш усуллари.** Маълумотларни бирламчи статистик ишлаб чиқишнинг анъанавий методларидан фойдаланилди. Маълумотларни статистик ишлаб чиқишни миқдорий параметрик таърифлар (Стьюдент мезони) ва нопараметрик методларнинг гуруҳлараро тафовутларининг ишонарлилигини баҳолаш билан ўтказилди, ўртача қийматлардаги

фарқларни  $P < 0,05$  аҳамиятлилик даражасида ишонарли деб ҳисобланди. Материални ишлаб чиқиш Pentium-4 персонал компьютерида статистик функциялар кутубхонасидан фойдаланилган ҳолда EXCEL пакетида ишлаб чиқилган дастурлар бўйича амалга оширилди.

### **III-БОБ. ХУСУСИЙ ТЕКШИРИШЛАР НАТИЖАЛАРИ**

#### **3.1. Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморлар клиник характеристикаси**

Олдинги бобларда айтилганидек, ўткир ўрта отит болаларда ҳам, катта ёшлиларда ҳам учраб, катарал ва йирингли шакллари тафовут қилиниб, кечиши бўйича бир томонлама ҳамда икки томонлама бўлиши, ҳамда, типик ва атипик турлари учраши мумкин экан.

Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши юз берган беморларнинг асосий шикояти касалланган қулоқда оғриқ ва эшитиш пасайиши юзага келишидир. Ўткир ўрта отитда оғриқнинг тарқалиш соҳаси кенг бўлиб, беморлар таъкидлашича, оғриқ энсага, чакка суяги, пастки жағ, қош, қаншар, тишлар ва қулоқ орқа соҳасигача етиб борар экан. Оғриқ интенсивлиги оғирлик, босим хисси билан 6 та (21,4 %) беморда, санчувчи характердаги оғриқ 17 та (60,7 %) беморда кузатилган (жадв.3.1).

Жадвал 3.1

Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларнинг шикоятлари

Клиник белгилар	Беморлар сони (n)	%
Қулоқда оғрик	28	80
Эшитиш пасайиши ва қулоқда шовқин	25	71,4
Қулоқдан ажралма келиши	21	60
Бурун оркали нафас олишнинг кийинлиги	19	54,2
Тана харорати баландлиги	14	40
Холсизлик	12	34,3
Иштахасизлик	12	34,3

9 та (32,4 %) беморда оғрик йўталганда, овқат истеъмол қилганда, бошни касал қулоқ томонга бурилганда кучайган, 7 та (25 %) беморда оғрик хасталанган қулоқ орқа сохаси перкуссияси ва пальпацияси вақтида кучайган. 19 та (67,8 %) ҳолатда оғрик доимий бўлиб, 4 та беморда (14,3%) даврий кўринишга эга бўлган. Оғрик интенсивлиги бир беморнинг ўзида сутка давомида ва бош ҳолати ўзгарганда турлича бўлиб, эрталабки соатларда кучайиши, бу эса эшитув найининг дренаж функцияси горизонтал ҳолатда пасайиши ва унинг ёриғи патологик секрет билан тўлганлигидан далолат беради.

Қулоқдан ажралма келмаганда, катарал отитда, оғрик интенсивлиги максимал бўлган.

Энг кўп учраган шикоятлардан кейингиси эшитиш пасайиши ва қулоқда шовқин бўлиб (25 та бемор – 71,4 %), нутқ ноаниқлигидан 15 та (60 %), аутофониядан 6 та (24 %) бемор безовта бўлган, қулоқда шовқин 5 та (20

%) беморда кузатилган. Энг кучли эшитиш пасайиши бошни касал кулоқ томонга бурилганда ва эрталабки соатларда кузатилган.

Беморларнинг 21 таси (60 %) кулоқдан шиллиқ-йирингли ажралма келишига шикоят қилиб, улардан 12 тасида (57,1 %) ажралма доимий, 9 тасида (42,9 %) даврий равишда бўлган. Ажралманинг кўп миқдори эрталабки соатларда ва уйқудан кейин кузатилган ва кўпчилик беморлар ажралма келгандан кейин оғриқ камайганини таъкидлашди.

Анамнездан аниқ бўлишича, кўпчилик беморларда (19 та – 54,2 % - бурундан нафас олиш қийинлигига шикоят қилган), стационарга келишдан олдин 1 – 3 хафтагача ўткир респиратор касалликлар, аденоидлар вегетацияси, синусит, халқум ўткир патологияси белгилари кузатилган экан, бу эса ўрта кулоқ бўшлиғида патологик жараён ривожланиши учун туртки бўлган.

Тана харорати баландлигига 14 та (40 %), холсизлик ва иштахасизликка 12 та бемор (34,3 %) шикоят қилган, бу албатта организм умумий интоксикациясидан келиб чиққан.

22 та бемор (62,8 %) шифохонага мурожат қилишидан олдин мустақил даволанишган. Даво муолажаларига кулоқ томчилари, бурунга томир торайтирувчилар, оғриқ қолдирувчи ва иситма туширувчилар, антигистамин препаратлар кирган. Шулардан 18 таси (81,8 %) таблетка кўринишидаги антибиотиклар билан даволанишган, 11 таси (50 %) пенициллин гурухидаги дорилар қабул қилган (Ампициллин, Флемоксин, Аугментин, Амоксиклав), 5 таси (22,7 %) макролид гурухидаги дори воситаларни қабул қилган (Сумамед, Ровамицин, Эритромицин, Рулид), 1 таси (4,5%) фторхинолон гурухининг дориларини қабул қилган (Ципрофлоксацин). 1 та холатда беморга поликлиника шароитида ногора парда парацентези ва гаймор бўшлиғи пункцияси ўтказилган.

Текширувдаги 5 та бемор (14,2 %) СамМИ клиникасининг ЛОР булимига келишдан олдин, туман шифохоналарида стационар шароитда

даволанган, ammo тўлиқ тузалиш кузатилмаган. Бу беморлар кенг спектрли антибактериал дори воситаларини парентерал қабул қилишган. Ундан ташқари, уларга антигистамин, томир торайтирувчи дори воситалари ва физиотерапевтик даво муолажалари ўтказилган.

Стационарга ўткир ўрта отит билан мурожаат қилиб келган 6 та (40 %) беморда ўткир йирингли синусит, касалланган кулоқ томонида 4 та (26,6 %), икки томонлама 2 та (13,3 %) беморда кузатилган, 1 та беморда рентген текширишда гаймор бўшлиғи кистаси аниқланди.

Томоғи тез-тез оғриб туришига 3 та (8,5 %) бемор шикоят қилиб, уларда сурункали тонзиллит борлиги, 21 ёшдан кичик бўлган 9 та (25,7 %) беморда аденоид вегетацияси ва аденоидитлар борлиги аниқланди, буларда кулоқда оғриқ ютиниш вақтида кучайганлигига эътибор қаратдик (жадв. 3.2).

Беморларнинг 5 тасида (14,2 %) бурун тўсиғи қийшайиши аниқланиб, ўткир ўрта отит айнан бурун орқали нафас олиш қийин бўлган томонда кузатилган.

Ташқи эшитув йўли чипқони 3 та (8,5 %) беморда аниқланган ва ўткир ўрта отит келиб чиқишига сабаб бўлган деб ҳисобласа бўлади.

### Жадвал 3.2

Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларнинг ЛОР аъзолари йулдош касалликларини

Касалликнинг номи	N	%
Ўткир ва сурункали синуситлар	15	42,8
Сурункали тонзиллит	3	8,5
Аденоид вегетацияси ва аденоидитлар	9	25,7
Бурун тўсиғи қийшайиши	5	14,2
Гипертрофик ринит	3	8,5

Ташқи эшитув йўли чипқони	3	8,5
Бурун-халқум ангиофибромаси	2	5,7

Ўспирин ёшидаги (18 ёшгача) 2 та (5,7 %) беморда бурун-халқум ангиофибромаси топилиб, ўткир ўрта отитнинг йирингли формаси билан бирга кечган.

Текширилатган беморларнинг 23 тасида (65,7 %) касаллик типик кечиб, ўткир бошланган, бунда бурун шиллик қаватининг ўткир яллиғланиши ҳам кузатилган. Шулардан 12 та беморда (52,2 %) ўткир ўрта отит сўрғичсимон ўсимта томонидан периостал реакция хосил бўлиши билан намоён бўлган, бу ҳолат қизариш, қулоқ орти соҳаси териси инфилтрацияси, сўрғичсимон ўсимта соҳасининг перкуссияси ва пальпациясида оғриқ билан бирга кечган. Маҳаллий белгилардан қулоқ битиши, инқилловчи, пульсли оғриқлар, оғриган қулоқда кичик частотали пульсли шовқин ва эшитиш пасайиши белгилари юзага чиқди. Умумий интоксикация белгиларидан тана харорати кўтарилиши, ваража қилиш, умумий дармонсизлик ўртача 14 та беморда (40 %) кузатилди. Отоскопияда қизариш, ноғора парда инфилтрацияси, белгиловчи пунктларнинг хиралашиши аниқланди. Рационал даво кўрсатилмаганлиги туфайли 2-3 кундан сўнг ноғора парда тешилиши ва йиринг келиши кузатилди. Ноғора парда перфорациясидан чиқувчи «пулсли рефлекс» хосил бўлиб, йирингли ёки шиллик-йирингли ажралмалар ташқи эшитув йўлида тўпланган. Перфорация одатдагидек, пастки квадрантларда жойлашган бўлиб, нуқтасимон ёки ёриқсимон шаклга эга бўлган. Шундан кейингина беморларда тана харорати пасайиши, оғриқ камайиши, умумий ахволи яхшиланиши кузатилди.

Атипик ўткир ўрта отит 12 та беморда (34,3 %) учраб, клиник белгиларнинг кам намоён бўлиши, оғриқ синдромининг ва иситманинг

бўлмаслиги билан кечди. Беморлар кулоқ битиши, эшитиш пасайиши ва кулоқда шовқин бўлишига шикоят қилишди.

Текширишларга жалб этилган 35 нафар беморларни 2 гуруҳга бўлдик. Улардан 20 таси асосий гуруҳни, 15 таси назорат гуруҳини ташкил этди ва ўрта кулоқдаги ўткир яллиғланиш тури ҳам кўрсатилди (жадв.3.3).

Текширилган беморларнинг 23 тасида (60 %) ўткир ўрта отит бир томонлама ва 12 тасида (34,3 %) икки томонлама бўлган. Асосий гуруҳда ўткир катарал ўрта отит 8 та (40 %) беморда, ўткир йирингли ўрта отит 12 та (60 %) беморда аниқланган. Назорат гуруҳида ўткир катарал ўрта отит 6 та (40 %) беморда, ўткир йирингли ўрта отит 9 та (60 %) беморда кузатилган.

Эшитув найи функцияси текширилганда барча беморларда унинг ўтказувчанлиги бузилганлиги аниқланди: 19 та беморда - III, у 11 та – II, 5 та беморда – I даражали.

### Жадвал 3.3

Беморларнинг кулоқдаги яллиғланиш жараёни турига қараб тақсимлаши

Гуруҳлар	Нозологик тури	Холатлар сони
		n (%)
Асосий (20 та бемор) (28 та кулоқ)	Ўткир катарал ўрта отит	8 (40 %)
	Ўткир йирингли ўрта отит	12 (60 %)
Жами		20 (100%)
Назорат (15 та бемор) (19 та кулоқ)	Ўткир катарал ўрта отит	6 (40 %)
	Ўткир йирингли ўрта отит	9 (60 %)
Жами		15 (100%)

Аудиометрик текширишлар ўткир ўрта отит билан мурожаат қилган беморларга 1-кунда ўтказилди, даволашгача бўлган натижалар қуйидаги жадвалда (3.4) келтирилган.

**Жадвал 3.4**

**Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларнинг даволашгача бўлган аудиометрик кўрсаткичлари**

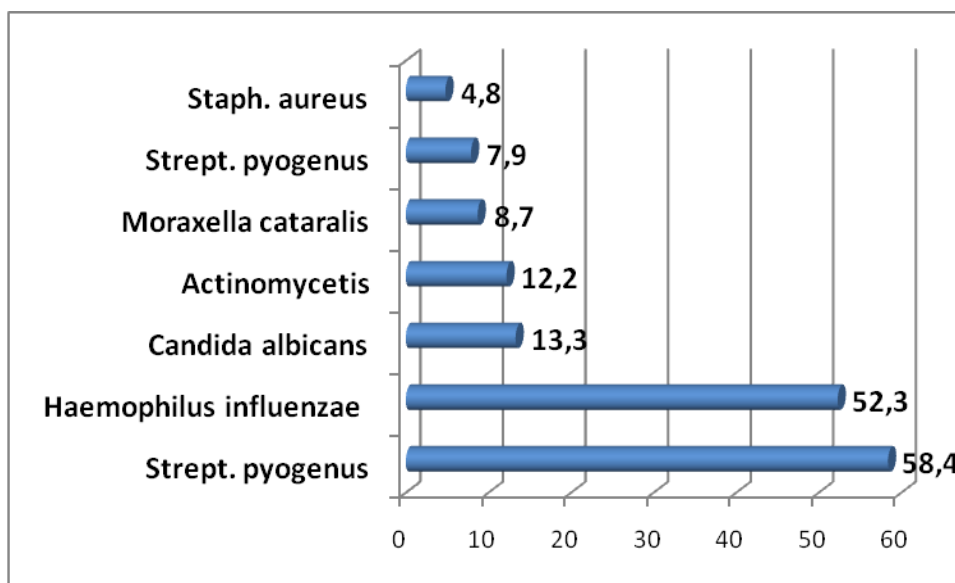
Аудиометрик курсаткичлар	Беморлар сони	
	Абс.	%
Эшитиш пасайиши I д.	19	54,3
Эшитиш пасайиши II д.	8	22,9
Эшитиш пасайиши III д.	5	14,3
Норма	3	8,5

Ушбу жадвал тахлилидан маълум бўлишича, 91,5 % беморларда турли даражадаги эшитиш пасайиши аниқланди, асосан товуш бузилиши билан: суяк-хаволи дахлиз мавжуд бўлиб, суяк орқали товуш ўтказиш сақланган экан. Аммо, 24 та беморда (17,2 %) нейросенсор компонент топилиб, ўрта кулоқда ўткир яллиғланиш жараёнининг ототоксик таъсирдан келиб чиққан.

Тимпанометрия 24 та беморга ўтказилиб, даволашгача уларнинг 33,3 % да тимпанограмманинг В типи, 50 % С типи регистрация қилинган.

Кузатишларимиздан маълум бўлишича, 19 та (54,3 %) беморда I даражали эшитиш пасайиши, 8 та (22,9 %) беморда II даражали ва 5 та (14,3 %) беморда III даражали эшитиш пасайиши аниқланди. Текширилувчилардан 3 тасида (8,5 %) эшитиш нормада экан.

Микробиологик анализ натижалари ўткир ўрта отит кўзгатувчилари асосан пневмококк - *Streptococcus pneumoniae* (58,4 %) ва қизил қон таёқчалари - *Haemophilus influenzae* (52,3 %) эканлигини кўрсатди (расм 3.1).



**Расм 3.1 Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморлар қулоқ ажралмаси микрофлораси**

Қамроқ ҳолатларда мораксела (*Moraxella catarrhalis*) – 7–10%, стрептококк (*Streptococcus pyogenus*) – 5–10%, стафилококк (*Staphylococcus aureus*) – 1–5% аниқланди. Ундан ташқари ажралманинг 5,6 % ҳолатида ҳар хил кўринишларда полифлора топилди (*Staphylococcus aureus* + *E.coli*; *Staphylococcus aureus* + *Staphylococcus epidermidis*; *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pneumoniae*). Бир неча ҳолатларда экмаларда замбуруғлар аниқланди - *Candida albicans* (13.3 %) ва *Actinomyces* (12,2 %). Бундан ташқари, 22,6 % ҳолатларда кўзгатувчи аниқланмасдан, экмалар стерил чиқди, эҳтимол бу ҳолат вируслар, анаэроб инфекциялар ҳам мавжудлиги билан боғлиқдир.

Шундай қилиб, микробиологик текширишлар кўрсатишича, кўпчилик беморларда даволашгача патоген микрофлора мавжуд экан.

Чакка суякларини рентгенологик текшириш ўрта кулоқда ўткир яллиғланиш бўлган 31 та беморга ўтказилиб, 24 тасида (77,4 %) сўрғичсимон ўсимта катакчалари тиниқлиги пасайган.

Чакка суяклари КТ си 15 та (42,8 %) беморга ўтказилиб, улардан 13 тасида (86,6 %) сўрғичсимон ўсимта катакчалари сояланиши пасайган ва 11 тасида 73,3 % ноғора бўшлиғида экссудат борлиги аниқланган, бу ўткир патологик жараёнда ўрта кулоқнинг барча структуралари қатнашишидан далолат беради.

Диссертациянинг мақсади ва вазифаларидан келиб чиққан ҳолда, юқорида қайд қилинганидек, беморлар икки гуруҳга бўлиниб, даволаш ишлари олиб борилди. Улардан биринчи гуруҳ беморлари (назорат гуруҳи - 15 нафар) анъанавий усулда, иккинчи гуруҳ беморлари (асосий гуруҳ - 20 нафар) маҳаллий отофа ва транстимпанал дексаметазон препарати кўлланилган модификацион усулда даволанди. Қуйида биз тадқиқотларимизда ўтказилган анъанавий ва модификацион даволаш усуллари ва уларнинг самарадорлиги натижалари билан таништириб ўтамиз.

### 3.2. Анъанавий даволанган беморлар характеристикаси

Назорат гурухидаги 15 та беморга (19 та кулоқ) анъанавий даво (АД) ўтказилиб, яллиғланиш ўчоғига махаллий ва умумий таъсир қилинди. Умумий даво барча беморларга кенг спектрли антибактериал препаратлар Оксациллин, Ампициллин эритмалари – 1,0 X 4 махал суткасига, Цефазолин эритмаси – 1,0 X 2 махал суткасига (м/о); гипосенсибиловчи терапия — Диазолин, Тавегил 0,001 дан (1 таб.) 2 марта суткасига, Кларитин по 0,01 дан (1 таб.) 1 марта суткасига берилди. Витаминлардан В ва С гурухидаги, шунингдек поливитаминлардан Олиговит, Дуовит, болаларга Пиковит сироп ва драже шаклида берилди. Махаллий даво бурунга томир торайтирувчи томчилар (Нафтизин, Галазолин, Називин) 2-3 томчидан 3 махал суткасига, ўткир ўрта отитнинг катарал шаклида Отипакс, Отинум кулоқ томчиларини ташқи эшитув йўлига 4-5 томчидан кунига 3 марта қўйилди. Ўткир йирингли (перфоратив) ўрта отитда (ташқи эшитув йули туалетидан сўнг) Неладекс кулоқ томчилари ишлатилди. Бундан ташқари Политцер усули бўйича катетер ёрдамида эшитув найига адреналин ва гидрокортизон суспензияси пуфланди, хар куни антисептик воситалар билан бурун-халқум ингаляциялари ўтказилди.

Атипик яллиғланишли 5 та беморга (33,3%) суяк усти пардаси *planum mastoideum* соҳасига антибиотиклар (Линкомицин, Цефазолин, Ампициллин) эритмаси юборилди. Пенициллин-новокаин парамеатал блокадаси ўткир йирингли ўрта отит билан хасталанган 2 та беморда (13,3%) (500 минг Б натрий бензилпенициллин, 3 мл 1% новокаинда эритилиб, парамеатал *spina suprameatum* га юборилди).

Сўрғичсимон ўсимта томонидан 1 та беморда (6,7 %) периостал реакция (кулоқ орқа соҳаси терисида гиперемия ва инфилтрация, пальпация ва перкуссияда оғрик) ва умумий интоксикация симптомлари кузатилганда, жаррохлик аралашуви – антромастотомия ўтказилди. Операциядан

кейинги даврда умумий анъанавий даво, махаллий – ташқи эшитув йўлига дока турундаларда антибиотиклар эритмалари қўйилди.

Анъанавий даволаш натижаларини баҳолаш учун беморларнинг умумий ахволига, отоскопия, қайта бактериологик текшириш ҳамда эшитиш функцияси ҳолатига эътибор қаратдик (жадв.3.5).

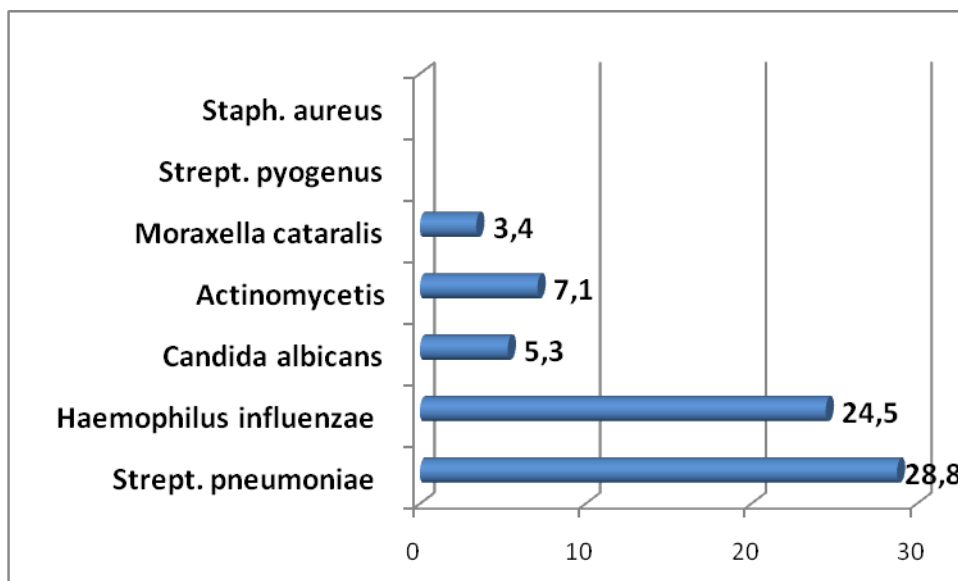
### Жадвал 3.5

#### Анъанавий даводан кейин беморларнинг клиник белгилари

Клиник белгилар	Даволашгача (n=35)	АД дан кейин (n=15)
Қулоқда оғрик	28 (80 %)	3 (20 %)
Эшитиш пасайиши ва қулоқда шовқин	25 (71,4 %)	5 (33,3 %)
Қулоқдан ажралма келиши	21 (60 %)	4 (26,6 %)
Бурун орқали нафас олишнинг кийинлиги	19 (54,2 %)	1 (6,6 %)
Тана харорати баландлиги	14 (40 %)	2 (13,3 %)
Холсизлик	12 (34,3 %)	-
Иштахасизлик	12 (34,3 %)	-

Анъанавий даволашдан кейин клиник белгилар тахлилига эътибор берганимизда, эшитиш пасайиши ва қулоқда шовқин 3 та беморда (20 %) сақланганлиги маълум бўлиб, улардан иккитасида (66,7%) сенсоневрал каттикқулоқлик, биттасида (33,3 %) кондуктив каттикқулоқлик аниқланди. Қулоқдан ажралма келиши 4 та (26,6 %), қулоқда оғрик, тана хароратининг баландлиги – 2 та ҳолатда (13,3 %) учради, бурун орқали нафас олиш кийинлиги 1 та (1.6.%) беморда кузатилди. Холсизлик, иштахасизлик каби клиник белгилар даволашдан кейин умуман учрамади.

Анъанавий даволашдан кейинги бактериологик текшириш натижаларида қатор ижобий ўзгаришлар аниқланиб, *Strept. Pneumoniae* (28,8 %), қизил қон таёқчаси, *Haemophilus influenzae* (24,5 %), замбуруғлар (*Candida albicans* – 5,3 %, *Actinomyces* – 7,1 %), *Moraxella catarrhalis* – 3,4 % гача камайиб, *Staph. Aureus*, *Strept. Pyogenus* лар бўйича манфий натижа кузатилди. Замбуруғлар учрашини иммун тизим заифлиги, нораціонал антибиотикотерапия билан боғладик (расм 3.2).



Расм 3.2 АД дан кейинги бактериологик текшириш натижалари.

Эшитув найи функцияси текширилганда, 9 та (60 %) беморда ўтказувчанлиги тикланганлиги аниқланди.

Аудиометрик текширишлар АД дан кейинги даврда 10 кундан сўнг қайта ўтказилди ва унинг натижалари жадвалда (3.6) келтирилган.

Ушбу жадвал тахлилидан маълум бўлишича, АД дан кейин 46,6 % беморларда эшитиш нормал ҳолатга келган, аммо, эшитиш пасайиши III д. ва II д. 2 тадан (13,3 %) беморда, I д. 4 та (26,6 %) беморда сақланган.

Тимпанометрия натижалари АД дан кейин 6 та (66,6 %) беморда C тип, 8 та ( 88,9 %) беморда B тип ва 1 тасида (11,1 %) A типдаги тимпанограмма регистрация қилинди.

### Жадвал 3.6

Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларнинг АД дан кейинги аудиометрик кўрсаткичлари

Аудиометрик курсаткичлар	Даволашгача	АД дан кейин
Эшитиш пасайиши I д.	19 (54,3 %)	4 (26,6 %)
Эшитиш пасайиши II д.	8 (22,9 %)	2 (13,3 %)
Эшитиш пасайиши III д.	5 (14,3 %)	2 (13,3 %)
Норма	3 (8,5 %)	7 (46,6 %)

Шуни таъкидлаб ўтиш кераки, ҳамма даволанган беморларда эшитиш кўтарилиши кузатилди. Беморларнинг эшитиш функциясининг динамик натижалари шивирлаш нутки ва сўзлашув нутқи қабул қилиш даражаси буйича даволашдан олдинги ва кейинги ҳолатларига кўра, назорат гуруҳининг ҳамма беморларида клиникага келган вақтидаги эшитиш даражасига қараганда, шивирлаш нутқини қабул қилиш яхшиланганлиги кузатилди.

АД дан кейин 6 та беморда (16,7%) отоскопик текширишда ногора пардасининг тургун перфорацияси кузатилган, шулардан 5 таси шу пайт мобайнида қулоқ яллиғланишининг рецидиви билан қайта ётқизилган.

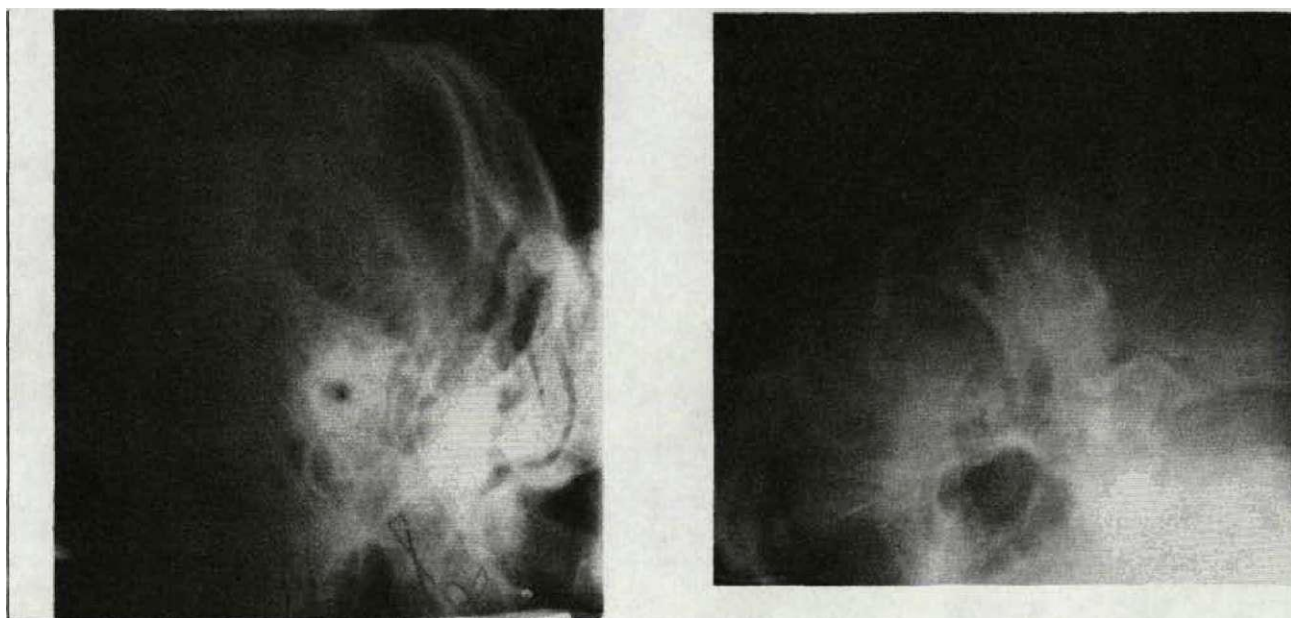
Касаллик тарихидан мисол келтирамиз.

Бемор С., 26 ёш, касаллик тарихи № дан кўчирма, СамМИ клиникаси ЛОР бўлимига 15.02.2013 да чап қулоқда кучли оғриқ, кейинчалик йирингли ажралма келиши ва оғриқ биров камайиши, эшитиш пастлиги, умумий ҳолсизлик, тана ҳарорати кўтарилишига шикоят қилиб келди. Умумий

ахволи оғир, тери қопламлари оқимтир, периферик лимфа тугунлари катталашмаган, ўпкасида везикуляр нафас, н/с 17 та (1 мин.), юрак тонлари бўғиқ, пульс 1 дақиқада 88та, АҚБ – 110/70 мм.с.у.га тенг. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигар ва талоғи катталашмаган, Пастернацкий симптоми иккала томонда манфий, физиологик ажралмалар регуляр.

Анамнездан ўзини 4 кундан бери касал хисоблайди, касаллигини совқотиш билан боғлайди. Мазкур касаллиги бўйича уйда даволанган, оғриқ қолдирувчи препаратлар ва қулоғига борат кислотасининг 3 % спиртли эритмасини томизган. Оғриқ камайган, аммо шу билан бирга қулоқдан йирингли ажралма кела бошлаган ва эшитиш бироз пасайган.

Отоскопда: AS – қулоқ супраси одатдаги кўринишда, сўрғичсимон ўсимта соҳси пальпацияда оғриқли, ташқи эшитув йўлида йирингли ажралма бор, тозалаб олингандан сўнг Mt – қизарган, марказий перфорациядан йиринг ажралиши кўринади.



Расм 3.4. Бемор С. Иккала қулоқ чакка суяклари рентгенограммаси

Бактериологик текширишда *Strept. Pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staph. Aureus*, *Strept. Pyogenus*, *Actinomycetis* аниқланган.

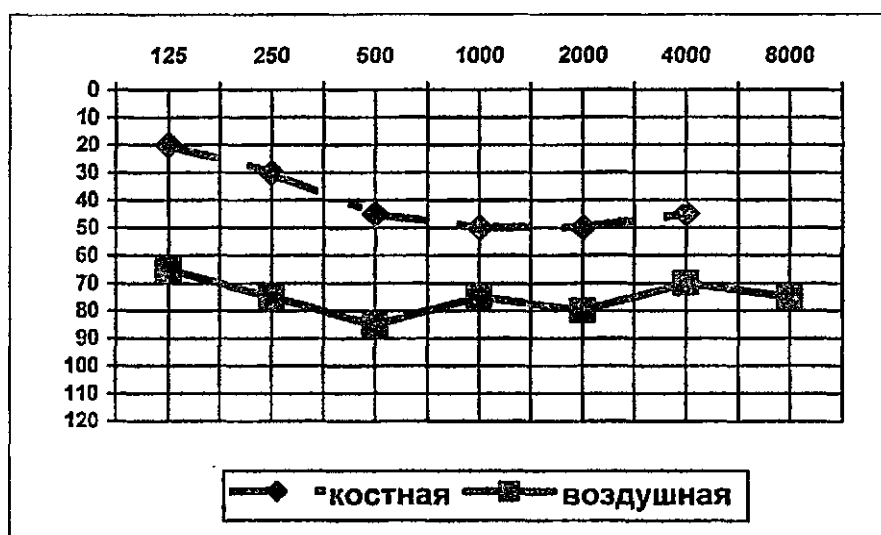
Қон умумий анализи: Нв - 90; эрит. -3,1; ЦП - 0,9; лейкоц. - 8,3; СОЭ - 20 мм/с; Сухорев бўйича қон ивиши бош. - 2.3; туг. - 3,0; тромб - 195; эоз - 10; нейт: пал.яд - 4; сегм.яд - 76; лимф - 53; моно - 9.

ЭКГ: Чап қоринча гипертрофияси.

Чакка суяқларини рентген текширишда сўрғичсимон ўсимта пневматик типда, антрал катаклар кенгаймаган, чап қулоқда сояланиш аниқланади.

Акуметрик текширишда: ШН - ad concham, СН - 2м, Ринне, Федеричи синамалари манфий, Вебер синамасида товуш латерализацияси чап (касал) қулоққа йўналган.

Тонал бўсағали аудиограммада ҳаво ўтказиш бўйича эшитиш бўсағалари 70-80 дБ гача, суяк ўтказиши 50 дБ гача кўтарилган (расм 3.5).



Расм 3.5. Бемор С. Тонал аудиограмма

Ташхис: Чап томонлама ўткир йирингли ўрта отит

Даволаш: Тўшак режими, витаминга бой овқатланиш, ташқи эшитув йўлини водород пероксиднинг 3 % эритмаси билан тозалаш, “Софрадекс” 2томчи х 3 маҳал қулоққа; бурунга риназолин 0,5 % ли 2 томчи х 3 маҳал 5 кун; Цефтриаксон 1,0 м/о х 2 маҳал, 5кун; супрастин 1 таб. х 2 марта,

поливитаминлар 10 кун давомида. 5 суткадан кейин беморнинг умумий ахволи яхши, ички аъзолари томонидан шикоят йўқ. Отоскопияда ноғора парда кул ранг, томирлар инъекцияси сақланган, перфорация тортилган, ажралма йўқ. Бемор кулоқ битиши безовта қилишидан шикоят қилади.

Юқорида олинган натижалар тўлиқ қониқарли бўлмагани учун даво усуллари тақомллаштиришга эҳтиёж туғилди.

### **3.3. Ўткир ўрта отит билан хасталанган асосий гуруҳ беморларини даволаш натижалари**

Тадқиқотларимизда бу вазифани бажариш учун ноинвазив усул билан ўрта кулоқдаги яллиғланиш учоғига дори моддалари етказмоқчи бўлдик. Шу мақсадда Отофа ва дексаметазон дори препаратлари ва эшитув найи катетеризациясини қўлладик.

Асосий гуруҳнинг барча беморлари факат маҳаллий даво олишди ва бурунга томир торайтирувчи дори воситалари томизилди. : Отофа препаратининг таркиби рифамицин кенг таъсирга эга антибиотик бўлиб у граммусбат ва грамманфий коккларга нисбатан фаол . Грамманфий аэроб кўзгатувчилардан протейнинг кўп турлари, ичак ва гемофилия таёкчаси, кўк йўтал кўзгатувчисига бу препарат сезгир ҳисобланади. Шунини таъкидлаш керакки рефамицин хужайра ичи кўзгатувчилари –хламидий, легионелла, микоплазма, реккетсий, бруццелага нисбатан ҳам фаол. Рефамициннинг таъсир механизми бактерияларнинг РНК синтезини бузилишига олиб келувчи ДНК- боғлик РНК полимеразани ингибитирланишидан иборат. Рифамицин кўпайиш босқимчида ҳам хужайра ичи, ҳам хужайра ташқарисидаги патоген микроорганизмларга бактерицид таъсир кўрсатади.

Дексаметазон - глюкокортикостероид препарат булиб, яллигланишга карши, десенсибиловчи ва антиалергик таъсирга эга булиб, бириктирувчи тукима ва ретикулоэндотелий ривожланишини тормозлайди хамда капиллярлар утказувчанлигини камайтиради. Дексаметазон ЛОР амалиетида ташки ва урта кулокнинг яллигланиш ва аллергик касалликларини даволашда кенг кулланиб, купгина дори препаратлари ва малхамлар таркибига киради (Пальчун В.Т.,2001).

Ташки эшитув йули (йирингли ажралма булган такдирда) тозаланиб, транстимпанал дексаметазон 1 мл, отофа препарати турундада кунига 4 махал 7 кун давомида ва эшитув найи катетеризацияси ўтказилди. Катарал ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларда (8 та бемор – 40 %) ташки эшитув йўлига отофа препарати турундада кунига 4 махал 7 кун давомида ва дексаметазон хамда 1:2 нисбатда 0,1 % адреналин эритмаси 5 кун давомида эшитув найи орқали ўрта кулоққа катетеризация йўли билан етказилди.

Катетеризация эшитув найи функциясини нормаллаштириб, яллигланишни баратараф этади.

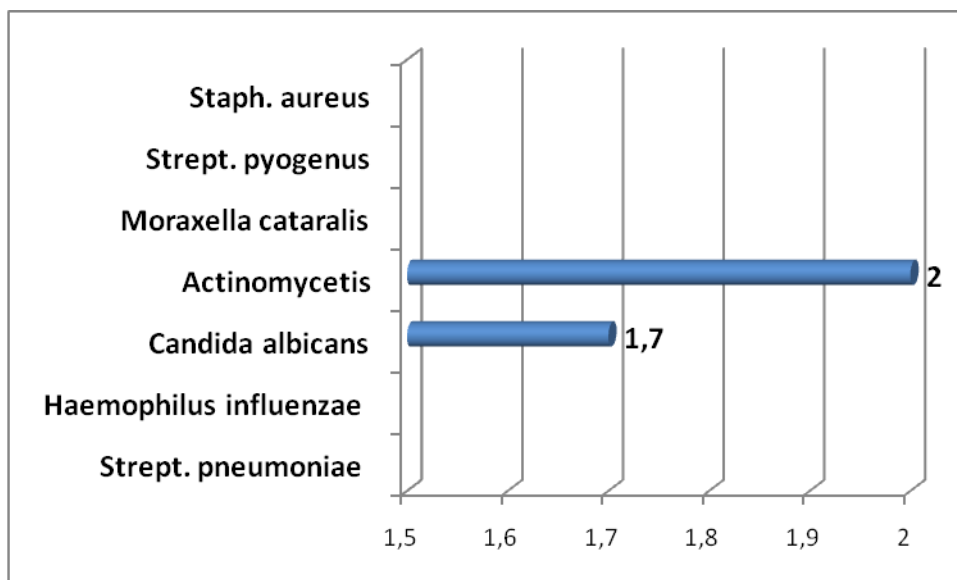
Асосий гурух текширилувчиларининг даволаш натижаларини бахолаш учун беморларнинг умумий ахволига, отоскопия, қайта бактериологик текшириш хамда эшитиш функцияси холатига эътибор қаратдик (жадв.3.7). Асосий гурух беморларининг даволашдан кейин клиник белгилари тахлили кўрсатишича, эшитиш пасайиши ва кулоқда шовқин 1 та (5 %) беморда (62 ёш) кузатилиб, сенсоневрал қаттиккулоқликдан ёшлигидан даволаниб келар экан. Бурун орқали нафас олиш қийинлиги хам 1 та (5 %) беморда – “бурун тўсиғи қийшайиши” ташхиси қўйилган.

## Асосий гурух беморларнинг клиник белгилари

Клиник белгилар	Даволашгача (n=35)	Даволашдан кейин (n=20)
Қулоқда оғрик	28 (80 %)	-
Эшитиш пасайиши ва қулоқда шовқин	25 (71,4 %)	1 (5 %)
Қулоқдан ажралма келиши	21 (60 %)	-
Бурун оркали нафас олишнинг кийинлиги	19 (54,2 %)	1 (5 %)
Тана харорати баландлиги	14 (40 %)	-
Холсизлик	12 (34,3 %)	-
Иштахасизлик	12 (34,3 %)	-

Қулоқда оғрик, ажралма келиши, тана харорати баландлиги, холсизлик, иштахасизлик каби клиник белгилар даволашдан кейин кузатилмади.

Ушбу гуруҳда даволашдан кейинги бактериологик текшириш натижалари 97,2 % манфий бўлиб чиқиб, фақат 1 та экмада замбуруғлар (*Candida albicans* – 1,7 %, *Actinomycetis* – 2 %) кузатилди. Замбуруғларни бартараф этиш учун итраконазол препаратидан фойдаландик (расм 3.3).



Расм 3.3 Асосий гурух беморларининг даволашдан кейинги бактериологик текшириш натижалари.

Эшитув найи функцияси текширилганда 19 та (95 %) беморда тикланди, 1 тасида ўтказувчанлик 2 даражали бузилганлигича сақланган.

Аудиометрик текширишлар бу гуруҳда ҳам даволашдан кейинги даврда 10 кундан кейин ўтказилди ва унинг натижалари жадвалда (3.8) келтирилган.

### Жадвал 3.8

#### Ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларнинг асосий даводан кейинги аудиометрик кўрсаткичлари

Аудиометрик курсаткичлар	Даволашгача	АД дан кейин
Эшитиш пасайиши I д.	19 (54,3 %)	2 (10 %)
Эшитиш пасайиши II д.	8 (22,9 %)	-
Эшитиш пасайиши III д.	5 (14,3 %)	1 (5 %)
Норма	3 (8,5 %)	17 (85 %)

Аудиометрик текширишлар натижаси бўйича, 1 та беморда (62 ёш) эшитиш яхшиланмаган (5 %) – сенсоневрал қаттиққулоқлик борлиги аниқланган ва 2 та беморда I даражали эшитиш пастлиги кузатилди. Ушбу жадвал тахлилидан маълум бўлишича, 85 % беморларда эшитиш нормал ҳолатга келган.

Тимпанометрия натижалари даволашдан кейин асосий гуруҳ беморларининг 7 тасида (35 %) А типдаги тимпанограмма регистрация қилиниб, ўрта қулоқда яллиғланиш жараёни тўлиқ тугаб, ноғора парда бутунлиги тикланганидан далолат берди. Беморларнинг 9 тасида (45 %) В тип ва 4 тасида (20 %) С типдаги тимпанограмма регистрация қилинди, бу албатта, натижалардаги ижобий ўзгаришларнинг кўрсаткичи бўлиб хисобланади.

Юқоридагиларга қўшимча қилиб, шуни айтиб ўтиш кераки, асосий гуруҳдаги ҳамма даволанган беморларда эшитиш кўтарилиши кузатилди. Беморларнинг эшитиш функциясининг динамик натижалари шивирлаш,

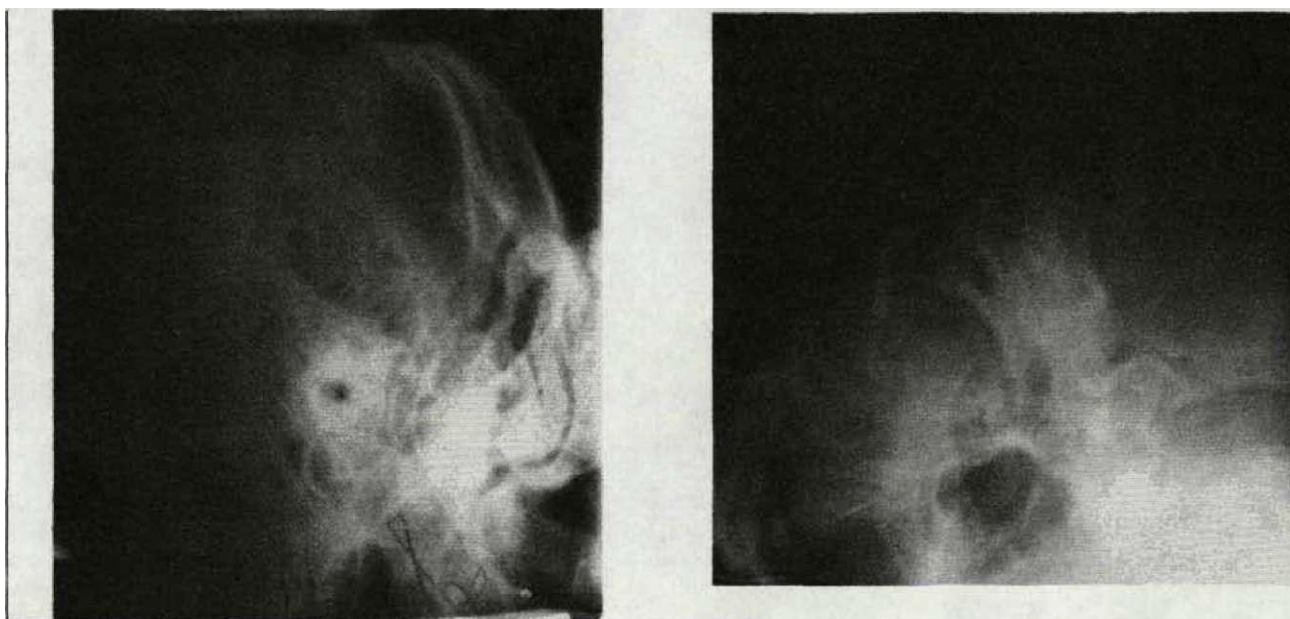
нутки ва сўзлашув нутқи қабул қилиш даражаси буйича даволашдан олдинги ва кейинги ҳолатларига кўра, назорат гуруҳнинг ҳамма беморларида клиникага келган вақтидаги эшитиш даражасига қараганда, шивирлаш нутқини қабул қилиш яхшиланганлиги кузатилди.

Касаллик тарихидан мисол келтирамиз.

Бемор А., 46 ёш, касаллик тарихи № -----дан кўчирма, СамМИ клиникаси ЛОР бўлимига 28.01.2014 да чап қулоқда кучли оғриқ, кейинчалик йирингли ажралма келиши, эшитиш пастлиги, умумий ҳолсизлик, тана ҳарорати 38 С кўтарилишига шикоят қилиб, шошилинич ётқизилди. Умумий аҳоли оғир, тери қопламлари оқимтир, периферик лимфа тугунлари катталашмаган, ўпкасида везикуляр нафас, н/с 19 та (1 мин.), юрак тонлари бўғиқ, пульс 1 дақиқада 86 та, АҚБ – 120/80 мм.с.у.га тенг. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигар ва талоғи катталашмаган, Пастернацкий симптоми иккала томонда манфий, физиологик ажралмалар регуляр.

Анамнездан ўзини 1 ҳафтадан бери касал ҳисоблайди, касаллигини яқинда ўтказган ЎРВИ билан боғлайди. Мазкур касаллиги бўйича амбулатор даволанган, Амоксиклав по 1 таб. (0,625) 3 маҳал, «Отинум» чап қулоққа 3 томчидан 3 марта ва бурунга томир торайтирувчи томчилар томизган, аммо аҳоли яхшиланмаган.

Отоскопда: AS – қулоқ супраси одатдаги кўринишда, сўрғичсимон ўсимта соҳси пальпацияда оғриқли, ташқи эшитув йўлида йирингли ажралма бор, тозалаб олингандан сўнг Mt – қизарган, марказий перфорациядан йиринг ажралиши кўринади.



Расм 3.4. Бемор С. Иккала кулоқ чакка суяклари рентгенограммаси

Бактериологик текширишда *Strept. Pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staph. Aureus*, *Strept. Pyogenus*, *Actinomycetis* аниқланган.

Қон умумий анализи: Нв - 90; эрит. - 3,1; ЦП - 0,9; лейкоц. - 8,3; СОЭ - 20 мм/с; Сухорев бўйича қон ивиши бош. - 2,3; туг. - 3,0; тромб - 195; эоз - 10; нейт: пал.яд - 4; сегм.яд - 76; лимф - 53; моно - 9.

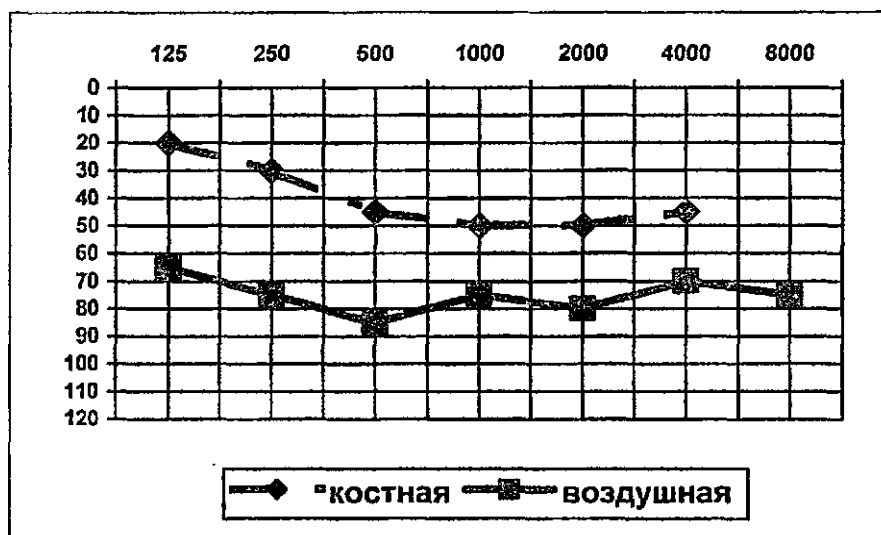
ЭКГ: Патологиясиз

Чакка суякларини рентген текширишда сўрғичсимон ўсимта пневматик типда, антрал катаклар кенгаймаган, чап кулоқда сояланиш аниқланади.

Акуметрик текширишда: ШН - ad concham, СН - 2м, Ринне, Федеричи синамалари манфий, Вебер синамасида товуш латерализацияси чап (касал) кулоққа йўналган.

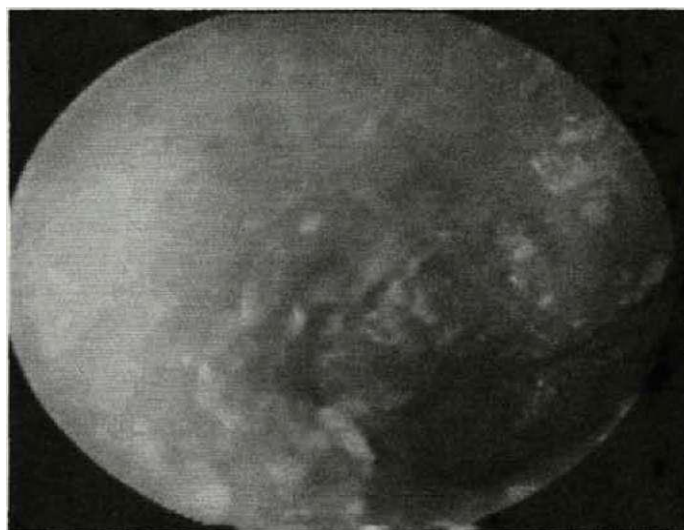
Тонал бўсағали аудиограммада хаво ўтказиш бўйича эшитиш бўсағалари 70-80 дБ гача, суяк ўтказиши 50 дБ гача кўтарилган (расм 3.5).

Тональная пороговая аудиограмма больной М-ной при поступлении.



Расм 3.5. Бемор С. Тонал аудиограмма

Ташхис: Чап томонлама ўткир йирингли ўрта отит



Даволаш: Тўшак режими, витаминга бой овқатланиш, ташқи эшитув йўлини водород пероксиднинг 3 % эритмаси билан тозаланди, эшитув йули (йирингли ажралма булган такдирда) тозаланиб, транстимпанал дексаметазон 1 мл юборилди ва 3 томчи отофа препарати турундада куйилди. Кейин хар 4 соатда турунда алмаштириб турилди. Бурунга томир торайтирувчи томчилар ва 5 кун давомида бурун шиллик пардаси анемизациясидан кейин

дексаметазон ҳамда 0,1 % адреналин эритмаси билан эшитув найи катетеризация килинди.

Даволашдаш кейин, 5 – суткада отоскопияда ноғора парда кул ранг, томирлар инъекцияси йўқ, перфорация тортилган, ажралма йўқ. Эшитиш тўлиқ тикланган

Ушбу усулда даволаш атипик кечувчи ўткир ўрта отитларда ҳам самарали бўлиб, кулоқ яллиғланишини фаол регрессиясини ва госпитализация муддатлари қисқаришини кузатдик.

## **IV- БОБ. МУҚАДДИМА**

### **ХОТИМА**

Замонавий оториноларингологиянинг эришилган ютуқларига қарамадан ўрта кулоқнинг йирингли яллиғланиш касалликлари ҳозирги кунга келиб барча ёшдаги аҳоли, айниқса болалар ва кекса ёшлиларда орасида кўп учрайдиган касалликлардан бири бўлиб қолмоқда.

Ўткир ўрта отитлар вақтида аниқланиб рационал даво тадбирларини ўтказилмаслиги оқибатида касаллик сурункали тус олиб, натижада турли хил асоратларга олиб келмоқда. Охири вақтларда бу касалликнинг барча ёш гуруҳларида кузатилиши жаҳон ва республикамиз олимлари томонидан қайд этилмоқда. Чунки бу касаллик сабабли турли даражадаги эшитиш пасайиши юзага келади (Богомильский М.Р., Чистякова В.Р., 2002). Ўткир ўрта отитларни даволашда қилинаётган илмий изланишларга қарамадан бу муаммонинг ечими тўлиқ тугалланган эмас. Бундан ташқари норационал антибиотикотерапия оқибатида аллергия ҳолат зурайтиши, замбуругли жараёнлар юзага келади. Ўткир ўрта отитларни ўз вақтида ва рационал даволамасликнинг ҳафвли томонларидан бири уларнинг мастоидитларга ва ҳатто отоген мия асоратларига олиб келишидир. Шу сабабли ўткир ўрта отитларни даволашда асосий эътиборни жараённинг сурункали шаклига ўтишига йўл қўймаслик ва асоратларни олдини олишга ва эшитиш пасайишини тиклашга қаратиш керак, бу эса янги хавфсиз даволаш усуллари излашни талаб қилади.

Илмий ишимизни режалаштиришда асосий эътиборни юқорида келтирилган муаммоларни ечишга қаратишга ҳаракат қилдик ва ишнинг мақсади ўткир ўрта отит билан ҳасталанганларда яллиғланиш ўчоғига Отофа ва транстимпанал дексаметазонни маҳаллий етказилишини таъминлаш йўли билан даволаш самарадорлигини ошириш бўлди.

Мақсадга эришиш учун ўткир ўрта отит билан ҳасталанганларда касалликнинг келиб чиқиш сабабларига асосланиб клиник кечишини ўрганиш; ўткир ўрта отит билан ҳасталанганларда бактериологик ва

аудиологик текширишлар диагностик ахамиятини баҳолаш; ўткир ўрта отит билан хасталанганларда яллиғланиш ўчоғига Отофа ва транстимпанал дексаметазон юбориш йўли билан даволашни такомиллаштириш каби вазифаларни олдимизга қўйдик.

Илмий ишимизнинг янгилиги ўткир ўрта отит билан хасталанганларда дори моддаларини ўрта кулоқдаги яллиғланиш ўчоғига махаллий етказишнинг принципиал усули ишлаб чиқарилди ва даволашда тавсия қилинган усул клиник самарадорлиги баҳоланиб, унинг анъанавий усулларида афзаллиги кўрсатиб берилди.

Ишнинг амалий ахамияти ўткир ўрта отит билан хасталанганларни даволашда Отофа ва дексаметазон қўллаш яллиғланиш ўчоғига дори воситаларининг адекват етказилишини таъминлайдиган оригинал махаллий даволаш усулидан иборат бўлиб, олинган натижаларнинг анъанавий усуллардан афзаллиги касаллик асоратлари ва рецидивлари олдини олиб, эшитув функциясининг қисқа вақт ичида тикланишини кўрсатиб берди. Ижобий терапевтик самарадорлиги ва оддийлигини ҳисобга олиб, бу усулни стационар ҳамда амбулатор шароитда қўллашга тавсия қилинди.

Тадқиқот материали бўлиб 2012-2015 йиллар давомида СамМИ клиникаси ЛОР бўлимига мурожаат қилган 35 нафар 3 ёшдан 65 ёшгача бўлган беморлар хизмат қилди.

Ўткир ўрта отит билан хасталанганларнинг кўпроқ қисми болалар орасида 3-5 ёшли – 13 та бемор (34,3 %), катталар орасида эса 61-65 ёшлилар – 11 та бемор (31,4 %) учради, улардан 16 таси (54,2 %) эркак, 19 таси (45,8 %) аёллар эди.

Текширишларга жалб этган беморларда ҳам касалликнинг кечишига қараб беморларда ўткир ўрта отит бир томонлама – 23 та беморда (60 %) ва икки томонлама - 12 (34,3 %) бўлиши кузатилди.

Кулоқнинг яллиғланиш жараёни турига қараб, ўткир катарал ўрта отит – 14 та (40 %) беморда, ўткир йирингли ўрта отит – 21 та (60 %) беморда аниқланди.

Касалликнинг типик кечиши 23 та беморда (65,7 %) намоён бўлган, шулардан 12 та беморда (52,2 %) ўткир ўрта отит сўрғичсимон ўсимта томонидан периостал реакция хосил бўлиши билан намоён бўлган, бу ҳолат қизариш, қулоқ орти соҳаси териси инфилтрацияси, сўрғичсимон ўсимта соҳасининг перкуссияси ва пальпациясида оғриқ билан бирга кечган.

Атипик кечадиган ўткир ўрта отит 12 та беморда (34,3 %) кузатилган ва клиник белгиларнинг кам намоён бўлиши, оғриқ синдромининг ва иситманинг бўлмаслиги билан кечган. Асосий шикоятларни қулоқнинг битиши, эшитиш пасайиши қулоқда шовқин бўлиши ташкил этган. Отитнинг йирингли шаклида беморлар қулоғидан ажралма келишига аҳамият беришган, бу ҳолат 18,4% беморларда (7 та ҳолат) тиббий ёрдамга мурожаат қилиш учун сабаб бўлган.

Ўткир ўрта отит билан хасталанганларнинг ЛОР аъзолари йўлдош касалликларидан бурун ва бурун ён бушлиқлари яллиғланишлари, яъни синуситлар 42,8 %, аденоид вегетацияси ва аденоидитлар 25,7 % ни ташкил қилди. Ўткир отитлар патогенезида асосий механизм бурун шиллик каватлари яллиғланиш оқибатидаги шиш ва гиперсекреция натижасида эшитув найи дренаж ва вентилиацион функцияси бузилиши сабабли ноғора бўшлиғида нормал атмосфера босими ўзгариб, ўрта қулоқда патологик жараён келтириб чиқарган.

Эшитиш пасайишида бурун ва БЁБ, халқум, бурун-халқум, хиқилдоқ ва ўрта қулоқ тизими аъзоларининг ҳолати муҳим аҳамият касб этиб, беморларда кечаётган ўткир ва сурункали ринитлар, бурун тўсиғининг қийшайиши, синуситлар, аденоид безларининг гипертрофияси, евстахий найининг яллиғланиши, ташқи эшитув йулининг туғма нуқсонлари, ўткир ва сурункали отитлар, қулоқнинг йирингсиз касалликлари эътиборга олиниши зарур.

Текширишдаги беморларга анамнез йиғилди, шикоятлар тахлили, ЛОР аъзолари кўриги, вестибуляр анализатор функциясини текшириш,

рентгенография, КТ, аудиологик текширишлардан акуметрия, аудиометрия ва тимпанометрия ўтказилган. Барча ўткир йирингли ўрта отит билан қабул қилинган беморларда даволашгача ва даволашдан кейин қулоқдан суртма олиниб, бактериологик текширишлар ўтказилган.

Отоскопия натижаларга кўра ноғора парда гиперемияси кўпроқ юқори квадрантларда жойлашган ва белгиловчи пунктларнинг хиралашишидан иборат яллиғланиш кузатилган. Ўткир йирингли ўрта отитда асосан пастки квадрантларда жойлашган нуқтасимон ёки ёриксимон перфорацияга эга бўлган “пульсли рефлекс” аниқланган.

Вестибулометрик текширишлар 7 та беморда ўтказилган, унга кўра 3 та беморда (42,8 %) оғриган қулоқнинг гиперрефлекси ҳисобига вестибуляр аппарати функциясида ассиметрия кузатилган. Қолган беморларда ўзгариш кузатилмаган.

Беморларнинг 32 тасига Шюллер, Майер проекциялари буйича чакка суягининг рентгенографияси ўтказилган. Рентгенография натижалари анализ қилинганда 24 та ҳолатларда (75 %) сўргичсимон ўсимталарнинг пневматик тузилиши, 5 тасида (15,6 %) аралаш тузилиши, 3 тасида (9,3 %) эса склеротик тузилиши аниқланган.

7 та (20 %) беморга, касаллиги кўпроқ атипик кечган ҳолатларда рентгенографиядан ташқари аксиал ва коронар проекцияларда чакка суяқларининг компьютер томографияси қилинган. Текшириш натижаларига кўра барча ҳолатларда пневматизация пасайган, аммо деструкция кузатилмаган. 3 та беморда (42,8 %) бу текшириш алоҳида эътибор талаб қилган, чунки уларда ўткир ўрта отит сўргичсимон ўсимта томонидан периостал реакцияси вужудга келиши билан намоён бўлган ва қулоқ орти соҳасининг қизариши, пальпацияда оғриқ билан кечган.

Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши юз берган беморларнинг асосий шикайти касалланган қулоқда оғриқ ва эшитиш пасайиши юзага келишидир. Ўткир ўрта отитда оғриқнинг тарқалиш соҳаси кенг бўлиб, беморлар таъкидлашича, оғриқ энсага, чакка суяги, пастки жағ, қош, қаншар, тишлар

ва кулоқ орқа сохасигача етиб борар экан. Оғриқ интенсивлиги оғирлик, босим хисси билан 6 та (21,4 %) беморда, санчувчи характердаги оғриқ 17 та (60,7 %) беморда кузатилган.

Энг кўп учраган шикоятлардан кейингиси эшитиш пасайиши ва кулоқда шовқин бўлиб (25 та бемор – 71,4 %), нутқ ноаниқлигидан 15 та (60 %), аутофониядан 6 та (24 %) бемор безовта бўлган, кулоқда шовқин 5 та (20 %) беморда кузатилган. Энг кучли эшитиш пасайиши бошни касал кулоқ томонга бурилганда ва эрталабки соатларда кузатилган.

Беморларнинг 21 таси (60 %) кулоқдан шиллик-йирингли ажралма келишига шикоят қилиб, улардан 12 тасида (57,1 %) ажралма доимий, 9 тасида (42,9 %) даврий равишда бўлган. Ажралманинг кўп миқдори эрталабки соатларда ва уйқудан кейин кузатилган ва кўпчилик беморлар ажралма келгандан кейин оғриқ камайганини таъкидлашди.

Текширишларга жалб этилган 35 нафар беморларни 2 гуруҳга бўлинди ва улардан 20 таси асосий гуруҳни, 15 таси назорат гуруҳини ташкил этди.

Текширилган беморларнинг 23 тасида (60 %) ўткир ўрта отит бир томонлама ва 12 тасида (34,3 %) икки томонлама бўлган.

Эшитув найи функцияси текширилганда барча беморларда унинг ўтказувчанлиги бузилганлиги аниқланди: 19 та беморда - III, у 11 та – II, 5 та беморда – I даражали.

Аудиологик текширишлар натижасида 91,5 % беморларда турли даражадаги эшитиш пасайиши аниқланди, асосан товуш бузилиши билан: суяк-хаволи дахлиз мавжуд бўлиб, суяк орқали товуш ўтказиш сақланган экан. Аммо, 24 та беморда (17,2 %) нейросенсор компонент топилиб, ўрта кулоқда ўткир яллиғланиш жараёнининг ототоксик таъсиридан келиб чиққан.

Тимпанометрия 24 та беморга ўтказилиб, даволашгача уларнинг 33,3 % да тимпанограммининг В типи, 50 % С типи регистрация қилинган.

Кузатишларимиздан маълум бўлишича, 19 та (54,3 %) беморда I даражали эшитиш пасайиши, 8 та (22,9 %) беморда II даражали ва 5 та (14,3

%) беморда III даражали эшитиш пасайиши аниқланди. Текширилувчилардан 3 тасида (8,5 %) эшитиш нормада экан.

Микробиологик анализ натижалари ўткир ўрта отит кўзғатувчилари асосан пневмококк - *Streptococcus pneumoniae* (58,4 %) ва қизил қон таёқчалари - *Haemophilus influenzae* (52,3 %) эканлигини кўрсатди. Камрок ҳолатларда моракселла (*Moraxella catarrhalis*) – 7–10%, стрептококк (*Streptococcus pyogenes*) – 5–10%, стафилококк (*Staphylococcus aureus*) – 1–5% аниқланди. Ундан ташқари ажралманинг 5,6 % ҳолатида ҳар хил кўринишларда полифлора топилди (*Staphylococcus aureus* + *E.coli*; *Staphylococcus aureus* + *Staphylococcus epidermidis*; *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pneumoniae*). Бир неча ҳолатларда экмаларда замбуруғлар аниқланди - *Candida albicans* (13,3 %) ва *Actinomyces* (12,2 %). Бундан ташқари, 22,6 % ҳолатларда кўзғатувчи аниқланмасдан, экмалар стерил чиқди.

Диссертациянинг мақсади ва вазифаларидан келиб чиққан ҳолда, беморлар икки гуруҳга бўлиниб, даволаш ишлари олиб борилди. Улардан биринчи гуруҳ беморлари (назорат гуруҳи - 15 нафар) анъанавий усулда, иккинчи гуруҳ беморлари (асосий гуруҳ - 20 нафар) маҳаллий отофа ҳамда транстимпанал дексаметазон (ўткир йирингли ўрта отитларда) ва ўткир катарал ўрта отитларда худди шундай отофа, дексаметазон препарати эшитув найи катетеризацияси орқали ўрта кулоққа етказиладиган модификацион усулда даволанди.

Назорат гуруҳидаги 15 та беморга (19 та кулоқ) анъанавий даво (АД) ўтказилиб, яллиғланиш ўчоғига маҳаллий ва умумий таъсир қилинди. Умумий даво барча беморларга кенг спектрли антибактериал препаратлар Оксациллин, Ампициллин эритмалари – 1,0 X 4 маҳал суткасига, Цефазолин эритмаси – 1,0 X 2 маҳал суткасига (м/о); гипосенсибилловчи терапия — Диазолин, Тавегил 0,001 дан (1 таб.) 2 марта суткасига, Кларитин по 0,01 дан (1 таб.) 1 марта суткасига берилди. Витаминлардан В ва С гуруҳидаги, шунингдек поливитаминлардан Олиговит, Дуовит, болаларга Пиковит сироп

ва драже шаклида берилди. Махаллий даво бурунга томир торайтирувчи томчилар (Нафтизин, Галазолин, Називин) 2-3 томчидан 3 махал суткасига, ўткир ўрта отитнинг катарал шаклида Отипакс, Отинум кулоқ томчиларини ташқи эшитув йўлига 4-5 томчидан кунига 3 марта қўйилди. Ўткир йирингли (перфоратив) ўрта отитда (ташқи эшитув йули туалетидан сўнг) Неладекс кулоқ томчилари ишлатилди. Бундан ташқари Политцер усули бўйича катетер ёрдамида эшитув найига адреналин ва гидрокортизон суспензияси пуфланди, хар куни антисептик воситалар билан бурун-халқум ингаляциялари ўтказилди.

Анъанавий даволашдан кейин клиник белгилар тахлилига эътибор берганимизда, эшитиш пасайиши ва кулоқда шовқин 3 та беморда (20 %) сақланганлиги маълум бўлиб, улардан иккитасида (66,7%) сенсоневрал каттиккулоқлик, биттасида (33,3 %) кондуктив каттиккулоқлик аниқланди. Кулоқдан ажралма келиши 4 та (26,6 %), кулоқда оғрик, тана хароратининг баландлиги – 2 та холатда (13,3 %) учради, бурун орқали нафас олиш қийинлиги 1 та (1.6.%) беморда кузатилди. Холсизлик, иштахасизлик каби клиник белгилар даволашдан кейин умуман учрамади.

Анъанавий даволашдан кейинги бактериологик текшириш натижаларида қатор ижобий ўзгаришлар аниқланиб, *Strept. Pneumoniae* (28,8 %), қизил қон таёқчаси, *Haemophilus influenzae* (24,5 %), замбуруғлар (*Candida albicans* – 5,3 %, *Actinomyces* – 7,1 %), *Moraxella catarrhalis* – 3,4 % гача камайиб, *Staph. Aureus*, *Strept. Pyogenes* лар бўйича манфий натижа кузатилди.

Эшитув найи функцияси текширилганда, 9 та (60 %) беморда ўтказувчанлиги тикланганлиги аниқланди. Аудиометрия натижалари кўрсатишича, АД дан кейин 46,6 % беморларда эшитиш нормал холатга келган, аммо, эшитиш пасайиши III д. ва II д. 2 тадан (13,3 %) беморда, I д. 4 та (26,6 %) беморда сақланган .

Тимпанометрия натижалари АД дан кейин 6 та (66,6 %) беморда С тип, 8 та ( 88,9 %) беморда В тип ва 1 тасида (11,1 %) А типдаги тимпанограмма регистрация қилинди.

Асосий гурух беморларига ўрта кулоқдаги яллиғланиш ўчоғига махаллий отофа 3 томчи ҳамда транстимпанал дексаметазон 1мл (ўткир йирингли ўрта отитларда) ва ўткир катарал ўрта отитларда (8 та бемор) худди шундай отофа, дексаметазон препарати эшитув найи катетеризацияси орқали ўрта кулоққа етказиладиган модификацион усулни қўлладик.

Асосий гурухнинг барча беморлари факат махаллий даво олишди ва бурунга томир торайтирувчи дори воситалари томизилди.

Асосий гурух беморларининг даволашдан кейин клиник белгилари тахлили кўрсатишича, эшитиш пасайиши ва кулоқда шовқин 1 та (5 %) беморда (62 ёш) кузатилиб, сенсоневрал қаттиқкулоқликдан ёшлигидан даволаниб келар экан. Бурун орқали нафас олиш қийинлиги ҳам 1 та (5 %) беморда – “бурун тўсиғи қийшайиши” ташхиси қўйилган. Кулоқда оғриқ, ажралма келиши, тана харорати баландлиги, холсизлик, иштахасизлик каби клиник белгилар даволашдан кейин кузатилмади.

Ушбу гурухда даволашдан кейинги бактериологик текшириш натижалари 97,2 % манфий бўлиб чиқиб, фақат 1 та экмада замбуруғлар (*Candida albicans* – 1,7 %, *Actinomycetis* – 2 %) кузатилди.

Эшитув найи функцияси текширилганда 19 та (95 %) беморда тикланди, 1 тасида ўтказувчанлик 2 даражали бузилганлигича сақланган.

Аудио метрик текширишлар натижаси бўйича, 1 та беморда (62 ёш) эшитиш яхшиланмаган (5 %) – сенсоневрал қаттиқкулоқлик борлиги аниқланган ва 2 та беморда I даражали эшитиш пастлиги кузатилди, умуман олганда, 85 % беморларда эшитиш нормал ҳолатга келган.

Тимпанометрия натижалари даволашдан кейин асосий гурух беморларининг 7 тасида (35 %) А типдаги тимпанограмма регистрация қилиниб, ўрта кулоқда яллиғланиш жараёни тўлиқ тугаб, ноғора парда бутунлиги тикланганидан далолат берди. Беморларнинг 9 тасида (45 %) В

тип ва 4 тасида (20 %) С типдаги тимпанограмма регистрация қилинди, бу албатта, даволаш самарадорлиги кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, ўткир ўрта отитларни модификацияланган маҳаллий даволаш усули клиник симптоматика, аудиологик ва бактериологик текширишлар бўйича ижобий натижаларга олиб келди. Ушбу усул стационар ва амбулатор шароитларда қўлланиб, асоратларни олдини олиш ва эшитиш пасайишини тиклашда катта амалий аҳамиятга эгадир.

## ХУЛОСАЛАР

1. Ўткир ўрта отит учун асосий клиник белгилардан қулоқда кучли оғрик (80 %), эшитиш пасайиши ва шовқин (71,4 %), қулоқдан йирингли ажралма келиши (60 %) билан кечиш характерлидир.
2. Ўткир ўрта отитлар аудиометрияда 90 % дан ортиқ беморларда турли даражадаги эшитиш пасайиши ва тимпанометрияда 6 % тимпанограмманинг А типи, 23,3 % В типи, 11 % С типи ва 60%да перфоратив отит билан намоён бўлиб, бактериологик текширишлар бўйича асосий қўзғатувчилари пневмококк - *Streptococcus pneumoniae* (58,4 %) ва қизил қон таёқчалари - *Haemophilus influenzae* (52,3 %) бўлиб чиқди.
3. Ўткир ўрта отит билан хасталанганларни даволашни маҳаллий Отофа ва дексаметазон қўллаб такомиллаштириш, 95 % беморларда клиник симптоматиканинг яхшиланишига, 85 % беморларда эшитиш тикланиб, 97,2 % беморларда бактериологик текшириш натижалари ижобий бўлиши билан юқори самара кўрсатган.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Ўткир ўрта отитлар билан хасталанганларда даволашгача ва даволашдан кейин бактериал (ўткир йирингли ўрта отиларда) ҳамда аудиологик текширишлар (аудиометрия ва тимпанометрия) ўтказиш мавсадга мувофиқ.
2. Ташқи эшитув йули (йирингли ажралма булган тақдирда) тозаланиб, транстимпанал дексаметазон 1 мл, отофа препарати турундада кунига 4 маҳал 7 кун давомида ва эшитув найи катетеризацияси ўтказиш тавсия қилинади.

Катарал ўткир ўрта отит билан хасталанган беморларда ташқи эшитув йўлига отофа препарати турундада кунига 4 маҳал 7 кун давомида ва дексаметазон ҳамда 1:2 нисбатда 0,1 % адреналин эритмаси 5 кун давомида эшитув найи орқали ўрта қулоққа катетеризация йўли билан етказиш асоратларни олдини олиш ва эшитиш пасайишини тиклаш.

## АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А. Клиническая аудиология// Москва: ДМК Пресс, 2003.-С 59
2. Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. -М., 2003.-С. 359  
Агзамова Г.С. Основные аспекты хронического гнойного среднего отита, связанной с ним тугоухости и дисфункции вестибулярного аппарата// Мед. журн. Узбекистана.-Ташкент, 2004.- №4.-С.155-161.
3. Андреев П.В. Трансмастоидальное шунтирование как метод лечения больных экссудативным средним отитом / П.В. Андреев, С.Н. Сердюк // Журнал ушних, носових і горлових хвороб. - Киев, 2007. - №6. - С.52
4. Анютин Р.Г., Ивкина С.В., Дмитриев Н.С., Милешина Н.А. Тимпаническая термометрия в диагностике экссудативного среднего отита у детей //Вести, оториноларингологии. - М., 2004. - №2. - С. 33-35.
5. Арефьева Н.А. О.В.Стратнёва Дореен Шварцер  
Механизм возникновения и признаки латентного мастоидита у больных экссудативным средним отитом / // Вестник оториноларингологии. -2001. -№3.- С. 14-17.
6. Афонькин В.Ю. К.Г. Добрецов, А.В. Сипкин 10.Реабилитация слуха у больных острым средним отитом // Вестник оториноларингологии. - М., 2008. -№1.- С. 59-60..
7. Афонькин В.Ю. К.Г. Добрецов, А.В. Сипкин 17.Реабилитация слуха у больных острым средним отитом // Вестник оториноларингологии. - М., 2008. -№1.- С. 59-60..
8. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология. — СПб., 2005.- С.98
9. Бакулина Л.С., Чепур С.В., Гофман В.Р. и др. Гистохимическое обоснование применения антиоксидантной терапии при

- экспериментальном остром гнойном среднем отите // Новости оторинолар. и логопатол. 2001. — № 4 (28). - С. 72-74.
10. Бобошко М.Ю. С.В. Брызгалова, А.И. Лопотко. Состояние слуховой трубы у больных хроническим гнойным средним отитом по данным компьютерной томографии // Вести, оториноларингологии. - М., 2003. -№4.-С. 16-19.
  - 11.Бобошко М.Ю., Лопотко А.И. Слуховая труба. СПб.: Спец. лит., 2003. – С. 360
  - 12.Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: Медицина, 2005 - Т. 2.С - 528 .
  - 13.Борисенко О.Н. Закрытый вариант этапной тимпаноластики с мастоидэктомией у больных хроническим гнойным средним отитом // Вестник оториноларингологии. - 2001. - №2. - С. 23-27.
  - 14.Вишняков В.В., Синьков Э.В., Чигиринова Е.В. Опыт применения CO<sub>2</sub>-лазера в хирургии уха // Науч.-практ. журн. образовательной школы для врачей оториноларингологов. -2010. - Вып. 2. - С. 9-12.
  - 15.Вишняков В.В., Синьков Э.В., Чигиринова Е.В. Хирургическое лечение острого среднего отита посредством CO<sub>2</sub>-лазера // Матер. IV науч.-практ. конф. Оториноларингологов Центр. Федерального Округе «Актуальное в оториноларингологии». - М., 2011. - С. 93, 94.
  - 16.Волков А.Г. Эффективность использования препарата Отофа при лечении параназальных синуситов // Ж. Вестн.оториноларингологии. - 2006. -№ 5. -С.20.
  - 17.Гавриленко С.Л. Экссудативный средний отит// Сб. науч.тр. МОНИКИ
  - 18.Дадамухамедов А. В.Н.Кирсанов Комплексное консервативное лечение хронических гнойных средних отитов у детей: Обзор // Педиатрия (узб.). - 2002. - №2. - С. 126-132.
  - 19.Дворянчиков В.В. Ю.К. Янов, М.И. Говорун, Г.А. Кочергин, Ю.Ю. Козадаев К вопросу об этапности лечения больных хроническим

- гнойным средним отитом : научное издание // Журн. вушных, носових і горлових хвороб. - Киев, 2004. - №6. - С. 9-13
20. Джапаридзе Ш.В. Д.В. Вачарадзе, Л.С. Ломидзе, Т.Р. Хечинашвили  
О хирургическом лечении хронического среднего отита // Вестн. оториноларингологии. - М, 2005. - №3. - С. 46-47.
21. Дмитриев Н.С., Косяков С.Я., Федосеев В.И. Компьютерная томография височной кости в преоперационном обследовании больных с различной патологией уха. В кн. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. 2001: С.68-73.
22. Дмитриев Н.С. Н.А. Милешина Хирургическое лечение больных экссудативным средним отитом // Вестн. оториноларингологии. - М., 2003. - №6. - С. 49-51.
23. Добротин В.Е. А.И. Шехтер, И.В. Бодрова Мультиспиральная компьютерная томография в определении объема хирургического вмешательства у больных хроническим гнойным средним отитом А.И.
24. Евстигнеев А.Р. Применение полупроводниковых лазеров и светодиодов в медицине: Науч. метод, матер. Калуга, 2000. С - 15 .
25. Загорянская М.Е., Румянцева М.Г. Эпидемиологические аспекты кондуктивной и сенсоневральной тугоухости у детей // Проблемы и возможности микрохирургии уха. Сб. тр. Оренбург, 2002. - С.291-293.
26. Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., Дайняк Л.Б. Нарушения слуха у детей: эпидемиологическое исследование // Вестн. оторинолар. 2003. — № 6. — С. 7-10.
27. Зеликович Е.И. КТ височной кости в диагностике адгезивного среднего отита // Вестн. оторинолар. М, 2004. — № 2. - С. 33-35.
28. Зеликович Е.И. КТ височной кости в диагностике заболеваний уха.// Мат. III Российской н-прак. Конф. "Наука и практика в оториноларингологии". М. ВОРЛ. 2004: 191-3.

29. Зеликович Е.И. КТ височной кости в диагностике хронического гнойного среднего отита // Там же, 2004. — № 3. — С. 24—29.
30. Зеликович Е.И. КТ височной кости в диагностике хронического экссудативного среднего отита // Там же, 2005. — № 1. — С. 41—43.
31. Зеликович Е.И. КТ височной кости в изучении структуры внутреннего уха и выявлении причин нейросенсорной тугоухости // Там же, 2005. - №6. - С. 41-43.120
32. Зеликович Е.И. КТ височной кости в диагностике адгезивного среднего отита // Вестник оториноларингологии. - 2005. - № 2. - С.31-36.
33. издание, // Вестн. оториноларингологии. - М., 2006. - №3. - С. 8-10. -
34. Кавтун Г.В. Разработка и клиническая оценка методов аудиометрического исследования детей, в норме и при различных формах тугоухости. Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., - 1965. -С 18
35. Каманин Е.И., Трофимов А.Е. Ципрофлоксацин в лечении больных острым и хроническим отитом // Вестн: оторинолар. — 2003; — № 2. С. 24-28.
36. Карнеева О.В. Е.И. Зеликович, М.З. Каркашадзе, О.В. Кустова Роль компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике хронических средних отитов у детей // Российский педиатрический журнал. - М., 2007. - №6. - С. 20-24.
37. Карпищенко А.М., Журавлева Т.А. Диагностические возможности эндоскопии в выявлении причин тубарных дисфункций // Рос. оторинолар. -2006. № 5 (29). - С. 80-84.
38. Касымов К.К. Изучение распространенности хронического гнойного воспаления среднего уха среди школьников в возрасте 7- 17 лет Андиганской области: научное издание / К.К. Касымов, С.Х. Орзиев // Stomatologiya. - Т., 2005. - №1-2. - С. 72-73.
39. Кизим А.И. И. А. Сребняк Исследование активности трипсиноподобных протеиназ и калликреина в холестеатоме и перифокальных тканях среднего уха у больных хроническим гнойным

- средним отитом // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. - М., 2007. - №5.-С. 2-5.
40. Корвяков В.С. Н.Г.Сидорина Комплексная консервативная терапия больных хроническим средним отитом с мукозитом // Вестник оториноларингологии. - 2000. - №5. - С. 47-49.
41. Косимов К.К. Г.А. Легкоева, С.Х. Орзиев Состояние общего и местного гуморального иммунитета у больных с хроническим гнойным средним отитом детей // Центрально-азиатский мед. журн.. - 2003. - №2-3. - С.42
42. Косяков С.Я., Пискунов Г.З. Особенности ведения ретракционных карманов// Материалы Российской конференции оториноларингологов. ВОР Л. 2003. С.160-1. )
43. Косяков С.Я., Атанесян А.Г. Интратимпанальное введение стероидов в лечении острой сенсоневральной тугоухости// Российская оториноларингология, №6 (43), 2009.
44. Косяков С.Я. Современная медикаментозная терапия в оториноларингологии с позиций доказательной медицины: аналитический обзор по материалам конференции // Рос. ринология. — 2004. № 3. - С. 41-43.
45. Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острого среднего; затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита // Рус. Ме д. журн. 2002. - № 20. - С. 903-909.
46. Крюков А.И., Туровский А.Б. Острое воспаление наружного и среднего уха // Со nsilium medicum 2000. - № 8. - С. 32-35.
47. Крюков А.И., Туровский А.Б., Сидорина Н.Г., Баландин А.В. Острый средний отит. Диагностика и лечение// Метод, рекомен/ М.2004: С27
48. Лазарев В.Н. Комплексное обследование вегетативного и иммунного статуса у детей при хроническом гнойном среднем отите и терапия их нарушений : научное издание / В.Н. Лазарев, А.Н. Петровская,

- А.Ю.Ивойлов // Медицинская консультация. - М., 2003. - №1. - С. 10-16
- 49.Лазарев В.Н., Петровская А.Н., Ивойлов А.Ю. Щадящее консервативно- хирургическое лечение детей с хроническим гнойным средним отитом (Вестник оториноларингологии; 03,2003г С.30-31).
- 50.Лучихин Л.А. Острый средний отит // Лечащий врач. 2003. - № 8. -С. 14—16.
- 51.Маркова Т.П. Длительно и часто болеющие дети // Рус. мед. журн. 2002. - № 10. - С. 23-26.
- 52.Муратов Н.И., Воронкин В.Ф., Зингелевская Н.Г. Лептоменингит и множественные абсцессы головного мозга при остром среднем отите // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1990. — № 5. -С. 79, 80.
- 53.Носов С.И., Головина И.Г. Лейкоцитарные антигены при отоантрите //Там же. № 3. - С. 18-23.
- 54.Отвагин И.В. Эпидемиологическое исследование этиологических факторов нарушения слуха у детей младшей возрастной группы ЦФО // Рос. оторинолар. 2005.- № 1 (14).- С. 140-142.
- 55.Пальчун В.Т., Кафарская Л.И., Полякова Т.С. и др. Динамическое исследование антибиотикорезистентности микробного фона в оториноларингологическом отделении // Там же. 2004. - № 1. - С. 53-56.
- 56.Пальчун В.Т., Лучихин Л.А. Целесообразность и эффективность антибактериальной терапии в ЛОР практике // Вестн; оториноларингологии; -2006.3: С. 27-30;
57. Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Полякова Т.С. Лечение острой нейросенсорной тугоухости// Вестник оториноларингологии - 2006. - №6 – С. 7-8.
- 58.Преображенский Н.А., Захаров А.А., Сергеева Т.А. Особенности клиники и лечения острого гнойного среднего отита в современных условиях // Сб. тр. ММА им. И. М. Сеченова. М., 2002. - С. 18-31.

59. Рабкин И.Х., Гольдман И.И. и др. КТ как важный метод диагностики при одностороннем экссудативном среднем отите // Вестн. оторинолар. 1986. - № 2. - С. 64-66.
60. Рыжов А.И., Вишняков В.В. Значение компьютерной томографии в диагностике и оценке эффективности лечения больных экссудативным средним отитом // Вестн. оторинолар. 2009. - № 3. - С. 31-33
61. Рязанцев С.В. Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов // Метод, рекомендации. СПб.: ООО «РИА-АМИ». 2003. – С.32
62. Сватко Л.Г., Цыплаков Д.Э. К вопросу о формах мастоидального воспаления при хроническом секреторном среднем отите // Матер. XVI съезда оторинолар. РФ. «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». СПб., 2001. - С. 141- 144
63. Семенов Ф.В. Отомикроскопическое обследование больных с патологией среднего уха. (Вестник оториноларингологии; 04,2001г С.48-50).
64. Страчунский Л.С., Богомильский М.Р., Антибактериальная, терапия острого среднего отита у детей // Дет. доктор. 2000: — № 2 — С. 32-33
65. Таварткиладзе Г.А. Реабилитационная аудиология: основы, принципы, перспективы // Радуга звуков. 2004. - № 1 (16). - С. 18-20.
66. Чигиринова Е.В. Возможности СО2-лазера, оснащенного флешсканером при лечении больных острым средним отитом // Матер. XXXII итоговой конф. молодых ученых МГМСУ. - М., 2011. - С. 152,153.
67. Чигиринова Е.В. Современные методы диагностики и лечения острого среднего отита // Матер. XXXI итог. конф. молодых ученых МГМСУ. - М., 2009. - С. 298,299.
68. Чигиринова Е.В., Вишняков В.В. Совершенствование методов диагностики и лечения острого среднего отита // Матер. VIII Всерос. науч.-практ. конф. «Наука и практика в оториноларингологии». - М., 2009. - С.141, 142.

69. Чигиринова Е.В., Вишняков В.В., Синьков Э.В. Совершенствование метода хирургического лечения ОСО при помощи СО<sub>2</sub>-лазера // Лазерная медицина. - 2011. - Т. 15. - Вып. 3. - С. 29-32.
70. Чигиринова Е.В., Вишняков В.В., Синьков Э.В. Состояние слуховой функции больных острым средним отитом // Врач - аспирант. - 2010. - № 6.4 (43). - С. 538-543.
71. Шехтер, И.В. Бодрова // Вестник оториноларингологии. - Москва, 2009. - №4.-С. 18-2
72. Янов Ю.К., Антушова И.А. Антибактериальная терапия в оториноларингологии и основные принципы доказательной медицины // Рос. оторинолар. 2004. - № 3 (10). - С. 122-124.
73. Янов Ю.К., Егоров В.И., Козаренко А.В. О медицинских стандартах в оториноларингологии // Матер. XVII съезда оториноларингологов. — Н. Новгород, 2006. С. 539-542
74. Alles M.J., der Gaag M.A., Stokroos R.J. Intratympanic steroid therapy for inner ear disease, a review of the literature/ // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2006. – Vol. 263, N 9. – P. 791-797.
75. Battista R.A. Intratympanic dexamethasone for profound idiopathic sudden sensorineural hearing loss// Otolaryngol Head Neck Surg. – 2005. – Vol. 132, N 6. – P. 902-905.
76. Butler C.C. The etiology, pathophysiology and management of otitis media with effusion // Cur. Infect. Dis. Rep. 2003. - № 3. - P. 205-213-
77. Garcia-Berrocal J.R. et al Adverse effects of glucocorticoid therapy for inner ear disorders// ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. – 2008. – Vol. 70, N 4. – P. 271-274.
78. Chandrasekhar S.S. Intratympanic dexamethasone for sudden sensorineural hearing loss: clinical and laboratory evaluation / S.S. Chandrasekhar // Otol Neurotol. – 2001. – Vol. 22, N 1. – P. 18-23.

79. Garin P., Ledeghen S., van Proyen-Keyser S., Remade M. Office-based' C02-laser assisted tympanic membrane fenestration addressing otitis media with effusion // J. Clin. Laser. Med. Surg. 2001. - Vol. 19. - № 4. - P. 185-187.
80. Goycoolea M.V. Clinical aspects of round window membrane permeability under normal and pathological conditions// Acta Otolaryngol. – 2001. – Vol. 121, N 4. – P. 437-447.
81. Hamomoto Y. Impact of antibiotics on pathogens associated with otitis media with effusion // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 2005. - Vol. 119. - P. 862-865.
82. Erramouspe J., Heyneman C.A. Treatment and prevention of otitis media // Ann. Pharmacother. 2000. - Vol. 34. - № 12. - P. 1452-1468.
83. Sedlmaier B., Jivanjee A., Gutzler R. Ventilation time of the middle ear in otitis media with effusion (OME) after C02-laser myringotomy // Laryngoscope. -2002.- Vol. 12.-№8.-P. 137-139.
84. Uhari M. Meta –analytic review of the risk factors for acute otitis media | M. Uhari, K. Mantyssari, M.Niemela||Clin Infect Dis.–1996.–Vol.22.–P. 1079–1083.
85. Vasama J.P., Linthicum Jr. F.H. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: temporal bone histopathologic study/ // Ann Otol Rhinol Laryngol. – 2000. – Vol. 109, N 6. – P. 527-532.