

РОССИЯ ФЕДЕРАЦИЯСЫНЫН
БИРИНЧИ ПРЕЗИДЕНТИ Б.Н. ЕЛЫЦИН АТЫНДАГЫ
КЫРГЫЗ-РОССИЯ СЛАВЯН УНИВЕРСИТЕТИ

ЖОГОРКУ КЕСИПТИК БИЛИМДИН
МАМЛЕКЕТТИК БИЛИМ БЕРҮҮ МЕКЕМЕСИ

МЕДИЦИНАЛЫК ФАКУЛЬТЕТИ

Профессор Г.А. Фейгин атындагы оториноларингология бөлүмү

Б. ОСМОНОВ АТЫНДАГЫ ЖАЛАЛ-АБАД
МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ

М.А. Мадаминова, К.К. Нарматова, М.А. Нуралиев

КУЛАКТЫН КУРЧ ЖАНА ӨНӨКӨТ ООРУЛАРЫ

Үйрөткүч

Бишкек 2021

УДК 616.28-036.11(075.8)

ББК 56.8

М 13

Рецензенттер:

В.А. Насыров, И.К. Ахунбаев атындагы КММА медицина
илимдеринин доктору, профессор;

Г.С. Арзыкулова, И.К. Ахунбаев атындагы КММА медицина
илимдеринин кандидаты, доценти;

Т.А. Изаева, Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян уни-
верситетинин медицина илимдеринин доктору

Түзүүчүлөр:

М.А. Мадаминава, К.К. Нарматова, М.А. Нуралиев

Окумуштуулар кеңеши тарабынан басууга сунушталган
ГОУВПО КРСУ

Мадаминава М.А. ж.б.

М 13 КУЛАКТЫН КУРЧ ЖАНА ӨНӨКӨТ ООРУЛАРЫ: үйрөткүч
/ М.А. Мадаминава, К.К. Нарматова, М.А. Нуралиев.
– Бишкек: Чыгарылуучу КРСУ, 2021. 42 бет. 12 сүрөт.

ISBN 978-9967-19-838-8

Бул колдонмо кулактын негизги ооруларынын этиологиясын, патогенезин, классификациясын, диагнозун жана дарылоо принциптерин баяндайт. Бул колдонмону практикалык сабактарда, семинарлар жана тесттер учурунда, ошондой эле бул тема боюнча өз алдынча машыгууда колдонсо болот. «Кулактын курч жана өнөкөт оорулары» окуу китеби медициналык жогорку окуу жайлардын жогорку курсунун студенттерине, резиденттерге, аспиранттарга, оториноларингологдорго, жалпы дарыгерлерге сунушталат.

УДК 616.28-036.11(075.8)

ББК 56.8

ISBN 978-9967-19-838-8

© ГОУВПО КРСУ, 2021

МАЗМУНУ

Киришүү.....	4
Тышкы кулактын оорулары.....	4
Ортоңку кулактын оорулары. Курч сезгенме оорулар.....	9
Жаш балдардагы курч орто отиттин өтүшүнүн өзгөчөлүктөрү.....	14
Өнөкөт сезгенме оорулар	19
Сезгенме оорулардын оорлошуулары.....	26
Отогендик орчуп кетиши.....	28
Текшеруучу суроолор	36
Тест тапшырмалары	37
Колдонулган адабияттардын тизмеси	41

КИРИШҮҮ

Заманбап оториноларингология - бул кулак, тамак жана мурун ооруларын эле эмес, тиешелүү органдарды дарылоо жана алдын алуу боюнча бир катар маселелерди камтыган илим. Оториноларингологиянын жалпы медицина үчүн мааниси өзгөчө чоң, анткени физиологиялык функцияларында ЛОР органдары - организмди айлана - чөйрөнүн көптөгөн таасирлеринен (чан, жугуштуу заттар, жылуулук кыжырдануусу, буулар, газдар) коргоочу органдар. Ден соолукту чыңдоочу иш-чараларда жана кулак ооруларынын чоң пайызын берген бул ооруларды изилдөөдө оториноларингологдордун үлүшү чоң.

Оториноларингологиянын балалык инфекцияларга жана алардын кулак ооруларына каршы күрөшүүдө мааниси абдан маанилүү. Заманбап оториноларингология угуунун начарлашына жана дүлөйлүккө каршы күрөшүүгө өзгөчө көңүл бурат. Кулактын сезгенүү ооруларын дарылоо көйгөйү бүгүнкү күнгө чейин заманбап оториноларингология үчүн актуалдуу бойдон калууда. Бул биринчи кезекте бул оорулардын жогорку таралышына байланыштуу. Кулак ооруларынын ичинен ортонку кулактын курч оорусу менингит, мээнин абсцесс, сигмовиддүү синус тромбозу, лабиринтит, бет нервинин парези, мастоидит, сепсис сыяктуу оор татаалдашууларынын өнүгүшүндө экинчи орунда турат. Ортонку кулактын курч оорусу туура эмес же туура эмес дарылоо кылуунун натыйжасында, көп учурда өнөкөт ортонку кулак оорусу өнүгөт. Учурда ортонку кулак курч оорусу жана башка кулактын сезгенүү ооруларын дарылоо тактикасы боюнча дарыгерлер арасында бир пикир жок. Бул жарым -жартылай жакында пайда болгон жаңы дары -дармектердин жана дарылоонун ар түрдүүлүгүнө байланыштуу.

Тышкы кулактын оорулары

Кулак калкандын перихондрити (perichondritis) (сүрөт 1). Кулак калкандын кемирчек челинин сезгенүүсү теринин үстүңкү катмарынын жаракаттарында, ачык жарааттарында, гематомадан

ириндеп кетүүнүн натыйжасында пайда болот. Кокк флорасы менен катар антибиотиктерге аз сезимталдуу протей көп кездешет.



Сүрөт 1 – Кулак калкандын перихондрити

Оорулуулар кулак калкандын оорусуна, шишиктигине, гиперемиясына даттанышат. Гиперемия кулак калкандын кемирчеги бар аймактарында гана жайылат, башкача айтканда кулак көнчөгү интакттык болуп калат. Перихондриттин ириндөө түрүндө тери астында алып таштоочу суюктуктун топтолушу, кулак калкандын түрүнүн бузулушу, анын рельефинин жоголушу байкалат. Пальпатордук көрүнүктүү флюктуация аныкталат.

Дарылоо. Перихондриттин катаралдык түрү консервативдүү дарылоого моюн берет: спирттик ысытуучу компресстер, УФН (ультрафиолеттик нурлантуу), УБЖ-терапия (ультра бийик жыштыктуу), антибиотиктер. Хирургиялык дарылоо ириң көндөйүн, ириндөө процесси менен бузулган кемирчектин резекциясын ачуу (союу) болуп саналат.

Экзема – көз жара (eczema). «Кургак» жана «нымдуу» көз жарасы кездешет. Кулак калкандын, кулак артындагы аймактын, угуу өткөөлүнүн териси жабыркайт (сүрөт 2). Оору экинчи жолу да кайталанышы мүмкүн жана угуу өткөөлүнүн терисин дүүлүктүргөн ортоңку кулактын узак мөөнөткө созулган ириндөөсүнөн; кант диабеттин, организмдин аллергизациясынын фонунда пайда болушу мүмкүн. Терини тырмоого мажбурлаган кулактагы туруктуу кычышуу дагы көз жарасынын себептеринин бири болушу мүмкүн.



Сүрөт 2 – Кулактын экземасы

Күчтүү кычышуу теринин жаңы тырмоолорун жана оорунун өнөкөт өтүүсүн чакырат. Шишиктик, карт, теринин инфильтрациясынын эсебинен угуу өткөөлүнүн тарышы (ичкериши), жылчыктын толук жабылышы жана натыйжада угуунун төмөндөшү – көз жарасынын негизги белгиси. Теринин карт, ыйлаакча, эрозиялары көз жарасы үчүн типтүү.

Дарылоо. Эң алгач негизги ооруну дарылоо керек (диабет, ириндүү отит ж.б.). Көз жарасы көп учурда туруктуулук менен өтөт. Маанилүү учур болуп, карттарды жок кылуу саналат. Эреже катары, бул үчүн вазелин майын колдонсо болот. Табылган фло-

ранын эсеби менен каражаттардын териге таасири (көк ириңдүү палочкасын табууда – полимиксин «М», май дары-дармектери – гарамидин менен целестодерм «В»). Сүрүлгөн жерлерге ляпистин 5% эритмесин сыйпашат.

Тышкы угуу өткөөлүнүн фурункулу (otitis externa circumscripta). Жайылган оору.

Рецидивдөөчү фурункулез углеводдук алмашуунун бузулушу менен шартталган деп эсептешет. Инфекция кыл баштыкчага кирип, курч сезгенүүнү чакырат. Козгогучу көп учурда стафилакокк болот. Төмөнкү, алдыңкы, арткы капталдарында – бир нече фурункул пайда болушу мүмкүн. Фурункулдун белгиси болуп, чайноодо, оозду ачууда, козелокту басууда күчөгөн кулактагы катуу оору саналат (сүрөт 3). Курчаган ткандардын шишиги– өөрчүгөн лимфаденитке байланыштуу кулак калканынын алдында жана артында байкалат. Фурункулдун «жетилүүсү» 4-5 күндүн ичинде болот. Акырындык менен угуу өткөөлүндө теринин шишиши күчөйт, ириңдеген учу менен конус сымал көтөрүңкү жер түзүлөт. Бир катар учурларда угуу өткөөлүнүн терисинин тез шишишинде угуу төмөндөйт. Фурункулдун учу аркылуу ириңдин чыгышынан кийин оорулуунун абалы жеңилдейт.

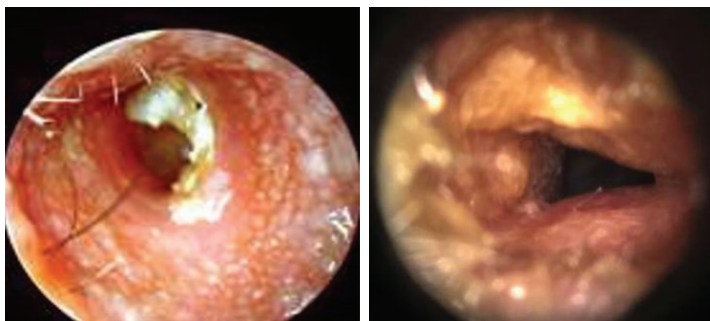


Сүрөт 3 – Тышкы угуу өткөөлүнүн фурункулу

Тышкы угуу өткөөлүнүн фурункулун олуттуу оорудан – мастоидиттен дифференциялоо керек, анда деле кулакка жана кулак артындагы аймакта оорутуунун болушу, коюу ириң секреттин чыгышы, угуу өткөөлүнүн сөөк бөлүмүнүн арткы-жогорку капталынын аймагында угуу өткөөлүнүн терисинин инфильтрациясынын эсебинен угуу өткөөлүнүн тарышы (ичкериши) мүмкүн.

Дарылоо. Консервативдүү – сезгенүүгө каршы жергиликтүү жана жалпы. Тышкы угуу өткөөлүнө бор спирти менен сууланган марли турундаларын киргизишет. Ачылган фурункулда антибиотиктер жана кортикостероиддер менен турундаларды киргизишет (1% эритромицин майы, оксикорт, лоринден «С» ж.б.). Жалпы антибиотикотерапияны, физиотерапияны – УБЖ (ультра бийик жыштыктуу), УФН (ультрафиолеттик нурлантуу), расфокусталган төмөнкү энергетикалык гелий-неон лазери менен нурлантуу. Создуктурулган процессте жаңы ай сымал бычак менен фурункулду ачышат.

Тышкы отиттин жайылып кеткен түрү (диффуздук тышкы отит) (otitis externa diffusa). Тышкы угуу өткөөл терисинин сезгенишинин жайылып кеткен түрү көп кездешет жана бир катар жагымсыз өндүрүш факторлорунун, организмдеги иммунологиялык өзгөрүүлөрдү чакырган дары-дармектерди кеңири колдонуунун, ошондой эле стресстик абалдардын таасири менен шартталат. Козгогучтары кокк жана грибоктор болот. Оору курч жана өнөкөт өтөт (сүрөт 4). Көк ириң таякчасы жана протей чакырган отит өзгөчө туруктуу болот.



Сүрөт 4 – Тышкы отиттин жайылып кеткен түрү

Ортоңку кулактын оорулары. Курч сезгенме оорулар

Курч ортоңку отит (otitis acuta media) – ортоңку кулактын бардык үч бөлүмүн – барабан көңдөйүн, упчу сымал (тындоок) урчугунун клеткаларын, угуу түтүгүн курчаган сезгентүүчү процесс. Патологиялык процесске көрсөтүлгөн көңдөйлөрдүн былжыр чели гана катышат. Курч ортоңку отит (катаралдык, ириндүү) ЛОР-органдардын бардык ооруларынын 13-25 %ын түзөт. Козгогучтары көп учурда гемолитикалык стрептококк, жаш балдарда пневмококк болот (сүрөт 5).

Кадыресе инфекция ортоңку кулактын нормада стерилдүү көңдөйүнө мурун көңдөйүнөн (ринит, КРВИ (ОРВИ), грипп) угуу түтүгү аркылуу (тубардуу жол) кирет. Гематогендик жол дагы мүмкүн, кээ бир инфекциялык ооруларда кан тамырлары аркылуу инфекциянын кириши (скарлатина, кызылча).

Курч ортоңку отит ошондой эле кулак тарсылдагынын жаракатынын натыйжасында болушу мүмкүн.

Оор курактагы жаш балдарда курч отит кусуу учурунда кыска жана жоон угуу түтүгү аркылуу тамак массаларынын кирип кетишинин натыйжасында пайда болушу мүмкүн, анткени бала дайыма керебетте же эмизген эненин колунда горизонталдык абалда болот. Улуураак курактагы балдардагы курч ортоңку отиттин келип чыгышынын ыңгайлуу шарты болуп, кеңилжээрде (алкым көңдөйү) угуу түтүгүнүн тешигин жабуучу аденоиддик вегетациялар (аденоиддер) саналат. Дары-дармектерге же тамактануу азык-түлүктөргө аллергия дагы ортоңку курактагы курч сезгенүүнүн өөрчүшүнө түрткү бериши мүмкүн.



Сүрөт 5 – Курч ортоңку отит

Былжыр астындагы негиздин шишик тартышынын натыйжасында ортоңку кулактын бардык бөлүмдөрүндө былжыр челдин жооноюусу келип чыгат. Былжыр чел 15-20 эсе жооноёт жана бардык барабан көңдөйү ал менен толуп калышы мүмкүн. Угуу сөөкчөлөрүнүн чынжырынын иммобилизациясы жүрөт. Кийин жабуу эпителийинин десквамациясы, фибринди уюштуруу, спайкалардын келип чыгышы, угуу сөөкчөлөрүн андан да бекем фиксациялаган чынжыры пайда болот.

Азыркы учурда ортоңку кулакка катаралдык процесстердин жыштыгынын өсүшүнүн тенденциясы байкалат. Муну жаш бала курактан баштап, кулактын сезгенүүсүнүн биринчи белгилеринде эле антибиотиктерди кеңири жана контролсуз колдонуу менен байланыштырышат. Антибиотиктерди мындай кеңири колдонуу кулактагы сезгенүү процессинин убакытынын кыскарышына жардам берет. Ошону менен катар сезгенүүнүн рецидивдери, ошондой эле курч отиттин оорлошуусунун, өзгөчө мастоидиттин пайда болуу мүмкүнчүлүгү аз болот. Бул кырдаал курч отиттин баштапкы стадияларында антибиотиктерге микрофлоранын сезимталдуулугунун эсеби менен талаптуу көрсөткүчтөр боюнча антибиотикотерапияга келүү керектигин белгилешет.

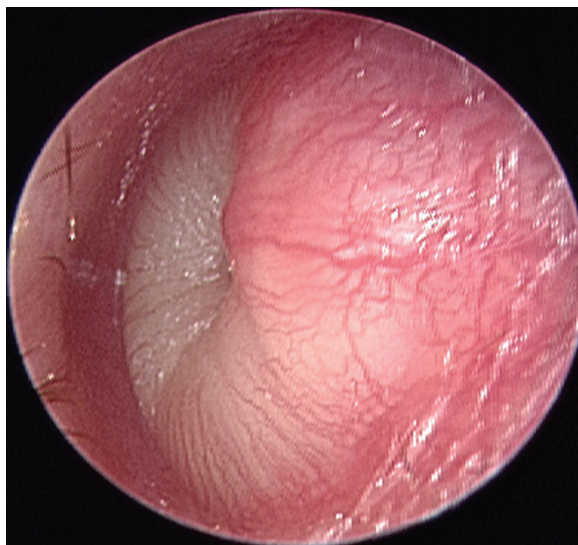
Мурун көңдөйүнүн катаралдык процесстеринин фонунда, дененин муздашында, самолетто учуудан кийин, мурун бүтүү мезгилинде кулакка бүтөлүү, оорутуу, шуулдоо пайда болот. Оору чыккыйга, чокуга берүүчү абдан катуу болот. Курч ортоңку отитте кулактагы ооруну тиш оорусуна салыштырууга болот, ал акырындык менен күчөйт, кыйнаган, чыдаткыс болот. Жалпы абал отитти чакырган себеп менен байланыштуу (сасык тумоо, катаралдык ринит ж.б.). Дененин табы көтөрүлөт, перифериялык канда сезгенүүчү процесстерге мүнөздүү жылышуулар табылат.

Курч ортоңку отиттин үч стадиясын бөлүп көрсөтүшөт: 1) кулак тарсылдагынын перфорациясына чейин; 2) кулак тарсылдагынын өзүнөн өзү болгон перфорациясынан же жаруудан жана кулактан ириң бөлүнүп чыгуусунан кийин; 3) ириң чыгышынын токтоосунан кийин.

Стадиялардын ар бири мүнөздүү көрүнүштөргө ээ: кулак тарсылдагынын перфорациясына чейин оорулууларды

кулак оорусу, угуунун төмөндөшү, кулактагы шуулдоо тынчсыздандырат; перфорациядан кийин ириндин бөлүнүүсү жүрөт, оору жоголот, бирок угуунун төмөндөшү жана кулактагы шуулдоо сакталат; ириң чыгышынын токтоосунан кийин оору жоголот, бирок кулагы катуулук жана кулактагы шуулдоо калат (сүрөт 6).

Отоскопияда биринчи стадияда кулак тарсылдагынын гиперемиясы табылат (башында балканын сабынын жолу менен гана, радиардуу, андан кийин тоталдык). Бардык таануу белгилери жок. Экинчи стадияда гиперемия, кулак тарсылдагынын шишик тартышы, угуу өткөөлүндө алгач кан аралаш сары, былжыр, андан кийин ириңдүү секреттин топтолушу; пульсациялоочу рефлекс аныкталат. Үчүнчү стадияда кулак тарсылдагында жылчык сымал дефект аныкталат.



Сүрөт 6 – Курч ортонку отит

Гриппоздук орто отит – жаргактын үстүндөгү геморрагиялык экссудат, экстравазаттар, кандуу көбүкчөлөр. Скарлатиналык орто отит – антибиотиктерди кеңири колдонуудан улам азыркы убакта анын өтүшү жеңил, бирок типтүү болуп, кан

тамырларда тромбдордун пайда болушу, ортоңку кулактын сөөк капталдарынын тез некротизациясы жана ткандардын бузулуусу саналат. Кызылча орто отити көп кездешет, бирок анын өтүшү скарлатиналыкка караганда жеңил. Отиттин биринчи белгилери денеге чыгуу мезгилинде, кеч белгилери – түлөө мезгилинде болушу мүмкүн. Дифтериялык орто отит микробиологиялык изилдөөдө гана аныкталат.

Курч орто отитте угууну изилдөө үн өткөрүүнүн бузулушун көрсөтөт: шыбыроо жана сүйлөө кебин кабыл алуусу, Веберди колдонууда (ооруган кулак тарабына) үндүн латерализациясы бузулат, Ринне тажрыйбасы терс, аудиограммада сөөк өткөргүчтүгүнүн ийреги нормадан айырмаланбайт, ал эми аба өткөргүчтүгүнүн ийреги 30-40 дБ деңгээлине чейин төмөндөйт. Ортоңку кулактагы интоксикацияга кулак үлүлүнүн реакциясын көрсөткөн сөөк өткөргүчтүктөрүнүн өзгөрүүлөрү мүмкүн.

Чыккый сөөктөрүнүн рентгенологиялык изилдөөлөрү упчу сымал өсүндүнүн клеткаларында сезгенүү процессинин болушун далилдейт. Чогулган сезгенүү секретинин эсебинен бардык клеткалардын жымсалдатуучулугу (зауалированность) байкалат. Курч ириңдүү орто отитте сөөк түзүлүштөрүнүн деструкциясы болбойт.

Биринчиден экинчи стадияга, андан кийин үчүнчүгө ырааттуу өтүү милдет эмес. Рационалдык дарылоо биринчи стадиядагы процессти жок кыла алат. Айыгуунун көзөмөлү катары кулактагы оорунун басылышы же ириң бөлүнүп чыгуусу эмес, угуунун калыбына келиши гана боло алат. Ошондуктан, дарылоодо бардык иш чаралар сезгенүү процессин жок кылууга гана эмес, анын натыйжасына да багытталышы керек.

Дарылоо. Төшөктө жатуу режими. Биринчи баскычта ооруну басаңдатуучу каражаттарды (таблеткалар сыяктуу эле, инъекция түрүндө да), ысыкты төмөндөтүүчү, гипосенсибилизациялоочу дары-дармектер, кеңири спектр таасирдеги антибиотиктерди (олететрин 500 000 ЕДден суткасына 4 жолу, доксициклин 0,1г дан суткасына 2 жолу ж.б.) дайындашат; мурун көндөйүндөгү кан тамыр ичкертүүчү эритме; кулакка жылуу тамчы түрүндө 20-30 мин этил спирти дезинфекциялоочу жана ооруну басуучу

таасир көрсөтөт. Кулактагы ооруну азайтуу үчүн тышкы угуу өткөөлүнө камфор майынын 20% эритмесинин же глицериндеги карбол кычкылдыгынын 5% эритмесинин тамчыларын (кулактан ириң агуу пайда болгондо аларды токтотуу керек) куюшат. Физиотерапевтикалык процедураларды: упчу сымал өсүндү аймагына ысытуучу компресс, ультра жогорку жыштыктагы (УВЧ), кулак ичиндеги лазердик терапияны колдонушат. Кулактагы катуу ооруда жана кулак жаргакчасынын керилишинде, ошондой эле мээ чел кабыгынын дүүлүгүү белгилеринин пайда болушунда парacenteз жасашат.

Экинчи баскычта тышкы угуу өткөөлүнөн ичиндеги иринди угуу өткөөлүнө марля турундасын киргизүү, электросордургуч менен сордуруу жолу менен эвакуация кылышат. Кулакты Политцер ыкмасы боюнча же катетер аркылуу үйлөп тазалашат. Упчу сымал өсүндү аймагына ысытуучу компресс (жарым спирттик) колдонушат. Флоранын эсеби менен антибиотикотерапияны улантышат, антигистаминдик дары-дармектерди, УЖЖ, мурун көндөйүнө куюу үчүн кан тамыр ичкертүүчү тамчыларды колдонушат. Кулакка куюу үчүн софрадекс, диоксидин, антибиотиктердин эритмесин дайындашат. Бул баскычта газ сымал озон менен жана натрий хлориддин озондолгон изотониялык эритмеси менен дарылоо патогендик микрофлоранын полирезистенттүүлүгүндө же антибактериялык дары-дармектерге аллергиялык реакцияларында дагы эффективдүү.

Үчүнчү баскычта сезгенүүнүн негативдүү натыйжаларын алдын алуу боюнча чара көрүшөт - кулак жаргакчасынын жандуулугун, угуу сөөкчөлөрдүн чынжырчасын калыбына келтирүү, барабан көндөйүндө биригип жабышып калган жерлердин (спайкалардын), жумурлардын пайда болушун эскертүү. Кулакты үйлөп тазалоо, Политцер баллонунун, Зигле куйгучунун (воронка), электроукалоонун жардамы пневмоукалоону колдонушат. Мурун көндөйүнө кан тамыр ичкертүүчү тамчыларды куюшат, физиотерапевтикалык дарылоо жүргүзүшөт. Угуу функциясын калыбына келтирүүсүн далилдеген текшерүүчү аудиограммаларды кылышат.

Жаш балдардагы курч орто отиттин өтүшүнүн өзгөчөлүктөрү

Кичине курактагы балдарда курч орто ириндүү отит сейрек учурда айрым (бөлөк) болуп өтөт, анткени ар дайым башка органдардын жана организмдин системаларынын патологиясы табылат (пневмония, ичеги-карын трактынын оорулары) (сүрөт 7).

Жаш, өзгөчө кичине курактагы балдарда курч орто отитти аныктоо оор болот. Баланын табити тууралуу маалымат (эмчек эмүүдө кыйкырып жиберет, бирок кашык менен тамак берүүдө өзүн тынч алат), диспепсиянын, кайталанган кусуунун болушу чоң мааниге ээ. Отоскопия так маалымат бербейт: кулак жаргакчасынын гиперемиясы баланын кыйкыруусунун натыйжасында өөрчүшү мүмкүн, бирок кулакка активдүү процессинде жок болушу мүмкүн. Кулак жаргакчасынын керилиши жаргакчанын дээрлик горизонталдуу абалы менен алдашы мүмкүн. Ошол эле убакта жоон угуу түтүгү аркылуу секреттин эвакуациясынын эсебинен ортоңку кулаккагы активдүү ириндөө процессинде жаргакча керилбей калышы мүмкүн.



Сүрөт 7 – Жаш балдардагы курч орто отиттин өтүшүнүн өзгөчөлүктөрү

Козелокту басуу кулаккагы оорунун күчөшүн чакырат. Эгер бала уктап жатканда кыйкырса, колу менен ооруган кулагына умтулса, желкесин жана башын жаздыкка сүрсө, анда булардын баары ортоңку кулакка сезгенүү процессинин болушун көрсөтүп турушу мүмкүн. Башты чалкалатуу, тарамышы тырышуу, кусуу менен көрүнгөн баладагы курч отит мээ чел кабыгынын дүүлүгүү

картинасына (менингизм) шарт түзө алат. Арыктоого жана суусуздандырууга алып келген диспепсиялык көрүнүштөр (ич өтүү, кусуу) сейрек эмес кездешет.

Курч отит 2–3 жума созулат жана эреже катары, толук айыгуу менен аяктайт. Кээ бир учурларда кулак жаргакчасынын туруктуу перфорациясы, угуу сөөкчөлөрүнүн чынжырынын аз кыймылдуулугу, угуунун начарлашы мүмкүн.

Курч ириңдүү орто отиттин оорлошуусу. Антрит (отоантрит). Мастоидит. Курч ириңдүү орто отитте төмөнкү оорлошуулар болушу мүмкүн (сүрөт 8):

туруктуу же кайталанган ириңдин бөлүнүп чыгуусу, угуунун начарлашы менен курч жана өнөкөт түрүнө өтүүсү;

1. упчу сымал өсүндүдө сөөк түзүмүнүн бузулуу белгилеринин пайда болушу – мастоидиттин өөрчүшү;

2. жаш балдарда үңкүрдүн сөөк капталдарынын бузулушу мүмкүн – антриттин пайда болушу;

3. курч орто отиттин, мастоидиттин фонунда – ички кулак, ортоңку, арткы баш сөөк чуңкурчалардагы мээ чел кабыгынын лабиринтинин жабыркоосу, сигма сымал синус тромбозунун, сепсисин, мээ (каракуш мээ) абсцессинин, лептоменингиттин өөрчүшү.



Сүрөт 8 – Мастоидит

Организмдин жалпы алсыздануусунан, флоранын вируленттүүлүгүнөн курч орто отит антрит бар эмчектеги балдарда, мастоидит бар чоңураак балдарда жана чоңдордо оорлошуусу мүмкүн. Антрите процесс, эреже катары, эки тараптуу, баланын тынчы жок, көп ыйлайт, уйкусу тынч эмес, табити тез төмөндөп кеткен, кусуу, тез-тез суюк стул, сейрек эмес учурда менингизмдин белгилери аныкталат; бала тез арыктайт, териси боз тартым, жүрөктүн үнү басылган, пульс тез-тез согот, дене табы көп учурда субфебрилдүү, канда ак формуланын солго жылышуусу менен лейкоцитоз (нейтрофилез), эритроциттердин чөгүүсүнүнылдамдыгы жогору.

Дарылоо комплекстүү – негизги ооруну жана токсикозду дарылоо – кеңири спектр таасириндеги антибиотиктердин булчуң этине инъекциялары, гаммаглобулин, кан же кургак плазманы, глюкозаны венага куюу. Консервативдүү дарылоо эффективдүү эмес болгон учурда операция - антротомия кылышат.

Мастоидитте, ортоңку кулак көңдөйүндөгү ириңдүү сезгенме процесси менен катар кээде упчу сымал өсүндүнүн айрым клеткаларынын сөөк капталдарынын, үңкүр капталдарынын бузулушу менен остеомиелитикалык процесси ортоңку жана арткы баш сөөк чуңкурларынын жылаңачтануусуна, лабиринттин сөөк капсуласынын бузулушуна чейин өөрчүйт.

Оорулуулар кулактан көп өлчөмдөгү ириңдин чыгуусуна, ооруга, упчу сымал өсүндүнүн аймагындагы оордукка, жалпы абалдын начарлашына, дене табынын көтөрүлүшүнө даттанышат. Бул көрүнүштөр белгилери азая баштаган курч отиттин башталышынан 3-4 жумадан кийин пайда болот.

Кулак калкандын артында шишик, тери гиперемиясы байкалат, флюктуация дагы мүмкүн. Кулак арты аймагындагы пальпация, упчу сымал өсүндүнүн башы оорутат. Угуу өткөөлүнөн аккан ириң коюу консистенцияда, саргыч өңдө. Отоскопияда көп өлчөмдөгү ириңдин топтолушунан башка, пульсациялоочу рефлекс, тери гиперемиясы жана арткы жогорку капталдын шишигинин эсебинен сөөк бөлүмүндө угуу өткөөлдүн жылчыгынын тез тарышы аныкталат.

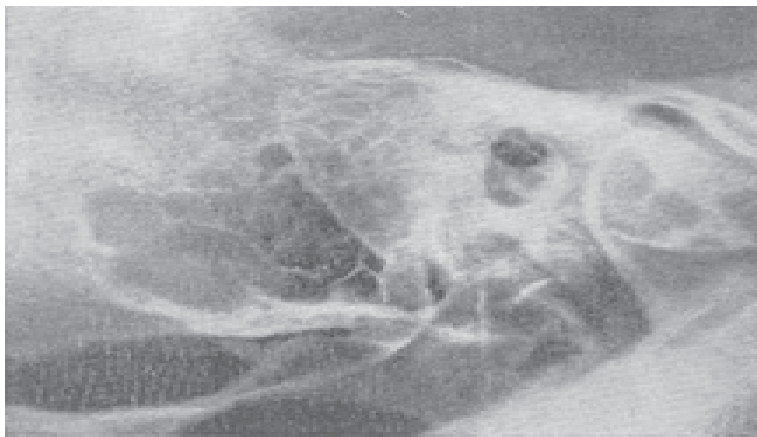
Ортоңку кулактын рентгенограммаларында упчу сымал өсүндүнүн, үнкүрдүн клеткаларынын карарышынан башка, айрым ячейкалардын ортосундагы тосмонун бузулуу аймактары табылат (сүрөт 9). КТ упчу сымал өсүндүнүн сөөк тканынын бузулуу жана деструктивдүү процесстин жайылуу даражасын тактоого мүмкүндүк берет.

Дарылоо – хируриялык. Мастоидотомияны (жаш балдарда антротомияны) жүргүзүшөт. Операциянын максаты болуп, бардык клеткалардын ортосундагы сөөк тосмолорун жок кылуу жолу менен упчу сымал өсүндүнүн некроздолгон сөөктөрүн жок кылуу, жылмакай капталдары менен бирдиктүү көңдөйдү жаратуу. Эреже катары, операцияга шашылыш көрсөткүчтөр бар.

Операциядан кийинки мезгилде антибиотиктерге сиңген марля турундалары, тампондор менен көңдөйдүн тампонадасын, эпителий катмардын регенерациясына түрткү берген майларды колдонуу менен жараатты секреттен тазалоону, сөөк капталдарын майдалоону камсыз кылуу керек.

Мастоидиттин өзгөчө түрлөрү. Деструктивдүү процесс өсүндүнүн баш аймагында кыйла көрүнүктүү жана «өсүндү башындагы мастоидит түрүнүн» пайда болушуна шарт түзөт. Бул учурларда упчу сымал өсүндү көңдөйдүн сөөк капталдарынын бузулушунан кийин өсүндүнүн баш аймагынан ириң кортикалдык катмар аркылуу, баш ийкөө (Бецольд мастоидити) булчунунун асты менен сыртка чыгат. Жараат тарабынан моюн ткандарынын тез шишишин чакырышы мүмкүн.

Ириңдөө процесси упчу сымал өсүндү аймагынан бет сөөк өсүндүсүнө жайылат, бул аймакта тез шишүүнү жана шишик тартууну чакырат. Курч отиттин бул оорлошкон түрү «зигоматитид» деп аталат. Ириңдөө процессинин чыккы сөөк пирамидасынын башына жайылышында апицит өөрчүйт, ал Градениго симптомокомплекси (парез же көздүн түз булчунунун параличи, үчилик нерв жолундагы оорулар), ошондой эле үн өткөрүүчү жана үн кабыл алуучу аппараттын жабыр тартуусу шарттаган начар угуу менен коштолот.



Сүрөт 9 – Мастоидит

Эгер өз убагында санациялоочу операция жасалбаса, оорлошуулар өөрчүп кетиши мүмкүн (менингит, отогендик сепсис, лабиринтит, бет нервинин парези).

Дарылоо. Шашылыш хирургиялык жардам. Мастоидит жана анын оорлошуулары түрүндөгү курч орто отиттин өөрчүп кетүүсүн алдын алуу үчүн курч отиттин созулуп кеткен биринчи мезгилинде парацентез көрсөтүлгөн – ортоңку кулактан ириндин агып чыгышын камсыздоо үчүн кулак жаргакчасын кесүү. Парацентезди атайын бычак – парацентездик ийне менен жасашат. Жаткан абалда оорулуунун шишиген кулак жаргакчасын (арткы квадранттарда) кесишет.

Жаргакчаны кескенден кийин угуу өткөөлүнө биринчи кан аралаш сары суу мүнөздөгү суюктук, андан кийин ириң чыга баштайт. Парацентезден кийин дароо эле оорулуунун акыбалы жакшыра баштайт, кулактагы оору жоголот, кулактын бүтөлүүсү калат. Парацентез – сактоочу операция жана керек учурда парацентез жасабай койгончо, керек эмес учурда 2 жолу жасоо керек деп эсептешет.

Аэроотит – курчаган абанын барометрдик басымдын тез түшүп кетүүсүнөн пайда болгон жана угуу (евстахийев) түтүкчөсүнүн вентиляциялык функциясынын бузулушу менен шартталган ортоңку кулактагы сезгенүү процесси. Кулактын

бүтөлүүсүн сезүү, кулактагы оору жана шуулдоо, угуунун начарлашы, кээде баш айлануу менен мүнөздөлөт. Отоскопияда кулак жаргакчасы тартылган, угуу балкачасынын сабын бойлото кан тамырларынын инъекциясы, чанда - кулак жаргакчасынын диффуздук гиперемиясы, кээде анын калың катмарына кан куюлуусу менен. Оору учурларда барабан көңдөйүндө илээшме-кан аралаш трансудаттын деңгээлин аныктоо мүмкүн.

Дарылоо угуу түтүкчөсүнүн вентиляциялык жана дренаждык функцияларын калыбына келтирүүгө жана ортоңку кулактагы сезгенүү процессин жок кылууга багытталышы керек. Адгезивдүү ортоңку отитти алдын алуу максатында Политцер боюнча кулак-ты үйлөп тазалоону жүргүзүшөт.

Өнөкөт сезгенме оорулар

Өнөкөт орто ириндүү отит (otitis media purulenta chronica) - кулак жаргакчасынын туруктуу перфорациясы, туруктуу, созулган же үзүлмө ириң чыгуусу, угуунун бузулушу менен шартталган ортоңку кулактагы сезгентүүчү процесс (сүрөт 10).

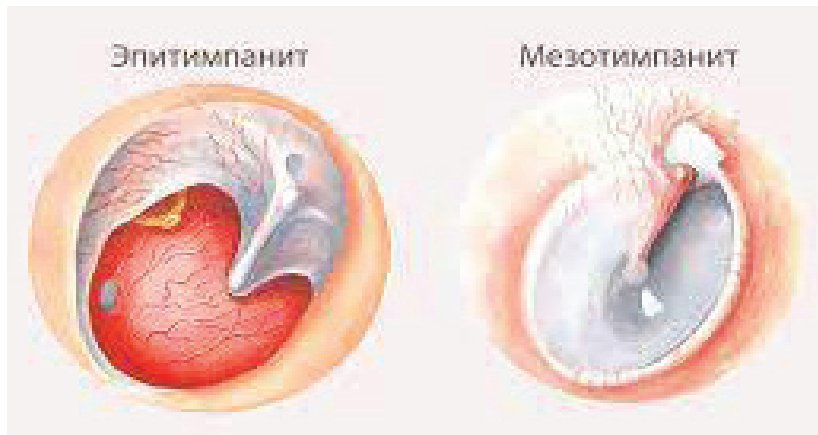
Бул оору ортоңку кулактагы курч ириндүү процесстин уландысы болуп саналат. Анын пайда болуусу сезгенүү очагындагы микрофлоранын вируленттүүлүгү, организмдин иммундук коргоочу реакцияларынын алсыздыгы, жалпы ооруларды рационалдык эмес дарылоо, аденоиддердин болушу, угуу түтүкчөсүнүн жетишсиз функциясы менен шартталган.

Оору жылдарга, он жылдарга созулушу мүмкүн жана дарылоо мезгилинде көп милдеттүү шарттарды сактоону талап кылат. Ортоңку кулактын өнөкөт сезгенүүсү көп учурда бала кезде орто отит менен ооруганына байланыштуу болот, өзгөчө скарлатина, кызылча, сасык тумоо. Козгогучу жана кулактагы туруктуу сезгенүүнү сактоочу фактору кокк флорасы болот, бирок протей, көк ириң таякчасы чакырган процесс өзгөчө туруктуулук менен өтөт.

Клиникалык түрдө өнөкөт ириндүү орто отиттин эки формасын бөлүшөт – мезотимпанит жана эптитимпанит.

Мезотимпанит кулактан узак убакыт ириң агуу, кээде ремиссиялар менен мүнөздөлөт. Ириң илээшкек, жабышчаак,

чоюлчаак, көп өлчөмдө, жыты жок. Эреже катары, мезотимпанит оорлошпойт (күчөбөйт). Борбордук типтеги перфорация pars tensa бир бөлүгүн ээлейт, ар кандай өлчөмгө ээ, бирок анын кыры кулак жаргакчанын кырына жетпейт, анын алкакчасы калат.



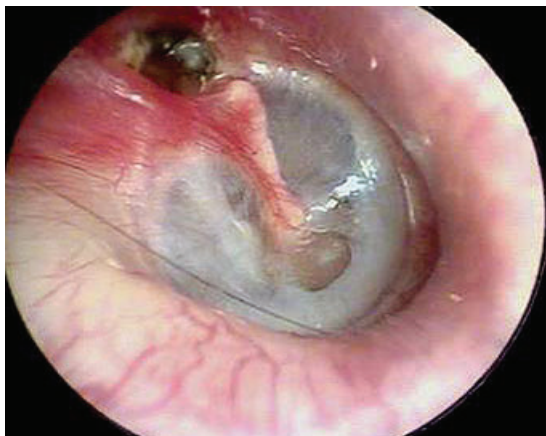
Сүрөт 10 – Өнөкөт орто ириңдүү отит

Үн чыгаруунун начарлашынын натыйжасында угуу төмөндөйт (жай добуштардын угулушунун начарлашы, начар уккан кулак тарапка үндүн латерализациясы, Ринненин терс тажрыйбасы, сөөк өткөргүчтүгүнүн ийреги нормада болушу мүмкүн, жеңил – 40-60 дБ түшөт).

Мезотимпанитке негизинен ортоңку кулактын бүт бөлүмдөрүнүн былжыр чели гана жабыркоосу мүнөздүү.

Эпитимпанит. Өнөкөт ириңдүү орто отиттин бул түрү үчүн ошондой эле кулактан узак убакыт ириң чыгуу мүнөздүү, бирок ириң башкача: коюу, кескин, сасык жыты менен сары-жашыл ириң, кээде кан аралаш. Кээ бир учурларда холестеатоманын элементтери аныкталат. Крайлык перфарация, бардык pars flaccida же бир бөлүгүн ээлейт, барабан үстүндөгү мейкиндиктин (аттика) сөөк капталдарынын дефекти болушу мүмкүн. Перфорациялык жылчык аркылуу ачык-кызыл өңдөгү грануляциялар, полиптер көрүнөт (сүрөт 11). Оорулуу чыккый аймагындагы баш оорусун, угуунун начарлашын көрсөтүшү мүмкүн.

Чыкый сөөктөрүнүн рентгенограммасында барабан үстүндөгү мейкиндик аймагынын деструкциясы табылат.



Сүрөт 11 – Өнөкөт орто ириндүү отит

Эпимезотимпанит. Бул үчүн биринчи эки топтун даттануулары жана белгилери мүнөздүү. Эпимезотимпанит кулак жаргакчасынын дефектинин жана барабан көңдөйүндөгү бузулуулардын жайылуусун көрсөтөт. Кулактан чыккан ириң аралаш мүнөзгө ээ, угуунун начарлашы олуттуу даражада. Рентгенограммада чыкый сөөктүн чоң бузулуулары аныкталат.

Дарылоо. Мезотимпанитте дарылоо негизинен консервативдүү, ириң чыгуунун токтошуна, мурун көңдөйүнүн, мурун айланасындагы боштуктун, кеңилжээрдин санациясына багытталган. Оперативдүү кийлигишүү аденотомия, мурун көңдөйүнүн, мурун айланасындагы боштуктун операциялары менен чектелет. Медикаментоздук дарылоо негизинен жергиликтүү: кулактан илээшкек секреттин эвакуациясы, толук сордуруу үчүн аны суюлтуу, антибиотиктерди, «тыгыздалган» шишиген былжыр челин куруштуруучу каражаттарды, кортикостероиддик дары-дармектерди, УФН, УЖЖ, фокусталган гелий-неон лазери менен нурлантууну колдонуу. Ириндүү мезотимпанити бар оорулууну дарылоо үчүн колдонулуучу дары-дармектердин спектри абдан кенен. Бор кычкылдыгынын спирт эритмесинен

башка колларгол, софрадекс, диоксидин, антибиотиктердин эритмеси жана порошогу, фомалиндин суюк эритмеси (0,25%), фурацилин эритмеси, күмүш нитратынын эритмеси колдонулат, ошондой эле озон дары-дармектерин (газ сымал озон жана хлорид натрийдин озондолгон изотоникалык эритмеси) ийгиликтүү колдонушат. Акыркылары өзгөчө антибактериялык дары-дармектерге полирезистенттик патогендик микрофлорасы себилген оорулууларга көрсөтүлгөн же алардын көтөрө албастыгы (аллергиялык реакциялар) байкалат. Көп учурда угуу түтүкчөсүнүн функциясын калыбына келтирүү зарыл болот. Ал үчүн Политцер боюнча кулакты үйлөп тазалоону, түтүктөрдүн катетеризациясын колдонушат.

Эпитимпанитте хирургиялык жана консервативдүү дарылоону колдонушат. Мезотимпанит менен ооруган оорулууларды дарылоодо колдонулган дары-дармектери менен катар угуу өткөөлүнөн жана барабан көңдөйүнөн грануляцияларды жана полиптерди алып салууну, былжыр челине химиялык каражаттарды коюуну жүгүзүшөт.

Агып чыгуу кыйынчылык туудурган барабан көңдөйүнүн жогорку кабатындагы иринди эвакуация кылуу үчүн барабан айланасындагы мейкиндикти жууп тазалоо ыкмасын колдонушат. Бул учурда куюлуп жаткан белгилүү бир басымдагы жууп тазалоочу суюктук (фурацилин, хлорид натрийдин изотониялык эритмеси, бор, салицил кычкылдыгынын спирт эритмеси) менен кошо коюу ириң, холестеатоманын катуу массасы тазаланат. Жууп тазалоо лабиринттин дүүлүгүүсүнөн качуу үчүн жылуу эритмелер менен көп ирет жасалат. Жууп тазалоочу суюктук ириң каражатын тазалоочу гана эмес, ошондой эле кулак ткандарына дарылоо таасирин көрсөтүүчү роль аткарат.

Полиптерди жергиликтүү ооруну басуу астында (тримекаин, дикаин эритмеси ж.б.) кичине илмек, атайын искек менен алышат.

Эпитимпанит менен ооругандардын көпчүлүк бөлүгүнө чыккыч сөөккө оперативдүү кийлигишүү талап кылынат. Операциялар үнөмдүү жана упчу сымал өсүндү көңдөйүн, барабан көңдөйүн жана тышкы угуу өткөөлүн бириктирүүчү, «радикалдуу», «жалпы көңдөйлүү» болушу мүмкүн. «Радикалдуу» же

үнөмдүү операциянын максаты - эптитимпаниттин катуу оорлошууларын алдын алуу (менингит, отогендик сепсис, мээнин жана каракуш мээнин абсцесси, лабиринтит, бет нервдеринин парези).

«Таза» эптитимпанит табылган оорулууларга операция кылууда ортоңку кулактын үн өткөрүүчү системасынын элементтерин сактоого, демек угууну сактоого аракет кылуу менен аттикоантромомияны жасашат.

«Радикалдуу» операцияда сөөк ткандын некрозунун бардык майда очагдарын микроскоп астында кылдат жок кылууга аракет кылышат жана эпидермалдык катмар менен бардык жараат бетин жабууга аракет кылуу максатында терини курчаган ткандардын эсебинен пайда болгон көңдөйгө пластика жасашат. Көңдөй капталдарынын толук эпидермизациясы гана ириң чыгуунун, деструктивдүү процесстин прогресстөөсүнүн токтошуна үмүт кылууга мүмкүндүк берет.

Операциядан кийинки мезгилде витаминотерапияны, антибиотиктерди, ферменттерди, физиотерапевтикалык ыкмалар – УФН, УЖЖ, гелий-неон лазеротерапияны жергиликтүү колдонуу талап кылынат.

Эпимезотимпанит учурунда кулактын бузулуу даражасына, сезгенүү процессинин активдүүлүгүнө, ириндин мүнөзүнө жараша дарылоонун комбинацияланган ыкмасын (барабан айланасындагы мейкиндикти жууп тазалоо, грануляцияларды жок кылуу, ылайыктуу дары-дармектер менен былжыр челин күйгүзүү, бууга кактоо) колдонушат, ошондой эле радикалдуу операция кылышат.

Ошентип, чыккый сөөктөгү санациялоочу радикалдуу операциянын көрсөткүчтөрү катары туруктуу ириң чыгуу жана сөөк капталдарынын деструкциясы (грануляциялардын, полиптердин жана рентгенологиялык изилдөөлөрдүн маалыматтары көрсөткөн) менен эптитимпанитти жана анын оорлошууларын эсептөө керек. Эпимезотимпанитте көрсөткүчтөр хирургиялык дарылоого окшош.

Ийгиликтүү өткөн санациялоочу операция жана кулактан ириң чыгышынын токтошунан кийин угууну жакшыртуу боюнча операция көрсөтүлүшү мүмкүн – тимпаноластика. Бул операция

ортоңку кулактын өнөкөт сезгенүүсүнүн бардык үч түрүндө колдонулат.

Үн өткөрүүчү аппараттын түзүлүшүнүн бузулуу даражасына жараша тимпанопластиканын ар кандай түрлөрүн колдонууга туура келет. Колдонулуучу оперативдүү кийлигишүүлөрдүн классификациясынын негизинде XIX кылымдын 50-жылдары Х. Вульштейн койгон принциптер жатат. Ушул принциптерге ылайык тимпанопластиканын 5 түрүн ажыратышат.

1. Кулак жаргакчасы бузулган, угуу сөөкчөлөрүнүн чынжырчасы сакталган, угуу түтүкчөсү өткөрө ала турган, кондуктивдүү типтеги гана начар угуу, ириңи жок болсо, анда ар түрдүү ткандардан (булчуң фасциясы, кемирчек чели, сөөк чели, консерваланган ткандар, мисалы бекем мээ чел кабыгы) жасалма кулак жаргакчасын кайра жасашат. Ал кулак үлүлүнүн (улитка) жылчыгына катыштуу экрандын ролун аткарат жана угуу сөөкчөлөрүнүн чынжырчасына угуу толкундун басымын концентрациялайт.
2. Кулак жаргакчасы жана балкача бузулган, кулакка ириң жок, угуу түтүкчөсү өткөрө ала турган жана кондуктивдүү типте гана начар угуу болсо, анда кесиндини кыймылдуу үзөңгү менен байланыштуу сакталып калган дөшүчөгө төшөшөт. Барабан айланасындагы мейкиндиктин, упчу сымал өсүндүнүн сөөк көңдөйүн санациялайт.
3. Кулак жаргакчасы, балкача, дөшүчө бузулган жана упчу сымал өсүндүнүн сөөк түзүлүштөрүнүн деструктивдүү процесси байкалган болсо, анда кесиндини санациялоочу көңдөйгө кыймылдуу үзөңгүнүн башына тийип тургандай жана ошол эле учурда лабиринт жылчыгына угуу басымынын айырмасын жаратуу менен кулак үлүлүнүн (улитка) жылчыгын жапкандай кылып төшөшөт.
4. Бардык үн өткөрүүчү системалардын бузулушунда жана үзөңгүнүн кыймылдуу негизинин гана саталышында кесинди менен кулак үлүлүнүн (улитка) жылчыгынын нишасын жабышат. Кесинди нишаны жабат жана ошону менен лабиринт жылчыгына угуу басымынын айырмасы камсыз кылынат.

5. Нишада тимпанопластиканын орун алуусунун биринчи этаптарында үзөңгүнүн түптөлүшү менен фиксацияланган босого жылчыгы бар үн өткөрүүчү системанын тоталдык бузулушунда горизонталдык жарым тегерек каналдын ампуласына жакын жаңы «овалдуу жылчыкты» жасашкан, ал эми тегерек жылчык операциянын төртүнчү түрүндөгүдөй эле, тимпаналдык кесинди менен жабылган.

Тимпанопластиканын өтө жайылган түрү болуп үчүнчү саналат. Операциянын төртүнчү жана бешинчи түрү угууну жакшыртуу көз карашынан угуу сөөкчөлөрү сакталган операциянын түрүнө караганда аз эффективдүү.

Тимпанопластиканын бардык түрлөрүндөгү милдеттүү шарттар - угуу түтүкчөсүнүн (анын жасалма калыбына келүүсү дагы) функцияларын сактоо, ошондой эле ички кулактын рецептордук бөлүмүнүн сакталышы.

Холестеатома. Холестеринге сиңген эпидермистин тыгыз массасынан турган шишик сымал пайда болуу. Холестеатома жай, жылдар бою өсөт, буурчактын, токой жаңгагынын көлөмүнө чейин жетет. Чоңоюшуна жараша ортоңку кулактын жана ортоңку кулактагы ириң очагынан курчаган аймакка инфекциялардын киришин чакырат, ички кулактын сөөк түзүлүштөрүн толугу менен бузат. Холестеатома боз-ак өңгө ээ, чел кабык менен курчалган (капсула менен). Ириңдеп кетүүдө холестеатома жагымсыз сасык жыт чыгарат. Тышкы угуу өткөөлүнө ал перфоративдүү жылчык аркылуу кире алат, бул учурда анын күкүм сымал массасы же ак өңдүү какачтары көрүнөт.

Холестеатома биринчи жолу Кривелье тарабынан баяндалган, ал аны «бермет шишик» деп атаган, холестеатоманын борбордон периферияга катмар-катмар болуп өсүшүнүн өзгөчөлүктөрүн белгилеген. Вирхов холестеатоманы майда-чүйдөсүнө чейин баяндаган жана «биринчи» жана «экинчи» холестеатоманы белгилеген. Экинчиси эреже катары өнөкөт сезгенүүнүн фонунда пайда болот, ал эми биринчи мээ тканында кездешет. Ортоңку кулактын холестеатомасынын пайда болушунун жана өөрчүшүнүн көп теориялары бар. Алардын бирөөсү анын

эпитимпанитте четки перфорация аркылуу эпидермистин өсүп кетишин, эпителийдин зордук менен бөлүп кетишин, ириңге сиңишин, тайбас өсүшүн түшүндүрөт. Башка теориясы эпидермистеги эпителийдин метаплазия жана анын зордук менен бөлүп кетиши холестеатоманын өөрчүшүнө алып келишине келип такалат. Үчүнчү теория – «адашкан» клеткалардын теориясын божомолдойт, эмбрионалдык мезгилинде болгон эпидермалдык аймактар орто кулак көңдөйүндө холестеатоманы пайда кылышат. Рентгенограммда сөөк ткандарында холестеатома менен пайда болгон дефект табылат.

Дарылоо. Холестеатоманын болушу чыккый сөөктүн санациялоочу операциясына абсолюттук көрсөткүч болуп саналат. Бардык холестеатоманы анын чел кабыгы менен кошо толук, кылдат алып салуу гана анын рецидивин алдын алат.

Сезгенме оорулардын оорлошуулары

Курч (мастоидит) сыяктуу ортоңку кулактын сөөк элементтеринин (эпитимпанит) деструкциясы менен коштолгон ортоңку кулактын өнөкөт ириңдүү сезгенме процессинин натыйжасында жакын жайгашкан аймактар тарабынан татаал оорлошуулар болушу мүмкүн. Аларга ички кулактын, бет нервинин, ортоңку жана арткы баш сөөк чуңкурчасынын ичинин жабыркашы кирет.

Лабиринтит (labyrinthitis) – жаргактуу лабиринттин түзүлүшүн жабыркатуучу сезгенме процесс. Өтүү мүнөзү боюнча курч, өнөкөт лабиринтит деп бөлүшөт; сероздук, ириңдүү, чектелген жана ташкындуу лабиринтит деп айырмалашат.

Инфекция ички кулак көңдөйүнө көп учурда остиемиелитикалык процесс менен (холестеатома, кариес) лабиринттин сөөк капсуласынын бузулушунун натыйжасында кирет. Пайда болгон лабиринтиттин коркунучу кулак үлүлүнүн, босого жылчыктын, жарым тегерек каналдын рецептордук аппаратынын өлүү мүмкүнчүлүгү жана ошондой эле ички угуу өткөөлү, босого жылчыктын суу түтүгү аркылуу арткы баш сөөк чуңкурчасына инфекциянын жайылышы менен шартталган.

Оорулуулар көңүл айнуу, кускусу келүү, басыштын бузулушу, туруксуздук менен коштолгон чукул баш айланууга даттанышат. Баш оору типтүү эмес. Баш айлануу узакка созулган жана туруктуу, ошондой эле башты чукул кайрууда, ириң чыгууда кулакты ушаалоодо пайда болушу мүмкүн.

Сероздук лабиринтит кээде лабиринттин жылчыгы аркылуу ортоңку кулактан токсиндердин киришинин натыйжасында курч орто отиттин фонунда пайда болот. Негизги оорунун белгилеринен (орто отит, грипп) башка мүнөздүү болуп, күтпөгөн нистагма пайда болушу мүмкүн – алгач дүүлүккөн кулак тарапка, кийин лабиринттин, нистагманын өлүшүнүн натыйжасында соо тарапка багытталышы мүмкүн. Сероздук лабиринтитте рационалдуу жана өз убагында дарылоо фонунда лабиринттин функциясы калыбына келет. Ириңдүү лабиринтиттин натыйжасы толук дүлөйлүккө жана жабыркаган тарабында вестибулярдык функциянын түшүп калышына алып келиши мүмкүн. Чектелген лабиринтитте фистулдук симптом табылат.

Дарылоо. Шашылыш оорукана жаткыруу көрсөтүлгөн. Курч орто отит фонунда пайда болгон курч сероздук лабиринтитте парцентез кылышыт, ототоксиндүү антибиотиктерди колдонууну алып таштаган активдүү антибиотикотерапияны, кортикостероиддерди, витаминотерапияны дайындашат. Баш айланууну жок кылуу максатында вена ичине жай 2 мл 0,5 % седуксен эритмесин киргизишет; булчуң этке 1 мл 2,5 % пипольфендин эритмесин жана тери астына 1 мл 0,1 % сульфат атропин эритмесин же 1 мл 0,2 % платифилин эритмесин сайышат. Курч ириңдүү, ошондой эле өнөкөт чектелген лабиринтитте ортоңку кулакка шашылыш операция, ортоңку кулактын бардык бөлүгүнө санация кылышат. Фистуланын табылышында (көп учурда горизонталдуу жарым тегерек түтүктүн чыгып турган жеринин аймагында) хирургиялык ыкмаларды колдонушат – фистуланы былжыр чел лоскуту менен, венанын же периостун капталдарын пластикалык жол менен жабат. Операциядан кийинки мезгилде активдүү антибиотикотерапияны, дезинтоксикациялык терапияны (гемодез, реополиглюкин) жүргүзүшөт. Ириңдүү лабиринтиттин оор учур-

ларында, угуу функциясы бузулганда, ал эми вестибулярдык аппарат анын дүүлүгүүсүнүн өзгөчө ыкмаларына (эфирге чыланган вата тампонун барабан көңдөйүнүн медиалдык капталынын аймагына коюшат) реакция кылбаганда лабиринтотомияга, башкача айтканда лабиринттин бардык көңдөйүн ачышат.

Отогендик орчуп кетиши

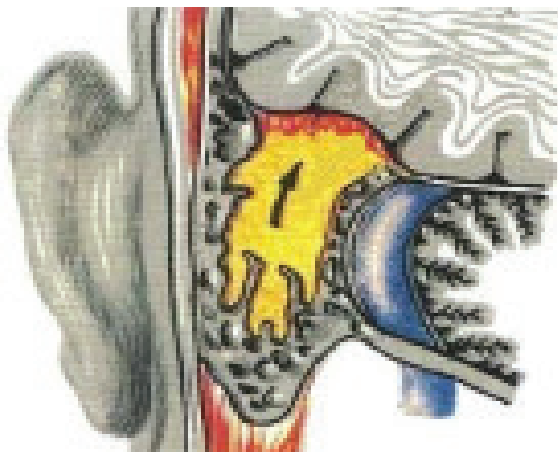
Отогендик парез, бет нервинин параличи. Кариоздук процесс же холестеотома менен бет түтүгүнүн сөөк капталдарынын бузулушунун натыйжасында бет нервинин кысылышы, барабан көңдөйүнөн нервдин өтүүсүнүн ар кандай деңгээлдеринде анын чел кабыгынын сезгенүүсү жүрөт. Бет түтүгүнүн жабыркоо деңгээлин тактоого мүмкүндүк берген маанилүү дарт аныктоочу кырдаалы болуп, Бингдин схемасы саналат. Курч орто отитте парез бет түтүгүнүн капталдарынын бузулушу жок эле пайда болушу мүмкүн.

Бет нервинин борбордук параличи бет нервинин стволунун жабыркоосу менен шартталган перифериялыктан бул параличте жабыркаган тараптагы кашты көтөрүү жана тегиз мурун-эрин бырыштары бар тарапка чекени тырыштыруу мүмкүнчүлүгүнүн сакталганы менен айырмаланат. Бул чеке булчунун камсыздалган бет нервинин үстүнкү бутагы борбордон импульсту өз гана эмес, карама-каршы тарабынан дагы алганы менен шартталган, ошондуктан мындай кайчылашуунун натыйжасында кайсы бир тараптын борборундагы бузулууларда үстүнкү бутак иштөөчү болуп калат.

Дарылоо. Эгер парез ортоңку кулактын ириндүү сезгенүү фонунда процесстин курчуган мезгилинде пайда болсо, бет түтүгүнүн ревизиясы менен ортоңку кулакка шашылыш санациялоочу операция керек. Бир катар учурларда жылаңач бет нервине басымдын ликвидациясы анын функциясын калыбына келтирет. Бет түтүгүнүн капталдарынын бузулушунда нервдин декомпрессия ыкмасын колдонушат, нервдин толук тыныгуусуна пластикалык ыкмаларды – бир башын дисталдык жана проксималдык фрагменттердин башына нервдин багытын өзгөртүү менен туташтырышат же жетпеген аймакка тери астындагы нерв, миса-

лы икронождуу имплантатты трансплантация кылышат. Операциядан кийинки мезгилде ткандардын шишигин кичирейтүүчү, айыгуу процессин стимулдаштыруучу антибиотиктерди, дары-дармектерди, ошондой эле оң таасир этүүчү физиотерапиялык процедураларды, булчуңдарды укалоону дайындашат. Нервдин декомпрессиясы менен гана чектелүүгө болгон учурда дээрлик 100% учурда ийгиликке жетүүгө болот, ал эми имплантация сейрек учурда мимикалык мускулатуралардын жыйрылууларынын калыбына келтирет.

Менингит. Отогендик менингит – курч жана өнөкөт отитте ортоңку кулак көндөйүнөн ириндөө процессинин жайылышынын натыйжасында мээ чел кабыгынын сезгенүүсү (сүрөт 12). Көп учурда инфекция барабан көндөйүнүн башынан кариоздук процесс же холестеатома менен бузулушунун натыйжасында контакттык жол менен жайылат. Бала куракта (2 жашка чейин) менингизм болушу мүмкүн, башкача айтканда сезгенүү эмес, мээ чел кабыгынын дүүлүгүүсү, ал ортоңку кулак менен баш сөөк көндөйүнүн ортосундагы кан тамырдык байланыштар менен түшүндүрүлөт.



Сүрөт 12 – Отогендик менингит

Менингит баш сөөк ичиндеги оорлошуулардын 20%ын түзөт. Ириндүү жана сероздук менингит деп айырмалашат. Клиникалык

классификациясына ылайык өтө тез менингит (2–3-күнү же курч орто отиттин пайда болушунун биринчи сааттарында симптомдор пайда болот), курч (кандайдыр бир продромалдуу белгилерсиз өнөкөт орто отиттин курчуу фонунда) жана өнөкөт лактенттик өтүүчү процесс (курч формасынын уланышы, антибиотиктерди рационалдуу эмес колдонуудан өөрчүйт) деп бөлүнөт.

Отогендик менингиттин козгогучу болуп, көп учурда стрептококктор, пневмококктор жана стафилококктор болот, бирок бир эле убакта ичеги таякчасы, дипло- жана пневмакокктор кирет. Отогендик менингит биринчи (инфекциянын тимпаногендик, гематогендик, лабиринтогендик жол менен жайылуусунда) жана экинчи (синус-тромбоз, субдуралдык абсцесс, мээнин абсцесси) болуп бөлүнөт.

Эгер типтүү өтүп жаткан курч отит фонунда тез күтүлбөгөн жерден дене температурасы көтөрүлсө, жүйөөсүз катуу баш оорусу кошулса же жүргүзүлгөн парацентезден, антибиотиктердин дайындалышынан кийин баш оору, жогорку температура сакталса жана менингитке таандык айрым белгилер пайда болсо, анда анын өөрчүшүн божомолдоого болот.

Оорулуулар баш ооруга, көңүл айнууга, кусууга, дененин жогорку температурасына (40°C чейин) даттанышат. Аң-сезим караңгы, жөөлүү, жалпы гиперестезия, желке булчуңдарынын ригиддүүлүгү байкалат. Кернигдин – Брудзинскийдин, Гилендин, Гордондун, Оппенгеймдин белгилери аныкталат. Жүлүн пункциясында жүлүн түтүгүндө жогорку басым байкалат. Цереброспиналдык суюктук киргил, микроорганизмдердин бар болушу, жогорку цитоз менен, клеткалык жана биохимиялык курамдардын өзгөрүүлөрү менен мүнөздөлөт.

Дарылоо. Ортоңку кулакка шашылыш санациялоочу кеңитилген операция, ортоңку баш сөөк чуңкурчасынын аймагында жылаңач бекем мээ чел кабыгына өзгөрүлбөгөн аймактарга чейин «радикалдуу» операция керек. Дезинтоксикация боюнча интенсивдүү иш-чаралар талап кылынат: гемодез, реополиглюкин, витаминдер, дегидрациялоочу дары-дармектер (маннитол), кеңири спектрде таасир этүүчү антибиотиктердин массивдүү дозалары – пенициллин, левомицетин, тетрациклин,

кефзол, цепорин жана башка, кайталанган текшерүүчү люмбалдык пункциялар (менингиттин оор формаларында – 30 000 ЕД бензилпеницилинди 1–1,5 мл натрий хлориддин изотониялык эритмесин эндолюмбалдык куюу, бир нече күн интервалы менен 2-3 жолудан ашык эмес).

Хирургиялык дарылоодо жана массивдүү антибиотикотерапияда айыгуу 70-80% учурда байкалат.

Отогендик сепсис, синус-тромбоз. Отогендик сепсис ортоңку кулактын курч процесстеринде, өнөкөт сезгенүүнүн курчуп кетишинде, холестеатомада пайда болот.

Сепсис – микроорганизмдерди же тиричилик азыктарын кандын веноздук агымына туруктуу же мезгил-мезгили менен куюусуна жооп иретинде организмдин спецификалык реакциясы. Сепсистин спецификалык козгогучу жок, ал эми микроорганизмдердин же токсиндердин кан агымында болушуна болгон организмдин жалпы реакциясына байланыштуу, сепсистин өөрчүшүндө чоң рол аллергиялык факторго берилет. Организмдин реактивдүүлүгүнүн мүнөзүнө жараша ар кандай клиникалык көрүнүштөрдө көрүнгөн гиперрегиялык, нормергиялык жана анергиялык реакциялар болушу мүмкүн.

Септицемия жана септикопиемия деп бөлүшөт. Биринчи учурда кайсы бир айрым органдарда метастаздар байкалбайт, экинчиде паренхиматоздук органдарга, тери астындагы клетчаткага метастаздоо типтүү.

Инфекциянын жайылуу жолу эң алгач сөөк капталдарынын бузулушу (жайылуунун контакттык жолу) менен байланыштуу. Вена аркылуу сигма сымал синуска инфекциянын жайылышынын гематогендик жолу бар (отогендик синус-тромбоздун жана сепсистин пайда болушунун кернеров формасы).

Орулуулар катуу чыйрыгууга, куюлган терге даттанышат.

Клиникалык көрүнүш. Отогендик сепсистин симптоматикасы жалпы жана жергиликтүү көрүнүштөрдөн куралат. *Жалпы симптомдорго* сутка ичиндеги термелүүлөр менен 3-5°C чегиндеги жогорку температура кирет. Эң жогорку температуранын фазасы чыйрагуу менен коштолот. Чыйрагуунун созулушу 15–45 мин. Тери кубарган, кээде «куш териси» болот. Петехия, ошондой

эле эритроциттердин бүлүнүшүнүн, көк боордун чоңоюшунун натыйжасында теринин үстүңкү катмарынын сары болушу байкалат. Перифериялык канда гемоглобиндин төмөндөшү, $20 \cdot 10^9/\text{л}$ чегиндеги лейкоцитоз белгиленет. Температура төмөндөгөн мезгилде оорулуулар кескин алсыздыкты сезишет, алардын артериялык басымы төмөндөйт, пульс тездейт, жайлайт. Бул көрүнүштөр кусуу, ич өтүү менен коштолот. Тор кабыкка (тордомо челге) кан куюлушу мүмкүн. Негизги симптомдору болуп, тилдин, ошондой эле учу сымал өсүндү ткандарынын жарааттарынын (эгер аны ачуу хирургиялык жол менен жүргүзүлсө) кургоосу саналат.

Өпкөдө абсцесстер (очагдан сигма сымал синуска ириңдүү эмболдордун жайылышынын натыйжасында), ошондой эле плеврит (абсцесттин плевра көңдөйүнө бошошунда) өөрчүшү мүмкүн.

Синус тромбозу бир катар баскычтар аркылуу өтөт: I – перифлебит, II – сигма сымал синустун капталдарынын сезгенүүсү, III – эндофлебит. I баскычта сезгенүү процесси кариоздук процесс менен жылаңачтанган сигма сымал синустун тышында өөрчүйт. Бул баскыч жаңы башталган септикалык сезгенүүнүн клиникалык көрүнүшүн дайыма эле бере бербейт.

II баскыч чыйрыгуу, дене температурасынын жогорулашы, кийин $3-5^{\circ}\text{C}$ чегинде жана бир нече саат мезгилдүүлүктө типтүү гектикалык мүнөздөгү температуралык ийректин түзүлүшү менен мүнөздөлөт. III баскычта (эндофлебит) эндотелиялык катмардын бузулушу, алгач капталдык, андан кийин жабуучу тромбдун пайда болушу байкалат. Ириңдеген тромбдон кандын веноздук агымына микроорганизмдер жана токсиндер кирет, ал сепсистин, синустромбоздун көптөгөн белгилеринин пайда болуу мүмкүнчүлүгү менен шартталат.

Тромб узундугу боюнча, баштан тароочу венага түшүү, туурасынан кеткен синуска жана андан ары багыт алуу менен чоңоюшу мүмкүн.

Көз уясын кароодо жабыркаган тарапта көрүү нервинин кыймылсыз диски табылат. Башты ийкөө булчуңунун алдыңкы кырынан баштан тароочу венадагы тромбду кармалап байкоого да болот.

Отогендик сепсистин *жергиликтүү симптомдоруна* Гризингердин симптому кирет, ички баштан тароочу вена жолундагы оорутуучу тромб – венанын ушул аймагынын флебити, жылаңач сигма сымал синустун өңүнүн өзгөрүшү (жашыл-сары); синус пункциясында шприцте кандын жоктугу.

Дарылоо. Синустун капталдарын тазалоочу, тромбдун табылышында синус пункциясынын жардамы менен тромбдун чегин аныктоочу, ириндеген тромбду алып салуучу шашылыш кеңитилген санациялоочу операция кылуу керек.

Операциядан кийинки мезгилде кулак арты аймагындагы жабыла элек жараатка кылдат кароо жүзөгө ашырылат, антибиотиктердин массивдүү дозасын жергиликтүү жана парентералдык дайындашат, дезинтоксикациялык терапия жүргүзүшөт, антикоагулянттарды куюшат (гепарин, дикумарин ж. б.).

Баш мээнин жана каракуш мээнин абсцесси. Ортоңку жана ички кулактын сезгенген процесстеринин баш сөөк ичиндеги күчөп кетүүсү. Ортоңку кулактын ириң очагынан инфекция мээ затына көп учурда барабан көңдөйүнүн үстүнкү сөөк капталдарынын бузулушунда кирет. Инфекциянын гематогендик жайылуусу дагы мүмкүн.

Ортоңку кулакты арткы жана ортоңку баш сөөк чуңкурчасынан бөлүүчү сөөк ткандарынын бузулушунун натыйжасында, ошондой эле преформиндик жол аркылуу кан агымы менен инфекция баш мээнин чыккый бөлүгүнө жана каракуш мээге жайылат. Баш мээнин чыккый бөлүгүнүн жабыркашында көп учурда ортоңку чыккый буткулдары жабыркайт, ошондой эле деструктивдүү процесске бардык чыккый бөлүгү катышуусу мүмкүн. Каракуш мээнин жабыркашы алдыңкы кырында болот.

Абсцесс акырындык менен түзүлөт. Алгач энцефалит зонасы өөрчүйт, андан кийин ткан некрозунун натыйжасында каңырсыган ириңге толгон көңдөй пайда болот. Кээде баш мээнин отогендик абсцесси мээ затынын энцефалит зонасынан абсцесс көңдөйүн бөлүп туруучу капсулага ээ. Мээ абсцессинин симптоматикасы анын локализациясынан, чондугунан көз каранды.

Баш мээ абсцессинин туруктуу симптому болуп, кош көңүлдүктү, табиттин түшүшүн, диспепсиялык көрүнүштөрдү,

баш оорусун, уйкучулдукту мүнөздөгөн жалпы абалдын бузулушу саналат. Өнөкөт орто отиттин күчөп кетишине байланыштуу антибиотиктерди өтө көп жана кеңири колдонушат, жогоруда айтылган симптомдордун пайда болушу мээ абсцессине шек саноого аргасыз кылат. Ушундай симптомдору бар бардык оорулууларды тезинен ЛОР-бөлүмүнө жаткыруу керек. Антибиотиктер абсцесстин түзүлүшүнүн эң алгачкы баскычтарында жана анын бошогон учурларында гана эффективдүү боло алат. Инкапсулярдык абсцессте антибиотиктерди массивдүү колдонуу кээде гана перифокалдык сезгенүүнү «мокотот», анда симптоматиканын билинбей калуусу мүмкүн, бирок терапевтикалык жол менен гана айыктыруу мүмкүн эмес. Орулуу каза болот.

Мээ абсцессинде дененин температурасы субфебрилдүү же нормалдуу да болушу мүмкүн. Абсцесстин жаман ою канда мээ тканынын сезгенүүсүнө мүнөздүү белгилердин жок болушунда дагы көрсөтүлгөн. Перифериялык кандын картинасы ортоңку кулактагы сезгенүү процессинин күчөп кетиши (болжолу $10 \cdot 10^9/\text{л}$ лейкоцитоз) тууралуу гана айтып турат.

Оорунун жалпы мээлик симптомдору болуп, баш оорусу (чыккый бөлүгүнүн абсцессинде – жабыркаган тарапта; чыккый жана чеке аймагы; каракуш мээнин абсцессинде – желке аймагы), кескин баш оорунун фонунда кайталанган жана жеңилдөөгө алып келбеген кусуу, 1 мин 42ден 50гө чейинки брадикардия саналат. Көз уясын изилдөөдө жабыркаган тарапта көрүү нервинин кыймылсыз диски аныкталат. Мээ чел кабыгынын дүүлүгүшүнүн табылган белгилери баш сөөк ичиндеги басымдын жогорулашы менен шартталат (Кернигдин симптомдору, желке булчундарынын ригиддүүлүгү). Жүлүн пункциясында жүлүн каналындагы цереброспиналдык суюктуктун басымынын жогорулашы аныкталат (230–250 мм чейин). Цитоз бир катар учурларда нормалдуу, суюктугу тунук, абсцесстин оорлошуп кетпеген учурларында – стерилдүү болот; орточо көрүнүктүү плеоцитоз жана белоктун камтылышынын бир аз көбөйүшү табылат. Оорлошуп кетүүлөрдө цереброспиналдык суюктуктун мүнөзү кескин өзгөрүшү мүмкүн: ал киргил болуп калат, микробдук

денелер аныкталат, белоктун камтылышы көбөйөт. Баш мээнин сол чыкый бөлүгүндөгү абсцесстин («оң колдууларда») мүнөздүү симптому болуп, сенсордук жана амнестикалык афазиянын пайда болушу саналат.

Каракуш мээнин абсцесси координациянын, басыштын бузулушунун белгилери, нистагма менен көрүнөт.

Баш мээнин жана каракуш мээнин абсцессинин диагностикасында ар түрдүү тегиздиктеги абсцесстин жайгашуусун жана көлөмүн көрсөткөн КТ чечүүчү мааниге ээ. Эхоэнцефалография, реоэнцефалография жогорку даражадагы тактык менен көлөмдүү процесстерди таба алат.

Дарылоо - хирургиялык. Чыкый сөөгүнө санациялоочу операция, барабан көндөйүнүн башынын сигма сымал синусунун алды жана арты аркылуу баш сөөк чуңкурчасын ачууну жасашат. Пунктирдик ыкма менен абсцессти издөө, аны бошотуу, көндөйдү ачуу жана абсцесс көндөйүн узак жууп тазалоо (натрий хлориддин 0,9% эритмеси менен) жана антибиотиктин эритмесин (1мл 1000 ЕД эрime концентрациясындагы бензилпенициллин натрий тузу) куюу менен туруктуу дренирлөө. Жалпы интенсивдүү антибиотикотерапияны, витаминотерапияны, дезинтоксикациялык терапияны жүргүзүшөт. Баш сөөк ичиндеги оорлошуулардагы интенсивдүү терапия баш мээнин, каракуш мээнин оор патологиясы чакырган бузулууларды жок кыла алат. Гемодинамиканы, кычкыл-негизги тең салмакты, электролиттик баланстын нормализациясы боюнча иш-чаралар керек.

Мээнин, каракуш мээнин абсцессиндеги прогноз абдан олуттуу болот, өлүм 23,5–50 %га жетет.

ТЕКШЕРУУЧУ СУРООЛОР

1. Кулак калкандын перихондрити
2. Кулактын экземасы
3. Тышкы угуу каналынын түйүлдүгүнүн жарасы
4. Диффуздуу тышкы кулак оорусу
5. Тарсылдак көңдөйүнүн инфекция жолдору
6. Ортонку кулактын курч ирин оорусунун өнүгүү этаптары
7. Ортонку кулактын курч ирин оорусунун дарылоо принциптери
8. Парацинтез; көрсөткүч жолдору
9. Мастоидит, анын негизги белгилери
10. Антромастодотомияга корсоткучтор
11. Өнөкөт ириндүү ортонку кулак оорусу. Аныктамасы, классификациясы
12. Өнөкөт ириндүү ортонку кулак оорусунун. Ар кандай формадагы дифференциалдуу диагноздоо
13. Өнөкөт ириндүү ортонку кулак оорусунун дарылоо принциби
14. Лабиринтиттер
15. Мээ көңдөйүнө инфекциянын киришинин негизги жолдору
16. Классификация интракраниалдык отогендик орчуп кетиши
17. Диагностика интракраниалдык отогендик орчуп кетиши
18. Интракраниалдык отогендик орчуп кетишинин дарылоосунун принциби жана профилактикасы

ТЕСТ ТАПШЫРМАЛАРЫ

I. Мастоидитке кандай тышкы белгилер мүнөздүү?

- 1) кулакчанын чыгышы, кулактын артындагы бүктөмдөрдүн текшилиги, мастоиддик процесстин үстүнө жумшак ткандардын инфильтрациясы жана пастоздугу, аны басканда оору, субпериосталдык ириндин болушу;
- 2) аурикула өзгөргөн жок;
- 3) аурикула кескин гиперемияланган;
- 4) кулак бүктөмдөрүнүн артындагы жылмакайлык жок;
- 5) эркин четиндеги аймакта дүлөйчө кескин гиперемияланган, шишик, термелүү аймактар аныкталган.

II. Холестеатома деген эмне?

- 1) полип;
- 2) эпидермис массаларынын концентрацияланган катмарлуу катмарларынын жана алардын ажыроо продуктуларынын, негизинен холестериндин топтолушу;
- 3) микроорганизмдердин ажыроо продуктулары;
- 4) грануляция;
- 5) полип, грануляция.

III. Холестеатома кандай шартта өнүгөт?

- 1) эпидермис сырткы угуу каналынан четки перфорация аркылуу кулак челинин мейкиндигине өскөндө;
- 2) тимпаникалык көңдөйдө полиптер болгондо;
- 3) тимпаникалык мембрананын борбордук тешүүсү болгондо;
- 4) тимпаникалык мембрананын бир нече тешилүүсү болгондо;
- 5) тимпаникалык кабыкта грануляция болгондо.

IV. Холестеатоманын коркунучу кандай?

- 1) грануляциялардын өсүшүнө өбөлгө түзөт;
- 2) сөөк дубалдарын жок кылуу, холестеатома бет нервинин шал оорусуна алып келиши мүмкүн, инфекциянын ички кулакка жана мээ көңдөйүнө киришине көмөктөшөт;

- 3) угууну начарлатат;
- 4) грануляциялардын өсүшүнө өбөлгө түзөт;
- 5) ирин агууну күчөтөт.

V. Кандай белгилер курч ириндүү отиттин биринчи мезгилине мүнөздүү?

- 1) кулактагы чуу;
- 2) кулактын оорушу, угуунун начарлашы, ысытма, жалпы баш аламандык;
- 3) дене температурасынын жогорулашы;
- 4) жалпы абалдын бузулушу;
- 5) кулактын тыгыны, аутофония.

VI. Курч ириндүү отиттин экинчи мезгилине мүнөздүү болгон отоскопиялык сүрөттү тандаңыз?

- 1) тимпаникалык мембрананын калыңдашы, гиперемиясы;
- 2) тимпаникалык мембрананын тешилиши, разряд жана пульсирлөө рефлекси;
- 3) кулак челинин контурунун тегиздиги;
- 4) тимпаникалык кабыкчанын чыгышы;
- 5) тимпаникалык мембрананын тамырларынын инъекциясы.

VII. Курч ириндүү отиттин үчүнчү стадиясына мүнөздүү белгилер кайсылар?

- 1) дене температурасынын жогорулашы;
- 2) кулактын оорушу, ысытма, угуунун начарлашы, начар жашоо;
- 3) кулакка оорунун жоктугу, дене температурасынын нормалдашуусу, агып чыгуунун азайышына жана калыңдашына чейин, угуунун акырындык менен жакшырышына, жыргалчылыгынын жакшырышына жана иштөө жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келтирилишине;
- 4) кулактын тыгынын пайда болушу;
- 5) угуунун начарлашы.

VIII. Курч ириндүү отитке кандай дарылоо ыкмалары колдонулат?

- 1) жылытуучу компресс;
- 2) физиотерапия;
- 3) жалпы жана жергиликтүү;
- 4) жергиликтүү;
- 5) жалпы.

IX. Парацинтес тимпаникалык мембрананын кайсы квадрантында жүргүзүлөт?

- 1) алдыңкы-үстүндө;
- 2) арткы бетинде;
- 3) эркин бөлүгүндө;
- 4) алдыңкы-төмөнкү;
- 5) арткы түбүндө.

X. Интракраниалдык (баш сооктун ичиндеги татаалдануу) отогендик ооруларды дарылоонун төмөнкү ыкмаларынын кайсынысы негизги болуп саналат?

- 1) антикоагулянттарды колдонуу;
- 2) бактерияга каршы терапия;
- 3) патогенетикалык терапия;
- 4) симптоматикалык терапия;
- 5) хирургиялык кийлигишүү + антибиотик терапиясы.

XI. Төмөндөгү оорулардын кайсынысында чектелген лабиринтит пайда болот?

- 1) өнөкөт ириндүү отит медиасы менен;
- 2) Меньер оорусу;
- 3) фотосклероз;
- 4) кохлеоневрит;
- 5) кулак каналынын фурункулу.

XII. Менингогендик лабиринтит төмөнкү оорулардын кайсынысында пайда болот?

- 1) евстахиит;
- 2) Меньер оорусу;
- 3) эпидемиялык церебралдык менингит;
- 4) фотосклероз;
- 5) кохлеоневрит.

XIII. Инфекция ортоңку кулактан лабиринтке кантип тарайт?

- 1) перфорацияланган кулак чел аркылуу;
- 2) гематогендик жол;
- 3) менингогендик жол;
- 4) fistula жана лабиринт терезе аркылуу;
- 5) eustachian түтүк аркылуу.

XIV. Диффуздуу лабиринтит төмөнкү оорулардын кайсынысында пайда болот?

- 1) евстахиит менен;
- 2) өнөкөт мастоидит;
- 3) тышкы диффузиялык отит медиасы менен;
- 4) кулак каналынын фурункулу менен;
- 5) курч ириндүү отит каражаттары менен.

XV. Ымыркайдын кулак баскандан келип чыккан ооруусун кайсы ооруу менен байланыштырса болот?

- 1) орто кулак оорусу жөнүндө;
- 2) евстахиит жөнүндө;
- 3) бет нервинин неврит жөнүндө;
- 4) лабиринт жөнүндө;
- 5) этмоиддик лабиринттин клеткаларынын сезгенүүсү жөнүндө.

КОЛДОНУЛГАН АДАБИЯТТАРДЫН ТИЗМЕСИ

Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология. СПб.: Гиппократ, 2005. 782 с.

Болезни уха, горла и носа / Ханс Бербом, Оливер Кашке, Тадеус Навка, Эндрю Свифт; пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ., 2012. 776 с.

Гапанович В.Я., Тимошенко П.А. Болезни уха, горла и носа. Минск: Высшая школа, 2002.

Гюсан А.О. Избранные лекции по оториноларингологии. М.: Медицинская книга, 2014. 264 с.

Енин И.П. Отогенные внутричерепные осложнения // Детская оториноларингология. Руководство для врачей: в 2 т. / под ред. М.Р. Богомильского и В.Р. Чистяковой. Т. 1. М.: Медицина, 2005. С. 543–565.

Овчинников Ю.М. Оториноларингология: учеб. / Ю.М. Овчинников. М.: Медицина, 1995. 288 с.

Оториноларингология / под ред. М.Б. Солдатова и В.Р. Гофмана. СПб., 2000. 472 с.

Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. М.: Медицина, 2001. 615 с.

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология. М.: Медицина, 2002.

Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Практическая оториноларингология. М.: Медицинское информационное агентство, 2006.

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 656 с.

Плужников М.С., Лавренова Г.В., Дискаленко В.В. Заболевания наружного уха. СПб.: Санкт-Петербургское медицинское изд-во, 2000. 88 с.

Руководство по оториноларингологии / под ред. И.Б. Солдатова. М.: Медицина, 1997.

Свиштукин В.М., Мустафаев Д.М. Современные принципы лечения и профилактики заболеваний наружного уха // Вест. оторинолар. 2013. № 4. С. 67–71.

Түзүүчүлөр:
**Мунира Абдумуталибовна Мадаминова,
Каниза Каныбековна Нарматова,
Мирбек Аскарлович Нуралиев**

КУЛАКТЫН КУРЧ ЖАНА ӨНӨКӨТ ООРУЛАРЫ

Үйрөткүч

Редактору *С. Байышева*
Компьютердин макети *С. Бөкөнбаев*

Басып чыгаруу үчүн кол коюлган 25.10.2021
Форматы 60х84 1/16. Офсеттик басуу.
Көлөм 2,75 б. б. Тираж 100 экз. Заказ кылуу 51.

Чыгарылуучу КРСУ
720000, Бишкек ш., Киев көчөсү, 44

КРСУнун басмаканасында басылган
720048, Бишкек ш., Анкара көчөсү, 2а