

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ
«МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КОММЕРЦИЯЛЫҚ ЕМЕС
АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ**

Б.А. Жапалаков

**ҚҰЛАҚ, ТАМАҚ ЖӘНЕ МҰРЫН
АУРУЛАРЫНЫҢ ТАҢДАУЛЫ
КЛИНИКАЛЫҚ ДӘРІСТЕРІ**

(Оқу құралы)

Ақтөбе 2026

УДК 616.21(075.8)

ББК 56.8я73

Ж 33

Авторы:

Жапалақов Б.А. - медицина ғылымдарының кандидаты, «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ оториноларингология, офтальмология кафедрасының профессоры.

Рецензенттер:

Буркутбаева Т.Н. - Қазақстан медицина университетінің «Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі» оториноларингология кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.д.

Жумабаев М.Н. - «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ №1 хирургия аурулар кафедрасының профессоры, м.ғ.к.

Нурманов К.Ж. - «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ №1 хирургия аурулар кафедрасының оқытушысы, терминтоп мүшесі

Құлақ, тамақ және мұрын ауруларының таңдаулы клиникалық дәрістері: Оқу құралы / Жапалақов Б.А. // Ақтөбе: Марат Оспанова атындағы БҚМУ, РБО, 2026. 264 б.

Автор ЛОР мүшелерінің жиі кездесетін аурулары мен жарақаттарына және оларды емдеудің әртүрлі әдістерінің нәтижелілігіне ерекше назар аударған. Консервативті және хирургиялық емдеу тәсілдерінің қалай қолданылатына жақсы түсініктеме берілген. Дәрістер қазіргі ғылыми деректерге және ұсынылған әдебиеттерге негізделген.

Қорыта айтқанда, оқу құралы студенттер, дипломнан кейінгі білім алушы факультеттеріндегі интерндер мен оториноларинголог резиденттеріне және жалпы тәжірибиелік дәрігерлер үшін, өте қажетті оқу құралы ғана емес, сонымен қатар өз мамандығын енді бастаған дәрігерлерге де тәжірибиелік нұсқаулық бола алатынын айта кету керек.

ISBN 978-601-82482-2-1

2026 жылғы «25» маусым Ғылыми кеңес отырысының № 11(839) хаттамасына сәйкес оқу құралы ретінде бекітілді және басылымға рұқсат берілді.

© Б.А. Жапалақов

Мазмұны

Қысқартылған сөздер тізімі	4
Кіріспе	6
Дәріс 1. Оториноларингологияға кіріспе, оның мазмұны, міндеті және медицинаның басқа салалары арасындағы орны. Отандық оториноларингологияның даму жолы мен тарихы	8
Дәріс 2. Клиникалық ринология. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының клиникалық анатомиясы, морфо-физиологиялық ерекшеліктері. Мұрын және мұрын маңы қойнауының жарақаттары. Мұрыннан қан кету. Мұрын фурункулы	16
Дәріс 3. Жедел және созылмалы ринит. Жедел және созылмалы синусит	42
Дәріс 4. Риногенді көз және бассүйек ішілік асқынулар	66
Дәріс 5. Лимфаденоидты сақинаның морфофизиологиялық сипаттамасы. Баспа. Созылмалы тонзиллит. Аденоид. Жедел және созылмалы фарингит	77
Дәріс 6. Көмейдің құрылымдық ерекшеліктері мен қызметі. Жедел және созылмалы ларингит. Көмейдің тарылуы. Жедел стенозды ларинготрахеобронхит(ЖСЛТБ). Трахеостомия	103
Дәріс 7. Есту және вестибуляр талдағышы. Сыртқы, ортаңғы және ішкі құлақтың клиникалық анатомиясы	131
Дәріс 8. Сыртқы және ортаңғы құлақтың аурулары (жедел іріңді ортаңғы отит, мастоидит). Балалардағы жедел ортаңғы отиттің ағымының ерекшеліктері. Ортаңғы құлақтың созылмалы іріңді қабынуы. Жіктемесі. Клиника. Диагностикасы. Емі	160
Дәріс 9. Отогенді бассүйек ішілік асқынулар. Менингит. Ми абсцесі. Сигма тәрізді (S) синустың тромбозы. Сепсис. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, емі	181
Дәріс 10. Құлақтың іріңсіз аурулары. Экссудативті ортаңғы отит. Меньер ауруы. Отосклероз. Сенсоневралды керендік (СНК). Пресбиакузис. Қатерсіз пароксизмальды позициялық бас айналау (ҚППБ)	192
Дәріс 11. Жоғарғы тыныс жолдарының және құлақтың инфекциялық гранулемасы	207
Дәріс 12. Жоғарғы тыныс жолдары мен құлақтың қатерлі және қатерсіз ісіктері	219
Қорытынды	245
Ситуациялық тапсырмалар	247
Әдебиеттер	261

Қысқартылған сөздер тізімі

АҚК - айналымдағы қан көлемі
АР - аллергиялық ринит
АҚШ – Америка Құрама Штаттары
АИТ - арнайы иммунотерапия
АҚС - артериалдық қысымның систоласы (мм сын. бағ.)
БКН - баяу компонентті нистагм
ВА - вестибуляр аппараты
ДДТ - диадинамотерапия
ДДСҰ - Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ДҚУКФ – дыбыс қаттылығының үдемелі күшею феномені
ЖШӨ - жартылай шеңберлі өзегі
ЖОО - жедел ортаңғы отит
ЖР - жедел ринит
ЖРВИ – жедел респираторлы вирусты инфекция
ЖСЛТБ - жедел стенозды ларинготрахеобронхит
ЖИТС - жұқпалы иммунды тапшылық синдромы
ЖСЖ - жүрек соғысының жиілігі
ЖКН - жылдам компонентті нистагм
КСРО - Кеңес Социалистік Республикалар Одағы
КТ - компьютерлік томография
КЖШӨ - көлденең жартылай шеңберлі өзегі
ҚЖА- қанның жалпы анализі
ҚЖОО - қайталанатын (рецидивті) жедел ортаңғы отит
ҚППБ - қатерсіз пароксизмалды позициялық бас айналау
ЛОР - ларингооторинолог
МРТ - магнитті-резонанстық томография
ММҚ - мұрын маңы қойнауы
МҚК мұрыннан қан кету
МП-мұрын пердесі
ӨЖЖ– өте жоғары жиіліктегі
ОК- ортаңғы кеуілжір
ОЖЖ-орталық жүйке жүйесі
ОРЛ - оториноларингология
ПХТ - полихимиотерапия
РЭГ - реоэнцефалография
СМТ - синусоидалы модуляцияланған ток
СНК - сенсоневралды керемдік

СР - созылмалы ринит
СРС - созылмалы риносинусит
СН - спонтанды нистагм
СТ - созылмалы тонзиллит
СЮО - созылмалы іріңді ортаңғы отит
СС – сыбырлап сөйлеу
ТМД- Тәуелсіз мемлекеттер достастығы
ТТА - темір тапшылығы анемиясы
ТАФ – токсико-аллергиялық формасы
УЖЖ – ультра жоғары жиіліктегі
ҰСЖОО - ұзаққа созылған жедел ортаңғы отит
ХБ - халықаралық бірлік
ІТӨ - ілмек тәрізді өсінді
ЭТЖ - эритроциттердің тұну жылдамдығы
ЭЭГ – электроэнцефалография
ЭОО – экссудативті ортаңғы отит
AD – auris dextra (оң құлақ)
AS – auris sinistra (сол құлақ)
BL – bacillus Leffleri (Леффлер таяқшасы)
Mt – membrane tympani (дабыл жарғағы)
TNM- T-tumor (бастапқы ісіктің көлемі мен жергілікті таралуы); N-
node (аймақтық лимфа түйіндерінің зақымдалуы); M-metastasis
(алыстағы метастаздардың болуы немесе болмауы);

*Білмегенді сұрап үйренген –
ғалым, арланып сұрамаған –
өзіне залым*

Ә.Науаи

Кіріспе

«Дәріс» ұғымы латынның lectio сөзінен шыққан, оның сөзбе-сөз аудармасы «оқу» деген мағынаны білдіреді. Дәрістің өзіндік ұзақ даму тарихы бар. Ол туралы деректер бұрынғы ортағасырлық университеттердің жазба еңбектерінде кездеседі.

Қазіргі уақытта дәрісті жоғары оқу орнында оқу, білім берудің негізгі әдістерінің бірі болып табылады. Ғылым мен тәжірибесі жеткілікті, клиникалық біліктілігі жоғары профессорлар оқыса, онда болашақ дәрігерлерді даярлауда, оның маңызы өте зор. Қай салада болмасын клиникалық дәріс оқылатын материалдың анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктеріне негізделген. Сондықтан студенттер лекцияны түсіну үшін оқылатын пәннің бастапқы анатомо-физиологиясынан түсінігі болуы керек.

Оториноларингология қарапайым зерттеу әдістерінен, микроскоп пен лазерлерді пайдалануға дейінгі дамудың ұзақ сатысынан өтті. Оториноларингология өте күрделі ғылыми сала, өйткені ол төрт клиникалық пәнді, сонымен қатар вестибулология, аудиология, неврология және фониатрияны клинико-физиологиялық тұрғыдан толықтай біріктіре алады.

Соңғы деректер бойынша балалар арасындағы жалпы аурулардың ішінде ЛОР аурулары бірінші орынды иеленеді, ал ересектер арасында жоғарғы тыныс жолдары мен құлақ аурулары үшінші орында. Сондықтан медициналық жоғары оқу орнындағы студенттерді, дәрігер-интерн, жалпы тәжірибелік дәрігерлерге отоларингологияны оқыту өте қажет және маңызды.

Дәріс 12 тақырыптан құралған, олар: кіріспе бөлімі, пәннің мақсаты және оның басқа клиникалық саламен байланыстылығына түсініктеме берілген.

Дәрістің мақсаты аудиторияны белгілі бір тақырып бойынша ақпаратпен таныстыру емес, ең алғашқы міндет тыңдаушыға клиникалық ой-пікір қалыптастыру, дерттің пайда болу себебін табу, ауруды болдырмау жолдарын іздестіру және оның алдын алу шараларын қарастыру.

Сонымен, біз таңдап алған дәрістердің міндеті – дәрігерге мәлімет беру ғана емес, басты мақсат клиникалық ойлауды қалыптастыру және таңдаған медициналық мамандығы бойынша біліктілігін арттыру.

Аталып отырған тақырыпқа мемлекет тілінде жазылған оқулықтар өте аз, сол себепті оқырмандарға ЛОР аурулары диагностикасы, клиникасы, асқынуы, емдеуі туралы толық түсінік беруді жөн санадық.

Оқу құралы ЖОО-дағы студенттерге, резидент-оториноларингологтарға, ЛОР дәрігерлеріне, жалпы тәжірибелік дәрігерлерге арналған.

Алайда қандай да еңбекті алмайық ол кемшіліксіз болмайды, сондықтан айтылған ұсыныстарды, ескертпелерді жылы лебізбен қабылдаймын.

Дәріс 1.

Оториноларингологияға кіріспе, оның мазмұны, міндеті және медицинаның басқа салалары арасындағы орны. Отандық оториноларингологияның даму жолы мен тарихы

*Елдің елдігін сақтайтын –
әдебиеті, тарихы, жол-жорасы.*

М.Жұмабаев

Мақсаты. Оториноларингологияның дербес клиникалық сала ретінде қалыптасуына түсінік беру және пәннің өзіндік ерекшеліктеріне тоқталу. Ресейдегі және Қазақстан Республикасындағы даму тарихына қысқаша шолу жасау.

Дәріс тезистері:

- “Оториноларингология” мамандық саласының анықтамасы.
- Оториноларингологияның денсаулық сақтау жүйесіндегі алатын орны, оның әлеуметтік маңызы.
- ЛОР саласының жеке пән ретінде қалыптасуының себептері.
- Оториноларингология саласының өзіндік ерекшеліктері.
- Жоғарғы тыныс жолдары мен құлақ ауруларының басқа мүшелермен және жүйелердің патологиясымен байланыстылығы.
- Оториноларингологияның даму тарихы, оның кезеңдері. Қазақстандағы оториноларингология.
- Пәннің жетістіктері мен мәселелері.

Көрнекілік материал: презентация.

Оториноларингология – клиникалық пәннің бір саласы болып табылады. Ол иіс сезуді, дауысты және есту мүшесінің құрылымын және қызметін оқытады, одан да басқа құлақ, мұрын, тамақ ауруларын зерттеп, ағзаның басқа мүшелерімен байланысын зерттейді. Бұл атау латын сөзі: otos – «құлақ», rhinos – «мұрын», larynx – «көмей» құралған.

Оториноларингологияның негізгі мақсаты құлақ, мұрын, тамақ ауруларын танып білу, емдеу, алдын алу және осы сырқаттарға байланысты талдағыш қызметінің зақымдануына зерттеу жүргізу. Құлақ, тамақ, мұрын мүшелері тұтас ағзаның бір бөлігін құрайды. Сондықтан, бұл ағзалардың ауруларын, бөліп қарауға болмайды. Науқастарды емдеу кезінде ағзаның жалпы жағдайын, әсіресе орталық жүйке жүйесінің жағдайын ескерген жөн.

Оториноларингологияның түп тамырының дамуы, ежелгі дәуірден бастау алады. Көне қолжазбаларда Ежелгі Египетте, Ассирияда,

Үндістанда, Вавилонда, Қытайда және басқа да Шығыс елдерінде құлақ, тамақ, мұрын ауруларын емдеуде әртүрлі емдеу шаралары пайдаланған. Алайда, ол емдеу әдістері эмпириялық сипатқа ғана ие, қазіргі емдік тәсілдерімен байланыссыз.

Гиппократ есту қызметінің зерттеуімен айналысып, дыбыс дабыл жарғағы және самай сүйегі кеңістігі арқылы ми қыртысына өтіп, дыбысты қабылдау жүзеге асады деген тұжырым жасаған. Гален есту жүйкесіне толық сипаттама беріп, дыбыс тербелістерінің, толқын қозғалысымен сәйкес келетініне болжам айтқан. Авиценна өз еңбектерінде құлақ, мұрын және тамақ ауруларын сипаттап, олардың емдеу тәсілдеріне тоқталған. Ол сол заманның деңгейіне сәйкес керемдікке, тыныс алудың дауыс шығаруға қатысы бар екендігіне түсініктеме берген.

Оториноларингологияның дамуына орта ғасырдың соңындағы ғалымдардың еңбектері ықпал болған. Везалий құлаққа әртүрлі тіліктер (кесінді) жасау арқылы, есту сүйекшелерінің: балғашық, төсше қалай орналасқанына сипаттама берген. Естахий есту түтігінің құрылымын сипаттап жазды. Фаллопий бет жүйкесіне, ішкі құлаққа зерттеу жүргізді. Құлақты қарау үшін құлақ құйғышын пайдаланды.

XVII ғасырдың екінші жартысында отиатрия туралы, баспадан кітаптар жарық көре бастады. 1683 жылы Париждегі француз анатомия мектебінің іргетасын қалаушысы Дюверннің еңбегі баспадан шықты, негізгі тақырыбы оторея жөнінде, дабыл жарғағының дыбыс өткізудегі рөлі, құлақтағы шуға және т.б. шешуін таппаған мәселелерді көтерген.

1684 жылы Йена университетінің профессоры Шелгаммер «Есту туралы кітап» атты еңбегін жазды, сонымен қатар сол кезеңде ринология мен ларингология саласы біраз жетістіктерге жетті. Ағылшын ғалымы Гаймор жоғарғы жақ қуысының құрылысы мен ауруларына түбегейлі зерттеу жасаған.

XVIII ғасырда оториноларингология саласы өзіндік даму барысымен ерекшеленді. 1701 жылы Вальсальва «Құлақ туралы трактат» кітабында 1000 –нан астам мәйіттің құлағына зерттеу жүргізіп, оның анатомиясы туралы құнды мәліметтер алған. Дж. Моргани жұту механизмін тәжірибе жүзінде дәлелдеген.

Ресейде XVIII ғасырдың екінші жартысында тәжірибелік медицина айтарлықтай жетістіктерге жетті. 1764 жылы Мәскеу университеті жанынан медицина факультеті, ал 1798 жылы Петербургте медико-хирургиялық академия ашылды.

Оториноларингологияның дамуына атақты ғалым және хирург Н.И.Пирогов зор үлесін қосқан. Пироговтың таңдамалы (классикалық) анатомиялық құрылымға жүргізілген зерттеулері - құлақ, мұрын және тамақ анатомиясы туралы білім деңгейімізді тереңдетіп, нақтылай түсті.

Пироговтың мындаған мәйітке үш перпендикуляр бағытта жасалған кесінділерден алынған нәтижеден, «Адамның мұздатылған денесімен үш бағытта тілінген, топографиялық анатомиясының иллюстративті кесіндісі» атты 4 томдық атлас құрастырды. Бұл атластың 72 кесіндісінде мұрынның анатомиясы бейнеленген. Пирогов алғашқылардың бірі болып мұрын қуысы және мұрын маңы қойнауларының анатомо-топографиялық құрылымына сипаттама берді. Пироговтан кейін шет елде мұрын мен мұрын маңы қойнауларының сипаттамасын 30 жылдан соң Цукерланд жазды.

Н.И.Пироговтың ринология бойынша көптеген еңбектері басылып шықты: «Пластикалық операция, ринопластиканың ерекшеліктері», «Мұрыннан қан кетуді тоқтату шаралары», «Мұрын қуысындағы полипозды өсінділер», «Гаймор қуысындағы обырға операция» бұл еңбектері қазірге дейін маңызын жойған жоқ.

Ресейде оториноларингологияның өзіндік сала ретінде дамуына себепкер болған С.П. Боткин. Ол 1866 жылы Петербургтегі медико-хирургиялық академия клиникасы жанынан ЛОР ауруларына арнап біршама керует бөліп, науқастарға емханалық қабылдауды ашқан. Ларингология мен отиатрия саласынан алғашқы профессоры болғандар Боткиннің шәкірттері Д.И.Кошляков пен А.Ф.Пруссак.

XIX ғасырдың алпысыншы және жетпісінші жылдары ларингологияның даму кезеңі болды. Хирургиялық және операциялық емдеу әдістерінің клиникалық, диагностикалық және емдеудің тәсілдері тақырыбына, орыс ғалымдарының еңбектері мен диссертациялары жарық көре бастады. Осы еңбектердің арқасында арнаулы оқулықтар дүниеге келді. Мысалға: «Ларингоскопия және көмей аурулары нұсқауы» В.Н. Никитин (1884).

Риноларингологиялық тексеру әдістерін бірінші кезеңде терапевтер жүргізді. Бұл жағдай, бұл саланың терапияға бір шама жақындау етіп көрсетті. Бұл мамандық жалпы хирургтарды қызықтыра бастады. Хирургиядан бөлініп шыққан Е.М. Степановтың (1855-1923), талабы бойынша Мәскеуде, бұрынғы Көне – Екатеринбург алуаханасында бірінші рет құлақ, мұрын және тамақ аурулары бөлімшесі ашылды (1882), бүкіл елге әйгілі болған операциялар

жасалды. Е.М. Степанов емізікше өсіндіге трепанациялық операцияны, Ресейде бірінші болып қолдана бастады (1883). Е.М. Степанов осы әдісті түсіндіріп, басқа қала және ауылдан келген дәрігерлерге операцияларын көрсетіп, үйретті. Оториноларингология саласындағы жаңа әдістер жиі қолданылып, дәрігерлердің білім дәрежесі өсе түсті. Әскери – дәрігерлік академияда міндетті түрде құлақ, тамақ аурулары оқытылуға тиісті болды (Н.П. Симановский, А.Ф. Пруссак).

Оториноларингология дәрігерлік тәжірибе саласына енуіне байланысты, кейбір университеттердің жанынан приват- доцент курстары ашылды. Бұл курстарды оқытуға әйгілі оториноларингологтар шақырылды (Е.М. Степанов, Е.Н. Малютин, С.Ф. Штейн, С.С. Преображенский және т.б.).

Оториноларингология- өзінің екінші даму кезеңіне өтті. Ол өз алдына жеке клиникалық салаға айналды, яғни білім деңгейі жоғары және өз бетімен жұмыс істей алатын дәрігерлері, ғалымдары бар клиникалық пәннің бір бөліміне айналды.

Оториноларингологияның негізін салушылар және пионерлері Н.П. Симановский, С.Ф. Штейн, Е.М. Степанов, В.Н. Никитин, В.Н. Окуневтер өздерінің сіңірген еңбектеріне сәйкес медицина тарихында алатын орны өте ерекше. Революцияға дейінгі ауыр әлеуметтік жағдайға қарамастан, олар аса үлкен шығармашылық жұмыс атқарды, білімдері шыңдалып, клиниканың берік іргетасы қаланды. Ұлы Қазан төңкерісінен кейін, Кеңестік оториноларингология одан әрі дами түсті.

Ресейдегі бірінші әскери дәрігерлік академия жанындағы құлақ, мұрын және тамақ аурулар клиникасының кафедрасына Н.П. Симановский (1854-1922) жетекшілік жасады. С.П.Боткиннің шәкірті Н.П.Симановский оториноларингология мектебін ашты, бұл жағдай мамандықтың Петербургте шектелмей, барлық одақтас елге таралуына себепші болды. Бұлар В.И. Воячек (әскери – дәрігерлік академия кафедрасының қабылдаушысы), М.Ф. Цитович (Саратов дәрігерлік институты), Б.Ф. Верховский (Петербург дәрігерлер институты) болды. Петербургта дәрігерлер білім жетілдіру клиникалық институты отандық оториноларингология саласының дамуына үлкен үлес қосты, бұл орталық 1885 жылы ашылды. Тамақ және мұрын қуысы тақырыбына, таңдаулы маман профессор В.Н. Никитин жүргізді. Ол өзінің дәрігерлік тәжірибесіне сүйене отырып, «Мұрын қуысы аурулары» туралы нұсқаулығын дүниеге әкелді (бірнеше рет баспадан шықты 1882, 1891, 1902), ал содан кейін «Мұрын маңы қойнаулар аурулары» (1897) деген атаумен В.Н. Никитиннің «Мұрын-жұтқыншақ

қуысының аденоидты өсіндісі» және «Жоғарғы тыныс жолдары ауруларының адам ағзасына әсері» еңбегі баспадан жарық көрді.

Бұл институтта отиатриядан дәрісті үлкен мамандықтың иесі профессор В.Н. Окунев (1862-1919) берді. Ол авиацияның ЛОР мүшелеріне әсері туралы өзінің ғылыми еңбегін жазды, оның монографиясы: «Әуеде ұшу кезеңінің денсаулыққа және ауру құлаққа әсері» деген атпен жарық көрді. В.Н. Окунев осы авиация саласындағы сұрақтарға толық жауап беруге тырысты.

1896 жылы Мәскеу университет жанынан құлақ, мұрын және тамақ ауруларының клиникасы ашылды. Бұл клиниканың басқарушысы профессор С.Ф. Штейн болды, ол кіреберіс аппаратының физиологиясын және патологиясын зерттеу жөнінен бүкіл әлемге әйгілі болды. Кіреберіс аппаратын қызметін, бас айналу сияқты сұрақтарға алғашқы рет жауап берді. Ол аспаптардан, аппараттардан лабиринтті құрастырып, оның бұлшық ет күшімен және тонусы аралығындағы байланысқа зерттеу жүргізді.

Мәскеу университетінде, Жаңа Екатерина ауруханасында, 1893 жылдан бастап Е.М. Степановтің жетекшілігімен оториноларингология бөлімшесі ашылды. Қазан төңкерісінен кейін, бұл бөлім университеттің ЛОР клиникасына айналды, одан соң санитарлық-гигиеналық клиника болды. Е.М. Степановтің кейбір еңбектері морфологиямен байланысты. Оның диссертациялық тақырыбы: «Склероманың патологиялық анатомиясы» (1893) әлі күнге дейін мәнін жойған жоқ.

Мәскеу университетінің приват-доценттері С.С. Преображенскийдің және Е.Н. Малютиннің елеулі еңбектерін атаған жоқ. С.С. Преображенский (1864-1927) - бірінші болып құлақ ауруларынан (1896 жылдан 1911жылға дейін 4 рет баспадан шықты), одан басқа (1913) мұрын, құлақ аурулары нұсқауының авторы болды. Бұл нұсқауларды ұзақ жылдар бойы: студенттер, тәжірибелік дәрігерлер пайдаланды. С.С. Преображенский (Петербургтегі М.В. Богданов – Березовский сияқты) жаңа мамандықтың саласы – сурдологияның ұйымдастырушылардың бірі болды. Ол съезде пікір таластыруға қатысып, құлақ мүкістігінің алдын алу, керендік және мылқаулық туралы ғылыми және тәжірибелік еңбектерін жариялады.

Ресейде фониатрия саласының негізін салушы Е.Н. Малютин (1866 - 1944) болды. Ол 1924 жылы Мәскеу мемлекеттік консерватория жанынан фониатриядан ғылыми зерттеу зертханасын ашты. Өншілер дауысының және оның кәсіби (профессионалды) зақымдануының алдын алу, физиологиясы туралы ғылыми жұмыспен айланысты. Ол

дәрігерлерге, студенттерге арнап оториноларингология оқулығын шығарды (1910 - 1925).

Оториноларингологияның Ресейде, әсіресе Украинада дамуына академик Н.М. Волкович (1858 - 1928) көп ықпал етті. Н.М. Волкович өз кезінде жалпы хирург бола тұра, бар ғұмырын оториноларингология саласындағы ғылыми жұмысқа арнады. Ол 1889-1903 жылдары хирургия кафедрасы сабақтарымен қатар, Киевте оториноларингологиядан приват – доцент курсында дәріс өткізді. Н.М. Волкович ларингофиссура және ларингостомия сияқты хирургиялық тәсілдердің жетілдірудің пионері болды. Оның 1902 жылы «Көмейдің тарылуының емдеу әдістері», француз оқымыстысы Сарньонның осы аттас мақаласынан, бес жыл бұрын баспадан шығарды, ал шетел бұл Сарньонның ғылыми еңбегі деп есептейді.

Сонымен, атап айтсақ, сол заманның даму деңгейіне сәйкес ғылыми және тәжірибелік дәрежеде халыққа мамандандырылған (арнаулы) оториноларингологиялық көмек көрсете алды. Оториноларингология клиникасы Ресейде небәрі бесеу-ақ еді, онда да соңғысы 1914 жылы Саратовта Н.П. Симановскийдің өз қаражатына салынған болатын.

1922 жылы оториноларингология – қажетті пән ретінде жоғары оқу орындарының бағдарламасына кірді.

Қазақстанда алғашқы ЛОР кабинеті 1923 жылы Семейде А.Тихомировпен, 1926 жылы М.М.Скачковамен – Орал қаласында; үшінші кабинетті 1931 жылы Алматыда Т.С.Гликман ашты. 1935 жылы Қазақ мемлекеттік медицина институтында, бірінші оториноларингология кафедрасы құрылды.

Ақтөбе медицина институты 1957 жылы ашылды. ЛОР аурулары кафедрасының негізін қалаған (1961 жылы ақпан айында). м.ғ.к., Қазақ Кеңестік Социалистік Республикасының жоғары мектебінің еңбек сіңірген қайраткері, доцент Н. Д. Растопчин.

Медицина ғылымдарының докторы, профессор Григорьев Вячеслав Петрович кафедраны 1983-2009 жылдар аралығында басқарды.

Кеңес Одағында алғашқы болып профессор В.П. Григорьев ортаңғы құлақтың анатомиялық құрылымы мен қызметін сақтауға мүмкіндік беретін хирургиялық әдісті негіздеп, денсаулық сақтау тәжірибесіне енгізді.

ЛОР кафедрасының қызметкерлері профессор В.П. Григорьев басшылығымен ЛОР ауруларын тұрақты электр тоғы әлсіз күшімен

емдеу әдісінің тиімділігін дәлелдеп және оны тәжірибе жүзінде қолданған, бұл еңбек қазіргі уақытта кафедраның ғылыми жобасы болып есептеледі.

2009 жылдан 2019 жылға дейін Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің «Оториноларингология және офтальмология» кафедрасының жетекшісі болып, медицина ғылымдарының докторы, профессор Исмагулова Эльнара Керейқызы тағайындалды.

Эльнара Керейқызының жетекшілігімен біздің оториноларингология кафедрасы Қазақстан Республикасының және ТМД елдерінің, алыс шетелдердің жетекші мамандарымен және ғалымдарымен белсенді ынтымақтастықта болды, кафедраның ғылыми жетістіктері бойынша көптеген жұмыстар атқарылды, кафедрамызда кандидаттық және докторлық диссертациялар қорғалды.

Соңынан М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университетінің проректор және ректор қызметін атқарған Эльнара Керейқызы кафедра ұжымына ғылыми жетістіктері, ғылыми-тәжірибелік қызметі жағынан белсенді түрде қолдау көрсетті.

2020 жылдан кейін «Оториноларингология және офтальмология» кафедрасының меңгеруші қызметін атқарғандар Жапалаков Басир Айдарханұлы және Қожантаева Сарқыт Қожабергенқызы.

Басир Айдарханұлының жетекшілігімен кафедра заманауи форматтағы ортаңғы құлаққа кешенді емдеу және есту қабілетін жақсартатын операциялар клиникалық тәжірибеге енгізіліп, ол бүгінгі күнге дейін өзінің жалғасын табуда.

Оториноларингология саласындағы барлық хирургиялық емдеу тәсілдері: мұрын қуысы мен мұрын маңы қойнауларының эндовидеохирургиясы; құлақ микрохирургиясы; жұтқыншақтың және көмейдің хирургиясы кафедрада қолданылады.

Қазіргі уақытта кафедра өзінің дәстүрін, инновациялық жобаларын және отандық оториноларингология сабақтастығын жалғастыруда.

Қазіргі таңда Қазақстан Республикасында 6 оториноларингология кафедрасы бар. Барлық облыс орталықтарында ЛОР бөлімшесі бар, ал қалалар мен аудандарда ЛОР кабинеттері жұмыс істейді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Гюсан А.О. Избранные клинические лекции по оториноларингологии. - М. : Медицинская книга, 2014. - 264 с.
2. Извин А.И. Клинические лекции по оториноларингологии. ТюмГМА, 2012. - 221с

3. Козорез Е.С. ЛОР-заболевания: конспекты лекций для медвузов. М. 2005. – 224 с.
4. Пальчун, В.Т. Оториноларингология: национальное руководство/ В.Т. Пальчун – 2-е изд., перераб. и доп. Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1024 с.
5. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. — 3-е изд., доп. Медицинское информационное агентство. М.2017. - 750 с.
6. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. Пособие к изучению оториноларингологии в медицинских вузах. СПб: Диалог. 2006. -387 с.
7. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. СПб. 2001. – 472 с.
8. Төлебаев Р.К., Исмагулова Э.К., Жусупов Б.З., Яхин Е.Ж. Оториноларингология дәрістері-оқу құралы.-Астана, 2009. - 230 б.

Кері байланыс (тақырып бойынша бақылау сұрақтары):

1. «Оториноларингология» мамандығына анықтама беріңіз.
2. Пәнді оқудың өзектілігі неде?
3. Оториноларингология қашан және қай уақытта дербес пәнге айналды?
4. Оториноларингология саласындағы ерекшеліктер.
5. ЛОР мүшелері ауруларының бір-бірімен және басқа мүшелер мен жүйелердің патологиясымен байланыстылығы.
6. ЛОР мүшелерінде орналасқан талдағыштардың атқаратын рөлі.
7. Оториноларингологияның даму кезеңдері.

Дәріс 2.

Клиникалық ринология. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының клиникалық анатомиясы, морфо-физиологиялық ерекшеліктері. Мұрын және мұрын маңы қойнауының жарақаттары. Мұрыннан қан кету. Мұрын фурункулы

*Білімді болу деген сөздің мағынасы –
белгісіз нәрсені ашуға қабілетті болу
деген ұғым.*

Әл-Фараби

Мақсаты. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының анатомо-функционалды ерекшеліктеріне түсінік. Ринологиядағы шұғыл көмек.

Дәріс тезистері:

1. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының клиникалық анатомиясы.
2. Мұрын, мұрын пердесінің, мұрын маңы қойнауларының қызметі.
3. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының жарақаттары. Жіктемесі. Диагностикасы, клиникасы, емі.
4. Мұрыннан қан кету. Этиологиясы, жіктемесі, клиникалық көрінісі, емі.
5. Мұрын фурункулы. Клиникасы, емі, асқынуы.

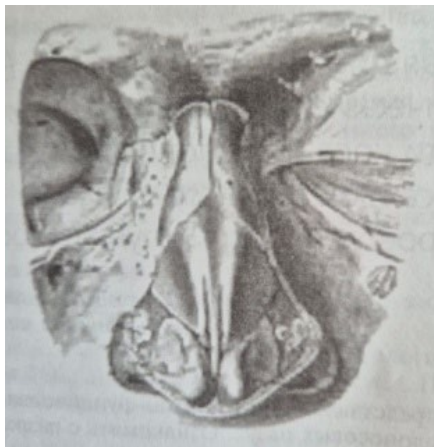
Көрнекі құралдар: презентация, муляждар, науқастарды көрсету.

Мұрын және мұрын маңы қойнаулары тыныс алу жолының кіреберіс бөлігінде орналасқан. Оның әрбір түзілісі, өзіндік анатомиялық құрылымымен ерекшеленеді және физиологиясына сәйкес өзінің қызметін атқарады.

Сыртқы мұрын, *nasus externus*, ол адамға ерекше бір көрік беретін анатомиялық құрылым. Мұрынның пішіні үшбұрышты пирамидаға ұқсайды, оның жоғарғы бөлігі маңдаймен, төменгі жағы жоғарғы ерінмен шекаралас. Сыртқы мұрын екі бөліктен тұрады: сүйекті және шеміршекті. Сүйекті бөлігінде екі жұп мұрын сүйегі орналасқан, олар ортаңғы сызықта қосылып, мұрын қырын түзейді. Мұрын түбірінде ойыс түзіліс бар, оны кеңсірік деп атайды. Шеміршекті бөлігін үшбұрышты бүйір және қанат тәрізді жұп шеміршектер құрайды (1-сурет).

Сыртқы мұрынның тері жамылғысы мұрын кіреберісіне 0,5 см-ге дейін енеді. Мұрын кіреберісі, *vestibulum nasi*, мұрын қанатының ішкі бетін және мұрын пердесінің шеміршекті бөлігінің алдыңғы бөлігін

құрайды. Тері де шаш қалталары мен май бездері орналасқан. Мұрын қыры мен түбірі аймағындағы тері жұқа, қозғалмалы. Мұрын ұшы, қанаты маңындағы тері жамылғысы қалың, құрылымында ірі май бездері бар және шеміршек тысымен тығыз байланысқан. Сүйек және шеміршектер бір-бірімен байламдар арқылы бекіген.



1-сурет. Сыртқы мұрынның құрылымы.

Бет аймағындағы қимылды реттейтін, ерекшелендіретін, адамның сезімін бейнелейтін, сыртқы мұрын бұлшықеттері бар (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006). Ұлттық және этникалық ерекшеліктеріне сәйкес, мұрын төрт түрге ажыратылады: шығыс, азиялық, кавказдық, негроидтық. Мұрын қуысының, *cavum nasi*, алдыңғы жағында алмұрт тәрізді саңылауды, артқы жағында хоананы екіге бөліп, мұрын пердесі орналасқан.

Мұрын қуысын құрайтын сүйектер: мұрын сүйегі, жоғарғы жақ, таңдай, маңдай, торлы, сына тәрізді қойнау, желбезек сүйектері және төменгі мұрын кеуілжірі.

Мұрын қуысының төрт қабырғасы бар: жоғарғы, төменгі, медиалды және бүйір. Бұл қабырғалардың өзіндік клиникалық ерекшеліктерімен маңызды.

Мұрын қуысының **жоғарғы қабырғасының** алдыңғы жағы, мұрын және маңдай сүйегімен шекаралас, ортаңғы бөлігінде елеуіш тәрізді табақша, оның екі жағында саңылаулар (15-20) орналасқан, ол арқылы иіс сезу жүйкесінің жіпшелері, ортаңғы этмоидалды артерия, вена және жүйкесі өтеді, ал артқы жағында сына тәрізді қойнаудың алдыңғы қабырғасымен шектеседі. **Төменгі қабырғасы** - мұрын түбі -

жоғарғы жақ сүйегінің таңдай өсіндісі мен таңдай сүйегінің көлденең табақшасымен шекаралас. Мұрын қуысы түбінің алдыңғы жағындағы саңылаудан n. nasopalatinus, мұрын-таңдай артериясы өтеді. Мұрын қуысының **медиалды қабырғасы** - мұрын пердесі. Ол екі бөліктен тұрады: алдыңғы бөлігі шеміршектен және артқы бөлігі сүйектен құралған (2-сурет). Сүйекті бөлігінде торлы сүйектің тік табақшасы, желбезек сүйегі және алдыңғы жағында төртбұрышты шеміршек орналасқан. Желбезектің артқы бөлігінде сына тәрізді синуска жақын ішкі жоғарғы жақ артериясының шеткі тармағы, қанатты-таңдай артериясы орналасқан. Сол себепті, бұл аймаққа операция жасағанда аса сақтық қажет, егер артерия зақымдалса, онда көп мөлшерде қан кетеді. Мұрын пердесі мұрын қуысын екіге бөліп; мұрын цикліндегі жүктемені реттеп, тұрақты қызмет атқарады (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2000).



2-сурет. Мұрын пердесі.

Мұрын қуысының **сыртқы қабырғасының** құрылымы өте күрделі (3-сурет). Бүйір қабырғасында төменгі, ортаңғы және жоғарғы кеуілжірлері, оның аралықтарына сәйкес мұрын жолдары (төменгі, ортаңғы және жоғарғы) орналасқан.

Ортаңғы және жоғарғы мұрын кеуілжірі торлы сүйектің өсіндісі. Төменгі мұрын кеуілжірі - мұрын қуысы түбіне қатарлас жатқан жеке сүйек. Төменгі мұрын кеуілжірінің жоғарғы бөлігі мұрын қуысының бүйір қабырғасына бекиді. Төменгі мұрын кеуілжірінің шырышты

қабығы эластикалық талшықтармен, бұлшықеттен құралған және кеуік тәрізді веналардың шоғырына өте бай.



3-сурет. Мұрын қуысының латералды қабырғасы.

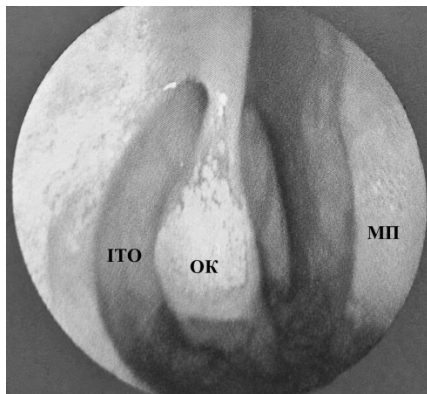
Төменгі мұрын кеуілжірінің кавернозды тіні әртүрлі факторлардың әсерінен, жедел қанға толып, мұрын кеуілжірінің көлемін тез ұлғайтады. Осындай анатомиялық ерекшеліктеріне сәйлес, оның көлемі өте өзгермелі.

Төменгі мұрын кеуілжірінің мұрын физиологиясында атқаратын міндеті өте жоғары. Мұрын жолдары мұрын кеуілжірінен латералды орналасқан және жалпы мұрын қуысымен тығыз байланыста. Мұрын қуысының клиникасында шешуші рөл атқарады: мұрын пердесі, кеуілжірлер, мұрын маңы қойнауларының шығару өзектері, остиомеаталды кешен және мұрын қақпақшасы (клапаны).

Остиомеаталды кешен - бұл ортаңғы мұрын жолының алдыңғы бөлігінің анатомиялық құрылымдар жүйесі. Олар: ортаңғы мұрын кеуілжірінің алдыңғы бөлігінің сыртқы беткейі, ілмек тәрізді өсінді, жарты ай сияқты саңылау, торлы төмпешік (4-сурет). «остиомеатал» термині екі сөзден құралған: *ostium* (тесік немесе саңылау) және *meatus* (жол).

Бұл құрылымды алғашқы рет 1965 жылы Н.Naumann жазған, ортаңғы мұрын жолының кіреберісінде орналасқан, мұрын маңы қойнауларының алдыңғы тобынан мәлімет береді. Оның құрамына мына анатомиялық құрылымдар (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006) енеді:

- 1) ортаңғы мұрын кеуілжірінің алдыңғы бөлігінің латералды беткейі;
- 2) ілмек тәрізді өсінді;
- 3) өсіндіге қатарлас жарты ай сияқты саңылау;
- 4) торлы көпіршік (төмпешік), ол торлы сүйектің алдыңғы үлкен қуысы.



4-сурет. Остиомеаталды кешен. Ілмек тәрізді өсінді.
ОК-ортаңғы кеуілжір, МП-мұрын пердесі,
ИТО- ілмек тәрізді өсінді.

Осы анатомиялық құрылымдар кеңістігіне, мұрын айналасындағы қойнаулардың алдыңғы тобы ашылады.

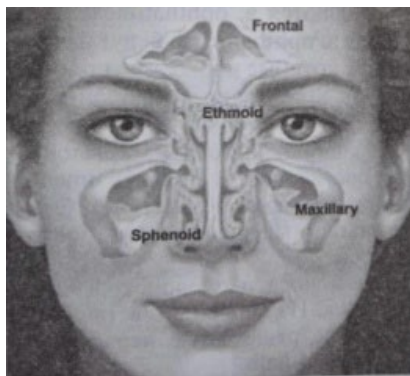
Мұздатылған мәйіттердің бас кесіндісіне анатомиялық зерттеу жүргізіп, жарты ай тәрізді саңылау және торлы көпіршік, кеуілжірдің рудиментті түзілісін, алғашқы болып Н.И.Пирогов ашқан. Жарты ай сияқты саңылаудың артқы, артқы-төменгі бөлігінде гаймор қуысының сағасы орналасқан. Осы саға аймағынан синустың қосымша шығару өзегі ашылуы мүмкін. Алдыңғы жоғарғы бөлігінен маңдай қойнауы ашылады. Остиометалды кешен **синустардың қақпасы (клапаны)**, ол мұрын қуысы мен мұрын маңы қойнау аралығындағы ауа алмасуға жағдай жасайды (Пискунов В.С. және т.б., 2003).

Мұрын қақпасы - бүйір шеміршектің жоғарғы каудалды жиегі мен мұрын пердесі аралығындағы үшбұрышты кеңістік, оны 1903 жылы Р.Ж.Минк жазған. Бұл мұрын қуысының ең тар бөлігі.

Мұрын қақпасының бұрышы 10-15 градус. Оның рөлі толық зерттелмеген. Мұрынға алғаш енген ауаның көлемін реттеу міндетін атқаруы мүмкін.

Сына тәрізді қойнаудың табиғи тесігі, оның алдыңғы қабырғасында орналасқан, жоғарғы мұрын жолы аймағындағы сфеноэтомидалды қалтаға ашылады. Синус сағасының көлемі 0,5-тен 5 мм-ге дейін ауытқиды, пішіні әртүрлі болуы мүмкін: саңылау тәрізді, дөңгелек, сопақ немесе жарты айға ұқсайды.

Мұрын маңы қойнаулары - шығару өзектері арқылы мұрын қуысымен тығыз қарым-қатынаста орналасқан (5 сурет).



5-сурет. Мұрын маңы қойнаулары.

Ол жүйе анатомиялық «резервтің (қордың)» құрамына енеді, олар ең алдымен орбитаны және бассүйек қуысын қорғауға арналған.

Жатырішілік дамудың 3-ші айының соңында параназалды синустардың қалыптасуы басталады. Мұрын айналасындағы қойнаулардың қалыптасуы асинхронды түрде жүреді, ең аз жетілген сына тәрізді және маңдай қуысы (Tanew N., 1948; цит.бойынша Волков А.Г.,2000).

- Жоғарғы жақ қуысы (sinus maxillaris).
- Маңдай қуысы (sinus frontalis).
- Сына тәрізді қуыс (sinus sphenoidalis).
- Торлы сүйектің қуысы (sinus ethmoidales).

Әр адамда синустардың көлемі әртүрлі. Ең көлемі үлкен (5-30 см³-ге дейін) жоғарғы жақ қойнауы.

Мұрын қуысы мен мұрын маңы қойнауларының қанмен қамтамасыз етілуі

Мұрын қуысы мен мұрын маңы қойнауларының шырышты қабаты ішкі және сыртқы ұйқы артериялары арқылы қанмен қамтамасыз етіледі. Ең маңызды қан тамырлары а. ophthalmica, а. maxillaris interna және а. maxillaris externa. А. ophthalmica-дан алдыңғы, артқы торлы

артерия басталады, торлы лабиринтті, мұрынның бүйір қабырғасының жоғарғы бөлігін және мұрын пердесін қанмен қамтамасыз етеді. *A. maxillaris interna a. sphenopalatina*-ның шеткі тармақтары, қанатты-таңдай шұңқырының тесігінен шығып, мұрын қуысына еніп, бөлінеді: *a. nasopalatina*, *a. nasales* және *a. nasales posteriores*. Бұл қан тамырлары барлық мұрын кеуілжірлерін, мұрын жолдарын, мұрын айналасындағы қойнауларды және мұрын пердесінің бір бөлігін қанмен қамтамасыз етеді.

Мұрын және мұрын маңы қойнауларының сезімтал жүйкелері үшкіл жүйкенің тармақтары. Оның бірінші тармағы *p.ophthalmicus*, одан алдыңғы және артқы этмоидальды жүйкелер бастау алады. Екінші тармақтан - *p.sphenopalatinus* және *p. infraorbitalis*. Мұрын қуысындағы вена, артериялар, жүйкелермен қатар жүреді. Беттің жұмсақ тіндерінің тереңінде веналық өрім түзілісі орналасқан, ол мұрын қуысын жақын аймақтағы мүшелермен тығыз байланыстырады, сондықтан инфекцияның мұрын қуысынан және параназальды синустардан орбитаға, бассүйек қуысына және жұтқыншаққа таралуға ықпал жасайды.

Мұрын қуысы мен мұрын маңы қойнауларының лимфа жүйесі ретрофарингеальды және терең мойын лимфа түйіндерімен жалғасады.

Мұрын және мұрын маңы қойнауларының физиологиясы және патофизиологиясы.

Мұрын және мұрын маңы қуыстары тыныс алу жолдарының жоғарғы бөлігінде орналасқан, ол адам ағзасын сыртқы ортамен байланыстырып, аса маңызды физиологиялық қызмет атқарады. Мұрынның қызметі: тыныс алу, қорғаныштық, резонаторлық, иіс сезу, косметикалық.

Негізгі функциясы **тыныс алу**, ал оның қызметінің бұзылуы, басқа ағзалар мен жүйелердің бір қалыпты жұмыс жасауына кедергі тудырады.

Мұрынның шырышты қабығындағы рефлекс, адам ағзасының бірегейлігін қорғайды және оның қалыптылығын реттеуде маңызды рөл атқарады (Хилов К.Л., 1960). Мұрынмен тыныс алудағы ауа аэродинамикасының, ауызбен тыныс алумен салыстырғанда өзіндік артық ерекшеліктері бар.

Тыныс алу

-Ауа төменгі-20, ортаңғы-70, жоғарғы-10 шартты ауа бірлігінде: мұрын жолы арқылы өтеді (Ульянов Ю.П., 1996, 2000). Тыныс алу кезінде ауа мұрын маңы қойнауларына енбейді.

Қалыпты тыныс алу кезінде мұрындағы желдету (вентиляция) 6 л/мин, ал максималды тыныс алу желдетудің 50-70 л/мин көрсетеді. Мұрын кіреберісі (қақпасы) шүмек (сопло) міндетін атқарады да, бұл жерден ауа өткенде оның жылдамдығы күшейеді (Бербом Х. және басқа да авторлар, 2012).

Мұрыннан тыныс алу тоқтаса, онда тыныс алу тереңдігі азаяды, өкпе вентиляциясы 15-16% төмендейді (Павловский Е.Н., 1946). Тыныс алу кезінде мұрын қуысы арқылы ауа өткенде, шырышты қабықтың қорғау факторлардың бірігу нәтижесінде, мұрын өзінің қорғаныс қызметін атқарады. Олар: ауаны жылыту, ылғалдандыру, тазарту, сонымен бірге арнайы, арнайы емес қорғаныс факторларының бактерицидті әсері қоса жүреді.

Қорғаныс жүйесінің негізгі элементі **мукоцилиарлы клиренс** (тазарту) – тыныс алу эпителийінің секреторлық қабықша мен кірпікшелердің функционалды үйлесімдік әрекетінен, коллоидты секреторлық қабыршақ мұрын кіреберісінен хоанаға қарай қозғалады. Мұрын кіреберісінен енген бөгде дене, хоанаға дейін 10-20 минут жылдамдықпен жетеді.

Бұл жерде басты рөлді атқаратын, беткейі жалған көпқабатты эпителиймен жабылған шырышты қабығы, құрамында жыбыр, бокал тәрізді, қысқа және ұзын аралық эпителиоциттер бар.

Жыбыр жасушаның ұшында көптеген кірпікшелер орналасқан. Кірпікшелердің мұрын-жұтқыншаққа қарай қозғалу жылдамдығы минутына 13-14 рет. Шырышты қабығындағы жыбыр жасушалардың кірпікшелері, клігейлі бөлініспен жабылған, екеуі бірігіп шырышты қабықта «эскалатор (тепкіш)» түзейді, кірпікшелердің ырғақты тербелісі әсерінен, шырышты қабықтағы микроорганизмдерді, бөгде денелерді мұрын-жұтқыншаққа жеткізіп, мұрын қуысын үнемі тазартады - клиренс (Puchele G. et al., 1981).

Шырышты қабығындағы бокал тәрізді жасушалары мен меншікті қабаттағы бездерден шығатын шырышты бөлініс, мукоцилиарлы тасымалдау (транспортты) жүйесінің ажырамас бір бөлігі, олар шырышты қабықты тазартудан басқа арнайы, арнайы емес биохимиялық қорғаныс міндетін атқарады.

Арнайы емес факторларға сілемейлі гликопротеидтер: фукомуцин, сиаломуцин, сульфомуцин, лизоцим, лактоферрин, интерферон, комплемент, секреторлы протеаз және глюкозидазалар.

Арнайы факторларға микроорганизмдерге қарсы күресетін иммуноглобулиндер (Naumann H., 1980). Осы және басқа да

факторлардың әсерінен вирустар, токсиндер, бактериялардың лизисі залалсызданады.

Ауаны жылыту. 12°C-тағы ауа мұрын кіреберісінен мұрын-жұтқыншақ бөлігіне жеткенде 25°C-қа жылынады (Toremalm N., 1985), немесе бұл құбылысты физиологиялық кондиционер деп атайды. Мұрынның бұл қасиетін шырышты қабығының қанмен жақсы (кавернозды венозды өрім жүйесінде, капиллярлы қан тамырларының шоғырланып орналасуы) қамтамасыз ету ерекшелігімен түсіндіріледі.

Адамда **иіс сезу** қабілеті сүтқоректілермен және жәндіктермен салыстырғанда, әлдеқайда төмен дәрежеде дамыған. Иіс сезу аймағының көлемі шағын 2-5 см².

Иіс сезу жасушалары жоғарғы мұрын жолында, мұрын пердесінің краниалды бөлігінде және ортаңғы мұрын кеуілжірінің эпителийінде орналасқан. Иіс сезу жасушасы-бұл бастапқы сезімтал жасуша, оның аксондары иіс сезу жіпшелерінде шоғырланған, торлы сүйектің елеуіш тәрізді табақшасынан өтіп, иіс сезу түйініне енеді. Иіс импульстары гиппокампта орналасқан ОЖЖ ядроларында өңделеді. Иістер ми қатпарының жоғарғы самай иірімінде қабылданады.

Адам ағзасында рецепторлардың 350 түрі кездеседі. Адам 30 000 заттың тек 200 түрін ажыратуға қабілетті.

Иіс сезу бұзылысы синоназалды және синоназалды емес болып екіге бөлінеді.

Синоназалды - иісті заттардың иіс сезу аймағына өтуі қиындағанда (инфекциялық себептер; инфекциялық емес: аллергия, полиптер; мұрын қуысындағы: мұрын пердесінің қисаюы, қатерлі және қатерсіз ісіктер). Синоназалды емес-иіс сезу жасушаларының алғашқы зақымдануында: вирустық, кейбір жүйке ауруларында кездеседі және т.б.

Сандық зақымдану:

- гиперосмия-иістерді жоғары дәрежеде қабылдау;
- гипосмия-иіс сезудің төмендеуі;
- аносмия-иістерді қабылдау қабілетінің болмауы.

Сапалық зақымдану:

- паросмия-иісті бұрмалап қабылдау;
- фантосмия-айналада жоқ заттың иісін сезіну.

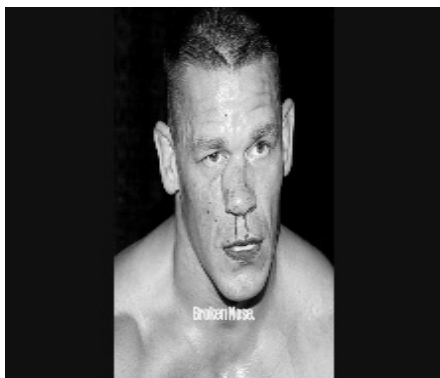
Мұрын жарақаты. Мұрын сүйектерінің сынуы. Мұрыннан қан кету

Мұрыннан қан кету

Мұрын сүйегінің сынығы бет пен бас аймағы жарақатының 45-55% құрайды. Көбінесе жарақат 21-38 жастағы ер (80% -дан астам) адамдарда жиі кездеседі. Негізгі себептері: тұрмыстық және көшедегі жанжалдар (шамамен 79%), көлік апаты (15%) және құлау. Балаларда жарақат алудың ең жоғары көрсеткіші 7 мен 12 жас аралығы.

Сыртқы мұрын шығыңқы орналасуына байланысты жиі зақымданады. Жарақатқа әсер ететін факторлар: орналасуы, соққының қарқыны, жылдамдығы, бағыты, зақымдаған заттың пішіні мен қаттылығы. Көп жағдайда жұмсақ тін, мұрын сүйегі және шеміршектер зақымдалады.

Соғылған жарақатта көбінесе мұрын сүйектерінің жабық сынығы кездеседі (6-сурет).



6-сурет. Мұрын сүйектерінің ығысқан жабық сынығы

Егер соққы алдыңғы жағынан болса, онда мұрын сүйектері орталық жіктен екі жаққа ажырайды, мұрын қыры ішке қарай ығысады. Сондай-ақ, жоғарғы жақтың маңдай өсінді сүйегі бірге сынып, мұрын пердесі де зақымдалады. Бүйір соққыдан, мұрын қыры қапталына немесе соққы тиген аймақтың бүйір қабырғасы ішке ығысады. Жарақат кезінде мұрын сүйектерінің сынығы ығыспаған болса, онда мұрын пішіні өзгермейді.

Мұрын сынығындағы негізгі белгі-ауырсыну және мұрыннан қан кету. Ауыр жарақатта мидың шайқалуы, естен тану, шок сияқты клиникалық белгілер анықталады. Мұрынның зақымдануы жеңіл жарақатқа ұқсағанмен, әртүрлі милық бұзылыстарға әкелуі мүмкін.

Торлы сүйек табақшасы зақымдалса, мұрын қуысынан жұлын сұйықтығы (ликворея) ағады. Жарақаттың алғашқы кезеңінде реактивті ісіну мен гематоманың болуынан, мұрын сүйектерінің сынығын ажырату өте қиын. Пальпациялағанда сүйектің қозғалғыштығы және крепитациясы естіледі. Сүйек сынықшаларының қалай орналасқанын, қай бағытқа ығысқанын рентгенографиялық зерттеу әдісі айқындайды.

Ауыр соққыдан сыртқы мұрынмен қоса, торлы лабиринт, жас сүйегі, жоғарғы жақ қойнауының алдыңғы, жоғарғы қабырғалары, маңдай қуысы зақымдалады.

Осы жарақат кезінде көз алмасы және оның қосалқы түзілістері, бет-жақ, бас сүйегі бірге зақымдалады (7-сурет).



7-сурет. Аралас мұрын жарақаты.

Мұрын маңы қойнаулары жарақатында бет аймағының асимметриясы, сыртқы мұрынның пішінінің өзгеруі (деформациясы), орбитаның сынуы, тері асты қан құйылыстары, ісіну көрінеді. Сіңбіргенде тері асты эмфиземасы пайда болуы мүмкін.

Зақымдалған аймақтағы ісіну, сынықты анықтауды қиындатады, сол себепті диагноз қою үшін салыстырмалы пальпация жүргіземіз. Сынықтың басты белгісі - крепитация. Бет аймағы сүйегінің зақымдануының қосымша белгілері: тері асты эмфиземасы және қан құйылыстары, парез, көз қимылдатқыш бұлшықеттердің салдануы, үштік жүйкенің аймағындағы парестезия.

Механикалық жарақатта негізгі диагностика рентгенологиялық зерттеу. Сүйек сынғанда ығыспауы мүмкін (жарылады) немесе оның сынған бөлшектері ығысып әр жерде орналасады (8-сурет).



8-сурет. Мұрын сүйектерінің сынығы.

Мұрын маңы қойнауларының қабырғалары жұқа болуына байланысты, рентгенограммада сынған сүйектер көрінбеуі де мүмкін.

Мұрын қосалқы қуыстарының сынуының жанама белгісі - гематоцеле және көз ұясының эмфиземасы. Рентгенограммада: мұрын айналасы қойнауының гематоцелесінде, оның пневматизациясы төмендейді.

Көз ұясының эмфиземасында, рентгенограммада көз алмасының үстіңгі жағынан жарты ай тәрізді болып ауаның бейнесі көрінеді.

Мұрын маңы қойнауларының жарақаты, әдетте, контузиямен қоса жүреді, олар: есінен тану, жүрек айну, құсу, жарақат аймағындағы ауырсыну, мұрыннан аз мөлшерде немесе көп мөлшерде қан кетумен сипатталады, онда шұғыл түрде қан кетуді тоқтату. Маңдай немесе жоғарғы жақ қуыстың жабық жарақатында, мидың шайқалуы болмауы да мүмкін. Зақымдалған аймақ басқанда ауырсынады, жұмсақ тіндердің жергілікті ісінуімен және аз мөлшерде мұрыннан қан кетумен шектеледі. Ісік азайған соң косметикалық ақауды көреміз - синустың алдыңғы қабырғасы ішіне қарай ығысқан.

Мұрын және торлы лабиринт бірге сынса, басқанда ауырсыну күшейеді, крепитация (тырсылдаған дыбыс), тері асты эмфиземасы (тері астында ауаның жиналуы) анықталады.

Сынған сүйек бөлшектері, шырышты қабығын зақымдап, қан көп мөлшерде кетіп және қайталаанады.

Мұрын пішінінің өзгеруі (деформациясы) әртүрлі: мұрын қыры солға, оңға немесе артқа ығысып, сыртқы пішіні аттың еріне ұқсайды. Қатты ми қабығы жарақаттанса, ликвор (жұлын сұйықтығының бөлінуі) ағады.

Мұрын сүйегінің сынығы екіге түрге бөлінеді:

- 1) ығыспаған мұрын сүйегінің сынығы;
- 2) ығысқан мұрын сүйегінің сынығы.

Мұрын рентгенограммасы, битемпералды проекциясы

Алған жарақаттардың ерекшеліктеріне сәйкес емдеу тактикасы әртүрлі. Сүйектің ығыспаған түрінде, жарақаттың дәрежесі жеңіл. Сынық ығысқан болса, ол жағдайда дәрігердің әрекеті бөлек.

Жіктелісі:

- 1) жабық сынық;
- 2) ашық сынық.

Бірінші жарақат түрінде, тері жамылғысы және сүйек қабығы (сүйекті жауып тұрған тін) зақымдалмайды. Екіншісінде, жарақат ішінен сүйекті немесе сынық бөлшектерін көреміз. Ашық сынықта қан кетіп, зақымдалған жерге инфекцияның енуі мүмкін.



9-сурет. Мұрын сүйектерінің ығысқан сынығында мұрын пішінінің өзгеруі.

Негізгі белгілері:

- 1) мұрын аймағында қатты ауырсыну, пальпация кезінде ауырсыну күшейеді .
- 2) мұрын пішінінің өзгеруі (9-сурет) (пішіні өзгереді сүйектер ығысқан болса, бірақта ығысу болмағанның өзінде, жұмсақ тіндердің ісінуінен мұрынның пішіні өзгереді).
- 3) мұрынның жұмсақ тінінің ісінуі.
- 4) қан кету (кейде мұрыннан қан ағу көп мөлшерде болады, ал оны тоқтату өте қиын болуы мүмкін).

- 5) мұрынмен тыныс арудың қиындауы (мұрын қуысындағы ісінудің әсерінен).
- 6) мұрын маңында және көз астында гематома (көгерулер). "Көзілдірік симптомы" (көздің төменгі жағындағы гематомалар) бұл белгі тек мұрын жарақатында ғана кездеспейді, сондай-ақ бас сүйегі негізі сынығының клиникалық көрінісі болып саналады, нәтижесі қолайсыз болуы мүмкін.

Емі. Мұрын жарақатында қан кету болса, оны тоқтату және ашық жарақатында, сіреспеге қарсы сарысу егу. Ми шайқалуының ауыр дәрежесінде ауруханаға жатқызылады. Зақымдалған жері өліеттенген тіндерден тазартылып, алғашқы хирургиялық өңдеу жүргізіледі, ал оперативті ем екінші тәулікте жасалады.

Жарақат сутегінің асқын тотығымен өңделеді және құрғатылады, жарақат тігіледі. Асептикалық таңғышты қолданбаса да болады. Тігісті жарақаттың бірінші күні немесе 48 сағатқа дейінгі аралықта қолданған тиімді.

Мұрын сүйектерінің ығыспаған сынығында, емдеу консервативті. Жарақат алған аймаққа салқын (мұз пакетін) басы.

Ауырсынуды азайту (егер бар болса) үшін, ауырсынуды басатын дәрілер (анальгин, кетанол, кетанов және т.б.) пайдаланылады. Мұрынға тамыр тарылтқыш дәрі-дәрмектер (нок-спрей, нафазолин, тизин және т.б.) тамызылады, ол ісікті азайтып мұрынмен тыныс алуын қалпына келтіреді. Тіндегі ісінген, көгерген жерлерге қолданылады: троксевазин, «Спасатель», «Синяк-off» және т. б.

Мұрын сүйектерінің ығысқан сынығында, ем хирургиялық. Операция «мұрын сүйектерін қалпына келтіру (редрессация)» деп аталады. 7-10 күн аралығында жасалуға тиіс (неғұрлым ерте жасалса, соғұрлым тиімді).

Сүйекшелер ығыспас үшін дәке немесе силиконнан дайындалған алдыңғы тампонды мұрын ішіне енгізеді, тампонның тұру ұзақтығы үш күннен кем болмауы керек.

Мұрыннан қан кету (МКК)

Мұрыннан қан кету (эпистаксис, грек тілінен аударғанда «тамшыдан соң тамшы») - көптеген аурулардың ағымын қиындататын патология. Оның пайда болу кезеңі тез, нәтижесі қолайсыз. Мұрыннан қан кету аз мөлшерде болса, науқастың өзі тоқтатады, медициналық көмекті қажет етпейді. Мұрыннан қан кетудің өліммен аяқталу көрсеткіші өте сирек.

Шұғыл ЛОР - көмекті қажет ететін науқастардың арасында мұрыннан қан кетудің жиілігі 20,5% - ға дейін (Пальчун В.Т., 2022). Әртүрлі авторлардың мәліметтері бойынша тұрғындар арасында 60% өмірлерінде бір рет болса да, мұрыннан қан кетудің болғанына шағымданады.

Қан кетудегі медициналық көмек, жалпы дәрігерлік манипуляцияға жатады. Алайда, қарқынды және қайталанатын қан кетуде, мамандандырылған медициналық көмек қажет. Оториноларингология бөлімшесінде науқастардың 10% мұрыннан қан кету құрайды.

Мұрын қуысының шырышты қабығы қанды сыртқы және ішкі артерияларынан алады, негізінен қанмен қамтамасыз етеді сыртқы артериядан бөлінетін негізгі-таңдай және алдыңғы және артқы торлы (aa. ethmoidales anterior et posterior) артериялар (ішкі ұйқы артериясының көз артериясының тармағы).

Сыртқы ұйқы артерия тармақтары мұрын қуысының түбінің алдыңғы-төменгі және мұрын пердесінің алдыңғы бөлігін қанмен қамтиды. Мұрын пердесінің алдыңғы-төменгі бөлігінде қан тамырлары шоғырланып орналасқан Киссельбах немесе Литтла аймағы деп аталады.

Бұл аймақтағы артериялардың түзілісін құрайтын тамыр қабырғалары өте жұқа сына-таңдай, алдыңғы торлы және жоғарғы ерін артериялардың анастомозы. Бұл аймақтағы қан тамырларының құрылымы үш қабаттан тұрады: ірісі - перихондралды, ортаңғы калибрлі - безді, капиллярлар - эпителий асты қабатында. Бұл аймақ мұрыннан қан кетудің 80-95%-ын құрайды.

Мұрын пердесінің артқы бөлігінде сына-таңдай артериясы орналасқан. Шетелде а. sphenopalatina жиі "мұрыннан қан кетудің артериясы"-epistaxis artery (Purushothman L., Purushothman P. K., 2010) деп аталады. Мұрын пердесінің артқы бөліктерін және мұрын қуысының сыртқы қабырғасын қанмен қамтамасыз етеді.

Ішкі ұйқы артерияның тармағы-алдыңғы және артқы торлы артериялар. Біріншісі мұрын қуысының жоғарғы және алдыңғы бөліктерінде, торлы қойнауудың алдыңғы жасушаларында және жартылай маңдай қойнауында орналасқан. Екіншісі - ортаңғы мұрын кеуілжірінің жоғары жоғарғы бөлігіндегі мұрын қуысының бүйір қабырғасында орналасқан.

Венозды қанның ағымы алдыңғы бет және орбиталды тамырлармен жүзеге асады.

Мұрын қуысының артқы бөліктерінен қан кетуге себеп Вудрафф аймағы (мұрын-жұтқыншақ), ол аймақтағы қан тамыр шоғыры, ортаңғы мұрын кеуілжірінің артқы бөлігінің беткейінде, мұрын-жұтқыншаққа шекаралас орналасқан. Мұрын-жұтқыншақ өрімі сына-таңдай және жоғарғы жұтқыншақ артериясы анастомозынан құралған. Вудрафф веналық өрімінде бұлшықет қабаты болмайды. Мұрын қуысының алдыңғы және артқы бөліктеріндегі артериалды және венозды қан тамырларының орналасуы мен морфометриялық параметр ерекшеліктеріне сәйкес, мұрыннан қан кету әртүрлі болады. Мұрын қуысының алдыңғы бөлігіндегі артериялар беткейіне жақын, ал артқы жағында тереңде орналасқан. Веноздық құрылым алдыңғы бөлігінде жақсы жетілген. Осы ерекшелігіне байланысты алдыңғы бөлімінен қан кету венозды, қарқынды емес, орташа дәрежеде, мұрын қуысының артқы бөліктерінен қан кету қарқынды, артериялық типте, жиі қайталанатын.

Мұрыннан қан кетудің басты себебі - мұрын қуысының шырышты қабығындағы қан тамырларының зақымдануы. Мұрыннан қан кету себептеріне байланысты жергілікті және жалпы болып бөлінеді.

Жергілікті себептері:

- 1) мұрын және мұрын ішілік құрылымдардың жарақаты (бөгде денемен шырышты қабығының зақымдануы, операциялық жарақат, мұрын қуысына жүргізілген емдеу-диагностикалық манипуляциялар, мысалы: мұрын маңы қойнауының пункциясы және катетеризациясы, назотрахеалдық интубация, назогастралды зонд қою, эндоскопия жасау және т. б.);
- 2) мұрын қуысының шырышты қабығының қанмен толығыуы (жедел және созылмалы ринит, синусит, аденоидты вегетация);
- 3) мұрын ішілік шырышты қабығының дистрофиялық өзгерістері (атрофиялық ринит, мұрын пердесінің қисаюы);
- 4) мұрын қуысының ісіктері (ангиома, қатерлі ісіктер, жұқпалы гранулемалар (туберкулез, мерез және т.б.)).

Жалпы себептер:

- 1) жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары (гипертония ауруы, симптоматикалық гипертензия, жүрек ақауларында, бас және мойын қан тамырларының аномалиясы, одан да басқа қан тамырларының атеросклерозы);
- 2) коагулопатия, геморрагиялық диатез және қан жүйесінің аурулары, гипо- және авитаминоз;
- 3) жедел инфекциялық аурулардағы гипертермия, күн өту, шаршау;

- 4) барометр қысымының тез өзгеру нәтижесінде (ұшу, сүңгу кезінде, альпинистерде);
- 5) гормоналды бұзылыстар (ювенилді, викарлы және жүктілік кезінде қан кету).

Мұрыннан қан кетудің клиникалық белгілері:

- қан кетудің негізгі белгілері;
- қан кетудің (патологияның) себептері;
- жедел қансыраудың белгілері.

Қан кетудің негізгі белгілері: риноскопия (мұрын жолынан) және фарингоскопия (жұтқыншақтың артқы қабырғасынан) кезінде, қан кету белгілері анықталады.

Себепші факторлар: әртүрлі аурулар немесе жарақаттар. Жедел қан кетудің белгілері, оның ерекшеліктеріне (орналасуына, қарқындылығына), кеткен қанның мөлшеріне, преморбидті жағдайына, науқастың жасына және жынысына байланысты.

Орналасуына байланысты мұрыннан қан кету екіге бөлінеді: алдыңғы және артқы. Мұрын пердесінің алдыңғы бөлігінің екі жағындағы Киссельбах аймағынан (мұрынның қан кету аймағы) 90-95% жиі қан кетеді. Осы аймақта мұрын пердесінің (a. nasalis septi), үлкен таңдай (a. palatina major), алдыңғы торлы (a. etmoidalis anterior) және жоғарғы ерін (a. labialis superior) қан тамырлары шоғырланған. Бұл жердің шырышты қабығы жұқа, шырыш астылық қабаты болмайды, сондықтан қан тамырлары сыртқы механикалық фактордан немесе тамыр ішілік қысым жоғары болса тез зақымдалады.

«Алдыңғы» қан кетудің қарқындылығы баяу, адам өміріне қауіпті емес, өздігінен тоқтауы мүмкін (коагулопатия болмаған кезде) немесе алғашқы медициналық шаралар кезінде тоқтатылады.

Мұрынның «артқы» бөлігінен қан кетуді «алдыңғымен» салыстырғанда қан кету көп мөлшерде және тез (көбінесе, мұрын қуысының артқы терең бөлігінде орналасқан ірі қан тамырларының зақымдануы), адам өміріне қауіпті. Өздігінен тоқтауы сирек, арнайы тоқтату шараларын пайдалану керек.

Қан кетудің деңгейіне сәйкес, мынадай дәрежеге бөлінеді: **аз мөлшерде (шамалы), жеңіл, орташа ауырлықта, ауыр және массивті** болып бөлінеді.

Қан кетудің аз мөлшері бірнеше тамшыдан бірнеше ондаған миллилитрге дейін (100 мл-ден аспайды). Ағзадан аз көлемде қан кету кезінде метаболикалық ауытқулар болмайды және патологиялық симптомдар анықталмайды. Науқастың жағдайы қанағаттанарлық,

гемодинамика көрсеткіштері қалыпты. Гематокрит өзгеріссіз. Алайда, психикасы тұрақсыз жас балаларда (истерия) немесе вегетативті жүйке жүйесі лабилді адамдарда (есінен тану) психогенді өзгерістер болуы мүмкін.

Қан кетудің жеңіл түрінде, айналымдағы қан көлемінің төмендеуі 10-12% болса, онда ересек адам 500-700 мл қан жоғалтқан. Науқас шағымданады: әлсіздікке, құлақтың шулауына, көздің бұлдырауына, шөлге, бас айналу, жүректің жиі қағуына. Тері жамылғысы және шырышты қабығы аздап бозарады.

Қан жоғалту көрсеткіші 15-20% - ға өссе (ересек адам үшін 1000-1400 мл) орташа ауырлық дәрежесі диагнозы қойылады. Субъективті симптомдар көбейеді, тахикардия, қан қысымының төмендеуі, еңтігу және перифериялық вазоспазм (акроцианоз) пайда болады. Тахикардия, гипотония. Нв 80 г/л-ден төмен болса, онда гематокрит дисбалансының (теңгерімсіздігінің) белгісі.

Айналымдағы қан көлемінің (АҚК) жоғалтуы 20% - дан жоғары болса, геморрагиялық шок дамиды (сананың өзгеруі, тахикардия, тамыр соғысы жіп тәрізді, қан қысымының күрт төмендеуі).

Қан жоғалту көлемі 1,5 л-ден асса, АҚК тапшылығы 25-30%. Гемоглобин 50 г/л — ден төмен.

Қансырау көлемін, **Алговер** индексі арқылы анықтауға болады: ЖСЖ/АҚС, шешімі ЖСЖ - жүрек соғысының жиілігі, АҚС-артериалдық қысымның систоласы (мм.сын.бағ.). Айналымдағы қан көлемі 20-30% - ға төмендесе (шамамен 750 мл - 1,0 л құрайды) Алговер индексі 1,0 - ге тең; АҚК 30% - дан төмендеген кезде (1 л 200 мл-1 л 500 мл) - 1,5; қан кету 50% құраса, онда-2,0.

Диагностикасы

Мұрыннан қан кетуді («алдыңғы» немесе «артқы») ажырату үшін сыртқы қарау, алдыңғы риноскопия және фарингоскопия жасалады. Қан кету мұрын жұтқыншақ бөлігінен бе, тыныс алу жолдарынан ба, әлде өкпе мен асқазанда орналасқанба анықтау қажет. Осы аталған ағзалардан аққан қан хоана арқылы өтіп, мұрыннан қан кетуі мүмкін.

Өкпеден қан кеткенде, көбікті қақырық, ал түсі ашық қызыл. Қан кету асқазаннан болса, құсықтың түсі қоңырға боялады.

Бірақта, мұрын қуысындағы қан, өңеш арқылы асқазанға жиналып науқас құсады, құсықтың түсі қою кофеге ұқсайды.

Үлкен қиындықтардың бірі мұрыннан қан кетудің себебін (этиологиясын) және қансыраудың көрсеткішін айыра білу. Ол үшін

жалпы клиникалық және параклиникалық зерттеу (жалпы қан анализі, коагулограмма және т.б.) әдістері қолданылады.

Емі

Мұрыннан қан кету кезіндегі көмек көрсету шаралары:

- 1) қансыраудың алдын алу мақсатында, қанды уақытылы тоқтату;
- 2) этиотропты терапия (мысалы: гипертония ауруында гипотензивті препараттарды тағайындау);
- 3) жедел қансырау асқынуларымен күресу (гиповолемия, геморрагиялық шок, тромбгеморрагиялық синдром, постгеморрагиялық анемия) және оның алдын алу шаралары;
- 4) гемостатикалық терапия.

Мұрыннан қан кетуде жергілікті еммен қоса, оның патогенезін ескеру керек! Мұрыннан қан кетуде «бірінші тәсіл», қан кету аймағындағы қанды тоқтату, ал екіншісі шара қан кетудің қайталануын алдын алу. Алдағы міндет мұрыннан қан кетуді тоқтату және гиповолемияны болдырмау (Волков А.Г., 2002).

МҚК-ді емдеуге консервативті және хирургиялық ем қолданылады. Қан кетудің тоқтату әдістері: механикалық, химиялық немесе дәрілік, физикалық және биологиялық. Көбінесе бірнеше тәсілдер бірден пайдаланылады.

Мұрыннан қан кету гипертония ауруында жиі кездеседі, негізгі себеп қан қысымының жоғарылауы болса да, оларға ықпал ететін қан тамырларының механикалық жарылуы емес, қанның микроциркуляциясы мен коагуляциялық қызметтерінің бұзылуы, бұл үрдіске басты себепкер, тамыр ішінде қанның ұюы (Бойко Н.В., 2001).

Осы өзгерістерді қалпына келтіру үшін антиагрегантты және гемодилюциялық дәрі-дәрмектерді көктамыр арқылы енгізіледі: актовегин 400-800 мг 200,0 мл физиологиялық ерітіндімен, пентоксифилин 100 мг 200,0 мл 0,9% натрий хлорид ерітіндіде. **Қарсы көрсеткіш болып табылады, 5% аминакапрон қышқылы ерітіндісін қолдану.**

Қарқынды және қайталанатын МҚК, жаңа мұздатылған донорлық плазманың трансфузиясын пайдаланған жөн. 12,5% - 4 мл дицинонды көктамырға енгізіп, содан кейін 2 мл күніне 2-3 реттен бұлшықетке тағайындайды. Гемостатикалық ықпалы бар гидрокортизон гемисукцинатын көктамырға енгізу (күніне 30 мг 2-3 рет 3-4 күнге) және 5% натрий гидрокарбонат ерітіндісін (күніне 30 мл қышқыл-сілті тепе-теңдігін бақылау арқылы), ылғалды оттегінің ингаляциясын тағайындау.

Мұрыннан қан кетуді тоқтату әдістері

1. Қан кетуді тоқтатудың қарапайым тәсілі.

«Алдыңғы» мұрыннан қан кету кезіндегі шара:

- науқас отырады немесе көлденен күйінде басын көтеріңкі ұстайды, (сырқаттың басын шалқайтса, бас және мойын тамыр жүйесіндегі вена ағымы қиындайды, ол аймақтағы қан қысымы жоғарылап, қан кету күшейіп, ауыз-жұтқыншаққа қарай ағады);
- мұрынның қан кеткен бөлігіне вазоконстриктор ерітіндісі сіңірілген (егер артериалды қан қысымы жоғары болмаса) мақта түйірін немесе 3% сутегі асқын тотығы ерітіндісі, гемостатикалық дәрі-дәрмектерді бірге білтеше (білтелерді) енгізеді;
- мұрынның қанатын саусақпен басамыз (10-15 минут), (егер науқастың жағдайы ауыр болмаса, онда өзі ұстайды);
- кеңсірік аймағына салқын басу (дымқыл салқын сүлгі, резеңкеге салынған мұз және т. б.);
- науқасты тыныштандыру;

МҚК тоқтатудың ең көп таралған түрі-мұрын тампонадасы.

Оның нәтижелігі 80% - дан 90% - ға дейін.

2. Мұрын қуысының алдыңғы тампонадасы.

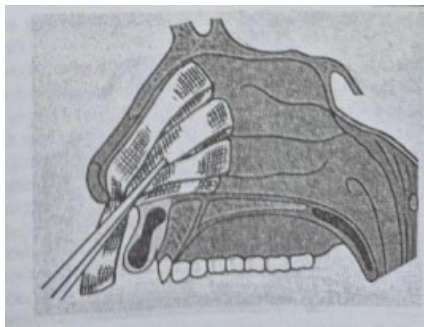
Мұрынның алдыңғы тампонадасына көрсеткіш:

- «артқы» қан кетуге күдік;
- 15 минут аралығында «алдыңғы» мұрыннан қан кетуді тоқтату шараларының нәтижесіздігі.

Мұрынның алдыңғы тампонадасы үшін, дәкеден жасалған ұзын (50-60 см), жіңішке (1,5–2,0 см) білте пайдаланылады. Тампонға гемостатикалық сықпа немесе май қосылады, мұрын айнасы мен имек пинцеттің көмегімен білтелерді мұрынның кіреберісінен хоанаға тығыздап енгізіп, рет-ретімен мұрын қуысының күмбезіне дейін толтырып салады. Егер ересек адамдарда, мұрынның бір жақ бөлігіне тығыздап енгізсек, онда шамамен 1,0–1,5 м білте қажет. Мұрын пердесінің ығысуын болдырмас үшін, алдыңғы тығын екі жағына да қойылады.

Алдыңғы тығыннан соң, қан кету белгілерін анықтау үшін сыртқы қарау және мезофарингоскопия жасалады. Содан соң, сақпан тәрізді таңғышпен бекітіледі. Алдыңғы тығын дұрыс қойылса, онда мұрынның артқы бөлігінен қан кету белгісі анықталмайды. Алдыңғы тығынның атқаратын қызметі зақымдалған шырышты қабығын қысады және гемостатикалық препараттармен қаныққан, сол себепті қан кетуге кедергі жасайды (10-сурет). Жергілікті тромбты қалыптастыру

мақсатын, мұрын қуысында тампонның тұру ұзақтығы: 1-3 күн (Конден Р., Найхус Л., 1998), 3-5 күн (Frazee T.A., Hauser M.S., 2000), кейбіреуі — 4-6 күн (Гаджимирзаев Г. А., 1998; Гапонюк А.В. және басқа да авторлар 2006).



10-сурет. Мұрын алдыңғы тампонадасының техникасы.

3. Мұрын қуысының артқы тампонадасы. Алдыңғы тампонададан соң, қан кету қайталанса (қан кету жұтқыншақтың артқы қабырғасынан анықталады), онда артқы тампонада қолданылады. Ол үшін пішіні төртбұрыш, ортасы жібек жіппен тығыз байланған, дәкеден дайындалған көлемі 3х3х2 см артқы тампон, ені 1,0х1,5см, ұзындығы 1,0-1,5 метр білте, жіңішке резеңке катетер, пинцет, мұрын айнасы, шпатель, сақпан тәрізді таңғыш қажет.

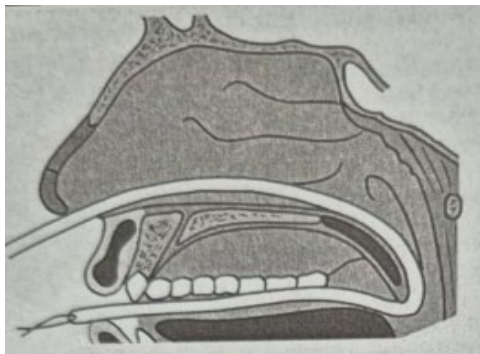
Мұрынның қан кеткен бөлігінен, төменгі мұрын жолымен катетерді енгізіп, ауыз-жұтқыншақтан көрінген соң, пинцеттің көмегімен ауыз қуысынан шығарылады. Жіптің екі ұшын катетерге байлап, мұрын арқылы кейін тартып, артқы тампонды мұрын-жұтқыншаққа енгізіп, хоанаға қарай тығыздап орналастырады (11 а, б, в-сурет).

Алдыңғы тампонада жасалып, мұрын кіреберісіне дәкеден жасалған түйін қойып, оны екі жіппен қысып байлайды. Сақпан тәрізді байламмен бекітіледі.

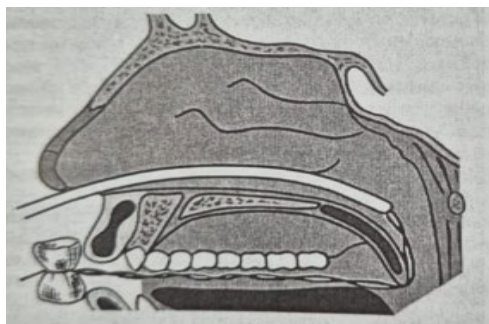
Тығынды алғанда қан кетудің алдын алу үшін тампонға 3% сутегінің асқын тотығын тамызады. Алдыңғы тампонның тұру ұзақтығы 2 тәулік, артқысы 4-6 тәулік аралығында.

Дәкеден жасалған тампонды латекс гидравликалық немесе пневматикалық тығынмен алмастыруға болады. Кейде дайын Mergosel, Doyle губкасы, тампон орнына қолданылады. Гемостатикалық мақсатта алгинат үлділілері (пленкасын), каноксидел, гидрогелдер, «Цимезол»

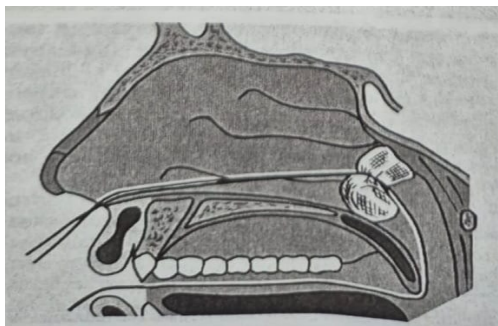
аэрозоли, статизол, кверцетин, циакрин және т.б. пайдаланылады, бірақ олардың гемостатикалық әсері төмен (әлсіз). Дәстүрлі тәсілдермен салыстырғанда, бұл дәрі-дәрмектердің құны қымбат, сол себепті оның пайдалану деңгейі шектелген.



11а-сурет. Мұрын қуысының артқы тығынының орындалу кезеңдері: резеңке катетерді төменгі мұрын жолы бойымен мұрын-жұтқыншаққа дейін өткізеді де, ауыз жұтқыншақтан көрінгеннен кейін, оны корнцангпен ұстап, ауыз қуысы арқылы сыртқа шығарылады.



11б-сурет. Мұрын қуысының артқы тығынының орындалу кезеңдері: ауыз жақтағы катетердің ұшына тығынның екі жібін байлайды да, содан соң катетерді кейін қарай мұрын арқылы тартып шығарады.



11в-сурет. Мұрын қуысының артқы тығынының орындалу кезеңдері: артқы тығынды жұмсақ таңдайдың артқы жағына өткізіп, оны хоанаға қарай тығыздап орналастырамыз.

Тампонның асқынулары: бас ауруы, мұрын пердесінің гематомасы және абсцесі, шырышты қабығының некрозы, синусит, отит, жедел дакриоцистит және т.б.

4. Мұрыннан қан кетуді тоқтатудың хирургиялық әдістері. Артқы тампоннан соң, қан кету қайталанса (оны алғаннан кейін қан кетудің басталуы) хирургиялық (этмоидотомия операциясынан соң, тығыз тығын қою, сыртқы ұйқы артериясын байлау) немесе эндоваскулярлық әдістер (жоғарғы жақ артериясының тармақтарын эмболизациялау) қолданылады. Мұрын пердесінің алдыңғы бөлігінен жиі қан кету себебі, шырышты қабықтағы эрозивті өзгеріс. Бұл жағдайда зақымдалған жерге эпителизацияны жеделдететін (гемостатикалық губкалар, аутофибрин үлдірін, дәруменді-майлы жақпаларды және т.б.) әдісін қолдану қажет. «Алдыңғы» қан кету Киссельбах аймағынан болса, қан тамырларының облитерациясы (химиялық склерозды әсері бар препараттар, шырышты қабықты сылу, криодеструкция, электрокоагуляция) жасалады.

Биологиялық әдістер

Бұл әдісте: қан және оның компоненттерін, плазма құю, мұрын тампонадасына биоматериалдарды пайдалану. Гемостатикалық губка, формалин сіңген және сублимацияланған мэйіттің біртекті, гетерогенді биологиялық тіндері: сақталған мэйіт фасциясы, қатты ми қабығы, құрсақ бөлігінен алынған тін және т.б.

Олардың құрылымы антибиотик, протеаз ингибиторлары (трасилол, контрикал) және антисептиктерге қаныққан.

Биотампон МҚК-ді тоқтатады және жарақаттың жазылуын тездетеді. Мұрыннан қатты қан кету кезінде, науқастар жиі жедел медициналық көмек бригадасын жүгінеді, алғашқы көмек ретінде алдыңғы тампонада жасалады, артериалды қан қысымы жоғары болса, гипотензивті, гемостатикалық препараттар тағайындалады.

Ауруханаға дейінгі аралықта, отоларинголог дәрігері мұрыннан қан кетуді тоқтатады, оның себебін және аққан қанның мөлшерін анықтайды.

Қан көп кетсе, көмек көрсетуге кешенді түрде отоларинголог, терапевт, кардиолог, қажет болса гематолог, трансфузиолог, реаниматолог қатысады, уақытылы қолданылған кешенді ем өте нәтижелі.

Қайталамалы МҚК-де постгеморрагиялық анемияда нақты медициналық ем тағайындау керек (С.Я. Косяков және басқа да авторлар, 2012). Темір тапшылығы анемиясы (ТТА) дүние жүзіндегі денсаулық сақтау жүйесіндегі шешімін таппаған жалпы ұлттық проблема. Батыс Еуропа және АҚШ мемлекетінде темір тапшылығы анемиясы мәселесі Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының

"Тұрғындардың гемоглобинін сауықтыру" бағдарламасы арқылы жүзеге асады. Қазақстанда темір тапшылығы анемиясы ең маңызды медициналық және әлеуметтік мәселе. Анемия МҚК асқынуы ретінде науқастар арасында 84-87% құрайды.

ТТА қан сарысуында және сүйек кемігінде темір тапшылығы әсерінен, гемоглобин түзілісінің бұзылуымен сипатталатын клинико-гематологиялық симптомды кешен. Постгеморрагиялық анемияны емдеуге темірмен қоса тотем препараты пайдаланылады, оның құрамында темірмен бірге органикалық тұздардан тұратын мыс пен марганец кездеседі. Тәулігіне 100 мг тағайындалады (күніне 10 мл екі рет).

Мұрын фурункулы

Мұрын фурункулы - бұл өте жиі кездесетін ауру, ол шаш қапшықшасы немесе май безінің жедел іріңді-некрозды қабынуы. Көбінесе мұрын қанатында (13,3%), кіреберісінде және оның ұшында (11-12,1%) орналасады. Қоздырғыштары: бактериялық микрофлора, көбінесе стрептококк немесе стафилококктар. Себептері: дененің жалпы реактивтілігінің төмендеуі, иммун тапшылығы, қант диабеті, гиповитаминоз және ауыр соматикалық аурулар. Көп жағдайда бейімдеуші факторлар: мұрынның микрожарақаты мен дененің салқындауы.

Мұрын кіреберісіне дөңгелек пішіндегі инфильтрат түзіліп, оның ортасында іріңді-некрозды өзек қалыптасады. Мұрын жолының тарылуына байланысты, зақымдалған жағында тыныс алудың қиындауы мүмкін. Жоғарғы ерін, қабақ және ұрттың жұмсақ тіндері ісініп, инфильтрацияланып, беттің пішіні өзгереді. Дене қызуы жоғарылайды, бас ауырып, әлсіздікке шағымданады.

Бірнеше күннен соң қабыну маңында, іріңді ошақ қалыптасады, оның айналасы инфильтрацияланады. Фурункула өздігінен ашылып, іріңді бөліндіден тазарып, жарاقاتтың беткейі жабылады.

Мұрын фурункулы кейде карбункулмен, орбитаның флегмонасымен, кавернозды синустың тромбозымен асқынады. Сирек жағдайда фурункула жергілікті созылмалы ауру ретінде қайталануы мүмкін. Іріңдіктің беткейінен жағынды алынып, бактериялық тексеріске жіберіледі.

Мұрын фурункулын қабыну үрдісінің кезеңіне байланысты емдейді. Инфильтрация сатысында жергілікті емі: Вишневский немесе құрамына антибиотиктер қосылған жақпа майы пайдаланылады.

Іріңдікті ашқан соң, іші сутегінің асқын тотығы мен анилиндік бояғыштармен өңделеді. Антибактериялық терапия тағайындалады.

Улану симптомдары айқын болса, уытсыздандыру және инфузиялық емшаралар жүргізіледі. Иммунды жүйені қалпына келтіретін және антигистаминді дәрі-дәрмектерді қолдану. Тіндер некроздана бастаса, онда оперативті ем-абсцессті ашу және дренаждау. Сауығу сатысында УЖЖ (УВЧ) пайдалануға болады.

Тромбофлебит және кавернозды синустың тромбозының асқынуының алдын алу мақсатында мұрын мен жоғарғы еріннің фурункулымен міндетті түрде ауруханада емделуге тиіс. Себебі инфекция, мұрын мен жоғарғы еріннің тамырлары, бет, бұрыштық және жоғарғы көз тамырлары венасы арқылы кавернозды венозды синуска енеді. Мұрын фурункулының, осы венозды ағымдық ерекшеліктеріне байланысты, бассүйек ішілік асқынулар дамиды, мысалға: ми абсцесі, менингоэнцефалит, ми синусының септикалық тромбозы. Сондықтан кез-келген дәрігер науқасқа нақты диагноз қоюды және емдеу тактикасын білуі керек.

Әдебиеттер:

1. Бойко Н.В. Диагностика и лечение носовых кровотечений. М.: Гэотар-Медиа. 2026.- 96с.
2. Блоцкий А. А., Карпищенко С. А. Неотложные состояния в оториноларингологии. СПб. Диалог, 2016. – 203 с.
3. Волков А.Г. Лобные пазухи. Изд. «Феникс». Ростов-на-Дону. 2000. - 260с.
4. Говорун М.И., Горохов А. А. Повреждение ЛОР органов и шеи в мирное и военное время. Руководство для врачей. - Издательство: СпецЛит изд. 2010. - 128с.
5. Пальчун, В.Т. Оториноларингология: национальное руководство/ В.Т. Пальчун – 2-е изд., перераб. и доп. Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. -1024 с.
6. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - 3-е изд., доп. Медицинское информационное агентство. М. - 2017. - 750 с.
7. Русецкий Ю.Ю. Травмы носа: этиология, патогенез, клиника, лечение : Учебное пособие. МИА изд. 2019.- 48с.
8. Славский, А.Н., Носовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие /А.Н. Славский, В.М. Свистушкин, С.В. Старостина [и др.]. - М. – 2019. – 168с.

Бақылау сұрақтары:

1. Сыртқы мұрынның құрылымы.
2. Мұрын қуысы. Мұрын пердесінің құрылымы мен қызметі.
3. Остиометалды кешеннің құрылымы.
4. Мұрын қуысының қанмен қамтамасыз етілуі және иннервациясы.
5. Мұрынның қызметі.
6. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының жарақатының жіктемесі.
7. Мұрын жарақаттары кезінде көмек көрсету алгоритмі.
8. Мұрыннан қан кету. Себептері, клиникасы, тоқтату тәсілдері.
9. Алговер индексі дегеніміз не?
10. Мұрынның алдыңғы және артқы тығынының техникасы.
11. Мұрыннан қан кетуді тоқтатудың биологиялық әдістері.
12. Мұрын фурункулы және бұл науқастардың ауруханаға жатқызудың қажеттілігі.

Дәріс 3.

Жедел және созылмалы ринит.

Жедел және созылмалы синусит

*Ілгері ұмтыл, алға бас –
қандай құдіретті сөз.*

Н.В.Гоголь

Мақсаты. Мұрын қуысы және мұрын маңы қойнауларының (ММК) ауруларының негізгі клиникасы, диагностикасы, консервативті және хирургиялық емдеу қағидаларына түсініктеме.

Дәріс тезистері:

1. Жедел ринит. Патогенезі, клиникалық көрінісі, емі.
2. Созылмалы ринит. Патогенезі, клиникалық көрінісі, емі. Жіктемесі.
3. Жедел және созылмалы мұрын маңы қойнауларының аурулары.
4. Жіктемесі, диагностикасы, емі.
5. Одонтогенді гаймориттің ерекшеліктері. Клиникасы. Диагностикасы. Емі.

Көрнекі құралдары: презентация, кестелер, муляждар.

Мұрын қуысының қабыну аурулары

Жедел ринит (ЖР)

Мұрын қуысының клігей қабығының жедел қабынуы 3 топқа бөлінеді:

- 1) *Жедел катаралды (спецификалық емес) ринит.*
- 2) *Ерте жастағы балалардағы жедел ринит.*
- 3) *Жедел ринит инфекциялық аурулардың симптомының көрінісі.*

Жедел катаралды (арнайы емес) ринит. ЖР отбасылық дәрігер тәжірибесіндегі жиі кездесетін аурулардың бірі. Бұл әртүрлі жастағы ерлер мен әйелдерде (45%) бірдей кездесетін, шырышты қабығының жедел катаралды қабынуы (ерте жастағы балаларда 90% құрайды). ЖР жаздың күзге, күздің қысқа ауысу кезіндегі маусымдық эпидемия. Көбінесе, гиповитаминозда, әлсіз, шаршаған адамдарда, реконвалесценттерде кездеседі.

Жедел спецификалық емес ринит, вирустармен (аденовирустар, тұмау вирустары А, В, С, парагрипп, респираторлық синцитиалды вирустар, Коксаки вирустары және ЕСНО) шақырылады, олар мұрын қуысындағы сапрофитті микрофлораның белсенділігін арттырады, сондай-ақ әртүрлі инфекциялық факторлар да маңызды рөл атқарады.

Оданда басқа ұн, тас және ағаш ұнтақтары, химия өнеркәсібіндегі механикалық және химиялық тітіркендіргіштер де себепші. Бұл аэрозолдардың түйіршіктері мұрын шырышты қабығының механикалық зақымдауымен бірге, оның қабынуына ықпал етеді.

Химиялық заттар (хром, фтор, фосфор, күкірт және т.б.) күйдіргіш әсерге ие, шырышты қабықта альбуминат, ал ұсақ қан тамырларда тромбоз түзеп, некроз қалыптасады. Химиялық заттардың әлсіз концентрациясынан, реактивті қабыну белгілері пайда болады.

Жедел риниттің **бейімдеуші факторлары:** экология, ауаның ластануы, тұрғындардың тығыз орналасуы, сыртқы ортадағы температураның жиі өзгеруі, дененің тоңазуы, ауаның ылғалды болуы.

Патогенезі. Осы этиологиялық факторлар әсерінен, биологиялық заттардың белсенділігін арттырады, жасушаларда қабыну ошағы пайда болып, ол мұрын қуысындағы шырышты қабығының тасымалдау жүйесінің қызметін тежейді, мұрын бөліндісінің (лизоцим, лактоферрин, интерферон, иммуноглобулиндер концентрациясының төмендеуі) бактерицидтік қасиетін төмендетеді. Бұл көрініс тамырлардың парезімен, мұрын қуысының шырышты қабығының қан тамырларының шала салдануымен, гиперемия мен ісіну және қан жасушаларының диапедезімен сипатталады. Қабынуға қарсы белсенді биологиялық заттар шырышты қабық асты бездері мен бокал тәрізді жасушалардың бөлініс қызметін күшейтеді. Егер вирус қылтамырдың эндотелийін зақымдаса, онда бөлінді қан аралас сипатқа ие. Кейіннен экссудаттағы шырыш мөлшері көбейіп, нейтрофилдер үстемдік ала бастайды. Қабыну үдерісі біртіндеп жойылып, бездердің қызметі қалпына келеді. Кейбір авторлар жедел риниттің пайда болу себебін, салқынға аллергияның болуымен байланыстырады.

Клиникасы және симптомы. Жедел катаралды ринитте қабыну процесінің басталуы тез және мұрын қуысының екі жағында орналасады. Клиникалық белгілері: жалпы және жергілікті. Соңғысы қабынудың классикалық белгілерінен тұрады: rubor, tumor, calor, dolor және дисфункция – functio laesa. Бұл симптомдардың дәрежесі әртүрлі.

Шырышты қабықтың қызаруы (rubor) және мұрын кеуілісінің ісінуі (tumor). Қызу (calor) құрғау мен күйеу белгісінде кездеседі. Ауырсынуға (dolor) шағымданбайды, жалпы мұрын жолы кең болғандықтан, ісіну болғанның өзінде үштік жүйкенің ауырсынуы анықталмайды. Ауырсыну сезімі түшкіру және көзден жас ағу рефлексі ретінде байқалады.

Егер мұрын кеуілжірлердің көлемі ұлғайып, қарсы беткейіне жанасса, онда мұрын толықтай бітеледі. Мұрынның бітелуінен әсерінен басы ауырлайды, маңдай аймағы ауырсынады. Функционалды бұзылыстар (*functio laesa*) болады: мұрынмен тыныс алудың қиындауы және бөліністің болуы, иіс сезудің төмендеуі, дауыстың өзгеруі. Мұрынмен тыныс алудың қиындауынан, мұрын қуысының рецепторлық қызметі төмендеп, қорғаныш рефлексі әлсірейді. Науқас ауыз арқылы дем алуға мәжбүр, бұл жағдай төменгі тыныс алу жолдарының шырышты қабығының қабынуын туындатады.

Шырышты қабықтың ісінуі нәтижесінде, иіс сезу аймағына (*anosmia essentialis*) ауаның енуі қиындайды және иіс сезу талдағыштарының ұштарының қабынуынан (*anosmia respiratoria*) иіс сезу қабілеті төмендейді.

Жедел риниттің бірінші сатысында секрецияның бұзылуы. ЖР бастапқы кезеңінде мұрынның шырышты қабаты құрғақ (гипосекреция). Содан кейін, гиперсекреция басталады, алдымен транссудат, одан соң қою шырышты-іріңді бөлініске алмасады.

Дене температурасы субфебрилді, жеңіл дәрежедегі қалтырау, әлсіздік, тәбеттің төмендеуі, ұйқысыздық, бас ауру және т.б.

Жедел ринит клиникасы үш кезеңге бөлінеді. Бірінші кезеңі (құрғақ кезеңі) мұрынның құрғауы, сыздауы және күй сезімімен сипатталады. Риноскопияда: шырышты қабығы құрғақ, гиперемияланған. Мұрын да, жұтқыншақта рефлексстер (түшкіру, жөтел) пайда болады. Мұрын кеуілжірлерінің көлемі ұлғаяды, алдыңғы риноскопия кезінде, тек төменгі мұрын кеуілжірлерін алдыңғы бөлігін көреміз. Мұрынмен тыныс алуы болмаған жағдайда, аносмия әсерінен дәм сезу қабілеті төмендейді. Науқас міңгірлеп сөйлейді. Бірінші кезеңнің ұзақтығы, бірнеше сағаттан 1-2 күнге дейін.

Екінші кезең (сірілі (серозды) бөліну кезеңі). Ол түссіз сұйықтықтың (транссудат) көп бөлінуімен ерекшеленеді.

Бөліністің құрамында натрий хлорид пен аммиактың болуынан мұрынның кіреберісі тітіркенеді. Бұл кезеңде күй және құрғау сезімі азаяды. Шырышты қабығы көгілдір түсті, ылғалдылығы жоғары, төменгі және жалпы мұрын жолында көп мөлшерде бөлініс анықталады. Бөлінді мөлдір немесе құрамындағы ақуыздың деңгейі жоғары болса, түсі сары болуы мүмкін. Мұрын кеуілжіріндегі ісіну азайып, мұрыннан тыныс алуы жақсарады.

Үшінші кезең (кілегейлі-іріңді бөлініс). Жедел риниттің 3-5-ші күнінен басталады. Бөліністің мөлшері азайып, жаймен қоюланады.

Лейкоциттердің өлуінен ферменттер түзіліп, жасыл түске енеді. Кейде, бөліністің мұрын қуысында қою және тығыз болуынан, сіңбіргеннің өзінде шығуы өте қиын болады. Қабыну үрдісі бірте-бірте жойылады.

Жедел риниттің ұзақтығы ағзаның иммунобиологиялық жағдайына және қоршаған ортадағы факторларға байланысты. Жедел риниттің ұзақтығы бір аптадан 2-3 аптаға дейін созылады.

Егер айналасындағы жақын орналасқан мүшелерге асқину бермесе, көбінесе жедел ринит сауығумен аяқталады. Жедел процесс ұзаққа созылса, жеделдеу және созылмалы түріне ауысады.

Асқынуы. Жедел ринит жиі жұтқыншақ, кеңірдек және төменгі тыныс жолдарын зақымдайды. Бұл жерлерде пайда болған ауруларды төменгі қатар дейді. Мұрын қуысынан айналасына таралуын - жоғарғы қатар деп атайды (Симановский Н.П., 1917).

Жедел риниттің асқынуы: мұрын маңы қойнауларының қабынуы (синусит), есту түтігінің, ортаңғы құлақтың, көз-жас өзегінің қабынуы, мұрын кіреберісінің қабыну аурулары және аносмия. Асқинулардың алдын алу мақсатында, атап айтқанда ортаңғы құлақтың қабынуын болдырмас үшін, қатты сіңбірмеу керек. Жедел катаралды ринитті бастапқы сатысында емдесе, онда нәтижелі, кеш басталған ем тек клиникалық белгілерін жеңілдетеді және асқынудың алдын алады, бірақ аурудың клиникасы ұзаққа созылады.

Емдеуді аурудың дамуына себеп болған факторды жоюдан бастаған жөн. Қалтыраудың алғашқы белгілері пайда болған кезде, денені жылыту (ыстық ванналар), құрамына дәрумендер қосылған (С және Р) ыстық сусындар, көмірсу емдәмі және төсек режиміне нұсқау беріледі. Гипофиз-бүйрек үсті безі қыртысы жүйесінің қызметін қуаттандыру үшін, антигистаминді препараттар (тавегил, супрастин, эриус, телфаст, кларитин 1 таблеткадан күніне 1 рет), ацетилсалицил қышқылын 0,5-1,0 күніне 4 реттен тағайындалады. Мұрыннан қан кетумен бірге жүретін тұмау болса, онда ацетилсалицил қышқылын қабылдауға қарсы көрсеткіш болып табылады. Бұл жағдайда вирусқа қарсы препараттар тағайындалады: ремантадин 50 мг күніне 3 рет 5 күн; арбидол 0,2 мг күніне 4 рет 3-5 күн, содан кейін аптасына 1 рет 1 ай; рибомунил 0,75 мг 4 күн бойы таңертең аш қарынға. Адамның лейкоциттік интерфероны 1000 бір/мл мұрын ішіне, күніне 4-6 ретке дейін, аурудың алғашқы 2 күнінде жалпы 2,0 мл дозада енгізуге болады; немесе реаферон әрбір мұрын жолына, алғашқы 3 сағатта әрбір 20 минут сайын 3-4 тамшыдан, содан кейін 3-4 күн бойы күніне 4-5 рет. Гриппферон мұрынның шырышты қабатында ұзақ уақыт сақталады, 2

тамшыдан күніне 4 рет 5 күн бойы. Мұрын қуысына жергілікті ем ретінде жақпа майлар қолданылады: флореналь, локферон, оксолин. Орыс моншасы немесе фин саунасы пайдалы, бірақ кейін дененің салқындау әсерінен, аурудың ағымы күшеюі мүмкін. Рефлексогенді аймақтарға әртүрлі әсері бар шаралар (шұлықтағы құрғақ қыша, аяққа ыстық ванна, мұрынға немесе бетке, аяққа, балтыр бұлшықеттеріне, белге ультракүлгін сәулесінің эритемдік дозасы) кеңінен қолданылады. Бірақта бұл шаралар аурудың алғашқы сатысында ғана нәтижелі.

Мацерацияны (малшыналануын) және екіншілік инфекцияның болдырмау мақсатында мұрын кіреберісін және үстіңгі еріннің терісіне мырыш сықпасын, балалар кремін және синтомицин жақпа майын жағады.

Жедел риниттің бірінші (құрғақ) кезеңінде өсімдік (түймедақ) және майлы (ментол және шырша майы) ингаляцияларды, 1% немесе 0,5% ментол майының ерітіндісін, аквамарис мұрын спрейн, пиносол майын тамызу ұсынылады.

Екінші кезеңде (сірілік сатысы) вазоконстриктор (тамыр тарылтқыш) дәрі-дәрмектері пайдаланылады. Бұл препараттарды 8-10 күннен артық қолдану, шырышты қабықтың қызметіне зиянды әсерін тигізеді. Ұзақ уақыт тамыр тарылтқыш дәрілерін тамызу, вазомоторлы риниттің дамуына ықпал етіп, кірпікше эпителийдің қызметін зақымдайды. Мұрынға тамызатын дәрілерге аллергиялық реакция пайла болып, одан да басқа гипертрофиялық, атрофиялық ринит дамуы мүмкін. Тамыр тарылтқыш (деконгестанттар) препараттары: мұрын тамшылары, аэрозоль, гель немесе жақпалар жергілікті ем ретінде тағайындалады.

Тамшы түріне: нафтизин, ксилометазолин, оксиметазолин, эфедрин гидрохлориді, санорин, тизин, галазолин жатады; спрей және аэрозоль түрінде - фервекс спрей, африн, назол, ксимелин, виброцил қолданылады.

Барлық деконгестанттар механизмі бойынша бета-адрено-миметиктер, олар бета-1 немесе бета-2-рецепторларға тікелей әсер етіп немесе оларды қуаттандырады және т.б. Фенилэфрин (фиброцил) препараты бета-1 адреномиметик басқа мұрын тамшыларымен салыстырғанда, медикаментозды риниттің бұл препаратта пайда болу көрсеткіші, әлдеқайда төмен.

Мұрын тамшылары - деконгестант препараттарының сапасына байланысты, емдеу тиімсіз немесе нәтижеліде болуы мүмкін. Пайдалану кезінде, олардың мөлшерін анықтау мүмкін емес, өйткені

дәріні тамызғанда, бірден төменгі мұрын жолымен жұтқыншаққа ағады. Бұл жағдай емдеудің тиімсіздігімен қатар, сондай-ақ дәріні мөлшерден тыс қолдану қаупі де бар. Сондықтан дайын түріндегі аэрозолдар мен спрейлерді, одан да басқа гомеопатиялық спрей эуфорбиум композитум назентропфен С тағайындау, өте тиімді.

Пероралды деконгестанттарды (клариназа, ринопронт, цирус, контакт 400, фервекс) пайдаланғанда, медикаментозды (емдік) ринит кездеспейді, бірақ емдеу барысында ұйқысыздық, тахикардия, қан қысымының жоғарылауы байқалады. Психостимуляторлы әсері болғандықтан, бұл препарат спортшылар үшін допинг болатынын ескеру керек және балалар мен жасөспірімдер де тағайындағанда аса сақтық қажет.

Үшінші кезең (кілегейлі-ірінді бөлініс) тұтқыр (қою) экссудатты шығаруға, ірінді қабыршақтың түзілуін болдырмау үшін және кірпікше эпителий қызметін жақсарту мақсатында, майлы дәрі-дәрмектерді (пиносол, май: 0,5-1% ментол, шабдалы, зәйтүн, вазелин, өрік, итмұрын, 5 тамшыдан күніне 3 рет) тамызу, кілегейлі бөліністі ыдырататын препаратты (салин - тұзды ерітінді) қолдану.

Жедел катаралды ринитте асқыну белгілері болмаса, онда антибиотик тағайындалмайды.

Алдын алу. Тұрғындар арасында жұқпалы аурудың таралу деңгейі өте жоғары болса, онда өзара қарым-қатынасты шектеу, үй-жайларды жиі ылғалды тазарту, бөлмені желдету және температура тұрақтылығын сақтау, науқастарды уақытылы окшаулау.

Жеке алдын алу шаралары: мұрын, ауыз қуысындағы және жұтқыншақтың созылмалы инфекция ошақтарын жою, денені шынықтыру, иммуномодуляторларды қолдану (бронхомунал, ИРС-19, рибомунил, ликопид, имудон).

Еңбекке уақытша жарамсыздық сараптамасы. Жедел ринитпен ауыратын науқастардың жалпы жағдайына (температураның жоғары болуы, жалпы симптомдар, асқынулар), сондай-ақ науқастың мамандығына (санэпидемиологиялық және өндірістік көрсеткіштер бойынша) байланысты уақытша еңбек ету қабілеті жарамсыз деп танылуы мүмкін.

Жас балалардағы жедел ринит. Жедел ринитте балаларда қабыну процесі мұрын қуысынан жұтқыншаққа, кейде көмейге, трахеяға, бронхтарға және өпкеге таралады. Гипотрофия, атрофия, шала туылған және аллергиясы бар балаларда, жедел ринит өте ауыр өтеді. Температура қалыпты немесе 2-3 күн кенеттен жоғарлайды және ұзақ

уақытқа созылуы мүмкін. Жаңа туылған жас нәрестелердің мұрын қуысының ішінің өте тар болуынан шырышты қабықтың аз ісінуінің өзі, мұрынның тыныс алуын қиындатады немесе мұрын толықтай бітеледі. Тыныс алу беткейлік, әрі жиі, бірақ пневмония кезіндегідей мұрын қанатының қозғалысы байқалмайды.

Мұрын арқылы дем ала алмағасын, бала дұрыс ембейді бір-екі сорады да аузынан шығарып тастайды. Осыған байланысты диспепсиялық (құсу, ішінің өтуі) бұзылыстар пайда болады, салмағы азаяды, бала мазасыз, ұйықтамайды.

Баланың ауыз арқылы тыныс алуын жеңілдету үшін, басын артқа қарай шалқайтады (жалған опистотонус). Кейде опистотонус дененің құрысуына ықпал етуі мүмкін.

Фарингоскопияда: жұтқыншақтың артқы қабырғасының шырышты қабаты гиперемияланған, лимфоидты тіндер ісініп, қызыл түйнектер (гранула) түзейді және беткейінен кілегейлі бөліністі көреміз. Жұмсақ таңдайдан шығыңқы орналасқан түйіндер анықталады, олар бітелген шырышты бездер. Шүйде және мойын лимфа түйіндері ұлғаюы мүмкін.

Асқинулары – отит (есту түтігі кең, әрі қысқа болғандықтан), трахеобронхит, бронхопневмония, стоматит, дакриоцистит, этмоидит.

Емдеу. Төсек тәртібі, көп мөлшерде ыстық сусындар (итмұрын, қара жеміс шетен шырыны қайнатпалары), қызуды басатын дәрі-дәрмектер (ибуклин, парацетамол 10 мг/кг шәрбат, 30-60 минутта немесе суппозитория (тығын дәрі) түрінде - 3-4 сағатта әсер етеді, оны кешкілік енгізген тиімді). Вирусқа қарсы альгирем – 0,2% шәрбатты ұсына аламыз. 1–3 жас, 10 мл, 3–7 жас, 15 мл (1-ші күні – 3 рет, 2-3-ші күндері – 2 рет, 4-ші күні – күніне 1 рет) балаларға пайдаланылады. Аденовирусты инфекцияда мұрын қуысына ақ қырыққабат шырыны (құрамында лизоцим бар) тамызылады. Интраназалды тамыр тарылтқыш тамшылар ретінде алоэ, каланхоэ шырынын, сарымсақтың майлы ерітіндісін, емшек сүтін (әр 4 сағат сайын 3 тамшы) қолданған тиімді. 1 жастан асқан балаларға арналған изофицинді препараттар - мұрынға 0,05%, 2 жастан - 0,05% нафтизин, санорин, назол бэби. Резеңке баллонның көмегімен, мұрын қуысын бөліндіден тазартады.

Емізердің алдында жоғарыда аталған дәрілерді немесе өздері дайындаған препараттардың біреуін немесе 2% протаргол ерітіндісін немесе 20% натрий сульфацилі ерітіндісін тамызады. Ірінді қабықтарды жібіту үшін, мұрынға майлы ерітінділер (бадам, шабдалы, зәйтүн, өрік майларын күніне 3 рет 5 тамшы) тамызылады.

3 жасқа дейінгі балаларға ментол майын қолдануға болмайды, өйткені ларингоспазм, құрысулар пайда болуы мүмкін.

Жұқпалы ауруларда жедел ринит әдетте, улану немесе қызба белгілерімен бірге жүреді. Катаралды үрдіс, тыныс алу жолдарының барлық бөлігін қамтиды. Мұрыннан қан кету болады. Мұрын, ауыз қуысының шырышты қабатында, тері жамылғысында эритемалар пайда болуы мүмкін. Мойын мен жақ асты аймағында лимфа түйіндері, кейбір инфекциялық ауруларда - полиаденопатия байқалады. Жұқпалы ауруларда жиі гепатолиеналды синдром кездеседі. Бактериологиялық және серологиялық зерттеу арқылы жұқпалы ауруларды уақытылы ажырату, эпидемиялық жағдайды (эпидемиялық қауіптілікті) қадағалауға мүмкіндік береді.

Жедел тұмау (грипп) риниті жиі мұрын қуысынан қан кетумен сипатталады. Шырышты эпителийдің толық емес десквамациясы. Қабыну мұрын маңы қойнауларына тез таралып және неврологиялық ауырсыну (үшкіл жүйкенің ұштары зақымдалады) белгілерімен ерекшеленеді. Конъюнктивит, ортаңғы отитпен асқынады, көз алмасы қозғалғанда ауырсыну және бас ауру мазалайды. Қатты және жұмсақ таңдайдың шырышты қабаты беткейінен петехиялар көрінеді.

Гриппозды (тұмаулық) ринитті емдегенде вазоконстриктор мен антигистаминдерді, вирусқа қарсы препараттарды тағайындау қажет.

Дифтерия (күл) риниті, қабыршақты және катаралды түрде болуы мүмкін. Жалпы улану көрінісі айқын емес, кейде мүлдем болмауы да мүмкін. Кейде дифтерия індетін тарататын қауіпті, бактериотасымалдаушы сау адамдар кездеседі. Мұрын күлінің қабыршақты түрі мұрынның шырышты қабатын зақымдайды, көбінесе бір жағында лас сұр түсті жамылғылар анықталады. Жабындыны алсақ, шырышты қабаттың беткейі қанталайды және эрозияны көреміз. Жабындыны алып, қатты заттардың арасына қойып, ысқыласақ езілмейді, суы бар ыдысқа салсақ, оның түбіне шөгеді. Катаралды түрі, катаралды немесе катаралды-эрозиялық үрдіс ретінде кездеседі. Қанды бөліністің әсерінен мұрын қанаты мен үстіңгі ерін тері жамылғысы тітіркенсе, онда дифтерияға күдіктенеміз. Алынған жағындыны бактериологиялық зерттеуге жолдап, диагнозды нақтылаймыз.

Дифтерияның қай түрі болмасын, жалпы токсикоз белгілерімен қатар жүруі мүмкін. Дифтерия токсинінің зақымдануынан, жүрек бұлшықетінде ауыр дистрофиялық өзгерістер (өліммен аяқталады) және ұзақ ағымдағы полиневрит пайда болады. Жұмсақ таңдайдың парезі (IX-X бас сүйек ми жүйкелері) әсерінен міңгірлеп сөйлейді, бұл

өте қауіпті симптом, ол жүректің параличімен (өліммен) аяқталуы мүмкін.

Дифтерияда науқасты жұқпалы аурулар ауруханасында оқшаулау керек.

Шұғыл түрде дифтерияға қарсы сарысу (10 000–20 000 бірлік) енгізіледі. Токсикалық түрі болса қарқынды еммен бірге, қатаң төсек демалысын тағайындау керек.

Қызылшада мұрыннан бөліністің болуы, аурудың катаралды (продромалды) кезеңінің белгісі. Дене температурасының 38–39°C-қа дейін жоғарылауымен, конъюнктивит, фотофобиямен және құрғақ қарлыққан (үрген) жөтелмен (ларинготрахеобронхит) сипатталады. Риноскопияда жедел катаралды риниттің белгісін көреміз. Кейде мұрыннан қан кетуі де мүмкін.

Катаралды кезеңінде алғашқы 2-3 күнде ауыз қуысының шырышты қабатында (ұртта, кейде қызылиекте), ал мұрынның төменгі кеуілжірінің беткейінде ақшыл дақтар анықталады, жиектері көтеріңкі, қабыршақты эпителиймен (Бельский-Филатов-Коплик симптомы) жабылған. Дақтың көлемдері кішкентай ақшыл келген папула, жиегі көмкерілген, түсі қызғылт. Дақтар шоғырланған, бірақ бір-бірімен бірікпей оқшау орналасқан.

Ол қызылшаның негізгі белгісі және денеде қызылша бөртпесі пайда болғанға дейін, нақты диагноз қоюға мүмкіндік береді. Әдетте бөртпе аурудың 4-5-ші күні бетінде, құлақ артында және мойын аймағындағы тері жамылғысында пайда болады. Емдеуді педиатр жүргізеді.

Қызамық (жәншау) риниті салыстырмалы түрде өте сирек кездеседі және клиникалық ерекшелігі жоқ. Риноскопияда қарапайым катаралды риниттің көрінісін көреміз. Қызамықта (жәншауда), әдетте жұтқыншақтың лимфоидты сақинасы зақымданады (баспа). Қызамықта температура тез жоғарлайды, бас ауруы, әлсіздік, құсу, жұтынғанда тамақтың ауыруы күшейеді, жұтқыншақтың шырышты қабатының гиперемиясы, алғашқы сағатта беткейінде дақтар («аран алауы, тілі таңқурайға ұқсайды») пайда болады.

Содан соң, лакунарлы баспа дамиды. Таңдай бадамшабезі беткейінде фибринді жамылғы пайда болып, некрозды баспа қалыптасады. Жақ асты лимфа түйіндері ұлғайған және басқанда ауырсынады. Аурудың бірінші күні бет, мойын және кеуде аймағында нүкте тәрізді бөртпелер пайда болып, дененің барлық жеріне таралады. Мұрын, ерін және иек тері жамылғысы бөртпесіз, түсі бозғылт.

Мұрын-ерін үшбұрышында бөртпелер болмайды, бұл белгі қызамықта - негізгі симптом болып есептеледі.

Асқынулары: ортаңғы отит, мастоидит, синусит. Инфекцияның гематогенді жолмен таралуына байланысты деструктивті процестер дамиды. Науқас инфекциялық ауруханада емделеді.

Көкжөтел. Бұл ауру ерте жастағы балаларда кездеседі, көкжөтелдің катаралды кезеңінде, жедел ринит ларингофарингитпен бірге жүреді.

Жалпы жағдайы, әдетте қанағаттанарлық. Жедел ринит, көкжөтелде салыстырмалы түрде жеңіл өтеді.

Төменгі тыныс алу жолдарының қабыну процесі әлдеқайда басым. Қайталанатын ұстамалы жөтел, соңы құсумен аяқталады. Жөтел кезінде мұрыннан қан кету және конъюнктивтада қан құйылыстары пайда болуы мүмкін.

Жаңа туылған нәрестелерде *гонореялық және мерездік* риниттер жиі кездеседі, инфекция босану кезінде, қынап жолдарынан жұғады. Бөлініс лас, жасыл түсті. Сондықтан жаңа туылған нәрестелердегі мұрыннан бөліністер, гонореяға (сонымен қатар мерезге) күдік туғызады, сол себепті бактериологиялық және серологиялық зерттеулерді қажет етеді.

Созылмалы ринит

Созылмалы ринит (СР) тұрғындар арасында 10% -дан 40%-ды құрайды. Инфекциялық және аллергиялық факторларда СР үлесі 70%. Аллергиялық риниттің (АР) әлемдік көрсеткіші 4% -дан 32% -ға дейін, көбінесе 20-40 жас аралығында жиі кездеседі

Әлі күнге дейін созылмалы риниттің қалыптасқан толық жіктемесі жоқ. Этиологиясы, патогенезі, морфологиясы негізделген типтік нұсқаға, созылмалы риниттің жіктемесін құрастыру аяқталмаған және әлі күнге дейін жалғасуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) риниттің диагностикасы мен емі бойынша халықаралық консенсусы (1994) мынадай көрсеткіштерін (критерийлерін) ескеріп (ұзақ уақыт мұрынның бітелуі, түшкіру, қышу, бір немесе бірнеше симптомдар бір сағаттан артық болса), келесі жіктемені қабылдады:

1. Аллергиялық:

- интермитті (маусымдық);
- тұрақты (жыл бойы);
- кәсіби.

2. Жұқпалы:

- жедел/созылмалы;

- спецификалық/спецификалық емес.

3. Басқалары:

- идиопатикалық;
- аллергиялық емес эозинофилия;
- гормондық;
- дәрілік;
- атрофиялық.

Консенсус жіктелісінің кемшілігі, кейбір клиникалық белгілер мен қолданылатын емдеу әдістеріне байланысты созылмалы риниттің гипертрофиялық және полипозды түрлерінің болмауы. Осы жіктеме бойынша, оториноларинголог дәрігеріне диагноз қою қиын. Созылмалы риниттің жеке ерекшеліктерін қарастырудан соң, Санкт-Петербургтің құлақ, тамақ, мұрын және сөйлеу ғылыми-зерттеу институты (Ланцов А.А., Рязанцев С.В., 1997) мына жіктемені ұсынды:

1. Жұқпалы /инфекциялық/ түрі:

- спецификалық/спецификалық емес;
- жедел/созылмалы.

2. Аллергиялық түрі:

- маусымдық;
- жыл бойы.

3. Нейровегетативті түрі:

- вазомоторлы (парасимпатикалық) ринит;
- идиопатикалық;
- дәрілік;
- климаттық;
- атрофиялық (симпатикалық) ринит.

4. Ринит жүйелі аурулардың көрінісі ретінде:

- гормондық;
- озена (сасық тұмау);
- гипертрофиялық;
- полипозды.

Созылмалы риниттің **этиологиясы** жиі қайталанатын жедел ринит, қоршаған ортадағы бейімдеуші факторлар: ауаның ластануы, шаң, сыртқы ортадағы температураның құбылмалы болуы, ылғалдылық пен салқын жел, гипо және авитаминоз. Созылмалы ринитке себепкер алкогольизм, бүйрек, жүрек-тамыр жүйесінің созылмалы аурулары және т.б, осы аурулар әсерінен мұрынның шырышты қабығында іркіліс гиперемиясы туындайды. Кейбір науқастарда вазомоторлы риниттің дамуына психикалық күйзеліс

ықпал етеді. Бейімдеуші факторлар: тұқым қуалаушылық, ақаулардың дамуы және анатомиялық құрылымның бұзылысы, мұрыннан тыныс алуды қиындатады. Созылмалы ринит мұрын - жұтқыншақ, мұрын маңы қойнауы ауруларында, екіншілік ауру ретінде дамиды.

Аллергиялық риниттің себептері: сыртқы ортадағы аэроаллергендер (өсімдік тозаңы) және үйдегі (үй шаңы, кенелер, жануарлар, саңырауқұлақтар).

Аллергиялық ринитте «аспирин үштігінің» белгілері: полипозды риносинуситтің ауыр түрі, бронх демікпесі және стероидты емес қабынуға қарсы препараттардың жағымсыз әсерінің болуы.

Созылмалы риниттің дамуы сыртқы ортадағы қолайсыз фактордан басқа, ағзаның жеке реактивтілігіне де тәуелді.

Клиникасы және белгілері. Созылмалы риниттің көрінісі, негізінен жедел риниттің белгілерімен сәйкес, бірақ қарқыны әлдеқайда төмен.

Шағымданады: мұрыннан шырышты немесе шырышты-іріңді бөліністің болуына. Мұрынмен тыныс алуы қиындайды, ал салқын ортада өршуі (мұрыннан бөліністің көп мөлшерде ағуы) мүмкін. Мұрын кезек-кезек жиі бітеледі. Әдетте, бұл белгі науқаста шалқасынан немесе бүйірімен жатқанда байқалады.

Себебі, горизонталды қалыпта, мұрын қуысындағы қан ағымы күшейеді. Мұрын кеуілжіріндегі кавернозды тіннің тамыр тонусы әлсіздігінен, ол қанға толығып, мұрыннан тыныс алуы қиындайды. Науқас қай қапталымен жатса, соған сәйкес мұрынның бір жак жартысы бітеледі. Дәрілік (медикаментозды) ринитте, науқас вазоконстриктор препараттарын жиі пайдаланатынына шағымданады.

Созылмалы ринитте иіс сезу қабілеті бұзылады, оның белгілері иіс сезудің төмендеуі (гипосмия) немесе толық жоғалуымен (аносмия) қоса жүруі мүмкін. Науқас міңгірлеп сөйлейді (rhynolalia clausa).

Мұрын қуысындағы ісінудің әсерінен оттегінің мөлшері азаяды, сондай-ақ лимфа ағымының қысылуы нәтижесінен, бас сүйек қуысындағы лимфа жүйесінің қызметі нашарлап, науқастың басы ауырлайды, еңбек ету қабілеті төмендеп, ұйқысы бұзылады.

Мұрыннан тыныс алудың қиындауынан, мұрын маңы қойнауларының желдеткіш қызметі бұзылады және одан да басқа төменгі тыныс алу жолдарының ауруларына себепкер. Төменгі мұрын кеуілжірінің артқы бөлігінің ісінуі немесе гипертрофиясы, есту түтігінің қызметін бұзады және тубоотит дамиды. Төменгі мұрын кеуілжірінің алдыңғы бөлігінің ұлғаюы, мұрын жас өзегін қысып,

дакриоцистит пен конъюнктивиттің дамуына ықпал жасайды. «Созылмалы ринит» **диагнозы** шағымына, анамнезіне және объективті зерттеу нәтижелеріне негізделеді, созылмалы процестің қай түрі екенін кешендік диагностикалық әдістерден кейін, оториноларинголог дәрігері анықтайды.

Емі. Созылмалы ринитті емдеуде, оның басты себептерін анықтау керек. Құрғақ, жылы климат, гидротерапия және курортотерапия өте пайдалы. Созылмалы ринитпен бірге жүретін жалпы ауруларды емдеу, сондай-ақ мұрын ішілік патологияны (мұрын пердесінің ығысуы, мұрын кеуілжірлерінің гипертрофиясы, синусит, аденоидті өсінді) жою қажет.

Жұқпалы риниттің өршу сатысында консервативті ем: бактерияға қарсы жергілікті препараттарды қолдану изофра, полидекса немесе ингаляция түріндегі антибиотик биопарокс. Мұрынмен тыныс алу қиындаса, аз мерзімге деконгестанттарды қолдану. Мұрынның шырышты қабығының қызметін қалпына келтіру үшін, биостимуляторларды (алоэ, ФиБС, гумизол) пайдалану және мұрын қуысына А, Е, D дәрумендерінің майлы ерітінділері сіңірілген бітелерді енгізу.

АР-тың жіктемесі және рационалды емдеуі шешімін таппаған өзекті мәселелердің бірі. Дәлелді медицина негізінде аурудың патогенезін және оны емдеудің тиімділігін зерттеуге арналған көптеген ғылыми еңбектер жазылған. Қазіргі уақытта АР консервативті емдеудің үш әдісі қолданылады:

1. Аллергендерді жою.
2. Дәрілік терапия.
3. Арнайы иммунотерапия (АИТ).

Созылмалы риниттің **аллергиялық түрінде** емдеу бағытталған аллергияның көзін жоюға. Аурудың дәрежесі және оның ағымы қоршаған ортадағы аллергия басымдылығына байланысты. Аллергиялық риниттің симптомын азайту мақсатында, оның аллергияның анықтау және олармен қарым қатынасына шектеу қою. Аллергиямен байланыста болдырмау шараларымен бірге, дәрі-дәрмектерде пайдаланылады.

Аллергиялық, полипті, гормондық риниттің емінде келесі препараттар қолданылады. Жүйелік (клемастин, лоратадин, эриус, телфаст, зиртек, клариназа, циррус, ринопронт) және жергілікті емге арналған антигистаминдер (гистимет, аллергодил) ұсынылады. Қазіргі уақытта емдеудің ең тиімді әдісі, мұрын ішіне глюкокортикостероид

аэрозолдарын (беконаза, альдецин, назонекс, фликсоназа, ринкорт) бүрку. Аллергиялық ринитті емдеуге жүйелі глюкокортикостероидтарды қосу «ең ақырғы ем-шара» болып саналады. Жүйелі кортикостероидтармен емдеудің қысқартылған курстары (10-14 күн) рұқсат етіледі, оны 6 айдан кейін қайталауға болады. Балалар мен жүкті әйелдердегі аллергиялық риниттің жеңіл түрлерінде, мес жасушаларын тұрақтандыратын дәрілерді (кетотифен 0,25 мг/кг/тәулігіне күніне 2 реттен 1–3 ай бойына) пероралды, сондай-ақ мұрынға арналған спрей түрінде (2% натрий кромогликаты күніне 4-6 рет) тағайындалады.

Бронх демікпесін емдеуде қолданылатын антихолинэргиялық және лейкотриенді дәрі-дәрмектерді, аллергиялық ринитті емдеуге әлі қолданысқа енгізілген жоқ.

Аллергиялық риниттің алғашқы сатысында дәрілік терапиямен бірге, нәтижелі әдістердің бірі арнайы иммунотерапия.

Ағзаның аллергияға жауап беретін механизмін жеделдетін бірден-бір тәсіл, осы емнің ықпалымен аурудың белгілерін жоюға болады (Гущин И.С. және басқа да авторлар, 2002).

АИТ-да науқастарға жоғары дозада қайталап, ұзақ уақыт қолданылады. Дегенмен, бұл терапияның, бірқатар кемшіліктері бар. Аллергендер, кейде жағымсыз аллергиялық реакцияларға туындатуы мүмкін. Сол себепті, аллергияның дозасын аз мөлшерде енгізіп, әрбір инъекция сайын оның дозасын өсіреді. Нәтижелі емнің көрсеткішіне жеткенше, аллергияның инъекциялық санын (Адо А.Д., 1976) көбейтеді.

Аллергоидтармен спецификалық гипосенсибилизацияны, жоғарыда аталған тәсілмен жүргізілсе, аллергиялық жағымсыз реакциялардың алдын алуға мүмкіндік береді (Цецарский Б.М. және басқа да авторлар, 1982). Бұл дәрі-дәрмектер иммунитетті жоғарылататыны және аллергиялықті төмендетіні дәлелденді.

Вазомотор риниті - бұл жүйке-рефлекторлы ауру, көбінесе вегетативті бұзылыстары бар адамдарда кездеседі. Мұрыннан көп мөлшерде бөліністің болуы, дененің реактивтілігінің өзгеру нәтижесінде, ұстамалы түрде пайда болуы мүмкін. Вазомотор ринитінде мұрынның шырышты қабатындағы қан айналымының нашарлауынан, шырышты қабығы бірден ісінеді. Мұрын кеуілісінің шырышты қабатының беткейінде көгілдір дақтар (Воячек дағы) пайда болады.

Емдеу кешенді бағытта жүргізіледі, ағзаның реактивтілігін жоғарылататын шаралар (рефлекторлық терапия, акупунктура, мойын

аймағына 3% кальций хлорид электрофорезі, дәруменмен емдеу, су емшарасы және т.б.) және жергілікті ем қолданылады.

Жергілікті ем мұрын қуысының анатомиялық құрылымын қалпына келтіру (мұрын пердесіне хирургиялық коррекция, шырыш астылық вазотомия, мұрын кеуілжірінің ультрадыбыстық дезинтеграциясы, лазерлік деструкция және т.б. процедуралар).

Атрофиялық ринитті емдеуге жергілікті йод-глицерин жақпасы тағайындалады. Аптасына екі реттен, мұрынның шырышты қабатына йод-глицерин ерітіндісін жағады. Бұл емдеу тәсілі 2 ай жүргізіледі және жылына 3 рет қайталанады. Кейбір авторлар атрофиялық ринитті емдеуге тазартылған нафталанды ұсынады. Құрамында метилцеллюлоза биоерітіндісі бар нафталан үлдірі пайдаланылады. Мұрын қуысына зәйтүн немесе шабдалы майына 1:3–1:4 қатынасында итмұрын немесе шырғанақ майы қосылған мақта тампондарын енгізу немесе А дәруменінің май ерітіндісін (50 000 ХБ артық емес) қосу нәтижелі. А дәрумені және микроэлементтер қосылған мультидәрумендер кешенін, парентералды енгізуге арналған темір препараттарын (ферковен, феррумлек) және пероралды (ферроградумент, сорбифер дурулес) қабылдау да тиімді.

Атрофиялық ринитті емдеуге мұрын арқылы сілті және майлы ингаляциялар кеңінен қолданылады. Санаторлы-курорттық сауықтандыру орындарында мұрын қуысын жуу және минералды сулармен ингаляциялау пайдалы. Ең тиімдісі - теңіз тұзының 2-3% ерітінділерімен жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабығын ингаляциялау және жуу, сондай-ақ теңізде шомылу. Теңіз суының құрамындағы магний иондарының шырышты қабатқа нәтижелі емдік әсері бар.

Созылмалы **гипертрофиялық ринитте** хирургиялық емнің жеңілдетілген тәсілдері қолданылады: латеропозиция, вазотомия, ультрадыбыстың дезинтеграциясы, криодеструкция, шырышты қабық асты немесе жартылай конхотомия. Дәрігер мұрын қуысын қарағанда анатомиялық аномалия, мұрын пердесінің ығысуына (үшкірленуі, қыр), ортаңғы мұрын кеуілжірінде патологиялық ауытқулары бар ма, соған көңіл аудару қажет.

Жедел және созылмалы риносинусит.

Одонтогенді гайморит

Мұрын маңы қабыну аурулары оториноларингология саласында шешімін таппаған мәселелердің бірі. ЛОР бөлімшесіндегі гайморитпен

ауыратын науқастар 15%-дан 36%-ы құрайды. Синуситпен ауыратын науқастардың көп пайызы емханадан ем қабылдайды.

Мұрын айналасындағы қойнаулардың қабынуына себепші анатомо-физиологиялық ерекшеліктер

Жоғарғы жақ сүйегінде жұп гаймор қуысы, маңдай сүйекте маңдай қуысы, сына тәрізді сүйекте сына тәрізді қойнау және торлы сүйекте торлы қойнаулар жұптасып орналасқан. Жоғарғы жақ, маңдай, алдыңғы, ортаңғы торлы қойнаулардың шығару өзектері, ортаңғы мұрын жолына ашылады. Сына тәрізді қойнау және артқы торлы жасушалар жоғарғы мұрын жолына ашылады.

Мұрын маңы қойнауларының қабынуы кез келген қойнауда кездеседі, көптеген авторлардың мәліметі бойынша, зақымдалу жиілігі бойынша жоғарғы жақ қуысы бірінші орында, содан кейін этмоидит, фронтит және сирек жағдайда сфеноидит. Бұл реттілік ересектерге тән. Егер барлық мұрын қосалқы қуыстары қабынса, онда пансинусит, бір жақ жартысындағы қойнаулар зақымдалса, онда гемисинусит.

Параназалды синустердің дамуына әсер етеді, жалпы және жергілікті факторлар. Бірінші кезекте конституциялық бейімділік, ағзаның жеке реактивтілігі және сыртқы ортадағы зиянды факторлар. Екіншіден, осы факторлардың ықпалынан шығару өзектерінің дренаждық, желдеткіш және мукоцилиарлы тасымалдау қызметі бұзылады.

Жедел және созылмалы гайморитте инфекцияның ену жолдары: риногенді, жарақаттан соң, гематогенді (қызымық, тұмау, парагрипп және т.б.) және кариесті тіс арқылы. Жедел гайморитте қоздырғышы монофлоры, ал созылмалы синуситке полимикробты флоры тән. Жедел қабынуда экссудативті процесс басым. Алғашқы сатысында экссудат серозды, бактериялық инфекция қосылған кезде, іріңді түріне алмасады.

Жедел және созылмалы синусит жергілікті ауру ғана емес, жалпы ағзаның ауруы деген түсінікте бар. Себебі жалпы әлсіздік, қан анализіндегі өзгерістер, бас ауру шағымдары қалыптасады.

Жіктемесі: жедел риносинусит (ұзақтығы 4 аптаға дейін), жеделдеу (ұзақтығы 4-аптадан 12 аптаға дейін) және созылмалы (ұзақтығы 12 аптадан асса). Сонымен қатар, ауруханадан тыс бактериялық риносинусит және аурухана ішілік (нозокомиалды) риносинусит болып жіктеледі.

Соңғысына, себепкер көбінесе трансназалды интубация. Аурудың негізгі қоздырғыштары - грамтеріс таяқшалары.

Ауруханадан тыс бактериялық синуситтің негізгі қоздырғыштары - *Streptococcus pneumonia* және *Haemophilus influenzae*.

Диагноз қою анамнез жинауға, алдыңғы, ортаңғы және артқы риноскопияға (мұрын жолындағы бөліністі, шырышты қабығындағы ісіну, гиперемияны, гиперплазияны анықтау) негізделген. Диагнозды нақтылау мақсатында, мұрын маңы қойнауларының зақымдану ерекшеліктерін мен дәрежесін ажырату үшін арнайы зерттеу әдістері қолданылады.

Ең жиі қолданылатыны рентгенологиялық зерттеу және синустың диагностикалық пункциясы. Рентгенография тіке (маңдай-мұрын, мұрын-иек) және бүйір проекцияда жасалады. КТ анатомиялық түзілістерді айқындауда, атап айтқанда қойнаудың шырышты қабатының және оның табиғи тесіктерінің зақымдануынан толықтай мәлімет аламыз. Қазіргі кезеңде КТ параназалды синуситтерді анықтаудың «алтын стандарты» болып саналады.

Мұрын маңы қойнауларының КТ-сын хирургиялық емнің алдында және көз немесе бассүйек ішілік асқынуға күдіктенгенде, міндетті түрде жасалады. Қосымша диагностикалық әдістері: термография, эхография, магниттік резонанс және т.б. ММҚ-ы зақымданғанда функционалды жағдайын акустикалық ринометрия және алдыңғы белсенді риноманометрия тәсілімен тексереміз.

Жедел риносинуситті емдеудің негізгі қағидалары

Жедел риносинуситті емдеудегі мақсат:

1. ММҚ-дағы патологиялық секрецияны шығару.
2. Инфекция мен қабыну ошағын жою.
3. ММҚ-ның аэрациялық және дренаждық қызметін қалпына келтіру.

ММҚ-нан патологиялық бөліністі шығару, патогенетикалық терапияның маңызды бір бөлігі. ТМД елдері бойынша жедел іріңді синуситте пункция жасау «алтын стандарт» болып қала береді. Батыс Еуропа мен АҚШ-тыңда синуситтерді емдеуге жүйелі антибиотиктерді кеңінен пайдаланылады.

Пункцияның нәтижелігі параназалды синустан іріңді тез шығару мүмкіншілігі, бұл емдеу тәсілі хирургиялық емнің принципіне сәйкес (экссудат іріңді болса, онда оны жою). Сонымен қатар, оның шырышты қабатқа тікелей әсері бар: антисептикалық, антибактериялық, ферментативті және т.б.. Пункция кезінде микрофлораға жағынды алу, нәтижесі дайын болғаннан соң, қарқынды антибиотикотерапия жүргізуге мүмкіндік береді.

ММҚ-ның қабыну ауруларын емдеудің пункциясіз әдісі, Проетца бойынша немесе проф. Г.И.Марков және В.С.Козлов синус ЯМИК катетерін қолдану арқылы жуу. Соңғы әдіс синустардан патологиялық бөліністі соруға, дезинфекциялық ерітінділермен жууға және дәрі-дәрмектерді енгізуге қолайлы.

Жедел риносинуситте консервативті терапияның негізгі мақсаты - қоздырғышты жою және ММҚ-ның биоценозын қалпына келтіру. Сондықтан этиотропты терапия ең тиімді ем.

Науқасты қараған соң қоздырғышын анықтау мүмкін болмаса, негізгі қоздырғыштың ерекшелігін ескеріп, төзімділік ықтималдығы аз болатын препараттар тағайындалады. Соңғы ақпараттар бойынша, этиологиялық факторы шақырылады *S. pneumonia* және *H. influenzae*, олар сезімтал пенициллин препараттарына, амоксициллинге және екінші және үшінші буынның цефалоспориндеріне. Левофлоксацин (таваник) фторхинолон қатарындағы жедел синусит қоздырғыштарына қарсы қолданылатын кең спектрлі антибиотик. Жедел синуситте симптоматикалық емдеудің бірі табиғи тесіктерінің өткізгіш қызметін қалпына келтіру немесе жүктемені азайтатын терапия, қойнау ішіндегі гипоксияны төмендетіп, оның желдеткіш, дренаждық қызметінің қалпына келтіреді (Рязанцев С.В., 2010). Вазоконстрикторлар (деконгестанттар) мұрын маңы қойнауларының шығару өзектерін ашып, ішіндегі шырышты қабықтың ісінуін тоқтатады. Жедел риносинуситте деконгестанттар міндетті түрде тағайындалуға тиіс. Дәрі-дәрмектер тамшы, аэрозоль, гель, жақпа түрінде немесе пероралды түрде қолданылады.

Қосымша ем ретінде секретомоторлы және секретолитикалық терапия, физиотерапия тағайындалады.

Созылмалы риносинусит (СРС) - шырышты қабықшаның және ММҚ сүйек тінінің қабынумен сипатталады, өршу сатысы ұзақ, ағымы баяу.

ММҚ-ның созылмалы қабынуы ЛОР мүшелерінің аурулары арасында бірінші орынды алады және ЛОР патологиясының 20% құрайды. Көбінесе, полисинуситтер жиі кездеседі. Ең жиі қосарлана кездесетін гайморозтмоидит (70% дейін), сирек - фронтоэтмоидит және сфеноидит. СРС клиникалық көрінісі аурудың ұзақтығына, үрдістің дәрежесіне, анамнезінде хирургиялық емнің болуы және басқа себептерге тікелей тәуелді. Жоғарғы және төменгі тыныс алу жолдары морфо-функционалды тұрғыдан, бір тұтас жүйені құрайды, сондықтан

бұл ауруларды емдегенде, осы ерекшелікті ескерген жөн (Гаджимирзаев Г.А., 1998; Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2010).

Созылмалы гайморитке шағымы, ауру тарихы, сыртқы қарау, алдыңғы, ортаңғы және артқы риноскопияны, рентгенографияны және т.б. объективті зерттеу нәтижелері бойынша диагноз қойылады. Синуситтің диагностикасына келесі алгоритмдер қолданылады: шағымы мен анамнез жинау, риноскопия, эндоскопия, ультрадыбыспен зерттеу, рентгенография (КТ), мұрын қосымша қойнауларын зондтау және пункциялау.

Емі. Емдеудің міндеті - зақымдалған ММҚ-ның дренаждық және желдеткіш қызметін қалпына келтіру және оның ішкі бөлігіндегі патологиялық процесті жою. СРС-тің емдік тактикасы қабыну процесінің ерекшелігіне және ММҚ-дағы патологиялық өзгерістердің әртүрлілігіне байланысты, ем тағайындалады. ММҚ-ның продуктивті түрлері, хирургиялық жолмен емделеді. Созылмалы іріңді синуситте консервативті терапия нәтижесіз болса, онда хирургиялық ем қолданылады. СРС-тің экссудативті және аллергиялық түрінде консервативті ем қолданылады.

СРС-тің өршу сатысын емдеуге дәрі-дәрмектер пайдаланылады. Негізгі мақсаты - шырышты қабықтың қабынуын және патогенді микрофлораны жою, секрецияны ыдырату, мукоцилиарлы клиренсті жақсарту, тыныс алу жолдарының шырышты қабығын регенерациясын қалпына келтіру. Дегенмен, СРС-тің барлық түрлерінде операция жасалады, оған көрсеткіші қабыну үрдісінің ерекшелігіне байланысты.

Хирургиялық әдістер экстра және интраназалды болуы мүмкін. Олар мұрыннан тыс Колдуэлл-Люк, А.Ф.Иванов және Денкер операциялары, қазіргі уақытта кеңінен таралған интраназалды эндоскопиялық операциялар: алдыңғы жартылай этмоидотомия, алдыңғы толық этмоидотомия, артқы этмоидотомия, маңдай синусотомиясы, трансназалды фронталды синусотомия, трансэтмоидалды сфеноидотомия, трансназалды сфеноидотомия, антростомия және т.б.

Созылмалы полипозды риносинуситті емдеу, әлі шешімін таппаған мәселе. Полипозды риносинусит - шырышты қабықтың ісінуінен қалыптасқан полипті түзіліс, мұрын қуысының және мұрын маңы қойнауларының шырышты қабығының созылмалы ауруы.

Ринология оториноларингологияның күрделі саласы. Біріншіден, оның күрделілігі полиптің этиологиясы мен даму механизмінен дәлелді мәліметтердің болмауы (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006).

Соңғы жылдардағы ғылыми еңбектер деректері бойынша себепкер, аймақтық экологиялық фактор (патология) деген болжам бар, қоршаған ортаның қолайсыз факторлар әсерінен иммунологиялық теңгерімсіздіктің ауытқуынан, вегетативті гомеостаздың бұзылуы, әртүрлі нозологиялық формада болуы мүмкін. Бұл үрдіс ағзадағы органикалық және жүйелі өзгерістерге ықпал етіп, ауру ағымының ұзаққа созылуына, ол дәстүрлі емдеу әдістерінің дәрменсіздігіне әкеледі (Кошель В.И.).

Халықаралық консенсус құжаттары мен клиникалық нұсқаулар бойынша, емдеуді консервативті тұрғыдан қарастыру қажет. Мұрын полиптерінің пайда болу ерекшеліктерін ескеріп, СРС-тің әртүрлі формалар мен сатыларына сәйкес емдеу консервативті, аралас, ал кейбір түрлерінде тек хирургиялық ем болуы мүмкін.

Оториноларингология мен стоматологияның мамандығының аралығындағы өзекті мәселе - одонтогенді гайморит. Оның кездесу жиілігі кейбір авторлардың мәліметі бойынша 13%-дан 40%-ға дейін (Уваров В.М., 1962; Бернадский Ю.И., 1968; Шаргородский А.Г., 1985; Лопатин А.С., 1998; Морохоев В.И., 1998). Қазіргі уақытта одонтогенді гайморитпен ауыратын науқастардың саны күрт өсті. Бұл ауру тек жалпы медициналық мәселе емес, сонымен қатар экономикалық проблема, себебі науқастардың көпшілігі еңбекке қабілетті адамдар (Устьянов Ю.А., Мышкин Е.Н., 1971; Кленкина Е.И., 2011).

Одонтогенді гаймориттің пайда болуына ықпал ететін, оның анатомиялық ерекшелігі, жоғарғы жақ қойнауының төменгі қабырғасының жоғарғы жақсүйек тістерінің түбірлерімен шекаралас болуы. Инфекцияның ошағы жоғарғы тістердің түбіріндегі қабыну процесі немесе тісті емдеу кезінде гаймор қуысына бөгде заттардың (пломба, инструменттердің сынығы) түсуі мүмкін.

Одонтогенді гаймориттің пайда болуына себепкер тесілуі, себебімен мен орналасуына сәйкес, синустың тесілуі әртүрлі болады. Тесілу көп жағдайда жоғарғы жақтың бүйір тістерінің экстракциясынан кейін пайда болады (Грасманис Н.Б., 1988; Аняутин Р.Г., 1996; Пискунов С.З. және басқа да авторлар, 2004).

Одонтогенді гайморит периодонтит немесе остеомиелит салдарынан дамиды. Альвеолярлы өсіндідегі қабыну үрдісі синусқа таралуы мүмкін. (Неупокоев Н.Н. және басқа да авторлар, 1997). Кейде синустағы қабыну процесінің себебі, қисық өскен тістер болып табылады. (Селивончик П.К., 1991; Гюсан А.О., Ламкова А.Х., 2012). Жоғарғы жақ қойнауының қабынуы қойнаудың сүйек қабырғасын

зақымдайтын ірі ірінді одонтогенді жылауықтар (кисталар) салдарынан туындауы мүмкін (Лурье А.З., 1974).

Одонтогенді гаймориттің қоздырғышы көбінесе аралас инфекциялар. Бірінші орында стрептококк және стафилококктың симбиозы (Brook I., Frazier E.H., 1997).

Созылмалы процеске ықпалы ететін, ағзаның бактериялық сенсбилизациясы. Одонтогенді гайморитте көптеген дәрілік препараттарға төзімді аэробты және анаэробты қоздырғыштар кездеседі.

Ороантралды перфорациямен асқынған созылмалы одонтогенді гайморитте, құрамындағы микрофлораның әртүрлі болуы өте сирек кездеседі. Синуста бөгде дене болмаса, микрофлораның негізгі бөлігін ауыз қуысы микрофлорасы құрайды, ал бөгде дене болған жағдайда (тіс түбірінің сынығы, пломба материалы және т.б.) ауыз қуысының микрофлорасымен бірге, жұлынған немесе емделген тістің периапикалды тіндерінің созылмалы инфекциясы кездеседі.

Одонтогенді синуситтің созылмалы түріне ауысуына себепші, жергілікті және жалпы иммунитеттің төмендеуінен болуы мүмкін (Хрусталева Е.В., 1993; Антонов В.Ф., 1998). Қабыну үрдісінің ұзаққа созылуына гаймор мен мұрын қуысының аралығындағы шығару өзегінің, шырышты қабығының қабынуына әсер етеді (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006). Одонтогенді синусит ауру тістің немесе басқа одонтогенді себептерге байланысты, оқшауланған жоғарғы жақ қуысының бір жақты қабынуымен ерекшеленеді, әдетте, бастамасынан-ақ созылмалы ағымға бейім.

Көптеген авторлар (Бускина А.В., Гербер В.Х., 2000; Пискунов С.З.0 және басқа да авторлар, 2004; Гюсан А.О., 2007, 2014) ауыз қуысымен қатысы бар одонтогенді синуситті ашық (тесілген)) және перфоративті жабық (тесілмеген) деп екіге бөледі.

Одонтогенді синуситті емдеу кезінде, біраз қиындықтар кездеседі, себебі бұл екіншілік ауру, оны нәтижелі емдеу үшін бірінші кезекте ауыз қуысындағы тістегі инфекциялық ошақтың көзін жою керек.

Одонтогенді синуситті емдеудің нәтижелігі, көбінесе оның себебін жоюға тәуелді. Одонтогенді гаймориттің әртүрлі формаларын емдеуде ажырату диагностикасын жүргізген жөн, ең алдымен аурудың диагнозын клиникалық және рентгенологиялық тұрғыдан дәлелдеу қажет.

Тіс жұлғаннан кейін бірден жоғарғы жақ сүйек қойнау түбінің перфорациясын одонтогенді гайморит деген түсінік бар, бірақ бұл

пікірді дұрыс деп айту қиын. Себебі тесілу жаңадан пайда болған жарақат және тиімді емді таңдау керек.

Тесілудің алғашқы күнінде «жыланкөз» деген диагноз дұрыс емес, өйткені жылан көз барлық науқастарда түзілмейді, ол қалыптасады ауыз қуысындағы эпителий жоғарғы жақ қойнауына енгенде, сондықтан бұл жарақатты емдеу кезінде белгілі бір уақыт керек және қолайсыз факторларды болдырмау қажет.

Дәрігер емдеу барысында, осы ескертуді жадында ұстаған жөн, өйткені бұл ескертуді елемей диагноз қоюдағы қателіктерге және емдеудің нәтижесіздігіне әкеледі (Гюсан А.О., 2014).

Одонтогенді гайморитті емдеу диагнозының ерекшеліктеріне, синустың шырышты қабығының морфологиялық өзгерісіне, ішінде бөгде заттың болу немесе болмауына, сондай-ақ оның түбіндегі тесілуінің жағдайына негізделеді (Гюсан А.О., 2007).

Одонтогенді синуситте консервативті ем тиімді, әрі нәтижелі. Дегенмен, одонтогенді гайморитте 90% -ында жоғарғы жақ синусының төменгі қабырғасында тесілу анықталады. Бірақ кейбір авторлар (Лузина В.В., 1995) бұл кезде консервативті терапия жылан көзде эпителизациясының қалыптасуына әкелуі мүмкін деген тұжырым жасайды.

Көптеген авторлар перфорацияларды жабудың әртүрлі тәсілдерін ұсынады. С.С.Лаврентьев (1995) жоғарғы жақ сүйегінің медиалды қабырғасының аутосүйегімен фистулань бітеу, В.В.Скоробогатий (2005) және А.О.Гюсан, А.Х.Ламкова (2012) - жоғарғы жақсүйек қуысының алдыңғы қабырғасымен, Я.Г.Лившиц (1987) канамицин қосылған антисептикалық губка, Г.А.Колесник (1993) - коллагенді гемостатикалық губка, И.А.Романов (1998) - остеогенді материал калполын, Р.Г.Анютин, И.А.Романов (1996) деминерализацияланған мұздатылып кепкен сүйек матрицасы, А.Г.Волков, Н.И.Бастриков (2003) - деминерализацияланған сүйек трансплантатын қолданады. Соңғы уақытта ороантралды жылан көзді жабудың жаңа әдістері пайдаланылады.

А.О.Гюсан (2014) клиникада одонтогенді гайморитті емдеуде келесі әдісті пайдаланады.

Ол үш кезеңмен жүргізіледі:

- бірінші кезеңде синустағы қабыну процесін тоқтатуға, шырышты қабықты сақтауға және оның қызметін қалпына келтіруге бағытталған операция алды дайындық жүргізіледі. Қажет болған жағдайда, тіс дәрігері жұлынған тістің орнын емдейді;

- екіншіден микрогайморотомия жасау арқылы, ороантралды фистуланы бітеуге аутотіндерді пайдаланады, егер ол жеткіліксіз болса, аллогрансплантат қолданылады;
- үшіншісі, екіншісімен бірге жүзеге асады, гаймор қойнауының шығару өзегі тексеріледі, егер оның желдеткіш қызметі зақымдалса, оны қалпына келтіреді.

Операция алды дайындықта синусты дренаждау және дәрі-дәрмектерді қойнауға енгізіп, іріңді үдерісті жою.

Содан соң, науқасқа төменгі мұрын жолына тесік жасамай-ақ, ороантральды жыланкөзіне пластикалық операция қолданылады. Бұл ота Нейман-Заславский тәсілі бойынша жүзеге асады, ол үшін ауыз қуысының кіреберіс қатпарынан, трапеция тәрізді шырышты-периостальды альвеолярлы кесіндісі қалыптастырылды. Кесіндіні сүйектен жоғары қарай ығыстырып, гаймор қуысының алдыңғы қабырғасын жалаңаштайды. М.Л.Заксон бойынша электр бұрғымен гаймор қуысының алдыңғы қабырғасын теседі. Жасалған тесікке эндоскоппен еніп, ішін толықтай тексеріп, патологиялық бөліністен мұқият тазартады. Содан кейін, табиғи тесіктің өткізгіштік қызметін тексереді, жабық тұрса, онда саңылауын кеңейтеді.

Одонтогенді максиллярлы синуситтің емдеудің үшінші кезеңіне көшеді, эндоназалды шығару өзегінің ревизиясы жасалады және одан мұрын ішілік түзету операциясының қажеттілігі туралы шешім қабылданады.

Сонымен қатар, жоғарғы жақ қуысының алдыңғы қабырғасынан шырышты қабықпен бірге алынған сүйек тінін дымқыл шүберекпен орап, сақтап және В.В.Скоробогат (2005) ұсынған әдіс бойынша, ороантралды тесікті жабу үшін қолданады.

Трансплантатты гаймор қуысының шырышты қабығына орналастыру үшін, алдымен альвеолярлы өсіндіге орын (ойық) дайындайды, алынған тістің ұяшығына қырып тазалау жасап, губка арқылы қанды тоқтатады, альвеолярлы өсіндідегі ойықтың шырышты қабығының жиектерін жаңартып, жоғары көтереді. Бұл тәсіл трансплантаттың гаймор қуысына енуін болдырмас үшін жасалады.

Операцияның басында дайындалған, мукопериосталды трапеция тәрізді кесіндіні трансплантаттың үстіне орналастырады. Оны қызыл иектегі ақау бетіне орналастырып, тігісті тіс ұясынан алшақ болатындай етіп мұқият салу қажет. Профессор Гюсан А.О. 2013 жылы сүйек аутоимпланттың үстіне ақаудың пішінен біршама үлкен экофлон пластинкасын қояды.

Сонымен, одонтогенді синуситте, мұрын қуысының қызметіне, мұрыннан тыныс алудың және жоғарғы жақ қойнауының табиғи тесігінің қалпына келуіне керектігіне, аса назар аудару қажет деп қорытынды жасайды.

Әдебиеттер:

1. Волков А.Г. Лобные пазухи. Изд. «Феникс». Ростов-на-Дону. 2000. - 260с.
2. Гюсан А.О. Избранные клинические лекции по оториноларингологии / А.О.Гюсан М. : Медицинская книга, 2014. - 264 с.
3. Карпищенко С. А. и др. Оториноларингология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 480 с.
4. Кошель В.И. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы / В. И. Кошель, И. В. Кошель, С. В. Сирак, Е. В. Щетинин, В. Н. Цыган. — СПб. Спец Лит, 2020. - 189 с.
5. Лопатин А. С. Ринит: патогенетические механизмы и принципы фармакотерапии. – М.: Литтерра, 2013. - 368 с.
6. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд. , перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.- 1024 с.
7. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. 3-е изд., доп. М.: Медицинское информационное агентство. - 2017. - 750 с.
8. Свистушкин В.М. Карманные рекомендации. Ведение пациентов с острыми воспалительными заболеваниями верхних отделов дыхательных путей. МИА изд.2017. – 168 с.

Бақылау сұрақтары:

1. Жедел риниттің клиникалық кезеңдері.
2. Созылмалы риниттің түрлері.
3. Созылмалы атрофиялық ринитінің және озенаның дифференциалды диагностикасы.
4. Маусымдық аллергиялық ринит.
5. Синуситтің диагностикалық әдістері.
6. ММҚ-ына инфекцияның ену жолдары.
7. Синуситтің консервативті емдеу әдістері.
8. Синуситтердің негізгі емдеу қағидалары.
9. Одонтогенді гаймориттің клиникасы және емдеу ерекшеліктері.

Дәріс 4.

Риногенді көз және бассүйек ішілік асқынулар

*Ғылыммен неғұрлым көп танысқан
сайын, оны соғұрлым жақсы көресің*
Н.Г.Чернышевский

Мақсаты. Мұрын және мұрын маңы қойнаулары ауруларындағы риногенді орбиталды және бассүйек ішілік асқынуларды емдеу ережелеріне түсінік беру.

Тезистер:

1. Риногенді орбиталық асқынулар. Патогенезі. Клиникасы, диагностикасы, емі.
2. Риногенді интракраниалды асқынулар. Клиникасы, диагностикасы, емі.

Көрнекі құралдар: презентация, кесте.

ММҚ-ы бассүйек қуысына және көз аймағына жақын орналасқан, сондықтан жиі риногенді көз және бассүйек ішілік асқынуға себепші.

Риногенді орбиталық асқынулар (0,8-34,8%) оториноларинголог саласындағы қатерлі асқынулардың бірі.

Науқастарды емдеу отоларингологпен қатар, офтальмолог дәрігерімен бірге жүргізілу керек (Беличева Е.Г және басқа да авторлар, 2000; Воронкин В.Ф. және басқа да авторлар, 1999 және т.б.). 1898 жылы Ф.Ф.Герман жазады: «Қабыну үрдісі мұрыннан басталып, мұрын маңы қойнауларының іріңді қабынуы арқылы орбитаның сүйек қабырғасын зақымдап, кейін көз флегмонасының дамуына әкелуі мүмкін. Демек, соңғысы негізгі ауру емес, екіншілік болғаны».

Мұрын маңы қойнауларының жедел, созылмалы қабыну ауруларында нәтижелі емдеу тәсілдерін қолдануына қарамастан, орбиталық асқынулардың көрсеткіші жылдан жылға арта түсуде (Добромыльский Ф.И., Щербатов И.И., 1961; Гюсан А.О., Хохлачев С.М., 2005; Киселев А.С., 2007 т.б.).

Мұрын және мұрын маңы қуыстарының құрылым ерекшеліктері, олардың орбитамен анатомо-топографиялық, қан және лимфа ағымымен тығыз байланыстылығы, орбиталық асқынуларға себепкер (Евдощенко Е.А., 1989; Lindbaek M. et al., 1996 т.б.).

Оның патогенезінде келесі факторлар маңызды рөл атқарады: қойнау мен орбитаның топографиясы, қойнау құрылымындағы жеке анатомиялық өзгешіліктер, сүйек жіктерінің бітіспеуі, бас сүйегінің жетілудегі жас ерекшеліктері және қанмен қамтамасыз етуі, ММҚ-

ның шығару өзектерінің қабыну үрдісінен, полип, тыртықтар әсерінен жабылуы және т.б .

Орбиталық асқынулардың пайда болуына себепкер: тұрғындар арасында жедел респираторлы вирустық инфекцияның жиі кездесуі, иммунологиялық реактивтіліктің төмендеуі, ағза аллергиязациясының жоғары болуы, микрофлораның жоғары вируленттілігі, шартты патогенді микрофлораның белсенділігінің артуы.

Орбиталды риносинусогендік асқынулардың көбеюі, синуситтің жиілік көрсеткішінің өсуімен байланысты. 60-80% жағдайда орбиталық асқынуға ықпал ететін, мұрын және ММҚ-ның қабыну аурулары.

Орбиталық асқынулар ЛОР бөлімшесіндегі науқастардың 6,6% - 12,4% құрайды. Ер адамдарда орбиталды риносинусогенді асқынулар, әйелдермен салыстырғанда риногенді орбиталық асқынулар 1,5-2 есе жиі (Гюсан А.О., 2014) кездеседі. Балаларда асқынулары жедел риносинуситте жиі байқалады, ал ересектерде – созылмалы синуситтің өршуімен байланысты.

Орбитаға инфекцияның ену жолдары жанама, қан тамырлары арқылы, бірақ мұрын мен ММҚ-ның орбита шекаралас сүйек тіндердің венасының тромбозы да инфекцияның көзі болуы мүмкіндігін деген тұжырым бар.

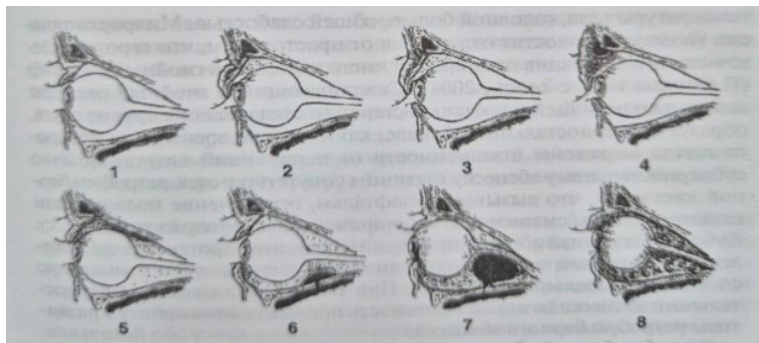
Барлық риногенді асқынулар екіге бөлінеді (Киселев А.С., 2007):

1. Көз ұясында орналасқан орбиталық асқынулар.
2. Орбиталық асқынулар кезіндегі, бас сүйек ішілік асқынулар.

Біріншісінде, көз ұясының және қабақ тіндерінің реактивті ісінуі, қабақ және жайылған іріңсіз орбитаның қабынуы, периостит, субпериосталды абсцесс, қабақ абсцесі, қабақтың және көз қабырғаларының фистуласы, ретробулбарлы абсцесс, орбитаның флегмонасы, орбита тіні веналарының тромбозы, пиомукоцеле (12-сурет).

Екінші тобына оптохиазмалды арахноидит, сына тәрізді қойнаудың зақымдануы, сына тәрізді синустың гиперпневматизациядан туындаған көру жүйкесінің атрофиясы, кавернозды синустың зақымдалуы және т.б. Риногенді орбиталық асқынуы кезінде шұғыл көмек көрсету және нәтижелі ем тағайындау.

Қабақтың жұмсақ тіндерінің қабынуы екіге бөлінеді: іріңді, іріңсіз. Іріңді емеске қабақтың реактивті ісінуі. Бұл кезде жиі жоғарғы қабақ, сирек жағдайда төменгі қабақ қабынады. Көз алмасының қозғалғыштығы сақталған. Қабақтың жұмсақ тіндерінің қабынуы, басқа риносинусогенді асқынулармен қоса кездеседі.



12-сурет. Орбитаның қалыпты көрінісі (1), жоғарғы қабақтың реактивті ісінуі (2), остеопериостит (3) және субпериосталды абсцесс (4) көздің үстінгі жағында және маңдай қуысының алдыңғы қабырғасынында (пресепталды орналасу); жоғарғы остеопериостит (5) және төменгі субпериосталды абсцесс (6) (постсепталды орналасу), ретробульбарлы абсцесс (7) және орбитаның флегмонасы (8)

Жоғарғы жақ пен торлы қойнаудан іріңнің таралуынан, қабақта іріңді қабынуы дамиды, болбыр тіндерде абсцесс немесе флегмона қалыптасады.

Торлы лабиринттің артқы жасушасы зақымдалса, **ретробульбарлы тін** ісінеді. Ересектерде көбінесе жергілікті клиникалық белгілер айқындалады: экзофтальм, қабақтың ісінуі, тері жамылғысының гиперемиясы, көру қабілетінің төмендеуі, көз бұлшықеттерінің салдануы. Балаларда жергілікті белгілерден басқа, жалпы симптомдар да (дене температурасының жоғарылауы, бас ауруы, құсу) айқын көрінеді.

Орбита периоститі жай, іріңді болып бөлінеді. Жай түрі маңдай мен торлы қойнаудың жедел эмпиемасында кездеседі, негізінен жергілікті симптомдар қалыптасады.

Орбитаның ішкі бұрышы және маңдай аймағындағы тері ісінеді, конъюнктивалды тамырлардың инъекциясы және хемоз белгілері анықталады. Алғашқы сатысында бұлшықеттердің салдануы немесе шала салдануынан, диплопия және көз алмасының қозғалысы шектелуі мүмкін. Жай периостит жергілікті үрдіс ретінде, тек орбитаның айналасында орналасады.

Іріңді периостит оның қарапайым (жай) түрінен, іріңді түріне алмасу нәтижесінен немесе қойнаудың сүйекті қабырғасына іріңді

қабынуымен сипатталады. Ауру жедел басталады, дене қызуы жоғарылайды, басы ауырып, жалпы әлсіздікке шағымданады. Микроскопияда іріңді периоститтің жай периоститтен айырмашылығы, серозды жасушалық инфильтрация, біркелкі іріңді жасушалыққа (Пискунов И.С. және т.б., 2004) алмасады. Сүйек тысы мен сүйек арасына жиналған ірің көбейіп, субпериосталды абсцесті түзейді, оның клиникалық көрінісі мұрын маңы қуысының зақымдалуына байланысты. Орбитаның субпериосталды абсцесінде ретробулбарлы тін ісінеді де, экзофтальм, көз алмасының қозғалғыштығы шектеледі және ол абсцестің қарсы жағына ығысады. Артқы синуситте субпериосталды абсцесс одан да ауыр (айқын экзофтальм, соқырлыққа дейін көру қабілетінің төмендеуі, кейде мүлдем көрмеу қалуы мүмкін, орталық скотома). Субпериосталды абсцестің осы орналасуында іріңдік орбитаға еніп, ретробулбарлы абсцесс қалыптасуы мүмкін.

Ретробулбарлы абсцесс - орбита ұлпасындағы шектелген іріңді ошақ, ол тереңдегі субпериосталды абсцестің енуінен немесе гематогенді жолмен алыста орналасқан іріңді инфекциядан түзіледі. Ретробулбарлы абсцесс сепсиске ұқсас клиникасымен (гектикалық температура, қалтырау, ЭТЖ жеделдеуі және т.б.) ерекшеленеді. Жергілікті симптомдары: экзофтальм, көз алмасының ығысуы және қозғалысының шектелуі. Көру жүйкесінің невриті әсерінен, көру қабілеті төмендейді.

Орбита флегмонасы - орбита болбыр тінінің инфильтрациясы, некрозы және іріңді ыдыраудың дамитын жедел іріңді қабынуы. Үрдіске барлық болбыр тіндер қатысса, онда флегмона, ал абсцесте іріңді ошақ шектелген.

Асқыну маңдай және жоғарғы жақ қуысының эмпиемасында, сирек жағдайда басқа қойнаулардың қабынуында кездеседі. Орбита флегмонасы инфекцияның басқа да іріңді ошақтары нәтижесінен пайда болуы мүмкін (жақ-бет аймағындағы іріңді үрдістер, мұрын фурункул, сепсис, пневмония және т.б.). Инфекцияның таралуы жанама түрде, бірақ көбінесе гематогенді жолы жиі кездеседі. Инфекцияланған тромб мұрын немесе мұрын маңы қуысынан орбитаның шоғырланған көктамырлары арқылы енеді. Ретробулбарлы тіндегі инфекцияланған тромб ыдырайды, айналасындағы тіндер некрозданады.

Клиникасы септикалық сипатта: дене қызуы жоғарылайды, қалтырау, бас ауруы, құсу, есінен тану, қатты тершендік. Ауырсыну маңдай, көз аймағында орналасады, көз алмасын басқанда ауырсыну

күшейеді. Экзофтальм, көзі жабық, қозғалысы шектелген. Көз венасының тромбозынан, тромбофлебиттен немесе көз торы артериясы эмболиясынан көзі көрмей қалуы мүмкін. Орбита флегмоны бас сүйек ішілік асқынулармен қауіпті.

Орбиталық асқынулар кезіндегі бас қуысында орналасқан асқынуларға: риногенді ретробулбарлы неврит және оптохиазмалы арахноидит жатады.

Риногенді ретробулбарлы невритке себепші көру жүйкесі каналының артқы ММҚ-на жақын орналасуы. Риногенді ретробулбарлы неврит жедел және созылмалы түрде кездесуі мүмкін. Жедел ағымында анамнезде мұрыннан бөліністің болуымен, көру қабілетінің тез төмендеуімен сипатталады, зақымдалған мұрын бөлігінің шырышты қабығына лидокаин+адреналин ерітіндісін жақса, онда науқастың көру қабілеті бірден жақсарады. Көздегі ауырсыну, көз қозғалғанда және көз алмасына пальпация жасағанда күшейеді. Көздің қарығуы (фотофобия), қабақтың ісінуі және аз ғана экзофтальм пайда болуы мүмкін. Көз түбі ерекшеліксіз.

Оптохиазмалды арахноидит (ОХА) - көру жүйкесінің қиылысқан жерінде орналасқан, базалды ми қабықтары инфекциясынан туындайтын, бассүйек ішілік асқыну.

Жіі пайда болады, сына тәрізді қойнауың баяу қабыну процесінен. А.С.Киселев және басқа да авторлар (1994) тұжырымы бойынша, ми негізінің арахноидитінің алғашқы клиникалық белгісі ретінде көру қабілетінің төмендеуі. Аурудың негізгі симптомы - битемпоралды гемианопсия (Живков Е.С., 1967), яғни екі көздің көру қабілеті төмендейді. Көруі нашарлап, көру аясы тарылып, түсті ажырату қабілеті азаяды.

Риносинусогенді орбиталық асқынулар, шұғыл медициналық және хирургиялық көмекті қажет ететін қауіпті аурулар санатына жатады.

Бассүйек ішілік риногенді асқынуларға негізінен ықпал етеді: мұрын қуысы, ММҚ-ның бассүйек қуысына топографиялық жақындығы, қан айналымы мен лимфа ағымының бір жүйелігі, мимен периневралды байланыстың болуы, алдыңғы ми шұңқырының қабырғасының жұқалығы, көптеген қан тамырлары мен жүйкелер өтетін саңылаулар.

Сүйек тінінің деструкциясынан саңылау (фистула) қалыптасқан соң, бассүйек қуысына инфекция көбінесе жанама жолмен өтеді, одан да басқа бас сүйегінің негізінің сынуы, мұрын қуысына операция

жасалған кезде, торлы табақша арқылы енеді. Гематогенді, лимфогенді және перинеуралды ену жолдары сирек кездеседі.

Инфекцияның гематогенді таралуына мұрын қуысында және ММҚ-ы қабынуынан туындаған іркіліс пен кідіріс үрдісі ықпал етеді. Кейде инфекцияның таралуының әртүрлі жолдары болуы мүмкін.

Бассүйек ішілік асқынулардың дамуында негізгі рөлді мидың қатты қабығы шекаралас ММҚ-ның сүйекті қабырғасындағы остеомиелиттік процесс атқарады, әсіресе түрік ері аймағындағы сына тәрізді сүйектің остеомиелиті.

ММҚ-ның веналары, бет, көз, бас сүйек қуысының және вена өрімдерімен (қанатты-таңдай, орбиталды), олардың кейбір тармақтары орбиталық веналар арқылы кавернозды синуспен және мидың қатты қабығының венозды өрімімен байланысады. Инфекцияның жедел таралуына венозды қан тамырлардың кеңдігі және оның клапандардың болмауы ықпал етеді. Кейбір кезде венаның тромбозы, алғашқы болып сүйекті зақымдауы мүмкін, кей жағдайларда тромбофлебит сүйек зақымдануынан кейін пайда болады.

Риносинусогенді асқынудың диагностикасы мен емі туралы көптеген отандық және шетелдің ғылыми еңбектерінде жазылған, себебі ауру жиілігінің азаймауы, оның ерте сатысында анықтаудың қиындығы және өлім көрсеткішінің жоғары болуы, одан да басқа емдеудің күрделілігі (Воронкин В.Ф., Сергеев М.М., 2000; Дерюгина О.В., 2001; Демиденко А.Н. және басқа да авторлар, 2009 және т.б.).

Риногенді интракраниалды асқынулардың жиілігі 0,01-1,6% құрайды, сондай-ақ бұл патология бойынша өлім деңгейі 30% жетуі мүмкін (Куранов Н.И., 2001).

Интракраниалды риносинусогенді асқынулар, балаларда аурудың даму жылдамдығының тез жетілуіне байланысты, көп жағдайда клиникалық көрінісі ауыр және септикалық жағдайда өтеді (Lance E., McClay J., 2004).

Балаларда бассүйек ішілік асқинуға себеп: ми қабығы мен қан тамырларының өткізгіштігінің жоғарылығы мен тосқауыл қызметінің әлсіз болуымен байланысты. Маңдай және торлы қойнаудың қабынуында - менингит пен мидың абсцесі, сфеноидит және торлы лабиринттің артқы жасушаларының қабынуында кавернозды синустың тромбозы кездеседі.

Балаларда интракраниалды асқынулар көбіне жедел синуситтен кейін дамиды, ал ересектеу жастағы балаларда созылмалы синуситтің өршу сатысында байқалады.

Торлы және жоғарғы жақ қуысының қабынуында риногенді орбиталық қабыну дамып, ол бассүйек ішілік асқынуларға ықпал етеді, ал маңдай немесе сына тәрізді қойнауудағы ірің ошағы бассүйек қуысына тікелей өтеуі мүмкін.

Интракраниалды асқынуға себепші: бірінші орында фронтит, сирек жағдайда этмоидит немесе сфеноидит (Lance E., McClay J., 2004).

Риногенді бассүйек ішілік асқынулар:

1. Менингит.
2. Энцефалит.
3. Эпидуралды абсцесс.
4. Субдуралды абсцесс.
5. Ми абсцесі.
6. Кавернозды синустың және басқа да венозды синустың тромбозы.
7. Субпериосталды абсцесс (Потт ісігі).

1. Менингит жұлын сұйықтығы қысымы артуынан туындаған тұтас (диффузды) бас ауруы түріндегі жалпы милық симптомдардың дамуымен, ми қабығының тітіркенуінен менингеалды белгілермен (шүйде бұлшық еттерінің қатаюы, Кернинг белгісі, жоғары және төменгі Брудзинский симптомы) сипатталады. Дене қызуы жоғары және санасы тежелген. Нақты белгісі - жұлын сұйықтығының өзгеруі (цитоз, ақуыз мөлшерінің өсуі). Люмбалды пункцияда, бас қуысындағы қысымның жоғарылауынан, жұлын-ми сұйықтығының тамшылап ағуы жиі немесе жылдам ағады.

МРТ-да ми қабықтары қалыңдаған, кейде жұлын сұйықтығы қойнауларының (цистерналарының) тарылуы анықталады. Менингиттің емінде жұлындағы микрофлораның құрамы анықталған соң, жоғары дозадағы бірнеше антибиотиктер, дезинтоксикациялық және симптоматикалық ем тағайындалады. Егер қабынудың инфекциялық ошағы анықталса, онда хирургиялық ем қажет – ММҚ-ның санациясы. Люмбалды пункция диагноз қоюда аса маңызды рөл атқарады (ми-жұлын сұйықтығының қысымын бақылау және емдеу) және оны емдік мақсатта жұлын сұйықтығына дәрілер енгізу үшін пайдаланылады.

2. Энцефалит. Бұл қабыну үрдісі бас миының парехимасына және бас сүйек жүйкесіне тараған кезде дамиды. Орталық жүйке жүйесінің зақымдануынан, менингеалды белгілерімен бірге ошақты симптомдар дамиды: II-IV, VI-VII бассүйек жүйкелерінің парезі, кей жағдайда гемипарез, жалпы моторлық әлсіздік, афазия және санасының бұзылуы мүмкін. Емдеу тактикасы менингитке ұқсас.

3. Эпидуралды абсцесс. Инфекция сүйектің некроздалған аймағы арқылы немесе гематогенді жолмен таралады. Іріндік бас сүйегі мен қатты ми қабығы аралығында орналасады. Қабыну белгілері айқын емес, бас ауру мен температураның жоғарылауымен сипатталады. Емдеу хирургиялық жолмен ММҚ-ның қабыну ошағын санациялау, абсцесті дренаждау және кең спектрлі антибиотиктерді тағайындау. Болжамы қолайлы.

4. Инфекция гематогенді таралуы кезінде қатты және жұмсақ ми қабықтар аралығында субдуралды абсцесс түзіледі.

Клиникалық белгілері: бас ауру, температураның жоғарылауы, менингеалды белгілер және санасының төмендеуі. Болжамы қолайсыздау, өйткені ағымы ұзақ және ауыр, өлім көрсеткіші жоғары. Диагноз қою клиникалық көрініске, КТ және МРТ нәтижелеріне негізделген. Емі ММҚ-ның санациясы, абсцесті дренаждау, көктамыр ішіне кең спектрлі антибиотиктерді енгізу және кортикостероидты қолдану.

Субдуралды гематомамен ажырату диагнозын жүргіземіз, онда қабыну процесі болмайды, анамнезінде бас-ми жарақатының белгісі анықталады.

5. Миішілік абсцесс. Ми абсцесінің клиникасы инфекция ошағының қай жерде орналасуына байланысты. Сфеноидит самай бөлігінің абсцесімен, ал фронтит және этмоидитте – мидың маңдай бөлігі абсцесі қалыптасады (Коновалов А.Н. және басқа да авторлар., 2005; Lance E., McClay J., 2004).

Миішілік абсцесс 3 кезеңге бөлінеді:

1 кезең 1–2 аптаға созылады және үнемі (тұрақты) бастың ауруы, дене қызуының көтерілуі, психикалық өзгерістер және ұйқышылдық;

2 кезең – айқын сатысы, абсцесс қалыптасады, бірақ ми паренхимасына әсерін тигізбейді. Бұл кезең симптомсыз да болуы мүмкін, әсіресе үрдіс мидың маңдай бөлігінде орналасса (Бобров В.М. және басқа да авторлар, 2003; Lance E., McClay J., 2004);

3 кезең. Бұл кезеңде қабыну мидың паренхимасын қамтиды, бұл үдірістен ми ісінеді де, отоневрологиялық белгілер қарқынды дамиды. Қимыл-қозғалыс белсенділігі төмендейді, парез, паралич түріндегі ошақты неврологиялық белгілер айқындалады, бас сүйек жүйкелерінің қызметі зақымдалады. Ең қажетті диагностикалық әдістер КТ және МРТ. 95% жағдайда КТ-ның контрасты тексерісінде дөңгелек пішінді, айналасындағы қабығы жұқа, тығыз емес түзіліс анықталады, бұл абсцесті миішілік ісіктен ажырататын нақты белгі.

Ми абсцессінің ажырату диагностикасын миішілік ісікпен және эхинококкозбен жүргізу керек. Абсцесте МРТ-да ісіктің белгісіне тән емес жоғары қарқынды сигналдар анықталады. Паразиттік ауруларға күдік болса кешенді талдау жасалады.

Мидың риногенді абсцессін **емдеу** күрделі, ұзақ консервативті және хирургиялық емдеуді қажет етеді. Ем гистологиялық кезеңіне, абсцестің орналасуына және ағымына сәйкес тағайындалады. Ми абсцессінің қалыптасу сатысында дәрілік препараттар пайдаланылады. Абсцестің айналасындағы капсуласы қалың және мидың қысылуы симптомы дамыған жағдайда хирургиялық ем - абсцесті алу, содан кейін консервативті терапия. Нейрохирургиялық жолмен абсцесті алуға да болады, бірақта стереотактикалық әдістерді қолданылуда мүмкін. Терең орналаспаған абсцесс үшін, интраоперациялық навигациялық құралдар пайдаланылады.

Кешенді терапиядан кейін толықтай жазылу белгілері орташа есеппен КТ 3 айдан соң, ал МРТ-да сауығу белгілері 6-9 айдан кейін анықталады. Антибактериялық терапия ликвордан және абсцесс алынған микрофлораның құрамына негізделеді. III-IV топтағы парентералды цефалоспорин қатарындағы антибиотиктерін (цефтриаксон 2-4 г/тәу 7-10 күн немесе цефотаксим 6-8 г тәуліктік доза көктамыр ішіне), меропенем 4-8 г/тәу 10 күн және ванкомицин 2 мл/тәулігіне 14 күнге тағайындаймыз. Құрамында саңырауқұлақ бар миішілік абсцесті емдеу үшін, амфотерицин В-ны 1,5 мг/кг/тәулік дозада көктамыр енгізу. Саңырауқұлақ менингитін емдеу және алдын алу үшін қолданылатын препараттың бірі флуконазол, ол бірақ тек Candida тектес саңырауқұлақтарға әсер етеді. Емдеу жұлын сұйықтығы қалыпына келгенше, бірнеше ай бойы жалғасуы керек.

Аурудың болжамы абсцестің дер кезінде анықталуына және уақытылы ем тағайындауға байланысты (Пискунов Г.З. және басқа да авторлар., 2004; Коновалов А.Н. және басқа да авторлар, 2005; Goldman A. 2003; Lance E. McClay J., 2004).

6. Кавернозды синус тромбозында ми қабықтарының тітіркенуі, сепсис, санада өзгерістің болуы. Клиникасы: жоғарғы дәрежедегі ауытқымалы қызба, менингеалды симптомдар (шүйде бұлшық еттерінің қатаюы, Кернинг, Брудзинский белгілері оң мәнді), жалпы милық симптомы тәуелді бассүйек ішілік қысымның жоғарылауымен.

Офтальмологиялық симптомдары: эписклерада веналардың ұлғаюы, көру жүйкесінің дискісінде іркілістің болуы, қабақтың ісінуі, гиперемиясы, экзофтальм, хемоз, птоз, үшкіл жүйкенің I-II

тармақтарының дисфункциясы, көз қимылдатқыш, шығыршық, әкеткіш жүйкелерінің қызметі бұзылады.

Орбита флегмонасынан айырмашылығы, кавернозды синустың тромбозында - көз алмасын басқанда ауырсынбайды. Синус тромбозы кезінде, тромбтың қарсы жағына таралуынан байланысты, орбитаның тіндерінің екі жағында да өзгерістер қалыптасады. Көбінесе, кавернозды синустың тромбозы іріңді менингитпен, менингоэнцефалитпен немесе мидың абсцесімен асқынады, онда болжамы қолайсыз.

Егер емдеуді уақтылы бастамаса немесе ем жеткіліксіз жүргізілсе, офтальмоплегия және соқырлық дамиды.

Кавернозды синустың тромбозында симптомдар жедел басталып, бірден комаға ауысуы мүмкін. Емдеуді қабыну ошағын хирургиялық санациялаудан бастайды (эндоназалды эндоскопиялық әдіспен сына тәрізді қойнауудың бүйір қабырғасы арқылы кавернозды синусқа жету), оны ашу және дренаждау, кең спектрлі антибиотиктерді парентералды енгізу, антикоагулянттарды және фибринолитикалық препараттарды тағайындау. Осы мақсатта гепариннің 5 мың бірлігі қолданылады. Іштің алдыңғы қабырғасына көктамыр ішіне немесе тері астына әрбір 6 сағат сайын 4 күн бойы қолданады, содан кейін тәуліктік дозаны 5 мыңға азайтады. Жаңа мұздатылған плазма (көктамыр ішіне ағынмен) және емдік дозада антикоагулянттар да пайдаланылады (Фейгин Г.А., Изаева Т.А., 1996).

7. Потт ісігі - маңдай сүйегінің субпериосталды абсцесі. Бұл маңдай қойнауының қабыну процесінің асқынуы. Көбінесе эпидуралды абсцеспен бірге кездеседі. Емі хирургиялық – маңдай қойнауын сыртынан ашу, сирек жағдайда мұрын қуысы арқылы сүйек жегісін алу, содан соң антибиотиктерді тағайындау.

Бассүйек асқынулар мұрын және ММҚ-ның оқ және басқа жарақаттар әсерінен болуы мүмкін, сонымен қатар мұрын аймағындағы іріңді (фурункул, карбункул) және мұрын қуысындағы (мұрын пердесінің абсцесінен) үрдістерден дамуы мүмкін. Риногенді интракраниалды асқынулардың болжамы қолайсыз. Қазіргі уақытта заманауи әдістік шаралар, олар: уақтылы нәтижелі хирургиялық ем, белсенді антибактериялық терапияны, сондай-ақ гемодинамикалық, ликородинамикалық және гомеостатикалық бұзылыстарды қалпына келтіретін терапияны қолдану, өлім көрсеткішін айтарлықтай төмендетті (5-10% дейін).

Әдебиеттер:

1. Бабияк В.И. Оториноларингология. Руководство. Том 2/ В.И. Бабияк, М.И. Говорун., Я.А. Накатис.- М.: Книгопотребованию, 2019.- 832 с.
2. Воронкин В. Ф., Сергеев М. М. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии. Краснодар, 2000. - 175 с.
3. Гюсан А.О. Избранные клинические лекции по оториноларингологии / А.О.Гюсан. М.: Медицинская книга, 2014. - 264 с.
4. Золотарева М.А., Назарук Е. И. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух у взрослых по материалам оториноларингологического отделения ГБУЗ РК «РКБ им. Н. А. Семашко», //Российская оториноларингология; 2022; 19; 1 (104). С. 37-45
5. Киселев А.С. О классификации риногенных зрительных осложнений // Рос. ринология. 2007. №2. С. 41–42.
6. Лихачев А.Г. Болезни уха, горла и носа/А.Г. Лихачев.- И.: Медицина, 2017. 266 с.

Бақылау сұрақтары:

1. Инфекцияның орбитаға және бассүйек қуысына ену жолдары.
2. Пресепталді және постсепталді асқынулар.
3. Орбиталық асқынулардың жіктелімі.
4. Бассүйек ішілік асқынулар. Диагностика. Клиникасы.
5. Мұрын маңы қойнауларының ауруларында қандай бассүйек ішілік асқынулар жиі кездеседі?
6. Орбиталық және бассүйек ішілік асқынуларда қандай ем тиімді болып табылады?
7. Риногенді орбиталды және бассүйек ішілік асқынулардың алдын алу шараларының ең бастысы не?

Дәріс 5.

Лимфаденоидты сақинаның морфофизиологиялық сипаттамасы. Баспа. Созылмалы тонзиллит. Аденоид. Жедел және созылмалы фарингит

*Ғылым дегеніміз - тұнып
тұрған ғажайып поэзия.*

К.Г.Паустовский

Мақсаты. Жұтқыншақтың құрылымы мен қызметі ерекшеліктеріне түсінік. Жұтқыншақтың ауруларын, олардың жіктелуін, диагностикасын және емдеудің негізгі қағидаларын қарастыру. Жұтқыншақ ауруларының әлеуметтік маңызына тоқталу.

Тезисі:

1. Жұтқыншақтың клиникалық анатомиясы.
2. Лимфаденоидты жұтқыншақ сақинасы және оның маңызы.
3. Баспаның анықтамасы. Баспаның жіктелуі. Диагностикасы. Емі.
4. Созылмалы тонзиллит. Жіктемесі. Емі.
5. Жергілікті және жалпы асқынулар.
6. Аденоид. Аденоидит. Клиникасы, диагностикасы, емі.

Көрнекі құралдар: плакаттар, презентация, науқастарды көрсету.

Жұтқыншақ - ас қорыту мен тыныс алу жолының қиылысында, жоғарғы мойын омыртқаларының алдыңғы беткейінде орналасқан қуысты мүше, айналасы бұлшықетпен қоршалған. Бұлшықет іш жағынан шырышты қабықпен, ал сырты - фасциямен жабылған. Жұтқыншақтың бүйір қабырғасында борпылдақ дәнекер тін орналасқан, оның ішімен қан тамырлары мен жүйкелер өтеді. Бұл аймақ парафарингеалды кеңістік деген атауға ие. VI мойын омыртқасы деңгейінде жұтқыншақ өңешке жалғасады. Жұтқыншақ алдыңғы жағында мұрын және ауыз қуысымен, ал төменгі бөлігінде көмеймен шектелген. Ол шартты түрде үшке бөлінеді: мұрын-жұтқыншақ, ауыз-жұтқыншақ және көмей-жұтқыншақ. Жұтқыншақтың бұлшықеттері, қан тамырлары, лимфа айналымы, иннервациясы және лимфоидты аппараты (13-сурет) барлық үш бөлімге де ортақ.

Мұрын-жұтқыншақ, мұрын қуысымен хоана арқылы байланысып, тек тыныс алу қызметін атқарады. Жұтқыншақтың артқы қабырғасының жоғарғы бөлігінде жұтқыншақ бадамшабезін (немесе III-ші бадамшабезі) түзейтін лимфоидты ұлпалардың шоғыры бар. Есту түтігінің айналасындағы лимфоидты тіндердің жиынтығы, түтік бадамшабезі (V-VI) деген атауға ие. Мұрын-жұтқыншақтың шекарасы жұмсақ таңдайдың жиегі. Аранның алдыңғы жағы ауыз қуысымен,

жоғарыда жұмсақ таңдай, төменнен тіл түбірімен, ал бүйір қабырғасы таңдай-тіл және таңдай-жұтқыншақ доғаларымен шекаралас. Жұтқыншақтың бүйір қабырғасындағы таңдай доғаларының аралығындағы қуыста таңдай бадамшабезі (I-II) орналасқан.



13-сурет. Жұтқыншақтың бөлімдері: мұрын-жұтқыншақ, ауыз-жұтқыншақ, көмей-жұтқыншақ

Таңдай бадамшабезінің сыртқы беткейі жұтқыншақтың бүйір қабырғасынан талшықты капсуламен оқшауланған. Тілдің түбінде тіл бадамшабезі (IV) орналасқан. Бадамшабезінен басқа жұтқыншақ беткейінің әр жерінде, әсіресе оның бүйір және артқы қабырғаларының эпителий астында лимфоидты тіннің қалдықтары бар, оны гранула (түйіршіктер) деп атайды. Бүйір қабырғасындағы лимфоидты тіннің жинағын, бүйірлік қатпар деп атайды.

Жұтқыншақ лимфоидты аппарат құрылымының ерекшелігі, оның ішінде лимфобласт пен лимфоциттер жасап шығаратын белсенді мезенхима - ретикулярлы тіндер орналасқан. Одан да басқа экзогенді және эндогенді фактордың әсерінен, иммунитетті қалыптастыруға қатысатын моноцит, макрофаг, плазмалық жасушалар және жасушалық түзілістерін жасап шығаруы мүмкін.

Бадамшабезінің лимфоэпителиалды тінінің атқаратын рөлі: ол жұтқыншақтың беткейін тазалайды, оның төзімділігін арттырады және кебуден, гипотермиядан, уланудан және инфекциядан қорғайды. Жұтқыншақ зақымдалса, онда қорғаныстық бейімделу реакциялары бұзылып, инфекция ошағына айналады. Бұл кезде бадамшабезі инфекция ошаққа ғана емес, сонымен қатар патологиялық рефлекс қалыптасып, рефлексогенді аймақ ретінде асқынулар туындауы мүмкін (Ундриц В.Ф. және басқа да авторлар, 1960).

Көмей-жұтқыншақ көмей үсті шеміршегінің жоғарғы жиегінен басталып, IV-VI-шы мойын омыртқалардың бойымен, құйғы (воронка) тәрізді төмен қарай бағытталып, өңешке жалғасады. Бұл көмейдің артында орналасқан жұтқыншақтың ең тар бөлігі. Сақина тәрізді шеміршектің төменгі деңгейінде, жұтқыншақ өңешке қосылады. Көмей кіреберісі алдыңғы жағында көмей үсті шеміршегімен, бүйір қабырғасы ожау-бөбешік қатпарымен шектелген, оның қапталында терең қалта орналасқан, оны алмұрт тәрізді ойық деп атайды.

Жұтқыншақтың қызметі: жұту, тыныс алу, қорғаныс, резонаторлық, сөйлеу.

Жұтқыншақ аурулары

I. Баспа

Баспа - ағзаның жалпы жедел инфекциялық-аллергиялық ауруы, жұтқыншақта орналасқан әртүрлі бадамшабезінің жедел қабынуымен сипатталады.

Этиологиясы және патогенезі.

Негізгі қоздырғышы А тобындағы β -гемолитикалық стрептококк (80%-ға дейін). Таралу жолдары – ауа-тамшы, алиментарлы, жанасу (контакты).

Жіктелуі

Оториноларингологтардың Бүкілодақтық VII съезінде И.Б.Солдатовтың (1975) бекітілген тонзиллиттің клиникалық жіктемесі.

I. Жедел.

1. Біріншілік: катаралды, лакунарлы, фолликулярлы, ойық-жаралы қабықшалы тонзиллит.
2. Екіншілік: а) жедел жұқпалы аурулар: дифтерия, қызамық, туляремия, іш сүзегі; б) қан жүйесінің аурулары: инфекциялық мононуклеоз, агранулоцитоз, алиментарлы-токсикалық алейкия, лейкоз.

II. Созылмалы.

1. Арнайы емес: а) компенсацияланған түрі; б) декомпенсацияланған түрі.
2. Арнайы: инфекциялық гранулемалар – туберкулез, мерез, склерома.

Баспа баналды немесе қарапайым (жиі таралған) және атипті болып бөлінеді. Ең жиі кездесетін түрі - лакунарлы баспа (шамамен 67,2%), сирек кездесетіні - катаралды (21,3%) және фолликулярлы (11,5%). Баспа дененің айқын жалпы улану белгілерімен сипатталатын;

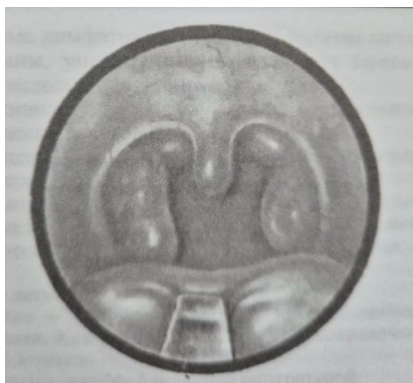
екі жақтағы бадамшабезіндегі патологиялық өзгерістермен; ұзақтығы 7-10 күнге созылатын ауру; негізгі қоздырғышы бактерия немесе вирустық инфекция.

Катаралды баспа (14-сурет).

Қысқа продромалды кезеңнен кейін, ауру жедел басталады. Тамағында күй сезімі, жұтынғанда ауырсыну, әлсіздікке, бас ауруына шағымданады.

Дене температурасы субфебрилді, қан құрамында аздаған ауытқулар байқалады.

Фарингоскопияда таңдай бадамшабезі және таңдай доғаларының шеттері диффузды қызарған, бадамшабезі ұлғайған, аймақтық лимфаденит болуы мүмкін. Балаларда клиникалық көрінісі, ересектерге қарағанда әлдеқайда айқын болады. Аурудың ұзақтығы: 3-5 күн.



14-сурет. Катаралды баспа

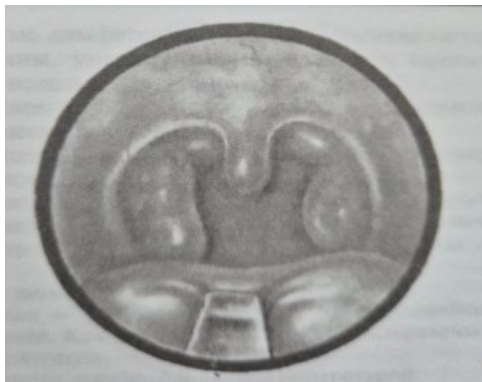
Фолликулярлы баспа

Тамақтың өздігінен ауырсынуына, жұтынудың қиындауына, бас ауру, қалтырау, жалпы әлсіздікке шағымданады. Фарингоскопияда: жұмсақ таңдай, доғалары гиперемияланған және инфильтрацияланған, бадамшабезінің көлемі ұлғайған және гиперемияланған, беткейінен 1-ден 3 мм-ге дейінгі дөңгелек сарғыш-ақ түсті жабындылар айқындалады, ол бадамшабезі фолликулаларының іріндеуінен пайда болады. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған, басқанда ауырсынады. Қан анализінде нейтрофилді лейкоцитоз, эозинофилия, ЭТЖ жоғарылайды. Баспаның ұзақтығы: 5-7 күн.

Лакунарлы баспа

Аурудың басталуы және оның жалпы белгілері фолликулярлы баспамен бірдей. Ұзақтығы: 5-7 күн. Гиперемияланған, ұлғайған бадамшабезінің беткейінен жайылған ақшыл сарғыш түсті жабындылар анықталады. Жабындылар оның шекарасынан аспайды, дифтериядан айырмашылығы, шпателмен қиындықсыз алынады. Баналды баспада қабыну үрдісі екі бадамшабезін зақымдайды, алайда, кейде бір жағында катаралды немесе фолликулярлы баспаның көрінісі болуы мүмкін, ал екінші жағында - лакунарлы (15-сурет) баспа белгілері анықталады.

Балаларда баспаның клиникасы өте ауыр өтеді: жүрек айну, құсу, диспепсия, менингизм, дене температурасының жоғарылауынан құрысулар, есінен тану.



15-сурет. Фолликулярлы (оң жағында) және лакунарлы (сол жағында) баспа.

Емі

Үйде төсек режимі, науқасты оқшаулау. Антибиотиктер тағайындалады - пенициллин қатарындағы, сондай-ақ цефалоспорины, макролидтер, гипосенсибилизациялық (димедрол, супрастин, диазолин, эриус және т.б.) препараттар.

Жергілікті ем: фурацилин, калий перманганаты, қырмызы тұнбалары, түймедақ қайнатпасы, ингалятор: биопарокс, гексораль, ингалипт, стрепсил, плюс спрей, стоп-ангин және т.б.

А-типі баспа Симановский-Плаут-Венсена (жаралы-некрозды), герпетикалық және саңырауқұлақ.

Жаралы-некрозды Симановский-Плаута-Венсен баспасы

Этиологиялық факторы: ауыз қуысындағы спирохет (*Spirochaeta buccalis*), ұршық тәрізді таяқшасының (*B. fusiformis*) симбиозы.

Бейімдеуші фактор ағзаның жалпы және жергілікті төзімділігінің төмендеуі, гиповитаминоз, әлеуметтік-тұрмыстық жағдайының төмен болуы. Бұл ауру өте сирек кездеседі, негізінен жиі кездеседі соғыс кезінде, кейде жертасалық (окоптық) баспа деп атайды.

Клиникалық көрінісі

Шағымдары: жұтынғанда бөгде дененің сезілуі, ауыздан жағымсыз иістің шығуы. Дене температурасы қалыпты. Фарингоскопияда: бір бадамшабезі беткейін сары-сұр жамылғылар басқан; алғанда астынан қанталаған ойық жара көрінеді.

Зақымданған жағындағы лимфа түйіндері ұлғайған, пальпация кезінде аздап ауырсынады.

Аурудың ұзақтығы - 3 аптаға дейін, кейде - бірнеше ай. Ұзаққа созылған жағдайда некрозды үрдіс қызылиекке және таңдайға таралуы мүмкін.

Диагноз бактериологиялық зерттеу арқылы дәлелденеді (ұрт спирохеті және ұршық тәрізді таяқшалардың анықталуы).

Емі: дәрумендер, антибактериялық терапия, ауыз қуысының гигиенасы, калий перманганаты немесе фурацилин ерітінділерімен шаю, ойық жараға йод, ляпис ерітіндісін жағу және т.б.

Саңырауқұлақ баспасы

Қоздырғышы көбінесе *Candida albicans* тұқымдас ашытқы саңырауқұлақтар. Көп жағдайда ауру антибиотиктерді қолданғаннан кейін дамиды. Тамағында жыбырлау сезімі, дискомфорт, температурасы қалыпты, кейде субфебрилді. Фарингоскопияда: бадамшабезі шамалы ұлғайған, аздап қызарған, босаңқы, беткейінде ірімшік тәрізді жамылғылар орналасқан, алғанда астындағы тіндер зақымдалмаған. Кейде бұл процеске тек бір бадамшабезі қатысады. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған. Ұзақтығы: 5-7 күн. Жұтқыншақтың шырышты қабығынан жағынды алғаннан кейін, ашытқы жасушалар анықталады.

Емі: саңырауқұлаққа қарсы препараттар (дифлюкан, микосист). Жергілікті - зақымдалған аймақты 5-10% ляпис, 2-5% натрий гидрокарбонат немесе Люголь ерітіндісімен өңдеу.

Герпетикалық ангина

Этиологиялық факторы - аденовирустар, тұмау вирусы, Коксаки вирусы. Инкубациялық кезең 2-5 күн. Ауру жедел басталады, температура 38-40 ° дейін көтеріледі.

Шағымдары: тамақтың ауруы, жұтынудың қиындауы, бас ауруы, әлсіздік, бұлшықеттердің ауырсынуы.

Фарингоскопияда: жұтқыншақ шырышты қабаты гиперемияланған. Жұтқыншақтың артқы қабырғасынан, жұмсақ таңдайдан, тілшікте, таңдай доғаларында және сирек жағдайда бадамшабезінде көлемі кішкентай қызыл түсті бөртпелер айқындалады. 3-4 күннен кейін бөртпелер өздігінен жарылады. Аймақтық лимфаденит анықталады.

Қанда лейкопения, формуланың аздап солға қарай ауытқуы байқалады.

Баспа одан да басқа мұрын-жұтқыншақ бадамшабезінде, бүйір білікше (валик) мен түтік бадамшабезінде және тіл бадамшабезін де кездеседі.

Баспаны тұмау, жедел фарингит, күл, қызамық, қызылшамен ажырату диагностикасын жүргіземіз. Тұмау ауыр уланумен, ринит симптомдарымен және қабыну процесі жоғарғы тыныс жолдарынның барлық бөлігін зақымдайды.

Жедел фарингитте жалпы жағдайы нашарламайды. Жұтқыншақтың артқы қабырғасының диффузды қызаруы, әдетте қабыну процесі таңдай бадамшабезін зақымдамайды. Дене температурасы көбінесе қалыпты.

Дифтериялық баспада бадамшабезінде айқын гиперемиямен, қалың лас сұр қабықшақтар пайда болып, олар таңдай доғаларына, жұмсақ таңдайға, тілшікке және жұтқыншақтың артқы қабырғасына тарайды. Қабыршақтар шпателмен қиын алынады және қанталайды. Тыныс алу жолдарының шырышты қабатында ісіну үрдісі байқалады. Дене температурасының субфебрилді болуына қарамастан, баспадан айырмашылы клиникасы айқын улану және адинамия белгілерімен ерекшеленеді.

Қызамықтағы тұрақты белгінің бірі жұтқыншақтың шырышты қабығындағы өзгерістер, ол көріністер әртүрлі – катаралдыдан, жаралы некрозды баспаға дейін, энантема, тілдің түсі ал-қызыл, тері жамылғысында бөртпелер пайда болады.

Ал қызылшада шырышты қабықтың зақымдануы продромалды және бөртпе кезінде байқалады. Дифференциалды диагностикасында

Филатов және Коплик дақтары ұрттың шырышты қабатында, одан да басқа тері жамылғысында бөртпелерінің пайда болуы.

Баспаның асқынуы

Жалпы асқынулар – ревматизм, сонымен қатар бүйректің, қан түзу мүшелерінің зақымдануы, сепсис және т.б. Баспаның ең жиі кездесетін жергілікті асқынуы - паратонзиллит. Сондай-ақ парафарингит, ретрофарингеалды абсцесс және мойын флегмонасы дамуы мүмкін.

II. Созылмалы тонзиллит

Созылмалы тонзиллит (СТ) ересек тұрғындардың арасында 4% - дан 37% -ға дейін таралған патология, балаларда (15-63%) жиі кездеседі. СТ ер адамдармен салыстырғанда әйелдерде көрсеткіші 1,5-2 есе дейін жоғары, 18-20 жас аралығында 25-30% құрайды.

Созылмалы тонзиллит - аллергияцияланған ағза реактивтілігінің төмендеуінен дамидын, таңдай бадамшабезінің созылмалы қабынуы. Таңдай бадамшабезінен улы заттардың ағзаға енуінен, ағзаның жалпы реактивтілігі төмендейді.

Созылмалы тонзиллиттің пайда болуы, көптеген авторлардың пікірінше (Преображенский Б.С., Попова Г.Н., 1970; Ундриц В.Ф., 1958 және т.б.) таңдай бадамшабезі аймағындағы биологиялық үдерістің бұзылысынан, бадамшабезінің қорғаныс және бейімделу механизмі төмендеп, олардың қабынуға қарсы төзімділігі әлсірейді. Кейбір авторлар созылмалы тонзиллитті тұқым қуалайды деген тұжырым жасайды (Гугасьянц М.А., 1966; Балашко И.С., 1981; Извин А.И., 2002; Хасанов С.А және басқа да авторлар, 2006 және т.б.).

Таңдай бадамшабезі рефлексогенді аймақта орналасқан, ол орталық жүйке жүйесімен және ішкі мүшелерімен тығыз байланысқан. Таңдай бадамшабезі жүйке жүйесі құрамына тітіркенуді қабылдайтын барлық экстра және интарецепторлар енеді, олар: механикалық, жылу, химиялық, осмобарометрлік және ауырсыну белгілерін қамтиды.

Қазіргі уақытта ДДСҰ деректері бойынша 100-ге жуық әртүрлі аурулар белгілі, олардың шығу тегі көбінесе созылмалы тонзиллитпен байланысты (Плужников М.С және басқа да авторлар, 2010).

Сондықтан созылмалы тонзиллит науқастарды мүгедектікке және өлімге әкелетін өте ауыр әртүрлі соматикалық аурулармен асқынады.

Таңдай бадамшабезінің құрылымындағы лакунаның тармақтауы және оның ішінде патогенді емес микрофлораның орналасуы қабынудың дамуына ықпал етеді.

Көбінесе созылмалы тонзиллит, баспадан кейін дамиды. Бадамшабезінің жедел қабынуынан кейін, қабыну ошағы толықтай жойылмайды, құрылымында ұзаққа созылған жасырын үдеріс сақталады. Кейбір жағдайларда созылмалы тонзиллиттің себебі кариозды тістер, аденоид, мұрын пердесінің қисаюы, мұрын қуысының және ММҚ-ның созылмалы қабынуы және т.б.

Созылмалы тонзиллиттің жіктемесі.

Ертеден келе жатқан Л.А.Луковскийдің жіктемесі, онда автор созылмалы тонзиллитті үш түрге бөледі: компенсацияланған, субкомпенсацияланған және декомпенсацияланған. Бірақ СТ-тің бұл жіктелуі кең көлемдегі қолданысқа ие болған жоқ.

Қазіргі уақытта ТМД елдерінде созылмалы тонзиллиттің екі жіктемесі пайдаланылады. Біріншісі академик И.Б.Солдатов, екіншісі - академик Б.С.Преображенский және проф. В.Т.Пальчун ұсынған.

И.Б.Солдатов бойынша созылмалы тонзиллит компенсацияланған (қабынудың жергілікті белгілерінің болуы) және декомпенсацияланған түрге (жиі баспаның болуы, консервативті ем нәтижесіз, паратонзиллярлы, парафарингеалды абсцесс, жүректің, буындарының, бүйректің зақымдануы және т.б.) жіктеледі.

Б.С.Преображенский (1970) бойынша созылмалы тонзиллиттің екі клиникалық түрі бар - жай және токсикалық-аллергиялық I-II дәрежелі.

1. Жай түрі (жергілікті белгілермен және жиі баспамен ауруы).

2. Ағзаның қорғаныш және бейімделу механизмдерінің клиникалық бұзылыстары гематологиялық, биохимиялық, иммунологиялық және басқа патологиялық өзгерістермен (I дәрежесінде – жай түрінің белгілері + токсико-аллергиялық өзгерістер; II дәрежеде – I дәреженің белгілері және қосымша аурулар).

Созылмалы тонзиллиттің ең негізгі белгісі – анамнезінде жиі баспаның болуы. Бір жыл ішінде өршу көрсеткіші 5-6 ретке жетуі мүмкін.

Анамнезінде баспаның болғанын нақтылау үшін, жұтқыншақтың қабыну белгілеріне назар аударамыз, науқастың жалпы жағдайына, аурудың ұзақтығына, дене температурасы, қай маман дәрігерде («баспа» диагнозы қойылған ба?) болған және жүргізілген емі.

Созылмалы тонзиллиттің жергілікті белгілері:

- бадамшабезінің лакунасында сұйық, казеозды немесе тығын тәрізді, жағымсыз иісті іріңді бөліністің болуы;

- Гизе белгісі – таңдай доғаларының тұрақты қызаруы; Преображенский - алдыңғы доға жиектерінің білікше тәрізді қалындауы (инфильтрация немесе гиперплазия); Зак – алдыңғы және артқы доғалардың жоғарғы бөлігінің ісінуі;
- лакунадан шығатын іріңді бөліністен, шырышты қабық тітіркенетте, алдыңғы таңдай доғасы бадамшабезіне жабысады;
- төменгі жақ бұрышындағы және төс-бұғана-емізкіше бұлшықетінің алдыңғы жиегінде аймақтық лимфа түйіндерінің ұлғаюы.

Бадамшабезінің көлемінің үлкен болуы СТ-тің диагностикасында ешқандай маңызды рөл атқармайды. Балаларда бадамшабездері жиі үлкен көлемде болады, себебі балаларда жұтқыншақ лимфаденоид аппараты өзіндік гиперплазиясымен ерекшеленеді, соның ішінде таңдай бадамшасы. Созылмалы тонзиллиттің өршу сатысында (баспа) диагноз қою мүмкін емес, өйткені фарингоскопиялық белгілер, оның созылмалы ағымын емес, жедел процестің кезеңін көрсетеді. Тек өршу сатысы аяқталғаннан соң 2-3 аптадан кейін бадамшабездердің созылмалы қабынуының объективті көрсіткіштерін бағалай аламыз.

Өзекті мәселе – қосымша ауруларды анықтау және онымен бірге жүретін аурулардан ажырату керек. Жалпы қосымша аурулардың (ревматизм, нефрит, полиартрит және т.б.) созылмалы тонзиллитпен байланысын, соның ішінде СТ-тің өршу сатысының әсері бар ма, жоқ па оны дәлелдеу.

Егер қосымша аурулары болса, онда бадамшабезіндегі іріңді ошақты жою үшін, хирургиялық ем қолданылады.

Созылмалы тонзиллитпен қатар, науқастарда СТ-тің этиологиялық факторына қатысы жоқ, басқа да аурулар болуы мүмкін, олар: гипертония, гипертиреоз, қант диабеті және т.б.

Созылмалы тонзиллитті қатерлі және қатерсіз ісіктермен, бадамшабезінің тасымен, созылмалы фарингит, бадамшабезінің туберкулезі мен мерезі, бадамшабезінің саңырауқұлақпен зақымданумен, қан ауруларында бадамшабезі тінінің екіншілік өзгерістерімен ажырату диагностикасын жүргізу қажет.

Емі

Созылмалы тонзиллит емдеу негізінен түріне (формасына) байланысты жүргізіледі, қарапайым түрі болса, бірінші кезекте консервативті ем тағайындалады, 2-3 курстан кейін, баспа қайталанса, онда хирургиялық ем қолданылады. І дәрежелі токсико-аллергиялық

түрінде консервативті ем жүргізіледі, егер оң нәтиже болмаса, тонзиллэктомия жасалады. II дәрежелі токсико-аллергиялық түрінде, бадамшабезді алып тастауға тікелей көрсеткіш болады.

Созылмалы тонзиллиттің **консервативті емдеу** әдістері өте көп. Ең жиі кездесетіндер: бадамшабезі лакунасын, басында имек канюлясы бар шприц арқылы фурацилин, риванол, калий перманганат ерітіндісімен жуу.

Әдістің тиімділігі лакунадағы іріңді бөліністі механикалық жолмен тазарту, сондай-ақ ерітіндінің құрамындағы дәрі-дәрмектің бадамшабезінің микрофлорасы мен тініне әсеріне байланысты. Емдеу курсы бадамшабезінің лакуналарын 10-15 рет жуу. Ең бастысы емдеу курсы уақытылы жүргізу және оны үш ай сайын қайталау. Жуғаннан соң бадамшабезінің беткейіне, Люголь немесе 5% колларгол ерітіндісін жағу. Лакуналарды жууды 2-3 айдан кейін қайта қолдану. Антибиотиктерді жууға пайдаланбайды, өйткені ол дәрілерге сенсбилизация қалыптасып, саңырауқұлақтар өседі, сондай-ақ микрофлораның антибиотикке сезімталдығы жойылады. Лакуналарды жууға қарсы көрсеткіштер - жұтқыншақ, мұрын немесе бадамшабезінің жедел қабынуы және ағзаның жедел жалпы аурулары.

Лакуна ішіндегі бөліністі, шпательмен басу арқылы тексеру, тек диагностикалық мақсатта пайдаланылады.

Антибиотик, фермент, склерозды агенттерді және гормондарды бадамшабезіне, паратонзиллярлы ұлпаға енгізуге болмайды, себебі абсцестің пайда болуына ықпал етеді.

Емдеудің физиотерапия әдістері – ультракүлгін сәулесі, УЖЖ, ӨЖЖ және микротолқын терапиясы, ультрадыбыстық терапия. Тандай бадамшабезіне гальваноакустика және лакуналарды тілу сияқты жартылай хирургиялық емнен алынған нақтылы теориялық және тәжірибелі нәтижелер жоқ.

Бадамшабезі беткейіндегі лакунаны кескеннен кейін, оның орны тыртықталып, дренаждық қызметі бұзылады. Бұл манипуляциядан соң, ағзаға инфекцияның уы тарап, әртүрлі тонзиллогенді асқынулар қалыптасады. Мысалға: тонзиллотомия операциясы, созылмалы тонзиллитті емдеуге қолданылмайды.

Емдеуден кейінгі, нәтижелі көрсеткіштері: баспаның қайталанбауы немесе өршу процесінің азаюы, созылмалы тонзиллиттің жергілікті объективті белгілерінің азаюы немесе жойылуы; науқастың жалпы жағдайының жақсаруы.

Бадамшабезін алып тастау СТ-тің емдеудің түбегейлі (радикалды) әдісі.

Хирургиялық емге көрсеткіштер:

- созылмалы тонзиллиттің жай және токсико-аллергиялық түрінің 1-нші дәрежесінде, консервативті ем нәтижесіз болса;
- созылмалы тонзиллит, токсикалық-аллергиялық түрінің 2 дәрежесі;
- паратонзиллит, парафарингит;
- тонзиллогенді сепсис.

Қарсы көрсеткіштер: жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары (декомпенсация сатысында), бүйрек жеткіліксіздігі, ауыр қант диабеті, жоғары артериялық гипертензия, қан және тамыр жүйесі аурулары.

III. Жүйелі қан аурулары кезіндегі жұтқыншақ патологиясы

Агранулоцитарлы баспа (агранулоцитоз)

Этиологиялық факторы жүйелі қан аурулары немесе гранулоцитозға қарсы токсикалық әсері бар: инфекциялық аурулар, әртүрлі химиялық агенттер (соның ішінде дәрілік препараттар).

Клиникалық көрінісі

Продромалды кезең – 1–2 күн. Жедел басталады, жалпы жағдайы тез нашарлайды, дене қызуы 39-40°C дейін көтеріледі, тамағы қатты ауырсынады, жұтынудың қиындауы, ауыздан жағымсыз иістің шығуы. Буындары сырқырап және склерасы сарғаяды.

Фарингоскопиялық көрінісі. Таңдай бадамшабезі беткейінде ойық жаралы-некротикалық жамылғы қалыптасады, некрозды түзіліс жұтқыншақты, қызыл иекті, көмейдің шырышты қабығын және сүйекті тінді зақымдауы мүмкін. Қан анализінде түйіршікті нейтрофилдер жойылып, айқын лейкопенияны анықталады. Бірнеше күннен кейін нейтрофилді гранулоциттердің көрсеткіші нөлге дейін төмендейді; бұл жағдайда лейкоциттер құрамында тек лимфоциттер мен моноциттер сақталады.

Симановский-Венсан-Плаута баспасымен, жедел лейкоздың алейкемиялық түрімен ажырату диагнозын жүргізу қажет. Стерналды пункцияны жасау үшін гематолог дәрігерінің кеңесі керек.

Емі

Этиологиялық факторлардың көзін жою (агранулоцитоздың дамуына ықпал ететін дәрілік препараттарды қолдануды тоқтату: амидопирин, стрептоцид және т.б.). Емдәм, дәрумендер. Ауыз қуысын

мен жұтқыншақты тазарту, некрозды массаларды алу, тамақты антисептикалық ерітінділермен шаю. Лейкопозді қалпына келтіретін дәрі-дәрмектерді тағайындау және қан құю. Болжамы қолайсыз.

Лейкоздағы баспа

Жүйелі қан ауруларының белгісі ретінде, жұтқыншақтың шырышты қабығында некрозды жамылғының орналасуы. Ол жедел лейкоз ағымының қатерлі екенін көрсетеді. Тері астында қан құйылыстары анықталады. Созылмалы лимфолейкозда жұтқыншақтың лимфоидты түзілістерінің гиперплазиясы, аймақтық лимфаденит, гепатоспленомегалия байқалуы мүмкін. Аймақтық лимфа түйіндері пальпация кезінде ауырсынусыз, консистенциясы жұмсақ.

Науқас жұтынудың қиындауына, ауыздан жағымсыз иістің шығуына шағымданады.

Фарингоскопиялық көрінісі.

Жұтқыншақтағы жамылғылар ақшыл-сары түсті, қиын алынады, астыңғы жағында қанталаған жаралар орналасады.

Қан анализінде лейкоцитоз, анемия анықталды. Жедел лейкоздың лейкопениялық түрі кездесуі мүмкін. Лейкоздың нақты диагностикалық белгісі - қанда көптеген жас және атипті жасушалардың (гематобласттар, миелобласттар, лимфобласттар) болуы.

Емі

Науқас гематолог дәрігерінде емделеді. Антибиотиктер, цитостатиктер, кортикостероидтар және лейкомассаны құю тағайындалады. Ауыз қуысына, жұтқыншаққа күтім жасау және антисептикалық ерітінділермен шаю.

Болжамы қолайсыз, ақыры өліммен аяқталады.

Жұқпалы моноклеоз

Қоздырғышы - Эпштейн-Барр вирусы. Инфекцияның берілуі – ауа-тамшылы және жанама жол. Инкубациялық кезеңі 4-5 күн.

Клиникалық көрінісі

Белгілері - қызба, жұтқыншақта баспаға тән өзгерістер, аденогепатоспленомегалия, әр жерде орналасқан лимфа түйіндерінің ұлғаюы (олар тығыз және ауырсынусыз).

Ауру дене температурасының 38-40°C күрт жоғарылауымен басталады.

Фарингоскопиялық көрінісі. Бадамшабезіндегі жамылғылар ұзақ сақталады, кейде таңдай доғаларының шырышты қабығына, тілшік

және жұтқыншақтың артқы қабырғасына қарай жайылады да, көрінісі дифтерияның клиникасына ұқсайды.

Аурудың нақты белгісі - аурудың бастамасында қанда көп мөлшерде өзгерген моноклеарлы жасушалардың (моноцит пен лимфоциттер) болуы, лейкоцитоздың және ЭТЖ жоғарылауы.

Емі

Төсек режимі; дәрумендер; антибиотикотерапия; ауыр жағдайда гормонотерапия (кортикостероидтар). Жергілікті емнен дезинфекциялық ерітінділермен тамағын шаю, 5% ляписпен өңдеу. Операциялық ем нәтижесіз болуы мүмкін. Дегенмен, ауру ұзаққа созылса тонзиллэктомия тиімді ем бола алады. Болжамы қолайлы.

IV. Жедел және созылмалы фарингит

Мұрын-жұтқыншақтың жедел қабынуы

Этиологиясы – бактериялық, вирустық инфекция. Мұрыннан тыныс алудың қиындауы, міңгірлеуі, мұрын-жұтқыншақтың күйіп, шаншып ауруы, күйі, кілегейлі бөліністің болуы; кейде ауырсыну құлаққа беріледі, естудің төмендеуіне (егер үрдіс есту түтігін зақымдаса) шағымданады.

Шырышты қабат гиперемияланған, ісінген, жұтқыншақтың артқы қабырғасынан бөлінділер анықталады. Мойын және шүйде аймағындағы лимфа түйіндері ұлғайған, пальпация кезінде ауырсынады.

Мұрын-жұтқыншақтың қабынуы, балаларда жиі жұтқыншақ бадамшабезінің гипертрофиясында (аденоид), жұтқыншақ бадамшабезінің қабынуымен сипатталады.

Балаларда температура жоғары, қабыну процесі жедел респираторлы инфекция ретінде көмей мен кеңірдекке жайылады.

Емі

Мұрынға тамыр тарылтқыш, тұтқыр дәрі-дәрмектер (колларгол, протаргол) тамызу және антибиотикотерапия. Физиотерапия. Аденоид болса, аденотомия ұсынылады.

Жұтқыншақтың ортаңғы бөлігінің жедел қабынуы (жедел мезофарингит)

Этиологиясы – салқын тию, жұтқыншақ шырышты қабығының шаңмен, химиялық заттармен тітіркенуі, шылым шегу; мұрын қуысында және мұрын-жұтқыншақта қабынудың болуы.

Клиникалық көрінісі

Шағымдары: тамақтың құрғауы, жыбырлауы және ауыруы. Ауырсыну жұтынғанда күшейіп, құлаққа берілуі мүмкін.

Фарингоскопиялық көрінісі. Жұтқыншақтың артқы қабырғасынан шырышты-іріңді бөліністер, шырышты қабаттың гиперемиясы, лимфоидты фолликулдардың ұлғаюы.

Емі

Тітіркендіргіш тағамдарды шектеу, антисептикалық ерітінділермен тамағын шаю (фурацилин, түймедақ тұнбалары және т.б.), антибактериялық ингаляция, антибиотиктерді тағайындау.

Созылмалы фарингит

ЛОР мүшесінің созылмалы патологиясының 6,2-13,8% созылмалы фарингит құрайды. Созылмалы фарингит бөлінеді: катаралды, гипертрофиялық, атрофиялық және аралас.

Этиологиясы

Жұтқыншақ шырышты қабығының химиялық заттармен, шаңмен үнемі тітіркенуі, жұтқыншақтың қайталанатын қабынуы, басқа бадамшабездердің, мұрын және мұрын қуысының созылмалы қабынуы, мұрыннан тыныс алудың қиындауы, тіс кариесі, сондай-ақ асқазан-ішек жолдарының аурулары.

Жай созылмалы катаралды фарингитте, жұтқыншақтың шырышты қабығы гиперемияланған, ісінген, беткейінен кілегейлі бөлініс анықталады.

Фарингиттің гипертрофиялық түрі - гранулезді фарингит (жұтқыншақтың артқы қабырғасында көлемі 5 мм-ге дейін дөңгелек лимфаденоидты түзілістердің болуы) және бүйір гипертрофиялық фарингит (жұтқыншақтың бүйір қабырғасында орналасқан лимфаденоидты тіннің гипертрофиясы) болып екіге бөлінеді.

Атрофиялық созылмалы фарингитте шырышты қабық құрғақ, жұқарған.

Клиникалық көрінісі

Фарингиттің жай және гипертрофиялық түріндегі шағымы: тамағының ауырсынуы, жыбырлауы және көп мөлшерде кілегейлі бөліністің жиналуынан, науқастың жиі жөтелуі.

Гипертрофиялық фарингитте, бұл көріністердің барлығы, жай түріне қарағанда айқын болады (16-сурет).



16-сурет. Созылмалы гипертрофиялық фарингит.

Атрофиялық фарингитте тамақтың құрғауы, жұтынудың қиындауы, кейде ауыздан жағымсыз иіс шығады. Науқастар ұзақ сөйлеу кезінде, тамағы құрғап жиі су ішеді.

Емі

Этиологиялық фактордың көзін жою (тітіркендіргіштер, мұрынның қабыну аурулары, мұрынның тыныс алуын қалпына келтіру және т.б.). Фарингиттің катаралды және гипертрофиялық түрлерінде жергілікті ем: ингаляция, аэрозоль (каметон, ингалипт, гексораль және т.б.), шырышты қабығына Люголь, ляпис, колларгол, протаргол ерітінділерін жағу, шаю (шалфей немесе түймедақ тұнбасы) қолданылады. Физиотерапия.

Атрофиялық фарингитті емдеу: дәруменмен емдеу, шырышты қабаттағы іріңді қабыршақтарды алу үшін, натрий хлоридінің ерітіндісімен шаю; жұтқыншақтың артқы қабырғасының шырышты қабығын Люголь ерітіндісімен өңдеу, әртүрлі майларды (шабдалы, ментол, итмұрын) жағу.

V. Паратонзиллярлы, ретрофарингеалды және бүйір жұтқыншақ маңы (парафарингеалды) абсцесс

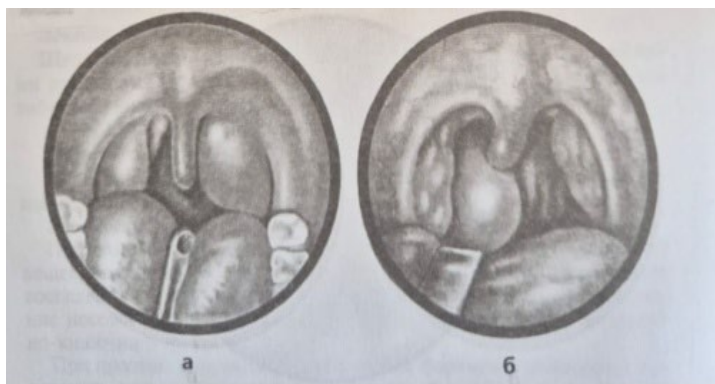
Паратонзиллит таңдай бадамшабезі аймағына инфекцияның енуінен, паратонзиллярлы ұлпада қабынудың пайда болуымен сипатталады.

Таңдай бадамшабезіндегі лакуналардың тармақтары тереңге еніп, бадамшабезінің созылмалы қабынуына ықпал етеді. Бадамшабезінің жоғарғы бөлігінде қосымша лимфоидты тін және лакуналар терең, иірім жасап орналасқан, сондай-ақ капсуласы жұқа және таңдай

аймағындағы болбыр тіні қалың, сол себепті жоғарғы паратонзиллярлы абсцесс жиі кездеседі. Созылмалы тонзиллиттің жиі өршуінен, бадамшабезі мен доғалар аралығында, крипталарының кіреберісінде тыртықтану үдерісі жүреді. Осы үрдіс крипталардың дренаждық (шығару) қызметін қиындатады, бұл жағдай инфекцияның белсенділігін жоғарлатып, оның айналасынағы тіндерге таралуға себепкер.

Қабыну ошағының орналасуына байланысты паратонзиллит жоғарғы (70–80%), артқы (10-15%), төменгі (5%) және бүйірлік (өте сирек) болып жіктеледі.

Алдыңғы-жоғарғы бадамшабезінің капсуласы мен алдыңғы таңдай доғасының жоғарғы бөлігінде (17а-сурет), бадамшабезі мен артқы доға аралығында, төменгісі бадамшабезінің төменгі полюсімен және жұтқыншақтың бүйір қабырғасы арасында, бүйірлік бадамшабездің ортаңғы бөлігі мен жұтқыншақтың бүйір қабырғасы аралығында орналасады.



17-сурет. Сол жақты алдыңғы-жоғарғы паратонзиллярлы абсцесс (а) және (б) жұтқыншақ арты абсесі.

Этиологиялық факторы: созылмалы тонзиллит, сирек – одонтогенді және жарақаттық инфекция тінге гематогенді жолмен енуі мүмкін. Паратонзиллиттің 3 түрі бар: ісікті, инфильтративті және абсцесті, бұл осы қабыну процесінің кезеңдері.

Клиникалық көрінісі

Шағымы - бір жақтылы тамақтың өздігінен ауырсынуы, ауырсыну құлаққа беріледі, әлсіздік, бас ауру, ауызды ашудың қиындауы, дене қызуының көтерілуі.

Көбінесе, анамнезінде паратонзиллитке дейін бірнеше күн бұрын, баспаның клиникалық көрінісінің белгісімен басталады.

Мұрын арқылы сөйлеуі (мінгірлеу), шайнау бұлшықеттерінің тризмі, көп мөлшерде сілекейдің бөлінуі анықталады. Жұтқыншақтың кейде мойын бұлшықеттерінің қабынуынан, сондай-ақ мойын лимфадениті болуы нәтижесінде, науқастың басы ауру жағына қарай қисаяды, тамағының қатты ауырсынуынан басын қозғай алмайды да, бүкіл денесімен бұрылады.

Фарингоскопиялық көрінісі

Шайнау бұлшықеттерінің тризмінің болуына байланысты, мезофарингоскопия жасауда қиындықтар туындайды. Алдыңғы-жоғарғы паратонзиллитте бадамшабезі артқа, ортаңғы сызыққа қарай ығысқан, таңдай және жұтқыншақтың шырышты қабығы гиперемияланған. Кейде шырыш асты қабығынан іріңді түзілісті көреміз. Тілдің беткейі ақшыл жамылғымен жабылған.

Артқы паратонзиллитте, іріңдік артқы доға мен бадамшабезі арасында орналасады, онда ісіну мен гиперемия артқы доғамен, жұтқыншақтың бүйір қабырғасында анықталады.

Таңдай бадамшасы мен алдыңғы доғасы аз өзгереді, жұмсақ таңдай ісінген және инфильтрацияланған. Ісіну көмейге қарай таралып, тарылу болуы мүмкін. Абсцестің бұл түрінде тризм болмайды, бірақ аурудың ағымы ұзақ.

Төменгі паратонзиллитте фарингоскопиялық көрініс айқын емес. Алдыңғы доғаның төменгі бөлігі ісінеді, инфильтрацияланады, бірақ бұл кезеңде аурудың субъективті белгілері маңызды. Тікелей емес ларингоскопияда бадамшабезінің төменгі полюсі ісінген, қабыну үрдісі тілдің түбіріне, кейде кейде көмей үсті шеміршектің, тілдік беткейіне таралады.

Сыртқы немесе бүйір паратонзиллит сирек кездеседі, бірақ іріңдіктің өздігінен шығуы қиын, сондықтан ағымы ауыр. Зақымдалған жағында мойынның жұмсақ тіндерді ісінеді және инфильтрацияланады, мойны қисаяды және тризм айқын көрінеді. Аран беткейінде қабыну өзгерістері аз дәрежеде жетілген. Бадамшабезі орташа дәрежеде домбығып, оның айналасындағы тіндер ісінеді.

Абсцестің өздігінен ашылуы сирек құбылыс, негізінен үрдіс парафарингеалды кеңістікке өтіп, мойын флегмонасы, кеуде медиастинитінің дамуына себепші. Қан анализінде лейкоцитоз, қан құрамы солға ығысқан, ЭТЖ жоғарылайды.

Диагностикасы

Паратонзиллиттің басты белгісі ауру жедел басталады (созылмалы тонзиллиттің, өршу сатысынан кейін); әдетте, қабыну үдерісі бір жақты; тамақтың өздігінен ауырсынуы, жұтынғанда күшейеді; басы мәжбүр қалыпта, басы ауырсыну жағына қисайған; тризм; міңгірлеп сөйлейді; ауыздан жағымсыз иіс шығады.

Абсцесті анықтау үшін, паратонзиллярлы кеңістікке диагностикалық пункция жасалады.

Күл мен қызамық ауруымен ажырату диагностикасын жүргізеді. Бұл аурулармен бірге паратонзиллитке ұқсас ісіну де дамуы мүмкін.

Дифтерияда, әдетте, жамылғылар болады, тризм жоқ, ал жағындыда Леффлер таяқшасы анықталады. Қызамықта жұтқыншақта бөртпелер орналасады және ол аурудың белгілі бір эпидемиологиялық ошағы анықталады. Жұтқыншақтың тілме ауруында шырышты қабатта тілмеге тән диффузды гиперемия және ісіну пайда болады, ал тілменің буллезді түрінде жұмсақ таңдайды көпіршіктер басады, бірақ тризм кездеспейді.

Емі

Ауруханада емделеді, төсектік демалыс. Жеңіл емдәм (жылы сұйық тағам және көп мөлшерде сұйықтық қабылдау) ұсынылады. Антибактериялық терапия. Іріңдік сатысы түзілсе, онда оны ашу.

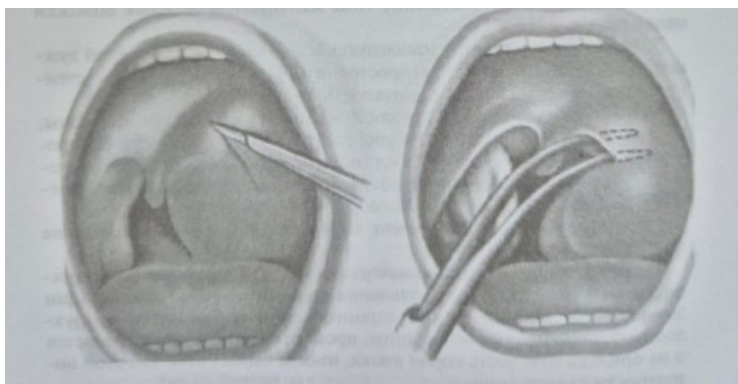
Паратонзиллитті инфилтративті сатысында ашу, оң мәнді деп ескеру керек, өйткені бұл әрекет қабынудың қарқынын тоқтатады және іріңді сатысына өтуін тежейді.

Тілу жергілікті 10% лидокаин ерітіндісімен жансыздандырып, соң, жүзеге асады (18-сурет).

Кесу ең шығынқы жерінен жасалады, ал егер мұндай белгі болмаса, онда екі сызықтың қиылысында: көлденең сызық, сау жақтың жұмсақ таңдайдың төменгі жиегімен тілшіктің негізі арқылы және тік, ол ауру жағының алдыңғы доғаның төменгі бөлігінен жүргізіледі.

Осы тәсілді қолдандансақ, ірі қан тамырларын зақымдануы болмайды. Скальпелмен кесу сагитталды бағытта 1,5-2 см тереңдікте және ұзындығы 2-3 см-ге дейін жасалады.

Кескеннен кейін, қысқыштың көмегімен жарақаттың жиегін кеңейтіп, іріңдікті сыртқа қарай шығарамыз. Қан тамырларын зақымдап алмас үшін, сақтық үшін мына әдісті де қолданған жөн. Екі сызықтың қиылысқан аймағындағы шырышты қабығын, скальпелмен тілеміз, содан соң паратонзиллярлы ұлпаға қысқышпен 1,5-2 см тереңдікте еніп, саңылауды кеңейтіп, іріңдікті шығарамыз.



а)

б)

18 сурет. Паратонзиллярлы абсцессті ашу:

а-скапелмен тілу; б-жиектерін кеңейту арқылы іріңдікті шығару.

Артқы паратонзиллитте таңдай бадамшабезінің артындағы, ең үлкен шығыңқы жерінен тілік жасалады; кесу тереңдігі 0,5-1 см.

Төменде орналасқан абсцесте алдыңғы доғаның төменгі бөлігінен 0,5-1 см тереңдікте ашу жүргізіледі. Сыртқы (бүйір) паратонзиллитте абсцесті ашуға болмайды, себебі қан кету қаупі бар, сондықтан көп мөлшерге антибиотиктер тағайындаймыз.

Жұтқыншақ арты (ретрофарингеалды) абсцесі

Ретрофарингеалды абсцесс – лимфа түйіндерінің және ретрофарингеалды кеңістіктіктегі болбыр тіннің іріңді қабынуы. Бұл аймақтағы лимфа түйіндері мен болбыр тіндер үш жасқа дейін сақталады, содан кейін бірте-бірте өздігінен семе бастайды, сол себепті ауру тек 3 жасқа дейінгі балаларда кездеседі.

Этиологиялық факторлары жедел назофарингит, баспа, жедел жұқпалы аурулар, сондай-ақ жұтқыншақтың артқы қабырғасының жарақаты.

Клиникалық көрінісі

Шағымдары: жұтынғанда тамақтың ауырсынуы және мұрынмен тыныс алудың қиындауы. Жалпы жағдайы тез нашарлайды. Бала тамақ ішпейді, жылайды, мазасыз, ұйықтамайды, басы зақымдалған жаққа қисайған. Дене температурасы 38-39 ° С. Клиникасында мынадай ерекшеліктер байқалады: мұрын-жұтқыншақтағы абсцесте мұрыннан тыныс алуы қиындайды, міңгірлейді; абсцесс жұтқыншақтың ортаңғы бөлігінде болса, фарингеалды стридор болуы мүмкін, дауыс қарлығады, тыныс шулы; абсцесс жұтқыншақтың төменгі бөлігіне

енсе, көмей саңылауы тарылып, көгеру, тұншығу ұстамаларын тудырады.

Фарингоскопиялық көрінісі

Жұтқыншақтың артқы қабырғасының шырышты қабығының бір жақ жартысы томпайған, гиперемияланған (176-сурет). Абсцесс мұрын-жұтқыншақта орналасса, оны көру үшін, жұмсақ таңдайды жоғары көтереміз, ортаңғы бөлігіндегін шпателмен тілді басу арқылы, анықтауға болады. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған.

Қан анализінде лейкоцитоз, қан құрамы солға қарай ығысқан, ЭТЖ жоғарылайды.

Ретрофарингеалды абсцесті жалған круппен, балалардың жұқпалы аурулардағы көмейдің қабыну ауруларымен, баяу дамиды туберкулезді спондилитпен ажырату диагностикасын жүргізу керек. Диагнозды нақтылауда рентгенография және пункция үлкен рөл атқарады.

Емі

Бірінші кезекте антибиотиктерді тағайындау. Егер абсцесс белгілері анықталса, іріңдікті ашу керек, алдымен пункция жасалады. Жергілікті анестезиядан кейін, орта сызықтан 3-4 мм қашықтықта, ісіктің шығыңқы жерінен жайлап, тілік жасалады. Жарақат жиегін қысқышпен ажыратады.

Ашқаннан кейін антисептикалық ерітінділермен шаю немесе жуады. Болжамы қолайлы.

Жұтқыншақ маңы (парафарингеалды) абсцесі

Этиологиялық факторы: баспа, паратонзиллит, жұтқыншақтың шырышты қабығының жарақаттануы, инфекцияның емізікше өсіндіден, incisura mastoidea арқылы жұтқыншаққа енуі, сирек жағдайда одонтогенді болуы мүмкін.

Сондай-ақ, тонзиллэктомия кезінде парафарингеалды кеңістікке инфекцияның енуінен парафарингеалды абсцесс дамуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі

Шағымы жұтынғанда және басын қозғағанда тамағының қатты ауырсынуы, ауызды ашудың қиындауы, әлсіздік, дене қызуының көтерілуі. Сыртқы қарау кезінде, төменгі жақ бұрышының контуры анықталмайды, инфильтрация сезіледі, басқанда ауырсынады. Кей кезде ісіну аймағын пальпациялағанда, флюктуация анықталады. Басы ауру жағына қисайған. Жұтқыншақтың бүйір қабырғасы, ортаңғы сызыққа ығысқан.

Қабыну процесі фасциалды шандырдың бойымен төмен қарай ығысып, көкірек аралыққа еніп, іріңді медиаститит дамуы мүмкін. Кейде қабыну үрдісі ішкі мойындырық венасын зақымдап, сепсиспен асқынады.

Диагностикасы

Диагноз қою науқастың анамнезіне және зерттеу деректеріне негізделеді. Жұтқыншақ маңы абсцесі, жұтқыншақтың бүйір қабырғасынан сыртқа қарай шығыңқы төменгі жақ бұрышында және төс-бұғана-емізікше бұлшықетінің алдыңғы жиегінде орналасады. Пальпация кезінде консистенциясы тығыз, ауырсынатын инфильтрат анықталады, бұл көрініс парафарингеалды үрдістен мәлімет береді. Земцов бойынша мойын рентгенографиясы қажет.

Емі

Хирургиялық ем-сыртқы тәсілмен парафарингеалды кеңістікті ашу. Парафарингитті сыртқы тәсілмен ашқанда, төс-бұғана-емізікше бұлшықетінің алдыңғы жиегі бойымен тілік жасалады, содан кейін төменгі жақ бұрышындағы парафарингеалды кеңістікке дейінгі аралықтағы жұмсақ тіндерді ығыстырып, тереңге енеді. Абсцесті ашып, іріңдікті шығарғаннан кейін, ішін антибиотик ерітіндісімен жуып, дренаж енгізіледі. Операциядан кейін антибиотиктер және жарақат аймағына ультракүлгін сәулесі пайдаланылады.

Антибактериялық терапия (цефотаксим, метранидазол, аугментин, рулид және т.б.). Инфузиялық терапия.

VI. Аденоид және аденоидит

Жұтқыншақтың солитарлы лимфоидты түзілістерінің созылмалы қабынуы. Солитарлы лимфоидты түзілістер дегеніміз-жоғарғы тыныс жолдарын антибактериялық қорғау, трофикалық функциясында маңызды рөл атқаратын, жұтқыншақтың лимфаденоидты сақинасының құрамына кіретін, лимфоидты тіннің анатомиялық және физиологиялық күрделенуі.

3-нші бадамшабезді *in vivo* 1860 жылы Я. Чермак анықтаған, бірінші болып созылмалы гипертрофиялық аденоидиттің клиникалық сипатын жазған 1869 жылы Г. Лушка және 1870 жылы Мауер. Майер жұтқыншақ бадамшасының патологиялық гипертрофиясына «аденоидты вегетация» деген атау берді.

Жұтқыншақ бадамшасының гипертрофиясымен жүретін созылмалы аденоидитпен жиі 3 -10 жас аралығындағы балалар (70 – 75%) ауырады. А. Г. Лихачев бойынша (1956) жұтқыншақ

бадамшасының гипертрофиясы ересектерде де, егде жастағыларда да кездеседі, бірақ бұл жиілік тек 1% ғана құрайды.

Этиологиясы: жұтқыншақ бадамшасы гипертрофиясының себептері әртүрлі, негізінде қорғаныш гипертрофиясын тудыратын және бадамшабезі паренхимасына сырттан енген (мысалы стафилококппен зақымдалған ана сүті арқылы) инфекция. Жиі аденоидтың өсуіне балалар инфекциясы әсер етеді (қызамық, көкжөтел, күл, қызылша). Жұтқыншақ бадамшасының гипертрофиясы және созылмалы аденоидит жиі лимфатикалық диатез кезінде дамиды.

Әдетте, жұтқыншақ бадамшасының гипертрофиясы артқы риноскопия арқылы анықталып, III дәрежеге бөледі:

I дәрежесінде – (кіші көлемде) – лимфаденоидты тін желбезектің (сошниктің) жоғарғы 1/3 бөлігін алады; II дәрежесінде (орташа көлемде) лимфаденоидты тін сошниктің 2/3 бөлігін, III дәрежесінде хоананы толығымен жабады.

Жұтқыншақ бадамшасы гипертрофиясы кезінде мұрын қуысы мен мұрын – жұтқыншақ қанайналымы бұзылып, бұл өз кезегінде гипопизарлы – селлярлы аймақта гипоталамус және ағзаның басқа эндокринді функциясын бұза отырып, іркілістер тудырады. Осыдан өсіп келе жатқан баланың ағзасында әртүрлі соматикалық және психоэмоционалдық бұзылыстар дамиды.

Симптомдары мен клиникалық ағымы

Балада аденоидтың бар екені бір қарағаннан-ақ көрінеді: аузы ашық, төменгі жақ сүйегі өсіпкі, бет терісінің бозғылттығы, көз астындағы көгерулер, әлсіздік, ұмытшақтық және селқос бет пішіні – бұлардың бәрі «аденоидты бет» ұғымын білдіреді (facies adenoidicus, habitus adenoidicus – сыртқы аденоидизм). Аденоидтардың негізгі белгісі мұрынмен тыныс алудың бұзылысы. Балалар, әсіресе, түнгі мезгілде ауызбен дем алатын болады. Ұйқысы тынышсыз, ұйқы кезінде жылайды немесе айқайлайды. Аденоиды бар балаларда кіші дәретінің ұстамауы жиі кездеседі. Таңертең әлсіз, ұйқышыл болып тұрады, жиі жылайды, нашар тамақтанады.

Аденоид кезінде мұрын-жұтқыншақтың жабылу нәтижесінде мұрынмен тыныс алу қиын болғандықтан, фонация бұзылысы байқалады. Дауыссыз «М» және «Н» - ды айтуы қиындап, бұл дыбыстар «Б» және «Д» түрінде естіледі. Жұмсақ таңдай параличі мен анатомиялық жетіспеушілігі кезінде дамиды ашық мінгірлеумен ерекшеленетін, дауыссыз дыбыстарды бұлайша атау «жабық мінгірлеу» деп аталады.

Аденоидтың есту түтігіне әсері, мұрын-жұтқыншақ саңылауының бітелуі, түтік бадамшасының гиперплазиясы, шырышты қабығының инфекциялануы (созылмалы евстахит, тубоотит), көп жағдайда периодты және тұрақты керендікке, ұмытшақтыққа әкеледі. Ерте жастағы балалар түтіктік генездегі керендіктен бұрмалап немесе нашар сөйлейді.

Мұрындағы тұрақты қою бөлінділер жоғарғы ерін терісінің тітіркенуі мен баздануына, ісінуіне және мұрын кіреберісі терісінің экзематозды зақымдануына әкеледі. «Аденоидты» балалардың тұрақты түрде ауыз арқылы дем алуы бет қаңқасының аномалиясын тудырады. Альвеолярлық өсінді мен тістер төменгі жақ сүйек доғасынан да алға шығып, төменгі тістердің вестибулярлық беткейін жабады да, дәм сезу бұзылысына әкеледі.

Аденоидты уақытында емдемесе, ішкі мүшелер мен сезім мүшелерінің көптеген бұзылыстар және баланың соматикалық, психикалық дамуынан қалыс қалуымен сипатталатын асқынулар пайда болады.

Аденоидтың асқынулары

Асқынулардың ішінен көп кездесетін, жиі асқыну беретіні: созылмалы аденоидит, таңдай бадамшасының жедел қабынуы, ларинготрахеит, пневмония, тубоотит, жедел іріңді ортаңғы отит.

Кішкентай балалар мұрын – жұтқыншақтан жұтқыншақтың көмейлік бөліміне түскен қақырықты шығара алмағандықтан, жұтып қояды. Инфекцияланған кілегейді жұту әсерінен асқазан – ішек жолдарының қызметі бұзылады.

Сонымен қоса, блефарит, конъюнктивит, жаралы кератит түріндегі көздің асқынулары да жиі байқалады.

Жиі аденоид рахит тәрізді сипаттағы скелеттің даму бұзылысына әкеледі: төс аймағының томпаюы «құс төстілікке», омыртқа кифозы мен сколиозы, аяқ деформациясы т.б.

Жұтқыншақ бадамшасының гиперплазиясы оның паренхимасының созылмалы қабынуымен жүреді, бірақ жұлгесінде жиналған патогенді микроорганизмдер қабыну процесін күшейтіп, таңдай бадамшасының жиі қабынуына әсер етеді. Қабынудың бұл ағымы созылмалы аденоид деп аталады: ол балалардағы аденоидизм ағымын күшейтіп, жиі әртүрлі іріңді асқынуларға әкеледі.

Жиі және ұзақ ағымды жоғарғы тыныс жолдарының қабыну ауруларында және жедел қабыну процесі мұрын-жұтқыншақтан жұтқыншаққа, көмей және бронхқа тез таралады. Көмейдегі іріңді-

кілегейлі бөлініс, әсіресе, түнгі мезгілде күшті жөтел тудырады. Аймақтық лимфа түйіндері (мойын, жақасты, шүйде аймағы) ұлғайған. Созылмалы аденоидиттің күшеюі дене температурасының жоғарылауы, мұрын-жұтқыншақтағы жергілікті ауырсыну, кілегейлі-іріңді бөлініс ағуымен, ауырсыну бас негізіне, шүйде, көз аймағына таралуымен жүреді. Онсыз да гипертрофияланған жұтқыншақ бадамшасы кенет үлкейіп, хоананы толығымен жабады. Баланың жалпы жағдайы нашарлайды. Бала әлсіз, ашушаң, мұрын-жұтқыншақтағы ауырсынудан жылайды, тәбеті төмендейді, жиі тамақтану кезінде құсу болады.

Аденоид бар балалардағы жүйкелік-психикалық бұзылыстар: есте сақтау қабілетінің интеллектуалдық дамуының төмендеуі, тежелу, ұйқышылдық.

Диагноз жұтқыншақтың эндоскопиялық зерттеуі негізінде (алдыңғы, артқы риноскопия, эпителиефарингоскопия, фиброоптикалық назоэндоскопия) нақтынылады.

Аденоидтың пішіні ісік тәрізді, түсі ақшыл-қызыл, беткейі тегіс емес, мұрын-жұтқыншақтың артқы-жоғарғы шекара аймағында орналасады.

Созылмалы аденоидиттің белгілері болмаса, онда хирургиялық ем-аденотомия.

Әдебиеттер:

1. Бабияк В.И. Оториноларингология. Руководство. Том 2/ В.И. Бабияк, М.И. Говорун, Я.А. Накатис.- М.:Книгапотребованию, 2019.- 832 с.
2. Карпищенко С.А. Практическая оториноларингология. ГЭОТАР. Медиа 2025. – 157 с.
3. Карпищенко С.А., Свистушкина В.М. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты.– СПб. Диалог.2020. - 304 с.
4. Козлов В.С., Шиленкова В.В., Карпов В.А. Аденоиды. Консервативное и хирургическое лечение. «Полиграфист и издательства». М. - 2010. - 170 с.
5. Мартов, В. Ю. Лекарственные средства в оториноларингологии : справочник / В. Ю. Мартов. М.: Медицинская литература, 2009.- 496 с.
6. Носуля, Е.В. Болезни глотки : учебное пособие / Е.В. Носуля, И.А. Ким, А.К. Винников. Медицинское информационное агентство. М. - 2017. - 96 с.

7. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Магомедов М.М. Оториноларингология. Учебник Год издания: 2022. – 592 с.
8. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Руководство по практической оториноларингологии. М.: Медицинское информационное агентство. 2011. – 344 с.
9. Хоров, О. Г. Оториноларингология для врачей общей практики : учебное пособие / О. Г. Хоров. — Гродно : ГрГМУ, 2023. - 196 с.

Бақылау сұрақтары:

1. Жұтқыншақтың құрылымы. Аран.
2. Пирогов-Вальдер жұтқыншақ сақинасының құрамы. Бадамшаның анықтамасы.
3. Жұтқыншақ бөлімдерінің қызметі.
4. Баспаның анықтамасы. Баспаның жіктемесі.
5. Баспаның диагностикасы және емі.
6. Созылмалы тонзиллиттің жіктемесі.
7. Созылмалы тонзиллиттің жергілікті белгілері.
8. Созылмалы тонзиллиттің консервативті, жартылай хирургиялық және хирургиялық емдеу әдістері.
9. Тонзиллэктомияға қарсы көрсеткіштер.
10. Аденоид және емі.

Дәріс 6.

Көмейдің құрылымдық ерекшеліктері мен қызметі. Жедел және созылмалы ларингит. Көмейдің тарылуы. Жедел стенозды ларинготрахеобронхит (ЖСЛТБ). Трахеостомия

Білімнен қуатты күш жоқ, біліммен қаруланған адам жеңілмейді.

М.Горький

Мақсаты. Көмейдің құрылымдық ерекшеліктері мен қызметіне түсінік. Жедел және созылмалы ларингиттің клиникасы, диагностикасы және емі. Көмейдің жедел аурулары кезінде шұғыл көмек көрсету туралы түсінік. Трахеостомия, оның орындалу техникасына түсініктеме беру.

Тезистері:

1. Көмейдің клиникалық анатомиясы мен физиологиясы (иннервациясы және лимфа ағымының ерекшеліктері), көмейдің қызметі.
2. Көмейдің рефлексогенді аймағы.
3. Жедел ларингит. Этиологиясы, патогенезі, клиникалық көрінісі, емі.
4. Созылмалы ларингит. Жіктемесі. Диагностикасы. Емі.
5. Көмейдің тарылуы. Жіктемесі.
6. Көмей тарылуының кезеңдері. Емдеу қағидалары.
7. Тыныс алу жетіспеушілігі.
8. Жедел стенозды ларинготрахеобронхит. Этиологиясы, патогенезі, жіктелуі, клиникалық көрінісі, емі.
9. Трахеостомия. Көрсеткіштері, түрлері, техникасы.
10. Трахеостомияның асқынулары.

Көрнекі құралдар: кестелер, муляж, презентация

Көмей (larynx) тіл асты сүйегінің төменгі жағында, омыртқа жотасының алдында, мойынның алдыңғы беткейінде орналасқан, жоғарғы тыныс жолының бір бөлігі. Ол балаларда, жастарда, әйелдерде жоғары, ал қарт адамдарда - төмен орналасады. Осы ерекшеліктерді трахеостомия кезінде ескеруіміз қажет. Балаларда төменгі трахеостомия жасалады, өйткені оларда кеңірдек шеміршектері төмен орналасқандықтан тілік жасауға ыңғайлы. Кесу көмей шеміршектерінен неғұрлым алшақтау жасалса, соғұрлым деканюляция сәтті өтеді. Ересектерге жоғарғы трахеостомия жасалады.

Көмей қапталында мойын тамыр- жүйке шоғырымен, төменгі жағында - кеңірдек, өңешпен, жоғарғы жағы төменгі жақ және тіл асты сүйегімен шекаралас. Айналасы жұмсақ тінмен қоршалған, сондықтан ол қозғалмалы, ал дем алғанда, жұтынғанда, сөйлеген кезде өздігінен қозғалыс жасайды. Жұтынған кезде жоғары көтеріледі, дем алған кезде шамалы төмендейді, дем шығарғанда сәл ғана көтеріледі. Көмейдің қатерлі ісігі айналасындағы тіндерге жайылса, әсіресе шеміршекке тараса, онда оның қозғалысы шектеледі.

Көмейдің артында жұтқыншақтың көмей бөлігі -(hypopharynx) орналасады. Сақина тәрізді шеміршектің тұсында (C_{VI}) жұтқыншақ өңешке жалғасады, сондықтан жұтқыншақтың көмей бөлігіне және өңештің кіреберісіне енген бөгде дене (әсіресе балаларда) тарылу жағдайын тудыруы мүмкін.

Көмей жеке өзіндік музыкалық аспап сияқты, оның қаңқасы шеміршектерден, оларды байланыстыратын байламалар мен буындардан, шеміршектерді қозғалысқа әкелетін бұлшық еттерден құралған, оның жиырылуы нәтижесінде дыбыс саңылауының көлемі және дауыс қатпарының қозғалысы өзгереді. Көмей бүйір жағынан мойынның ірі қан тамырлары мен жүйкелерімен шектелген олар: жалпы ұйқы артериясы, кезбе және симпатикалық жүйкелер, ішкі мойындырық венасы. Көмейдің жарақаты кезінде өмірге қауіп төндіретін қатерлі қан кету, көмей бұлшық етінің парезі мен салдануы пайда болып, одан басқа тыныс алу, дауыс шығару қызметі бұзылады. Сол себепті струмэктомия және лимфа түйіндерін алуда, аса сақтық қажет.

Көмейдің сыртқы жағы тері және тері асты май тінімен жабылған, көмейдің алдыңғы беткейі жұқа және қозғалмалы. Мойынды саусақпен басқанда сезіледі, жоғары жағында қатты түзіліс - тіл асты сүйегі, оның төменгі бөлігіндегі ортаңғы сызықта орналасқан қалқанша тәрізді шеміршектің ойығы. Одан кейін қалқанша және сақина тәрізді шеміршектердің аралығынан конус тәрізді (қалқанша және сақина) байламның ойығы анықталады. Осы жерде тұншығу кезінде, тамақты кесу - коникотомия операциясы жасалады.

Көмей қаңқасы негізінен шеміршектерден тұрады. Олар үш так (қалқанша және сақина тәрізді, көмей үсті шеміршек (тілшік, бөбешік)) және үш жұп (ожау-мүйіз-сына тәрізді) шеміршектерден тұрады.

Сақина тәрізді шеміршек, көмейдің (cartilago cricoidea) негізі болып саналады. Оның пішіні сақинаға ұқсас, жалпақ (кеңейген) бөлігі – табақша (lamina) – артқы бөлігінде орналасқан, ал жіңішке доғасы

(arcus) – алдыңғы жағында орналасқан. Шеміршектің екі жанындағы буын ойыстары қалқанша тәрізді шеміршектің төменгі мүйіздерімен жалғасады, сақина тәрізді шеміршегін жалпақ бөлігінің жоғарғы жағында ожау тәрізді шеміршекпен байланысатын буын орналасқан.

Қалқанша тәрізді шеміршек (*cartilago thyroidea*) - бұрыш жасай орналасқан екі табақшадан тұрады және ол сақина тәрізді шеміршектің үстінде орналасады. Табақшаның аралығында ойық (*incisura thyroidea superior*) бар. Пластинканың артқы жағының жоғарғы және төменгі бөлігінде мүйіздер (*cornu superior et inferior*) орналасқан. Жоғарғы мүйіздері, тіл асты сүйегіне бекиді, төменгісі сақина тәрізді шеміршектің доғасының бүйір беткейімен беттеседі. Қалқанша шеміршегінің жоғарғы бұрышы тері және фасциямен жабылған, ол ер адамдарда айқын көрінеді, оны қадық немесе адам алмасы (*promum Adami*) деп атаймыз.

Көмей үсті шеміршегі – (*cartilago epiglottica*) немесе көмейдің тілшігі, бөбешігі (*epiglottis*) пішіні гүл жапырақшасы тәрізді, ол қалқанша тәрізді шеміршектің ойығының ішкі беткейіне бекиді.

Ожау тәрізді шеміршек (*cartilagine arytenoideae*) - пішіні ожауға ұқсас. Шеміршекте екі өсінді орналасқан - сыртқысы бұлшықет (*processus muscularis*) және ішкісі дауыс өсіндісі (*processus vocalis*), ал жоғарғы бөлігін ұшы (*apex*) деп атайды.

Мүйіз тәрізді шеміршек (*cartilagine corniculatae*), ожау тәрізді шеміршектің ұшында орналасқан.

Сына тәрізді шеміршек (*cartilagine cuneiformes*) ожау - бөбешік қатпардың (*plica aryepiglottica*) аралығында орналасады. Мүйіз және сына тәрізді шеміршектер көмейдің сыртқы қоршауына (сақинасына) бекиді. Сонымен қатар көмейде тағы бір шеміршек, тіл асты сүйегіне үлкен мүйізін және қалқанша тәрізді шеміршекті байланыстыратын жалғамада орналасады, түйіршік (дән) тәрізді шеміршек (*cartilago triticea*).

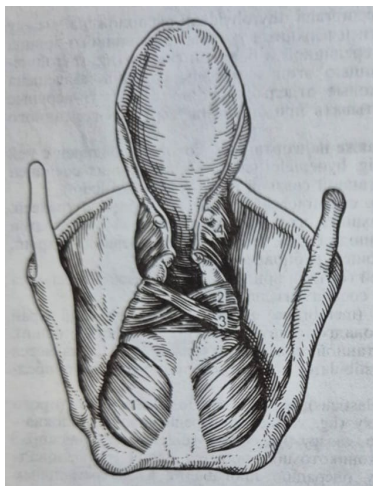
Ортаңғы және бүйір - көмей үсті қатпарлары (*plica glossoepiglotticum medianum et lateralis*) көмей үсті шеміршегін, тіл түбірімен қосады. Ортаңғы және бүйір қатпар аралығындағы ойықтар-валекула деп аталады. Бұл жерде жиі бөгде дене, көбінесе балық сүйегі тұрып қалады.

Көмей бұлшықеттері екіге бөлінеді: сыртқы және ішкі. Сыртқы бұлшықеттер көмейді жоғары көтереді және төменге түсіреді. Олар алдыңғы жақта орналасқандықтан, көмейдің қалқаны тәріздес.

Сыртқы бұлшықеттерді екі топқа ажыратады. Бірінші топтағы бұлшықеттер көмейге бекісе, ал екінші топтағылар сүйектік қаңқаға бекиді. Мұндай бұлшықеттер үшеу: төс-қалқанша (*m. sternothyroideus*), төс-тіл асты (*m. sternohyoideus*) және қалқанша-тіл асты (*m. thyrohyoideus*).

Екінші топты көмейді қозғалысқа келтіретін үш бұлшықет құрайды. Оның бір ұшы тіласты сүйегіне, ал екінші басы қандай да болмасын бір сүйекке бекиді. Оларға мына бұлшық еттер жатады: жауырын – тіл асты (*m. omohyoideus*), біз- тіласты (*m. stylohyoideus*) және қос айылды (*m. digastricus*).

Ішкі бұлшықеттер (19-сурет) көмей шеміршектің қозғалтып, дауыс саңылауын және көмей қуысының көлемін өзгертеді.



19-сурет. Көмейдің ішкі бұлшықеттері (артқы көрінісі).

1 - артқы сақина – ожау тәрізді бұлшықеті; 2 – көлденеңнен ожау тәрізді бұлшықеті; 3 – қиғаш ожау тәрізді бұлшықет; 4 – қалқанша – ожау тәрізді бұлшықет

Көмей ішкі бұлшық еттерінің қызметі:

1. Көмей саңылауының негізгі кеңейткіші- артқы сақина ожау тәрізді жұп бұлшық ет (*m. cricoarythenoideus posterior seu posticus*). Ол сақина тәрізді шеміршектің пластинасының артқы жағынан басталып, ожау тәрізді шеміршектің бұлшықет өсіндісіне бекиді, ал жиырылғанда бұлшықет өсіндісін артқа және ішкі жағына тартады (20-сурет). Бұл кезде дауыс өсіндісі латералды жағына қарай ығысып, көмейдің саңылауы кеңейтеді.

2. Көмейдің негізгі тарылтқышы – сақина-қалқанша тәрізді жұп бұлшықеті (*m. cricothyroideus seu anticus*). Ол екіге бөлінеді: тік (*pars recta*) және қиғаш -(*pars obliqua*), оның бір басы сақина тәрізді шеміршектің доғасына, ал екінші басы қалқанша тәрізді шеміршектің пластинкасына (тік бөлігі) және оның төменгі мүйізіне (қиғаш бөлімі) бекиді. Бұл бұлшықет қалқанша тәрізді шеміршекті алға иеді, нәтижесінде дауыс қатпарлары тартылады және дауыс саңылауы тарылады (21-сурет).



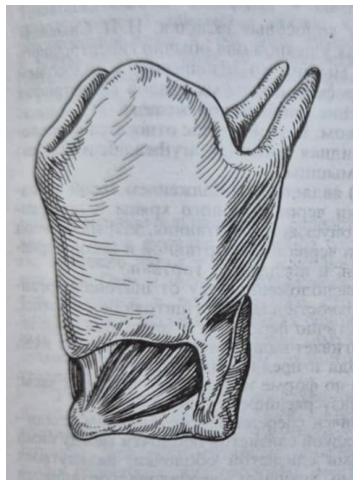
20-сурет. Көмейдің ішкі бұлшықеттері (сыртқы көрінісі).

1 – артқы сақина – ожау тәрізді бұлшықеті; 2 – бүйір сақина – ожау тәрізді бұлшықет; 3 – дауыс бұлшықеті.

3. Көмекші бұлшықеттер. Бұлар негізі кеңейткішке немесе негізгі тарылтқышқа жәрдемдеседі. Реципрокты иннервацияның әсерінен олардың біреуі жиырылады, ал басқасы босаңсиды. Егер негізгі кеңейткіш, бірінші болып қозғалса, онда көмекші бұлшықеттер дыбыс саңылауының кеңеюіне себепші, ал егер негізгі тарылтқыш қозғалыс жасаса, ол дыбыс саңылауының тарылуына ықпал етеді. Оларды да үш топқа бөлеміз: сақина-ожау бүйір бұлшықеті (*m. cricoarythenoideus lateralis*), көлденең ожау (*m. arythenoideus transversus*), ожау қиғаш (*m. atrythenoideus obliquus*).

Сақина-ожау тәрізді бүйір бұлшықет (жұп) сақина тәрізді шеміршектің бүйір беткейінен басталып, жоғары және артқа бағытталып, ожау тәрізді шеміршектің бұлшықет өсіндісіне бекиді. Бұл бұлшықет ожау тәрізді шеміршекті алға, төмен қарай тартады, сол

кезде дауыс өсінділері бір-біріне жақындайды да, дауыс жалғамалары дыбыс саңылауын тарылтады.



21-сурет.Сақина-қалқанша тәрізді бұлшықеті.



22-сурет. Көмейдің ішкі бұлшықеті (ішкі көрінісі).

1 – артқы сақина-ожау тәрізді бұлшықеті; 2 – көлденең ожау тәрізді бұлшықеті; 3 – қалқанша-ожау тәрізді бұлшықеті; 4 – ожау - көмей үсті (бөбешік) бұлшықеті; 5 – қалқанша - көмей үсті (бөбешік) бұлшықеті.

Көлденең ожау бұлшықеті (так) ожау тәрізді шеміршектің артқы жағында орналасқан. Бұл бұлшық ет жиырылғанда ожау тәрізді шеміршектер беттесіп, дауыс саңылауының артқы бөлігін жабады (22-сурет).

Қиғаш ожау бұлшықеті (жұп), көлденең ожау бұлшықеттің артқы жағында орналасады. Бұл бұлшықеттер қиылысып, қарсы жағындағы ожау тәрізді шеміршектің ұшына бекиді. Оның жиырылуы көмейдің кіреберісі және кіреберіс қатпарының тарылуына әкеледі.

4. Дауыс қатпарын басқаратын бұлшықеттер. Бұл бұлшықеттер дауыс қатпарларының босаңсуына немесе жиырылуына ықпал жасайды. Бұл топтың бұлшықеттеріне: дауыс (*m. vocalis*) қалқанша-ожау тәрізді (*m. thyroarythenoideus*) және сақина-қалқанша (*m. cricothyroideus seu anticus*) бұлшықеттері жатады. Дауыс бұлшықеті (жұп) дауыс қатпарларының медиалды жағымен бітісіп, ал латералды беткейі қалқанша-ожау тәрізді бұлшықет талшықтарына қосылады. Дауыс бұлшықеті қалқанша тәрізді шеміршектің төмені бұрышынан

басталып артқа бағытталып, дауыс өсіндісінің латералды беткейіне бекиді. Ол жиырылған кезде оны алға тартады, соның нәтижесінде дыбыс қатпарлары босаңсиды.

Қалқанша-ожау тәрізді бұлшықет (жұп) пішіні төртбұрышты, қалқанша тәрізді шеміршектің пластинасының ішкі жағынан басталып ожау тәрізді шеміршектің бұлшықет өсіндісіне бекиді. Бұл бұлшық ет жиырылғанда дауыс қатпары үстіндегі қуыс тарылады, дауыс өсіндісі алға ығысып, дауыс жалғамасы босаңсиды.

Сақина – қалқанша бұлшықеті дауыс қатпарын алға қарай тартады (күшейтеді). Н.П.Симановский бұл бұлшықетке музыкалық деген атау берген. Әдетте бұл әншілерде гипертрофияланған. Бұл бұлшықетті дауыс қатпарына тәуелді деп алсақ, онда ол музыкалық аспаптың бабына келтіретін тетігі сияқты. Маман әншілерде бұл бұлшықеттің гипертрофиялануы, қалқанша безінің көлемінің ұлғаюы себепші болуы мүмкін.

5. Көмей тілшігін (бөбешігін) қозғалтатын бұлшықеттер. Бұл топқа ожау – бөбешік (*m. aryepiglotticus*), қиғаш ожау тәрізді (*m. aryepiglotticus obliquus*) және қалқанша – бөбешік (*m. thyroepiglotticus*) бұлшықеттері жатады.

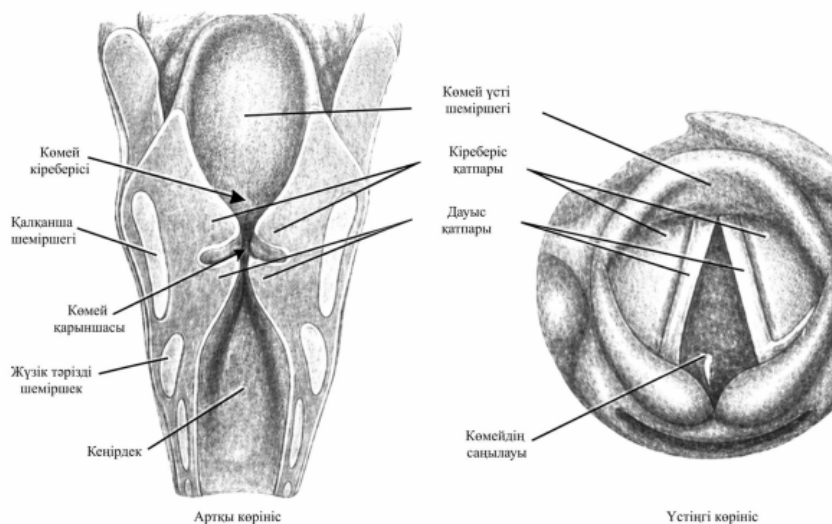
Ожау – бөбешік бұлшықеті (жұп) қиғаш ожау тәрізді бұлшықеттің жалғасы болып табылады, ожау тәрізді шеміршектің ұшынан басталып, көмей бөбешігінің қапталына бекиді. Бұл бұлшықет көмей бөбешігін артқа еңкейтіп, көмейдің кіреберісін жабады, сол кезде ожау – көмей үсті және қиғаш ожау тәрізді бұлшықеттер жиырылып, көмейдің кіреберісін және кіреберіс қатпарларын тарылтады.

Қалқанша-көмей бөбешік бұлшықеті (жұп) қалқанша шеміршегінің пластинкасының ішкі беткейінен басталып, көмей бөбешігінің қапталына бекиді. Бұл бұлшықет жиырылған кезде, көмей бөбешігі жоғары көтеріліп, көмейдің саңылауы ашылады және көмейдің кіреберісімен, тесігін кеңейтуге ықпал етеді.

Көмей қуысы (*sacum laryngis*) пішіні құм сағат тәрізді, ортаңғы бөлімі тарылған, жоғары және төмен этаждары кең (23-сурет).

Көмей кіреберісі (*aditus laryngis*) алдынан көмей бөбешігімен, артқы жағында ожау тәрізді шеміршектердің ұштарымен (*plicae interarythenoideae*), қапталында – бөбешік-ожау қатпарымен (*plicae aryepiglotticae*) шектелген. Ожау-бөбешік қатпарлардың қапталында жұтқыншықтың бөлігі болып табылатын, алмұрт тәрізді қалталар (*recessus piriformis*) орналасады. Көмейдің артқы жағында, олар өңешке жалғасады. Алмұрт тәрізді ойықта, бөгде денелер (балық, сирек ет

сүйектері) тұрып қалуы мүмкін. Алмұрт тәрізді қалтада сілекейдің іркілісі, жиі өңештің бөгде денесі туралы мәлімет береді.



23-сурет. Көмейдің құрылымы

Көмейдің ожау тәрізді аймақ аралығы мен көмей бөбешігінің тіл беткейі, дауыс қатпарларының шырышты қабығы көпқабатты жазық эпителиймен жабылған, қалған анатомиялық түзілістер көп қабатты кірпікшелі эпителиймен.

Көмей қуысы үш бөлікке бөлінеді: жоғарғы, ортаңғы және төменгі. Жоғарғы немесе көмейдің кіреберісі (*vestibulum laryngis*) дауыс саңылауы аралығына дейін орналасқан. Вестибуляр қатпары аралығында атқаратын міндеті төмендеу немесе әлсіздеу Симановский-Рюдингер (*m. ventricukaris*) бұлшықеті орналасқан. Бұл бұлшықет дауыс қатпарларының қозғалғыштығы бұзылған жағдайда, жалған (қарлыққан) дауыс шығаруға қатысады.

Көмейдің ортаңғы бөлігі, дауыс қатпарларымен сәйкес келеді – көмейдің саңылауы (*rima glottidis*)-көмейдің ең тар бөлігі.

Төменгі бөлігі (*cavum infraglotticum*) – қатпар астылық кеңістігі төмен жағында кеңейеді де және кеңірдекке жалғасады. Көмейдің бұл бөлігінің анатомиялық құрылымының ерекшелігі, шырыш астылық қабатта болбыр дәнекер тіннің орналасуы, сол себепті бұл жерде жиі ісінулер, әсіресе ерте жастағы балаларда кездеседі

Кіреберіс және дауыс қатпарлары арасындағы қуыс көмей қарыншасы (*ventriculum laryngis*) (Морганьев қарыншасы) деп аталады. Бұл маймылдың дауыс және жұтқыншақ қалталарының рудиментарлы түзілісі. Көмей қарыншасынан кейде көмейдің ауалық жылауықтары пайда болады.

Шырышты асты қабатында аралас серозды –шырыш бездері орналасқан, олар көп мөлшерде көмей қарыншаларында, кіреберіс қыртыстарында және дауыс асты қуысында кездеседі. Көмей бөбешігі аймағында және ожау тәрізді шеміршектерде кілегей бездер аз, ал дауыс қатпарларында олар кездеспейді.

Көмейде, жұтқыншақтың көмей бөлігінде көмей қарыншаларында, алмұрт тәрізді қалталарда және валлекулаларда орналасқан лимфаденоидты тіндер бар. Лимфоидты тіндер (*folliculi limphatici laryngei*), көбінесе көмей қарыншаларында орналасады, ол көмей бадамшабезі деген атау алды. Көмейдің лимфаденоидты тінінің қабынуы көмей ангинасы деп аталады.

Көмейдің қанмен қамтамасыз етілуі қалқанша мойын бағанымен, сыртқы ұйқы артериясының тармақтары: жоғары және төменгі қалқанша қан тамырлары (*aa. thyroidea superior et inferior*) қанмен қамтамасыз етеді. Жоғарғы қалқанша артериясынан жоғарғы және ортаңғы көмей артериялары (*aa. laryngeae superior et media*), төменгі қалқанша артериясынан –төменгі көмей артериясы (*a. laryngea inferior*) шығады.

Веналық ағыс ішкі мойындырық венасына өрімдер және аттас веналар арқылы өтеді.

Көмейдің лимфатикалық жүйесі бір-бірінен дауыс қатпарлары арқылы бөлінген екі бөлімнен тұрады. Жоғарғысы жақсы жетілген, одан ағыс ішкі мойындырық венасының бойында орналасқан мойын лимфа түйіндеріне, төменгісінен сақина - қалқанша жалғаманың немесе алдында қалқанша безінің алқымын ішкі мойындырық венасы бойлай орналасқан лимфа түйіндеріне және кеңірдек түйіндеріне барады. Жоғарғы және төменгі тармақтар дауыс қатпарларының лимфа тамырлары арқылы тығыз байланысады. Ал көмейдің жоғарғы бөлігіндегі лимфа жүйесі жақсы жетілген, сондықтан көмейдің қатерлі ісігінде метастаз тез таралады. Көмей экстирпациясы кезінде, қалқанша безінің мойыншасына резекция жасалады, себебі, бұл жерде орналасқан лимфа түйіндеріне жиі метастаз беріледі.

Симпатикалық иннервацияны көмей симпатикалық бағаннан (*truncus sympathicus*) алады. Көмейдің симпатикалық жүйкесі бастау

алады, жоғарғы мойын симпатикалық мойын –кеуделік түйінінен (ganglion stellatum).

Көмейдің парасимпатикалық иннервациясы кезбе жүйке арқылы жүзеге асады. Түйінді ганглийдан (ganglion nodosum) жоғарғы көмей жүйкесі (n. laryngeus superior) шығып (аралас жүйке), екі тармаққа бөлінеді:

а) ішкі (ramus internus) сезімтал тармағы қалқанша - тіл асты мембранасы арқылы көмейге еніп, көмей кіреберісінің шырышты қабығын иннервациялайды;

б) сыртқы (ramus externus) аралас тармағы – сақина-қалқанша және жұтқыншақтың төменгі қысқыш бұлшық еттерін иннервациялайды.

Көмейдің ішкі бұлшықеттері төменгі көмей жүйкесі (n. laryngeus inferior) немесе қайырылма көмей жүйкесімен (n. laryngeus recurrens) иннервацияланады.

Көмейдің қозғалғыштығы бұзылу мүмкін: көмейдің қайырылма жүйкесі өңеш және өкпенің жоғарғы бөлігінің ісігінде, аорта аневризмінде, көкірек пердесінің лимфа түйіндері ұлғайғанда зақымдалады (қысылады). Ларингоскопия кезінде: көмейдің бір жақ жартысының қозғалғыштығы шектеледі.

Жүйкенің сезімтал талшықтары көмейде біркелкі орналаспайды. М.С.Грачев (1956) көмей аймақтарын үш рефлексогенді аймаққа бөледі: бірінші аймақ – көмей бөбешігінің көмей беткейі және ожау – бөбешік қатпарлар жиегі, екіншісі – ожау тәрізді шеміршектің алдыңғы жағы және оның дауыс өсінділері аралық кеңістігі, үшіншісі – көмейдің төменгі бөлігі. Бірінші және екінші рефлексогенді аймақтар тыныс алуға, үшінші - фонация немесе дыбыс шығаруға қатысады.

Көмей физиологиясы. Көмей тыныс алу, қорғаныш, дыбыс шығару және сөйлеу қызметін атқарады.

Тыныс алу қызметі. Көмейдің жүйке-бұлшықет аппарат тітіркенуінен дауыс саңылауы кеңейіп және тарылу арқылы төменгі тыныс жолына енген ауаны реттейді. Тыныс алғанда артқы сақина-ожау тәрізді бұлшықет жиырылады да дауыс саңылауы кеңейеді.

Тыныс алу орталығы сопақша мида орналасқан және кезбе жүйке арқылы көмейдің иннервациясын қамтамасыз етуге қатысады. Ауа көмей арқылы (М.В.Сергеевский; 1953) өткенде, оның рецепторлар аппаратын тітіркендіріп, тыныс алу жиілігін тереңдетіп және қозғалысын рефлекторлы түрде өзгертеді. Көмей және кеңірдек рецепторларын тітіркенуі кезінде, қозу (импульс) тыныс алу бұлшықеттеріне, бірінші кезекте қабырға аралық және көкетке, одан да

басқа дауыс саңылауына таралады. Көмей, сыртқы тыныс алу қызметін реттеп, альвеолаларды ауамен толығыуына, оның газбен қанығуына және жүректің қанмен қамтамасыз етуіне ықпал жасайды.

Қорғаныш қызметі. Жұтынған мезгілде көмей тілшігі және көмей кіреберісінің басқа элементтері тыныс алу жолын жауып, тағамды өңешке өткізеді. Жұтынған кезде көмей қозғалып төменнен жоғары, арттан алға ығысып, өңеш деңгейінен жоғарлайды. Тіл кейін қарай жылжып көмей үстілік шеміршекті басады, ал вестибуляр және дауыс қатпары беттесіп, көмей саңылауы жабылады. Одан басқа қорғаныш механизмі: тыныс алу кезінде түскен, бөгде денелер мен зиянды заттардың өткізбес үшін, көмей кіреберісі және дауыс саңылауы түйіледі (спазм). Көмейдің басты қорғаныш механизмі: қатты, сұйық және газ сияқты қосындыларды кейін шығаруға әрекет ететін рефлекторлы жөтел.

Көмейде барьер қызметін атқаратын кірпікшелі эпителий, лимфаденоидты тін, одан да басқа бактерицидтік әсері бар кілегейлі бөлініс.

Дауыс шығару (фонаторлық) қызметі. Тыныс шығарғанда дауыс қатпарлары беттеседі де, дауыс қалыптасады. Дауыс қатпарларын ауа қозғалысқа келтірмейді, керісінше, олар бір-бірімен қосылады да, ауа ағымына толқынды тербеліс береді. Дауыс қатпарлары тербелісінен - дыбыс түзіледі. Бұл үрдіске өкпе мен мұрын аралығындағы тыныс алу мүшелері қатысады, олар: өкпе, бронх, кеңірдек ауаны қысыммен шығарады, ал жұтқыншақ, мұрын мен ауыз қуысы – резонатор рөлін атқарады.

Сөйлеу қызметі. Дыбыс негізінен көмейде қалыптасады, сөз тыныс жолында түзіледі және оған қосылады: ерін, төменгі жақ, тіл, жұмсақ таңдай, көмейдің буын қозғалысы. Әрбір, дауысты дыбыс жұмсақ таңдай, тіл, ерін және т.б. резонатор мүшелерінің орналасу деңгейіне сәйкес шығады. Ауа сыртқа шыққан кезде, ауыз қуысының бөліктері жабылады да және ауа ағыны бұл кедергілерден өтіп, дауыссыз дыбыстар түзеді. Анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты, буын аппараттарының қозғалысы өзгерістер тудырады, сол себепті әрбір адамның сөйлеу мәнері әртүрлі сипатқа ие болады.

Дауыс және буын аппараттарының әрекеті, ми қыртысының ықпалына бағынышты. Сөздің құрастырылуы, есту талдағыштарының қызметіне байланысты, сол себепті екіншілік сигнал (белгі) жүйесін құрайды. Осыған сәйкес дауыстың жиілік диапазонының бөлігін, есту қабілетінің жиілік диапазоны құрайды. Адамдар құлақ арқылы

қабылдайды 16-дан 20 000 Гц аралығындағы, ал ән айтқанда 64-тен 1356 Гц дейінгі диапазонда болады.

Көмейдің жедел және созылмалы аурулары

ЛОР патологиясында көмейдің жедел қабыну аурулары (ларингит, стеноз) 10-15% құрайды, әсіресе ЖРВИ-мен ауыратын балалар. Ауру бірден дауыстың қарлығуымен және тыныс алудың қиындауымен сипатталады.

Көмейдің жедел қабыну аурулары екіге бөлінеді: біріншілік және екіншілік. Біріншілік аурулары: жедел катаралды ларингит, жалған круп (жедел ларингиттің, өзгеше бір түрі) және көмей ангинасы, екіншілік: жедел стенозды ларинготрахеобронхит, туберкулез, мерез, склерома (жұқпалы гранулемалар) аурулары және басқа патологиялық процестер.

Жедел ларингит жеке ауру (идиопатиялық түрі) ретінде жас балаларда өте сирек, көбінесе үлкен жастағы балаларда және ересек адамдарда кездеседі. Аурудың пайда болуына себепші факторлар: күштеніп сөйлеу, жергілікті салқындау (салқын тамақ ішу), түтін немесе шанды ортада ұзақ уақыт болу. Жоғарыда келтірілген факторлар, ағзаның жергілікті және жалпы қарсылық күресін төмендетеді, ол көмейдің шырышты қабығындағы жергілікті патогенді микрофлораның көбеюіне және қабынуына себепші. Ларингиттің негізгі қоздырғышы: стрептококк, стафилококк, пневмококк және вирус.

Симптоматикасы

Науқастың тамағы жыбырлап, күйген, жырып кеткен сияқты, құрғап ауырады. Бірнеше сағаттан кейін оған жөтел қосылады, дауысы қарлығады, кейде дауысы мүлдем шықпайды (афония). 1-2 күннен кейін құрғақ жөтел, ылғалдыға ауысады, бірінші күні қақырық кілегейлі, одан кейін кілегейлі-ірінді және ірінді қақырықтар қалыптасады. Кейде жас балаларда көмей саңылауындағы қою кілегейлі немесе кілегейлі - ірінді қақырықтың түсуінің қиындауынан көмей тарылуының белгілері байқалады

Ауру бірнеше күннен 2-3 аптаға дейін созылады. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, температура субфебрилді болады. Қарағанда шырышты қабығы қанмен толыққан, ісінген. Дауыс қатпарлары ашық қызыл түсті, ісінген, сирек жағдайда шырыш асты қабатынан қан құйылыстары анықталады. Егер қабыну үрдісі бұлшықет –жүйке жүйесін зақымдаса, яғни бүйір қалқанша-ожау, ожау аралық, сақина-

ожау бұлшықет немесе төменгі көмей жүйкесінің қызметі зақымдауынан дауыс қатпарының парезі және параличі пайда болады.

Жалған круп

Жалған круп - жедел ларингиттің өзгеше бір түрі, көбінесе бірнеше айлықтан 7 жастағы балаларда кездеседі. Бейімдеуші факторлар: балалар көмейінің анатомиялық құрылымының ерекшелігі (көмей саңылауының тарлығы, қатпар астылық кеңістікте болбыр тіннің болуы), баланың ұзақ уақыт бойы көлденеңінен жатуы, гипо- және авитаминоз «Д», экссудативті диатез, жасанды тамақтандыру және де басқа да патологиялық үрдістер көмейдің ісінуіне ықпал етеді. Осы аурулардың негізінде қатпар астылық болбыр тінде ісік пайда болады. Тұншығу ұстамасы кезіндегі ларингоскопияда қатпары асты кеңістігінен, ақшыл- қызыл түсті білікше тәрізді ісікті көреміз.

Жалған круптың басты себебі салқын тию, жөтелден басталады, дене қызуы субфебрилді, кейде температураның болмауы да мүмкін. Күндіз баланың жағдайы қанағаттанарлық. Түнде ұйықтап жатқанда тұншығу белгісі (ұстамасы) басталады, оған қарлыққан жөтел қосылады, инспираторлы еңтігумен бірге төс, бұғана үсті ойығында және эпигастралды аймағында тартылыстар байқалады. Бала төсекте дөңбекшіп, ерні, саусақтың бастары көгереді, үні сыңғырлап шығады. Тұншығу ұстамасы бірнеше секундтан 30 минутқа дейін созылады, кейде өздігінен басылып, бала ұйықтап қалады. Ауру бір тұншығу ұстамасымен тоқтайды, кейде сол түнде ұстама қайталануы мүмкін.

Диагностды клиникалық көрінісіне және ларингоскопиядағы қатпар астылық кеңістіктегі білікше тәрізді ісікке сәйкес қояды.

Жедел катаралды ларингитті және жалған крупты емдеу

Әдетте, үй жағдайында жүргізуге болады. Бөлме жылы, ауасын тез тазартып алуға ыңғайлы болуы тиісті және қатаң дауыс тәртібін сақтайды: қатты сөйлеуге және айқайлауға тыйым салынады. Тамақ жоғарғы калориялы, тітіркендірмейтін және С, Д, В дәрумендеріне бай болуға тиісті. Баланың жасына және салмағына қарай микробқа қарсы: пенициллин және оның жартылай синтетикалық препараттарын, цефалоспорин қатарындағы дәрілерді береміз, мұрынға 2-3% протаргол ерітіндісін тамызамыз, үлкен балаларға – сода, май ингаляциясын және қақырық түсіретін, жөтелге қарсы препараттарын тағайындаймыз.

Тұншығу ұстамасын түшкіру және құсу рефлексін қоздыру арқылы тоқтатуға болады. Алаңдату терапиясы (аяқты булау, аяққа, белге грелка, мойын аймағына қыша қағазын қою) қолданылады. Жалған крупта науқастарға десенсибилизациялық препараттар:

пипольфен, димедрол, кальций глюконаты беріледі. Трахеостомия жалған крупта өте сирек қолданылады.

Көмей күлі (шынайы круп)

Көмей күлі - өте қатерлі жұқпалы аурулардың бірі, көбінесе 2 ден 7 жас аралығындағы балаларда кездеседі. Қоздырғышы Клебса-Леффлер күл таяқшасы. Жұғу ауа-тамшылы немесе жанама жолмен, яғни науқастан немесе сау бактерия тасымалдаушыдан беріледі. Инкубациялық кезеңі 2-7 күн.

Патологиялық анатомиясы бойынша шектелген, төменгі және өрлемелі (жоғарғы) болып үшке бөлінеді. Жоғарғы түрі төменгіге қарағанда сирек кездеседі, алғашқысында инфекция көмейде орналасып, жоғары, көмей – жұтқыншаққа немесе төменге кеңірдекке таралады. Дифтерияда қабыну көрінісі – альтернативті экссудативті үрдісте болып, шырышты қабаты беткейінде қиындықпен алынатын некрозды фиброзды қабыршақ түзейді және төменгі жағында орналасқан тіндердің ісінуіне себепкер. Қабыршақ өздігінен түскеннен кейін, орнында грануляциялық жара қалады.

Симптоматикасы

Ауру бірте-бірте басталады, дене температурасы субфебрилді, жалпы әлсіздік, көңіл күйі нашарлайды. Тері жамылғысы бозғылт, бала көңілсіз, жалпы әлсіздік пайда болып, тәбеті төмендейді. Тамыр соғысы қарқынды және жиі, дене температурасымен сәйкес келмейді. Қарлыққан жөтел (үрмелі) және дауысы қарлығады, содан бірте-бірте афониямен аяқталады. Дауыстың өзгерумен қоса енгігу күшейіп, науқас тұншығады. Осы белгілер де дифтерияның септикалық және геморрагиялық түрінде кездеседі.

Тыныс алудың қиындауы тарылудың II- III кезеңімен сәйкес және одан да басқа без-берекет қозғалыс, қорқыныш, беттің терлеуі, акроцианоз, тыныс алғанда қабырғааралығында, төс ойығында, бұғана асты және үсті шұңқырларында, эпигастральды аймағында тартылыстар пайда болады. Жедел стенозды ларинготрахеобронхиттен және жалған круптан айырмашылығы, дифтерияда клиникасы жаймен деп басталады және көмей дифтериясында кейде тыныс алу жақсарады, оны жөтелген кезде көмей саңылауынан фиброзды қабыршақтардың түсуімен түсіндіруге болады. Көмей күлінде аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған, басқанда ауырсынбайды.

Диагноз эпиданамнезіне, шағымына, ауру анамнезіне және объективті зерттеулерге негізделіп қойылады. Тура емес ларингоскопияда немесе эндоскопиялық зерттеуде көмей

қабырғаларынан, дауыс, вестибулярлы қатпарларынан, қатпар астылық кеңістіктен, лас сұр түсті қиын ажыратылатын қабыршақты көреміз. Көмейден алған жағындыдан Клебс-Леффлер бацилласы анықталады. Болжамы қатерлі.

Асқынулары

Миокардит, нефрит, тіл асты және кезбе жүйкесінің парезі және параличі.

Емі: дифтерияға қарсы антитоксинді немесе сарысуын пайдаланады. Дифтерияға қарсы сарысу егу аурудың ауырлық дәрежесіне және ұзақтығына тәуелді. Безредко бойынша бұлшықетке 30 дан 100 мың бірлікте енгізеді. Дерттің ауырлығына (септикалық түрі) байланысты 12 сағаттан кейін, дифтерияға қарсы сарысуын қайталап егуге болады. Антибиотиктер, тамақты антибиотиктермен шаю, В, С дәрумендері тағайындалады, көрсеткіштер бойынша – жүрек тамыр жүйесінің тонусын қалпына келтіретін дәрі-дәрмектер, жоғары калориядағы тағамдар пайдаланылады.

Көмей баспасы

Кейбір авторлар көмей баспасын, көмейдің ісіну ауру түріне жатқызады, оны жеке ауру ретінде бөліп қарауға келіспейді.

Көмей қарыншасында, ожау – бөбешік қатпарлар аралығында, алмұрт тәрізді синустің қабырғаларында лимфоидты тіндердің қалдықтары сақталған, оны көмей бадамшабезі деп атайды. Көмей баспасының патогенезінде, жұтқыншақ баспасының факторлары басты рөл атқарады, олар салқын тию, жарақат, микробтық факторлар (стрептококк, стафилококк, аденовирус) және ағзаның аллергиясы. Көмей баспасы жұтқыншақ баспасының (төменгі инфекция) жалғасы, бірақта көбінесе жеке ауру ретінде кездеседі. Көмей баспасындағы өзгерістер таңдай бадамшабезі қабынуында кездесетін қатаралды, лакунарлы және фолликулярлы баспамен сәйкес келеді. Ожау- бөбешік қатпарларында, бөбешікте, вестибулярлы қатпарда, ожау тәрізді шеміршекте ісіну және гиперемия айқындалады.

Тура емес ларингоскопия жасағанда, кейде ісінген және гиперемияланған шырышты қабатының беткейінен ақшыл-сары түсті немесе нүкте тәрізді жамылғыны көреміз.

Симптоматикасы

Ауру ағымына байланысты 3 кезеңге бөлінеді: басталуы, аурудың толық даму кезеңі және аяқталуы (сауығуы). Басталу кезеңі (1-2 күн) науқастың тамағында құрғау, жыбырлау, күй пайда болады, тамағында бір нәрсе тұрғандай сезініп, жұтынғанда және сөйлегенде ауырсыну

күшейеді және дауысы қарлығады. Дене температурасы 37,2-37,7°С жоғарлайды. Ауру толық дамыған кезде температурасы 40° С дейін көтеріліп, тамағының өздігінен ауырсынуы, афония және көмей тарылуының 4 кезеңіне сәйкес симптомдар пайда болады. Аурудың ұзақтығы 7-12 күн. Нәтижесі: толық сауығу, абсцесс, флегмона немесе көмей хондроперихондриті. Диагнозды науқастың негізгі шағымына және ларингоскопиялық көрінісіне қарап қоямыз. Көмейді қарағанда: бөбешік- ожау қатпарларындағы ісіну, гиперемия бөбешікке немесе қарынша қатпарларына таралады. Лакунарлы немесе фолликулярлы ангина түрінде шырышты қабаты гиперемияланған, фиброзды жамылғыларды немесе ақ түсті фолликулдарды көруге болады.

Емі: науқасты міндетті түрде ауруханаға жатқызамыз және кезекші дәрігер трахеостомия операциясын жасай алуға тиіс. Көп мөлшерде антибиотиктер, қабынуға қарсы және десенсибилизациялық препараттар; кальций глюконаты 10% көктамырға, димедрол, пипольфен, тер және несеп айдағыш дәрі-дәрмектер, аландату терапиясы (аяқты булау, аяққа және белге грелка қою), гормоналды терапия преднизолон 5 мг/кг салмағына, ылғалды оттегі, тарылу тоқтамаса (басылмаса) трахеостомия қолданылады.

Жедел стенозды ларинготрахеобронхит (ЖСЛТБ)

ТМД және шет елдік авторлардың мәліметтерінен ЖСЛТБ-тің себебі 60-90% жағдайда вирус болып табылады (Евдощенко Е.А., 1978, Солдатов И.Б., 1990, Фейгин Г.И., 2009, Гюсан А.Ю., 2014), сирек жағдайда тыныс жолдарының патогенді микрофлорасы, қызылша, қызамық. Жиі бірнеше айлықтан 5-7 жастағы, көбінесе (70% жоғары) 3 жасқа дейінгі балалар ауырады.

ЖСЛТБ-те патологиялық үрдіс көмейдің шырышты қабатын (көбінесе қатпар астылық аймағын), кеңірдекті және бронхты қамтиды. Дерттің ауырлығына және қабыну үдерісінің ерекшеліктеріне қарай жіктеледі (Евдощенко Е.А., 1978): жедел эпиглотит, катаралды, ісінген-инфильтративті, ірінді фиброзды, геморрагиялық, жаралы-некрозды.

Тыныс алу жолдарындағы патологиялық ерекшелігі бойынша ЖСЛТБ (Гюсан А.О. 2014) келесі түрлерге ажыратады: 1) ісінген, 2) катаралды-ісінген, 3) ісінген-инфильтративті, 4) фибринозды-ірінді, 5) геморрагиялық, 6) ойық жаралы-некрозды.

ЖСЛТБ түріне сәйкес көмей, кеңірдек, бронхтың шырышты қабығы қанмен толығып, ісініп, инфильтрацияланады, қою ірінді бөлінді немесе фиброзды қабыршақ түзейді. Ерекше (өзгеше) вирулентті инфекция болса, онда шырышты қабаты некрозданып, түсіп

қалады. Кеңірдектің саңылауы тарылып, іші кілегейге, іріңге, қабыққа толып, тарылудың клиникасы басталады.

Педиатрия саласында ЖСЛТБ өлім көрсеткіші бойынша бірінші орынды иеленеді. Г.Г.Островскийдің (1977) алынған мәліметінде трахеостомиядан кейін балалар арасында өлім көрсеткіші-27,2%; ұзартылған интубация жасалғандардың арасында – 20,9% құрайды.

Симптоматикасы

Науқаста дене температурасы жоғарылайды, жалпы қалтырау, қарлыққан жөтелден басталады, науқастың бет әлпетінен тұмаудың немесе жедел респираторлы аурудың клиникасы айқындалады. Әдетте 1-2 тәуліктен кейін, жедел респираторлы вирустық инфекциямен бірге, қатерлі-сипмтомокомплекс пайда болады, ол тыныс жолдарының тарылуынан тыныс алудың қиындауы. Тарылу 4 кезеңге бөлінеді: компенсация, субкомпенсация, декомпенсация және асфиксия.

Тарылудың I кезеңі – компенсация сатысы, тыныс алу азайып, тереңдей түседі, дем алумен және тыныс шығару аралығындағы үзіліс азаяды. Дем алған мезгілде естілер - естілмес сырыл болады, себебі тыныс жолдары саңылауы тарылған және төс үсті ойығында сәл тартылу байқалады, тамыр соғысы баяулайды. Науқас тыныш, тыныс алудың жетіспеуі жылағанда және жүктеме кезінде білінеді, көмей саңылауының диаметрі 5-6мм.

Тарылудың II кезеңінде науқас тынышсыз, жүреліп отырып, амалсыздықтың күйін кешеді, тыныш күйдің өзінде инспираторлы ентігу, жетілген стридор, дем алу кезінде қабырғааралықта, төс үсті ойығында, эпигастралды аймағында тартылу анықталады. Тері жамылғысы бозғылт, тамыр соғысы жиі, қарқынды. Көмей саңылауының диаметрі 4-5мм.

III кезеңі декомпенсация, тыныс алу жиі, беткейлік. Науқас өте тынышсыз, төсекте дөңбекшіп қорқыныш пайда болады, беті тершіген, ерні, мұрын ұшы, саусақтың тырнақтары көгерген, жүрек соғысы, пульсі жиі, қарқынды. Мәжбүр қалыпта, жартылай отырған, қолымен керуеттің жиегін ұстайды. Көмей саңылауының ені 2-3мм.

IV кезеңі асфиксия, 4-5 минутқа созылады. Тыныс алуы аз, баяу немесе сирек кейде тіпті жоқ, санасы айқын емес немесе есінен танған, тері жамылғысы топырақ түстес, бозғылт, тамыр соғысы жіп тәрізді, өте жиі, әлсіз, қан қысымы төмен, өздігінен зәр шығып, акт дефекация болады. Көмей саңылауының ені 0-1мм. Тыныс және тамыр қимылдатқыш орталығы зақымдалады (паралич болады). ЖСЛТБ диагнозы шағымына, аурудың анамнезіне және дамуына,

ларингоскопиялық көрініске негізделіп қойылады. Қарағанда: көмейдің қатпарастылық бөлігінен білікше тәрізді ісікті және көп мөлшерде жиналған кілегей, кілегейлі – ірінді немесе ірінді бөліністі көреміз. Ал ауыр түрінде қатпар астылық кеңістікте, кеңірдек қабырғаларында, бронхта фиброзды, ірінді немесе геморрагиялық қабыршақтар пайда болып, тыныс алуды қиындатады.

Емі: баланы арнайы бөлімшеге жатқызады. Алаңдату терапиясы қолданылады: аяқты бұлау, аяққа және белдің тұсына жылытқы (грелка). Антибактериялық терапия: пенициллиннің жартылай синтетикалық препараттары бұлшықетке 500000 бірлік тәулігіне, 4-6 рет. Ингаляция: эфедрин 5%- 1,0, пипольфен 2,5% - 1,0, гидрокортизон 0,025 (1 ампула) атропин 0,1% - 1,0, адреналин 0,1% - 1,0, химотрипсин 0,2% -1,0, аскорбин қышқылы 5% - 5 мл – ингалятордың стаканына салып күніне 3-4 рет қолданамыз. Одан да басқа: гидрокарбонат ерітіндісі 4% - 5 мг/кг салмағына, глюкоза ерітіндісі 20% - 10 мл, кальций хлорид 10% - 5 мл, 0,06 корглюкон 0,15, преднизолон 30 мг, физиологиялық ерітінді 75 мл, аминазин және басқалар қолданылады.

Тағайындалған ем тарылудың дәрежесіне, аурудың ауырлығына, баланың жасына және ЖСЛТБ-тің клиникалық ағымына байланысты негізделеді. Көп жағдайда қарқынды терапия 2-3 сағат ішінде тарылуды тоқтатуға (басуға) көмектеседі. Егер қарқынды терапиядан кейін 3-4 сағат аралығында баланың жалпы жағдайы жақсармаса, тарылудың III деңгейінен төмендемесе немесе дәрежесі өсе түссе, онда қарқынды терапияның I кезеңінде жедел ұзартылған интубацияны қолдану қажет. Көп жағдайда назотрахеалды интубация жасау ұсынылады. Түтікті күн сайын алмастырады. Бұл уақытта баланың аз мерзімге көмей арқылы тыныс алуға мүмкіндігі болады. Түтікті тәулік сайын ауыстыру көмей мен кеңірдекте жарамен грануляцияның өсуіне кедергі жасайды. Ұзартылған интубация 3-5 күн ішінде нәтижесіз болса, онда екінші кезең - трахеостомия.

Қазіргі уақытта трахеостомияға негізгі көрсеткіштер:

I. Тыныс алу жолының өткізгіштік қызметі бұзылғанда механикалық асфиксияның алдын алу үшін:

- 1) көмей және кеңірдектің жарақаты;
- 2) күйдіргіш умен улану (сірке эссенциясы, каустическалық сода, күкірт және азот қышқылы);
- 3) қабыну немесе ісікті түзілістің салдарынан пайда болған көмейдің тарылуы;
- 4) көмей мен төменгі тыныс жолдарының бөгде денесі;

- 5) көмей мен жұтқыншақ бұлшықеттерінің гипотониясынан, тілдің төмен қарай ығысуынан тыныс алудың бұзылуы.

II. Төменгі тыныс жолдарының өткізгіштік қызметі бұзылған жағдайда, кеңірдек, бронхы тармақтарын тазарту үшін:

- 1) құсықты түзіліспен бітелгенде;
- 2) қанды бөліндімен жабылса;
- 3) тыныс жолында кілегейлі бөліністің жиналуы.

III. Трахеобронхиальды тармақтың бітелуі, тыныс алу биомеханикасының бұзылуымен, сол кезіндегі «өлі немесе зиянды» кеңістікті азайту, тыныс алуды жақсарту және төменгі тыныс жолдарының тұрақты дренаждық қызметін қамтамасыз ету:

- 1) сепсис;
- 2) қабырғаның көптеп сынуы және парадоксалды тыныс алу;
- 3) кеуде қуысындағы операциядан кейінгі тыныс алу жеткіліксіздігі.

IV. Тыныс алу патологиясы кезінде тыныс жолдарындағы «өлі» кеңістікті азайту үшін, патологиялық тыныс белгісі байқалған кезде:

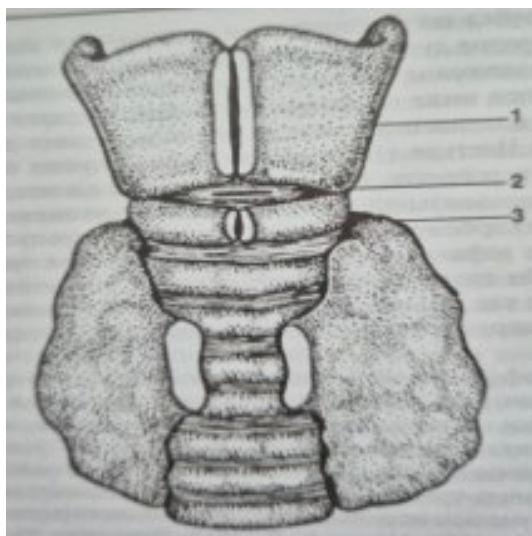
- 1) бас миының ауыр жарақаты немесе аралас жарақаты;
- 2) жедел ми қан айналымы бұзылыстары;
- 3) мидың ісіктік процестері және т.б.

V. Өздігінен тыныс алу жеткіліксіздігі немесе болмауы науқастың өкпесіне жасанды желдетуді қолдану үшін трахеостомия қажет:

- 1) дәрі-дәрмектермен улану (дәрілік заттар, барбитураттар);
- 2) суға бату;
- 3) электр тоғының соғуы;
- 4) миастения;
- 5) сіреспе.

Коникотомия и трахеостомия

Көмей жарақаты, бөгде денесі, жедел аллергиялық немесе қабыну үрдісінен дамиды. Жедел көмей тарылуында, трахеостомияға жасауға кем дегенде 10-15 минут қажет, сондықтан тұншығу ұстамасында коникалық байламды кесу арқылы коникотомия жасалады (24-сурет).



24-сурет. Тамақты шұғыл кесудің түрлері.
1-тиреотомия, 2-коникотомия, 3-крикотомия

Науқасты басын артқа қарай шалқайтып, арқасымен жатқызады. Хирург қалқанша шеміршекті сол қолдың I және III саусағымен қатты ұстап, оң қолдың сұқ саусағымен қалқанша шеміршектің төменгі жиегіндегі ойықты іздейді. Скальпелдің ұшын осы ойысқа көлденең орналастырып, тері және тері асты жұмсақ тініне, қалқанша-сақина тәрізді байламға тілік жасайды. Егер сырыл естілсе, онда біз көмей қуысына енгенімізді білеміз. Тілікті Киллиана мұрын кеңейткішімен ашып, трахеостомиялық түтікті енгіземіз.

Операция тек өмірге қауіп төнгенде жасалады, яғни уақытша шара, тыныс алуы қалпына келген соң, трахеостомия қолданылады.

Трахеостомия әдісі бұрыннан белгілі және кеңінен қолданысқа ие болғанына қарамастан, операция кезіндегі қателіктер және науқасқа операциядан кейін дұрыс күтімнің болмауы ауыр асқынуларға әкеледі. Соңғы А.О.Гюсанның (2014) деректері бойынша трахеостомиядан кейінгі өлім көрсеткіші 0,7-2,8% құрайды.

Жедел тұншығудың (асфиксия) алдын алу үшін, жоғарғы тыныс жолдарының тарылуында, бітелу немесе аспирация салдарынан пайда болған асфиксияда, трахеостомия жасалады. Кеңірдек сақиналарының тіліну деңгейіне байланысты, трахеостомия үш түрге бөлінеді: жоғарғы, трахеяны қалқанша безінің мойыншасының жоғары бөлігінен тілгенде; ортаңғы - трахеяға мойыншаны кесу арқылы енгенде, төменгі

қалқанша безінің мойыншасынан төмен жасалғанда. Науқастың жауырынының астына білікше қойып, операциялық үстелге, басын артқа шалқайтып, арқасымен жатқызады. Бірақ науқастың бұл қалпында тұншығуы күшейсе, трахеостомияны басын шалқайтып, жартылай отырған күйде, стоматологиялық орындықты пайдалану арқылы жасауға болады.

Кейбір авторлар операцияны науқастың басының астына жастық қойып жасап, тек трахеяны ашар алдында көпшікті алып тастауды ұсынады. Науқасты асфиксияның өте ауыр түрімен ауруханаға жеткізілген жағдайда, трахеяны жуан инемен тесіп, сол арқылы қысыммен оттегін немесе ауа енгізіп, содан соң трахеостомия операциясын жасайды.

Жансыздандару мақсатында, адреналин қосылған новокаинның 1% ерітіндісімен инфильтрациялық анестезия пайдаланылады.

Трахеостомияда жұмсақ тіндер рет-ретімен кесіліп, кеңірдектің сақинасы тік бағытта тілінеді. Тік кесуден басқа, көлденең тілу арқылы Воячек тәсілін қолдануға болады. Сондай-ақ трахеостомияның Бьорк әдісінде (1960), ол кезде екінші немесе екінші және үшінші кеңірдектің сақинасын тіл тәрізді пішінде кесіп, төмен қарай орналастырып, операциялық жарақаттың төменгі бөлігіндегі беткейлік фасцияға тігеді.

Трахеядағы тіліктің көлемі трахеостомиялық түтіктің диаметріне сәйкес болуы керек. Егер кесілген жер тым ұзын болса және түтік трахеяның енімен сәйкес келмесе, онда трахея қабырғасымен оған енгізілген трахеостомиялық түтік арасындағы ауа, жақын орналасқан тіндер аралығына жайылып, тері асты эмфиземасы қалыптасады.

Егер тіліктің көлемі кішкентей болып, түтік трахеяға күшпен енгізілсе, онда трахеяның шырышты қабаты мен шеміршектерінің қысылуынан ойық жара түзіледі.

Операция кезінде және оны аяқтағаннан кейін де қан кетуді толықтай тоқтату керек. Қан кету операцияны қиындатады, төменгі тыныс алу жолдарына қанның ағуы, жөтелді қоздырып, тұншығуды күшейтеді.

Сондықтан, кеңірдекті ашар алдында гемостаз жасалып, жарақат құрғатылады. Содан кейін өткір ілмекпен кеңірдекті жоғары көтеріп, бекітеді; кеңірдектің артқы қабырғасына зақымдануын болдырмас үшін, скальпелдің ұшын 8-10 мм-ден артық енгізбей, оның алдыңғы беткейін кесеміз. Операцияның бұл кезеңінде ұстамалы жөтелмен қоса, кеңірдектен ысқырықты дыбыс шығады.

Кеңірдектердің жиегін кеңейткішпен ашып, ашылған тесікке трахеостомиялық түтік енгізіледі. Осы кезде кеңірдекте шырышты қабықтың тітіркенуінен, ұстамалы жөтел пайда болады. Түтікті кеңірдекке енгізерде, оны алдымен көлденең бағытта, содан кейін тік бағытқа ұстап, оның қалқаны тері жамылғысына тигенше кеңірдекке кіргізеді. Операциялық жарақаттың жиегі тігіліп, трахеостомиялық түтік байланып, бекітіледі және айналасына таңғыш қойылады.

Тәжірибеде ең көп қолданысқа ие төменгі трахеостомия. Бұл тәсілдің жиі қолдану себебі: қалқанша безі мойыншасының жоғары орналасуымен және техникалық қиындықтар сирек кездеседі.

Баспалау арқылы қалқанша шеміршектің төменгі бөлігін анықтап және мойынның ортаңғы сызығы бойымен сақина тәрізді шеміршектен төс ойығына дейін ұзындығы 6-7 см тілік жүргізіледі. Тері мен тері асты тіндерін рет-ретімен сылып *vv. medianae colli* анықталса, оны ығыстырады, ал қозғау мүмкін болмаса, онда байлап, кесіп қапталана қарай жылжытамыз.

Беткейлік және екінші фасцияны кесу арқылы *spatium interaponeuroticum suprasternale*-ге енеді. Асқан ұқыптылықпен шелмайды кесіп, ашқанда, оның төменгі бөлігінде *arcus venosus juguli* орналасқан, оны төмен қарай ығыстырады. Содан соң, мойынның үшінші фасциясын тіліп, көмей бұлшықеттерін жарақат кеңейткішімен екі жаққа тартып, *spatium praetracheale* ашады.

Осы кеңістіктің шелмайын ақырындап қалқанша безінің төменгі бөлігіне дейін сылыған соң, үшкір емес ілмекпен жоғары ығыстырып, кеңірдікті табу керек. Төс сүйегі маңындағы тамырларды (*plexus venosus subthyreoideus, thyreoidea ima*) зақымдамас үшін, кеңірдекті төменнен жоғары қарай кесіп, трахеостомиялық түтікті енгіземіз.

Жоғарғы трахеостомия қалқанша шеміршекті пальпациялаудан басталады, содан кейін шеміршектің төменгі жиегінен төмен қарай мойынның ортаңғы сызығы бойымен ұзындығы 5-6 см тілік жасалады. Тері, тері асты шел май және беткейлік фасция рет-ретімен ашылады. Төменгі жағынан мойынның ақ сызығы көрінеді, ол екінші және үшінші фасцияның бірігу нәтижесінен қалыптасқан сызық (линия).

Оны тіліп, көмейдің бұлшық еттерін екі жаққа қарай ажыратып, кеңірдектің жоғарғы сақиналарын жауып тұрған қалқанша безінің мойыншасын табу қажет. Қалқанша безінің мойыншасының капсуласы, сақина тәрізді шеміршек доғасының төменгі жиегіне, сақина-мойынша байламы арқылы бекиді.

Оны көлденең бағытта кесіп, бездің мойыншасынан ажыратып, төмен қарай жылжытады. Содан кейін, кеңірдектің 2-ші және 3-ші, кейде 4-ші сақиналарды кесіп, канюляны кіргізеді.

Ортаңғы трахеостомия *Ортаңғы трахеостомия* қалқанша безінің мойыншасы жоғары орналасқан кезде жасалады, бұл кезде кеңірдектің жоғарғы сақиналарын сылып босату мүмкін болмағанда қолданылады.

Орындалу техникасы. Тері жамылғысы тілінеді, бұлшықеттер орталық сызықтан ажыратылып, қалқанша безінің мойыншасын ашады. Сақина-мойынша байламы қиылып, мойыншаны жалаңаштайды, оның төменгі жағына ортаңғы сызықтан сәл кейіндеу етіп екі гемостатикалық қысқыштарды енгізіп, ортасынан кесіп, байлап, осылайша кеңірдекке жетеді. Кеңірдек 3-5-ші сақиналар аймағынан ашылады.

Трахеостомияға байланысты асқынулар (5–40%), үш топқа бөлінеді (Гринцов А.Г., Сташенко А.Д., 2005, Калехсаева А.С. 2007, В.Д.Паршин 2008):

- 1) трахеостомия кезінде туындайтын асқынулар;
- 2) ерте операциядан кейінгі асқынулар;
- 3) операциядан кейінгі кеш асқынулар.

1) Интраоперациялық асқынулар: қан кету, жедел тыныс алудың бұзылуы, кеңірдектің немесе көмейдің зақымдалуы, кеңірдек маңындағы анатомиялық түзілістердің жарақаттануы, ауалық эмболия, тыныс алудың тоқтауы;

2) Ерте операциядан кейінгі асқынулар: екіншілік қан кету, кеңірдек қабырғасының некрозы, тері асты эмфиземасы, пневмоторакс немесе пневмомедиастинум, трахеостомиялық түтіктің бітелуі, түтіктің шығып кетуі, жарақат айналасының инфекциясы;

3) Операциядан кейінгі кеш асқынулар: қан кету, өңеш-кеңірдек жыланкөзі, ларинго-трахеалды тарылу, кеңірдек саңылауында гранулемалардың өсуі, кеңірдек-тері жыланкөзі, мойын аймағындағы үлкен көлемдегі гипертрофиялық тыртық.

Жоғарғы тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтірудің белгілі тәсілдерімен (кеңірдектің интубациясы, коникотомия, трахеостомия) қатар, бітелген аймақтың төменгі жерінен, кеңірдекті тесу қолданыла бастады (Цыбуляк Г.Н., 1980; Коляцкая О. және басқа да авторлар, 1981; Лапшин В.Н. және басқа да авторлар, 1985).

Бұл әдісті жүзеге асыру үшін, конико- немесе трахеоцентезге арналған әртүрлі құралдар ұсынылды, бірақ бұл әдістер жетілдірілмегендіктен, үлкен қолданысқа ие бола алған жоқ.

Созылмалы ларингит барлық ЛОР - мүшелер патологиясының 8,4% құрайды. Көмейдегі патологиялық процестің пайда болуына көптеген факторлар әсер етеді: қайталамалы жедел ларингиттер, ұзақ уақыт сөйлеу және дауыс қатпарына шамадан тыс күш түсіру, шылым шегу, алкоголь сусындарын ішу, әртүрлі кәсіби зияндылықтар, көбіне шаң және газбен дем алу жатады. Жоғарғы тыныс алу жолдарының қабыну процестері (синусит, созылмалы ринит, мұрын пердесінің қисаюы, тонзиллит, фарингит) көмейдің созылмалы қабынуына себеп бола алады. Бейімдеуші факторларға жүрек және өкпе аурулары кіреді, олар жоғарғы тыныс жолдарында іркіліс тудырады. Сонымен қатар ағзаның аллергиялық жағдайы маңызды рөл атқарады. Созылмалы атрофиялық ларингитпен ауыратын науқастарда асқазан-ішек жолының, жүрек-тамыр жүйесінің, бронхтың созылмалы аурулары, созылмалы нефрит, эндокринді аурулар жиі кездеседі. Көмірсутекті алмасудың бұзылуы, созылмалы атрофиялық ларингиттің пайда болуына және дамуына бейімдеуші фактор болып табылады.

Клиникалық тұрғыдан созылмалы ларингитте дауыстың қарлығы, тамақтың жыбырлауы, жұтқыншақта бөгде дененің сезілуі, жөтел және тұншығу пайда болады. Аталған белгілер процестің ұзақтығына және орналасуына байланысты. Созылмалы ларингиттің ең басты белгісі – дисфония, яғни дауыстың өзгеруі болады. Диагнозды ларингоскопия кезінде қояды, стробоскопия және микроларингоскопияны пайдаланады. Созылмалы ларингитте ажырату диагнозын жүргізу керек.

Созылмалы ларингитте өзгеріс алдымен дауыс қатпары мен ожау тәрізді шеміршектің арасында дамиды. Созылмалы ларингит 3 түрге бөлінеді: 1. катаралды, 2. гиперпластикалық, 3. атрофиялық.

Созылмалы катаралды ларингитте шырышты қабығының қызаруы, қалыңдауы байқалады, дауыс байламалары бір-бірімен толық беттеспейді және беткейінде жабысқақ кілегей орналасады.

Созылмалы гиперпластикалық ларингитте эпителиалды жамылғысы мен шырыш асты тінінде гиперплазия байқалады. Көп қабатты жазық эпителийдің гиперплазиясы мен беткей қабаттың мүйізгектенуі, пахидермия, лейкоплакия және кератоздың дамуына алып келеді. Пахидермия кезінде жамылғы эпителийдің қалың папиллярлы және тұтасқан гиперплазиясы түзіледі. Сонымен бірге дәнекер тіннің ісінуі, реактивті пролиферация мен қатаюы қосылады. Лейкоплакияға жазық және бүртікті қабаттың гиперплазиясымен, олардың қабаттар санының көбеюі тән. Негізінен базалды және

бұдырлы қабаттарындағы клеткалардың саны өседі. Гиперкератозда түйіршікті және мүйізді қабаты өзгереді, олар тез қалыңдап оншақты клеткалық қабатқа көбейеді.

Созылмалы гипертрофикалық ларингит екі түрге бөлінеді: диффузды және шектелген. Созылмалы гипертрофикалық ларингиттің барлық түрлерінің негізгі тұрақты белгісі, дауыстың қарлығуы болып саналады. Дауыстың қарлығуынан және жойылуы (афониясы) көмейдің пахидермиясында байқалады, әсіресе ожау тәрізді аймақта орналасса, осыдан дауыс қатпарлары толық беттеспей және беткейінде жабысқақ кілегейдің болуынан, науқастың даусы шықпайды. Созылмалы гипертрофикалық ларингиттің диффузды түрінде көмейдің шырышты қабығының қалыңдауы және өршу кезеңінде гиперемиясы анықталады. Кіреберіс қатпарының гипертрофиясында олардың біреуі немесе екеуінің де көлемі ұлғайып, жартылай немесе толықтай дауыс қатпарларын жауып тұрады. Кейде осындай науқастар кіреберіс қатпар арқылы дауыс шығарады.

Созылмалы шектелген гипертрофикалық ларингит көмейдің белгілі бір бөліктерінде орналасуымен ерекшеленеді. Дауыс қатпарының алдыңғы, ортаңғы үштен бірі бөлігінде симметриялы орналасады клиника бойынша төмпешік түзіледі, атауы әншілер түйіні, ал балаларда- жылауық балалар түйіні деп аталады. Пахидермия, лейкоплакия және кератоз әдетте ожау тәріздес шеміршектің дауыс өсінділерінің айналасында және ожау тәрізді шеміршек аралығы кеңістікте қалыптасады. Көмейдің қарыншасының шырышты қабығының гиперплазиясында, ол қалыңдап дауыс қатпарын көрсетпейді. Өте сирек кездесетін дауыс қатпарының ісікті гипертрофиясы - Рейнк - Гайек ларингиті, онда дауыс қатпарларының алдыңғы 2/3 бөлігінде полипке ұқсас, ісікті домбығу пайда болады, тыныс алғанда және фонацияда кезінде желкен тәрізді қозғалып тұрады.

Созылмалы атрофиялық ларингитте көмейдің шырышты қабығы, шырыш бездерінің қызметінің жойылуынан құрғап, жіңішкереді. Шырыш және шырыш асты тіндерде ұсақ клеткалы инфильтрация байқалады. Үдерістің жетілуіне байланысты дәнекер тін жуандап, бездер жойылып, кейбір қан тамырларының саңылауы бітеледі. Қалдық бездер қою кілегей бөледі, ол кеуіп, қабыршақ түзейді. Клиникалық көрінісі үрдістің таралуына байланысты. Науқастардың шағымы: тамақтың құрғауына, жыбырлауына, бөгде заттың сезілуі және қақырығы қиын бөлінетін жөтел мазалайды. Дауысы өзгеріп

отырады, таңертең даусы қарлыққан, қақырық түскен соң дауысы жақсарады. Көмейдің саңылауына қабыршақтың жиналуынан тыныс алуы қиындайды. Ларингоскопия кезінде, көмейдің шырышты қабығы жұқарғанын, құрғағанын, одан басқа қоймалжың қақырық пен қабыршақтарда анықталады.

Көмей ауруының диагностикасында микроларингоскопия негізгі әдіс болып саналады. Ол қатерлі емес немесе ісікке қаупі бар өзгерістерді ажыратады және биопсия жасауға мүмкіндік жасайды. Микроларингоскопияны диагностикалық және емдік мақсатта қолдануға болады. Оның екі түрі болады: тікелей және тікелей емес.

Емі: созылмалы ларингит, соның ішінде гипертрофикалық ларингит, ағымы өте ұзақ, емдеу нәтижесінің төмендігі, кейде қосымша дискератоздың болуынан қатерлі түзіліс қалыптасады, сондықтан да бұл ауруды емдеу өзекті мәселенің бірі болып есептеледі.

Созылмалы ларингитпен ауыратын науқасқа міндетті түрде шылымды шегуді тоқтату, спирттік ішімдіктерін ішпеу, дауысқа күш түсірмеу кеңесі беріледі. Сонымен қатар мұрын және жұтқыншақ ауруларын емдеу керек, себебі ауызбен дем алу көмейге зиянды әсер етеді.

Созылмалы қатаралды ларингитті емдеу жеңіл. Сілтілі және майлы ингаляция қолданылады.

Созылмалы гипертрофикалық ларингиттің емдеу процестің ерекшелігіне, оның ұзақтығына және микроларингоскопиялық көрініске байланысты. Көмейге қабынуға қарсы дәрі-дәрмектер құяды: 10% иманин ерітіндісі; изотониялық натрий хлорид ерітіндісіне езілген химотрипсин; гидрокортизон; каланхоэ шырыны. Тұтқыр дәрі-дәрмектер қолданады: 3% колларгол ерітіндісі, танниннің сулы-глицеринді ерітіндісі. Осы ларингиттің түрінде хирургиялық емдеу кеңінен қолданылады. Операциялық микроскоп арқылы гиперплазияланған эпителийді, пахидермия, лейкоплакияны көмейдің шырышты қабығының полипозды өзгерген жерін сылып алады. Оларды алып тастау, қатерлі ісіктің алдын алу болып табылады.

Атрофиялық ларингитте сілті-калий немесе күкіртті сутегі ингаляциясы қолданылады. Көмейде қоюмалжың және құрғақ қабыршақтарының бөлінуі үшін, химотрипсинмен аэрозольтерапия жасауға болады.

Созылмалы гиперпластикалық ларингит, көмейдің шырышты қабығының дискератозы қатерлі топтар қатарына жатады, сондықтанда бұндай науқастарды диспансерлік бақылауға алған жөн.

Ларингит ауруларының алдын алу шаралары: денені шынықтыру, уақытылы мұрын, мұрын қосалқы қуыстарының, жұтқыншақ ауруларын емдеу және зиянды әдеттерден аулақ болу.

Әдебиеттер:

1. Бабияк В.И. Оториноларингология. Руководство. Том 2/ В.И. Бабияк, М.И. Говорун, Я.А. Накатис.- М.: 2019.- 832 с.
2. Гюсан А.О. Избранные клинические лекции по оториноларингологии / А.О.Гюсан. М.: Медицинская книга, 2014. - 264 с
3. Карпищенко С. А. Трахеостома /С.А. Карпищенко, М.А. Рябова, А.А. Зубарева, М.Ю. Улупов, О.И. Долгов. - СПб.: Эскулап,.2020. - 46 с.
4. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов. - 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа,.2022. - 592 с.
5. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. СПб. 2001. – 472 с.
6. Солдатский Ю. Л. Острый стеноз гортани. Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.) 2013; 2:36–38
7. Студеникин М. Я., Корюкина И. П., Каплин В. Н. Клиника, диагностика, лечение и профилактика острых рецидивирующих стенозов верхних дыхательных путей у детей. – Пермь. 2001. - 256 с.
8. Тимошенко П. А. Оториноларингология: учебное пособие / П. А. Тимошенко., В. С. Куницкий, Н. Ч. Буцель [и др.] ; под общ. ред. П. А. Тимошенко. Минск. : Вышэйшая школа. - 2014. - 432 с.
9. Фейгина, Л.Н. Продленные кислородно-лекарственная аэрозоль и парокислородная терапии (техника выполнения, эффективность, показания) / Л.Н. Фейгина, Г.А. Фейгин // Вестник КРСУ. – 2018. – Т.18, №2. – С. 94-98..
10. Фейгин, Г.А. К вопросу о трахеостомии / Г.А. Фейгин и др. // Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. – 2019. - №2. – С. 33-35

Бақылау сұрақтары:

1. Көмейдің топографиясы.
2. Көмейдің қабаттары (этаждары).
3. Көмейдің иннервациясы немесе лимфа дренажының ерекшеліктері және олардың клиникалық маңызы.
4. Көмейдің қызметі.
5. Дауысты шығару теориясы.
6. Көмей ауруларының себептері.
7. Жедел ларингит. Емдеу қағидалары.
8. Созылмалы ларингит. Жіктемесі. Диагностика. Емі.
9. ЖСЛТБ этиологиясы мен патогенезі.
10. ЖСЛТБ клиникасы. Жіктемесі.
11. ЖСЛТБ емдеу.
12. Көмейдің тарылуы. Тарылудың жіктелуі.
13. Көмей тарылуының дәрежелері.
14. Көмей тарылуын емдеу қағидалары.
15. Трахеостомия. Операцияға көрсеткіштер.
16. Трахеостомияның түрлері. Трахеостомияның техникасы.
17. Трахеостомия кезіндегі асқынулар.

Дәріс 7.

Есту және вестибуляр талдағышы. Сыртқы, ортаңғы және ішкі құлақтың клиникалық анатомиясы

*Қандай ғылым болса да, ол –
адам санасына дербес, ерекше
мәндерді ұғыну арқылы ұялайды.*
Әл-Фараби

Мақсаты. Құлақтың құрылымына мен қызметінің клиникалық ерекшеліктеріне түсінік. Есту және вестибуляр қызметінің заманауи зерттеу әдістері.

Тезісі:

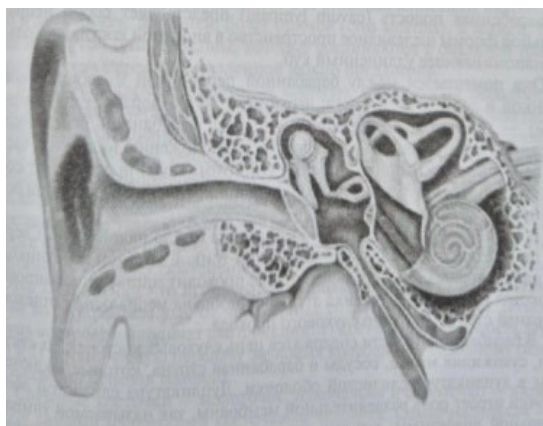
1. Сыртқы және ортаңғы құлақтың клиникалық анатомиясы.
2. Дабыл қуысының құрылымы.
3. Есту түтігінің құрылымы мен қызметі.
4. Спиралды мүшенің құрылысы, есту талдағышының өткізгіш жолдары мен орталығы.
5. Дыбысты өткізу және дыбысты қабылдау. Есту теориясы.
6. Естудің зерттеу әдістері.
7. Вестибуляр талдағышының физиологиясы.

Көрнекі құралдар: презентация, кестелер, камертондар, аудиограммалар

Құлақтың клиникалық анатомиясы. Құлақ үш бөліктен тұрады: сыртқы, ортаңғы және ішкі. Ішкі құлақ – лабиринт: ұлу, кіреберіс, жартылай шеңберлі өзектер жүйесінен құралған. Сыртқы, ортаңғы құлақ және ұлу тек рецепторлық (кортиев ағзасы) қызмет атқармайды, сондай-ақ ол дыбыс тербелістерін жеткізетін күрделі дыбыс өткізгіш жүйесі бар есту мүшесі. Ішкі құлақтағы кіреберіс және жартылай шеңбер каналдар тепе-теңдікті сақтау қызметін атқарады. Оның негізгі тітіркендіргіштігі-эндолимфатикалық сұйықтықтың бір түзуліктегі және бұрыштық үдеуі.

Сыртқы құлақ, *auris externa*, екі бөліктен тұрады: құлақ қалқанынан және сыртқы есту жолынан.

Құлақ қалқанының, *auricula*, негізін құрайтын эластикалық (серпімді) шеміршек, *cartilago auriculae*, беткейі күрделі, сырты терімен жабылған. Төменгі үштен бір бөлігінде шеміршек болмайды, құрамы майлы тіннен тұрады, құлақтың бір бөлігін, *lobulus auriculae*, (сырғалықты) құрайды.



25-сурет. Құлақтың анатомиялық құрылымы

Құлақ қалқанының шеміршегі қабынған (перихондрит) кезде, қабыну сырғалыққа таралмайды.

Құлақ қалқанының жиегі көмкеріліп, иірім, *helix*, түзейді. Сыртқы есту жолының үстіңгі жағында орналасқан иірімнің адыңғы бөлігін, иірімнің аяқшасы, *crus helix*, деп атайды. Құлақ қалқанының ойыс жағында иірімге қатарлас орналасқан екінші шығыңқы түзіліс - қарсы иірім (*antehelix*). Жоғарғы жағында қарсы иірім, екі аяқшаға - *crura antehelices*-ке бөлінеді, оның ішінде үшбұрышты шұңқыр, *fossa triangularis*, орналасқан. Иірім және қарсы иірім аралықтары жүлгемен (қайқы), *scapha*, оқшауланған. Қарсы иірімнің алдыңғы жағында тереңдеу шұңқыр құлақ ойысы (раковина), *concha auriculae*, иірімнің аяқшасы жоғарғы бөлікке бөледі, ол ойықтың қайықшасы, *cupba conchae*, төменгі қуыс, *sacum conchae*. Осы қуыстың төменгі жағынан сыртқы есту жолы ашылады, оның алдыңғы жағының кіреберісінде шығыңқы төмпешік-құлақ түйіні, *tragus*, орналасқан. Оған қарама-қарсы иірімнің төменгі аяқшасында, қарсы түйін, *antitragus*, орналасқан. Екі түйіннің аралығында тілік, *incisura intertragica*, бар.

Құлақ бұлшықеттері: алдыңғы, жоғарғы және төменгі. Адамдарда құлақтың бұлшықеттері әлсіз жетілген, сондықтан олардың қозғалысы шектеулі.

Сыртқы есту жолы, *meatus acusticus externus* (25-сурет), құлақ ойысының төменгі жағынан басталады, сыртқы бөлігі шеміршекті-жарғақты бөліктен, *meatus acusticus externus cartilagineus*, және ішкісі сүйекті бөліктен, *meatus acusticus externus osseus*, тұрады. Оны ортаңғы құлақтан дабыл жарғағы бөліп тұрады.

Сыртқы есту жолының көлемі әртүрлі. Ересек адамда оның орташа ұзындығы 2,5 см, екі бөлігі бар: шеміршекті $1/3$ және сүйекті $2/3$. Пішіні эллипс тәрізді диаметрі 6-9 мм. Оның диаметрі шеміршекті және сүйекті бөлігінің қосылған жеріне дейін бірте-бірте кішірейіп, мойынша түзейді, содан кейін көлемі қайтадан ұлғаяды да, дабыл жарғағының аймағында қайтып тарылады.

Сыртқы есту жолының кіреберісі терімен қапталған, құрамында шаштардың қапшықтары, май бездері, май бездерінің өзгерген түрі құлық бездері бар. Сүйек бөлігінде бұл аталған анатомиялық түзілістер болмайды, сол себепті қабыну процесі жиі тек шеміршекті-жарғақты бөлігінде орналасады.

Шеміршекті-жарғақты бөлігі тығыз дәнекер тіннен құралған, ол эластикалық талшықтарға өте бай. Шеміршекті бөлігінің құрылымында тігінен санторин саңылаулары (*incisurae Santorini*) орналасқан, беткейі фиброзды тінмен жабылған. Есту жолының төменгі қабырғасы, санторин саңылауы арқылы құлақ маңы сілекей безімен шекаралас, осы анатомиялық ерекшелігіне байланысты, қабыну процесі сыртқы құлақтан шықшыт безіне немесе қабыну үрдісі керісінше алмасуы мүмкін. Сыртқы есту жолының сүйек бөлігінің ортасы тарылып (кішірейіп) - мойынша (*isthmus*) түзейді.

Сыртқы есту жолының сүйекті және шеміршекті бөлігінің шекаралас аймағы алға және төмен қарай бұрыш жасай орналасқан, сондықтан сыртқы есту жолының сүйекті бөлігін және дабыл жарғағын көру үшін, құлақ қалқанын ересектерде артқа және жоғары, ал балаларда артқа және төмен қарай қозғайды.

Есту жолының сүйек бөлігі самай сүйегінің тимпаналды бөлігінен құралған. Жоғарғы қабырғасы самай сүйегінің қабыршақты бөлігінің екі табақшасынан түзілген. Жоғарғы, қысқа табақшасы ортаңғы бассүйек шұңқырымен шекаралас, ал төменгісі есту жолымен шекаралас. Жоғарғы қабырғасындағы кариозды үрдіс бассүйек қуысына таралуы мүмкін. Бас сүйегінің негізі сынған кезде, сыртқы есту жолынан жұлын сұйықтығымен бірге, қан ағады. Артқы қабырғасы, емізікше өсіндінің алдыңғы қабырғасымен шектелген. Мастоидит кезінде сыртқы есту жолының сүйекті бөлігінің артқы және жоғарғы қабырғасы төмен қарай салбырайды, оны «ығысу» (Шварц) симптомы деп атайды. Алдыңғы қабырғасы шектелген, төменгі жақ сүйегінің буынымен, сол себепті сыртқы есту жолының қабынуы кезінде, ауырсыну сезімі шайнағанда, сөйлегенде үдей түседі.

Қанмен қамтамасыз етілуі. Құлақ қалқаны *a.auricularis posterior* және *a.temporalis superficialis* арқылы қамтамасыз етіледі. Бұл артериялардың айналасында майлы тіннің болмауынан, құлақ қалқанының жиі үсиді.

A.auricularis post., *a.temporalis superficialis* және *a.auricularis profunda* қан тамырлары тармақтары сыртқы есту жолы айналасында өрім түзеп, қанмен қамтамасыз етеді. Шеміршектің бойында өзіндік тамырлары болмайды, шеміршек тысынан және қалыптасқан өрім арқылы алынған қанмен қоректенеді. *A. auricularis profunda* дабыл жарғағы маңындағы қан тамыры өрімін түзейді. Барлық қан тамыр өрімдері бір-бірімен сыртқы есту жолының қабырғалары бойымен өтетін тамырлар арқылы байланысады. Осы бірлескен қан тамырлары шоғыры, сыртқы есту жолындағы температураның бір қалыптылығын - 37,0° С сақтайды.

Вена ағымы *v. auricularis ant.*, *v. temporalis superficialis*, *v. auricularis post.*, *v. jugularis externa* немесе *v. retromandibularis* бойымен жүреді.

Сыртқы құлақтан шыққан лимфа *nodi lymphatici mastoidei*, *nodi lymphatici parotidei* және *nodi lymphatici cervicales profundi*-ге құяды.

Иннервация. Құлақ қалқаны *n. auriculotemporalis* арқылы жүйкелендіреді, ол *n.maxillaris (n.trigeminus III тармағы)* және *n.auricularis magnus plexus cervicalis*-тен тарайды.

Сыртқы есту жолының алдыңғы және жоғарғы қабырғаларында *n.meatus acustici externi n.auriculotemporalis*-ке тармақтанады. Сыртқы есту жолының артқы және төменгі қабырғалары *r. auricularis n.vagi* (Арнольд жүйкесі) арқылы жүйкеленеді, сондықтан құлақ құйғының (воронкасын) сыртқы есту жолына енгізгенде, оның ішін тазартқанда, кейбір адамдарда рефлекторлы жөтел пайда болады, ал құлақты жуған кезде естен тану жағдайы болуы мүмкін. Бұл тармақтың құрамында сыртқы есту жолындағы церумозды (құлық) бездеріне баратын сезімтал, парасимпатикалық және симпатикалық талшықтар бар. Сыртқы құлақ бұлшықеттері бет жүйкесінің тармақтарымен жүйкелендіреді.

Ортаңғы құлақ, *auris media*, үш бөліктен тұрады: дабыл қуысы, емізікше өсінді және есту түтігінен. Дабыл қуысы сыртқы есту жолынан дабыл жарғағы арқылы бөлінген. Оның ішінде дыбыс тербелісін лабиринтке жеткізетін есту сүйекшелері және оларды қозғалысқа келтіретін бұлшықеттер орналасқан. Дабыл қуысы артқы жағында үңгірге (антрумға) ашылады – антрум айналасында ауалық ұсақ жасушаларымен байланысқан. Ортаңғы құлақтың дабыл

қуысының жабық ауалық жүйесі, мұрын-жұтқыншақтан ашылатын есту түтігі арқылы желдетіледі.

Дабыл жарғағы, membrana tympani, сыртқы құлақты ортаңғы құлақтан бөледі. Бұл диаметрі 9-11 мм және қалыңдығы 0,1 мм болатын дөңгелек пішінді фиброзды талшықтан тұратын табақша. Оның жиегінің 3/4 бөлігінде талшықты-шеміршекті, annulus fibrocartilagineus немесе annulus tympanicus, сақинасымен самай сүйегінің тимпаналды бөлігінің, дабыл ойығына, sulcus tympanicus, бекіген. Дабыл жарғағының жоғарғы бөлігінде фиброзды сақина жоқ, самай сүйегінің дабыл ойығындағы incisura tympanica (Rivini) қабыршақты бөлігіне бекиді. Дабыл жарғағының жиегінің көп бөлігін, anulus tympanicus қоршайды, оның ортасында керілген бөлігі, pars tensa, ал жоғарғы бөлігі, дабыл ойығына бекиді, anulus tympanicus жоқ, ол керілмеген (босаңқы) бөлігі, pars flaccida немесе шрапнел жарғақшасы, membrana shrapnelli.

Ересек адамдарда дабыл жарғағы есту жолы осіне қиғаш көлденең жазықтықта 45⁰ бұрыш жасай орналасады. Орталық бөлігі дабыл қуысының ішіне қарай 2 мм ығысқан. бұл ойыс жері кіндік, umbo membranae tympani деген атауға ие. Отоскопияда: жарық шоғыры түскен кезде кіндіктің алдыңғы және төменгі жағынан конус тәрізді түзіліс көрінеді. Оны жарық конусы немесе жарық рефлексі деп атайды. Оның кішіреюі, орнынан ығысуы немесе жойылуы, дабыл жарғағының керілуі (тартылуы), томпаюы, тыртықты өзгерістер қабыну процесінен маңызды мәлімет береді.

Дабыл жарғағы үш қабаттан тұрады. Фиброзды қабаттың сыртқы жағында радиалды, ішкі беткейінде циркулярлы талшықтар орналасқан. Шеткі жағындағы циркулярлы талшықтар дабыл ойығындағы, sulcus tympanicus, талшықты-шеміршекті сақинаға, annulus tympanicus, енеді. Радиалды дәнекер тін талшықтары балғашықтың сабына бекиді. Дабыл жарғағының керілмеген бөлігінде фиброзды қабаты болмайды. Дабыл жарғағының сыртқы қабаты эпидермиспен жабылған, ол сыртқы есту жолы терісінің жалғасы болып саналады, ішкі қабаты жазық эпителийі бар шырышты қабықпен қапталған. Дабыл жарғағындағы өзгерістерді сипаттау үшін, оны шартты түрде беткейін төрт квадрантқа бөледі. Бір сызықты балғашық сабының бойымен, екіншісін осыған перпендикулярлы кіндік арқылы жүргізеді. Квадранттардың орналасуына қарай атайды: алдыңғы-жоғарғы, алдыңғы-төменгі, артқы-жоғарғы, артқы-төменгі.

Дабыл қуысы, *cavum tympani* – дабыл жарғағы, сыртқы есту жолы және лабиринт аралығында орналасқан кеңістік, көлемі 1 см³. Оның ішінде қозғалмалы есту сүйекшелер тізбегі орналасқан, олар: балғашық, төстік, үзеңгі және оның байламдары. Дабыл қуысының қабырғалары, бұлшықеттері, байламдары жазық эпителийі бар шырышты қабықпен жабылған. Дабыл қуысының ішкі және бүйір қабырғааралығындағы қашықтық алдыңғы-төменгі бөлігінде шамамен 3 мм, артқы аймағында 5,5-6,5 мм-ге дейін жетеді. Мұның үлкен тәжірибелік маңызы бар, себебі парацентез жасағанда лабиринт қабырғасын зақымдап алмас үшін, тілікті дабыл жарғағының артқы-төменгі квадрантынан жүргізу керек. Дабыл қуысының алты қабырғасы бар: алдыңғы, артқы, жоғарғы, төменгі, сыртқы, ішкі

Дабыл қуысының сыртқы қабырғасы дабыл жарғағымен, *paries membranaceus*, шектелген, оның айналасын сыртқы есту жолының сүйекті бөлігі қоршай орналасқан.

Дабыл қуысының ішінде әртүрлі қатпарлар мен қалталар орналасқан. Дабыл жарғағының керілмеген бөлігі мен балғашықтың мойын аралығында жоғарғы қалта, *recessus membranae tympani superior* немесе Пруссак кеңістігі бар. Пруссак кеңістігінен сыртқа және төмен қарай дабыл жарғағының алдыңғы, артқы ойықтары (Трельч қалтасы) орналасқан. Алдыңғы ойық, *recessus membranae tympani anterior*, дабыл жарғағы мен балғашықтың алдыңғы қатпарының арасындағы кеңістік. Артқы ойық, *recessus membranae tympani posterior*, дабыл жарғағы мен артқы балғашық қатпар арасындағы кеңістік. Созылмалы эптитимпаниттің қайталануын болдырмау үшін, операция кезінде бұл кеңістіктерді міндетті түрде тексеру қажет.

Дабыл қуысының алдыңғы қабырғасы – тек қана күре тамырдың, *paries caroticus*, төменгі жартысымен шектелген. Оның жоғарғы жағынан есту түтігінің сағасы ашылады. Бұл аймақта кейде дигесценция болады, егер парацентез дұрыс жасалмаса ұйқы артериясы зақымдалуы мүмкін.

Дабыл қуысының төменгі қабырғасы – мойындырық, *paries jugularis*. Ортаңғы құлақ қуысының түбі дабыл жарғағының төменгі жиегінен 2,5-3 мм төмен орналасқан. Қабыну үрдісі кезінде экссудат, ортаңғы құлақ қуысының, *recessus hypotympanicus*, ойығында жиналып, диагноз қоюда қателік болуы мүмкін. Бұл ойыс ішкі мойындырық венасының буылтығымен, *bulbus venae jugularis internae* шектеледі. Кейде буылтығы дабыл қуыстың ішіне шығыңқы орналасып (дигесценция), парацентез кезінде зақымдалу қаупі бар.

Дабыл қуысының артқы қабырғасы емізікше өсіндімен шектелген, *paries mastoideus*, онда орналасқан пирамида тәрізді төмпешікке, *eminentia pyramidalis*, үзеңгі бұлшықеті, *m.stapedius* бекиді. Пирамида тәрізді төмпешік төменгі, сыртқы жағындағы саңылау арқылы дабыл ішегі, *chorda tympani*, өтіп дабыл қуысына енеді.

Дабыл қуысының артқы қабырғасының тереңінде пирамида тәрізді өсіндінің артында бет жүйкесінің *p.facialis* төменгі (құлдырау) бөлігі орналасқан. Артқы қабырғаның жоғарғы жағында үңгірге қарай жол, *aditus ad antrum*, ашылады.

Дабыл қуысының медиалды қабырғасы лабиринт, *paries labyrinthicus*, ортаңғы құлақты ішкі құлақтан шектейді.

Ішкі қабырғасы қалыптасқан ұлудың негізгі иірімімен, ол мүйіс деген атауға ие. Мүйістің беткейінде жүлгелер орналасқан, олар тереңдеп еніп, дабыл жүйке өріміне, *plexus tympanicus*, арналарды (түтікшелерді) қалыптастырады. Одан да басқа, жіңішке жүлгенің бойымен жоғарыдан төмен бағытта тіл-жұтқыншақ жүйкесінен (IX жұп) шығатын дабыл жүйкесі *p.tympanicus* (*Jacobsoni*) орналасқан.

Мүйістің артқы-төменгі аймағында дөңгелек терезе, *fenestra cochleae*, ал артқы-жоғарғы бөлігінде сопақша терезе, *fenestra vestibuli*, орналасқан. Сопақша терезенің ұзындығы 3 мм, ені 1,2 мм, оның беткейіне байлама арқылы үзеңгінің табаны бекіген. Сопақ терезенің үстінен бет жүйкесінен фаллопиев каналы өтеді, оның артқы-жоғарғы жағынан горизонталды жарты шеңбер каналының шығыңқы жері анықталады. Сопақша терезенің алдыңғы жағында дабыл жарғағын тартатын бұлшықетінің сіңірі, *m.tensoris tympani*, орналасады.

Жоғарғы қабырғасы –дабыл қуысының төбесі, *paries tegmentalis*, ортаңғы бас ми шұңқырымен шектелген. Бұл бір жасқа дейінгі балаларда самай сүйегінің тасты және қабыршақты бөлігі аралығында дигесценция, *fissura petrosquamosa*, бар, жедел ортаңғы отит кезінде оның токсиндері қатты ми қабығын тітіркендіріп милық симптомдар (менингизм) пайда болады.

Дабыл қуысы үш бөлікке бөлінеді:

1. Жоғарғы бөлігі, эптитимпанум, дабыл қуысының үстіңгі бөлігі немесе аттик, *atticus*, (шатыр - архитектура (сәулет) сөзінен алынған термин).
2. Ортаңғы бөлігі, *mesotympanum*, - дабыл қойнауы, *sinus tympanicus*, дабыл жарғағының керілген бөлігіне сәйкес келеді.
3. Төменгі бөлігі, *hypotympanum*, дабыл қуысының төменгі ойығы, *recessus hypotympanicus*, дабыл жарғағынан төмен орналасқан.

Аттиктегі балғашықтың басы мен төстіктің денесі байламдармен бекіген. Аттиктің алдыңғы жағының жоғарғы бөлігінде тасты-дабыл жігі, *fissura petrotympanica*, бар және дабыл шегі, *chorda tympani* өтеді. Аттиктің медиалды қабырғасында бет жүйкесінің өзегі және бүйір жарты шеңбер каналының шығыңқы жері орналасқан. Шырышты қабық есту сүйекшелерін мен байламдарды жауып, бір-бірімен байланысы бар қойнауларды қалыптастырады. Бұл аймақтағы қабыну үрдісі айқын морфологиялық өзгерістерді тудырып, сүйек кариесінің пайда болуына ықпал етеді. Көбінесе аттикпен қоса антрум зақымдалады, себебі *екеуі aditus ad antrum* арқылы байланысады.

Дабыл қуысының ортаңғы және төменгі бөлігінде екі қойнау орналасқан – дабыл және беттік. Дабыл қойнауы пирамидалды өсіндінің төменгі жағын мойындырық венаның буылтығы мен ұлу терезесі аймағын алып жатыр. Бет қойнауы медиалды жағынан бет жүйкесінің өзегімен, артқы жағынан пирамидалды өсіндімен және алдыңғы жағынан мүйіспен шекаралас.

Дабыл қуысының ішінде есту сүйекшелері, *ossicula auditus* және бұлшықеттер орналасқан.

Балғашықтың, *malleus*, сабы, дабыл жарғағына бекіген, ал мойны Пруссак кеңістігі арқылы жарғақтан оқшауланған, басы төстіктің денесімен жалғасып аттикте орналасқан. Алдыңғы өсінді, *processus anterior*, ол балғашықтың мойнындағы жіңішке шығыңқы үшкір төмпешік. Осы өсіндінің артқы жағында балғашықтың алдыңғы балғашық байламы, тасты-дабыл жігінің жиегіне бекиді. Дабыл тілігінде балғашық алдыңғы және артқы байламдарымен бекітілген. Осы байламдардың көмегімен өз осі бойынша айналады. Дабыл қуысының төбесіндегі балғашықтың жоғарғы байламы, балғашықтың басына бекиді. Балғашықтың бүйір байламы *incisura tympanica* мен балғашықтың мойны аралығында орналасқан. Төстік пен балғашықтың біріккен жері жұқа капсуламен жабылған, төстік-балғашық буынын құрайды.

Төстік, *incus*. Төстіктің денесі, дабыл үсті кеңістігінде орналасқан. Төстіктің қысқа өсіндісі, *crus breve*, сүйек ойығына, *fossa incudis* еніп, бүйір жарты шеңбер каналдың шығыңқы жерінен төмен орналасқан және *aditus ad antrum* қарай бағытталған. Төстіктің ұзын өсінді, *crus longum*, балғашық сабына қатарлас (параллелді) орналасқан. Оның төменгі бөлігі ішке қарай еніп, үзеңгінің басына бекиді. Төс-үзеңгі буыны ауқымды қозғалысқа ие. Төстіктің екі байламының артқысы қысқа өсіндіге, ал жоғарғысы төстіктің денесіне бекіген.

Үзеңгінің, *stapes*, анатомиялық түзілістері, олар: басы, *caput stapedis*, аяқшалары, *crura stapedis* және негізі, *basis stapedis*. Оның негізі шеміршектен тұрады, ол сақина тәрізді байлам арқылы сопақша терезеге бекиді. Сақиналы байлам екі қызмет атқарады: ол үзеңгінің табаны мен терезенің арасындағы жікті жабады және үзеңгінің бір қалыпты қозғалғыштығын қамтамасыз етеді.

Дабыл жарғағын тартатын бұлшықет, *m.tensor tympani*, есту түтігінің шеміршекті бөлігінен басталады. Бұл бұлшықеттің жартылай өзекшесі есту түтігінің сүйекті бөлігінің үстінде орналасқан, ол есту түтігінен өзінің жұқа пердесі арқылы шектелген. Жартылай өзекшеден шыққан соң *m.tensoris tympani* сіңірі дабыл қуысы арқылы өтіп, балғашықтың мойын аймағына жақындау балғашықтың сабына бекиді.

Үзеңгі бұлшықеті, *m.stapedius*, пирамидалды өсіндіден, *eminentia pyramidalis*, басталып, үзеңгі мойнына бекітіледі.

Дабыл қуысындағы морфологиялық түзілістер, дабыл жарғағының әртүрлі квадранттарымен сәйкес келеді, сондықтан бұл ерекшеліктерді отоскопия және манипуляция кезінде ескеру керек.

Алдыңғы-жоғарғы квадрант сәйкес келеді: есту түтігінің тесігінің жоғарғы бөлігіне, оған жақын дабыл қуысының лабиринт қабырғасының бір бөлігі, ұлу өсіндісі және оның артында бет жүйкесінің бөлігі орналасқан.

Алдыңғы-төменгі квадранты: есту түтігінің дабыл тесігінің төменгі сегментімен және мүйістің алдыңғы бөлігімен сәйкес келеді.

Артқы-жоғарғы квадранты сәйкес келеді: балғашықтың сабы, төстіктің ұзын өсіндісі, үзеңгі сопақша терезесімен, оның артында пирамидалды өсінді және үзеңгі бұлшықетінің сіңірі. Төстік пен үзеңгі буынының жоғарғы жағында дабыл ішегі орналасқан.

Артқы-төменгі квадранты дабыл қуысының төменгі жағында орналасқан дөңгелек терезеге сәйкес келеді. Дабыл жарғағына парацентез және тимпанопункция жасағанда ең қауіпсіз жері (орын), дөңгелек терезе мүйістің тығыз сүйегімен қоршалған.

Емізікше өсіндінің ауа жасушалары, *cellulae mastoideae*, баланың жетілуі кезінде бірте-бірте қалыптасады. Жаңа туылған нәрестеде емізікше өсінді қалыптаспаған, дабыл сақинасының емізікше сегментінде ішінде тек үңгір, *antrum*, орналасқан, ол үңгірге кіреберіс, *aditus ad antrum*, жолымен дабыл қуысының артқы-жоғарғы қабырғасымен шекаралас. Оның көлемі 1 см³. Жаңа туған балаларда антрум самай сызығынан, *linea temporalis*-дан, жоғары қыртыс қабатының астында 2-4 мм тереңдікте орналасады. Мойын

бұлшықеттерінің емізікше сегментін төмен қарай тартуына байланысты, 1 жасқа жақын емізікше өсінді жаймен қалыптаса бастайды. Антрум самай сызығынан төмен қарай ығысып, өсінді аймағының, *planum mastoideum*, 1,5-2 см тереңдігінде орналасады, одан ұсақ ауалық жасушалары түзіледі. Пневматизация 5-7 жаста аяқталады. Емізікше өсінділердің түрлері: пневматикалық, диплоэтикалық, аралас және склеротикалық (патологиялық). Пневматизация айқын жетілген болса, онда мынадай топқа бөлінеді: периантралды, апикалды, перисинозды, перилабиринтті, перифациалды, бұрыштық, беттік және т.б.

Емізікше өсіндінің ішкі қабырғасы артқы ми ойығында орналасқан сигма тәрізді синуспен, *sinus sigmoideus*, шектелген. Ол көлденең синустың, *sinus transversus*, жалғасы боп саналады. Сигма тәрізді синус емізікше бөлігінен шыққаннан кейін, дабыл қуысының түбінде кеңейіп, мойындырық венасының буылтығын құрайды. Синусты (есту жолына жақын орналасуы) немесе латеропозициялы (беткейлік орналасуы) орналасу ерекшелігі, құлақтың радикалды операцияның антротомия кезінде, жарақаттап алу қаупін тудырады.

Есту түтігі, *tuba auditiva*, (Евстахий түтігі) дабыл қуысын мұрын-жұтқыншақпен байланыстырады. Дабыл тесігі, *ostium tympanicum tubae auditivae*, диаметрі 4-5 мм, дабыл қуысының алдыңғы-жоғарғы қабырғасынан ашылады. Есту түтігінің жұтқыншақ сағасы, *ostium pharyngeum tubae auditivae*, пішіні сопақша, диаметрі 9 мм, төменгі мұрын кеуілжірінің артқы бөлігіне сәйкес, мұрын-жұтқыншақтың бүйір қабырғасында орналасқан және оның артқы-жоғары бөлігінде төмпешік, *torus tubarius*, бар. Есту түтігінің жұтқыншақ саңылауы аймағында лимфoidты тіндердің жинағы айқындалады, оны түтік бадамшабезі, *tonsilla tubaria*, деп атайды.

Ересек адамдарда дабыл саңылауы, жұтқыншақ тесігімен салыстырғанда 2 см жоғары орналасқан, соның нәтижесінде есту түтігі бағытталған төмен, ішке және жұтқыншаққа қарай. Түтіктің ұзындығы 3,5 см балаларда үлкендерге қарағанда кең, түзу, қысқа және көлденең орналасқан.

Есту түтігінің дабыл бөлігі 1/3 сүйектен тұрады, ал жұтқыншақ бөлігі жарғақты-шөміршектен қалыптасқан. Шөміршек жүлге тәрізді, ол төменгі жағында қозғалмалы дәнекер тінді мембранаға тығыз жармасқан. Түтіктің шөміршекті-жарғақты бөлігі жабық қалыпта болады. Сүйекті, шөміршектік бөлігінің аралығындағы мойыншаның диаметрі 2-3 мм.

Жұтыну, шайнау және есінеу кезінде *m.tensoris veli palatini* және жұмсақ таңдайды, *m.levator veli palatini* көтеретін бұлшықеттердің жиырылуынан есту түтігі өздігінен ашылады. Бұлшықеттер есту түтігінің жарғақты-шеміршекті бөлігінің бүйір қабырғасындағы дәнекер тінді қабықшаға бекиді. Түтіктің жұтқыншақ тесігі аймағындағы түтікті - жұтқыншақ бұлшықеті, *m.salpingopharyngeus*, түтіктің саңылауын ашуға қатысады. Түтіктің өткізгіш қызметінің бұзылуы, оның басты патологиялық өзгерістеріне себепкер.

Есту түтігінің беткейі шырышты кірпікше эпителиймен жабылған және құрамында көптеген шырыш бездері бар.

Кірпікшелердің қозғалысы мұрын-жұтқыншаққа қарай бағытталған, негізінен қорғаныс қызметін атқарады. Дегенмен, Евстахий түтігі құлаққа инфекциясының енуіне басты себепші.

Қанмен қамтамасыз етілуі. Ортаңғы құлақты қанмен қамтамасыз етілуі сыртқы және ішінара ішкі ұйқы артериясы арқылы жүзеге асады.

Сыртқы ұйқы артериясының тармақтары: *a.stylomastoidea*, *a.tympanica anterior* *a.maxillaris*-дің тармақтары, *a.tympanica inferior* *a.pharyngea ascendens*, *ramus petrosus* және *a.tympanica superior* – *a.maxillaris*, *a.meningeae mediae*, *a.caroticotympanicae* ішкі ұйқы артериясынан таралады.

Веналық ағым *plexus pterigoideus*, *sinus petrosus superior*, *v.meningea media*, *bulbus v.jugularis* және *plexus caroticus* арқылы шығады.

Лимфа ағымы *nodi lymphatici retropharyngeales*, *nodi lymphatici parotidei* және *nodi lymphatici cervicales profundi*-де арқылы байланысады.

Ортаңғы құлақтың иннервациясы. Дабыл қуысының шырышты қабатынан, есту түтігіне және емізікшенің үңгіріне дейін дабыл өрімі, *plexus tympanicus* орналасқан. Бұл өрімнің құрамында дабыл жүйкесінің *n.tympanicus*, сезімтал тармақтары, - тіл-жұтқыншақтың, *n.glossopharyngeus* (IX жұп), жүйке тармағы және вегетативті (секреторлы) талшықтар орналасқан. Соңғысы кіші тасты жүйке, *n.petrosus minor*, дабыл қуысынан саңылау арқылы шығады. Олар құлақ түйінінде, *ganglion oticum*-да тұйықталып, құлақ маңы сілекей безін жүйкелендіреді. Дабыл өрімінің қалыптасуына ішкі ұйқы артериясының симпатикалық өрімінен шығатын ұйқы - дабыл жүйкелері де *n.n.caroticotympani* қатысады, *M. tensor tympani* үшкіл жүйкенің үшінші тармағынан (V жұп) шыққан аттас жүйкемен

жүйкелендіреді. Үзеңгі бұлшықеті иннервацияны бет жүйкесінен (VII жұп) алады.

Бет жүйкесі, n. facialis, (VII жұп) самай сүйегіндегі күрделі жол торабы арқылы үзеңгі және бет бұлшықеттерін қимылдатқыш иннервациямен қамтамасыз етеді. Онымен қосарлана самай сүйегінде тілдің алдыңғы 2/3 бөлігінің дәм сезгіштігін қамтамасыз ететін аралық жүйке, n. intermedius (XIII жұп) өтеді. Көпір-мишық бұрышынан шығып жүйкелер, vestibulocochlearis (VIII жұп), ішкі есту жолының төменгі жағымен бірге енеді. Әрі қарай 3 мм олар лабиринттің жанындағы (лабиринтті бөлігіне) самай сүйегінің тасты бөлігіне бағытталады. Мұнда бет жүйкесінің секреторлық бөлігінен, үлкен тасты жүйкесі, n. petrosus major, шығып, көз жасы безін, сонымен қатар мұрын қуысының шырышты бездерін жүйкелендіреді. Дабыл қуысына енгенде аралық жүйкенің дәм сезу талшықтарынан құралған имек түйін, ganglion geniculi, түзіледі. Лабиринтті бөлігінен дабыл қуысына өткен сегментін, бет жүйкесінің бірінші иіндігі деп аталады. Дабыл қуысында (дабыл сегменті) 10-11 мм бет жүйкесі аралық жүйкемен бірге қабырғасы жұқа сүйекті фаллопиев өзегінде, көлденеңінен дабыл қуысының медиалды қабырғасы бойымен алдан артқа қарай бағытталады, пирамидалды өсіндінің тұсында төмендеп, дабыл қуысының артқы қабырғасына өтеді. Жүйкенің екінші иіндігі үңгірдің кіреберісінің төменгі медиалды қабырғасында орналасқан. Осы орналасу ерекшелігіне байланысты, операция кезінде жарақаттануы мүмкін. Өзектің төменгі иіндігінің пирамидалды өсіндіден біз-емізкіше тесікке, foramen stylomastoideum (емізкіше сегменті) дейінгі аралығының ұзындығы 12-13,5 мм. Бет жүйкесінен n. stapedius пирамидалды өсінді аймағынан бөлініп, үзеңгі бұлшықетке барады, ал одан сәл төмен дабыл қуысына дабыл шегі, n. chorda tympani, шығады. N. chorda tympani-нің құрамында жақ асты және тіл асты сілекей бездері үшін бет жүйкесінің аралық жүйке және секреторлық парасимпатикалық талшықтары орналасқан. Бет жүйкесі біз-емізкіше тесігінен шыққан соң, «қаздың табаны сияқтанып», pes anserinos, тармақтарға бөлініп, бет бұлшықеттерін жүйкелендіреді.

Бет және аралық жүйкелерінің тармақтарының топографиясын білу, олардың зақымдалу деңгейін анықтауға мүмкіндік тудырады. Бет жүйкесінің перифериялық салдануы, оның патологиясы дабыл шегінен (I) төмен деңгейде орналасқанда айқындалады, дабыл шегі (II) зақымдалса, тілдің алдыңғы 2/3 бөлігінде дәм сезінуі бұзылып, сілекейдің бөлінуі азаяды. Пирамидалды өсіндінің үстіндегі бет

жүйкесінің зақымдануында (III) естудің гиперестезия - гипер акузияны белгілері байқалады. Лабиринттік аймақтың зақымдануы (IV) қосымша көздің құрғауы қосылады.

Ішкі есту жолындағы (V) VIII жұп ми жүйкесінің невриномамен қысылуында, осы белгілермен қатар науқас естудің төмендеуіне және вестибулярлық бұзылыстарға шағымданады, алайда гипер акузия анықталмайды.

Бет бұлшықеттерінің орталық ядро үсті парезінің (шала салдану), перифериялық парезден айырмашылығы, барлық бет бұлшықеттер зақымдалмайды. Бет жүйкесінің қозғалтқыш ядроларының жоғарғы бөлігі екі жақты қыртысты иннервацияланады, ал төменгілері тек қарсы жақтағы мидың жарты сыңарымен байланысы болғандықтан, беттің жоғарғы бұлшықеттері (*m. frontalis*, *m. orbicularis oculi* et *m. corrugator supercilii*) зақымдалмайды. Орталық параличте беттің төменгі бұлшықеттері зақымдалады, ал жоғарғы бұлшықеттердің қызметінің қалыптылығы сақталады.

ІШКІ ҚҰЛАҚ

Ішкі құлақ, *auris interna*, немесе лабиринт, *labyrinthus*, самай сүйегінің тасты бөлігінің тереңінде орналасқан, ол өзара тығыз байланысқан қуыстар мен өзектерден құралған. Сүйекті лабиринт немесе лабиринттік капсула, оның ішінде дәнекер тіндермен бекіген, жарғақты лабиринт орналасқан.

Сүйекті лабиринт, *labyrinthus osseus*, қалыңдығы 2-3 мм тығыз сүйекті тіннен тұрады. Үш бөліктен құралған: ортасы – кіреберіс, алдыңғы – ұлу және артқысы – жартылай шеңбер өзегі.

Кіреберіс және ұлудың негізгі иірімі дабыл қуысының медиалды қабырғасын құрайды. Кіреберіс сопақша және дөңгелек терезелер арқылы, дабыл қуысымен байланысады.

Үш жартылай шеңбер өзегі, *canales semicirculares ossei*, өзара тік жазықтықта орналасқан: сыртқысы, *canalis semicircularis lateralis* – көлденең; алдыңғысы, *canalis semicircularis anterior* - фронталды және артқы жағында, *canalis semicircularis posterior* - сагиталды. Сыртқысы горизонталды жазықтықта 30^0 - та орналасқан. Алдыңғы және артқы каналдар фронталды және сагиталды жазықтықтармен 45^0 бұрыш жасайды. Әрбір каналдың жай, *crus osseum simplex*, және кең аяқшалары (иіндіктері), *ampulla ossea*, болады. Алдыңғы және артқы жартылай шеңберлі өзектер бірігіп, жалпы аяқша (иіндік) құрайды. Сүйекті жартылай шеңберлі өзектердің диаметрі 1,5 мм, ұзындығы 12-18 мм. Ұлу, *cochlea*, ұзындығы 28-30 мм түтік, ортасындағы өзекті, *modiolus*, $2\frac{1}{2}$ - $2\frac{3}{4}$ айналым жасап орналасқан спиралды (иірімді) мүше. Көлденең кесіндісінде ұлудің пішіні конусқа ұқсас, ені 9 мм және биіктігі 5 мм. Өзектен сүйекті каналға көлденең сүйек пластинка шығып, оны айналдыра шиыршық тәрізді, *lamina spiralis ossea*, қоршайды. Шиыршықты пластинканың негізінде спиралды ганглияда орналасқан, ол есту жолының бірінші биполярлы нейроны.

Жарғақты лабиринт, *labyrinthus membranaceus*, құрылымы қуыстар мен өзектерден құралған тұйық жүйе, ол дәнекер тіннің жіпшелерімен сүйекті лабиринттің ішіне бекиді. Ол екі кіреберіс қапшықшадан, үш жарғақты жартылай шеңберлі өзегінен, жарғақты ұлудан және эндолимфалық қапшығы бар эндолимфалық түтіктен тұрады. Жарғақты лабиринттің ішінде эндолимфалық, ал сүйек пен жарғақты лабиринт арасы перилимфатикалық сұйықтықпен толыққан. Кіреберіс қапшықшалары және жарғақты жарты шеңбер өзегі тепе-теңдікті сақтауға қатысады, ал ұлу есту қызметін атқарады.

Сүйекті кіреберісте екі жарғақты түзіліс бар – жатырша, *utriculus*, және қапшықша, *sacculus*. Екі қапшықша бір-бірімен – *ductus utriculo-saccularis* арқылы байланысады, ол түтіктен эндолимфалық өзек, *ductus endolymphaticus* бөлініп шығады. Бұл түзілісті кіреберіс су түтігі, *aquaeductus vestibuli*, деп атайды, ол тұйықталып эндолимфалық қапшық, *saccus endolymphaticus*, түзеп, самай сүйегінің пирамидасының артқы бетіндегі қатты ми қабығының дубликатурасында орналасады.

Утрикулус пен саккулюсте статикалық дақтар, *macula utriculi*, бар. *Macula utriculi*, сфералық қалтаның ішіндегі жатырдың төменгі жағында, ал *macula sacculi* қаптың медиалды қабырғасының ішкі сфералық беткейінде орналасқан. Статикалық дақтар тіреу және рецепторлы нейроэпителиалды шаш жасушаларынан құралған. Апикалды бөлігіндегі рецепторлық жасушада көптеген қысқа түктер бар, ол стереоцилия және бір ұзын шаш – киноцилия деген атауға ие. Киноцилиялар тоңба (желе) тәрізді затпен қоршалған, оның жоғарғы жағында отолиттік мембранасы (грек тілінен аударғанда *otos*-құлақ, *litos*-тас) орналасқан, құрамындағы кальций карбонат кристалдары бар. Отолиттік аппарат термині осы мембрананың атауына сәйкес қалыптасқан. Отолиттердің массасы эндолимфа массасынан артық болғандықтан, басты қозғағанда және бір түзуліктегі (сызықтық) үдеудің әсерінен отолиттік аппарат тітіркенеді.

Жарғақты жартылай шеңберлі өзегі, сүйек каналдардың ішінде орналасып, оның пішінін қайталайды. Жарғақты лабиринттің ампуласы, сүйек капсуласының кеңейген бөлігін толығымен жабады. Оның ішінде айдаршық, *cristae ampullares*, бар, беткейінде тіреу және рецепторлы нейроэпителиалды шаш жасушалары орналасқан, олардың құрамында отолит аппаратындағы сияқты стереоцилий және киноцилия болады. Киноцилиялар бір-бірімен бірігіп, күмбез – купула, *cupula*, түзеді. Күмбез ампуланың толықтай дерлік саңылауын жабады, сондықтан каналдағы эндолимфалық сұйықтықтың қозғалысы, рецепторлық жасушалардың ауытқуын және тітіркенуін тудырады.

Ампулярлы және отолитті рецепторлары **тепе-теңдік мүшесі – вестибулярлық аппаратын** түзеді.

Вестибулярлық аппараттың рецепторлық жасушалары, екіншілік арнайы сезімтал шаш жасушалары болып табылады, ол ішкі есту жолының төменгі жағында орналасқан вестибуляр ганглиясының биполярлы нейрондарының шеткі синаптикалық ұштарымен

байланысады, *ganglion vestibularae* (I нейрон). Вестибуляр түйінінің жасушаларының орталық өсінділері, кіреберіс-ұлу жүйкесінің вестибуляр түбірін, *radix vestibularis* құрайды. Ішкі есту жолында, сол жүйкенің ұлу түбірімен байланысады және мишық-көпірше бұрыш аймағында ми затына (көпірге) енеді.

Көпіршеде кіреберіс түбір талшықтары жоғарғы және төменгі екі тармаққа (жолға) бөлінеді және ромб тәрізді шұңқыршаның бүйір бұрышында, вестибулярлық аймағындағы, *area vestibularis* (II нейрон) орналасқан вестибулярлық ядроларға бағытталады. Жоғарғы талшықтары жоғарғы вестибулярлық ядро жасушаларында, *nucl.vestibularis superior* (Бехтерев), төменгісі - медиалды вестибулярлық ядро жасушаларында, *nucl.vestibularis medialis* (Швальбе), бүйір вестибулярлық ядро, *nucl.vestibularis lateralis* (*nucl.vestibularis*) және төменгі вестибулярлық ядро, *nucl.vestibularis inferior* (Роллера) жасушаларындағы синапстарда аяқталады.

Вестибуляр ядроларының жасушаларының аксондары бірнеше будаларды (тракттарды) құрайды, олар медиалды, артқы бойлық будамен бірге ми қыртысына, жұлынға, мишыққа бағытталған.

Вестибуло-кортикалды жол, *tr.vestibulo-corticalis* (вестибулярлы-сенсорлы жол), таламус ядроларына (III нейрон) қосылады және ми қыртысының самай-төбе аймағы жасушаларында аяқталады (IV нейрон). Бұл сенсорлы жол вестибуляр талдағышы (И.П.Павлов бойынша) немесе вестибуляр сенсорлы жүйе деген атауға ие.

Вестибуло-спиналды тракт, *tr.vestibulospinalis*, жұлынның алдыңғы мүйізшесінің қозғалтқыш ядро жасушаларымен байланысады, мойын, дене және аяқ-қолдың бұлшықеттерінің қозғалыс импульсын жүзеге асырады. Ол дене тепе-теңдігіндегі шартсыз рефлекстеріне қолдау көрсетеді.

Вестибуло-мишық афферентті жол, *tr.vestibulocerebellaris*, төменгі мишық аяқшалары арқылы өтіп, сопақша ми қыртысының жасушаларында аяқталады. Мишық-вестибулярлы эфференттік жол, *tr.cerebellovestibularis*, Дейтерс ядросы арқылы мишық, жұлынның түзету (коррекциялық) қызметіне ықпалын тигізеді.

Вестибуляр ядросының медиалды бойлық будасы, *tractus vestibulolongitudinalis*, көз қозғалтқыш, шығыршық және әкетуші жүйкелері (III, IV, VI жұп) ядроларымен байланысады, бастың қалпының өзгеруіне сәйкес, көздің компенсаторлық бағытта қозғалуына әсер етеді және баяу компоненті вестибулярлы нистагмның құрамдас бөлігі болып саналады.

Дейтер ядросының аксон жасушаларының кейбір бөлігі артқы бойлық буданың құрамына қосылады. Осы ассоциативтік жол жалғасады, артқы гипоталамустағы көз қозғалтқыш вегетативті ядросымен, бет, тіл-жұтқыншақ және кезбе жүйкелерімен (III, VII, IX, X жұптар), сонымен қатар жұлынның симпатикалық және парасимпатикалық орталық байланысынан, вестибулярлы аппараты тітіркенген кезде вегетативті реакция пайда болады. Гипоталамус-гипофиз-бүйрекүсті безінің гуморалды вестибулярлы реакциясы, вестибуло-таламо-гипоталамус жүйесіне байланысты туындауы мүмкін.

Жарғақты лабиринттің есту аймағы сүйек ұлуындағы ұлу өзегінде, *ductus cochlearis*, орналасқан. Жарғақты ұлудың пішіні түтік тәрізді, ол сакулуспен жалғасқан және иірімнің ұшында тұйықталады.

Ұлу өзегі сүйекті ұлудың ішін толықтай жаппайды. Сүйекті ұлудың көлденең кесіндісінде, үш кеңістік орналасқан. Олар ұлу иірімдердің ішімен жоғары көтеріледі, оны саты деп атаймыз. Үшбұрышты ұлу өзегі ортадағы саты, *scala media*, іші эндолимфамен толыққан. Өзектің төменгі қабырғасы негізгі немесе ол біліктен (стерженнен) шығатын сүйекті спирал табақшасымен шекаралас, қарсы жағы спиралды байлам, *lig. spirale*, арқылы сүйекті ұлуға бекитін негізгі немесе базилярлы мембранамен шектелген. Бұл байламның жоғарғы бөлігінде сүйектік ұлуға қатарлас қан тамырларына бай эпителиалды жасаушалар шоғыры, *stria vascularis*, орналасқан.

Жоғарғы қабырғасын құрайтын жазық эпителий жасушаларының екі қабатынан тұратын вестибуляр (Рейснер) мембранасы, *membrana vestibularis*. Үшбұрышты ұлу өзегі екі перилимфалық кеңістікке немесе сатыға бөледі. Ұлу өзегінен жоғары Рейснер мембрасының үстінде кіреберіс сатысы, *scala vestibuli*, ал базилярлы мембранадан төмен дабыл сатысы, *scala tympani*, орналасқан. Олар бір-бірінен оқшауланған, байланысады ұлудың жоғарғы жағындағы саңылау арқылы, оны геликотрема, *helicotrema*, деп атайды.

Базилярлы мембранада, ұлу өзегі бойымен спирал тәрізді, есту мүшесі - спиралді мүше немесе кортиев мүшесі, *organum spirale seu organum Corti*, орналасқан. Корти мүшесінің ішкі жағында сүйек спиралды табақшаның үстіңгі беткейінің периостқабаты қалындап, төмпешік түзейді - спиралды лимб, *limbus spiralis*, ол ұлу өзегі саңылауынан шығып тұрады. Корти мүшесінің шаш жасушаларының үстінде және олармен жанасып тұрған жіңішке желе (тоңба) тәрізді жабынды қабықша, *membrana tectoria*, орналасқан. Корти мүшесі бір

қатар ішкі, үш қатар сыртқы шаш жасушаларынан, тірек және бағаналы жасушаларынан құралған. Сыртқы шаш жасушаларының аралығында Дейтерс тірек жасушалары, ал оның сыртында Генсен мен Клавдиус тірек жасушалары орналасқан. Бағаналы жасушалар кортиев мүшесінің туннелін құрайды.

Базилярлы мембрананың құрамында көлденең орналасқан 2400 талшықтан тұратын - есту шегі (струна) бар. Ұлудың жоғарғы жағындағы талшықшалардың көлемі ұзын және қалың, ал оның негізіндегілер қысқа және жіңішке. Ұлу жүйке талшықтары ішкі (4000) және сыртқы (20000) түкті жасушалармен жанасады да, вестибуляр аппаратындағы сияқты, шамамен екіншілік сезімтал механорецептор жасушалары болып қалыптасады. 50 қысқа түк - стереоцилия және бір ұзын түк - киноцилия. Ұлу өзегіндегі түк жасушалары арнайы сұйықтық - кортилимфамен жуылады. Түк жасушалары сүйекті ұлудың (I нейрон) спиралды каналында орналасқан спиралды ганглияның, *ganglion spirale* биполярлы жасушаларының шеткі өсінділерімен синаптикалық байланыс жасайды.

Биполярлы нейрондардың орталық өсінділері самай сүйегінің ішкі есту жолы арқылы өтетін кіреберіс-ұлу жүйкесінің (VIII) ұлу түбіршегін, *radix cochlearis*-ты түзейді. Көпір-мишық бұрышында ұлу түбіршігі талшықтары ми затына (көпірге) еніп, ромб тәрізді шұңқырдың бүйір бұрышындағы вентралды ұлу ядросында, *nucl.cochlearis ventralis* және дорсалды ұлу ядросы, *cochlearis dorsalis* (II нейрон) жасушаларында аяқталады.

Қарынша ядро нейрондарының аксондары екіге бөлінеді: олардың көбісі (70%) көпірдің қарсы жағына өтіп, медиалды қосымша зәйтүн (олива) ядросына және трапекция тәрізді денеде, *corpus trapezoidum*, (III нейрон) аяқталады. Талшықтардың аз бөлігі өз жағындағы осы аталған түзілістерге барып қосылады. Жоғарғы зәйтүн мен трапекция тәрізді дененің ядроларының аксондары жоғары көтеріліп бүйір ілмекті, *lemniscus lateralis*, құрап, ол ортаңғы ми төбесінің төменгі төмпешігінде және медиалды имек денеде, *corpus geniculat mediale* (IV нейрон) аяқталады. Вентралды және дорсалды ұлудың ядролардың кейбір нейрондары да трапекция тәрізді дененің ядролар арқылы өтіп, бүйір ілмекке қосылады. Жоғарғы зәйтүн аксондары мен трапекция тәрізді дененің ядролары, субкортикалды есту орталығы болып саналады. Төменгі төмпешік сыртқы ортадағы есту және бағдарлауды қадағалауда маңызды рөл атқарады.

Артқы трапеция тәрізді дене жасушаларының аксондары ромб тәрізді шұңқырдың түбінен кіреді де, ортадағы иірім аймағында көпірдің тереңіне еніп, ішінара қарсы жағына өтіп, *striae acusticae* құрайды, содан кейін бүйір ілмекке қосылып, ортаңғы мидың төбесіндегі төменгі төмпешік нейрондарымен және медиалды имек денемен байланысады. Осылайша, бүйір ілмекте екі құлақ лабиринтінің есту жолдары бар.

Медиалды имек дененің жасушаларынан аксондар ішкі капсуланың артқы аяғының құрамына енеді, содан кейін *radiatio acustica* түрінде жоғарғы самай иірімінің (Гешля аймағы) ортаңғы бөлігінің ми қыртысына (V нейрон) бағытталады. Есту орталығының қатпары ақпаратты, ең алдымен қарама-қарсы құлақтан қабылдайды. Есту қатпары орталығының басқа ми қыртысының аймақтарымен ассоциативті байланысы бар, олар: артқы сөйлеу өрісі, көру және сенсомоторлы аймақ.

Мидың жарты сыңарындағы оң және сол жақ есту аймағын жалғастыратын талшықтар мүйізгекті денеге, *corpus collosum*, және алдыңғы комиссураға енеді. Есту жүйесі сенсорлық жолдан басқа, әр жерде эфферентті талшықтарда орналасқан. Ми қыртысынан төмен қарай бағытталған жүйке талшықтары. Қысқа өткізгіштер медиалды имек денеде және төменгі төмпешікте, ал ұзындары жоғарғы зәйтүн ядросында аяқталады. Соңғысынан, ұлуға зәйтін-ұлу жолы өтеді, *tr. olivocochlearis*, құрамында тұзу және аяқасқан талшықтар бар. Олар спиралды ағзаның түк жасушаларына енеді. Төменгі төмпешік ядроның жасушаларының аксондары, жоғарғы төмпешікте орналасқан ортаңғы мидың интеграциялық орталығы арқылы қақпақшалы-жұлындық және қақпақшалы-ядролық жолдар арқылы, жұлынның алдыңғы мүйіздерінің қозғалтқыш ядроларына, бас сүйек жүйкелеріне (бет, бұру) және ретикулярлы формация өтеді. Осы өткізгіштердің ықпалы арқылы дене, аяқ-қол, бас және көз бұлшық еттерінде, кенеттен пайда болған дыбыс тітіркендіргіштеріне қарсы, шартсыз рефлекторлы қозғалтқыш реакциялары қалыптасады. Төменгі төмпешік ядросы жасушалары үшкіл және бет жүйкелерінің қозғалтқыш ядроларының жасушаларымен байланысы бар, олар есту бұлшықеттерінің аккомодативті және қорғаныс қызметін жүзеге асырады.

Есту жүйесі дыбыс тербелістерін қабылдаудап, есту жүйке орталықтарына жүйке импульстарын жеткізеді, ақпаратты талдап және эффлекторлық бейімделу мен қорғаныс реакциясымен қамтамасыз етеді.

Дыбысты өткізудің физиологиясы. Сыртқы ортадағы дыбыс толқындарын құлақ қалқаны жинап, сыртқы есту жолына қарай бағыттайды да, дабыл жарғағын және есту сүйекшелерін тербетеді. Құлақ қалқанының, ототопикада атқаратын міндеті аса маңызды. Сыртқы есту жолының дыбыс өткізу қызметі, өте жақсы жетілген. Бұл жолдың иірімді (тегіс болмауы) болуы және оның терісінің жоғары сезімталдығы, механикалық және термиялық факторлардан қорғауда маңызды рөл атқарады. Құлақ қалқаны мен сыртқы есту жолы өзіндік дербес резонанстық жиілікке (3–5 кГц) ие.

Сыртқы құлақ есту жолының ұзындығының, осы резонанстық жиіліктің толқын ұзындығының 1/4 бөлігіне сәйкес келуіне байланысты 3 кГц жиіліктегі дыбыстарды 10–12 дБ күшейтеді. Сыртқы құлақ осылайша, жоғары жиілікті дыбыстарды күшейтуге қатысады.

Үлкен амплитудадағы және салыстырмалы әлсіз күштегі ауа тербелісі, **дабыл жарғағы мен есту сүйекшелері тізбегі** арқылы өткенде, салыстырмалы аз амплитудадағы, бірақ жоғары қысымдағы құлақ лимфа қозғалысына ауысады. Үзеңгі табанының (3 шаршы мм) мен дабыл жарғағының (85 шаршы мм) көлемінің үлкен айырмашылығына байланысты, дыбыс ортаңғы құлақ арқылы өткенде 20-25 есеге күшейеді және есту сүйекшелерінің рычагты түрде орналасуына байланысты дыбыстың қарқындылығы 2 есеге артады. Осылайша, трансформация коэффициенті 50-60-қа тең болады. Дегенмен, тербеліске дабыл жарғағының аз бөлігі ғана белсенді қатысатынын ескерсек, онда трансформация коэффициенті 20–25% құрайды.

Үзеңгі табанының қозғалысы, лабиринт сұйықтығына тарайды. Дыбыс толқыны кіреберіс сатысы бойымен және геликотрема арқылы дабыл сатысына өтіп, дөңгелек терезеге жетеді. Перилимфаның қозғалысы эндолимфа мен жарғақты лабиринтке беріледі.

Дыбыс толқынының перилимфаға таралуына себепші, дөңгелек терезенің дәнекер тінінің қозғалғыштығынан, ал онда эндолимфада қозғалыстың болуы - эндолимфалық түтік арқылы байланысқан, эндолимфа қапшықтың жиырылуы арқасында жүзеге асады.

Лабиринт сұйықтығының қозғалысы, жарғақты лабиринттегі негізгі мембранасын тербетеді, оның құрамында сезімтал түк жасушалары бар Кортиев мүшесі орналасқан (Солдатов И.Б., Гофман В.Р., 2000).

Негізінен дыбыс құлаққа ауа арқылы жетеді, одан да басқа бір түрі сүйек өткізгіштік. Ауа тербелістері басқа соғылғанда, бас сүйегін дірілдетеді. Сүйек өткізгіштігінің екі түрі бар:

1. Иннерциялық. Дыбыс толқындарының әсерінен, бас сүйегі дірілдейді. Бұл кезде сопақша терезедегі үзеңгі табанында қозғалыс туындайды. Сүйек өткізгіштік бас дыбыстарды өткізуде маңызды қызмет атқарады.

2. Сүйек өткізгіштігінің компресті түрі жоғары дыбыстар ықпалынан пайда болады. Жоғарғы дыбыстар жиілігі әсерінен бас сүйегінің жеке сегменттері қозғалып, олар қысымның жоғарылауын немесе әлсіреуін сезе бастайды. Лабиринт капсуласында бір мезгілде компрестік қысымның артуы және қысымның баяулауы айқындалады.

Осы кезде ұлу терезелеріндегі әртүрлі акустикалық кедергіге байланысты (дөңгелек терезенің мембранасы әлдеқайда нәзік немесе жұқа), базилярлы мембранада қозғалыс пайда болады.

Дыбысты қабылдау физиологиясы. Дыбысты қабылдау кортиев мүшесінің рецепторлық жасушаларында жүзеге асады, онда дыбыстың механикалық тербелістері электрлік энергияға айналады. Есту талдағышындағы (И.П.Павлов бойынша) дыбысты қабылдау және орталық жүйке жүйесінің әртүрлі аймақтарын, оның ішінде мидың самай бөлігіндегі есту рецепторларын, өткізгіш жолдарын және есту орталықтарын бір жүйеге біріктіретін естудің сенсорлық жүйесі.

Кортиев мүшесінде дыбысты қабылдау бойынша әртүрлі есту теориялары:

1. шеткі талдаудың дыбыстық теориялары:

- Гемгольцтың резонанс теориясы (1863);
- гидродинамикалық теориялар;
- жүгірме толқын (Бекеші, 1960);
- бағана сияқты сұйықтық (Роаф-Флетчер, 1930);
- Флок теориясы (1977);
- Ухтомский теориясы (1945).

2. Дыбысты орталықта талдау теориялары:

- телефондық (Рутерфорд, 1886);
- тұрақты толқындар (Эвальд, 1899).

3. Дуалистік теория (Ребул, 1938).

Дыбысты шетте талдау теориялары ұлудың алғашқы талдау мүмкіндік қасиетіне және оның анатомо-функциялық ерекшеліктеріне негізделген.

Гемгольцтың резонанс теориясы бойынша, негізгі мембранада музыкалық аспап «ішегіне» ұқсайтын әртүрлі ұзындықта көлденең талшықшылар орналасқан. Ол «талшықшалар» резонанс жасап және дыбыстың жиіліктеріне сәйкес жауап береді. Гемгольц құлақтың негізгі қызметі дыбыстың жоғарлығын, күшін және тембрін анықтайтын алғашқы мүше деген тұжырым жасады. Резонанс теориясы бойынша әрбір тонның негізгі мембранада, өзінің арнайы аймағы орналасқан.

Дыбыстың алғашқы талдауы, ұлуда жүзеге асады. Бекеши гидродинамикалық теориясы бойынша, екі сатыда орналасқан перилимфалық сұйықтықтың бойымен өтетін дыбыс толқыны әсерінен, негізгі мембрананың бойында жүгірме толқындар туындайды. Төмен жиіліктегі дыбыстарда ұлудың ұшындағы, ал жоғарғы жиіліктегі дыбыстарға ұлудың төменгі иірімінде орналасқан негізгі мембранада жүгірме толқындардың қалыптасу реакциясы жүреді.

Роаф-Флетчердің гидродинамикалық теориясы, Лутцтің U-тәрізді түтіктегі сұйықтыққа жүргізген тәжірибесіне негізделген, жоғары жиілікті дыбыс толқындары ұлудың негізгі иіріміне, ал төмен жиіліктегі тербелістер - геликотремаға дейін таралады деген Бекешидің тұжырымын дәлелдейді.

Флоктың пікірінше негізгі мембрананың ішкі емес, сыртқы түкше жасушалары қажетті жиілікті қалыптастыруда маңызды рөл атқарады деп санайды.

Ухтомскийдің жасушалардың физиологиялық резонанс теориясы дыбыс толқындарының әртүрлі жиіліктеріне жеке (шектелген) жауап беретін, түк жасушаларының физиологиялық бейімділігінің құбылмалы екеніне түсініктеме береді. Түк жасушалардың жоғарғы тұрақсыздығына (лабилділігіне) байланысты, олардың жоғары және керісінше төменгі жиіліктерді де қабылдай алады деген тұжырым жасайды.

Резерфорд пен Эвальдтың орталық теориясы бойынша, ұлуда дыбыстың алғашқы талдау болатындығына жокқа шығарады. Резерфордтың телефон теориясы бойынша, барлық жиіліктегі дыбыстарға жауап бере алатын, микрофондық әсері бар, телефон мембранасына ұқсас кортиев жамылғысы болып табылады. Түк жасушаларындағы қысымның әсерінен, мембранада түзілген микрофон потенциалын ми орталығына жолдайды және сол орталықта талдау жүргізіледі. Теория, негізгі мембранадағы механикалық тербелістері туралы пікірге келіспейді.

Эвальдтың теориясына сәйкес, дыбыстың әсерінен негізгі мембранада «тұрақты» толқындар (дыбыстың жүйесі) туындайды, оны талдау ми орталығында жүзеге асады.

Ребулдың дуалистік теориясы, кеңістіктік теорияның телефон құрылғысының механизміне сәйкес құрастырылған.

Оның пікірінше, төмен жиіліктігі дыбыстар бірден есту орталығында қабылданады, ал жоғары жиілікті дыбыстар негізгі мембранада талданады.

Естуді зерттеу әдістері. Естуді тексеруді бастау керек анамнез жинаудан, есту қабілетінің қай уақытта төмендегеніне, құлақтағы шудың қашан пайда болғандығына, аурудың динамикасына қарап анықталады.

Құлақтан басқа, барлық ЛОР мүшелеріне рет-ретімен зерттеу жүргізіледі. Құлақ қалқанын, құлақ арты аймағына қарап, жыланкөз бар ма соған назар аударады, емізікше өсіндісіне, құлақ түйініне пальпация жасайды. Содан соң, отоскопия, микроскопия жүргізіледі. Сыртқы есту жолын және дабыл жарғағын қарау кезінде маңдай шамды немесе көріністі 1,5–2 есе үлкейтетін электр отоскопын пайдаланады. Зерттеу неғұрлым нақты болу үшін, 6–12 есе ұлғайтып көрсететін отомикроскоп қолданылады.

Көру аймағы кең бұрышты отоэндоскоп дабыл жарғағын үлкейтіп, фиброзды сақинаны және алдыңғы тимпаномеаталды бұрышты көруге мүмкіндік береді.

Содан кейін, сыбырлап және дауыстап сөйлеу арқылы есту қабілетін тексереді. Қалыпты жағдайда сыбырлау сөйлеуді 6 м, дауыстап сөйлегенді 25 м қашықтықта естиді. Тексерісті, екінші құлақты жабу арқылы, жақсы еститін құлақтан бастайды.

Камертоналды зерттеу кезінде дыбыстың шығару уақыты секундпен өлшенеді, ол сандық нәтиже, ал ауа мен сүйек өткізгіштігін салыстыру негізінде алынған, ол сапалы көрсеткіш. Зерттеу үшін тербеліс жиілігі С 128 немесе С 512 Гц камертоны пайдаланылады. Вебер, Ринне және Швабахтың сынамалары есту қабілетін зерттеудің классикалық түрі болып саналады.

Вебер тәжірибесі – дыбыстың латерализациясын бағалау. Камертонның аяқшасын науқастың төбесіне қойып, дыбысты қай құлақ қаттырақ еститінін сұрайды. Дыбыс өткізгіш аппараттың бір жақты зақымдануда ауру құлаққа бағытталады; екі жақты зақымдануда - нашар еститін құлаққа қарай беріледі.

Ринне тәжірибесі – сүйек пен ауа өткізгіштігін қабылдау ұзақтығын салыстыру. Дыбыс шығарып тұрған камертонды емізікше өсіндіге орналастырады. Сүйек арқылы дыбысты естуі тоқтаған соң, браншасын құлақтың кіреберісіне жақындатады. Қалыпты жағдайда, адам камертонды ауа арқылы ұзақ естиді (онда, Ринне сынамасы оң мәнді). Егер дыбыс өткізгіштігі бұзылса, рецепторлардың қызметі қалыпты, онда дыбысты сүйек арқылы, ауалыққа қарағанда ұзақ қабылдайды (Ринне сынамасы теріс мәнді). Дыбыс қабылдау қызметі зақымдалса, ол кезде ауалық және сүйектің өткізгіштігі де қатар төмендейді, Ринне тәжірибесі оң болады.

Швабах тәжірибесі - науқас және есту қабілеті қалыпты дәрігердің сүйегі арқылы камертонды қабылдау ұзақтығын салыстыру. Егер дыбысты қабылдау бұзылса, дәрігер камертонды ұзағырақ естиді.(науқаста сүйектік өткізгіштік қысқарған). Ал дыбыс өткізгіштігі бұзылса, науқас камертонды дәрігерге қарағанда ұзақ қабылдайды (сүйек өткізгіштігі ұзарған). Бұдан да басқа, Федеричи және Бинг тәжірибелері жиі қолданысқа ие.

Федеричи тәжірибесі - емізікше өсінді мен құлақ түйіні аралығындағы сүйек өткізгіштігін қабылдау ұзақтығын салыстыруға арналған. Камертон емізікше өсіндіге дыбыс беруін тоқтатқан соң, оның аяқшасын құлақ түйініне қояды. Қалыпты жағдайда және дыбысты қабылдау зақымдалған жағдайда Федеричи тәжірибесі оң, яғни камертонның дыбысын құлақ буылтығы ұзақ қабылдайды, ал дыбыс өткізгіштігі бұзылса, онда теріс мәнді болады.

Бинг тәжірибесі – сыртқы есту жолын құлақ түйінімен жабу және ашу кезінде, емізікше өсіндісі арқылы қабылдау қарқындылығын салыстыру. Басқа да сынамаларда бар, мысалы, отосклероз кезінде есту сүйекшелерінің қозғалғыштығын анықтауға пайдаланылады, Желле тәжірибесі, бірақ қазір оның орнын импеданс аудиометриясымен ауыстырды.

Аудиометриялық зерттеудің артықшылықтары: ол кең ауқымдағы дыбыстардың жоғарлығы мен қарқынын (күшін) тез өзгертіп, олардың көрсеткішін дәл анықтайды, ауалық, сүйектік дыбыс өткізгіштіктегі салыстырмалы өлшемге (децибелмен), барлық жиілік диапазондағы есту қабілетінің сапалық және сандық ерекшеліктеріне айқын сипаттама береді.

Аудиометрдің электр генераторы тоны - 125–12 000 Гц диапазонындағы есту табалдырығын анықтап және оны тіркейді. Есту қызметінің ауалық және сүйектік өткізгіштігін децибел шкала бойынша

анықтайды. Қалыпты есту қабілеті 0 дБ аймағында түзу сызық түрінде көрінеді. Есту қабілетінің төмендеу дәрежесі барлық жиіліктер үшін, осы табалдырыққа сәйкес децибелмен өлшенеді және алынған мәлімет аудиограммаға жазылады.

Аудиометриялық тексеру екіге бөлінеді: субъективті және объективті. Аудиометриялық зерттеудің субъективтісі: табалдырық тондық аудиометрия және есту қабілетінің ультрадыбысқа сезімталдығын анықтау, сонымен қатар табалдырықтан жоғары (тыс) сынама, сөйлеу, шу аудиометриясы, есту жүйесінің шуға төзімділігін зерттеу, кеңістіктегі есту, субъективті құлақ шуылының спектрі мен қарқындылығын анықтау.

Объективті әдістері: импеданс аудиометриясы, дыбыстаудан шақырылатын потенциалды аудиометрия және отоакустикалық эмиссия.

Вестибулярлық аппаратты зерттеудің клиникалық әдістері

«Вестибуляр аппараты» (ВА) құлақ лабиринтінің отолит және ампулярлық рецепторлары. Жартылай шеңберлі өзектер мен кіреберіс қапшықтарының анатомиялық ерекшелігіне, сондай-ақ олардың ішкі құрылымында қосымша аппараттың болуына байланысты, ампулярлы рецептор бұрыштық үдеуге, ал отолит рецепторы – бір түзуліктегі үдеуге тітіркенеді.

Сонымен, бұрыштық немесе бір түзуліктегі үдеу, вестибуляр аппаратының тұрақты тітіркендіргіші болып табылады.

Вестибуляр аппаратын зерттеу субъективті, объективті вестибулярлы белгілеріне және лабиринті эксперименталды тітіркендіру кезіндегі вестибулосенсорлы, вестибулосоматикалық, вестибуловегетативті реакцияларды ажыратуға немесе графикалық жазуға негізделген.

Вестибуляр талдағышының қызметін зерттеу:

- анамнез жинау;
- вестибуляр рефлексін зерттеу;
- спонтанды және жүктеме нистагмды тексеру;
- вестибуляр және оптокинетикалық жүйені зерттеу.

Анамнезінде: науқас бас айналуға, жүрек айнуына, құсуға шағымданады. Мұқият анамнез жинау қажет:

- бас айналу вестибуляр талдағышының шеткі рецепторларының
- зақымдалуымен байланысты;
- бас айналу вестибуляр талдағышының орталық бөлігінің

- зақымдалуымен байланысты;
- вестибулярлы емес бас айналу.

Наукастың бас айналу кезінде өзін қалай сезінеді, оның ұзақтығы мен қарқындылығы анықталады. Бас айнарудың себептеріне, олардың жиілігіне, тұқым қуалаушылыққа, бұрын қандай аурулармен ауырды, зиянды әдеті, ототоксикалық препараттармен емделді ме және т.б. жөнінде толықтай мәлімет алынады.

Арнайы вестибулометриялы зерттеу әдістері, анамнез және алынған нәтиже негізінде жүргізіледі. Әдетте, зерттеуді қарапайым (жәй) вестибулярлы сынамалардан бастайды.

Спонтанды нистагмды зерттеу. Спонтанды нистагм көз алмасының ырғақты қозғалыстарына әкелетін ВА немесе оның орталығының зақымдануынан туындаған көз қозғалтқыш бұлшықеттерінің еріксіз жиырылуы. Спонтанды нистагм (СН) екі фазадан тұрады – жылдам және баяу – және көлденең-айналмалы.

Оның көрсеткіші жылдам компонентпен бағаланады, дәрігер сұқ саусағын науқастан 50 см қашықтықта ұстап, 30 градусқа бұрады. Жазықтығы бойынша жіктеледі: көлденең, көлденең-айналмалы, диагоналды, тік.

Қарқындылығына байланысты, нистагм үш дәрежеге бөлінеді.

I-дәреже: СН көзді жылдам компонентке (ЖК) қарай бағыттағанда ғана пайда болады, ал тура немесе баяу компонент (БК) жаққа бағыттаған кезде, онда анықталмайды; бұл нистагмның ең әлсіз түрі деп бағаланады.

II-дәреже: СН тік және ЖК жағында анық көрінеді, БК бағытында айқындалмайды (орташа дәреже).

III-дәреже: СН кез келген бағытта пайда болады, ЖК жағына қарай қарқындылығы арта түседі.

Амплитудасы (екпінділігі) бойынша СН ұсақ, орташа және ірі болып бөлінеді. Тұрақсыз (уақытша) түрдегі спонтанды белгілер, лабиринт зақымдалғанда байқалады.

Патологиялық вестибулярлы нистагм - бұл прессорлық нистагм (фистула симптомы), ол көлденең жартылай шенберлі өзектің сүйек қабырғасында жыланкөз пайда болғанда, көбінесе эпитимпанитте кездеседі. Прессорлы нистагм сыртқы есту жолындағы қысымның жоғарылауынан туындайды.

Вестибулярлы рефлекті зерттеу (вестибулоспиналды рефлекс). Ромберг сынамасы. Наукас денесін тік ұстап, аяқтарын қосады

(беттестіреді), қолдарын алға созып, саусақтарының арасын ашып, көзін жұмады, дәрігер ауытқу бар ма соған көңіл аударады.

Унтербергер қадам сынамасы. Науқастың көзін байлап, бір орнында тұрып, жүруін сұрайды. Вестибуляр талдағышының шеткі бөлігі зақымдалған болса, науқастың денесі жылдам компоненті нистагмның қарсы жағына ауытқиды.

Лабиринтит кезінде флангалық жүрісті екі жағына да орындайды. Мишық абсцессінде зақымдалған жағына орындай алмайды.

Көрсеткіш сынамасы - саусақ-саусақ және саусақ-мұрын. Зерттеуді науқас алдымен көзін ашып, содан кейін көзін жұмып, саусағын дәрігердің саусағының ұшына тигізеді. Сынама оң және сол қолмен 4-5 рет жүргізіледі. Саусақ-мұрын тәжірбесі осы ретпен орындалады. Қалыпты жағдайда бұл тәжірибелерді орындайды. Егер вестибуляр қызметі бұзылса, науқастың екі қолы да СН БК жағына қарай ауытқиды.

Мишық абсцесінің арнайы белгісі, оның ерте кезеңінде анықтауға мүмкіндік беретін, негізгі симптомы адиадохокинез.

Екі қолмен жылдам супинация, пронация жасалады, зақымдалған жағында сынаманы баяу (қалыс) жасайды.

Айналдыру сынамасы. Науқасты айналдыру кезіндегі жартылай шеңберлі өзектерінің ампулярлы бөлігіндегі жүйке рецепторларының негізгі тітіркендіргіші, эндолимфатикалық сұйықтықтың бұрыштық үдеуі. Жүйке ұштарының тітіркенуі эндолимфаның қозғалысынан кейін, *cupula terminalis*-дің ығысуы пайда болады. Бұл тітіркену орталыққа беріліп, айналдыруды тоқтаған соң, әртүрлі рефлекторлы реакциялар пайда болады (нистагм, тепе-теңдіктің бұзылуы, координациялық сынамалар ауытқиды, терлеу және т.б.).

Вестибуляр аппаратының тітіркенуінде нистагм өте құнды мәлімет береді, олар, оның қарқындылығы, бағыты, ұзақтығы. Нистагм нақты объективті белгі, ол науқастың еркіне тәуелді емес. Сынаманың орындалу реттілігі. Науқасты Барани креслосына отырғызып және бір қалыпта 20 секунд ішінде 10 айналым жасалады. Зерттелушіні 10 рет айналдырған соң, нистагм айналдырудың қарсы бағытында пайда болады. Нистагмның жазықтығы айналдыру жазықтығында, қай каналдың орналасуына байланысты.

Көлденең каналды зерттегенде науқастың басын 30 градусқа алға еңкейтеді, онда алынатын нәтиже, көлденең нистагм. Алдыңғы каналдарды зерттеу үшін науқастың денесін, басын 90 градусқа алға еңкейтеді немесе артқа қарай шалқайтады, алынатын нистагм

айналмалы (ротаторлы). Сагитталды каналды зерттегенде басын оң немесе сол иыққа қарай қисайтады, онда тік (вертикалды) нистагм пайда болады.

Айналдыру кезінде екі лабиринтте бірдей тітіркенеді. Әрбір лабиринттің жеке функционалды күйін анықтау үшін, калориялық сынама қолданады.

Құлақты салқын сумен жуғанда нистагм қарсы жағында, ыстық (жылы) суды қолданғанда нистагм зерттеу жүргізген құлақта пайда болады.

Кохлеарлы және вестибуляр қызметін зерттеу тек ЛОР дәрігерінің жұмысы емес, сонымен қатар нейрохирургия, неврология саласындағы мамандарының міндеті болып табылады.

Бассүйек ішілік асқынуға күдік болған жағдайда, бұл зерттеу әдістерінің диагностикалық маңызы өте зор.

Әдебиеттер:

1. Кобрак Г.Г. Среднее ухо. М. Изд. медицинской литературы. 1963. - 435с.
2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - (Серия "Национальные руководства"). - 1024 с
3. Пробст Р., Греверс Г., Иро Г. Оториноларингология в клинической практике / Р. Пробст, Г. Греверс, Г. Иро ; ред. А. С. Лопатин ; пер.с англ. М.:Практическая медицина. 2012. - 381 с.
4. Садовский, В. И. С 14 Лекции по оториноларингологии: учебно-методическое пособие для студентов факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран / В. И. Садовский, А. В. Черныш, И. Д. Шляга. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. - 156 с.
5. Склафани Э. П., Дилески Р. А., Питман М. Д., Шефер С. Д., Шанц С. П., Шин Э. Д. Общая оториноларингология – хирургия головы и шеи. Пер. с англ. под общей редакцией Ю. К. Янова. Т. 2. М.: 2017. - 736 с.
6. Солдатов М.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. СПб. 2000. – 472 с.
7. Шадыев Х.Д., Хлыстов В.Ю. Практическая оториноларингология. Медицинское информационный агентства. 2013. – 496с.

Бақылау сұрақтары:

1. Құлақтың анатомо- физиологиялық ерекшеліктері.
2. Сыртқы құлақтың клиникалық анатомиясы.
3. Ортаңғы құлақтың анықтамасы. Ортаңғы құлақтың клиникалық анатомиясы.
4. Құлақ қалқанының құрылысы.
5. Спиралды мүшенің құрылысы.
6. Есту теориясы.
7. Есту қызметін тексеру.
8. Есту қабілетінің төмендеуінің ажырату диагностикасы.
9. Вестибулярлық аппаратты зерттеу.
10. Спонтанды нистагм, оның түрлері мен дәрежесі.

Дәріс 8.

Сыртқы және ортаңғы құлақтың аурулары (жедел іріңді ортаңғы отит, мастоидит). Балалардағы жедел ортаңғы отиттің ағымының ерекшеліктері. Ортаңғы құлақтың созылмалы іріңді қабынуы. Жіктемесі. Клиника. Диагностикасы. Емі

*Әрі қажырлы, әрі сабырлы
адам мұратына жетеді.*

Хажы Рахым

Мақсаты. Сыртқы құлақ ауруларының клиникасы мен емдеу қағидаларын үйрету. Ортаңғы құлақтың ауруларын талдау және оның балалардағы ағымының ерекшеліктеріне тоқталу.

Тезистері:

1. Сыртқы құлақ аурулары.
2. Жедел ортаңғы отиттің этиологиясы, патогенезі, клиникалық көрінісі.
3. Балалардағы жедел ортаңғы отиттің клиникасы мен емдеуінің ерекшеліктері.
4. Жедел ортаңғы отит кезіндегі асқынулар.
5. Жедел мастоидит.
6. Парацентез және антростоидотомияға көрсеткіш.
7. Ортаңғы құлақтың созылмалы іріңді қабынуы. Жіктемесі. Клиникасы. Диагностикасы.
8. Холестеатоманың анықтамасы. Клиникасы, отоскопиялық көрінісі.
9. Созылмалы ортаңғы отиттің емдеу қағидалары.

Сыртқы құлақ аурулары

Сыртқы құлақтың қабыну ауруларының диагностикасы, емі және алдын алу шаралары оториноларингология саласында өзекті мәселелердің бірі.

Әртүрлі авторлардың мәліметі бойынша, сыртқы отиттің жиілігі ЛОР мүшелерінің патологиясының ішінде 5% -дан 23% -ға дейін кездеседі, ал құлақ патологиясы арасында 21- 25% -ды құрайды (Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М., 2013).

Сыртқы отиттің көрсеткіш жиілігінің өсуін зиянды кәсіби және экологиялық фактордың қолайсыз әсерімен, көптеген дәрі-дәрмектерді өздігінен пайдаланумен және т.б. түсінік беруге болады (Свистушкин В.М және басқа да авторлар , 2005).

Сыртқы құлақтың қабынуына бейімдеуші факторлар (Плужников М.С. және басқа да авторлар, 2000):

- есту жолының беткейі тегіс емес және тар;
- түк қапшықшасы мен құлық бездерінің болуы;
- тері асты май ұлпасының нашар жетілуі;
- қышқыл-негіз тепе-теңдігі (балансы) бұзылып, алкалозға қарай
- ығысуы;
- салыстырмалы түрде жоғары температура мен ылғалдылық.

Сыртқы отиттің пайда болуына сыртқы есту жолының жергілікті анатомо-физиологиялық ерекшеліктері мен тері жамылғысының зақымдануы ғана емес, сонымен қатар дененің әртүрлі жалпы аурулары да ықпал етеді. Иммундық жүйенің туа біткен және жүре пайда болған ақаулары, жалпы тері аурулары, эндокринопатия, атеросклерозды ангиопатия, мойын омыртқасының дегенеративті-дистрофиялық өзгерістері және т.б. аурудың ауыр өтуіне және ұзаққа созылуына себепші (Кетлинский А.С., Смирнов В.С., 2000; Paul A.C., Justus A., Balraj A., 2001).

Қант диабеті сыртқы отиттің пайда болуына және оның ең ауыр ағымына ықпал ететіні бұрыннан белгілі.

Отандық және шетел авторлардың алынған нәтижелер бойынша, қант диабетімен ауыратын әрбір 5-ші науқаста, сыртқы отит кездесетіні туралы деректер бар (Яковлева О.Н., 1990; Хасанов С.А., Бабажанова С.Ю., 1986; Нечипоренко В.П және басқа да авторлар, 1993).

Сыртқы құлақтың қабыну аурулары, шектелген және диффузды болып жіктеледі. Біріншісі фурункула, ал екіншісі бактерия, саңырауқұлақ және вируспен шақырылады.

Сыртқы есту жолының фурункулы - шектелген сыртқы отит, ол шаш пен май бездері орналасқан, сыртқы есту жолының жарғақты-шеміршек бөлігінде қалыптасады.

Аурудың **этиологиясы**, көбінесе тері жамылғысының микрожарақаты арқылы түк қапшықшаларына және бездеріне енген стафилококк инфекциясы.

Негізгі симптомы құлақтың шаншып ауруы, ауырсыну басқа қарай таралып, түн мезгілінде үдей түседі. Жүйке талшықтары шоғырланып орналасқан шеміршек қабығында, инфильтраттың көлемінің өсуінен ауырсыну сезімі күшейеді. Фурункула сыртқы есту жолының кез келген қабырғасында орналасады. Отоскопияда: конус тәрізді инфильтратты көре аламыз, 3-4-ші күні, оның ұшынан іріңді өзек анықталады.

Фурункула кезінде құлақ арты лимфа түйіні ұлғайса, мастоидитпен ажырату диагностикасын жүргізу керек. Мастоидиттің белгілері: сыртқы есту жолының сүйекті қабырғасының артқы-жоғарғы бөлігінің ығысуы (салбырауы), дабыл жарғағының гиперемиясы. Есту қабілетінің төмендеуі.

Емі. Антибиотиктер және жергілікті ем тағайындалады. Физиотерапия.

Диффузды ірінді сыртқы отит – бұл есту жолы терісінің ірінді қабынуы, қабыну үрдісі есту жолының сүйекті бөлігіне, тері асты қабатына, кейде дабыл жарғағына да таралуы мүмкін.

Диффузды отиттің себептері: термиялық, механикалық, химиялық жарақаттар немесе ірінді ортаңғы отит. Бейімдеуші факторлар – аллергия, оторея, зат алмасудың бұзылуы.

Жедел үрдіс кезеңінде құлақ жолының терісі ісінеді, диффузды гиперемия, отоскопияда және құлақ түйінін басқанда ауырсыну үдей түседі, дабыл жарғағы гиперемияланған, бөлінді жағымсыз иісті. Есту қабілеті қалыпты.

Емі. Қабынуға қарсы кең спектрлі антибиотикотерапия. Жергілікті ем ірінді бөліністі тез жоюға көмектеседі.

Отомикоз. Сыртқы есту жолында орналасатын саңырауқұлақтардан туындайтын ауру. Негізгі қоздырғышы көгертікші (зең), сонымен қатар ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар. Әдетте, жұмсақ, жұқа, қиындықсыз алынатын жабынды анықталады, түсі әртүрлі, ақшыл-сұрдан жасыл-қараға дейін болуы мүмкін. Науқастар қышуға және кейде ауырсынуға шағымданады.

Соңғы алынған мәліметтер бойынша, отиттердің ішінде оның көрсеткіші ересектерде 18,6%, балаларда 26,3% құрайды (Кунельская В.Я., 2009; Радциг Е.Ю., 2011).

Диагноз құлақтан алынған жағынды нәтижесі бойынша қойылады.

Негізгі **емі** – құлақты тазарту және саңырауқұлаққа қарсы жергілікті дәрі-дәрмектерді (клотримазол) пайдалану. Ағымы ауыр болған жағдайда флуконазолмен жүйелі антимикозды емдеу қолданылады.

Сыртқы құлақтың экземасы жиі кездесетін және науқасқа азап шектіретін ауру. Ол сыртқы құлақтың терісінің жергілікті тітіркену әсерінен немесе жалпы аурулар нәтижесінен дамиды. Экзема созылмалы ағымдағы, өршу кезеңі бар ауру.

Жедел сатысы эритематозды, ісіну негізіндегі везикулярлы-пустулярлы бөртпемен және суланумен сипатталады. Кейіннен

қабыршақтар түзейді. Сыртқы есту жолында сызаттар (жарықтар) қалыптасып, беткейіне жағымсыз иісті бөліністер жинақталады. Созылмалы түріне ауысса, терісі құрғап, жұқарады және беткейінен қабыршақты түзілістер анықталады.

Экземаның этиологиялық факторы: терінің механикалық, химиялық және термиялық жарақаттары. Экземаның себептері нейрогенді және аллергиялық теориялармен түсіндіріледі. Ішкі-тері рефлексі және эндокриндік жүйенің зақымдануы, абдоминалды мүшедегі өзгерістер, терінің функционалды бұзылыстарына ықпал етеді.

Негізгі шағымы – құлақтың үнемі қышуы және аз ғана ауырсыну. Қышуы соншалықты қарқынды болғандықтан, науқас жиі құлағын тырнауға мәжбүр болады. Экзема көбінесе экссудативті диатезбен ауыратын балаларда кездеседі.

Емі: ең алдымен, қышуды басуға, құлақты тазартуға бағытталады, аллергияға қарсы және жалпы әлдендіретін ем тағайындалады.

Қабыну ауруларынан басқа, басты қызметі есту қабілетін төмендететін, құлық бездерінің бұзылыстарынан түзілген, **құлақ құлығы (құлақ тығыны) (cerumen)**. Құлақ құлығында кепкен құлық қоспасы, құрамында май бездерінің бөліндісі және қабыршақты эпителий бар. Түсі қоңырқай немесе қара-қоңыр. Әдетте, сөйлеу және шайнау кезінде, алдыңғы қабырғаның тербелісінен есту жолында құлықты бөліністен өздігінен тазару жүреді.

Дыбыс өткізгіш қызметінің бұзылуы түрінде құлақтың бітелуі және сыртқы есту жолы толықтай жабылған кезде есту қабілетінің төмендеуі сезіледі. Диагноз негізделеді анамнезіне және отоскопиялық көрінісіне.

Құлық тығынын алу әдістері – аспаптық қырып тазалау, аспирация, жуу және церуменолизис. Құлық тығыны Жане шприці арқылы жылы сумен жуылады. Кейде жуу алдында тығынды есту жолынан аздап ажыратып алу керек, сонда тығын қиындықсыз алынады.

Церуменолизис - жұмсартатын және ерітетін дәрі-дәрмектерді (3% сутегі асқын тотығы ерітіндісі, ремо-вакс, ауди-беби, ауди-спрей, церумекс, А-церумен және т.б.) пайдалану арқылы құлық тығынын алу, ол өте көне және қатерсіз тәсіл. Осы дәрілерді алдын алу мақсатында қолдануға да болады.

Жедел ортаңғы отит (ЖОО) – бір немесе бірнеше белгілермен (құлақтың ауыруы, дене қызуының көтерілуі, оторея, есту қабілетінің

төмендеуі, балаларда – тынышсыздану, тітіркену, құсу, диарея) көрінетін дабыл қуысы шырышты қабығы және емізікше өсіндінің жедел қабынуы. Көбінесе ерте жастағы балаларда кездеседі. ЖОО себепші факторлары жоғарғы тыныс жолдарының инфекциясы.

Аурудың ұзақтығы 3 аптадан аспайды, ем қабылдамаса да, ортаңғы құлақтың анатомиялық құрылымының бүтіндігі сақталып және есту қабілеті толықтай қалпына келіп, өздігінен сауығады. Бірақта, ұзаққа созылса, қайталанатын (рецидивті) ЖОО немесе созылмалы ортаңғы отитке ұласуы мүмкін, ол кереңдікті және өмірге қауіпті бассүйек ішілік асқынуларды тудырады.

Ортаңғы құлақ қабыну белгілері сақталып, 3-12 ай ішінде антибиотикотерапияның бір немесе екі курсы қабылданса, онда бұл ұзаққа созылған жедел ортаңғы отит (ҰСЖОО) деп бағаланады. Қайталанатын (рецидивті) жедел ортаңғы отит (ҚЖОО) 12 ай ішінде 3 немесе одан да көп ірің ағумен сипатталады.

3 жасқа дейінгі балаларда ЖОО жиілігі 71% құрайды. Балалардың 95% -ы 7 жасқа дейін, кем дегенде бір рет ЖОО-пен ауырады. Ересектерде ЖОО және созылмалы іріңді ортаңғы отитінен кейін, 25,5% сенсоневралды құлақ мүкістігі дамиды.

ЖОО, ҰСЖОО және ҚЖОО дамуына бейімдеуші факторлар: ата-аналарының шылым шегуі, көктем, қыс мезгілінде баланың туылуы (респираторлы инфекциялардың эпидемиясы), респираторлы вирусты инфекция немесе конъюнктивиттің болуы, мектепке дейінгі мекемелерге баруы.

ЖОО патогенезінің негізгі теориясы, есту түтігінің дисфункциясы. Есту түтігінің өткізгіштігінің бұзылуы, оның механикалық бітелуімен (шырышты қабықтың ісінуі, аденоид, мұрын-жұтқыншақ жаңатүзілістері) немесе оның ашылу механизмінің төмендеуінен туындаған функционалды бұзылыс.

Екі механизм де дабыл қуысындағы теріс қысымның қалыптасуына және сұйықтықтың жиналуына әкеледі, бастапқыда сұйықтық стерилді болуы мүмкін, бірақ микрофлора немесе вирус енгеннен кейін, қабыну үрдісі дамиды.

Балаларда ЖОО, ҰСЖОО және ҚЖОО дамуына әртүрлі факторлар ықпал етеді:

1. *Анатомиялық.* Жаңа туған нәрестенің есту түтігі ересек адамдардан 2 есе қысқа. Саңылауы кең, көлденең, жұтқыншақ тесігі қатты таңдай деңгейінде орналасқан. Балаларда дабыл қуысындағы миксоидты тінде ыдырау немесе физиологиялық қабыну үрдісі жүріп

жатады; жұтқыншақ бадамшабезінің ұлғаюы есту түтігінің сағасын жауып, жиі қайталанатын қабыну үрдісіне бейімдейді.

2. *Физиологиялық.* Көп жағдайда, анасы баланы жатқан күйде емізеді, бала кекірген кезде асқазаннан шыққан бөлініс есту түтігіне енеді;

3. *Иммунологиялық.* Алғашқы иммунотапшылығы бар, сондай-ақ ЖИТС-мен ауыратын балаларда ЖОО жиі қайталанатын, осы ауруға күдік тудыратын, белгілерінің бірі болып табылады.

4. *Генетикалық.* Генетикалық бейімдік: жақын ағайындардың, егіздер және үшемдер арасында алынған деректермен дәлелденді.

Балаларда жедел ортаңғы отиттің ағымы, науқастың жалпы жағдайына байланысты. Балалардағы жедел ортаңғы отиттің ерекшелігі, ересектерге қарағанда есту түтігінің кең болуына байланысты, көп жағдайда дабыл жарғағының тесілуі болмайды.

Ортаңғы құлаққа инфекцияның енуінің үш жолы:

- тубагенді (тубарлы) (есту түтігі арқылы);
- жарақаттық (транстимпаналды) – дабыл жарғағы зақымдалғанда;
- гематогенді инфекцияның қан ағымымен енуі (тұмау, паратұмау, іш сүзегі, қызамық және т.б.).

ЖОО-ның негізгі қоздырғыштарын анықтауда тимпанопункцияның атқаратын міндеті өте маңызды. Сыртқы есту жолынан немесе мұрын-жұтқыншақтан алынған жағынды, нақты мәлімет бермейді.

ЖОО, ҰСЖОО және ҚЖОО-те дабыл қуысындағы пунктат құрамындағы негізгі қоздырғыштар пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) және *Haemophilus influenzae*, балаларда да, осы микроорганизмнің әртүрлі штамдары мұрын-жұтқыншақта орналасады.

Осы екі микроорганизм қосындысы бактериялық қоздырғыштардың 60%, *Moraxella catarrhalis* (3–10%), *Streptococcus pyogenes* (2–10%) және *Staphylococcus aureus* (1–5%) құрайды. Дабыл қуысынан алынған жағынды 20% жағдайда стерилді болады. ЖОО-да 10% -ға дейін вирустармен шақырылады деген болжам айтылады.

Қабыну үрдісі ортаңғы құлақтың шырышты қабығының барлық бөлігін қамтиды, бірақ негізгі процесс дабыл қуысында орналасады.

Клиникасы. Жедел ортаңғы отиттің клиникалық көрінісі 3 кезеңге бөлінеді: тесілуге дейін, тесілу кезеңі және репаративті.

Тесілуге дейінгі кезеңінде ауырсынуға және естудің төмендеуіне шағымданады. Науқас өте мазасыз, құлағы қатты шаншып ауырады.

Ерте жастағы балалардағы клиникалық ерекшелігі: ауру құлағын анасының кеудесіне немесе көпшікке үйкейді, жасы алты айдан асқан болса, онда ауру жақ құлағына қолын апарады. Дабыл қуысындағы шырышты қабаттың инфильтрациясынан экссудаттың жиналуынан, тіл-жұтқыншақ және үштік жүйкелерінің ұштары қысылып, соның нәтижесінде ауырсыну пайда болады. Ауырсыну самай және тіске қарай беріледі, жұтынғанда, жөтелгенде ауырғаны күшейе түседі.

Наукастар құлақтың шулауына және оның бітелуіне шағымданады. Естудің төмендеуі дыбыс өткізгіштіктің бұзылысы түрінде көрінеді. Бұл үдеріс кезінде дабыл жарғағы мен есту сүйекшелерінің қозғалғыштығы шектеліп, есту қабілеті төмендейді. Егер отиттің қоздырғышы вирус болса, дыбысты қабылдау да бұзылуы мүмкін.

Отоскопияда: бастапқы сатысында, дабыл жарғағы керіліп, балғашықтың сабы бойында қан тамырларының инъекциясы анықталады. Содан кейін, оқшауланған гиперемия жайылып, жарғақтың айрықша белгілері жойылады. Дабыл жарғағы сыртқы есту жолына қарай ығысады. Вирусты жедел ортаңғы отитте, дабыл жарғағы беткейінде қанмен толыққан, түсі қызыл-көк көпіршіктер пайда болады.

Тесілу кезеңі аурудың 2-3-ші күнінде қалыптасады. Дабыл жарғағы тесілгеннен кейін ауырсыну басылып, науқас тынышталады. Шағымы-құлақтан ірің ағуы. Жалпы жағдайы жақсарып, дене қызуы төмендейді. Тесіктен пульсирующий (лүпілдеген) рефлекс анықталады, ірің тербеліп, перфорация арқылы кішкентай тамшымен бөлінеді.

Жедел ортаңғы отитте үлкен көлемдегі тесілудің болуы өте сирек. Тесіктің көлемі инфекцияның вируленттігіне тәуелді, дабыл жарғағының үлкен көлемде зақымдануы қызылша, қызамық, туберкулез ауруларында жиі кездеседі. Ірің ағу 10 күнге дейін созылуы мүмкін.

Репаративті кезең. Аурудың ағымы қолайлы болса, құлақтан ірің ағуы тоқтап, дабыл жарғағындағы тесік өздігінен жабылады. Субъективті белгілер жойылып, дабыл жарғағының түсі қалпына келеді. Есту түтігінің желдеткіш қызметінің қалпына келуінен, есту қабілеті бірте-бірте жақсарады. Микрофлораның патогенді дәрежесі жоғары болып, ағзаның жалпы қарсылығы төмендеген жағдайда немесе жеткіліксіз ем тағайындалса, онда болжамы қолайсыз болуы мүмкін:

- дабыл жарғағында тұрақты тесіктің қалыптасуы;
- созылмалы ортаңғы отитке ауысуы;

- адгезивті процестің дамуы;
- асқынулар: ірінді мастоидит, лабиринтит, менингит, мишық, ми абсцесі, сигма тәрізді синустың тромбозы және сепсис.

ЖОО-тің диагностикасы шағымына, анамнезіне және аспаптық зерттеулерге негізделген.

Отоскопияда: дабыл жарғағының гиперемиясы мен қалыңдауы, оның томпауы мен қозғалғыштығының шектелгені анықталады. Оптикамен қарау кезінде, көбінесе саңылау тәрізді тесік айқындалады, беткейі ісінген шырышты қабықпен жабылған (ҰСЖОО немесе ҚЖОО көбінесе). Егер клиникалық көрініс айқын болмаса, балада арнайы емес симптомдар басым (тітіркену, диарея және т.б.), қорытынды диагноз отоскопиялық көрініске негізделеді. Дабыл жарғағын қарау, әсіресе жас балаларда, өте қиын, отоскопиялық көріністі айқындау да, дәрігерден аса жоғарғы кәсіби тәжірибесін талап етеді. Балаларда сыртқы есту жолы тар және түзу емес, ал дабыл жарғағы (10-20°) көлденең жазықтықта орналасқан. Сыртқы есту жолынан құлықтан немесе десквамацияланған эпидермистен тазартқан кезінде, бала мазасызданып жылайды, сол кезеңде дабыл жарғағы бірден қызырып, ЖОО-тің клиникасы пайда болады.

Отоскопия кезіндегі осы қиындықты ескеріп, диагнозды нақтылауда және ем тағайындауда шешімді педиатр дәрігері емес, тәжірибелі ЛОР маманы қабылдауы тиіс. Ол жағдайда сыртқы есту жолын тазарту үшін, дабыл жарғағын көруге және тимпанопункция көрсеткіш болса, балаларға жалпы наркоз қолданылады. ЖОО, ҰСЖОО және ҚЖОО-ның диагностикасында тимпанометрия және аудиометрия, екінші кезектегі зерттеу әдісі, оны көбінесе ересектерде қолданады.

Жас нәрестеде ЖОО клиникасы айқын болмайды, бала мазасыз, айқайлайды, басын оңға, солға бұрады немесе шайқайды, ауырған құлағын жастыққа үйкейді. Педиатр дәрігерлер құлақ түйінін басу арқылы отитке диагноз қояды, көп жағдайда жалған - оң мәнді реакция береді. Бұл тәсілді бала ұйықтап жатқанда қолданған нәтижелі.

Емі: жедел ірінді ортаңғы отитті емдеу, аурудың кезеңіне байланысты. Тесілуге дейінгі кезеңде басты мақсат - ауырсынуды басу. Бұл бағытта жергілікті және жалпы шаралар қолданады. Жергілікті әртүрлі тамшылар қолданылады: анауран, дроплекс, комбинил-ДУО, ниотит, отипакс, отирелакс және ауру құлақ аймағына жылы басу (15минутқа). Одан да басқа есту түтігінің дренаждық қызметін қалпына

келтіру немесе дабыл жарғағын тіліп, дабыл қуысын іріңнен босату қажет (парацентез).

Парацентез балаларда жиі қолданылады, себебі балалардың дабыл жарғағы ересектермен салыстырғанда қалың, өздігінен жарылуы ұзаққа созылады және аурудың жалпы белгілері айқын. Сонымен қатар, балаларда сүйек жіктері бітіспеген, сол жік арқылы іріңді экссудат бассүйек қуысына еніп, бассүйек ішілік асқынулар даму қаупі жоғары. Парацентез дабыл қуысында қысым жоғары болғанда жасалады, оның белгілері: құлақтың қатты ауырсынуы, жоғары температура. Негізгі жергілікті белгісі – дабыл жарғағының томпаюы және пальпация кезінде емізікше өсінді аймағының ауырсынуы.

Аурудың басталған мезгілі де үлкен рөл атқарады. Әдетте, жедел ортаңғы отитте, тесілу 2-3-ші күні түзіледі. Сондықтан, егер нәтижелі емнен кейін, клиникалық белгілері азаймаса, 4-5-ші күні парацентез жасалады.

ЖОО-ті емдеуге тағайындалады:

- құрамында кортикостероидтар бар, жергілікті бактерияға қарсы дәрі-дәрмектер (құлақ тамшылары);
- жергілікті осмотикалық белсендігі жоғары және бактерияға қарсы препараттар (құлақ тамшылары);
- анальгетиктер, стероидты емес қабынуға қарсы препараттар;
- жергілікті және жүйелі деконгестанттар;
- антигистаминдер;
- мұрын қуысын тазарту және анемизациялау, есту түтігінің анемизациясы және катетеризациясы;
- жүйелі антибактериялық терапия;
- мириготомия және дабыл жарғағына шунт орнату.

Мастоидит - жедел ортаңғы іріңді отитте жиі кездесетін асқыну. Жедел ортаңғы отиттен кейін мастоидит ересектерде 0,15-1%, ал балаларда 1:400 (0,24%) ең жиі кездесетін асқынуы.

Ол емізікше өсіндідегі жасушалардың шырышты қабатындағы қабыну үрдісі сүйек тініне өткенде пайда болады. Бұл асқыну емізікше өсіндінің пневматикалық түрінде жиі кездеседі. Қарапайым (жай) мастоидиттің патоморфологиясы, өсінді жасушаларының мукопериост қабынуымен сипатталады, қабыну үрдісі жасушалар арасындағы сүйек қоршауына тарап, оның бұзылуына және еруіне ықпалын тигізеді. Екіншілік мастоидит жедел ортаңғы іріңді отиттен кейін немесе оның әсерінен (фонында) дамиды. Біріншілік мастоидит өте сирек, тек емізікше өсіндінің жаракатында кездеседі.

Мастоидитке бейімдеуші факторлар:

1. Инфекцияның жоғары вируленттілігі.
2. Әртүрлі созылмалы ауруларға байланысты ағзаның жалпы қарсылығының төмендеуі.
3. Дабыл қуысынан экссудаттың шығуының қиындауы.
4. Емізікше өсіндідегі үңгір кіреберісінде бөгеттің болуы.
5. Жедел ортаңғы отитті, нәтижелі емдемеу.

Мастоидитті баяу жарылатын жарылғышпен салыстыруға болады.

Ірің шығу жолын тапқанға дейін, емізікше өсіндінің эмпиемасы айқындалмайды (Солдатов И.Б., Гоффман В.Р., 2000).

Мастоидиттің үштік симптомы бар:

- оторея (ірің қаймақ тәрізді, сасық иісті)
- мастоидты өсіндіні басқанда ауырсынады,
- ретроаурикулярлы ісіну, құлақ қалқанының алға, төмен қарай ығысуы.

Мастоидиттің патогномиялық симптомы: периоститтің әсерінен, сыртқы есту жолының артқы-жоғарғы қабырғасының сүйекті бөлігі төмен қарай ығысады. Кейде бұл аймақтан жыланқөз (фистула) түзіледі де, сол арқылы ірің сыртқы есту жолына қарай ағады.

Құлақ ішінен тамыр соғысы (пульсация) сезіледі. **Мастоидиттің айқын белгісі - тері астындағы кортикалды қабат арқылы іріңнің тесіп шығуы (субпериосталды абсцесс).**

Мастоидит диагностикасындағы негізгі әдіс - Шуллер бойынша самай сүйегінің рентгенографиясы және компьютерлік томографиясы. Бұл зерттеу әдісінде кезінде ауалық құрылымның өзгеруінен пневматизациясы төмендейді де және емізікше жасушалары күңгірттенеді.

Егер емізікше өсіндінің ұшындағы жасушалардан, ірің мойын фассия аралық кеңістігіне өтсе, онда мойын ұшы мастоидиті (Бецольд, Чителли, Орлеанский, Муре) дамиды.

Бецольд мастоидитінде ірің емізікше өсіндінің ішкі қабырғасын тесіп, мойын бұлшықеттерінің төменгі жағына және көкірек аралық пердеге таралып, медиастинит дамуы мүмкін. Мастоидиттің басқа түрлерінде іріңнің жарып шығуы, емізікше өсінді ұшының incisura digastrica аймағы арқылы болуы мүмкін.

Қабыну үрдісі шырышты қабықпен бірге, сүйекті тінге таралатындықтан, мастоидит хирургиялық жолмен емделеді.

Мастоидотомияға көрсеткіштер:

- отогенді бассүйек ішілік асқынулар;

- субпериосталды абсцесс;
- КТ-да емізікше өсіндіде ауалық жасушаларының іріңмен бұзылуы (еруі);
- бет жүйкесінің салдануы.

Операцияның мақсаты емізікше өсіндідегі, *planum mastoideum* арқылы үңгірді және оның айналасындағы зақымдалған жасушаларын ашып, ішін іріңнен, патологиялық сүйекті тіндерден тазарту. Операциядан кейін, үңгірде және тазартылған емізікше жасушалар аралығында үлкен қуыс қалыптасады. Операциядан кейін, трепанациялық қуыс іріңнен тазарғанша, есту қабілеті қалпына келгенше, қуыстың іші грануляциялық тінмен толғанға дейін, ашық қалдырылады.

Созылмалы ортаңғы іріңді отит

Созылмалы іріңді ортаңғы отиттің (СІОО) әлемдік деңгейдегі көрсеткіші 1-2%. Құлақ патологиясы ішінде алатын үлесі 27%. Пациенттердің негізгі тобы еңбекке қабілетті жастағы адамдар (25–50 жас), ал мектепке дейінгі және оқушылар арасында аурушандық 1% құрайды.

Созылмалы іріңді ортаңғы құлақтың қабынуы – шырышты қабатта және сүйек тінінде патологиялық өзгерістермен, трансформациялық аппараттың зақымдалуымен жүретін, негізінен үш белгімен сипатталатын ортаңғы құлақтың созылмалы қабынуы:

- дабыл жарғағында тұрақты тесіктің болуы;
- құлақтан уақытша немесе тұрақты түрде іріңнің ағуы;
- есту қабілетінің төмендеуі.

Созылмалы іріңді ортаңғы отит пайда болуына, ықпал етеді қоршаған орта мен әлеуметтік-экономикалық фактор.

Созылмалы іріңді ортаңғы отит оториноларингология саласындағы шешуін таппаған мәселелердің бірі, ЛОР дәрігері қабылдауында болған науқастардың үштен бірін құрайды (Пальчун В.Т., 1984; Пальчун В.Т және басқа да авторлар , 2002; Мингболотова П.А., Косяков С.Я., 2008).

Аурудың жиі қайталануы уақытша немесе тұрақты түрде еңбек ету қабілетін жояды. Одан да басқа қабыну үдерісі кезінде, инфекция бассүйек қуысына таралып, отогенді бассүйек ішілік асқынулар дамуы мүмкін, олардың өлім көрсеткіші 50% құрайды (Горохов А.А., 2000).

СІОО-тің этиологиясында патогенді флорадан кокктар басым және олар өзіндік полиморфизммен ерекшеленеді. Жедел ортаңғы отит кезінде қоздырғышы пневмококк болса, созылмалы ортаңғы отитте,

алтын түстес стафилококк және жиі стрептококк. Көбінесе протей, көк іріңді және ішек таяқшаларымен қатарлас жүреді. Созылмалы іріңді ортаңғы отиттің дамуында вирустардың атқаратын рөлі өте төмен. Осы қоздырғыштардың ішінде өзінің токсиндер мен ферменттердің әсерінен *P.aeruginosa* патогенді дәрежеде деструктивті әсерге ие.

Кейбір мәліметтер бойынша, отомикоз қоздырғышы созылмалы іріңді ортаңғы отитте 31,6% -ын құрайды (Кунельская В.Я., 2002). СІОО-те науқастардың 30%-ында иммунологиялық реактивтілігі төмен. Созылмалы ортаңғы іріңді отиттің патогенезіне талдау жасасақ, жедел ортаңғы іріңді отиттен кейін, адам ағзасында іріңді қабынудың сақталып қалуына ықпал ететін факторлар орны ерекше (Фейгин А.А., 2000). Оларды екі топқа бөлуге болады.

Бірінші топқа қоршаған ортаның антропогенді ластануы, кәсіби зияндылық, авитаминоз, қант диабеті, гипоксия, эндогенді улану және т.б.

Екінші топқа ортаңғы құлақ, жоғарғы тыныс жолдарының құрылымы мен топографиялық өзгерісіне байланысты анатомиялық ерекшеліктері, иммунитет тапшылығы, генетикалық бейімділік жатады.

Созылмалы іріңді ортаңғы отиттің дамуына мұрын және мұрын маңы қойнауларының, мұрын-жұтқыншақ және есту түтігінің патологиясы маңызды рөл атқарады. Жедел іріңді ортаңғы отитте, дабыл жарғағының тұрақты тесігі, ортаңғы құлақ қуысының аэрациясы бұзылған кезде қалыптасады.

Клиникасы. Ортаңғы құлақтағы патологиялық үрдістің ерекшелігіне және клиникалық ағымына қарай созылмалы іріңді ортаңғы отит үш түрге бөлінеді: мезотимпанит, эптитимпанит және аралас - эпимезотимпанит.

Созылмалы іріңді мезотимпанит- ортаңғы құлақтың тек шырышты қабығын зақымдалумен сипатталады. Мезотимпаниттің ағымы қолайлы. Оның өршуі жиілігі дабыл қуысының шырышты қабатына әсер ететін сыртқы қолайсыз факторлармен (құлаққа су кіру, қоршаған ортаның салқын болуы және салқын тию) байланысты. Өршу кезінде қабыну процесі дабыл қуысының барлық бөліктерін, яғни антрум, есту түтігін қамтыса, шырышты қабығының аз дәрежеде ісінуінен, антрум мен аттик қалталарының желдеткіш қызметі сақталып, ондағы патологиялық бөлініс есту жолына ешбір кедергісіз шыға алады, сол себептен қабыну процесі сүйекті зақымдамайды.

Тесік дабыл жарғағының керілген бөлігінде орналасады. Оның пішіні әртүрлі болады: бұршақ немесе таға тәріздес, көлемі нүкте тәріздіден, субтоталды тесілуге дейін.

Тесілудің түріне сәйкес диагноз қойылады, ал мезотимпаниттің, эпитимпаниттен айырмашылығы, *патологиялық процестің ортаңғы құлақтың шырышты қабатында шектелуі*.

Ауру ремиссия және өршу кезеңіне ажыратылады. Өршу сатысында, естудің төмендеуіне және құлақтан іріңнің ағуына шағымданады. Бөлініс көп мөлшерде, кілегейлі немесе кілегейлі-іріңді, ашық түсті, иіссіз болады. Дабыл қуысының медиалды қабырғасының шырышты қабығы қалыңдайды. Мезотимпаниттің асқынуы шырышты қабатта *грануляциямен, полиптерінің* пайда болуымен сипатталады және көп мөлшерде бөліністің бөлінуімен ерекшеленеді. Естудің төмендеуі, дыбыс өткізгіш бұзылыс түрінде болады, кейін - аралас түріне ауысады. Ремиссия кезінде, құлақтан ірің ағу тоқтайды. Есту қабілеті төмендейді, дабыл жарғағындағы тесік сақталады және оның жиектері мүйізгектенеді де, регенерациялық қабілеті жойылады.

Дабыл қуысындағы шырышты қабығының қайталамалы созылмалы қабынуынан жабыспалар (тыртықтар) пайда болып, соның нәтижесінде есту сүйекшелерінің қозғалысы шектеледі де, естуі төмендейді.

Созылмалы іріңді эпитимпаниттің ағымы - қолайсыз. *Қабыну процесінің сүйекті тінге таралуынан, баяу ағымдағы шектелген остеомиелит туындайды. Патологиялық процестің бұл түрінде ортаңғы құлақтағы шырышты қабығының ісінуі, инфильтрациясы және экссудациясы жоғары дәрежеде болады, одан да басқа аттик және антрумға кіреберісінің анатомиялық құрылымының ерекшеліктеріне тікелей байланысты. Аттиктегі қатпарлармен, қалталар және антрум кіреберістерінің тар болуы - ортаңғы құлақ қуысының вентиляциясын бұзып және қабыну кезінде патологиялық бөліністің шығуына кедергі жасайды. Көп жағдайда үрдіс антрум мен аттиктің қабырғаларын, балғашық пен төстікті, ал сирек жағдайда үзеңгі зақымдайды.*

Кейде аттиктің аймағы өзгермеуі де мүмкін. Бұл кезде отоскопиялық көріністен күдік туындайды, себебі дабыл жарғағының керілген бөлігі өзгеріссіз. Мезотимпанум есту түтігі арқылы жақсы вентиляцияланады және дабыл жарғағының барлық ерекше белгілері айқын көрінеді. Мұқият қарасақ, балғашықтың қысқа өсіндісінің үстіңгі жағынан тесікті немесе оны жауып тұрған қабыршақты көруге

болады. Қабыршақты алғанда дабыл жарғағының керілмеген бөлігінде ақау анықталады. Бұл эптитимпанитке тән «жиекті тесілу».

Бұл бөлікте тесілу таға тәрізді бола алмайды, себебі бұл жерде керілген бөлігіндей жарғақты сүйектен бөліп тұратын шеміршекті сақина жоқ. Дабыл жарғағы ривиниев тіліктің, сүйекті жиегіне бекиді. Аттиктің сүйекті құрылымы зақымдалғанда, сонымен бірге жиектік тесілу (перфорация) қалыптасады.

Бөлініс қоймалжың, іріңді, аз мөлшерде, кейде тіпті кепкен қабыршаққа айналып, тесікті жауып тұрады. Бөліністің болмауынан, ауру қолайлы деп ойламау керек. Керісінше, құлақ сүйегіндегі бұзылыс тереңде орналасады. Остеомиелиттің белгісі – скатол, индол және анаэробты инфекцияның әсерінен, бөлініс сасық иісті болады. Сүйек кариесі аймағында грануляция, полиптер түзіліп, есту сүйекшелерінің тізбегін бұзады.

Іріңді ағудан басқа, науқас бас ауруға шағымданады. Латералды жарты шеңбер каналының қабырғасының кариесінен, бас айналу пайда болады. Құлақ түйінін сыртқы есту жолына қарай басқанда, ауру жақ құлақ жағында прессорлы нистагм байқалады.

Тесік көлемінің кіші және есту сүйекшелері тізбегі сақталғанға қарамастан, естуі мезотимпанитпен салыстырғанда төмен болады. Мезотимпанитте - құлақтағы шу көбінесе төменгі жиілікте болады. Ұлудағы рецепторлық түзілісте қабыну өнімдерінің токсикалық әсерінен, естудің төмендеуі бастамасында кондуктивті, кейін аралас, соңында сенсоневралды сипат алады.

Эпитимпанитте кейде екіншілік холестеатома пайда болады. Холестеатома - эпидермалды қабықтан, оның ыдырау өнімдерінен және холестериннен құралған. Холестеатоманың түзілуі - сыртқы есту жолының көп қабатты жазық мүйізді эпителийі дабыл жарғағының шетіндегі тесік арқылы енуінен пайда болады. Эпидермалды масса дәнекер тіннен тұратын – матрикспен қоршалған, оның эпителиалды жамылғысы бар, ол сүйекке жармасып бітісіп кетеді. Үздіксіз жиналған эпидермалды массалар, холестеатоманың көлемін үлкейтіп, ол өз қысымымен сүйекті тінді бұзады. Сонымен қатар, сүйектің зақымдануына холестеатомадан бөлінетін химиялық компоненттер (коллагеназ ферменті) және сүйек тіннің ыдырау өнімдері де, зиянды ықпалын тигізеді. Холестеатома, көбінесе аттик пен антрумда орналасады.

Эпитимпанитте көбінесе сүйекті тін зақымдалады, бірақта мезотимпанитте кейде грануляция, полиптер пайда болады.

Холестеатомада сүйек тінде ыдырау қарқынды жүреді, сондықтан асқынулар өте жиі кездеседі. Горизонталды жарты шеңбер каналының фистуласынан басқа, бет жүйкесінің парезі, лабиринтит және әртүрлі отогенді бассүйек ішілік асқынулар кездеседі.

Эпитимпаниттің диагностикасында КТ және Шюллер, Майер бойынша самай сүйегінің рентгенографиясы қолданылады. Бала кезінен ауыратын науқастарда емізікше өсіндідегі склерозды көріністің аралықтарынан, сүйектік деструкция айқындалады.

Емі: созылмалы іріңді ортаңғы отиттің емдеу тактикасы, оның түріне сәйкес жүргізіледі. Негізгі мақсат - ортаңғы құлақтағы қабыну процесін жою, есту қабілетін қалпына келтіру, сондықтан созылмалы отиттің толық емі - есту қабілетін қалпына келтіру операциясымен аяқталу керек.

Мезотимпанитте ем көбінесе консервативті, жергілікті қабынуға қарсы ем жүргізіледі. Эпитимпанитте сүйек остеомиелитін және холестеатоманы жою, тек хирургиялық жолмен жүзеге асырылады. Көп жағдайда консервативті ем мезотимпанит пен эпитимпаниттің ажырату диагностикасында және науқасты операцияға дайындау кезінде қолданылады. Лабиринтит, бет жүйкесінің парезі және бас сүйек ішілік асқынулар, жедел кең ауқымдағы хирургиялық емді қажет етеді.

Консервативті емді қабыну процесіне себепкер, шырышты қабығындағы грануляция мен полиптерді алудан бастайды. Ұсақ грануляцияны немесе шырышты қабығындағы үлкен ісінулерді 20-30% күміс нитраты ерітіндісімен күйдіреді. Көлемі үлкен грануляцияны, полипті хирургиялық жолмен алады.

Жедел іріңді ортаңғы отиттегі сияқты, бұнда да құлақты күн сайын тазартады.

Тазартқаннан кейін құлаққа әртүрлі дәрілер тамызады және жақпамайлар қолданылады. Қолдану әдісі қабыну үрдісінің фазасына және дерматологиялық принципке байланысты жүргізіледі (ылғалдыға-сулы, құрғаққа-құрғақ), сол себепті бірінші кезекте ерітіндімен жуып, кейін дәрі-дәрмектерді пайдаланған жөн.

Көбінесе ерітінді негізінде сұйық дәрі-дәрмектер (1% диоксидин ерітіндісі, кандибиотик, отофа, ципролет және т.б.) қолданылады..

Антибиотиктерді микрофлораның сезімталдық сәйкестігіне байланысты, тағайындайды. Ұзақ қолданса грануляция өсіп және дисбактериоз дамуы мүмкін. Ототоксикалық антибиотиктерді қолдануға тыйым салынады.

Қабынуға қарсы және гипосенсибилизациялық әсері бар глюкокортикоидтар пайдаланылады (гидрокортизон эмульсиясы, преднизолон, флуцинар және т.б.). Шырышты қабатындағы ісінуге қарсы аурудың бастамасынан-ақ гидрокортизон эмульсиясын қолданған жөн. Кортикостероидты жақпаларды, аурудың соңғы фазаларында пайдаланылады. Тұтқыр бөліністі еріту үшін және дәрілік заттардың тез сіңірілуін жақсарту үшін ферментті препараттарды қолданады (трипсин, химотрипсин).

Биогенді препараттарды (желе және жақпамай түріндегі солкосерил) және табиғи антибиотикті (новоиманин, хлорофиллипт, сангвиритрин, эктерицин, лизоцим) қолдану жақсы нәтиже береді.

Есту түтігінің өткізгіштігін жақсарту үшін, мұрынға тамыр тарылтқыш препараттар тағайындалады. Құлақ түйінін басу әдісімен дабыл қуысы арқылы дәрі-дәрмектер енгізіп, есту түтігінің шырышты қабығындағы қабынуды жояды. Құлаққа дәріні тамызған соң, қарсы жағына басын қисайтып, құлақ түйінінің ішіне қарай басады.

Эпитимпанитте диагностикалық және емдеу мақсатында аттик Гартман канюлясымен жуылады. Жуғанда ірің және холестеатоманың қабыршағы шығып құлақтың ауырсынуы азаяды. Аттікті жууға тек спирттік препараттарды қолданады, себебі холестеатоманың гидрофилділігі жоғары болуына байланысты, оның көлемінің ұлғайып құлақтың ауырсынуы пайда болады.

Емге жақсы қосымша нәтиже беретін физиотерапиялық әдістер: эндоауралды ультракүлгін сәулесін, дәрілік заттармен электрофорез, УЖЖ және т.б.

Жергілікті еммен қоса, ағзаның жалпы реактивтілігін жоғарылататын дәрі-дәрмектерді тағайындайды. Тағам құрамына дәруменге бай тамақтарды қосамыз, көмір сутегін шектейміз.

Созылмалы іріңді ортаңғы отитпен ауыратын науқасқа салқын желді күні құлағын жабу және шомылғанда құлаққа су кіргізбеу жөнінде ескерту қажет. Жуынған, шомылған кезде сыртқы есту жолын вазелин немесе өсімдік майы сіңірген мақтамен жабу керек. Басқа уақытта құлақты ашық ұстайды, себебі ауа құрамындағы оттегі бактериоциттік қасиетке ие, ал сыртқы есту жолын жабу микроорганизмдердің өсуіне қолайлы термостатикалық жағдай жасайды.

Созылмалы іріңді ортаңғы отиттегі *хирургиялық ем*, ортаңғы құлақтың дыбыс өткізу аппаратына қызметін қалпына келтіруге, яғни

естуді жақсарту және самай сүйегіндегі холестеатоманы мен остеомиелиттің патологиялық ошағын жоюға бағытталған.

Хирургиялық емге көрсеткіш:

- лабиринтит, бет жүйкесінің параличі және отогенді бассүйек ішкілік асқынулар;
- асқынулардың алдын алу мақсатында жоспарлы түрде самай сүйегіндегі инфекцияны жою;
- санациялық операциядан соң, біраз уақыттан өткеннен кейін (3-6 ай), дыбыс өткізу аппаратының қызметін қалпына келтіру;
- бір мезгілде (кезеңде) ортаңғы құлақтағы патологиялық процесті алумен қатар, дыбыс өткізгіш аппаратының қызметін қалпына келтіру,
- дабыл қуысындағы тыртықты үрдістерді ажырату және дабыл жарғағындағы тесікті жабу;
- дабыл жарғағының тесігіне пластикалық операция.

1899 жылы Кюстер мен Бергман өздерінің радикалды операциясын ұсынды, олар емізікше тәрізді өсіндіні, антрум, аттикті сыртқы есту жолымен қосты.

Операцияда құлақ арты аймағынан тілік жасалып есту сүйекшелерін, аттиктің латералды қабырғасын, сыртқы есту жолының артқы бөлігін алып және ортаңғы құлақтағы шырышты қабағындағы барлық патологиялық түзілісті қырнап алып тастайды.

Бұл хирургиялық ем бассүйек ішілік асқынулардың алдын алу шаралардың бірі, бірақ операция кезінде есту қызметі зақымдалып және вестибулярлы функциясы бұзылады. Осы себептерге байланысты В.И.Воячек өзінің *консервативті радикалды операциясын* ұсынды. Ол тек патологиялық өзгеріске ұшыраған сүйекті тіндерді және шырышты қабығын алып, зақымдалмаған дабыл жарғағы мен есту сүйекшелерін сақтап қалуды ұсынады. Бұл операцияда: аттик пен антрум сыртқы есту жолымен біріктіріледі, аттикоантротомия деген атауға ие.

Бассүйек ішілік асқынулар бойынша шұғыл радикалды операция кезінде қатты ми қабығы мен сигма тәрізді синус ашылады, бірақ барлық мүмкіншілік бойынша дыбыс өткізгіш аппарат элементтерін сақтап қалуға ұмытылады. Операцияның соңында, операциялық қуысқа меотимпаналды лоскутпен пластика жасалады. Операцияда радикалды принцип негізіндегі сияқты емізікше тәрізді өсіндінің ұяшық жүйесі ашылады, дабыл қуысының дыбыс өткізгіш құрылымы сақталып қалады.

Соңғы уақытта, аттикоантротомия кезінде сыртқы есту жолының артқы қабырғасының ішкі бөлігін қалдырып, антрум мен аттикті бөлектеу әдісі қолдана бастады. Антрум емізкіше тәрізді өсіндіден, ал аттикті есту жолы арқылы ашады. Операцияға оқшауланған аттикоантротомия деген атау берілген. Антрум қуысына дренаж енгізіледі, сол арқылы әртүрлі дәрілік ерітінділермен жуады. Қазіргі кезде аттиктің латералды қабырғасын және есту сүйекшелердің тізбегін сақтап, қайта қалпына келтіру әдісі ұсынылады. Аттиктің латералды қабырғасын және есту жолының артқы қабырғасын кішірейтудегі мақсат, дабыл қуысының үлкен көлемін, дабыл жарғағының қалыпты жағдайын сақтап қалуға мүмкіндік береді, бұл әрекетте операцияның нәтижелігі арта түседі.

Операциядан кейінгі қуыстағы пластикалық операциялар құлақтың радикалды оталарында қолдана басталды. Бос емес меаталды лоскутты операциялық қуыстың артқы бөлігін жабуға пайдаланды. Бұл әдіс қуыстың эпителизациясын тездетеді. Воячектің аттикоантротомия операциясында меатотимпаналды лоскутпен дабыл жарғағының тесігін жабады және эпителизацияның өсуін жеделдетеді.

Қазіргі уақытта тимпаноластика, ортаңғы құлақтың дыбыс өткізу аппаратының сақталған элементтерін қолдану арқылы жүзеге асады, оның өткізгіштігі толық немесе жартылай жоғалған болса, онда трансформациялық реконструкциялық механизміне әртүрлі материалдарды қолданылады (сүйек, шеміршек, фасция, вена, майлар, склера, керамика, пластмасса және т.б.).

Тимпаноластиканы созылмалы іріңді ортаңғы отитте, жиі адгезивті ортаңғы отитте, жарақаттарда және құлақтың аномалиялық ақауларда қолданады. Операцияға дейін, құлақ алты ай бойы құрғақ болуы керек. Тимпаноластиканың алдында аудиологиялық тексерістен өтеді, ұлудың резервін (қызметін), есту түтігінің вентилициялық функциясын анықтайды. Есту түтігінің қызметі мен дыбысты қабылдау айқын бұзылса, тимпаноластиканың нәтижесі төмен болады. Прогностикалық (болжам) тест көмегімен - Кобрактың мақта сынамасы арқылы, операциядан кейінгі есту қабілетінің қалпына келу нәтижелігін анықтайды.

Тимпаноластика кей жағдайда шектелген аттикоантротомия операциясымен бірге жасалады, хирург инфекция ошағын жоя алатынына сенімді болған жағдайда, бұл операция қолданылады. Егер сүйектің зақымдалуы көлемді болса, онда естуді қалпына келтіру

аттикоантромия операциясынан кейін, бірнеше айдан соң екінші кезеңде жасайды.

Тимпанопластикада зақымдалған құлақтың есту қабілетін қалпына келтіру, мына тәсілмен жүзеге асады: 1) дыбыс өткізудің трансформациясын күшейту; 2) лабиринт терезелерінің, көбінесе кіреберіс терзесін дыбыстардан қорғау (экрандау); 3) осы әдістерді біріктіру арқылы.

Wullstein H.L.(1955) тимпанопластиканы 5 түрге бөледі.

I түрі – мирингопластика дабыл тесігін трансплантатпен жабады, есту қабілеті 90-100% қалпына келеді.

II түрі - босатылған дабыл жарғағы немесе неотимпаналды мембрана балғашықтың басына, мойнына немесе балғашықтың сабына орналастырылады, есту нәтижесі 80%.

III түрі - мирингостапедопексия. Балғашық немесе төстік жоқ болғанда да трансплантат үзеңгінің басына орналастырылады. Құстардағы дыбыс өткізу типі бойынша “колумелла-эффект” пайда болады, оның құрылымында бір есту сүйекшесі - колумелла бар. Құрамында гипотимпанум, есту түтігінің саңылауы және лабиринттің екі терзесі бар кіші тимпаналды қуыс пайда болады (естуі жақсарады 55%).

IV түрі - ұлу терзесін экрандау. Үзеңгінің бүтіндігі сақталған, қалған есту сүйекшелері жоқ, трансплантат промоторумға орналастырылады, құрамында гипотимпанум, ұлудың терзесі және есту түтігінің саңылауы бар редукцияланған дабыл қуысы қалыптасады, есту қабілеті лабиринт терзелеріне әсер ететін қысым айырмашылығының нәтижесінде жақсарады (нәтижелігі 30-40 %).

V түрі - Лемперту бойынша (1938) горизонталды жартылай шеңберлі өзек фенестрациясы. Бұл кезде ортаңғы құлақтағы дыбыс өткізетін сүйекшелер түгел жойылып және үзеңгінің қозғалғыштығы шектеледі, горизонталды жарты шеңбер каналдың ампулярлы бөлігін ашып, трансплантатты соның үстіне орналастырылады, нәтижелігі 30-40%.

Мирингопластика, яғни дабыл жарғағының бүтіндігін толық қалпына келтіру. Жарғақ тесігін әртүрлі пластикалық материалдармен жабу немесе неотимпаналды мембрананы орналастырамыз.

Дабыл жарғағындағы шағын тесіктердің шетін жаңартып, фибринді желімді, амнион жұмыртқасының қабығын жабыстырады, сол арқылы эпителий және эпидермис өсіп шығады. Осы мақсатта БФ-6 және Колокольцева желімі пайдаланылады.

Құлақтың радикалды операциясында шеткі тесілу меаталды немесе меатотимпаналды бос емес лоскуттармен жабылады (Крылов Б.С., 1959; Хилов К.Л., 1960).

Созылмалы іріңді ортаңғы отиттің емдеу кезіндегі операцияның мақсаты: инфекцияның көзін жою, одан да басқа және естуді қалпына келтіруде хирургиялық әрекеттің ауқымдылығын кеңінен пайдалану. Жоспарлы операция кезінде бір мезгілде орындалу керек 3 кезең: ревизия, санация және пластика.

Әдебиеттер:

1. Бабияк В.И. Оториноларингология. Руководство. Том 2/ В.И. Бабияк, М.И. Говорун, Я.А. Накатис.- М.: 2019. - 832 с.
2. Бербом Х., Кашке О., Навка Т., Свифт Э. Болезни уха, горла и носа: пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 772.
3. Бобошко М.Ю., Лопотко А.И. Слуховая труба. СПб: Спецлит. 2003. - 360 с.
4. Герсдорф М., Жерар Ж.М Хирургия среднего уха: атлас . 2019. Лаборатория знаний - 152 с.
5. Карпищенко. С.А Заболевания наружного уха – СПб.: Диалог. 2012. - 320 с.
6. Кобрак Г.Г. Среднее ухо. М. Изд. медицинской литературы. 1963. - 435 с.
7. Косяков С.Я Избранные вопросы практической отохирургии., - М., МЦФЭР, 2012. - 224 с.
8. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов. - 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа., 2022. - 592 с.
9. Солдатов М.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология.. СПб. 2000. - 472 с.
10. Тимошенко П. А. Оториноларингология. учебное пособие / П. А. Тимошенко, В. С. Куницкий, Н. Ч. Буцель [и др.] ; под общ. ред. П. А. Тимошенко. Минск . Вышэйшая школа. 2014. - 432 с.

Бақылау сұрақтары:

1. Сыртқы құлақтың аурулары.
2. Диффузды іріңді сыртқы отит.
3. Дабыл қуысына инфекцияның ену жолдары.
4. Жедел іріңді отиттің даму кезеңдері.
5. Жедел ортаңғы отиттің емдеу қағидалары.
6. Парацентезге көрсеткіш.

7. Мастоидит, оның негізгі белгілері
8. АнтромастOIDотомияға көрсеткіштер.
9. Созылмалы ортаңғы отит, жіктелуі.
10. Созылмалы ортаңғы отиттің әртүрлі формаларының дифференциалды диагностикасы.
11. Холестеатома.
12. Созылмалы ортаңғы отиттің емдеу қағидалары.

Дәріс 9.

Отогенді бассүйек ішілік асқынулар. Менингит. Ми абсцесі. Сигма тәрізді (S) синустың тромбозы. Сепсис. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, емі

Қай істің болсын өнуіне үш түрлі шарт бар.

Ең әуелі ниет керек, одан соң күш керек, одан соң тәртіп керек.

М. Әуезов

Мақсаты. Отогенді бассүйек ішілік асқынуларды зерттеу, олардың этиологиясын, патогенезін, клиникасын және емдеу ережелерін талдау.

Тезистері:

1. отогенді бассүйек ішілік асқынулар: этиологиясы, патогенезі.
2. бассүйек қуысына инфекцияның ену жолдары.
3. отогенді диффузды іріңді менингит.
4. менингеалды симптомдар.
5. ми мен мишықтың отогенді абсцесі, отогенді сепсис.
6. клиникасы, диагностикасы.
7. емдеу ережелері.
8. алдын алу шаралары.

Көрнекі материал: презентация, кестелер, сызбалар.

Бұл аталған асқынулар, өмірге қауіп төндіретін аса қатерлі аурулар. Олар жедел немесе созылмалы отитте инфекцияның бассүйек қуысына енуімен сипатталады. Бұрын бассүйек ішілік асқыну жиілігі - 20,4%-ды құраса, қазіргі уақытта 1%-ға дейін. Соңғы В.Ф.Воронкиннің (2000) деректері бойынша ересектерде - 6,8%-ды, ал балаларда - 25,5%-ды құрайды. Жіктемесі: отогенді іріңді менингит, ми мен мишық абсцесі, сигма тәрізді синустың тромбозы және отогенді сепсис. Кей кезде бұл асқынулар бірге кездеседі: синус тромбоз және мишықтың абсцесі, менингит және ми абсцесі. Ерте жастағы балалардағы жиі бассүйек ішілік асқынулардың бірі - менингоэнцефалит.

Асқынулардың этиологиясындағы қоздырғыштар, әртүрлі бактериалық флора. Токтала кететін тағы бір жағдай, бұл аурулардың генезінде самай сүйегінің жергілікті қабынуы маңызды рөл атқармайды, негізінен жалпы ағзаның реактивтілігінің төмендеуімен байланысты.

Инфекцияның ортаңғы және ішкі құлақтан бассүйек қуысына ену жолдары:

- созылмалы іріңді эптитимпанитте, деструктивті бұзылыстар кезінде енеді – *жанама жол* (per continuitatem);
- *гематогенді немесе метастатикалық* жол, көбінесе жедел ортаңғы отитте кездеседі, инфекция мидың терең құрылымдарына таралады;
- *қалыптасқан жолмен (преформированный)*— қан және лимфа тамырларының сүйек каналдары, ішкі есту жолының периваскулярлы кеңістігіне арқылы және кіреберіс, ұлу су құбыры бойымен енеді.
- *лимфогенді*.
- дабыл қуысындағы *дегисценция* арқылы (балаларда).
- Отогенді бассүйек ішілік асқынуда, инфекцияның ортаңғы немесе ішкі құлақтан бассүйек қуысына енуіне, ықпал ететін факторлар, олар жалпы және жергілікті болуы мүмкін:
- Жалпыға:
- жалпы жедел инфекциялар, көбінесе тұмау (грипп), ағзаның жалпы иммунды реактивтілігінің әлсіреуі;
- дененің салқындауы;
- иммундық жүйені әлсірететін созылмалы ішкі мүшелердің патологиясы (холецистит, панкреатит, диабет);
- жедел және созылмалы радиация;
- кортикостероид немесе цитостатиктермен емделгенде;
- кейбір физиологиялық жағдайлар (жүктілік, ауыр босану), одан да басқа себептер иммундық қорғаныстың белсенділігін нашарлататын (мысалға: аллергия).

Жергілікті себептерге: құлақ, бас жарақаттары гематознцефалдық тосқауылдың қызметін төмендетіп және құлақтан іріңнің шығуын қиындатады.

Инфекцияның таралу кезеңдері:

Бірінші кезеңде - инфекция бассүйек қуысына енеді, экстра - немесе эпидуральды абсцесс түзіледі, іріңдік самай сүйегінің ішкі беткейі мен қатты ми қабығы аралығында қалыптасады. Егер іріңдік венозды синус пен бассүйек арасында орналасса, онда ол перисинусты абсцесс деп аталады. Егер де қабыну үрдісі венозды қуыстың ішкі беткейінде болса, синусфлебит және синус тромбозы дамиды.

Екінші кезеңде – инфекцияның қатты мен торлы ми қабығы аралығына өтуі. Бұл кезде субдуралды абсцесс түзіледі.

Үшінші кезекте – инфекция субарахноидальды кеңістікке таралып, іріңді менингит дамиды.

Соңғы, **төртінші кезеңінде** іріңді үдеріс ми затын зақымдап, ми мен мишық абсцессі қалыптасады.

Отогенді жайылмалы іріңді менингит немесе лептоменингит бұл жұмсақ және торлы ми қабығының қабынуы, инфекцияның субарахноидальды кеңістікке ортаңғы және ішкі құлақтың қуысы арқылы тарайтын немесе басқа бассүйек ішілік асқынулардың (экстра-, субдуральды және ми абсцессі) нәтижесінде дамиды. Барлық отогенді асқынулардың ішінде отогенді менингит 9,4-тен 25,1% құрайды. (В.И.Покровский, 1981). Дәрі-дәрмектердің жиі қолданылуына байланысты, отогенді бассүйек ішілік асқынулардың симптоматикасы өзгерді, сол себепті менингиттің клиникасын ажыратуда үлкен қиындықтар туындайды. Менингиттің ошақты симптомдарының атипті және қайталамалы түрлерінің пайда болуы, сонымен қатар субфебрилді немесе қалыпты дене температурасы, бастың ауырсынуы, менингеальды симптомдардың айқындалмауы, науқастың жалпы жағдайының қанағаттанарлық күйде болуы.

Патологоанатомиялық көрінісі ми қабықтарының гиперемиясы мен ісінуі, қан тамырлар қабырғасының инфильтрациясы және іріңді экссудаттың болуымен ерекшеленеді. Бассүйек ішілік қысымның жоғарылауынан ми қатпары тегістеледі көлемі ұлғаяды. Жақын орналасқан мидың бөлігі ісінеді, энцефалит дамиды. Сондықтан аурудың атауы – менингоэнцефалит.

Клиникасы: Жиі ең негізгі және ерте симптомы бастың қатты ауруы. Бастың ауру себебі – бассүйек ішілік қысымының жоғарылауынан, мидың қатты қабығы созылады да, ол үшкіл жүйкені тітіркендіреді. Бас аурудың қарқыны тактилі, дыбыс және жарық тітіркену әсерінен үдей түседі. Сондықтан, науқасты арнайы палатаға оқшаулау қажет.

Сондай-ақ, құсу тағам қабылдаумен байланыссыз, себебі оның генезі орталықты, құсу кезбе жүйкесінің ядросының қозуымен түсіндіріледі.

Жалпы жағдайы өте ауыр. Ақырғы сатысында, сырқаттың санасы айқын емес, сандырақтап, комаға түсуі мүмкін.

Температура тұрақты (continua) 39-40° С дейін жоғарлайды, тамыр соғысы жиілейді.

Менингиттің диагностикасында негізгі белгі - **менингеальды симптомдар:**

- шүйде бұлшық еттерінің қатаюы (ригидтілігі);
- Кернинг симптомы;
- жоғарғы, ортаңғы және төменгі Брудзинский симптомы.

Бассүйек ішілік қысымның көтерілуінен, жұлынның артқы мүйізшелері тітіркеніп, менингеалды симптомдар пайда болады, бірақ та бұл менингеалды симптомдарды пирамидалық белгілерімен (Бабинский, Оппенгейм, Гордон, Жуковский) шатастырмау қажет, кейде олар лептоменингит кезінде де кездеседі. Бұл белгілер пирамидалық жүйе бұзылысынан, мидағы қозғалтқыш орталығындағы бас сүйек жүйкелерінің қозғалтқыш ядроларымен және жұлынның алдыңғы мүйізшесінің жасушалары зақымдалғанда анықталады. Сонымен бірге, басқа симптомдар да кездеседі.

Наукастардың 1/3 көру жүйкесінің дискісінде іркілісі белгілері байқалады. Ағымы ауыр болса, әкеткіш жүйке салданады.

Отогенді менингиттің ажырату диагностикасында **жұлын-ми сұйықтығын зерттеу** аса маңызды құндылыққа ие. Ірінді менингитте сұйықтықтың қысымы жоғарлайды, ликвордың ағымы жылдам (қалыпты жағдайда 60 тамшы минутына, қысым-150-200 мм.су.бағ.), түсі лайлы. Плеоцитоз: жасуша санының көбеюі, кейде он мыңдағанға дейін жетуі мүмкін. Ақуыздың мөлшері көбейеді (қалыптыда - 0,66г/л), глобулин реакциясы оң мәнді. Қант пен хлорид көрсеткіші азаяды (қалыптыда қант 2,5 - 4,2 ммоль/л, хлорид – 118 - 132 ммоль/л). Ажырату диагностикасын туберкулезды, менингокок пен сірілі (серозды) вирусты менингитпен жүргіземіз.

Туберкулезді менингиттің ағымы баяу және ұзаққа созылады, көбінесе басқа мүшелердегі туберкулездің асқынуынан пайда болады. Туберкулезді менингит – ол сірілі (серозды) менингит. Жұлын сұйықтығы мөлдір, жасушалардың саны 100-500, лимфоцит көрсеткіші 80%-ға дейін жоғарлайды. Қант мөлшері төмен, 75% жағдайда тұну кезінде, жұқа фибринді қабыршақ түзейді.

Менингококты менингит жиі ірінді түрінде кездеседі. Басталуы жедел және жұлын-ми сұйықтығында менингококтың анықталуымен дәлелденеді. Бейімдеуші фактор ЖРВИ және тері жамылғысында петехиалды бөртпелер анықталады.

Сірілі менингиттің себепкері тұмау (грипп) және басқа инфекциялық аурулардың асқынуы.. Жұлын сұйықтығында: плеоцитоз (көбінесе лимфоцитарлы), 200-300 жасушадан аспайды, қант қалыпты. Неврологиялық симптоматика қысқа мерзімде жойылады.

Ми мен мишықтың отогенді абсцесі. Отогенді ми абсцесі, басқа ми абсцесімен салыстырғанда жиі кездеседі. Ол қауіпті және қатерлі ауру, нақтылы диагноз қою қиын және өлім көрсеткіші өте жоғары. Жиі мидың самай бөлігінде орналасады, тігмен тімpanі мен тігмен antri-ге жақын, одан кейін мишықта О. Л.Авролов (1976), С.Ф.Яриков (1983). Кей жағдайларда, олар метастатикалық болып табылады. Ми абсцесінің айналасында дәнекер тіннен қалыптасқан капсуласы болады, бірақ кейде капсула түземеуі де мүмкін.

Инфекцияның таралу жолдары:

- негізгі жолы жанама;
- сирек кездесетін қан тамыр жолы (сүйек арасымен немесе сигма тәрізді синустің бойымен мишыққа және мидың самай бөлігіне таралады);
- лабиринтогенді (ішкі құлақтың қуысы арқылы).
- Клиникасы. Абсцестің орналасуына, көлеміне, үрдістің кезеңіне байланысты, аурудың ағымы 4 кезеңге бөлінеді:
- бастапқы,
- латентті (жасырын),
- анық,
- терминалды (ақырғы).

Бастапқы кезеңі 1-2 аптаға созылады, сипатталады: бас ауру, әлсіздік, дене температураның көтерілуімен, лоқсу және құсумен. Бұл ми абсцесінің энцефалитикалық кезеңі.

Латентті сатысы 2-6 аптаға дейін созылады. Бұл кезде жоғарыдағы аталған симптомдар жойылады немесе сақталады бас ауру, кешкілік субфебрилді температура, әлсіздік.

Айқын сатысы, 2 аптаға созылады, симптомдардың әр түрлілігімен айқындалады, ол кезеңді 4 топқа бөлуге болады:

1 топ – қабыну үрдісінің белгілері: әлсіздік, тәбетінің болмауы, үлкен дәреттің кешігуі, тілдің беткейінің ақ жамылғының болуы, ауыздан жағымсыз иістің шығуы, жүдейді, гемограммадағы өзгеріс қабыну үрдісіне тән.

2 топ – жалпы милық симптомдар, бассүйек ішілік қысымның жоғарылау нәтижесінде дамиды: бас ауру, басты перкуссиялағанда ауырсыну күшейе түседі, брадикардия тамыр соғысы минутына 45 рет, көз түбіндегі емізкішеде іркіліс (науқастарда 50% кездеседі), шүйде бұлшық еттерінің ригидтілігі және Кернинг симптомы. Пульстің баяулауын (брадикардияны) бассүйек ішілік қысымның сопақша миға

ықпал етуімен немесе қабыну процестің таралуымен және абсцестің кезбе жүйке ядроларына токсикалық әсерімен түсіндіріледі.

3 топ - абсцесстің алыстағы әрекетінің әсеріне байланысты, өткізгіш жүйесінің және қыртыс асты ядроларының бұзылу симптомдары қалыптасады. Олар гемипарез немесе гемипараличтер, құрысу ұстамасы, пирамидалық симптомдар Бабинский, Оппенгейм және т.б.

4 топ – ошақты симптомдар, абсцестің орналасуын дәл анықтайтын ең құнды мәлімет. Абсцесс сол жақ самай бөлігінде орналасқанда, оң қолмен жұмыс жасайтындарға тән симптом, афазия – сөйлеудің бұзылуы. Амнестикалық афазия, самай бөлігіндегі абсцесте кездеседі. Ол кезде заттардың атауын ұмытады (мысалы: қалам, оны жазатын, кітап – оқитын және т.б.).

Сенсорлы афазияда Вернике орталығы зақымданады (жоғарғы самай иірімінің, артқы бөлігі), науқас айтқан сөзді түсінбейді, бірақ есту қабілеті сақталған. Науқастың сөзі түсініксіз. Вернике орталығының зақымдануы салдарынан, оқу және жазу қабілеті өзгеріп, одан алексия және аграфия дамиды, науқас оқуды және жазуды ұмытып қалады.

Оң жақ самай бөлігі «мылқау аймақ» болып саналады, бірақта зақымдалған кезінде оңқайларда абсцестің, кейбір ошақты симптомдары анықталады. Мысалға: гемианопсия (абсцестің қарсы жағында көру аясының тарылуы), traktus cortiko-ponto cerebrealis-тің зақымдалуынан, науқас солға қарай құлайды. Бас айналу болуы мүмкін, оны ми қыртысындағы вестибулярлы орталығының бұзылуымен түсіндіріледі.

Мидың оң жақ самай бөлігінің отогенді абсцесінің айқын клиникалық көріністерінің бірі, психикалық бұзылыстар: есту, иіс сезу және көру галлюцинациясы. Кейде бұл науқастар психиатрия ауруханасында көз жұмады, ол жерге жедел галлюциноз, паранойдты шизофрения диагнозымен жеткізіледі, анықтау барысында ми абсцесі анықталады.

Мишықтың абсцесінде бұлшық еттердің тонусы төмендейді, симптомдары:

- *атаксия* – қозғалу координациясының бұзылуы, саусақ-мұрын және өкше-тізе сынамалар кезінде анықталады. Науқас қанатты (фалангалық) жүрісті орындай алмайды. Қанатты жүрісте зақымдалған жағына қарай құлайды.

- *адиадохокинез* – екі қолын алға созу арқылы (пронация және супинация) жасалады: мишық абцесінде зақымдалған жағында қолы өте баяу қозғалады;

- екі жаққа және жоғары қарай бағытталған, ірі екпінділіктегі нистагм болады, абсцестің көлемі ұлғайған сайын нистагм екпіні күшейеді.

- Қанда нейтрофил сол жаққа қарай ығысқан, лейкоцитоз, ЭТЖ-ғы 20-70 мм/сағ жоғарылайды. Асқынбаған абсцесте жұлын-ми сұйықтығының қысымы артады, түсі өзгеріссіз, ақуыздың мөлшері өседі және плеоцитоз (100-200 жасуша).

Диагнозды нақтылау мақсатында пайдаланылады: ЭЭГ, эхография, реография, ангиография, вентрикулография, КТ, соңғысы мидағы патологиялық үдерістің дамуын анықтауға мүмкіндік береді. КТ-ны қолдану арқылы құлақтағы іріңді ошақтарды немесе гипертензиялық синдром болса, оны да ажырата аламыз.

Ми мен мишық абсцестерінің *терминалды сатысы*, бірнеше күнге дейін созылады. Мидың ісіну белгілері күшейе берсе, өмірге маңызды мүшелердің салдануы немесе абсцесс ми қарыншаларына жарып өтсе, онда өліммен аяқталады.

Ми мен мишық абсцесін іріңді менингит, іріңсіз шектелген энцефалит, серозды лептоменингит (арахноидит) және іріңді лабиринтитпен ажырату диагностикасын жүргіземіз.

Іріңсіз шектелген энцефалит ми абсцесіне қарағанда симптоматикасы тез және құбылмалы. Оның клиникасында уланулық симптомдар, бет-әлпетінің өзгеруі (тері жамылғысының қоңырқай немесе жер түстес болуы), тіл беткейінде жамылғы түзілмейді.

Отогенді арахноидит - артқы ми ойығының мишық абсцесінің клиникасы ұқсас. Бірақ та, арахноидиттің ағымы баяу, сатысы бәсең және қан, жұлын-ми сұйықтығының көрсеткіштері қалыпты. Ал брадикардия мен көз түбіндегі ауытқулар абсцесс кезінде кездеседі.

Отогенді сепсис – жедел немесе созылмалы іріңді ортаңғы отитте дамуы мүмкін, инфекция қанға таралады (әдетте қатты ми қабығының веналары мен синустары арқылы енеді, кейде лимфа ағымымен). Жиі сигма тәрізді синусты, сирек жағдайда: мойындырық, төменгі тасты және үнгір тәрізді синусты зақымдайды.

Сигма тәрізді (S) синустың тромбофлебиті, әдетте, қабыну процесінің емізікше өсіндіден, шекаралас орналасқан S-синустың қабырғасына таралуы нәтижесінде қалыптасады. Бұл кезде перисинусты абсцесс түзіледі. Кейіннен синустың өзі зақымдалады:

перифлебит, эндофлебит, қабырғалық тромбофлебит, обструктивті тромбофлебит жетіледі.

Тромбтың көлемі өсіп, сигма тәрізді синустан, бассүйек қуысына, жүрекке, мойындырық венасына, кейде v. brachiocephalica қарай таралады. Көп жағдайда тромбы инфекцияланып, іріңді ошаққа айналады. Инфекцияланған эмболиялар немесе бактериялар қан ағымымен кіші немесе үлкен қан айналым шеңберіне енеді де, метастатикалық ошақтардың пайда болуына әкеледі. Өкпедегі метастаздар, жиі ми абсцессінің пайда болуымен немесе септикалық пневмониямен асқынады.

Отогенді сепсисің клиникалық көріністері:

- септикопиемия ерекшеленеді қалтырау, қатты терлеумен, ішкі ағзаларға
- іріңді метастаздармен;
- септицемия (балалар мен жасөспірімдерде жиі кездеседі). Continua типті
- температура, делирий, сарғаюмен сипатталады;
- септикалық шок.

Отогенді сепсис екі түрде болуы мүмкін: ерте және кеш. Ерте түрі - жас науқастарда жедел отиттің алғашқы күндерінде көрінетін септикалық реакция. Алынған мәліметтер бойынша бұл отогенді сепсисің болжамы қолайлы. Созылмалы немесе жедел отитте тромбофлебиттің отогенді септикалық ошағы қалыптасқанда, сепсисің кеш түрі кездеседі.

Отогенді сепсисің клиникалық белгілеріне байланысты, шартты түрде екіге бөлуге болады:

- ірі венозды қан тамырлардың зақымдануынан туындаған жалпы және ошақты симптомдар (мидің қатты қабығының синусы және ішкі мойындырық венасы).

Жалпы симптомдар: сепсисің айқын белгілерінің бірі – қатты қалтыраумен бірге 39-41°C-қа кенеттен көтерілуімен сипатталатын гектикалық температура; бірнеше сағаттан кейін қатты терлеумен бірге, температура күрт төмендейді. Осы көрініс бір тәулік ішінде қайта-қайта қайталануы мүмкін, сондықтан науқастың дене температурасын әр 2-3 сағат сайын өлшеу керек. Балаларда гектикалық температура (қызба) мен қалтырау жиі байқалмайды, температура көбінесе continua. Тері жамылғысы бозғылт, түсі қоңыр (топырақ түстес). Кейде тері және склера сарғаяды. Сепсис кезіндегі сарғаю

механизмін екі жақты түсіндіріледі: гематогенді – эритроциттердің гемолизінен және гепатогенді – бауырдың зақымдануынан.

Гемограммада нейтрофильді лейкоцитоз ($15 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$ және одан да көп), лейкоцитарлы формуланың солға ығысуы, ЭТЖ жоғарылайды. Қанның микрофлоралық құрамын бактериалды себіндіге зерттеу жүргізу, өте құнды мәлімет береді.

Отогенді сепсисте өкпеде, буында, тері асты тіндерде және бұлшықеттерде іріңді ошақтар орналасса, онда аурудың болжамы қолайсыз.

Ошақты белгілеріне бірі Грингер симптомы, S-синуста сыртқы жұмсақ тіндердің веналарымен байланыстыратын эмиссар веналардың шығатын аймақта, емізікше өсіндінің артқы жиегіндегі жұмсақ тіндердің ісінуі және басқанда ауырсынуы. Бұл симптомға ықпал ететін емізікше өсіндіге эмиссарлық тамырларына бойымен тромбтың жайылуы.

Ішкі мойындырық венасы зақымданғанда, науқастың басы ауру жағына қисайған, төс-бұғана-емізікше бұлшықетінің жиегін басқанда ауырсынады - Уайтинг-Левин симптомы, тыңдағанда: *v.jugularis interna*-да венозды шу естілмейді – Фосс симптомы.

Отогенді интракраниалды асқынулардың ақыры өте қолайсыз, өлім көрсеткіші менингитте 10%, ми мен мишық абсцессінде - 30-40%, сепсисте 2-4% (А.О.Гюсан 2014) құрайды.

Отогенді асқынуларды негізгі емі - хирургиялық. Жедел ортаңғы іріңді және созылмалы отитте кеңейтілген мастоидэктомия немесе антротомия, жалпы қуыстық радикалды операциясы жасалады. Отогенді менингитте операция барысында артқы және ортаңғы бас сүйегінің шұңқыры ашылады; ми мен мишық абсцесс кезінде антротомия немесе ортаңғы құлақтың радикалды операциясымен қоса артқы, ортаңғы ми ойығы ашылып, іріңдікті анықтау мақсатында қатты ми қабығы арқылы миға пункция жасалады. Отогенді сепсисте, жоғарғы аталған екі операция кезінде де сигма тәрізді синусқа пункция жасалады. Егер тромбы табылса, синустың қабырғасын тіліп ашып, алынады. Егер мойындырық венасының буылтығында тромба анықталса, оныда ашып алып тастайды.

Тромбы ішкі мойындырық венасына таралса, онда вена мойынның ортаңғы үштен бір бөлігі деңгейінде ашылып, байланады.

Операциямен бірге, бір мезгілде антибактериялық терапия қолданылады, жоғары дозада тәулігіне 12 000 000-нан 30 000 000 немесе одан да көп бірлікке дейін пенициллинді бұлшықетке,

көктамырға, кейде интракаротидті инъекция түрінде тағайындайды. Пенициллинге қосымша, аминогликозидтер пайдаланылады. Пенициллинотерапия курсы аяқтаған соң, басқа антибиотиктермен (цефалоспорин, макролид) 2-3 курс емдеу терапиясын жүргізеді.

Роцефинді метронидазолмен, сондай-ақ гематэнцефалдық тосқауылдан жеңіл өтетін левомецетинмен біріктірілсе ем өте нәтижелі.

Патогенетикалық терапия жүргізіледі – детоксикация және сусыздандыру, ол тәулігіне 300 мл физиологиялық ерітіндіде 30-60 мг маннитолды; lasix - тәулігіне 2-4 мл; 25% магний сульфатының ерітіндісі - 10 мл; 20-40% глюкоза ерітіндісі - 20 мл, гемодез - 250-400 мл; «С», «В» тобындағы дәрумендер, антигистаминдер.

Иммунотерапия (антистафилококк плазмасы, тималин, полиоксидант). Ағзадағы саңырауқұлақтың және дисбактериоздың дамуын тежеу үшін, флуконазол немесе нистатин тағайындау керек.

Симптоматикалық терапия: жүрек қызметін жақсартатын, аналептиктер, анальгетиктер, дене қызуын түсіретін дәрі-дәрмектер.

С-синустың тромбозында антикоагулянттар (гепарин, дикумарин, пелентан): гепарин тәулігіне 20-50 мың бірлікке дейін, әр 6 сағат сайын белгілі бір мезгілде тағайындалады, содан кейін дозасын бірте-бірте азайтады. Антикоагулянттармен емдеу ПТИ (протромбин индексі) бақылауымен жүргізілуі керек.

Отогенді бассүйек ішілік асқынулардың нәтижесі - диагноздың уақтылы қойылуына, хирургиялық емге, тұрақты және тиімді медикаментозды (дәрілік) терапияға тәуелді.

Әдебиеттер:

1. Бабияк В. И. Основы отоневрологии: руководство для врачей / В. И. Бабияк, Я. А. Накатис, А. Н. Пашинин и д.СПб.: Знание, 2015. - 717 с.
2. Богомильский М. Р., Чистяковой В. Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 544 с.
3. Гаджимирзаев Г.А. Отогенные гнойно-септические осложнения в эру антибиотиков. Махачкала: ИПЦ ДГМА. 2009. - 152с..
4. Извин А. И. Осложнения в оториноларингологии. Изд-во: Печатник. 2009. - 277 с

5. Кривопалов А.А. Внутричерепные гнойно-воспалительные осложнения острых и хронических заболеваний уха, носа и околоносовых пазух./ Кривопалов А.А; Щербук А,Ю; Янов Ю.К/ .СПб.: 2018. - 234с
6. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов. - 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа,.2022. - 592 с.

Бақылау сұрақтары:

1. Бассүйек қуысына инфекцияның таралу жолдары.
2. Қандай бассүйек ішілік отогенді асқынуларды білесіздер?
3. Аурулардың диагностикасы.
4. Емдеудің негізгі қағидалары.
5. Отогенді бассүйек ішілік асқынулардың алдын алу шаралары

Дәріс 10.

Құлақтың іріңсіз аурулары. Экссудативті ортаңғы отит. Меньер ауруы. Отосклероз. Сенсоневралды кереңдік (СНК). Пресбиакүзис. Қатерсіз пароксизмалды позициялық бас айналау (ҚППБ).

*Ісіңізге, еңбегіңізге, оқуыңызға нағыз
адамгершілікпен кіріссеңіз сөз жоқ,
жеңіске жетесіз.*

Қ.Сәтбаев

Мақсаты. Естудің төмендеуіне себепші құлақтың іріңсіз ауруларына талдау жүргізу. Олардың клиникасы, диагностикасы және емі туралы түсінік беру.

Тезистер:

1. «Құлақтың іріңсіз аурулары» туралы жалпы түсінік.
2. Экссудативті ортаңғы отит.
3. Меньер ауруы. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, емі.
4. Отосклероз. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, емі.
5. Сенсоневралды кереңдік: этиологиясы, патогенезі, диагностикасы және емдеу қағидалары.
6. Егде жаста есту қабілетінің төмендеуі туралы түсінік.
7. Қатерсіз позициялық пароксизмалды бас айналау. Этиологиясы, патогенезі, жіктелімі, клиникасы, диагностикасы, емі.

Көрнекілік материал: презентация, аудиограммалар.

Бұл аурулар қатарына экссудативті ортаңғы отит, кохлеарлы неврит, отосклероз және Меньер ауруы жатады. Бұл ауруларды бір топқа біріктірудің себептері: біріншіден, оларда іріңді қабынудың белгілері болмайды, екіншіден, бұл аурулардың жалпы белгілерінде ұқсастық кездеседі, негізгі шағымдары - құлақтың шулауы және естудің төмендеуі. Соңғы алынған мәліметтер бойынша, осы ауруларда науқастардың есту қабілеті 90%-ға дейін төмендейді. Аталған аурулардың патологиялық үрдістің орналасуына, этиологиясына және патогенетикалық белгісіне сәйкес, өзіндік клиникалық ерекшеліктері бар.

Осы нозологиялардың әрқайсысына толығырақ тоқталайық.

Экссудативті ортаңғы отит (ЭОО)

ЭОО (синонимдері - секреторлы ортаңғы отит, серозды немесе сірілі отит, ортаңғы құлақтың жедел катары, туботимпанит, евстахит). Негізі себеп - есту түтігінің дисфункциясы.

Патогенезі. Мұрын қуысының, мұрын маңы қойнаулары, мұрын-жұтқыншақтың (ринит, синусит, аденоидтар, мұрын пердесінің қисаюы) аурулары, есту түтігінің шырышты қабығының қабынуына немесе ісінуіне әсер етеді, есту түтігінің өткізгіш қызметі бұзылады, дабыл қуысындағы қысым төмендейді, дабыл жарғағы созылады. Дабыл қуысындағы қысымның азаюы, ортаңғы құлақтың шырышты қабығындағы тамырлардың қанмен толығына, кеңеюіне және кейбір науқастарда (көбінесе балаларда) сірілі (серозды) экссудаттың жиналуына себепші. Мұрын және мұрын-жұтқыншақ ауруларынан басқа, бассүйек негізінің ісігінде, самай-төменгі жақ буынының патологиясы кезінде, экссудативті ортаңғы отит дамуы мүмкін.

Аурудың **клиникалық көрінісі** құлақтағы шумен және естудің төмендеуімен сипатталады. Кейде науқастың құлағы бітеліп, басын қозғаған кезде ішінде сұйықтықтың қозғалысы сезіледі, жедел ортаңғы іріңді отиттен айырмашылығы, науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық.

Отоскопияда: дабыл жарғағы керілген, түсі бозғылт немесе ақшыл-қызғылт, балғашық сабының ішке қарай ығысуынан, оның көлемі кішірейді, қысқа өсіндісі шығыңқы; дабыл жарғағының қатпарлары айқын көрінеді, жарық конусы жіңішкерген, ал егер де дабыл жарғағы созылса, онда ерекше белгілері толығымен жойылады. Экссудативті ортаңғы отитте, дабыл қуысынан көбік тәрізді түзілістерді көре аламыз. Кейде дабыл жарғағының арғы жағынан, сары түсті сұйықтықтың деңгейі анықталады.

Есту қабілетінің кондуктивті төмендеуі байқалады. Импедансометрия нақты деректер береді: акустикалық рефлекстің табалдырығы бірден жоғарлайды немесе ол мүлдем анықталмайды, тимпанометриялық қисық сызық өзгереді, сұйықтық (экссудат) тығыздалады; есту түтігі бітелсе – тимпанограмма солға ығысады.

Экссудативті ортаңғы отитте себептеріне сәйкес ем қолданылса, онда науқас толықтай сауығады. Дабыл жарғағы қалыпына келіп, есту қабілеті жақсарады. Есту түтігінің өткізгіштігі бұзылса, онда үрдіс созылмалы кезеңге ауысып, дабыл қуысында тыртықтар қалыптасып, адгезивті (жабысқақты) ортаңғы отит дамуы мүмкін. Тыртықты түзілістер дабыл жарғағының және есту сүйекшелерінің тізбегінің

тербелісін тежейді де, есту қабілетінің тұрақты түрде төмендеуіне әкеледі.

Емі: экссудативті ортаңғы отитті емдеуді, есту түтігінің өткізгіштігінің бұзылуына себепші факторларды жоюдан бастайды: оның қызметін қалпына келтіру, экссудатты шығару және ортаңғы құлақтың аэрациясын жақсарту. Бірінші кезекте мұрын және мұрын-жұтқыншақ ауруларын емделеді. Гипосенсибилизациялық терапия, лидазамен эндауралды электрофорез және дабыл жарғағына пневмомассаж қолданылады.

Мұрын және мұрын-жұтқыншақтың шырышты қабығындағы ісінуді азайту үшін, күніне 3-4 реттен вазоконстрикторлар пайдаланылады (0,1% отривин, санорин, нафтизин, виброцил, пиносол). Физиотерапиялық емдеу шаралары: соллюкс, ультракүлгін сәулесі, УЖЖ-терапия, магнитотерапия және аэрозоль терапиясы.

Есту түтігінің қызметін қалпына келтіру үшін Политцер бойынша құлақ үрленеді: арнайы баллонның ұшын (оливасын) мұрын кіреберісінің бір жартысына енгізеді. Ұрлеу кезінде дабыл қуысындағы қысым қалпына келеді. Егер үрлеу нәтижесіз болса, онда есту түтігі мұрын қуысы арқылы катетеризацияланады. Катетеризация кезінде тұтқыр экссудатты сұйылту және дабыл қуысындағы адгезивті мен тыртықты процестердің дамуын тежеу мақсатында, ортаңғы құлаққа әртүрлі дәрілік заттар енгізіледі. Созылмалы катаралды отитте, емдеудің тиімділігі үшін, есту түтігін қайталап үрлеу қажет (1-2 күндік үзіліспен 10-12 процедура).

Консервативті емдеуден нәтиже болмаса, хирургиялық ем ұсынылады - тимпанопункция, миринготомия, дабыл қуысына шунт орнату (тимпаностомия).

Құлақтың іріңсіз ауруларының бірі - **Меньер ауруы** (1861). Оның классикалық симптомы: жүрек айну, құсу, тепе-теңдіктің (статикалық) бұзылуы, біржақты естудің төмендеуі, құлақтағы шумен бірге жүретін лабиринттік бас айналу (айналадағы заттардың айналуы) ұстамасы. Ремиссия кезеңінде, вестибулярлық қызметі толығымен қалпына келеді, бірақ есту қабілеті әрбір ұстамадан кейін төмендейді.

Этиологиясы мен патогенезі туралы нақты мәлімет жоқ. Аурудың негізгі себебі - гидропс немесе лабиринт шемені. Аурудың негізгі патогенетикалық факторы - ішкі құлақтағы қан тамырлардың вегетативті иннервациясының бұзылуы.

Меньер ауруы науқастардың еңбек ету қабілетін төмендетеді, сондықтан Меньер ауруымен ауыратын науқастарға III немесе II топтағы мүгедектік беріледі.

Аурудың диагностикасы өзіне тән симптомдарына негізделген. Науқастардың 67% -ында сау (жақсы еститін) құлаққа бағытталған лабиринттік нистагм, бұл сирек жағдайда ауру құлақ жағында да қалыптасады. Саусақ-мұрын сынамасында, науқастың екі қолы да, нистагмның қарсы жағына ауытқиды. Егер науқаста жүру немесе тік тұру қабілеті сақталған болса, онда Ромберг қалпында (позасында) және көзді жұмып жүргенде, нистагмның қарсы жағына денесі ауытқиды. Эндолимфатикалық гидросты және оның сатысын ажырату үшін, глицерол сынамасы жүргізіледі.

Емі: аурудың ұстамасы кезінде науқасқа толықтай тыныштық қажет; төсектегі жатқан қалпы науқасқа ыңғайлы (оңтайлы) болуы керек; жарық пен қатты дыбыстардан оқшаулайды. 20 мл 40% глюкоза ерітіндісін, 2 мл 2,5% пипольфен ерітіндісін, 1 мл 0,1 атропин ерітіндісін (немесе 2 мл 0,2% платифиллин ерітіндісін) және 1 мл 10% кофеин ерітіндісін көктамыр ішіне енгізеді. И.Б.Солдатов бойынша новокаинмен парамеаталды блокада жасалады - 1-2 мл 1% новокаин ерітіндісі немесе оған қосылған 0,5 мл 0,2% платифиллин ерітіндісі (егер новокаин ерітіндісіне аллергия болса), 0,125% тримекаин ерітіндісін қолдануға болады) арқылы. Егер ем нәтижесіз болса, 0,5 мл 10% кофеин ерітіндісін немесе 1-2 мл 2% трентал ерітіндісін пайдаланады; егер блокада бас айналу ұстамасын тоқтатпаса, қан қысымын (гипотензия) тексерген соң, 20 мл 40% глюкоза ерітіндісіндегі 5 мл 0,5% новокаин ерітіндісін 1 минут аралығында көктамыр ішіне баяу енгізу керек. O₂ және CO₂ қоспасымен дем алдырады. Кавинтон 20 мг 500 мл физиологиялық ерітіндіде көктамыр ішіне енгізіледі, содан кейін 2 апта бойы күніне 0,005 x 3 рет per os. Аурудың ұстамасы ұзаққа созылса және жоғарыда қолданған ем нәтижесіз болса, 7% натрий гидрокарбонат ерітіндісін көктамырға тамшылатып енгізу.

Аурудың өршуін болдырмау үшін және ұстамааралық кезеңде келесі ем тағайындалады: предуктал 0,02, тәулігіне 2-3 таблеткадан бір ай бойы, құрамында жүрек-қан тамырлары және седативті дәрі-дәрмектері бар (И.Б. Солдатов ұнтағы) рецепт ұсынылады:

Rp: Coffeininatriibenzoatis 0.015

Papaverini hydrochloridi 0.02

Phenobarbitali 0.05

Bromisovalі 0.2

Caicii gluconatis 0.5

M. f. Pulv.

D. t. d. N 28

S. 2 апта бойы 1 ұнтақтан күніне 2 реттен (сағат 19:00 және 22:00).

Акупунктура, мойын аймағына д'Арсонваль түріндегі физиотерапиялық емдеу әдісі 10-15 емшара, ұзақтығы 15-20 минут, «мойын (жаға)» аймағына кальций, бром, новокаинмен электрофорез, эуфиллинмен ультрафонофорез, ДДТ және СМТ, құлақ, шүйде, мойын аймағына массаж ұсынылады.

Соңғы жылдары НЗ-гистаминдік рецепторлардың антагонисі болып табылатын және церебралды микроциркуляцияны жақсартатын (әсіресе ішкі құлақтың *stria vascularis* деңгейінде) бетасерк медициналық тәжірибеде кеңінен қолданылды, нәтижесінде лабиринттік гидропстар төмендейді және интралабиринттік қысым қалыпына келеді. Препарат 10 күн бойы немесе одан да көп тамақтан кейін, күніне 3 рет 1 таблеткадан (16 мг) тағайындалады.

Консервативті терапия нәтижесіз болса, онда хирургиялық ем, оның өзі 3 топқа бөлінеді: вегетативті жүйке жүйесіне операция, лабиринтке декомпрессивті операция, лабиринтке және кіреберіс-ұлу жүйкеге деструктивті операция (*chorda tympani*-ді кесу, эндолимфатикалық қапшықшаны дренаждау, лабиринтэктомия).

Құлақтың іріңсіз ауруларының өте кең таралған түрі – **отосклероз**, ол үзеңгінің табанындағы остеодистрофиялық өзгерістермен сипатталады. Оның клиникалық сиппатамасын алғаш рет 1893 жылы Политцер жазған. Әлемдік деректер бойынша, тұрғындар арасындағы аурудың жиілігі 6% құрайды. Ауру негізінен жас әйел адамдарда (20-40 жас) кездеседі.

Аурудың генезі көбінесе жыныстық жетілу, жүктілік және босану кезеңдерімен байланысты. Үрдісі әдетте, екі жақты болады. Этиологиясы мен патогенезі әлі толық анықталмаған. Тұқым қуалаушылық және эндокринді сияқты бірнеше болжам теориялар бар. Патогенезінде ықпал етуші факторлар: нейроэндокринді, нйеротрофикалық және нейровегетативті бұзылыстар.

Патологиялық анатомиясы қалыпты сүйекті тін, қан тамырларына бай жұмсақ сүйекке ауысады, сондықтан бұл аурудың дұрыс атауы «отоспонгиоз». Жайлап жұмсақ сүйек тығыз, қан тамырлары нашар жетілген сүйекті тінге айналады. Отосклерозды ошақ кіреберіс терезе аймағында, көбінесе үзеңгінің алдыңғы аяқшасында орналасады.

Отосклероздың жіктемесі, үш түрге бөлінеді:

- тимпаникалық;
- аралас;
- кохлеарлы.

Клиникасы: құлақтағы тұрақты шуыл, кейде басын игенде немесе шалқайтқанда уақытша (аз уақытқа созылған) бас айналу (40%) кездеседі.

Негізгі симптомсы – дыбысты парадоксалды қабылдау, яғни шулы ортада науқастың есту қабілеті жақсарады - paracusis Willisii феномені. Тағы да бір сирек белгісі - deprecusis Scheer - сөз мағынасын түсінуінің төмендеуі.

Отоскопиялық көріністер:

- Тийо-Верховский симптомсы – сыртқы есту жолының кеңеюі;
- Тойнби симптомсы – құлақ жолында құлықтың болмауы;
- Фрешельса симптомсы – құлаққа құйғыны енгізгенде жөтел рефлексінің болмауы;
- сыртқы есту жолында экзостоздардың болуы.
- дабыл жарғағы жұқарып, артқы жағынан қызарып, promantorium көрінеді.

Аурудың бастапқы сатысында есту қабілетін зерттегенде, үзеңгі табанының шорлануынан (анкилозынан), дыбыс өткізгіш қызметі бұзылады - кондуктивті естімеушілік анықталады. С₁₂₈ камертонмен зерттеу жүргізгенде, ауа арқылы естуі төмендейді, Ринне, Федерич және Желле сынамалары теріс мәнді болады.

Аурудың шарықтау сатысында, патологиялық үрдіс ішкі құлаққа қарай таралады да, есту қабілетінің төмендеуі аралас түрде болуы мүмкін.

Емі: негізгі емі хирургиялық, ал науқас операцияға келісімін бермесе, онда медикаментозды және физикалық ем қолданылады.

Соңғы уақыттағы оториноларингологияның басты жетістіктерінің бірі, отосклерозды емдеуде стапедопластика операциясын қолдану, ол микроскоп арқылы жасалатын зергерлік операция.

Отосклерозда дәрілік ем шуды азайтуға, вегетативті жүйені және метаболикалық бұзылыстарды қалпына келтіруге бағытталған. Физикалық емге 1% натрий фторид, 5% магний сульфаты, 1% никотин қышқылы, 5% калий йодид ерітінділерін «мойын (жаға)» аймағына дәрілік заттардың электрофорезін қолдану.

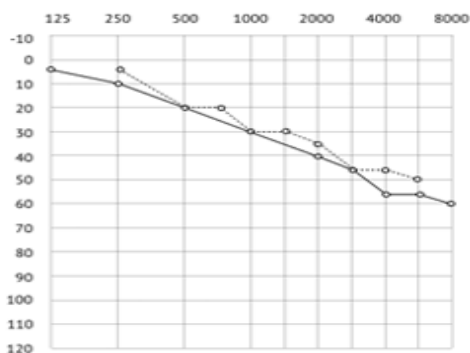
Іріңсіз құлақ ауруларының бір түрі - **сенсоневралды немесе нейросенсорлы керендік (СНК)** (бұрынғы атауы есту жүйкесінің

невриті немесе кохлеарлы неврит) - есту талдағышының барлық бөліктерінің зақымдалуымен сипатталатын ауру. Сенсоневралды естімеушілік жедел және созылмалы түрлерге бөлінеді.

Жедел сенсоневралды керендікте ішкі құлақтағы қан айналымының бұзылуына себепші мына аурулар: гипертония, атеросклероз, жедел лейкоз, геморрагиялық диатез, мойын остеохондрозы, вегетативті-тамырлық дистония, нефрит, туа пайда болған мерез. Лабиринттегі қан айналымының жедел бұзылыстары, дені сау адамдарда күйзеліс (стресс) нәтижесінде немесе спирттік ішімдіктерден кейін дамуы мүмкін. Ішкі құлақты қанмен қамтамасыз етудің төмендеуінен, кохлеовестибулярлық бұзылыстар дамып, ішкі құлақта артериялық қан ағымы баяулап, оның рецепторларында гипоксия дамып, реактивті ісіну пайда болады, лабиринттің қысымы жоғарылайды, ол корти мүшесінің түкше жасушаларында, жартылай шеңберлі өзектері мен кіреберіс қапшықшалар рецепторларының жансыздануына (өлуіне) әсер етеді.

Симптоматикасы. Ішкі құлақтағы қан айналымы бұзылыстарының белгілері, лабиринттік артерия бассейніндегі патологиялық үрдістің орналасуына (спазм, тромбоз, эмболия), (қан ағымының бұзылуы артерияда немесе оның кез келген кохлеарлы, вестибулокохлеарлы, вестибулярлық тармақтарында болуы мүмкін) байланысты дамиды.

Естудің төмендеуі (26-сурет) мен вестибуляр қызметінің бұзылысы қатар жүреді, бірақ ұлудың, кіреберіс немесе жартылай шеңберлі өзектердің зақымдануы кезінде өзіндік ерекше симптомдар болуы мүмкін.



26-сурет. Сенсоневралды естімеушіліктегі тоналды табалдырық аудиогаммасы.

Науқастар құлақтағы жоғары жиіліктегі шуға (зыңыл, ызың (ысқырық)), естудің төмендеуіне (бір жақты керендікке дейін), бас айналуға – жиі айналмалы сипатта, жүрісі тұрақсыз (теңселу), жиі тепе-теңдіктің бұзылуына, жүрек айнуы мен құсуға шағымданады. Дыбыс қабылдау аппаратының қызметі бұзылады, зақымдалған жағында есту қабілеті жойылады, сау құлақ жақта спонтанды көлденең - айналмалы нистагм, координациялық сынамада екі қолы да ауытқиды, Ромберг сынамасында және көзді жұмып жүргенде нистагмның қарсы жағына қарай ауытқиды немесе құлайды. Ішкі құлақтың жартылай қызметі бұзылған болса (аурудың басында немесе лабиринттегі гемодинамика жақсара бастағанда пайда болуы мүмкін), онда ДҚҰКФ және шеткі позициялық нистагм (клоникалық, көлденең - айналмалы немесе айналмалы) анықталады. Лабиринтте жедел қан айналымы бұзылыстарымен науқастар офтальмолог, терапевт және невропатолог мамандарынан шұғыл кеңес алуы қажет. *Жалпы қан мен зәр анализі, қанның коагуляция және антикоагуляциялық жүйелерін тексеру керек. Тексеріс кезінде, гипертония, атеросклероз немесе вертебробазилярлы қан тамыр жеткіліксіздік белгілері анықталады. Лабиринт артериясы омыртқа-базилярлы аймақтың артериялар жүйесінің соңғы тармағы, сондықтан лабиринттегі қан айналымының жедел бұзылуы артқы бассүйек ойығындағы патологиялық өзгеріспен тығыз байланысты. Вестибулярлық дисфункцияның белгілері бассүйек ойығындағы қан айналымының бұзылуымен байланысты, тік, диагональды немесе әртүрлі нистагм, координациялық сынамаларда ауытқулар, құлау және адиадохокинез. Егер бұл белгілер немесе жүйке жүйесінің органикалық зақымдануының басқа да белгілері анықталса, онда науқасты неврологиялық бөлімшеге жатқызу керек. Ішкі мүшелерінде ауыр патологиясы бар науқастар (лейкоз, ауыр коронарлық және бүйрек жеткіліксіздігі), ЛОР дәрігерінің бақылауымен терапия бөлімінде емделу керек. Жүйке жүйесі мен ішкі ағзалардың адам өміріне қауіп төндіретін патологиясы болмаған жағдайда, ішкі құлақта қан айналымының жедел бұзылыстары бар науқастар, ЛОР бөлімшесінде ем алуы тиіс.*

Емі. Кенеттен пайда болған керендікті емдеуді бастау қарқынды терапия жүргізуден бастау қажет және этиологиялық, патогенетикалық факторлар ескеріледі.

Біріншіден, шұғыл түрде ауруханаға жатқызу. Басқа факторлармен қатар ем қабылдау, есту қабілетін қалпына келтіреді немесе болжамына қолайлы әсер етеді.

Екіншіден, СНК емдеу 3 кезеңмен жүргізіледі. Бірінші кезең - бас және тамырішілік гемодинамиканы жақсартатын детоксикация препараттарын қолданатын қарқынды терапия (3-5 күнге созылады). Осы кезеңде науқасқа кешенді тексеру жүргізеді, бұл зерттеу, дерттің этиологиясы мен патогенезін анықтауға мүмкіндік береді. Екінші кезең - этиология және патогенезін емдеу (10-15 күнге созылады). Емдеудің осы екі сатысы да стационарлық жағдайда жүзеге асырылады; негізінен барлық препараттар парентералді түрде (көктамыр ішіне немесе бұлшықетке) тағайындалады. Үшінші кезең – алынған нәтижені одан әрі жақсарту немесе тұрақтандыру мақсатында науқасты емханалық ем (1–3 айға созылады) қабылдауға нұсқау беру.

Жедел сенсоневралды керендікті емдеуде, гормондық терапия ерекше маңызға ие (Лопотко А.И., 2008; Alexiou C. et al., 2001). Қазіргі кезде гормондық терапияны жедел сенсоневралды құлақ мүкістігінде қолдану, оң әсері дәлелденген бірден-бір дәрі-дәрмек (Косяков С.Я., 2008; Золотова Т.В., 2013; Veldman J.E. et al., 1993).

С.Я. Косяков (2008) сенсоневралды керендік кезінде дабыл қуысына орнатылған шунт арқылы кортикостероид препараттарын енгізу ең тиімді ем деп есептейді.

«Егде жастағы естімеушілік» ұғымына түсінік.

Егде жастағы естімеушілік немесе пресбиакузис, бұл ағзаның жасқа байланысты қартаюының бір белгісі, ағзадағы барлық мүшелердің қызметінің тежелуі немесе тоқырауы, ең алдымен жүйке жүйесіндегі зат алмасу үрдістерінің бұзылуымен сипатталады. Оның екі түрі бар: ұлудың спиралды ганглийінің инволюциялық атрофиясынан туындаған *ганглиозды* және ұсақ артериялар мен капиллярларының қалыңдауынан, *stria vascularis*, қалыптасқан *склеротикалық*. Сондай-ақ, ортаңғы және ішкі құлақтың дыбыс өткізгіш құрылымдарындағы дегенеративті өзгерістерден қалыптасқан «кондуктивті» пресбиакузистің дербес түрі бар. Есту орталығындағы склерозды түзіліс, егде жастағы науқастардың естуінің төмендеуіне себепші.

Бұл **клиникалық көрініс** баяу дамиды, әдетте 40-45 жастан бастау алады. Бірінші кезекте, жоғары жиіліктегі дыбысты қабылдау қызметі зақымдалады, содан кейін сөзді түсіну қабілеті төмендейді мен шулы ортада есту қабілеті жайлап нашарлайды. Кейде құлақта тұрақсыздау шу қалыптасады. Кей кезде бас айналуы болуы мүмкін.

Емдеудің мақсаты: жүйке жүйесіндегі және жалпы ағзадағы инволюциялық процестерді бәсеңдетуге негізделеді. Әдетте, ми

тамырларының микроциркуляциясын жақсартатын препараттар, антисклеротикалық және седативті, мультидәрумендер тағайындалады. Сирек жағдайда, эндокринді жүйені қалыпқа келтіру нәтижелі.

Бұл препараттар егде жастағы науқастың есту қабілетінің төмендеуін тежейді, бірақ есту қабілетін қалпына келтіру мүмкін емес.

Қатерсіз пароксизмалды позициялық бас айналау (ҚППБ)

Қатерсіз пароксизмалды позициялық бас айналау тез («пароксизмальды») дамитын позициялық бас айналу ұстамасы, оның клиникалық белгісі бастың қозғалысына байланысты, дәлірек айтқанда, басты бір қалыптан, екінші қалыпқа өзгеруінен қалыптасады. Оның «қатерсіз» деген атауға ие болу себебі, аурудың пайда болуына механикалық қозғалыс (механикалық генез) әсер етеді.

- Жалпы бас айналудың 25% құрайды.
- Егде жастағы адамдардың арасында 10%-ға дейін кездеседі.
- Ерлер:әйелдер арақатынасы 1:1,6

ҚППБ этиологиясы

- инфекция
- автокөлікпен ұзақ жол жүру
- ұзақ уақыт бойы төсекте жату немесе демалыс
- бас ми жарақаты
- лабиринтит
- алдыңғы вестибуляр артериясының ишемиясы
- күйзеліс, шаршау
- эндолимфалық гидропс
- мигрень
- ҚППБ 90%- жағдайда идиопатиялық
- 10% жағдайда ҚППБ бейімдеуші факторы анықталады.

ҚППБ патогенезі

Утрикулездегі отолит рецепторынан шыққан отолиттер, жартылай шеңберлі өзектеріне еніп, өзектердің ампулярлы рецепторларын тітіркендіреді.

Қатерсіз пароксизмалды позициялық бас айналау

Төсекте жатып қозғалғанда, бұрылғанда, басын еңкейткенде немесе шалқайтқанда қатты бас айналу пайда болады. Бастың қатты

айналуы бірнеше секунд немесе минутқа дейін созылады да әлсіздік, лоқсу, құсу пайда болуы мүмкін. Ұстамалы түрдегі бас айнарудың клиникалық белгілері, біраз уақытқа дейін жойылады.

- бас ауруы болмайды,
- кохлеарлық бұзылыс белгілері анықталмайды
- неврологиялық симптоматика жоқ,
- вегетативті дисфункция болуы мүмкін

Эвальд заңдары (Дж.Р.Эвальд 1882)

1. Жартылай шеңберлі өзектердің (ЖШӨ) ампулярлы рецепторы тітіркенгенде, тітіркену жазықтығында орналасқан жартылай шеңберлі өзегі көздің қозғалыс реакциясын туындатады. Көлденең жартылай шеңберлі өзектің (КЖШӨ) ампуласы тітіркенгенде, көлденең жазықтықтағы көздің екпінділігін (нистагмын) түзейді, ал тік (вертикалды) өзектің (алдыңғы ЖШӨ және артқы ЖШӨ) тітіркенуінен, тік жазықтықтағы нистагм қалыптасады.

2. КЖШӨ-ының эндолимфаның ампулопеталды ағымы, эндолимфаның жай иіндігіне қарай (ампулофугал) қозғалысымен салыстырғанда, әлдеқайда күшті реакция тудырады.

3. Вертикалды ЖШӨ (алдыңғы ЖШӨ және артқы ЖШӨ) керісінше: эндолимфаның ампулофугалды ағыны, ампулопеталды ағындыға қарағанда күштірек реакция тудырады.

ҚППБ диагностикасы

Құралсыз қарау кезінде, нистагм компонентінің 43% ғана анықталады. Френзел оптикалық көзілдірігімен: нистагм компонентінің 92% ажыратамыз. Френзел бейне (видео) көзілдірігі көмегімен нистагм компоненттерін 100% дейін анықтауға болады.

Жартылай шеңберлі өзектің зақымдануының диагностикасы

- артқы жартылай шеңберлі өзек 85-90% зақымдалады.
- көлденең жартылай шеңберлі өзектің зақымдалуы 5-10% құрайды.
- алдыңғы жартылай шеңберлі өзектің зақымдалу көрсеткіші 3-5%.
- вертикалды нистагм жоғары қарай, айналмалы компонентпен.
- көлденең нистагм.
- вертикалды нистагм төмен қарай.

ҚППБ өзектің аралас зақымдануы 5% -ға дейін кездеседі, көбінесе артқы және көлденең.

Диагностикалық сынамалар:

- артқы ЖШӨ үшін Dix-Hallpike сынамасы
- КЖШӨ үшін roll сынамасы кезінде анықталатын белгілері:
нистагм + субъективті бас айналу. Егер де белгілері сақталмаса:
- ҚППБ болуы мүмкін (probable): анамнезі, шағымы клиникасына сәйкес, бірақ сынама кезінде нистагм және бас айналу анықталмайды, ҚППБ біздің тексеруімізге дейін, өздігінен клиникалық белгілері жойылған
- ҚППБ болуы ықтимал (possible): сынамада бас айналу айқындалады, бірақ нистагм жоқ, себебі отолиттердің аз қалуынан, нистагм анықталмауы мүмкін.

Артқы жартылай шеңберлі өзектің ҚППБ кезіндегі Дикс-Холлпайк сынамасы

- сынама алдында науқасты шалқасынан жатқызамыз, бұл сынама кезінде бас айналудың болуы мүмкін екендігіне ескерту жасаймыз.
- науқасты кушеткаға отырғызып, басын 45° орналастырып, оңға немесе солға зерттеу жүргізетін жаққа қарай бұрады.
- дәрігер науқастың басын ұстап, шалқасынан жатқызып, басын 30° төмендетеді.
- маневр кезінде дәрігер науқастың көзіне бақылау жүргізеді. Жай қарау немесе Френзел көзілдірігін, видеонистагмографияны қолдану арқылы нистагмды анықтайды.

Артқы жартылай шеңберлі өзектің ҚППБ : Dix-Hallpike сынамасы

ҚППБ провакациясы (өршіту): Науқастың басын оңға 45° бұрып, бетін оңға қарай қаратып кушеткаға жатқызады. Зерттелетін канал тік қалыпта орналасады, ол отолиттің ығысуын тудырады.

ҚППБ критерийі (көрсеткіші): айналмалы бас айналу және төмен бағытталған айналмалы нистагм (геотропты нистагм).

Нистагмның инверсиясы: Науқасты отырғызғанда, жүйелік бас айналу қайталаанады, нистагм қарсы жағына бағытталған, бірақ қарқындылығы аз.

Дағдылану: бұл әдісті қайталау кезінде бас айналу мен нистагмның қарқындылығы азаяды.

Артқы жартылай шеңберлі өзектің ҚППБ:

Эпли маневрі

- зақымдалған жақ анықталғаннан соң, науқасты кушеткаға отырғызады, басын зақымдалған құлаққа қарай 45° бұрады;

- науқасты тездетіп шалқасынан жатқызамыз, басын кушетканың жиегінен 30° төмен түсіреміз (бұл жүйелік бас айналу ұстамасымен және тән нистагммен ерекшеленеді). Осы қалыпта, науқаста бас айналу тоқтағанша және нистагм жойылғанға дейін күтеміз.
- содан кейін науқастың басын тез 90° қарсы бағытқа бұрамыз. Бас айналу мен нистагм басылғаннан кейін де, науқасты осы қалыпта 30 секунд ұстайды.
- одан кейін науқастың басын төмен қарай тағы да 90° бұрамыз және осы қалыпта 30 секунд ұстаймыз.
- соңында науқасты басын төмен қаратып, иегі кеудеге тиетіндей етіп отырғызамыз.

Көлденең жартылай шеңберлі өзектің ҚППБ:

Roll сыналасы

- науқасты шалқасынан жатқызады
- дәрігер науқастың басын бір жағына 90° бұрады және горизонталды нистагмның пайда болуын қадағалайды
- басты қайтадан бастапқы қалпына келтіріп, нистагмның пайда болуын күтеді.
- осы әдісті келесі жағына қайталап жасайды, бұл бағытта да көлденең нистагм күтіледі.
- отолиттің ығысуынан туындаған эндолимфаның ампулопеталды ағымы жағында нистагм ұзақ және қарқынды болады.
- басты бұрған кезде нистагмның бағыты (геотропты немесе апогеотропты) каналолиттиазды немесе купулолиттиазды көрсетеді.

ҚППБ-ды емдеу: физикалық реабилитация

Маневрлер кезінде басты әр бағытқа бұру арқылы, жарты шеңбер каналдың ампулярлы бөлігінен, жай иіндікке қарай отолиттердің қозғалысын бағыттап, оның лабиринттің кіреберісіне енуіне әрекет жасаймыз.

Репозиция маневр кезіндегі асқынулар:

- лоқсу, құсу, есінен тану, бастың айналудың күшеюі
- зақымдалған жартылай шеңберлі өзектен, басқа жартылай шеңберлі өзекке отолиттердің енуі (әдетте АЖШК-нан КЖШК енеді)

ҚППБ-дың қайталануы

- диагностикалық маневрді ҚППБ нәтижелі емінен кейін, бір аптадан соң қайталау ұсынылады.
- клиникалық белгілердің 1 жылдың ішінде және 5 жыл аралығында қайталануы 37-50% құрайды.

Дәрігердің қабылдау кезіндегі емдеу тактикасы

- егер бір рет жүргізілген маневрден нәтиже болмаса, онда репозициялық маневрды 3-5 реттен қайталайды.
- егер лоқсу ұзаққа созылса немесе құсу пайда болса, репозициялық маневрды жасатуды тоқтатады.
- егер репозициялық маневрлер нәтижелі болмаса (провокациялық (өршіту) сынамасы кезінде нистагм, бас айналу басылмаса (жойылмаса), науқасқа үйде орындауға арналған арнайы маневрлер немесе Брандт-Дорофф жаттығуы ұсынылады, жаттығу курсы аяқтаған соң, науқас қайта дәрігердің қабылдауына келеді.

Консервативті емі

- вестибуляр супрессанттары – маневр кезіндегі вегетативті реакцияларды жою үшін тағайындалады:
Дименгидринат 50-100 мг per os.
Метоклопрамид 10 мг бұлшықетке ішіне енгізіледі.
- Д дәрумені – аурудың қайталануына ықпал етеді.
Нәтижелі репозициядан кейін немесе репозициялық маневр кезінде тағайындалады.

- Бетагистин дигидрохлориді 24 мг тәулігіне екі рет
- Гинкго EGb 761 120 мг күніне екі рет – 1 ай бойына

Хирургиялық емдеу шаралары.

- селективті вестибулярлық нейрэктомия.
- зақымдалған каналды сүйек жаңқасымен жабу
- ампулярлы рецепторлардың селективті лазерлік деструкциясы.

Әдебиеттер:

1. Алексеева Н.С. Головокружение. Отоневрологические аспекты / Н.С.Алексеева. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 184 с.
2. Жакенова С.С Курс лекций по отоневрологии. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. Алматы. 2024
3. Извин А.И. Клинические лекции по оториноларингологии. ТюмГМА, 2012. - 221с
4. Золотова Т.В. Сенсоневральная тугоухость. Ростов на Дону: Книга, 2013. - 544 с.
5. Кунельская Н.Л., Гусева А.Л., Байбакова Е.В. Лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.

Корсакова. 2016;116(6): 98-103 DOI: 10.17116/jnevro20161166198-10

6. Оториноларингология / Под ред. В.Т. Пальчуна, А.И. Крюкова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. Серия "Клинические рекомендации"
7. Пальчун, В.Т. Оториноларингология: национальное руководство/ В.Т. Пальчун – 2-е изд., перераб. и доп. Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. -1024 с.
8. Солдатов И.Б., Сущева Г.П., Храппо Н.С. Вестибулярная дисфункция. М.: Медицина. 1980. 228с.
9. Dix MR, Hallpike CS. The pathology symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. The Annals of Otology. Rhinology and Laryngology. December 1952. 61(4). 987-1016
10. Shim DB, Ko KM, Lee JH, Park HJ, Song MH. Natural history of horizontal canal benign paroxysmal positional vertigo is truly short.J Neurol. 2015 Jan;262(1):74-80. doi: 10.1007/s00415-014-7519-0

Бақылау сұрақтары:

1. Құлақтың қандай іріңсіз ауруларын білесіздер?
2. Аурулардың диагностикасы.
3. Емдеудің негізгі қағидалары.
4. Егде жаста есту қабілетінің төмендеуін қалай түсінесіз, емі нәтижелі ме?
5. Қатерсіз позициялық пораксизмалды бас айналу. Консервативті және хирургиялық емдеу шаралары.

Дәріс 11.

Жоғарғы тыныс жолдарының және құлақтың инфекциялық гранулемасы

*Адам тек өз күшіне сенген жағдайда
ғана дегеніне жете алады.*

Л.Фейербах

Мақсаты: ЛОР мүшелерінің инфекциялық гранулемаларының эпидемиологиясын, орналасуын және ерекшеліктерін зерттеу. Жіктемесі, этиологиясы, патогенезі, клиникалық көрінісі және емдеу қағидалары.

Тезистері:

1. ЛОР мүшелерінің туберкулезі: симптоматикасы, диагностикасы, емі.
2. ЛОР мүшелерінің мерезі: симптоматикасы, диагностикасы, емі.
3. Склерома. Клиника. Диагностика. Емі.
4. Вегенер гранулематозы. Клиника. Диагностика. Емі.

Көрнекілік материал: презентация, сызбалар.

Гранулематозды деп аталатын аурулардың этиологиясы мен патогенезі әртүрлі. Гранулемаларды негізінен олардың патоморфологиялық көрінісі біріктіреді. Вегенер гранулематозының шекарасы айқын, морфологиялық құрылымы қабыну өнімінің түйінінен құралған, оның негізін құрайтын жас дәнекер тін жасушалары.

Гранулемалар көбінесе әртүрлі инфекциялық үдерістен (туберкулез, мерез, склерома және т.б.) қалыптасады. Гранулеманың түзілуіне әсер етуші факторлар: химиялық элементтер (бериллиоз), бөгде дене, хирургиялық материал (бөгде дененің гранулемасы) немесе жергілікті ем ретінде қолданған май жақпалары (олеогранулемалар).

Диффузды гранулематозды өзгерістер (гранулематоздар) жүйелі зақымданудан пайда болады, мысалға: жүйелі аутоиммунды васкулит (Вегенер гранулематозы). ЛОР мүшелерін зақымдайды: склерома, туберкулез, мерез және Вегенер гранулематозы

Гранулема (латын тілінен аударғанда *granulum* - «дән») - кейбір созылмалы аллергиялық, жұқпалы және инфекциялық-аллергиялық аурулар кезінде тіндер мен мүшелерде түзілетін қабыну ошағы, диаметрі бірнеше сантиметрге дейінгі тығыз түйінді түзілістен тұратын өнім.

Гранулеманың соңғы сатысы тыртықтанумен аяқталады.

Склерома (грекше - «тығыздау») - жоғарғы тыныс жолдарының созылмалы инфекциялық ауруы. Ағымы баяу, үдемелі.

Этиологиясы: *Klebsiella scleromae* (Фриш - Волкович таяқшасы). Гистологиясы: инфильтраттың негізін құрайтын дәнекер тін, оның құрамында қантамырлары, плазмациттер, Микулич жасушалары, Фриш - Волкович таяқшасы орналасқан.

Таралуы. Эпидемиялық ошақтары: Беларусь, Батыс Украина, Италия, Германия, Югославия, Египет және т.б.

Соңғы статистикалық мәлімет бойынша ауру жағдайларының 80%-ын Еуропа аймағы құрайды. Науқастардың жас шамасы 16-30 жас. Склерома балалар мен кәрі адамдарда кездесу жиілігі өте төмен. Склеромамен ауыратындардың 70%-ы ауыл тұрғындары, көбінесе әйел адамдарда кездеседі.

Склероманың дамуына әлеуметтік-тұрмыстық жағдайдың төмендігі себеп болуы мүмкін. Мысалы, бұрынғы КСРО-да (1945–1950) бұл аурудың ең ауыр түрі белең алған және ақыры өліммен аяқталған.

Инфекция тыныс алу жолындағы мұрын, жұтқыншақ, көмей, кеңірдек және бронхтың шырышты қабатындағы микрожарақаттар арқылы енеді.

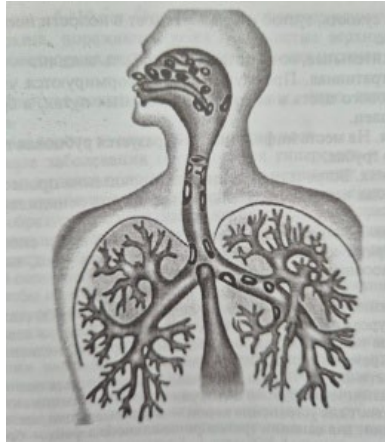
Қоздырғыштың уыттылық көрсеткіші өте төмен, сондықтан ауру баяу дамиды, инкубациялық кезеңі ұзаққа, 3-5 жылға дейін созылады.

Инфекция көзі – науқас адам. Жұғу жолдары – ауа-тамшылы және жанама. Склероманың жанұялық инфекция ошақтары пайда болып, алдымен туысқандар (аға, апа, балалары), содан кейін әйелдері мен күйеулері ауырады. Көбінесе ауру 16 жастан 30 жасқа дейін кездеседі. Этиологиясы: Фриш-Волкович таяқшасы.

Этиологиясы. Склеромамен ауыратын науқастардың қан сарысуында микробқа қарсы арнайы антидене түзіледі. Инфильтрат ішінде Микулич жасушалары көп мөлшерде анықталады. Склерома ауруының жетілуіне себепкер, жалпы ағзаның иммунитетінің төмендеуі, адамның белгілі бір қоршаған ортада ұзақ және склеромамен ауыратын науқаспен жақын қарым - қатынаста болуы.

Склероманың даму сатысы, 3 кезеңге бөлінеді:

1. Тыныс алу жолында, ұсақ түйіндердің түзілуі.
2. Тығыз инфильтраттардың қалыптасуы.
3. Тыртықты үрдістер.



27-сурет. Склерома ошақтарының орналасуы

Ішкі мүшелерде патологиялық өзгерістер анықталмайды.

Склерома мұрынның алдыңғы бөлігін (95%), хоанада (60%) және көмейдің қатпар астылық кеңестігін және бронхты зақымдайды. Әдетте, бірнеше мүше зақымдалады (27-сурет).

Шағымдары орналасу деңгейіне және тыныс жетіспеушілігіне байланысты: мұрыннан тыныс алудың қиындауы, ауыз қуысының және тамақтың құрғауына, құрғақ жөтел, дауыстың қарлығы, жүктеме кезінде енгігу. Тыныс алудың бұзылысы өте жәй дамиды.

Склерома ағымының ерекшеліктері: баяу жетіледі, дене температурасы қалыпты, ауырсынуға шағымданбайды. Склероманың кезінде зақымдану симметриялы, инфильтраттың ыдырауға және жара түзуге бейімділігі жоқ.

Склероманың түрлері:

1. Жасырын. Шағымдары аз, клиникалық көрінісі айқындалмайды, бірақ серологиялық реакция оң мәнді.
2. Атрофиялық. Жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабаты жұқарады.

Шағымы: мұрын ішінің құрғауына, бөліністің қою, тұтқыр болуына және қабыршақтардың түзілуіне.

Комплемент байланыстыру реакциясы (КБР) оң және қоздырғыштары анықталады.

3. Инфильтративті. Жоғарғы тыныс жолдарында сұр-қызғылт түсті түйіндер, бронхта сақина (шеңбер) тәрізді түзілістер қалыптасады.

4. Тыртықтану. Инфилтраттардың орнына қалың тыртықты тіндер өседі.
5. Аралас. Ауру қайталанса, жоғарғы тыныс жолдарында әртүрлі клиникалық көріністер қалыптасады.
6. Атипті түрі өте сирек кездеседі, склерома инфилтраты мұрын маңы қойнауына қарай өседі, мұрын- жас және есту түтігін зақымдайды және т.б.

Емі

1. Этиотропты. Стрептомицин бұлшықетке 500 мың бірлікте күніне 2 реттен, курсы 80-120 г дейін. Стрептомицинге жағымсыз әсерлер анықталса, онда оның орнына тамақтың алдында 30 минут бұрын күніне 4 рет левомицетин 0,5 тағайындалады. Емдеу курсының ұзақтығы 2-3 апта. Резервтегі (қордағы) антибиотиктер: тетрациклин, олеандомицин.

2. Патогенетикалық. Тыртықтарды жұмсарту үшін лидаза, ронидаза, гиалуронидаза пайдаланылады және олар антибиотиктердің зақымдану аймағына енуіне ықпал етеді; қабыршақтарды еріту үшін - май тамшылары, сілтілі ингальция; трахеобронхиалды тармақты тазарту мақсатында, бронхоскоптың көмегімен ферменттер енгізіледі

3. Хирургиялық. Тарылған жерді кеңейту қолданылады. Екі тәсілі қолданылады:

- инфилтратты және тыртықтарды алу,
- инфилтраттарды жұмсарту және көлемін кішірейту.

Криодеструкция, электрокоагуляция және лазер сәулесі қолданылады. Сондай-ақ, тыртықтарды жоюға резеңке немесе металл сүңгілерін /бужды/ пайдалану немесе сақина тәрізді құралмен кеңейту.

Емдеудің нәтижелілігі:

- клиникалық көрінісі,
- тыныс алу қызметі,
- жағындыда микрофлораның болмауы.

Туберкулез

Туберкулезге қатысты қолжазбаларда осыдан 5 мың жыл бұрын, адамдардың туберкулезбен ауырғандығы туралы (осы патологияны айқындайтын, омыртқа сүйектері табылған) деректер кездеседі. Туберкулездің алғашқы клиникалық сипаттамасы біздің заманымыздың VIII-IX ғасырлардағы ғылыми еңбектерде (фтиз – өкпе ауруы, улану синдромы, қанды қақырық, өкпеден қан кету, қақырықтың көп бөлінуі) жазылған. Бірақ бұл жазбадағы көріністер

туберкулездің, өкпе обыры, созылмалы обструктивті бронхиттің клиникасына тән сияқты және т.б.

Туберкулез – Кох таяқшасымен шақырылатын, созылмалы жұқпалы ауру. Инфекция көзі – туберкулезбен ауыратын адам, сонымен қатар туберкулезбен ауырған кейбір жануарлардан жұғуы мүмкін. ЛОР мүшелерін ішінде өкпе туберкулезінде ең жиі кездесетіні - көмей туберкулезі. Инфекция көмейге гематогенді және лимфогенді жолмен таралады.

Көмей туберкулезінің дамуы үш кезеңге ажыратылады:

- инфильтративті;
- ойық жараның түзілуі;
- шеміршектің зақымдануы.

Зақымдалады: ожауаралық кеңістік, ожау тәрізді шеміршектер және дауыс қатпарына жақын орналасқан аймақтар. Диагноз қоюда үрдістің бір жақты болуы және арнайы сипаттағы клиникалық көріністің болуы, туберкулез туралы күдік тудырады.

Зақымданудың патоморфологиялық көрінісіне байланысты 2 түрге бөлінеді:

- инфильтративті (шектелген және жайылмалы, ісік тәрізді – туберкулема),
- ойық жара (пішіні қисық, жиегі тегіс емес, жараның төменгі жағынан
- (түбінен) бозғылт грануляциялық тін анықталады).

Жоғарғы тыныс жолдарының туберкулезіндегі қабыну үдерісінің кезеңдері:

1. Инфильтрация.
2. Ыдырау.
3. Өсуі (көбеюі).
4. Тығыздалуы.
5. Кальцификация (эктену).
6. Тыртықтану.

Туберкулездік инфильтрацияда кезінде тіндердің ісінуі анықталады. Шырышты қабаты бозғылт, беткейі қақырықпен жабылған. Ағымы қолайлы болса, инфильтраттың айналасына дәнекер тіндер өседі, оның пішіні туберкулемаға ұқсауы мүмкін.

Туберкулездің жаралы түрі, өзіне тән белгілерімен ерекшеленеді (Гюсан А.О., 2014). Пішіні жалпақ, жиектері тереңде орналасқан, түбі лас сұр түсті, беткейі қақырықпен жабылған. Көмей үсті шеміршегінің,

ішкі беткейінде шеттері тегіс емес, ойық жара анықталады. Басына мақта оралған зондты, жараның беткейіне тигізсек, қатты ауырсынады.

Кейбір наукастарда көмейдің қатерлі ісігі туберкулезбен қатар кездесуі мүмкін (Гюсан А.О., 2010). Беткейінде емізікше тәрізді өсінділерде орналасқан туберкулездік инфильтратты папилломадан ажырату керек. Көмей туберкулезін гиперпластикалық ларингитпен, мерезбен ажырату диагностикасын жүргізу қажет.

Клиникасы. Шағымдары үрдістің түріне, орналасуына және таралуына байланысты.

Инфильтрат дауыс қатпарында орналасса, дауыс қарлығады.

Көмей үсті, ожау немесе ожау-бөбешік қатпарларда жараның болуы, тамағындағы ауырсынуды күшейтеді және тамақ өтуін қиындатады.

Мұрын туберкулезі. Сирек кездеседі. Түсі ақшыл-сұр, беткей орналасқан түйінді инфильтрат, тез ойық жараға айналады, көбінесе мұрын қуысының алдыңғы бөлігін зақымдайды және жиі мұрын пердесінің тесілуіне әкеледі. Зақымдалған аймақта гипертрофиялық өзгерістер де болуы мүмкін.

Шағымы: мұрынның құрғауы, қышуы, мұрын қуысында қабыршақтың түзілуі.

Ауыз қуысының және жұтқыншақтың туберкулезі. Шырышты қабат гиперемияланған, инфильтрацияланған, оқшауланған милиарлы түйіндер, олар тез ыдырап, ойық жара қалыптасады.

Тамақтың қатты ауыры тек инфильтраттың әсерінен емес, сонымен қатар тамақ қабылдау кезінде, ашық жүйке ұштарының химиялық және физикалық факторлармен тітіркенуіне байланысты күшейеді.

Шағымы: дисфония, дисфагия.

Дисфонияның 3 дәрежесі:

1. Ұстамалы, ауыспалы.
2. Үнемі, тұрақты.
3. Аффония.

Дисфагияның 3 дәрежесі:

1. Ауырсыну, көбінесе тамақ қабылдағанда.
2. Ауырсыну тұрақты, жөтелгенде және жұтынғанда күшейеді.
3. Құлаққа қарай берілетін қатты ауырсыну.

Кейде тарылудың белгілері болуы мүмкін.

Түрлері:

- милиарлы түйіндер,

- инфильтрация,
- жасымық (чечевица) тәрізді жара,
- үрдіс шеміршек тысын және шеміршекті қамтиды,
- көмей туберкулемасы.

Өкпенің диссеминирленген туберкулезінде гематогенді жолмен ортаңғы құлақ зақымдануы мүмкін, оның клиникалық көрінісінде бірқатар өзіндік ерекшеліктер айқындалады.

Туберкулез отитінің ағымы қолайлы, бірақ дабыл жарғағында, бірнеше тесіктер түзіледі; бастамасында құлақтан бөлініс аз, иіссіз, соңынан сасық иісті, көп мөлшерде ірің ағады. Уақытында емделмесе, үрдіс сүйек тіндеріне жайылып, естуі төмендейді және бет жүйкесінің парезі мен салдануымен асқынады (Гюсан А.О., 2014).

Жоғарғы тыныс жолдарының туберкулезін емдеудегі мақсат, еңбек ету қабілетін қалпына келтіруге және өмір сапасын жақсартуға бағытталуы керек. Емдеу аурудың ерекшеліктеріне сәйкес жеке, жалпы, жергілікті терапия тағайындалады. Химиотерапия курсының компоненттері: изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол, пиазинамид және т.б.

Негізгі жергілікті емі: инфильтратты, ойық жараны 10-20% пирогалл қышқылымен күйдіру. Зақымдалған аймаққа, ультракүлгін сәулесін пайдалану. Құнарлы тамақтану және дауыс аппаратына жүктемені шектеу.

Мерезді 1905 жылы Ф.Шаудин мен Э.Гофман анықтаған, бозғылт спирохета қоздыратын, созылмалы жұқпалы ауру. Мерез адам ағзасындағы барлық тіндерін мен мүшелерін зақымдайды. Инфекция тері мен шырышты қабыққа микрожарақаттар арқылы енеді. Көбіне жыныстық қатынас арқылы жұғады, ал тұрмыстық жолмен жұғуы сирек.

Инкубациялық кезеңі 21-28 күн. Мерездің алғашқы кезеңінде инфекция орнында қызарған дақ немесе папула түзіледі, көлемі ұлғайып, қатты шанкр (бастапқы сифилома) қалыптасып, оның ортасында ойық жара пайда болады. Бұл кезеңнің ұзақтығы 6-7 апта. Қатты шанкр пайда болғаннан кейін, аймақтық лимфа түйіндері ұлғайып, ішіндегі спирохеттердің саны тез өседі. Олар бүкіл лимфа жүйесіне таралып, полиаденит дамиды.

Қалыптасқан шанкр - бұл табақша тәрізді эрозия, кейде жиырма теңге көлеміндей тығыз, ойық жара түзеді.

ЛОР мүшелерінде, көбінесе жұтқыншақта, сирек жағдайда мұрын мен көмейде және жиі ауыз қуысында орналасады.

Жұтқыншақ пен көмейде мерездің кез келген сатысы кездесуі мүмкін. Қатты шанкр эритематозды, эрозиялық және ойық жаралы түрлерде көрініс береді. Жұтқыншақтағы үрдіс бір жақты және зақымдалған аймақтағы лимфа түйіндерінің ұлғаюымен қоса жүреді.

Мерездің екінші кезеңінде жұтқыншақ пен көмейдің шырышты қабығы бір мезгілде зақымдалады және тері жамылғысында розеола, папула қалыптасады. Бұл бөртпелер болған кезде науқаста шағым болмайды, сондықтан науқас инфекцияның таралуына себепші.

Мерездің екінші кезеңінде көмейде эритема пайда болып, ларингоскопиялық көрінісі катаралды ларингитке ұқсайды. Ақ-сұр түсі, шеттері қызыл жиекпен көмкерілген, пішіні дөңгелек папула түрінде де болуы мүмкін.

Үшіншілік сифилис шектелген гумозды ісік түрінде қалыптасады, гуммалар қатты және жұмсақ таңдайда, көмейде: көмей үсті шеміршегінде, кейде – ожау аралық кеңістікте орналасады.

Мұрын мерезі склероз түрінде, екінші және үшінші кезеңінде кездеседі. Қатты шанкр өте сирек байқалады. Ол мұрынның кіреберісінде, оның қанатында және мұрын пердесінің тері бөлігінде орналасуы мүмкін.

Мұрын аймағында мерез үдерісі кезінде, шүйде және жақ асты лимфа түйіндері ұлғаяды, басқанда ауырсынбайды. Риноскопияда: мұрын кіреберісінде көлемі 0,2-0,3 см, түсі қызыл, беткейі тегіс, қозғағанда ауырсынбайтын эрозия анықталады. Эрозияның шеті білікше тәрізді қалыңдаған, түбі майлы жабындымен жабылған. Мұрынның екіншілік мерезі эритема және папула түрінде көрінеді.

Папула мұрын кіреберісі терісінде, ал мұрын қуысында сирек орналасады. Мерездің үшінші түрі алдыңғы екеуіне қарағанда жиі байқалады. Ол диффузды инфильтраттың немесе гумманың ыдырауынан пайда болады. Жиі үшінші мерезде мұрын пердесінің сүйекті бөлігі және мұрын түбі зақымдалады. Шағымы: мұрынның, маңдай аймағының және көз ұясының қатты ауырсынуы.

Диагностикасы. Екіншілік мерездің диагнозы: ерін, ауыз және тік /көтен/ ішіктің айналасында папулалардың пайда болуына негізделеді. Мерездің үшінші сатысында диагнозды нақтылау мақсатында Вассерман реакциясы және гистологиялық зерттеу әдісі қолданылады.

Мерезді емдеудің арнайы емдік тәсілі қалыптасқан. Мұрын қуысын натрий гидрокарбонатының және 0,1% калий перманганат ерітіндісімен жуу. Мерезден толық ем қабылдаған соң, әртүрлі ринопластикалық операция жасалады.

Вегенер гранулематозы

Вегенер гранулематозы - жүйелі аутоиммунды аурулар тобына жататын ауру. Біріншілік кезекте жоғарғы тыныс алу жолдарын зақымдайды, кейін висцералды мүшелерді зақымдайды, клиникалық көрінісі айқын көріне бастайды. Ауруды алғашқы белгілерін 1936–1939 жылдары Ф.Вегенер сипаттаған, кейін оның құрметіне аурудың атауы берілді.

Вегенер гранулематозы - қан тамырлары қабырғаларының аутоиммунды гранулематозды қабынуы, үрдіс ұсақ және орташа қан тамырларын қамтиды: капиллярларды, венулаларды, артериолдарды және артерияларды, жоғарғы тыныс жолдарын, көз, бүйрек, өкпені және басқа мүшелерді зақымдайды.

Бұл ауыр және тез дамиды ауру. Науқас уақытылы ем қабылдамаса, ауру 6-12 ай ішінде өліммен аяқталуы мүмкін. Ауру жергілікті және генерализацияланған болып 2 түрге бөлінеді.

Жергілікті түрінде ЛОР мүшелері (90% жағдайда) және көз (10% жағдайда) зақымдалады, клиникасы ринит, назофарингит, синусит, евстахит, отит, склерит, эписклерит және увеит көрінісінде дамиды.

Генерализацияланған түрінде жоғарыда аталған симптомдарға, өкпенің гранулематозды васкулиті түрінде (80% жағдайда) зақымдануы кездеседі, көбінесе өкпе гранулемасы қалыптасады.

Гранулемалар ыдырап, қуыс (каверна) түзеп, кейде өкпеден қан кетеді. Науқастардың 2/3 бөлігінде некрозды түрде бүйрек зақымданады да, гломерулонефрит дамиды.

Көбінесе Вегенер гранулематозы тері васкулиті (пациенттердің 40% -ында) және асимметриялы полиневропатиямен қоса, шеткі жүйке жүйесінің зақымдануы (15%) және (5% -ында) перикардит орын алады.

Бірінші кезекте жоғарғы тыныс жолдары және көз зақымданады. Ішкі мүшедегі өзгерістер кейіннен пайда болады.

Вегенер гранулематозының кездесу жиілігі ерлер мен әйелдерде бірдей. Науқастардың орташа жасы – 40 жас.

Ауру белгісі жалпы әлсіздіктен, тәбеттің төмендеуінен және салмағының азаюымен басталады. Кейіннен қызба, артралгия және миалгия мазалайды. Кейде реактивті артрит байқалуы мүмкін.

Вегенер гранулематозында қабыну үдерісі көздің ақ қабығы мен нұрлы қабығын қамтиды. Жиі увеит, иридоциклит, эписклерит, склерит, мүйізді қабықтың тесілуі дамиды және көру қабілеті толық жойылуы мүмкін. Периорбиталды гранулеманың өсуінен экзофтальм қалыптасуы мүмкін.

Жоғарғы тыныс жолы, ауыз қуысы және есту мүшесі зақымдалады

Мұрыннан үнемі қанды - іріңді бөлінді бөлінеді, содан кейін шырышты қабықта жаралы түзіліс қалыптасады. Мұрын пердесінің тесілуі әсерінен, мұрын қыры ішіне қарай ығысады (аттың еріне ұқсас). Ойық жаралы-некротизация риниттен басқа, кеңірдек, көмей, мұрын маңы қойнаулары, есту түтігі және құлақтың зақымдануы мүмкін.

Ойық жаралы стоматит жиі кездеседі. Кейде консервативті және хирургиялық емге төзімді (нәтижесіз) мастоидит қалыптасады.

Ойық - жаралы геморрагиялық бөртпелері бар, тері васкулиті пайда болады. Өкпеде гранулемалар түзіліп, ыдырап, қанды қақырық бөлінеді және тыныс алуы қиындайды.

Тыңдағанда: плевраның үйкеліс дыбысы естіледі, плеврит түзіліп, экссудат жиналуы мүмкін. Сондай-ақ, Вегенер гранулематозы бүйрек шумақтарында орналасады. Гломерулонефрит гематуриямен, көп мөлшерде протеинуриямен сипатталады, жиі жылдам үдемелі ағымға ауысып және тез бүйрек жетіспеушілігі дамиды. Айқын клиникалық көрініс анықталса, науқастарға диагноз қою жеңіл, бірақ өзіндік ерекшелігіне және клиникалық белгілері немесе ағымының өзгешілігіне байланысты, аурудың ерте белгілерін анықтау өте қиын. Аурудың алғашқы сатысы кезінде 25% -ында өкпе немесе бүйрек тің патологиялық өзгерістері анықталмайды.

Вегенер гранулематозының диагностикалық жіктелімінің көрсеткіштері.

1. Мұрын және ауыз қуысының қабынуы: ауыз қуысындағы жаралар, мұрын ішіндегі іріңді немесе қанды бөліністің болуы.

2. Өкпе рентгенографиясындағы өзгерістер: түйіндер, инфильтраттар немесе қуыстар.

3. Зәрдегі өзгерістер: микрогематурия (көру аймағында >5 эритроциттер) немесе зәр шөгіндісінде эритроциттердің болуы.

4. Биопсия: артерия қабырғасында немесе периваскулярлы және тамырдың сыртында гранулематозды қабыну.

Екі немесе одан да көп критерийлер (белгілері) болса, диагностикалық сезімталдығы 88%, арнамалы (спецификалық) 92% құрайды. Диагнозды нақтылау үшін қанның құрамындағы антинейтрофилді цитоплазмалық антиденелер анықталуы.

Дифференциалды диагностикасы

Диагноз қою үшін өкпе-бүйрек синдромын жоққа шығарғаннан кейін ажырату диагностикасын жүргізу керек: микроскопиялық полиангиит, Чарг-Стросс синдромы, периартерит түйіндері, Гудпасчер синдромы, геморрагиялық васкулит, жүйелі қызыл жегі, сирек, стрептококты пневмониямен қоса жүретін гломерулонефритпен.

Бұдан басқа, мына аурулармен де дифференциалды диагноз жүргізіледі: лимфопатиялық гранулематоз, ангиоцентрлік қатерлі лимфома, қатерлі ісіктер, мұрынның ортаңғы гранулемасы, саркоидоз, туберкулез, бериллиоз, жүйелі микоздар, мерез, алапес, ЖИТС және т.б.

Емі

Негізінен аутоиммунды ауру болғандықтан, таңдау препараттары ретінде иммуносупрессанттар тағайындалады, олар: глюкокортикоидпен қоса цитостатиктер. Циклофосфамид дене салмағына тәулігіне 2 мг/кг дозада тағайындалады. Бүйрек зақымданған болса, дозасын тәулігіне 3-5 мг/кг дейін көбейтеді. Глюкокортикоидтар тәулігіне 1 мг/кг преднизолонға баламалы дозада тағайындалады.

1000 мг дозадағы циклофосфамидпен жасалған пульстік терапияның нәтижесі өте жоғары. Тек антицитокинді терапия науқастардың өмірін ұзарта алады.

Ем қолданбаса, орташа өмір сүру ұзақтығы 5 айдан аспайды, алғашқы жылы өлім деңгейі 80% құрайды.

Циклофосфамидмен және глюкокортикостероид дәрілерін уақтылы қолданса, 93% науқаста ремиссия сатысы 4 жылға дейін созылады, ал кейбір науқастарда - 10 жылдан астам.

Әдебиеттер:

1. Бабияк В.И. Оториноларингология. Руководство. Том 2/ В.И. Бабияк, М.И. Говорун, Я.А. Накатис.- М.:Книгапотребованию, 2019.- 832 с.
2. Бариляк Р.А., Сахелашвили Н.А.Склерома. Киев: Изд. «Здоровья». 1974. - 181с.
3. Владимирова Т.Ю., Куренков А.В., Чернов Г.Н.. Специфические заболевания ЛОР-органов. Учебное пособие. Москва: Ай Пи Ар Медиа 2024.- 155с.
4. Гюсан А.О., Ураскулова Б.Б. Вопросы туберкулеза легких оториноларингологии // Рос. оториноларингология. Приложение. 2017. №4. С. 32–36.

5. Гюсан А.О., Арчакова Л.И., Ураскулова Б.Б. Дифференциальная диагностика заболеваний гортани при туберкулезе легких. Медицинский альянс. 2017;4:75-79.
6. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 592 с.
7. Пробст Р., Греверс Г., Иро Г. Оториноларингология в клинической практике / Р. Пробст, Г. Греверс, Г. Иро ; ред. А. С. Лопатин ; пер.с англ. М.:Практическая медицина. 2012. - 381 с.
8. Тимошенко П. А. .Оториноларингология : учебное пособие / П. А. Тимошенко, В. С. Куницкий, Н. Ч. Буцель и др. под общ. ред. П. А. Тимошенко. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – 432 с.

Бақылау сұрақтары:

1. Туберкулез: белгілері, диагностикасы, емі.
2. Жоғарғы тыныс жолдарына инфекцияның ену жолдары.
3. Туберкулез ойық жарасының ерекшеліктері.
4. Жоғарғы тыныс жолдары туберкулезінің қабыну үрдісінің фазалары.
5. Жоғарғы тыныс жолдары мен құлақ мерезінің: диагностикасы, клиникасы, емі.
6. Склерома және оның коздырғышы. Инфекцияның таралу жолдары. Инфекциялық ошақтары.
7. Склероманың даму кезеңдері және орналасу аймақтары.
8. Склерома: клиникалық көрінісі, диагностикасы, емі.
9. Вегенера гранулематозы: клиникалық көрінісі, диагностикасы, емі.

Дәріс 12.

Жоғарғы тыныс жолдары мен құлақтың қатерлі және қатерсіз ісіктері

*Адамды дәреже жеткізбейді,
білім жеткізеді.*

Ә.Жәми

Мақсаты: Жоғарғы тыныс жолдары мен құлақтың қатерлі және қатерсіз ісіктерінің эпидемиологиясын, орналасуын және ерекшеліктерін зерттеу. Жіктемесі, этиологиясы, патогенезі, клиникалық көрінісі және емдеу қағидалары.

Тезистері:

1. Онкологияның медицина саласындағы анықтамасы.
2. ЛОР мүшелерінің ісіктерінің эпидемиологиясы, этиологиясы, патогенезі, клиникалық көрінісі, диагностикасы, емдеу қағидалары және алдын алу туралы ой-пікірін қалыптастыру.
3. ЛОР мүшелерінің ісіктерімен ауыратын науқастарды тексеру әдістерін меңгерту.
4. Жаңа түзілістердің жіктемесі.
5. Қатерсіз, қатерлі ісіктердің сипаттамасы.
6. Қатерлі ісіктердің халықаралық жіктемесі (TNM).
7. Халықаралық жіктеме бойынша обырдың клиникалық диагнозын: дәлелдеу және негіздеу.
8. Көмейдің ісікалды аурулары және қатерсіз, қатерлі ісіктері: симптоматикасы, диагностикасы, емі.
9. Жұтқыншақтың қатерсіз, қатерлі ісіктері: симптоматикасы, диагностикасы, емі.
10. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының қатерсіз, қатерлі ісіктері. Клиника. Диагностика. Емі.
11. Сыртқы, ортаңғы, ішкі құлақтың қатерсіз, қатерлі ісіктері. Клиника. Диагностика. Емі.

Көрнекі құралдар: презентация, кестелер, муляждар, тақырыптық науқастар.

Онкология – ісік ауруларының пайда болуы, алдын алу, диагностикалау және емдеу мәселелерін зерттеуге арналған клиникалық медицина саласының бір бөлігі.

Онкологиялық ауруларды диагностикалау мен науқастарды емдеудің өзіндік әдістерімен медицинаның дербес саласы болып қалыптасты.

ЛОР мүшелерінің құрылымы мен қызметінің күрделілігі, орталық жүйке жүйесіне жақындығы, ас қорыту және тыныс алу жолдарының қиылысуы, ірі тамырлардың, жүйке діңдері мен рефлексогендік аймақтардың шоғырлануы, тек осы мүшелерде орналасқан ісіктердің белгісінен құнды мәлімет береді.

Осының барлығы ЛОР-онкологияны оториноларингологияның дербес сала ретінде қалыптасуына ықпал етті. ЛОР дәрігерінің жалпы тәжірибелік дәрігерге қарағанда ЛОР мүшелерінің қатерлі ісіктерін ажырату қабілетін тез әрі толық меңгере алады.(Солдатов И.Б., Гофмана В.Р.2000).

Көмейдің ісікалды аурулары

Ұзақ уақыт талқылаудан соң, бас және мойын ісіктері жөніндегі ұжымдық орталық көмейдің ісікалды ауруларына жіктемесін ұсынды. А. Қатерлі түріне жиі ауысатын ісікалды үрдістер (облигатты): 1) ересектердегі папиллома; 2) пахидермия; 3) дискератоздар (лейкоплакия, лейкокератоз). Б. Қатерлі түріне төменгі жиілікпен ауысатын ісікалды процестері (факультативті): 1) жанасу фибромасы; 2) созылмалы арнайы инфекциялардан (туберкулез, мерез, склерома) және күйіктерден кейінгі тыртықтану процестері.

Папиллома және папилломатоз. Қатерсіз ісіктердің дамуына әсер ететін факторлар: химиялық заттар, ультракүлгін сәулесі және басқа да иондаушы радиация, механикалық жарақаттар, ағзаға жоғары температураның ұзақ уақыт әсері, вирустар, иммунды және эндокринді жүйенің қызметінің бұзылуы.

Папиллома мен папилломатоз ересектерде жиі кездеседі; олар көмейдің қатерсіз ісіктерінің 40% құрайды. В.С.Погосовтың мәліметтері бойынша папилломалар қатерлі ісікке 15-20% жағдайда ауысады, ал А.И.Пачестің (2013) мағұламаты бойынша 3-8% кездеседі. Папилломалар жиі дауыс қатпарында, сирек көмей бөбешігінің беткейінде және көмей қарыншасында кездеседі. Клиникалық тәжірибеде, кейбір оториноларингологтар папилломаны қатты және жұмсақ деп екіге бөледі. Біріншісі, бозғылт-сұр түсті, беткейі дән тәріздес, түрі-түсті орамжапырақа ұқсас, негізі шырышты қабықтан дамиды, беткейі көп қабатты жазық эпителиймен жабылған. Жұмсақ папиллома – түрі жүзім шоғыры тәріздес, күнгірт-қызыл түсті, шырышты қабаттан дамитын, беткейі жыбыр эпителиймен жабылған түзіліс. Көмей папилломасының симптомдары дауысының қарлығыуы. Егер дауыстың қарлығыуы күшейсе және ауырсынуы пайда болып, оған

қанды қақырық қосылса, онда папилломаның қатерлі ісікке ауысқанынан күдіктену қажет. Бұл жағдайда папилломаның негізі инфильтрацияланған, міндетті түрде биопсия және морфологиялық зерттеу керек.

Көмей папилломасының емі, оның орналасуына, көлеміне, таралуына және басқа да клиникалық ағымының ерекшеліктеріне байланысты жүргізіледі. Папиллома және басқа да қатерсіз ісіктерде сәулелік ем пайдаланылмайды. Папилломада және басқа да қатерсіз ісіктерді алып тастауда, операцияның радикализмін жоғарылату үшін микрохирургия әдісі қолданылады. Ол әдістің көмегімен ларингофиссураны қолданбай, ісіктің шекараларын дәл анықтауға болады. Қатерсіз ісіктерді емдеуде СО лазердің көмегімен жүргізілетін микрохирургияның эндоларингеалды тәсіл кеңінен пайдаланады.

Пахидермия – ожау тәрізді шеміршектің дауыс өсінділерінің маңында орналасқан немесе ожау тәрізді аймақтың аралығындағы эпидермоидты өскін. Бұл процестің қатерлі түрге ауысуы вестибулярлық қатпардың, ожау тәрізді шеміршекке қосылған жерінде айқындалады. Пахидермияның басқа аймақта орналасуында қатерлі, ісікке айналуы кездеспейді.

Дискератоздар. Лейкоплакия – дауыс қатпарларында орналасатын, пішіні сопақша, беткейі тегіс емес, ақшыл түсті түзіліс. Жиі ожау тәрізді шеміршектің артында орналасады, фонацияның өзгеруімен және жөтелмен сипатталады. Шағын түзілістерде емдеу эндоларингеалды, ал үлкен көлемде болған жағдайда ларингофиссура жасалып, электрокоагуляция жолымен алынады. Лейкокератоз – веррукозды лейкоплакия – ақшыл-сұр түсті, шырышты қабаты мүйізгектелген, беткейі айдаршық тәрізді, көбінесе ожауаралық кеңістікте орналасады. Қатерлі ісікке ауысқан жағдайда лейкокератоздың айналасында инфильтрация пайда болады. Лейкокератоздың көлемі үлкен емес және шекарасы айқын, сондықтан түзіліс эндоларингеалды алынады. Жайылған түрінде ларингофиссура, содан соң көмейдің зақымдалған бөлімдеріне криотерапия немесе электрокоагуляция, лазерлік деструкция қолданылады.

Дауыс қатпарларының контактылы (жанасу) фибромасы жиі ер адамдарда созылмалы қабынудан, ұзақ уақыт темекі шегудің және дауыстың зорығуының (бұл факторлар дискератоздың да дамуына әкеледі) салдарынан болады. Жиі дауыс қатпарларының артқы бөлігінде орналасады. Дауыс қатпарларының бір жағында фиброма төстік тәрізді, ал қарсы жағында балғашаға ұқсайды, екеуінің жиі

жанасуынан беткейі жарақаттанып, грануляция өседі. Науқас дауысының өзгеруіне шағымданады. Жанасу фибромасының қатерлі ісікке айналуы сирек. Консервативті немесе хирургиялық ем әдісін қолдануды таңдау, фиброманың көлеміне және қосымша қабыну ауруларға байланысты

Көмейдің фибромасы. Фиброма бойындағы талшықтардың орналасуына байланысты тығыз және жұмсақ деп ажыратады. Ол көбінесе дауыс қатпарының алдыңғы 1/3 бөлігінде, кейде вестибуляр қатпарында немесе көмей қарыншасында орналасады. Фиброманың қатерлі ісікке ауысуы өте сирек. Емі - хирургиялық.

I. Көмей обыры

Көмей обыры барлық қатерлі ісіктердің 2%-ын құрайды. ЛОР мүшелерінің қатерлі ісіктерімен салыстырғанда, көмей обырының үлесі 40-60%-ды құрайды. Көмей обыры көбінесе 40 жастан асқан, ер адамдар арасында жиі кездеседі. Бейімдеуші факторлар шылым шегу және *алкоголизм*, шылым шегушілерде кездесу жиілігі 6-30 есе. Басқа қауіпті факторлар: асқазан рефлюксі, сәулелену, анамнезінде көмей папилломатозы

Жіктелісі

Гистологиялық құрылымы бойынша көмейдің қатерлі ісігі жазық жасушалы ісіктер қатарына жатады. Көмей саркомасы өте сирек кездеседі. Әдебиеттегі ақпаратта саркома (Огольцова Е.С. және т.б. 1985; Gorsteun et al, 1980;) мен меланома (Битюцкий М.Г. және т.б.. 1981; Romero L. Et.al,1982) өте сирек.

Халықаралық гистологиялық жіктелуі.

I. Қатерлі эпителиалды ісіктер

1. carcinoma in situ (эпителийшілік обыр);
2. жазық жасушалы ісік;
3. веррукозды ісік (жазық жасушалы);
4. веретеножасушалы ісік (жазық жасушалы ісік);
5. аденокарцинома;
6. аденокистозды карцинома;
7. карциноид;
8. ажыратылмаған (дифференциалданбаған) обыр;
9. т.б.

II. жұмсақ тіндердің қатерлі ісіктері:

1. фибросаркома;

2. рабдомиосаркома;
3. ангиосаркома;
4. Капоши саркомасы;
5. т.б.

III. Сүйек және шеміршек тіндерінің қатерлі ісіктері:

1. хондросаркома және т.б.

2. Қатерлі эпителийлік ісіктердегі басты назардағы эпителийшілік обыр. Соңғы жылдардағы мәліметтер бойынша, *carcinoma in situ*-ны обырдың интраэпителийлік даму кезеңіне жатқызуға болады. Эпителийшілік обыр, көбіне ұзақ уақыт бойы көмей папилломасы мен дискератоз (пахидермия) түзілісі ішінде жетіледі.

Көптеген онкологтардың пікірінше *carcinoma in situ* дәлелденсе, оған көмей обырындағыдай ем тағайындау қажет.

Кезеңдерінің клиникалық жіктелісі

1 кезеңі – шырышты және шырыш асты қабатында шектеліп орналасқан, ісікті немесе ойық жара.

2 кезеңі – шырышты және шырыш асты қабатымен шектелген, көмейдің белгілі бір бөлігіне таралған, басқа бөлімдерін зақымдамаған ісікті немесе жаралы түзіліс. Көмейдің қозғалғыштығы сақталған. Аймақтық лимфа түйіндерінде метастаз анықталмайды.

3 кезеңі – а) ісік көмейдің басқа бөлімдерін зақымдаған, соның нәтижесінде көмейдің сол жақ жартысының қозғалысы шектелген; б) ісік жақын орналасқан мүшелерге, аймақтық лимфа түйіндеріне таралып, жүйке, қан тамырлармен байланыспаған, лимфатикалық түйіндерінің конгломератын түзейді.

4 кезеңі - а) үлкен көлемдегі ісік көмейдің біраз бөлігін зақымдап, астындағы тіндерге жайылады; б) мойынның лимфа түйіндерінде қозғалмайтын метастаз айқындалады; в) ісіктің көлемі әртүрлі болуы мүмкін, бірақ алыс метастаздар анықталады.

TNM жүйесі бойынша халықаралық жіктелісі

T – біріншілік ісік;

T_{is} – инвазиялық емес карцинома;

T_0 – ісік анықталмайды;

T_1 – ісік бір аймақта шектеліп орналасқан, қозғалғыштығы сақталған;

T_2 – бір аймақты зақымдаған, бірақ екінші аймақтың шекарасынан өткен;

T_3 - ісік тек көмейде орналасқан, қозғалысы шектелген немесе деструкциясы анықталып, терең инвазиялық көріністермен сипатталады;

T_4 – ісік көмейден тыс аймақтарға таралады;

T_x – біріншілік ісіктің таралу дәрежесін анықтау мүмкін емес;

N – аймақтық лимфа түйіндер;

N_0 – аймақтық лимфа түйіндер анықталмайды;

N_1 – зақымдалған аймақтағы лимфа түйіндері қозғалмалы;

N_{1a} – метастатикалық емес сипаттағы лимфа түйіндері;

N_{1b} – метастатикалық сипаттағы лимфа түйіндері;

N_2 – зақымдалған аймақта және қарсы жағында қозғалмалы лимфа түйіндері немесе екі жақта да анықталуы;

N_{2a} – метастатикалық емес сипаттағы лимфа түйіндері;

N_{2b} – метастатикалық сипаттағы лимфа түйіндері;

N_3 – қозғалысы шектелген лимфа түйіндері;

M – алыстағы метастаздар;

M_0 – алыстағы метастаздар анықталмайды;

M_1 – алыстағы метастаздар анықталады.

M_x – алыстағы метастаздарды анықтау мүмкін емес.

Клиникасы

Аурудың алғашқы белгілері айқын емес, сондықтан науқас дәрігердің қабылдауына өте кеш жүгінеді.

Көмей обырының клиникасы оның орналасуына, таралу дәрежесіне, өсу қарқынына, ісіктің гистологиялық құрылымы мен метастаздардың болуына байланысты.

Көмей қуысы үш бөлімге бөлінеді: жоғарғы (қатпар үсті), ортаңғы (қатпар), төменгі (қатпар асты). Қатпар үсті бөлімінің қатерлі ісігі ең қауіпті, себебі ісік тез таралып, ерте метастаз береді.

Көмейдің қатпар үсті аймағындағы ісіктер тіл валлекуласына, тіл түбіріне, көмейдің алдыңғы кеңістігіне, кейде ісік оның төменгі және ортаңғы бөлімдеріне таралуы мүмкін. Ісіктің клиникалық көрінісі әртүрлі дәрежедегі дисфониямен, жұтынғанда бөгде дененің сезілуі, тамақтың ауырсынуы, ауырсыну құлаққа қарай беріледі, сонымен бірге тағам өтуінің қиындауы (Пачес А. И., 2013).

Дауыс қатпарындағы обыр баяу өседі, ағымы қолайлы, сирек және кеш метастаз берумен ерекшеленеді. Негізгі клиникалық симптомы – дауыстың қарлығыуы.

Қатпар асты аймағының обыры шырыш асты қабатына инфильтративті түрде өсіп, төмен қарай кеңірдекке бағытталады. Бұл ісіктің патологиялық симптомы тыныс алудың қиындауы.

Көмей обырының соңғы сатысындағы асқыну белгілері: көмей шеміршектерінің көлемінің өсуі, сыртқы пішінінің өзгеруі, мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы, ісіктің ыдырауы кезеңінде қанды қақырық бөлінеді және ауыздан жағымсыз иіс шығады және т.б.

Ісіктің өсуіне байланысты: **экзофитті, эндофитті және аралас** түрлерге ажыратылады. Экзофитті ісіктің көлемі үлкен, беткейі бұжыр, бүртікті (емізیکше-өсінділі), шекарасы айқын, эндофитті - инфильтрат түзеді, кейде ойық жара қалыптасады, шекарасы айқын емес, ал аралас түрінде – эндофитті, экзофитті өсудің белгілері қатар жүреді.

Қатпар үсті бөлігінің жергілікті метастазы 35,9%- 62% ға дейін, қатпар асты аймағының 15-40%-ын құрайды. Дауыс қатпары обырында мойынның жергілікті лимфа түйіндерінің метастазы 0,4-0,5%-ды құрайды

Диагностикасы

Қазіргі кезде көмей обырын анықтауға қолданылатын, әртүрлі диагностикалық тәсілдер жеткілікті. Көмей обырымен ауыратын науқасты тексеру анамнез жинаудан басталады. Сұрастырып болған соң, сыртқы қарау, пальпация жасалады. Зерттеу кезінде мойын аймағының тері жамылғысына, көмейдің қозғалғыштығына, пішініне, конфигурациясына назар аударады. Мойынға, тереңдегі мойындырық тізбегіне, жақ және иек асты, преларингеалды, претрахеалды аймақтарына пальпация жасайды.

Келесі кезең ларингоскопиялық зерттеу, құсу рефлексі жоғары болса жергілікті жансыздандыру және көмей үсті шеміршегінің анатомиялық ерекшеліктеріне сәйкес, оны ығыстыру арқылы тура емес ларингоскопия жасалады.

Қатерлі ісіктің ларингоскопиялық көрінісі орналасуына, ісіктің өсу және таралуына байланысты әртүрлі болып келеді. Ларингоскопияда: экзо- немесе эндофитті түзілістер, сирек жағдайда ойық жара байқалуы мүмкін. Ісік беткейіндегі шырышты қабаты инфильтративті сипаты өзгеріссіз қалуы мүмкін. Ларингоскопия кезінде көмей қарыншалары, қатпар асты кеңістігі анық көрінбейді, ал кейбір науқастарда көмей үсті шеміршегі артқа еңкейіп орналасады. Бұл жағдайда ларингоскопияға қоса, фиброларингоскопия, КТ, рентгенологиялық зерттеу әдістерін жасау керек.

Визуалды зерттеудің нәтижелі әдісіне фиброларингоскопия жатады, ол айнамен қарау тәсілімен салыстырғанда 26,8% қосымша ақпарат береді. Бұл әдістің тиімділігі, ол тура емес ларингоскопия көмегімен анықталмаған аймақты көре алуға мүмкіндік жасайды, оған көмейдің анатомиялық ерекшеліктері (көмей үсті шеміршегінің еңкіштігі, тризм, мойын омыртқасының сколиозы) кедергі бола алмайды. Фиброскопиялық зерттеу арқылы көмейдің кез келген бөлігінен, әсіресе көмейден қысқыштар көмегімен мүмкін емес аймақтардан биопсия алуға болады, нәтижесінде науқастардың 81% нақты гистологиялық диагноз қоюға болады. Ретроградты фиброларингоскопия көмегімен, бұрын трахеостомия жасалған науқастарға, фиброскоптың дисталды бөлігімен трахеостома арқылы дауыс саңылауына қарай өтіп, көмейдің қатпар асты обырын анықтай аламыз.

Көмей обырын ерте ажыратуда тікелей немесе тікелей емес микроларингоскопияның маңызы зор. Шырышты қабатын 4,0-12,5 есеге дейін үлкейтіп көрсетеді, ондағы өзгерістерді анықтау үшін 2% толудиін көгімен бояйды, микроэрозия, қан құйылу, тамырлардың орналасуын және олардың зақымдалуын, көмей обырының алғашқы сатысын айқындауға мүмкіндік жасайды. Кейбір кезде ісікалды түзілістердің қатерлі ісікке ауысуын алдын алуға көмектеседі. Микроларингоскопияда *carcīroma in situ* 20% және I-II сатыдағы көмей обырын - 40,9% ажырата аламыз.

Электронды стробоскопия көмегімен дауыс қатпарының қатерлі ісігінің, вибрациялық бұзылыстарды алғашқы сатысында анықтауға болады.

Көмей обырының негізгі диагностикалық әдістерінің бірі рентгенологиялық зерттеу. Бүйір проекцияда жасалған рентгенографияда көмей бөбешігі алды кеңістіктігін, ал көмей томографиясы арқылы – қатпар асты (тегістелуін, ісінуін) және қарыншасының зақымдалуын анықтай аламыз.

Ісіктің көлемінің қаншалықты таралғандығын анықтауда компьютерлік томографияның маңызы зор. Компьютерлік томография ісіктің орналасуын, көлемін және таралуын ғана емес, сонымен бірге инфильтрациялық тереңдігін болжай алады.

Морфологиялық диагностиканың тиімді әдісі - биопсия алу. Ол ісіктің морфологиялық ерекшеліктерін ажыратып, қатерлі ісіктің қай түрі екенін анықтайды.

Цитологиялық диагностика жасушалар мен оның топтарының морфологиялық құрылымына баға беруге септігін тизізеді. Цитологиялық және гистологиялық зерттеу сәйкестігі 80-93% құрайды.

Ісіктерді зерттеу тәсілдері: сілеме (таңба), қырынды немесе пунктат және жергілікті метастаздан материал алу. Экзофитті ойық жаралы ісіктерден қырынды, қайталап сілеме алу өте жиі кездеседі. Көмейдің қатерлі ісігі инфильтративті түрде өссе, пункция жасау өте тиімді әдіс, бұл тәсіл тереңінде орналасқан жасушалардың құрамын анықтауға мүмкіндік береді.

Гистологиялық және клиникалық зерттеу әдістері жеткілікті мәлімет бермесе, онда клиникалық белгілеріне негізделеді. Қатерлі ісіктің клиникалық көрінісі айқын, эндоларингеалды биопсия мәлімет (қатерлі ісік табылмаса) бермесе, онда интраоперациялық диагностика, көбінесе кеңейтілген тиреофиссура биопсиялық материал алу және шұғыл гистологиялық зерттеуге жіберу. Гистологияда қатерсіз ісік анықталса, онда қолданған хирургиялық әрекет диагностикалық қана емес, сонымен бірге емдік шара болып табылады.

Емі

Көмей обырының емі арнаулы бөлімшеде жүргізіледі. Көмейдің қатерлі ісіктерін емдеу қазіргі заманауи қағидаттар бойынша диагностикалық ақпараттың жеткіліктігімен және алынған нәтижелеріне қарай жасалатын емдік жоспар.

Қазіргі кездегі мақсат тек көмей обырын емдеу емес, сонымен бірге бұл мүшенің қызметін толықтай сақтап қалу, яғни емнен кейін науқастың толық оңалтуын қамтамасыз ету болып табылады.

Көмей обырын емдеген кезде мына қағиданы ескеру керек:

1. ісікті түзілістің орналасуы, таралуы;
2. ісіктің өсуіне;
3. жергілікті және алыс метастаздар;
4. үрдістің кезеңіне;
5. ісіктің гистологиялық құрылымы;
6. ісіктің радиосезімталдығы ;
7. науқастың жалпы жағдайы және қосымша аурулары;
8. ісік айналысындағы тіңдердің жағдайын

Сәулелік терапия

Сәулелік терапия қатпар үсті және қатпар бөлігінің көмей обырының I-II сатысында негізгі ем ретінде қолданылады. Осы сатыларын емдеуге сәулелік ем пайдаланылады, бұл кезде көмейдің

қызметі (тыныс алу, дауыс шығару) сақталып, науқастың толық сауығуына мүмкіндік болады.

Сәулелік терапияның нәтижесіздігі үрдістің таралуының бағалаудағы жіберген қателікке байланысты және ісікте радиотөзімділіктің болуы. Ісіктің радиорезистентті түрінде науқасқа қосынды дозасы 40 Гр операция алды сәулелік ем тағайындалады, содан соң ота қолданылады.

III және IV кезеңіндегі көмей обырында операция алды сәулелік емнен соң, операция қолданылады. Осы емнің нәтижесінде аурудан жазылады, радиосезімтал ісікте операция жасамай-ақ, сәулелік терапия 64,9% дейін науқастарда сауығына септігін тигізеді. Операция алды дозаны алған соң, операцияға көрсеткіші немесе сәулелік емді жалғастыру туралы ота жасайтын дәрігер және радиолог бірге шешім қабылдайды.

Операция алды сәулелік емнің мақсаты ісіктің биологиялық белсенділігін төмендету, ісіктің радиосезімтал шеткі бөліктеріне әсер ету арқылы ісіктің көлемін кішірейту, қосымша қабыну үрдістерін азайту.

Операция алды сәулелік емнен кейін ісікте толық регрессия болмаса, онда қосынды дозаны 40 Гр әрі жоғарылатпайды. 40 Гр дозаны қолданғаннан соң, сәулелік емдеу нәтижесінде жоғары радиосезімталдық болса, 10-15 күн үзіліс жасап, ісіктің резорбциялық дәрежесіне қайта баға береді.

Егер оның жоғарғы радиосезімталдығы анықталса, онда сәулелік емнің қосынды дозасын 60-75 Гр жоғарылатады. Ісіктің резорбциялық нәтижесі төмен болса, онда 2-3 аптадан кейін жергілікті сәулелік реакциялардың жағымсыз әсерлері басылғасын, ота қолданылады.

Көмей обырының операция алды сәулелік емге қарсы көрсеткіші көмей тарылуы, хондроперихондрит, ісіктің ыдырауы, қан кету, науқастың ауыр жағдайы, жүрек - тамыр жүйесінің декомпенсациясы, өкпе туберкулезінің ашық түрі, мойын тініндегі склеротикалық, тыртықты өзгерістер. Бұл кезде алдымен ота жасалып, кейін операциялық жарақаттың орны жазылған соң, ісіктің қайта пайда болуы мүмкін аймақтарын алдын алу мақсатында сәулелік ем (қосынды ошақтық дозасы 40 Гр) жүргізіледі.

Қазіргі кезде көмейдің обырында, сәулелік емдеу мақсатында қашықтықтағы гамма - терапия пайдаланылады.

Полихимиотерапия (ПХТ) көмей обырының емінде таңдаулы әдістердің бірі. Көмейдің эпителиалды ісіктерінің негізгі емі ретінде,

платина препараттары пайдаланылады. Химиопрепараттар әртүрлі схема бойынша жасалады. Мысалға, 1-ші күні алдын ала 2,0-2,5л су жүктемесімен, платинол 100 мг/м² көктамырға тамшы түрінде. 2-5 күндері тамшылатып енгізу 5 фторурацил 750 мг/м². 3 апта үзіліс жасау арқылы 2 курс ПХО жүргізеді. Егер ісіктің көлемі 50% дейін азайса, онда сәулелік емді қосамыз, ал регрессия болмаса, операция тағайындалады.

Полихимиотерапияның адьювантты курсын, операциядан кейін, сондай-ақ аралас емнің толық регрессия сатысында, алдын алу шарасы ретінде қолдануға болады.

Хирургиялық ем

Көмей обырында хирургиялық ем: көмей резекциясы, кеңейтілген ларингэктомияға дейін жасалады. Операция кезінде ісікпен қоса, бір немесе екі жағындағы лимфа түйіндері мен мойын футлярлы-фасциалды тіндерін бірге алып тастау. Ісіктің орналасуы мен таралуына байланысты қолданылатын тәсілдер: көмейдің алдыңғы - бүйір резекциясы, қатпар үстілік көлденең, аралас, атипті және субтоталды резекциясы. Алайда, көбінесе 50% көмейді толығымен алып тастау - ларингэктомия операциясы жасалады.

Сәулелік емнен кейінгі резекция ісіктің таралуына және орналасуына байланысты жүргізіледі. T₁-T₂ аймағындағы ісікте типтік резекция (алдыңғы, алдыңғы - бүйір немесе горизонталды).

Көмей обырының III сатысында бірінші кезекте көмейдің қызметін және оның бүтіндігін сақтап қалу жоспарланады, атиптік кеңейтілген түрде вертикалды, горизонталды резекция және көмейдің реконструкциялық субтоталды резекция жасалады. Кеңейтілген келесі резекциялар қолданылады. Ожау тәрізді шеміршектің инфильтрациясымен қатпар - қатпар үсті және қатпар-қатпар астылық аймақтардың ісікпен зақымдануында, ожау тәрізді шеміршекті резекциялау немесе толық алып тастау арқылы кеңейтілген көмейдің алдыңғы - бүйір резекциясы жасалады. Ісік қатпар астылық аймаққа таралса, онда сақина тәрізді шеміршек және кеңірдектің жоғарғы 1-2 сақинасы қоса алынады.

Емнің нәтижесі

Көмей обырының I-II сатысында сәулелік немесе хирургиялық емнен кейінгі өмір сүру нәтижесі 75-90% құрайды. Операция алды сәулелік ем және операциядан кейін, көмейдің қатерлі ісігінің III сатысының 5 жылдық көрсеткіші 60-67%. Аралас ем, операциядан кейінгі сәулелік емнен соң, 5 жылдық өмір сүру көрсеткіші 52-ден 62%.

Т₃-Т₄ аймағындағы ісікке операция алды 40 Гр сәулелік емнен соң, ларингоэктомия, сонымен бірге лимфа түйіндерін және мойын ұлпаларын алудан кейінгі 3 жылдық өмір сүру көрсеткіші 24-54% құрайды.

Көмей обырының болжамында оның морфологиялық құрылымы аса маңызды рөл атқарады. Көмей обырын аралас емдеу көрсеткіші аймақтық метастазға байланысты. Аймақтық метастаздар болған жағдайда, хирургиялық және аралас емдеуден соң, өмір сүру көрсеткіші 2 есеге дейін төмендейді.

II. Жұтқыншақтың ісіктері

Жасөспірімдердегі мұрын-жұтқыншақтың ангиофибромасы жиі кездесетін ісіктердің бірі. Бұл қатерсіз ісік, бірақ қайта өсіп, жан-жағына жайылуы мүмкін. Бұл қатерсіз ісік 8 жастан 25 жасқа дейінгі ер балдар мен жас өспірімдер арасында жиі кездеседі.

Аурудың бастамасында мұрынның бір жақ бөлігінен тыныс алудың қиындауына, мұрыннан шырышты-іріңді бөліндінің болуына шағымданады. Аурудың бұл кезеңінде науқаста, ата-анасы да пайда болған белгілерге аса мән бере қоймайды. Кенеттен мұрыннан қан кеткенде, дәрігердің көмегіне жүгінеді.

Қан кету қайталанып, көп мөлшерде болуына байланысты, шұғыл көмек көрсетіліп, мұрынға алдыңғы тампон қойылады. Кейде аденоид диагнозы қойылып, аденотомия операциясы жасалады, нәтижесінде мұрынның артқы бөлігінен қан кетіп, дереу тампонада жасауды қажет етеді.

Емі

Хирургиялық мүмкіндік болса, радикалды операция жасалады, өйткені ісік қайталануы мүмкін. Хирургиялық әдістер: эндооралды, эндоназалды және трансмаксилярлы. Мур мен Денкер бойынша радикалды операцияның модификацияларын қолдануға болады. Операция алдында қан кетуді азайту үшін, сыртқы ұйқы артериясы байланады.

Соңғы кезде ангиофиброма эндоскопиялық әдіспен алады, бұл тәсілді қолдану кезінде операциялық жарақаттың деңгейі өте аз дәрежеде болады. Операциядан кейін инфузиялық, гемостатикалық және бактерияға қарсы терапия тағайындалады.

Болжамы: қолайлы

Мұрын-жұтқыншақ ісіктерінде «аралас» ісіктер - эпителиомалар кездеседі, бұл ісіктер айналасындағы тіндерді ығыстыру арқылы баяу өседі, ота жасағанда капсуласы болғандықтан қиындықсыз алынады.

Қатерлі ісіктер ішінде меланома ер адамдарда 1,5-7,5 есе жиі кездеседі. Бадамшабезін зақымдайтын лимфома немесе лимфосаркома, оның алғашқы белгісі ретінде бадамшабезінің көлемі ұлғайып, содан кейін оның беткейінде фибринозды жамылғысы бар ойық жара қалыптасады.

Ісік жұмсақ таңдайға қарай өссе, оның парезі, некрозы пайда болады, міңгірлеп сөйлейді, тамақ қабылдау кезінде тағам мұрын-жұтқыншаққа өтеді. Мойын лимфа түйіндерінің көлемі ұлғайған, пальпацияда аздап ауырсынады. Бұл ісік радиосезімтал және рентген сәуле терапиясын қолданудағы емнің нәтижесі де өте жоғары.

Жұтқыншақ *обырының* сараланған екі түрі бар: ойық жаралы және папилломатозды. Қатерлі ісік жұтқыншақтың қабырғасын, жиі бадамшабезін зақымдайды. Ойық жаралы түрінде айналасындағы тіндерге жайылуынан және ерте метастазға байланысты тамақтың ауырсынуына шағымданады.

Папилломатозды түрі сирек кездеседі, ересек адамдарда ісік папилломадан дамиды, симптомы аз, бірақ метастазға бейім. Бадамшабезі *обырының* алғашқы сатысын жұқпалы гранулемамен, мерез, туберкулез, фузоспирохетозбен ажырату диагностикасын жүргізу қажет.

Төменгі дәрежедегі сараланған ісіктер (лимфоэпителиома, ретикулоцитома, өтпелі жасушалық карцинома, цитобластома) өте қатерлі, өйткені олардың метастаздары негізгі ісіктің өсуінен әлдеқайда басым. Ісіктің қалыптасу кезінде бадамшабезінің гипертрофиясы айқындалады, мойын лимфа түйіндерінің көлемі ұлғаяды, ал аурудың негізгі белгілері байқалмайды.

ЛОР онкологияның жалпы заңдылығы мынада: ісіктерді соңғы сатысында (III және IV) анықтау қиын емес, бірақ емдеу нәтижесі төмен немесе болжамы қолайсыз, ал алғашқы кезеңінде (I-II) ажырату өте күрделі, бірақ емделу көрсеткіші өте жоғары.

III. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының ісіктері

Мұрын қуысы және мұрынның қосымша қойнауларында, басқа ЛОР мүшелері сияқты өзіндік морфологиясы мен клиникалық ерекшеліктеріне сәйкес, қатерлі, қатерсіз ісіктері кездеседі.

Біз ең үлкен клиникалық маңызы бар мұрын және мұрын маңы қуысының қатерсіз және қатерлі ісіктеріне тоқталамыз.

Қатерсіз ісіктері

Мұрын және мұрын маңы қуысының қатерсіз ісіктері: папиллома, аденома, қан тамыр ісіктері, хондрома және остеомалар. Көптеген қатерсіз ісіктер ұзақ уақыт анықталмауына байланысты, сондықтан олардың қатерлі ісікке алмасуына бейімділігі болады.

Мұрынның бүйір қабырғасында орналасқан қатерсіз ісіктер, қатерлі ісікке айналуы мүмкін екенін әрдайым есте ұстаған жөн (Карпов Н.А., 1962).

Папиллома көбінесе егде адамдарда кездесетін ісік. Папилломаның үш түрі бар: саңырауқұлақ тәрізді, инверттелген және өтпелі жасушалық. Саңырауқұлаққа ұқсайтын папиллома мұрын кіреберісінде (мұрын пердесінде, түбінде және мұрын қанатының ішкі бетінде) орналасады және сыртқы пішіні гүлді қырыққабат тәрізді болады. Бұл түзліс толықтай қатерсіз ісіктер қатарына енеді.

Инверттелген және өтпелі жасушалық папиллома мұрынның терең бөліктерінде, жиі бүйір қабырғасында орналасады. Өтпелі жасушалық (цилиндрлі жасуша) папиллома мұрынның тыныс алу аймағы эпителийінен қалыптасады.

Инверттелген папиллома қарапайым полипке ұқсайды, беткейі тегіс. Папиллома баяу өседі, клиникасы мұрын арқылы бір жақты тыныс алудың қиындауымен сипатталады.

Папиллома жарақаттанса, қан кетуі мүмкін. Папилломаның соңғы екі түрі деструктивті өсуге, қайталануға және қатерлі ісікке бейім, бұл көрсеткіш науқастардың 4-5% -ын құрайды (Козлова А.В. және т.б., 1979). В.С. Погосов пен В.Ф. Антонив (1994), кейбір авторлар папилломаның қатерлі ісікке айналуына, радиацияның ықпалы бар деген пікір айтады.

Аденома – шырышты қабықтың бездік құрылымдарынан пайда болатын, көбінесе егде жастағы адамдар арасында сирек кездесетін ісік. Ісіктің негізі жалпак, қызғылт-сұр түсті, беткейі қалыпты шырышты қабықпен жабылған. Аденома жәй өседі, бірте-бірте мұрын жолын жабады. Аденоманың қатерлі ісікке айналса өсуі тез, гистологиялық құрылымның өзгеруімен қоса, айналасындағы тіндерге және мұрын, көз, бассүйек қуысына таралады.

Қан тамырларының ісіктері (гемангиома және лимфангиома). Бұл ісіктер ересектерде де және балаларда да кездеседі. Олар капиллярлы (артериялық тамырлардан пайда болатын) және

кавернозды (веноздық тамырлардан пайда болатын) болып жіктеледі. Лимфангиома лимфа тамырынан дамиды. Тамырлы ісіктер мұрын пердесінде (мұрынның медиалды қабырғасында), бүйір қабырғасында немесе мұрын маңы қойнауларында орналасуы мүмкін.

Мұрын пердесінің гемангиомасы, негізінен қатерсіз ісік. Гемангиоманың пішіні дөңгелек, негізі жіңішке немесе жалпақ мұрын пердесінің алдыңғы, кейде ортаңғы үштен бір бөлігінде орналасады, түсі ашық қызыл, кейде көкшіл. Мұрын пердесінің гемангиомасының белгісі, мұрынның зақымдалған жағынан жиі қан кетеді. Кеш симптомының бірі, мұрынның бір жақ жартысымен тыныс алудың қиындауы.

Гемангиоманың ағымы немесе болжамы, оның орналасу аймағына байланысты (Карпов Н.А., 1962). Мұрынның бүйір қабырғасында орналасқан гемангиома қатерлі ісікке бейімділігі өте жоғары, сондықтан онкологиялық қаупі болуы мүмкін.

Гемангиоманың диагностикасына тән белгілер- сыртқы пішіні және жиі қан кету белгілерінің болуы .

Хондрома. Ісік біріншілік шеміршек қалдықтарынан дамиды. Бұл ісікті түзіліс жасөспірімдерде және ересектерде де пайда болады. Ол мұрын қуысының қабырғаларында немесе мұрын айналасындағы қойнауларда орналасады. Ісік айналасындағы тіндерді ығыстырып орбита мен бассүйек қуысына қарай баяу, инфильтративті түрде өседі. Хирургиялық ем радикалды түрде болмаса, хондрома жиі қайталанады және қатерлі ісікке айналады. Беттің пішінін бұзып және маңындағы анатомиялық құрылымдарды зақымдап, өліммен аяқталады.

Остеома. Сүйек тінінен дамитын, баяу өсетін, ең жиі кездесетін қатерсіз ісік. Негізінен маңдай және торлы қойнауларда орналасады. Остеоманың пайда болу себебі, әлі күнге дейін белгісіз.

Гистологиялық құрылымы шеткі жағы тығыз, ал ортаңғы бөлігі кемік сүйектен тұрады. Негізі жалпақ. Көлемі бірте-бірте ұлғайып, ісік мұрын маңы қойнаулары ішіне жайылып, оның қабырғаларын зақымдап, көз алмасын ығыстырып, бас ауруды тудырады, кейде көзінен жас ағуы мүмкін. Клиникасына және рентгенографиясына сәйкес диагноз қойылады.

Емі

Қатерсіз ісіктердің емі хирургиялық. Ісік қатерлі ісікке бейім болған жағдайда, оны мүмкіндігінше толықтай алу керек. ЛОР-онкологтар ісіктерді алуға лазер сәулесін пайдаланған тиімді деген пікір айтады. Мұрынның бүйір қабырғасында және мұрын

айналасындағы қуыстарда орналасқан ісіктерде Денкер немесе Мур операциясы жасалады. Мұрын қуысының тереңіндегі және бас сүйегінің негізіндегі хондроманы түбегейлі (радикалды) алу, ең күрделі мәселелердің бірі. Хондроманың алынбай қалған ең кішкентай қалдығы ісіктің қайталануына себепкер, оның алғашқы белгілері байқалса, дереу қайтадан операция жасау қажет. Маңдай және торлы қойнаудан остеоманы алуға қарапайым тәсілдер арқылы жүзеге асады, егер көлемі үлкен және бассүйек қуысына қарай таралған болса, онда қиындықтар туындауы мүмкін.

Қатерлі ісіктер

Мұрын және мұрын маңы қуысының қатерлі ісіктері жоғарғы тыныс алу жолдарының (көмей және жұтқыншақ) қатерлі ісіктері арасында үшінші орынды иеленеді, соңғы деректер бойынша, қатерлі ісіктердің 2-3% құрайды. Қатерлі ісіктер, көбінесе гаймор қойнауын зақымдайды. Екінші орында торлы лабиринт. Мұрын қуысында және маңдай қойнауында өте сирек кездеседі. Сына тәрізді қойнаудың қатерлі ісігі туралы мәлімет жоқ, бірақ мұрын қуысындағы және мұрын маңы қойнауларындағы ісікті түзілістер оған қарай өсе алады (Пачес А.И. 2013). Мұрын және мұрын маңы қойнауының қатерлі ісіктерінің ішінде эпителиалды обырдың көрсеткіші жоғары, көбінесе жазық жасушалы карцинома, ал сирек дәнекер тіннің ісігі (саркома).

Мұрын қуысында ретикулосаркома және лимфоэпителиома сияқты төмен дәрежеде сараланған бадамшабезінің ісіктері, сондай-ақ меланобластома және эстезионейробластома сияқты сирек ісіктер дамуы мүмкін.

Ретикулосаркома және лимфоэпителиома тонзилгенді ісіктер, көбінесе жұтқыншақта кездеседі (Карпов Н.А., 1962) Олардың мұрын қуысында дамуына себепкер лимфоидты тіндер қалдықтарының жоғарғы тыныс алу жолдарында сақталуына байланысты.

Меланобластома құрамында меланин пигментінің болуына байланысты, өзгеше бір полиморфизммен және қатерлі ісікке тез айналуымен ерекшеленеді. 50-60 жас аралығындағы адамдарда жиі кездеседі.

Эстезионейробластома – иіс сезу нейроэпителиалды жасушаларынан жетілетін, нейроэпителиалды ісік. Ол көбінесе жоғарғы кеуілжірдің аймағында пайда болып, сыртқы пішіні полипке ұқсайды, жаймен көлемі ұлғайып мұрын жолын жабады. Ісіктің инфильтративті өсу қабілеті өте жоғары, мұрын қуысына, орбитаға және бассүйек қуысына тез тарайды. Мойын лимфа түйіндеріне,

көкірек аралық пердеге, плевра, өкпе және сүйектерге метастаз береді. Ісік ересектерде де, балаларда да кездеседі.

Мұрын және мұрын маңы қойнауларының қатерлі ісіктері, айналасындағы лимфа түйіндеріне метастаз береді. Мұрын қуысының алдыңғы бөлігі зақымдалған кезде «бірінші кезең» метастаздары жақ асты аймаққа, ал ісік артқы бөліктерінде орналасса, латерофарингеалды түйіндері ұлғаяды. Атап өткен жөн, мұрын қуысының ісіктері жоғарғы тыныс жолдарының басқа бөліктерімен салыстырғанда, метастаз беру бейімділігі әлдеқайда төмен. Мұрын және мұрын маңы қойнауларының ісіктерінің метастазының сирек болуын, мұрын қуысы қабырғаларының қозғалғыштығының болмауымен түсіндіруге болады (Карпов Н.А., 1962).

Мұрын және мұрын қосымша қуыстарының ісіктерінің алғашқы клиникалық көрінісі, олардың қабыну аурулар белгісіне ұқсайды. Науқастардың мұрынның бір жақ бөлігінен бөліністің болуына және мұрыннан тыныс алудың қиындауына шағымданады. Содан соң іріңді және қанды бөліндіге, бас, тістің ауруына шағымданады. Сондықтан, науқастарда ісіктің белгілері кеш анықталады да, ауруханаға асқыну сатысында жатқызылады. Осы кезеңде, мұрын және мұрын маңы қойнауларының ісіктерінің айқын белгілері біліне бастайды. Олар беттің ісінуі, көз алмасының ығысуы және т.б. Көбінесе, науқастарды медициналық көмекке жүгінуге мәжбірлейтін бастың ауруы, бірақ ол аурудың ерте белгісі емес. Невралгия, әдетте қанатты-таңдай шұңқырына таралғанда байқалады. Мұрыннан қан кету, экзофтальм және көздің жасаурауы, ісіктің ауыз қуысына қарай өсуі, аймақтық мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы, ісікті үрдістің жан - жағына таралғанынан мәлімет береді.

Мұрын және мұрын қосымша қуыстарына қатерлі ісіктеріне ажыратуда, әртүрлі проекцияларда жасалған рентгенографиялық тексеріс маңызды рөл атқарады. Бірақ аурудың алғашқы сатысында, сүйек тінінің бұзылысы (мұрын қуысы мен мұрын маңы қойнауларының қабырғалары) анықталмайды, ал қойнаудың қараюы әртүрлі қабыну ауруларында байқалуы мүмкін. Компьютерлік сәулелік тәсілдер (КТ және МРТ), сондай-ақ радиоизотоптық әдістер қосымша диагностикалық деректер береді.

Заманауи талшықты-оптикалық эндоскоптың көмегімен, мұрын қуысы тереңінде орналасқан, жаңатүзілістерді үлкейту арқылы көруге болады, қажет болған жағдайда, қойнауға кішкентай саңылау жасау

арқылы, күдікті жерден биопсия алуға мүмкіндік береді. Ісіктерді уақтылы анықтау үшін, әрдайым онкологиялық күдік болу керек.

Мұрын және мұрын маңы қуыстарының қатерлі ісіктеріне, созылмалы гиперпластикалық, полипозды және іріңді гайморитпен (жоғарғы жақ синуситімен), холестеатомды үрдіспен және мұрынның микотикалық зақымдануымен, сондай-ақ қатерсіз ісіктермен ажырату диагностикасын жасау керек. Ажырату диагностикасын жүргіземіз мерез, туберкулез, склерома, сондай-ақ Вегенер гранулематозы (бір жақты моносинусит) және Стюарт гранулемасымен.

Мұрын және мұрын айналасындағы қойнаулары қатерлі ісіктеріне аралас ем: хирургиялық, сәулелік және химиотерапиялық әдістерді қосып қолдану керек. Ісіктің биологиялық белсенділігіне, морфологиясына және клиникалық ерекшелігіне, сатысына, таралуына және метастазына байланысты, әртүрлі емдеу тәсілдері қолданылады (Емельянов А.А., 1990, Емельянов А.А., Крюкова С.В., 1993). Бұл аймақтағы қатерлі ісіктерді емдеу, өте қиын мәселелердің бірі. Бет және бас сүйегі негізінің анатомо-топографиялық ерекшелігі, ісікті толықтай алуға кедергі жасайды. Сәулелік емнің тиімсіздігі мұрын және мұрын маңы қойнауларының ісіктерінің радиорезистенттілігіне тәуелді ғана емес, сонымен қатар сәулелік ем кезінде көзге, миға, жұлынға ауыр зақым келуі мүмкін және бұл мүшелердің тереңде орналасуынан емделу нәтижесі өте төмен. Одан да басқа, науқас дәрігердің қабылдауына аурудың соңғы сатысында келеді. Осы аталған қиындықтар, олқылықтар мұрын және мұрын маңы қуысының қатерлі ісіктерінің болжамының қолайсыздығына себепші (Зимонт Д.И., 1957, Карпов Н.А. және т.б., 1976), оданда басқа ЛОР-ның патологиясы бар пациенттерді қарау кезінде ЛОР дәрігерінде әрдайым онкологиялық күдік болуға тиіс.

IV. Құлақтың қатерлі және қатерсіз ісіктері

Сыртқы құлақтың қатерсіз ісіктері

Құлақтың қатерсіз ісіктері (папиллома, остеома, церуминома, гемангиома, хондрома, остеобластокластома). Сыртқы құлақтың ісіктері оның кез келген бөлігінде орналасуы мүмкін: құлақ аймағында, құлақ қалқанында, сыртқы есту жолында. Папиллома бұл эпителиалды ісік сыртқы есту жолында немесе құлақ қалқанының терісінде орналасады. Баяу өседі.

Остеома сыртқы есту жолының сүйек бөлігінің артқы, сирек жағдайда жоғарғы қабырғасында орналасады. Бұл ісікті сыртқы есту жолын толықтай жабатын негізі жалпақ немесе жіңішке экзостоз

немесе гиперостоз түрінде кездестіруге болады. Остеома емізікше өсіндігі терең бойлап эндофитті өсуі мүмкін. Құлақ аймағында гемангиома сирек кездеседі. Көбінесе сыртқы құлақта орналасады.

Сыртқы есту жолының *церуиномасы* (аденомасы) құлық (күкірт) безінен дамיתын, өте жәй жетілетін ісік. Шағымы: жиі құлақтың бітелуіне. Үрдіс айналасына жайылғаннан кейін есту қабілетінің төмендеуіне, ауырсынуға және құлақтан бөліністің болуына шағымданады. Бірінші сатысында түсі қызғылт ісік есту жолының қабырғасында орналасады, көлемі өскесін сайын есту жолын жабады, түрі полипке ұқсас. Рентгенологиялық зерттеуде, оның пневматизациясы сақталған. Ісік бірте-бірте ортаңғы құлаққа және оның қабырғаларына еніп, құрылымын бұзады. Бұл өзгерістерді рентгенография арқылы көре аламыз.

Құлақ қалқанының және сыртқы есту жолының қатерсіз пигментті ісіктері - *невус* клиникалық ағымы бойынша бас және мойын аймағындағы орналасқан невустан айырмашылығы жоқ.

Гемангиома құлақтың барлық бөліктерінде орналасады және құлақтың қатерсіз ісіктерінің 7% құрайды. Гемангиоманың капиллярлы және кавернозды түрлері кездеседі. Фиброма көбінесе құлақ қалқанының сырға тағуға арналған тесікте орналасады, көлемі 5 мм-ден 4 см-ге дейін. Жиі ол сыртқы есту жолының кіреберісінде және құлақ қалқанының иірімінің жоғарғы бөлігінде кездеседі.

Хондрома өте сирек кездеседі. Сыртқы есту жолының шеміршегінен пайда болады, ол бірте-бірте есту тесігін жабады.

Остеобластокластома да сирек кездеседі. Бұл ісік баяу өседі, емізікше өсіндіде және сыртқы есту жолында орналасады. Ол 8-45 жас аралығында құлақ қалқанының үстіңгі жағында немесе артқы аймағында тас тәрізді түзіліс қалыптасады. Рентгенографияда дөңгелек пішінді сүйекті түзіліс анықталады, айналасы тығыз білікпен қоршалған.

Остеобластокластоманың деструктивті түріндегі рентгенологиялық көрінісінде айналасындағы сүйекті тінде реактивті үрдістері болмауы мүмкін және самай сүйегінің пирамидасының зақымдалуы анықталуы мүмкін.

Сыртқы құлақтың ісіктерін жылауық пен шынайы холестеатомадан ажырату диагностикасын жүргізу керек. Құлақ қалқанының жылауығы серозды немесе эпидермоидты болуы мүмкін. Көбінесе жарақаттан кейін жиі кездеседі. Шынайы холестеатома эмбрионалды тіндерден дамиды. Олар самай сүйегінде орналасады,

пішіні дермоидты жылауыққа ұқсайды, кейде көлемі үлкейіп өсуі мүмкін.

Емі: сыртқы құлақтың қатерсіз ісіктердің емі - хирургиялық.

Сыртқы құлақтың қатерлі ісіктері

Сыртқы есту жолының *эпителий обыры* 50-60 жаста кездеседі. Бастапқы да теріде грануляция, төмпешік немесе ойық жара түзіледі (I кезең), кейін шеміршек зақымдалады (II кезең), одан әрі (III-IV кезең) ісікті түзіліс бетке, мойынға, ортаңғы құлаққа қарай өседі, аймақтық лимфа түйіндеріне таралып, алыс метастаздар береді.

Көбінесе жазық *жасушалы* (мүйізгектелмеген және мүйізгектелген) ісік, сирек жағдайда *базалды жасуша*, өте сирек – *цилиндрома* және *аденокарцинома* кездеседі.

Жазық жасушалық карцинома жиі сыртқы есту жолының сүйекті бөлігінде орналасады, баяу өседі, бірақ тез өсуі де мүмкін. Ісікте ойық жара түзілсе, онда қанды және қанды-ірінді бөлінділер анықталады. Қатерлі ісік дабыл қуысына таралса, есту қабілеті төмендейді, ал шеміршекті зақымдаса, онда ауырсынады. Аймақтық лимфа түйіндеріне метастаз береді.

Базалды жасушалық карцинома, есту жолының шеміршекті бөлігінде орналасады, тері жамылғысында жара қалыптасып, шеміршек қабығын зақымдайды. Дабыл қуысына, құлақ маңы безіне және бет жүйкесіне таралуы мүмкін.

Цилиндрома баяу өседі, қайталанатын, самай сүйегіне, емізікше өсіндіге өсіп және өкпеге метастаз береді. Аденокарцинома церумалды бездің эпителийінен түзіліп, тез өсіп және жиі метастазбен ерекшеленеді. Сыртқы есту жолының қатерлі ісігі мойын немесе құлақ аймағы лимфа түйіндеріне және құлақ маңы безіне метастаздар береді.

Ойық жараларды ерте диагностикалау үшін цитологиялық зерттеу және биопсия жүргізіледі. Рентгенологиялық зерттеу арқылы ісіктің таралуын анықтауға болады.

Ісікті емдеудің нәтижесі, оның кезеңіне, метастазға және гистологиялық құрылымына тәуелді. Есту жолының шеміршекті бөлігіндегі ісіктің алғашқы сатысында сәуелілік емді пайдаланса, онда ісік толықтай жойылады. Үлкен ісіктерде және есту жолының сүйек бөлігінің ісіктерінде: сыртқы есту жолы мен дабыл жарғағы, емізікше өсінді, шықшыт безі және мойын лимфа түйіндері резекциясымен кеңейтілген радикалды операция жасалады. Кейбір отохирургтар самай сүйегінің субтоталды резекциясын жасауға ұсыныс жасайды.

Операциядан кейін, сәулелік терапия қолданады. Базалды жасушалық карцинома және цилиндрома үшін, радикалды операция тиімді.

Меланома құлақ қалқанында, сирек жағдайда сыртқы есту жолында, өте сирек ортаңғы құлақта кездеседі. Ол есту жолына таралып, дабыл қуысына өседі. Ол аймақтық лимфа түйіндеріне, өкпеге, бауырға, сүйек кемігіне және т.б. ерте және жиі метастаз береді. Ісіктің тез гематогенді жолмен таралуына байланысты, биопсия қарсы көрсеткіш болып табылады. Емі аралас ісікті радикалды түрде алып тастау.

Ортаңғы құлақтың қатерсіз ісіктері

Ортаңғы құлақтың қатерсіз ісіктері ісіктердің ең сирек тобын құрайды. Олардың құрамына: гемангиома және әртүрлі нейрогендік ісіктер енеді.

Ортаңғы құлақтың *гемангиомасында* құлақтың бітелуіне, шулауына және естудің төмендеуімен шағымданады (Карпов Н.А., 1962). Алғашқы симптомы гемангиома орналасқан жағында, бет бұлшықеттерінің баяу салдануы. Кейбір авторлардың еңбектерінде ісіктің инфильтративті өсу туралы деректер келтіріледі.

Емі: хирургиялық. Ортаңғы құлақтың жалпы қуыстық немесе кеңейтілген антростоидотомия операциясы жасалады.

Қатерсіз ісіктер арасында ортаңғы құлақтың *хемодектомасы* (синонимдері: гломусты ісік, мойындырық ісігі, параганглиома, тимпаноюгулярлы параганглиома және т.б.) бірінші орында. Ол туралы алғашқы болып 1945 жылы Н. Rosenwasser жазған. Хемодектома дабыл қуысының төменгі жағында, ішкі мойындырық венасының буылтығы күмбезінде орналасқан гломусты денелерден дамиды.

Хемодектоманың өсуі 10-15 жыл немесе одан да көп уақытты алады. Олар әртүрлі жаста кездеседі, бірақ көбінесе 30-дан 60 жасқа дейін. Әйелдерде 5 есе жиі кездеседі. Кейбір авторлар хемодектомалардың екі құлақта да болуы мүмкін дейді (10% дейін). Кейде, хемодектоманың құрылымы қатерсіз болсада, ең алғашқы сатысынан бастап қатерлі ағымға ие (П. Г. Вайшенкер 1977). Дабыл қуысындағы хемодектоманың бастапқы сатысында ырғақты (пульсацияланған) шу мазалайды және естуі төмендейді. Отоскопияда: дабыл жарғағы арқылы ісіктің сұлбесі көрінеді. Содан кейін жарғақ томпайып, қызарады. Бірте-бірте ісік сыртқы есту жолына қарай өсіп, полип тәрізді түзіліске айналады. «Полипті» хирургиялық жолмен алу кезінде, көп мөлшерде қан кетеді. Кейде құлақта ауырсыну пайда болуы мүмкін. Мойындырық венаның буылтығында пайда болған

хемодектома, алдымен мойындырық шұңқырының күмбезін бұзады да дабыл қуысына қарай өседі. Ісіктің көлемінің өсуінен, сүйекті тін зақымдалады да VII-XII жұп бассүйек жүйкелерінің қызметі бұзылады. Содан кейін құлақ шулап, отоскопиялық өзгерістер де пайда болады.

Хемодектоманың диагностикасы қиын, диагноз ісік өсе бастағаннан кейін 4-7 жылдан соң қойылады. Сүйек деструкциясын анықтауға мүмкіндік беретін анамнез, клиникалық көрініс және КТ, рентгендік зерттеу (Шюллер, Майер, Стенверс бойынша).

Емі: хирургиялық. Дабыл жарғағы зақымдалмаса кіші көлемдегі ісікке, ота жасалады немесе криодеструкция қолданылады. Хемодектоманың орналасуына байланысты құлаққа тимпанотомиядан бастап, әртүрлі кеңейтілген радикалды операциялар жасалады. Пирамидаға және бассүйек қуысына жайылған ісікте, көптеген клиницистер қашықтықтағы гамма-сәулені пайдалануды ұсынады, бұл паллиативті ем, ол көбінесе ісіктің өсуін тежейді немесе хемодектоманың көлемін кішірейтеді. Кейбір дәрігер-хирургтар үлкен ісікте аралас емдеуді қолдану қажет деп санайды. Әртүрлі авторлардың деректері бойынша, әсіресе кішкентай хемодектоманың емдеудің нәтижелігі 78-91% құрайды.

Ортаңғы құлақтың қатерлі ісіктері

Ортаңғы құлақтың *эпителий обыры* сыртқы құлаққа қарағанда сирек кездеседі. Көбінесе полип пен грануляциямен асқынған, созылмалы іріңді ортаңғы отиттің кезінде дамиды. Науқастардың жас шамасы 50-60 жасты құрайды. Көбінесе *жазық жасушалы, жоғары сараланған, мүйізгектелген, сирек аденокарцинома, цилиндрома және өтпелі жасушалық карцинома* кездеседі.

Церумалды аденокарцинома құлақ маңы безінен және дабыл қуысының шырышты қабаты бездерінен қалыптасады. Ортаңғы құлақтың цилиндромасы түтікті аймақтан, гипотимпанумнан және дабыл қуысының алдыңғы қабырғасынан түзіледі.

Ортаңғы құлақтың қатерлі ісігі екі түрге бөлінеді: *петромастоидальды* (дабыл қуысы, антрум, сыртқы есту жолының зақымдалуымен) және *туботимпанальды* (сыртқы есту жолына таралуы).

Қатерлі ісіктің ерте белгісі – қанды-іріңді жағымсыз иісті бөлініс, тығыз полип, қанталаған грануляция, есту қабілетінің төмендеуі және ірің ағу. Науқас бұл көріністі созылмалы іріңді ортаңғы отиттің белгісі ретінде қабылдайды, науқас басы, құлағы ауырғанда, бас айналу, естуі төмендегенде, бет жүйкесінің параличі болғанда дәрігердің

қабылдауына барады. Ісік мойындырық тесігіне қарай өссе, IX-XII бассүйек жүйкелерінің салдануы және Горнер синдромы байқалады. Ісік бассүйек қуысына таралып, барлық бас сүйек жүйкелерін зақымдап, мұрын-жұтқыншаққа қарай өсуі мүмкін.

Есту түтігінің негізгі ісігі цилиндрома, көбінесе ол созылмалы ортаңғы отиттің клиникасы ретінде өтеді, сондықтан оған бірден диагноз қою өте қиын.

Ортаңғы құлақтың қатерлі ісігі 4 кезеңге бөлінеді.

I кезең – ісік ортаңғы құлақтың шырышты қабығын зақымдайды.

II кезең – ісік папилломатоз түзіліске ұқсас, дабыл сақина аймағына жайылып сүйекті тінді қамтиды.

III кезең – үлкен көлемдегі ыдыраған ісік, ортаңғы құлақтың сүйекті бөлігіне еніп, аймақтық лимфа түйіндеріне тарайды

IV кезең - ірі көлемдегі ыдыраған ісік, самай сүйегінің пирамида ұшын зақымдап, самай шұңқырына және мұрын-жұтқыншаққа қарай өседі. Ішкі ұйқы артериясы және омыртқа айналасындағы орналасқан мойынның лимфа түйіндері ұлғаяды немесе алыс метастаздар анықталады.

Диагноз цитологиялық зерттеуден және биопсиядан кейін қойылады. Ісіктің таралуын және сүйек деструкциясын анықтауға Шюллер, Майер, Стенверс бойынша самай сүйегінің рентгенографиясы немесе томография қолданылады.

Ажырату диагностикасы созылмалы іріңді ортаңғы отитпен, гломус ісігі, VIII жүйкенің невриномасы, самай сүйектің фиброзды дисплазиясымен жүргізіледі. Көбінесе ісік III-IV сатысында анықталады.

Емі – аралас, хирургиялық және сәулелік. Құлаққа кеңейтілген радикалды операция және зақымдалған тіндерді алу арқылы, самай сүйектің субтоталды резекциясы жасалады.

Самай сүйегінен сүт безіне, гипернефрома, қуық асты және қалқанша безіне, бронхқа метастаздар береді, клиникалық белгілері айқын емес, тек медициналық сараптама кезінде кездейсоқ анықталады.

Эпителиалды емес ісік – саркома *өте сирек кездеседі, ісік көбінесе жас адамдардың ортаңғы құлағында орналасады. Клиникасында, ісік пирамида ұшына, шүйде және бас сүйегінің негізіне қарай тез өседі, бірақта созылмалы ортаңғы іріңді отиттің белгісі анықталмайды.*

Естудің төмендеуі, құлақтан қанды бөліністің, бет жүйкесінің периферикалық салдануы, құлақтың ауырсыну белгілері

айқындалады. Өкпеде, сүйектерде және басқа мүшелерде ерте метастаздар қалыптасады. Кейде, саркома сыртқы құлақта және өте сирек жағдайда- ішкі құлақта орналасуы мүмкін.

Емі: сәулелік немесе аралас.

Нейрогенді қатерлі ісіктер: *нейросаркома*, ортаңғы құлақтың *меланомасы*, *хордома*, *гранулоцитарлы саркома*, *хлорома* және *эозинофилді гранулема* өте сирек кездеседі.

Хордома бас сүйегі негізінен пирамидаға, көпірдің бүйір цистернасына дейін өсіп, әртүрлі клиникалық белгілер пайда болады. Диагнозды ісік ортаңғы құлаққа немесе сыртқы есту жолына таралған кезде, биопсия арқылы анықталады. Рентгенологиялық зерттеуде пирамиданың ұшында және блюменбах жотасында деструкция анықталады.

Емі – аралас.

Гранулоцитарлы саркома өте сирек кездеседі. Самай сүйегінде орналасып, кейде мұрын-жұтқыншақ, орбитаға және мұрын қуысына қарай таралады.

Хлорома негізінен 15 жасқа дейінгі ер балаларда кездеседі Оның қарқынды өсу бейімдігі (деструктивті) өте жоғары, бауырға, бүйрекке, өкпеге, жүрекке, лимфа түйіндеріне, қалқанша безіне метастаз береді. Клиникасы жедел лейкомияға ұқсас. Құлақтың ауырсуына, жасыл түсті іріңнің ағуына және естудің төмендеуіне шағымданады. Сүйек бойымен құлақтың барлық бөліктеріне таралады. Ауру бірнеше айға дейін созылады, ақыры өліммен аяқталады. Диагноз клиникалық белгілері мен гистологиялық зерттеу негізінде қойылады.

Емі – сәулелік ем және химиотерапия.

Эозинофилді гранулема негізінен ісікті емес түзіліс, ол ретикулоэндотелиоз (гистоцитоздың көрінісі). Өте сирек кездеседі. Кейбір авторлар, оны ісікті түзілістер қатарына қосады. Ол бас сүйегінің (көбінесе маңдай сүйектері) жоғарғы бөлігінде, қабырғада, ұзын түтікті сүйектерде және жамбас сүйегінде орналасып, ошақты остеомиелитті сүйекті үрдіс ретінде қалыптасады.

Көбінесе орналасады самай сүйегінде. Жиі балалар мен жас адамдарда кездеседі. Зақымдалған аймақ үлкен болса, болжамы қолайсыз. Құлақтан іріңнің ағуы, грануляция, сыртқы есту жолында полип, естудің төмендеуі, сирек жағдайда бет жүйкесінің парезі, құлақ қалқаны айналасының ісінуі, кейде жыланкөз (фистула), ішкі құлақтың зақымдану белілері анықталады.

Рентгенографияда емізікше өсінді де немесе самай сүйегінде реактивтивсіз склерозды сүйек ақауы айқындалады. Пирамиданың бұзылысымен қоса, бассүйек жүйкелері зақымдануы мүмкін. Диагноз биопсия негізінде нақтыланады.

Емі: радикалды ота және сәулелік терапия. Операция барысында кей кезде қатты ми қабығын, сигма тәрізді синустың және бет жүйексінің беткейлерін сары-қоңыр грануляция жауып жатады.

Әдебиеттері:

1. Блоцкий А.А., Антипенко В.В., Доброкачественные и злокачественные заболевания глотки: учебное пособие. Благовещенск, 2024.- 90 с
2. Волгин В. Н. Современные методы лечения рака лор-органов. М-во обороны Российской Федерации, Гл. военный клинический госпиталь им. акад. Н. Н. Бурденко. - ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, М, 2014. - 104 с.
3. Кожанов Л.Г. Новообразования верхних дыхательных путей и уха /Л.Г. Кожанов1 Л.Г., А.Л. Кожанов1., Е.С., Романова2. Вестник оториноларингологии 2021, Т. 86, №1, с. 96-102
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. Клиническое руководство. 5-е изд. М.: Практическая медицина, 2013.- 352 с.
5. Раджабова З.А., Котов М.А., Эберт М.А., Митрофанов А.С., Раджабова М.А., Левченко Е.В. Распространенный рак гортани: Обзор литературы. Сибирский онкологический журнал. 2019;18(5): 97-107.
6. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. СПб. 2001. – 472 с.
7. Татчихин, В. В. Рак гортани, гортаноглотки, корня языка: монография / В. В. Татчихин, И.Д. Шляга, Е.П. Медведева. — Гомель:, 2008. — 224 с.
8. Чойнозонов Е.Л. Рак гортани. Современные аспекты лечения реабилитации. /Чойнозонов Е.Л., Мухамедов М.Р., Балацкая Л.Н. Томск, 2006.- 280 с
9. Ша Дж.П., Пател С.Дж., Сингх Б. Хирургия и онкология головы и шеи. Пер. с англ. под ред. И.В. Решетова. М.: Т8 Издательские технологии, 2016. - 838 с.

Бақылау сұрақтары:

1. ЛОР мүшелерінің қатерсіз ісіктері.
2. ЛОР мүшелерінің қатерсіз ісіктерінің пайда болуына әсер ететін этиологиялық факторлар.
3. Қатерсіз ісіктерді емдеудің негізгі қағидалары.
4. ЛОР мүшелерінің қатерлі ісіктерінің пайда болуында әсер ететін негізгі этиологиялық факторлар.
5. ЛОР мүшелерінің қатерлі ісіктерін диагностикалау әдістері.
6. Көмей обырының клиникасы.
7. Қатерлі ісіктердің халықаралық жіктемесі.
8. Көмей обырының емдеу қағидалары.

Қорытынды

XX ғасырдың соңында оториноларингология саласында бірқатар аурулардың этиологиясы, патогенезі, клиникалық көрінісі, диагностикасы және емдеуі туралы әдістер толықтай дерлік өзгерді, ең алдымен отосклероз, Меньер ауруы, ортаңғы экссудативті отит, созылмалы тонзиллит, жедел ларинготрахеит, ал хирургиялық тұрғыдан: созылмалы ірінді, адгезивті тесілген және тесілмеген ортаңғы отит, ринит және риносинусит, мұрын полиптері, көмей ісіктері кезіндегі ота қолдану тәсілдері.

Құлақ, тамақ, мұрын ауруларында оптиканың, қатты, жұмсақ эндоскоптың және микроаспаптардың кеңінен пайдаланылуына байланысты, құлақ және жоғарғы тыныс жолдарының патологиясын емдеуге хирургиялық емнің жаңа тәсілдері енгізіле бастады. Соңғы екі он жылдықта салқындатқыш агент, ультрадыбыстық, магнитті өрістегі және оптикалық кванттық генераторлардың энергиясы сияқты физикалық жаңа әдістері қолданысқа ие болды.

Оториноларингологиядағы соңғы жетістіктердің барлығы осы дәрісте толықтай көрсетілген. Ғылым мен медицина тәжірибесінің соңғы алынған нәтижелерін назарға ала отырып, Халықаралық анатомиялық номенклатураға сәйкес ЛОР мүшелерінің клиникалық анатомиясы, олардың физиологиясы мен зерттеу әдістері, құлақ, мұрын, мұрын маңы қойнауы және жұтқыншақ, көмей ауруларын емдеу тактикасы толықтай қамтылған.

ЛОР мүшелерінің жиі кездесетін аурулары мен жарақаттарына, оларды емдеудің әртүрлі әдістерінің нәтижелілігіне ерекше назар аударылған. Мұрын, мұрын маңы қойнаулары қабыну (әсіресе одонтогенді гайморит) және жарақаттық зақымдану жөнінде өте бай клиникалық тәжірибелермен бөліседі.

Соңғы тарау онкология саласына арналған. ЛОР мүшелерінің қатерлі, қатерсіз ісіктердің этиологиялық факторына, көмей обырының ерте диагностикасына, сәулелік емге көрсеткіштер және қарсы көрсеткіштері сипатталған. Операцияға дайындық, операцияның техникасына, операциядан кейінгі және сәулелік емнен соңғы 3 және 5 жылдық өмір сүру ұзақтығына толықтай тоқталып өткен.

Оториноларингология саласы бойынша дәріс тамақ, мұрын, мұрын маңы және құлақ аурулары проблемасы туралы заманауи ақпарат негізінде жазылған. Оториноларингология мамандығының негізімен және тәжірибелік дағдыларын ескеріп, тарауларда нақтылы тарихи материалдары ұсынылады.

Оқу құралы оториноларинголог, дипломнан кейінгі білім алушы факультеттердегі интерн мен резиденттер, жалпы тәжірибелік дәрігерлер, педиатр, жақ-бет хирургтары, невропатолог, офтальмолог, медицина факультетінің студенттеріне арналған.

СИТУАЦИЯЛЫҚ ТАПСЫРМАЛАР

1. Науқас, 23 жаста, автомеханик, дене қызуының жоғарылауына ($38,5^{\circ}\text{C}$), жұтынғанда тамағының қатты ауырсынуына, әлсіздікке және буындарының ауруына шағымданады. Ауырғанына 2 күн.

Объективті: ауыз-жұтқыншақтың шырышты қабаты гиперемияланған, таңдай бадамшабездері ұлғайған, беткейінен ақшыл-сары жамылғылар анықталады, шпательмен қиындықсыз алынады. Жақ асты лимфа түйіндерінің көлемі ұлғайған, басқанда ауырсынады.

Науқастың болжам диагнозы (МКБ-10 сәйкес) ? Қандай зерттеу және емдеу әдістерін тағайындайсыз?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Лакунарлы баспа (J03.9). ҚЖА (лейкоцитоз, ЭТЖ), араннан BL жағынды алу (дифтерияға) және стрептококка (экспресс-тест). Емі: төсектік режим, көп мөлшерге сұйықтық қабылдау, антибиотикотерапия (пенициллин тобындағы немесе макролидтер), антисептиктермен тамақты шаю, дене қызуын түсіретін дәрі-дәрмектер.

2. Науқас, 28 жаста, кей кезде тамағының ауырсынуына, ауызнан жағымсыз иістің шығуына, тамағында «бөгде дененің» сезілуіне шағымданады. Анамнезі: жиі баспамен ауырады (жылына 2-3 рет).

Объективті: бадамшабездері босаңқы, доғаларымен жармасқан. Шпательмен алдыңғы доғаның негізін басқанда, лакунадан казеозды-іріңді тығындар көрінеді. Жақ асты лимфа түйіндері ұлғайған, басқанда ауырсынады. Қандай диагноз қоюға болады? Ем тағайындаңыз?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Созылмалы тонзиллит, декомпенсацияланған түрі (СТ жергілікті белгілерінің болуы + жиі өршуі). Емі: ремиссия сатысында – консервативті ем (лакуналарды жуу, физиотерапия). Консервативті ем нәтижесіз және асқынулар болса, онда тонзиллэктомия операциясы ұсынылады.

3. Науқас, 30 жаста, баспамен ауырғаннан кейін 5-күні науқастың жалпы жағдайы кенеттен нашарлаған: оң жақ тамақ аймағындағы ауырсыну күшейіп, дене температурасы жоғарылаған ($39-40^{\circ}\text{C}$), тағамның өтуі қиындап, аузын аша алмай (шайнау бұлшықеттерінің қарысуы) және ауыздан жағымсыз иіс пайда болған.

Объективті: аран асимметриялы, оң жақ таңдай бадамшабезі, доғасы және тілшік қарсы жағына ығысқан. Қандай диагноз болуы мүмкін? Дәрігердің шұғыл әрекеті қандай?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Оң жақты паратонзиллярлы абсцесс. Әрекеті: абсцеске пункция жасау және іріңдікті ашу, антибиотикотерапия, ЛОР бөлімшесіне жатқызу.

4. Науқас, 15 жаста, тамағының ауырсынуына, қалтырауға, дене қызуының 39°C жоғарылауына, әлсіздікке, буындарының ауруына шағымданады. Тамағының ауырғанына 4 күн, бір апта бұрын шаршау, әлсіздік, енжарлық, субфебрилді температура пайда болған.

Объективті: жалпы жағдайы ауыр, $t\ 39,6^{\circ}\text{C}$, терісі сұр түсті, склерасы сарғайған, мойын, қолтық асты, шап лимфа түйіндері ұлғайған, бауыр мен көкбауырдың көлемі өскен. Фарингоскопияда: жұмсақ таңдай және таңдай доғалары гиперемияланған, инфильтрацияланған, таңдай бадамшабездері ұлғайған және гиперемияланған, беткейі фибринозды жамылғымен жабылған.

Жалпы қан анализінде көп мөлшерде атипті мононуклеар жасушалары анықталды. Сіздің диагнозыңыз қандай? Ем тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Моноцитарлы баспа (Филатов ауруы). Емі: ауруханаға жатқызу, тамағын антисептиктермен шаю, дезинтоксикация, антибиотикотерапия, гормонотерапия, жалпы әлдендіретін дәрі-дәрмектер тағайындау, консервативті ем нәтижесіз болса, кейбір авторлар екі жақты тонзиллэктомия отасын жасауды ұсынады.

5. Науқас жүрген кезде жүйелі түрде бастың айналуына, денесінің оң жаққа қарай ауытқуына шағымданады. Қарағанда: ІІІ дәрежелі, ұсақ екпінділіктегі, спонтанды нистагм. Статокординациялық зерттеу кезінде: Фишер-Барре және саусақ-мұрын сынамасында екі қолыда оңға ауытқиды; Ромберг позициясында науқас оңға қарай құлайды; басын бұрған кезде құлаудың бағыты өзгереді; түзу сызықты жүрісте денесі оңға ауытқиды; қанатты (флангалық) жүруді орындайды; адиадохокinez жоқ. а) Қай құлақ зақымдалған? б) Бұл патологияны нақтылау үшін вестибуляр талдағышына қандай зерттеу әдістерін жүргізу қажет?

Ж а у а б ы.

а) оң жақ құлак; б) вестибулярлық зерттеу әдістері: калориялық және айналдыру сынамасы, стабилметрия.

6. Жедел жәрдем бригадасымен 3 жастағы бала жеткізілді, шағымдары: тыныс алудың қиындауына, тамақтың қатты ауруына, дене қызуының $38,2^{\circ}\text{C}$ жоғарылауына, әлсіздікке. Анасының айтуынша, ауырғанына 3 күн болған, бір апта бұрын мұрыннан іріңді бөлініс болған, мұрынға називин тамшысын тамызған.

Объективті: жағдайы ауыр, тынысы стридорозды, дауысы қарлыққан, терісі бозғылт, температурасы $38,6^{\circ}\text{C}$, аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған, басқанда ауырсынады, басы солға қарай қисайған. Фарингоскопияда: жұтқыншақтың артқы қабырғасы асимметриялы, гиперемияланған және сол жақ жартысы томпайған. Түйме тәрізді зондпен пальпациялағанда борпылдақ ісіну сезіледі. Сіздің диагнозыңыз қандай? Ем тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Жұтқыншақ арты абсцесі. Емі: ЛОР бөлімшесіне жатқызу, пункциядан кейін абсцесті ашу, антибактериялық, дезинтоксикациялық және жалпы әлдендіретін ем тағайындау.

7. Науқас, 20 жаста, баспамен жиі ауыратынына, кейде буындарының ауруына және тез шаршауға шағымданады. Анамнезінен: жыл сайын жиі баспамен ауырады, бір жыл бұрын паратонзиллитпен ауырған.

Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жамылғысы ылғалды, таза, төменгі қабақтардың терісі көгілдір, аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған. Фарингоскопияда: тандай бадамшабездері бір-біріне жақын орналасқан, лакуналардан іріңді бөліністер анықталады. Диагноз қойыңыз? Емдеу тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Созылмалы тонзиллит, ТАФ – тың II дәрежесі, аймақтық лимфаденит. Емі: екі жақты тонзиллэктомия; иммуномодуляторларды және жалпы әлдендіретін ем тағайындау.

8. Науқас жұтынған кезде сол жақ тамағының ауырсынуына және «бөгде дененің» сезілуіне шағымданады. Жағдайы қанағаттанарлық. Дене температурасы- $36,6^{\circ}\text{C}$. Ішкі ағзаларында патология

анықталмайды. Сол жақ бадамшабезінің жоғарғы бөлігінде сұр түсті жабынды орналасқан, жабындыны алып тастағанда, астынан жиегі тегіс емес, түбі майлы ойық жара анықталады. Басқа ЛОР мүшелері ерекшеліксіз. Қандай диагноз қоюға болады? Диагнозды нақтылау үшін қандай зерттеулер қажет?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Таңдай бадамшабезінің мерезі, қатты шанкр, I кезең. Зерттеулер: RW қан анализі, гистологиялық зерттеу.

9. Қарағанда: науқаста III дәрежелі, сол жақты ірі екпінділіктегі спонтанды нистагм. Статокординациялық зерттеуде: Фишер-Барре, саусақ-мұрын сынамасында сол қолы солға қарай және Ромберг позициясында науқастың денесі солға ауытқиды; басын бұрған кезде құлаудың бағыты өзгермейді; түзу сызықтағы және қанатты жүрісті солға қарай орындай алмайды; сол жақта адиадохокинез. а) Бұл өзгерістер қандай құрылымның патологиясына тән екенін анықтаңыз? б) Қажетті қосымша зерттеу әдістерін және мамандардың кеңесін тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

а) мишықтың сол жақ гемисферасының патологиясы. б) Бас миының КТ –сы немесе МРТ-ы, невропатолог, нейрохирург және көз дәрігерінің кеңесі.

10. Ұшқыштар мектебіне жаңадан келген Асан мен Үсенге кәсіби іріктеу кезінде Воячек сынамасы бойынша отолит аппаратына зерттеу жүргізілді. Нәтижелері: Асанда сынамадан кейін, дененің ауытқуы 5°, вегетативтік реакция немесе бас айналу болған жоқ. Үсенде денесінің орталық сызықтан ауытқуы 35° және 40°-ты көрсетті, сондай-ақ науқаста бас айналу және локсу пайда болды. Ұшқыштар мектебіне қабылдау үшін медициналық тексеруден қайсысы өтті?

Ж а у а б ы.

медкомиссия тексерісінен өтті - Асан

11. Науқаста сол жақты сенсоневралды түрде есту қабілеті төмендеген. Камертоналды зерттеу әдістерінің көрсеткіштері қандай болады?

Ж а у а б ы.

Камертоналды зерттеуде: Ринне тәжірибесі екі жағында да оң мәнді; Вебер тәжірибесінде дыбыс оң жақ құлаққа беріледі; Желе сынамасы екі жақта да оң мәнді.

12. Науқастың диагнозы отосклероз. Есту қабілетінің төмендеуі қай түрде болады, отосклерозда камертоналды зерттеу кезінде қандай нәтижелер аламыз?

Ж а у а б ы.

Науқаста екі жақты асимметриялы кондуктивті (дыбыс өткізгіш қызметінің зақымдалуы) түрде естудің төмендеуі. Камертоналды тексеріс кезінде: Ринне тәжірибесі екі жағында теріс мәнді; Вебер тәжірибесінде дыбыс нашар еститін құлаққа қарай беріледі; Желе сынамасы екі жағында да теріс мәнді болады.

13. Науқас, 18 жаста, сол жақ құлақтың шаншып ауруына, есту қабілетінің төмендеуіне шағымданады. Ауырғанына 2 күн.

Объективті: AD: қалыпты, AS: сыртқы есту жолында патологиялық бөліністер жоқ. Мт – гиперемияланған. СС. – 1,5 м. Сіздің диагнозыңыз қандай?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Сол жақты жедел ортаңғы отит, I - нші кезеңі.

14. Науқас, 30 жаста, оң жақ құлақтың солқылдап ауруына, естуінің төмендеуіне шағымданады. Ауырғанына 2 күн, ауруын денесінің тоңуымен байланыстырады.

Объективті: AD: сыртқы есту жолында, патологиялық бөліністер жоқ. Мт – гиперемияланған, томпайған. СС – 0,5 м. Диагноз қойыңыз? Емі.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Оң жақты жедел іріңді ортаңғы отит. Емі: парацетез, мұрынға тамыр тарылтатын тамшылар, антибиотикотерапия, гипосенсибилизациялық препараттарды қолдану.

15. Науқас, 50 жаста, сол жақ құлақтан іріңнің ағуына, құлақ және құлақтың арты аймағының ауруына, естудің төмендеуіне шағымданады. Ауырғанына 3 апта.

Объективті: AS: сыртқы есту жолында иіссіз, шырышты-іріңді бөлініс. Мt – гиперемияланған, алдыңғы-төменгі квадрантта тесілу, «лүпілдеген (пульсацияланған) рефлекс», сыртқы есту жолының сүйекті бөлігінің артқы-жоғарғы қабырғасы ығысқан. Емізікше өсінді пальпация кезінде ауырсынады, әсіресе үшкір аймағы. Қандай диагноз қоюға болады? Қажетті зерттеу тағайындаңыз?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Жедел сол жақты іріңді ортаңғы отит. Мастоидит. Зерттеулері: самай сүйегінің Шуллер, Майер бойынша рентгенографиясы немесе КТ, аудиометрия, клиникалық қан анализі. Емі: антромастоидотомия.

16. Науқас, 40 жаста, оң жақ құлақтан сасық иісті іріңнің ағуына және естудің төмендеуіне шағымданады. Ауырғанына 15 жыл. Құлағынан жылына екі рет ірің ағады.

Объективті: AD: Мt сұр түсті, алдыңғы-жоғарғы квадрантта тесілу, жиектері қалыңдаған. Самай сүйегінің рентгенографиясында аттикоантралды аймақта кариозды-деструктивті үрдіс анықталады. Үдерістің әсерінен антрум кеңейген. Емізікше өсіндінің жасушалық жүйесінің пневматизациясы төмендеген. Аудиограммада: оң жақта II дәрежелі кондуктивті естімеушілік. Диагнозы: Оң жақта созылмалы іріңді ортаңғы отит. Эпитимпанит. Қандай ем тағайындайсыз ?

Ж а у а б ы.

Емі: оң жақ ортаңғы құлақтың радикалды операциясымен бірге, тимпаноластика отасы.

17. Науқас, 50 жаста, сол жақ құлағының ауырсынуына, іріңнің ағуына, естудің төмендеуіне шағымданады. Анамнезінен: 5 жыл бойы жылына екі рет құлақтан ірің ағады. Соңғы 10 күнде жоғарыда аталған шағымдар мазалайды. Емделмеген.

Объективті: AS: пальпация кезінде емізікше өсінді ауырсынусыз. Сыртқы есту жолында шырышты-іріңді, иіссіз бөлінді. Мt – орталық тесілу, гиперемияланған. Самай сүйегінің КТ-сында сүйекті тінде деструкциялық үрдістер анықталмайды. Аудиограммада кондуктивті естімеушіліктің II дәрежесі. Сіздің диагнозыңыз? Емі.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Созылмалы сол жақты іріңді ортаңғы отит, өршу сатысы. Мезотимпанит. Емі: антибиотикотерапия,

гипосенсибилизациялық терапия, мұрынға тамыр тарылтқыш тамшылар қолдану, антибактериялық препараттарды транстимпаналды енгізу, құлақты судан қорғау.

18. Науқас, 19 жаста, оң жақ құлағының ауырсынуына, есту қабілетінің төмендеуіне, бет асимметриясына шағымданады. Ауырғанына 1 апта, ауруын денесінің тоңуымен байланыстырады. Бір күн бұрын оң жағында бет асимметриясы пайда болған.

Объективті: AS: Mt – гиперемияланған, томпайған. Бет асимметриясы айқын. Қандай диагноз болуы мүмкін? Емі.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Жедел оң жақты ортаңғы отит. Оң жақ бет жүйкесінің отогенді перифериялық парезі. Емі: парацетез, антибиотикотерапия, гипосенсибилизациялық терапия, дезинтоксикация, дегидратация терапиясы және қабынуға қарсы ем, мұрынға вазоконстрикторларды пайдалану .

19. Науқас , 36 жаста, пневмония кезінде мономицин препаратын қабылдағаннан кейін екі құлағының шулап, есту қабілеті бірден төмендеген. Аудиограммада: дыбысты қабылдау қызметі зақымдалған, естімеушіліктің III дәрежесі. Сіздің диагнозыңыз қандай? Емі?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: екі жақты нейросенсорлық керендік III дәрежесі (мономициннің кохлеовестибулярлық жүйкеге уытты әсерінен туындаған). Емі: дезинтоксикация, гормондықтерапия және вазодилататор препараттарын тағайындау.

20. Науқас, 28 жаста, сол жақ құлақтың шуылдауына, естудің және дәм сезудің төмендеуіне, сол жақ бетінің «ұю сезіміне» шағымданады. Есту қабілеті 3 жыл бойы біртіндеп нашарлаған. Дәм сезудің төмендеуі мен беттің «ұюы» бір ай бұрын пайда болған. Қарағанда: ЛОР мүшелері ерекшеліксіз, жұтқыншақ рефлексі әлсіз, тілдің алдыңғы 2/3 бөлігінде дәмді сезуі және сол жақта шырышты қабаттың сезімталдығы төмендеген. Аудиограммада: сол жақта III-нші дәрежедегі естімеушілік (дыбысты қабылдаудың зақымдану түрінде), вестибулологиялық зерттеуде вестибулярлық қызметінің төмен екені анықталды. Қандай диагноз қоясыз? Қажетті зерттеулерді және басқа мамандардың кеңесін жоспарлаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Үдемелі сол жақты нейросенсорлы керендік. Сол жақты кохлеовестибулярлы жүйкенің невриномасы. Зерттеу әдістері: бас миы, самай сүйектерінің рентгенологиялық зерттеу әдістері (самай сүйектерінің Стенверс бойынша рентгенографиясы немесе КТ, МРТ), нейрохирург, невропатолог, көз дәрігерінің кеңесі.

21. Науқас, 32 жаста, шағымы: 1,5 жыл бойы (3-4 айда 1 рет) әлсін-әлсін айналасындағы заттардың айналуымен, құсу және оң жақ құлақтың бітелуімен сипатталатын ұстамалы бас айналу, ұзақтығы 1-2 сағат. Ұстама өздігінен тоқтағаннан кейін, есту қабілеті жақсарады. Сіздің диагнозыңыз қандай? Қажетті зерттеулерді және басқа мамандардың кеңесін тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Меньер ауруы, I кезеңі. Зерттеу ідістері: аудиометрия, глицерол сынамасы, электрокохлеография, импедансометрия, вестибулярлық зерттеу (айналдыру және калориялық сынама), стабилометрия, бас және мойын тамырларын зерттеу тәсілдері (РЭГ, доплерография, дуплексті сканерлеу), бас миының зерттеу әдістері (МРТ, КТ), мойын омыртқасын зерттеу (рентгенография, МРТ, КТ), невропатолог, нейрохирург, офтальмолог, терапевт дәрігерлерінің кеңесі.

22. Науқас, 44 жаста, 2 жыл бойы оң жақ құлақтың естуінің бірте-бірте төмендеген және оң жақ бет жүйкесінің парезі дамыған. Диагнозды нақтылау үшін қандай зерттеулер қажет?

Ж а у а б ы.

Бас миының және самай сүйегінің Стенверс бойынша зерттеу әдістері немесе КТ, МРТ; аудиометриялық және вестибулологиялық зерттеулер.

23. Науқас, 30 жаста, жоғарғы еріннің ісінуіне, ұстаған кезде ауыратынына, мұрынның оң жақ бөлігінің ауырсынуына шағымданады. Ауырғанына 6 күн, дене қызуы 37,5-38°C. Емделмеген.

Объективті: жоғарғы ерін терісі инфильтрацияланған және гиперемияланған (оң жақта көлемдірек). Алдыңғы риноскопияда: оң жақ мұрын кіреберісінің төменгі бөлігінде 1,5x2 см инфильтрат айқындалады, басқанда қатты ауырсынады, ортасынан іріңді өзек көрінеді. Мұрын қуысының шырышты қабаты ісінген,

гиперемияланған. Мұрынның оң жақ бөлігінде тыныс алу қиындаған. Сіздің диагнозыңыз қандай? Емдеу тактикасы.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Оң жақты мұрын кіреберісінің фурункулы, іріңдік сатысы. Емі: іріңдікті ашу, дренаждау, антибиотикотерапия, антикоагулянттарды және қабынуға қарсы дәрі-дәрмектер қолдану.

24. Науқас, 65 жаста, мұрынның сол жақ бөлігінен аздаған қан кетуге шағымданады. Анамнезінен: мұрыннан қан кетуді қан қысымының жоғарылауымен байланыстырады. 3% сутегі асқын тотығының ерітіндісі сіңірілген мақтаны мұрын ішіне енгізгеннен кейін, өздігінен тоқтаған.

Объективті: мұрын пішіні өзгеріссіз. Мұрын қыры ортаңғы сызықта. Мұрын қуысының шырышты қабаты тітіркенген және гиперемияланған. Сол жақтағы Киссельбах аймағының тамырларының көлемі ұлғайған. Мұрынмен тыныс алуы еркін. Диагноз қойыңыз? Емдеу тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Қайталанатын мұрыннан қан кету (қан қысымының жоғарылауына байланысты). Емі: қан тамырларын күйдіру, мұрын пердесінің шырышты қабығын сылу, алдыңғы тығын, гипотензивті және гемостатикалық препараттарды тағайындау.

24. Науқас, 45 жаста, мұрыннан тыныс алудың қиындауына, мұрында іріңді бөліністің болуына, иіс сезуінің төмендеуіне, оң жақтағы маңдай аймағының шаншып ауруына шағымданады. Ауырғанына бір апта, ауруын салқын тиюмен байланыстырады. Дене қызуы 37,8⁰ С.

Объективті: ММҚ аймағы өзгеріссіз, перкуссия жасағанда оң жақ маңдай және жоғарғы жақ қойнауының алдыңғы қабырғалары ауырсынады. Оң жақтағы үшкіл жүйкенің екінші тармағының аймағын басқанда ауырсынады. Мұрын қуысының шырышты қабаты ісінген, гиперемияланған, оң жақта ортаңғы мұрын жолында іріңді бөліністің жолағы анықталады. ММҚ-ның рентгенографиясында: оң жақ гаймор қуысында толық қараю, оң жақ маңдай қойнауынан сұйықтықтың деңгейі көрінеді. Сіздің диагнозыңыз қандай? Ем тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Жедел оң жақты ірінді гемисинусит. Емі: оң жақ жоғарғы жақ қойнауының пункциясы, ортаңғы мұрын жолының адrenaлизациясы, антибиотикотерапия. Емдеу соңында, 2-3 күн аурудың қарқындылығы басылмаса, онда маңдай қуысына трепанопункция жасалады.

25. Науқас, 36 жаста, мұрынның сол жақ бөлігімен тыныс алуының қиындауына, мұрыннан шырышты бөліністің болуына, иіс сезудің төмендеуіне шағымданады. Ауырғанына 6 ай, мұрынға тамыр тарылтқыш дәрісін қолданған, бірақ емдік әсері болмаған. Бронх демікпесімен (атопиялық түрі, орташа ауырлық дәрежесі) диспансерлік есепте, үнемі Вентолин мен Беротек қабылдайды.

Объективті: ММҚ аймағы өзгеріссіз, пальпациялағанда ауырсынбайды. Алдыңғы риноскопияда: мұрынның сол жақ жартысында үлкен және орташа көлемдегі, ақшыл сұр түсті, дөңгелек пішінді түзілістер көрінеді. Шырышты қабаты ісінген, қызғылт, төменгі мұрын жолында шырышты бөліністер бар. Артқы риноскопияда: көлемі 2х1 см ақшыл-қызғылт түсті ісік тәрізді түзіліс хоананы толықтай бітеген. Қандай диагноз қоюға болады? Қажетті зерттеулер мен ем тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Созылмалы полипозды гайморэотмоидит. Бронх демікпесі, атопиялық түрі, орташа ауырлық дәрежесі. ММҚ - ның контрасты рентгенографиясы.

26. Науқас, 15 жаста, мұрынмен тыныс алудың қиындауына, аз уақытқа, кейде көп мөлшерде, мұрыннан қан кетуге шағымданады. Ауырғанына 6 ай болған. Емделмеген.

Объективті: алдыңғы риноскопияда мұрын жолдары бос, бірақ мұрынмен тыныс алу қиындаған. Артқы риноскопияда: мұрын-жұтқыншақта хоананың 2/3 бөлігін жауып тұрған, дөңгелек пішіндегі ісікті түзіліс анықталады, саусақпен басқанда тығыз. Сіздің диагнозыңыз қандай? Зерттеу әдістері мен емдеу тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Жасөспірімдік мұрын-жұтқыншақ ангиофибромасы. Зерттеу әдістері: контраст қолдану арқылы мұрын-жұтқыншақтың КТ-сы, биопсия. Емі: хирургиялық.

27. Науқас, 40 жаста, таңертең мұрыннан көп мөлшерде сұйықтықтың ағуына, ұстамалы түшкіру және мұрынмен тыныс алудың қиындауына шағымданады. Ауырғанына 5 жыл. Мұрынға 1,5 жыл бойы тамыр тарылытқыш дәрілерді пайдаланады.

Объективті: Мұрын қуысының шырышты қабатының түсі бозғылт. Мұрын кеуілжірлері ісінген, беткейінен ақшыл дақтар анықталады. Сіздің диагнозыңыз? Қажетті зерттеулер мен ем тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Вазомоторлы ринит, аллергиялық түрі. Емі: аллергияның түрін анықтау, аллергиямен жанасуды болдырмау, желді күндері сыртқа шықпау, бөлмелерде жиі ылғалды тазарту жүргізу және арнайы немесе арнайы емес гипосенсибилизациялық препараттарды тағайындау.

28. Науқас, 28 жаста, мұрынның ауырсынуына, мұрын пішінінің өзгеруіне шағымданады. Анамнезінен: 4 сағат бұрын хоккей ойнап жүргенде, мұрыннан соққы алған. Мұрыннан қан кетіп, өздігінен тоқтаған, есінен танбаған, лоқсу, құсу болмаған.

Объективті: Мұрын қыры оңға қарай ығысқан. Сыртқы мұрынның жұмсақ тіндері инфильтрацияланған, ауырсынады. Көз асты аймағында және мұрынның сол жақ бүйір қабырғасында гематома бар. Мұрын қырын басқанда тері асты эмфиземасы анықталады. Мұрын қуысының шырышты қабаты гиперемияланған, инфильтрацияланған. Мұрын қуысының түбіне қан ұйыған. Диагноз қойыңыз? Қажетті зерттеу әдісін жоспарлаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Мұрын сүйектерінің жабық ығысқан сынығы. Торлы лабиринттің жасушаларының сынығы. Тері астылық эмфизема. Зерттеу әдістерінен: ММҚ-ның және мұрын сүйектерінің рентгенографиясын тағайындау.

29. Науқас, 28 жаста, мұрынның тыныс алуының қиындауына, мұрынның жиі бітелуіне, шаршауға, әлсіздікке шағымданады.

Объективті: аузы жартылай ашық, міңгірлеп сөйлейді. Риноскопияда: мұрын пердесі орталық сызықтан екі жағына да ығысқан, төменгі мұрын кеуілжірлерінің көлемі ұлғайған. Қандай диагноз қоюға болады? Зерттеулер және емдеу тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Аденоид. Мұрын пердесінің ығысуы. Вазомотор риниті. Зерттеу әдістері: артқы риноскопия, мұрын және мұрын-жұтқыншақ эндоскопиясы, КТ, биопсия. Емі: хирургиялық – аденоэктомия, септопластика, вазотомия.

30. Науқас жол-көлік апаты болған жерден, жедел жәрдем көлігімен жеткізілді. Шағымдары: мұрынның ауырсынуына, мұрын пішінінің өзгеруіне, жүрек айнуына, бастың ауруына. Қарағанда: мұрын қыры ішке қарай ығысқан, екі жақ көз айналасында гематомалар бар. Науқас жеңіл дәрежеде тежелген, қойылған сұрақтарға баяу жауап береді, қарым-қатынас жасау қиын. Науқастың болжам диагнозы? Қандай зерттеу әдістері қажет?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Мұрын сүйектерінің ығысқан жабық сынығы. Мидың шайқалуы. Зерттеу әдістері: бас сүйегінің рентгенографиясы (КТ), невролог, нейрохирург, көз дәрігерінің кеңесі, ММҚ-ның және бүйір проекцияда мұрын сүйектерінің рентгенографиясы

31. Науқас 23 жаста, дауысының қарлығына, тамағының күйіне, құрғауына, қиын бөлінетін қақырықты жөтелге шағымданады. Аурудың дамуын дененің салқындауымен байланыстырады.

Объективті: жағдайы қанағаттанарлық, дене қызуы 37,3⁰С. Тура емес ларингоскопияда: жұтқыншақ және көмейдің шырышты қабаты, дауыс қатпарлары гиперемияланған, ісінген. Көмей саңылауының диаметрі 1,5 см, тыныс алуы еркін, афония. Қандай диагноз қоюға болады? Емдеу тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Жедел катаралды ларингит. Емі: дауыс тыныштығы, антибиотикотерапия, майлы-сілтілі ингаляция.

32. Науқас 43 жаста, тамағының өздігінен ауырсынуына, даусының қарлығына, тағамның өтуінің қиындауына шағымданады. Ауырғанына 1 тәулік, ауруын салқын тиюмен байланыстырады. Жалпы жағдайы орташа ауырлықта, дене қызуы 37,1⁰С; қалқанша шеміршектің сол жақ жоғарғы аймағын басқанда ауырсынады.

Ларингоскопияда: сол жақта ожау-бөбешік қатпары және ожау тәрізді шеміршек аймағындағы шырышты қабатты ісінген және

инфильтрацияланған, көмей саңылауының ені 1,2 см, тыныс алуы еркін, дисфония. Диагноз қойыңыз? Дәрігердің әрекеті қандай?

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Жедел ісікті-инфильтративті ларингит. Емі: ЛОР бөлімшесіне жатқызу, ісінуді азайтатын дәрілерді парентералды енгізу (антигистаминдер, диуретиктер, стероидты қабынуға қарсы дәрі-дәрмектер), антибактериялық терапия .

33. Науқас 53 жаста, қабылдау бөліміне жедел жәрдем көлігімен жеткізілген. Тамақтағы бөгде денеге, жұтынғанда қатты ауырсынуға шағымданады.

Объективті: көмей үсті шеміршектің тіл беткейінде, балық сүйегі анықталады. Сіздің диагнозыңыз? Емдеу тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Көмей үсті шеміршегінің бөгде денесі (балық сүйегі). Емі: тура емес ларингоскопия арқылы, имек көмей қысқашымен бөгде денені алу.

34. Науқас 54 жаста, шағымдары: соңғы екі жыл бойы дауысының қарлығуына, вирусты инфекциямен ауырған кезде, даусының шығуы мүлдем қиындайды. Науқас 25 жылдан бері шылым шегеді (1-1,5 қорап күніне). Ларингоскопияда: ожау тәрізді шеміршектер арасындағы шырышты қабықта беткейі бүрті шоғыр анықталады. Дауыс қатпарлары инфильтрацияланған, гиперемияланған, фонация кезінде толық беттеспейді, қозғалғыштығы шектелмеген, дисфония, тынысы еркін, дауыс саңылауының диаметрі 1,7 см. Сіздің диагнозыңыз? Ем тағайындаңыз.

Ж а у а б ы.

Диагнозы: Созылмалы гиперпластикалық ларингит. Емі: шылым шекпеуге ұсыныс беру, өршу сатысында көмейге гормоналды немесе антибиотик ерітінділерін құю, Крюков-Подмазов әдістемесі бойынша преднизолон және аугментин суперфоноэлектроферезі, консервативті ем нәтижесіз болса, онда эндоларингеалды жолмен түзілісті алу.

35. Науқас 25 жастағы дауыстың қарлығуына, тамағында бөгде дененің сезілуіне шағымданады. Бір жылдай бұрын науқас бассүйек жабық жарақатын алып, жансақтау бөлімінде емделген. Екі апта бойы науқасты өкпенің механикалық желдету аппаратымен дем алдырған.

Тура емес ларингоскопияда: екі дауыс қатпарының артқы үштен бір бөлігінде дөңгелек пішінді, көлемі 3 және 2 мм, беті тегіс, ақшыл-қызғылт түсті түзіліс анықталады. Сіздің диагнозыңыз қандай? Ем тағайындаңыз.

Ж а у а б ы. Диагнозы: Көмейдің постинтубациялық гранулемасы. Емі: түзілісті эндоларингеалды жолмен алу және гистологиялық зерттеуге жіберу.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Алексеева Н.С. Головокружение. Отоневрологические аспекты / Н.С.Алексеева. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 184 с.
2. Бабияк В.И. Оториноларингология. Руководство. Том 2/ В.И. Бабияк., М.И. Говорун., Я.А. Накатис.- М.: Книгাপотребованию, 2019.- 832 с.
3. Бабияк В. И. Основы отоневрологии: руководство для врачей / В. И. Бабияк, Я. А. Накатис, А. Н. Пашинин и д.СПб.: Знание, 2015. - 717 с.
4. Бариляк Р.А., Сахелашвили Н.А. Склерома. Киев: Изд. «Здоровья». 1974. - 181с.
5. Бербом Х., Кашке О., Навка Т., Свифт Э. Болезни уха, горла и носа: пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 772 с.
6. Блоцкий А. А., Карпищенко С. А. Неотложные состояния в оториноларингологии. СПб. Диалог, 2016. - 208 с.
7. Бобошко М.Ю., Лопотко А.И. Слуховая труба. СПб: Спецлит. 2003. - 360 с.
8. Богомилский М. Р., Чистяковой В. Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 544 с.
9. Бойко Н.В. Диагностика и лечение носовых кровотечений. М.: Гэотар-Медиа. 2026.- 96с.
10. Владимирова Т.Ю., Куренков А.В., Чернов Г.Н.. Специфические заболевания ЛОР-органов. Учебное пособие. Москва: Ай Пи Ар Медиа 2024.- 155с.
11. Волков А.Г. Лобные пазухи. Изд. «Феникс». Ростов-на-Дону. 2000. - 260 с.
12. Воронкин В. Ф., Сергеев М. М. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии. Краснодар, 2000. - 175 с.
13. Гаджимирзаев Г.А. Отогенные гнойно-септические осложнения в эру антибиотиков. Махачкала: ИПЦ ДГМА. 2009. - 152с..
14. Герсдорф М., Жерар Ж.М Хирургия среднего уха: атлас . Лаборатория знаний. 2019.- 152 с.
15. Говорун М.И., Горохов А. А. Повреждение ЛОР органов и шеи в мирное и военное время. Руководство для врачей. - Издательство: СпецЛит изд. 2010. - 128с.

16. Гюсан А.О. Избранные клинические лекции по оториноларингологии. - М. : Медицинская книга, 2014. - 264 с.
17. Гюсан А.О., Арчакова Л.И., Ураскулова Б.Б. Дифференциальная диагностика заболеваний гортани при туберкулезе легких. Медицинский альянс. 2017;4:75-79.
18. Гюсан А.О., Ураскулова Б.Б. Вопросы туберкулеза легких оториноларингологии // Рос. оториноларингология. Приложение. 2017. №4. С. 32–36.
19. Жакенова С.С Курс лекций по отоневрологии. Доброкачественное пароскизмальное позиционное головокружение. Алматы. 2024
20. Золотарева М. А., Назарук Е. И². Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух у взрослых по материалам оториноларингологического отделения ГБУЗ РК «РКБ им. Н. А. Семашко», //Российская оториноларингология; 2022; 19; 1 (104). С. 37-45
21. Золотова Т.В. Сенсоневральная тугоухость. Ростов на Дону: Книга, 2013. - 544 с.
22. Извин А. И. Осложнения в оториноларингологии. Изд-во: Печатник. 2009. - 277 с.
23. Извин А.И. Клинические лекции по оториноларингологии. ТюмГМА, 2012. - 221с.
24. Карпищенко. С.А Заболевания наружного уха – СПб.: Диалог. 2012. - 320 с.
25. Карпищенко С. А. Трахеостома /С.А. Карпищенко, М.А. Рябова, А.А. Зубарева, М.Ю. Улупов, О.И. Долгов. - СПб.: Эскулап,.2020. - 46 с.
26. Киселев А.С. О классификации риногенных зрительных осложнений // Рос. ринология. 2007. №2. С. 41–42.
27. Кобрак Г.Г. Среднее ухо.М. Изд. медицинской литературы. 1963. - 435с.
28. Козорез Е.С. ЛОР-заболевания: конспекты лекций для медвузов. М. 2005. - 224с.
29. Косяков С.Я Избранные вопросы практической отохирургии., -М., МЦФЭР, 2012.-224 с.
30. Кривопапов А.А. Внутричерепные гнойно-воспалительные осложнения острых и хронических заболеваний уха, носа и околоносовых пазух./ Кривопапов А.А; Щербук А,Ю; Янов Ю.К/ .СПб.: 2018. - 234 с.

31. Кунельская Н.Л., Гусева А.Л., Байбакова Е.В. Лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016;116(6): 98-103 DOI: 10.17116/jnevro20161166198-10
32. Лихачев А.Г. Болезни уха, горла и носа/А.Г. Лихачев.- И.: Медицина, 2017. 266 с.
33. Оториноларингология / Под ред. В.Т. Пальчуна, А.И. Крюкова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. Серия "Клинические рекомендации"
34. Пальчун, В.Т. Оториноларингология: национальное руководство/ В.Т. Пальчун – 2-е изд., перераб. и доп. Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1024 с.
35. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов. - 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 592 с.
36. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. — 3-е изд., доп. Медицинское информационное агентство. М.2017. - 750 с.
37. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Блоцкий А.А. Пособие к изучению оториноларингологии в медицинских вузах. СПб: Диалог. 2006. -387 с.
38. Пробст Р., Греверс Г., Иро Г. Оториноларингология в клинической практике / Р. Пробст, Г. Греверс, Г. Иро ; ред. А. С. Лопатин ; пер.с англ. М.:Практическая медицина. 2012. - 381 с.
39. Русецкий Ю.Ю. Травмы носа: этиология, патогенез, клиника, лечение : Учебное пособие. МИА изд. 2019.- 48 с.
40. Садовский, В. И. С 14 Лекции по оториноларингологии: учебно-методическое пособие для студентов факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран / В. И. Садовский, А. В. Черныш, И. Д. Шляга. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. - 156 с.
41. Склафани Э. П., Дилески Р. А., Питман М. Д., Шефер С. Д., Шанц С. П., Шин Э. Д. Общая оториноларингология – хирургия головы и шеи. Пер. с англ. под общей редакцией Ю. К. Янова. Т. 2. М.: 2017. - 736 с.
42. Славский, А.Н., Носовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие /А.Н. Славский, В.М. Свистушкин, С.В. Старостина [и др.]. - М. – 2019. - 168с.

43. Солдатов И.Б., Сущева Г.П., Храппо Н.С. Вестибулярная дисфункция. М.: Медицина. 1980. 228 с.
44. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Оториноларингология. СПб. 2001. - 472 с.
45. Солдатский Ю. Л. Острый стеноз гортани. Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.) 2013; 2:36–38
46. Студеникин М. Я., Корюкина И. П., Каплин В. Н. Клиника, диагностика, лечение и профилактика острых рецидивирующих стенозов верхних дыхательных путей у детей. – Пермь. 2001. - 256 с.
47. Тимошенко П. А. Оториноларингология. учебное пособие / П. А. Тимошенко, В. С. Куницкий, Н. Ч. Буцель [и др.] ; под общ. ред. П. А. Тимошенко. Минск . Вышэйшая школа. 2014. - 432 с.
48. Төлебаев Р.К., Исагулова Э.К., Жусупов Б.З., Яхин Е.Ж. Оториноларингология дәрістері-оқу құралы.-Астана, 2009. - 230 б.
49. Фейгина, Л.Н. Продленные кислородно-лекарственная аэрозоль и парокислородная терапии (техника выполнения, эффективность, показания) / Л.Н. Фейгина, Г.А. Фейгин // Вестник КРСУ. – 2018. – Т.18, №2. – С. 94-98.
50. Фейгин, Г.А. К вопросу о трахеостомии / Г.А. Фейгин и др. // Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. – 2019. - №2. – С. 33-35
51. Шадыев Х.Д., Хлыстов В.Ю. Практическая оториноларингология. Медицинское информационный агенства. 2013. - 496с.
52. Dix MR, Hallpake CS. The pathology symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. The Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology. December 1952. 61(4). 987-1016
53. Shim DB, Ko KM, Lee JH, Park HJ, Song MH. Natural history of horizontal canal benign paroxysmal positional vertigo is truly short.J Neurol. 2015 Jan;262(1):74-80. doi: 10.1007/s00415-014-7519-0

Б.А. Жапалақов

**ҚҰЛАҚ, ТАМАҚ ЖӘНЕ МҰРЫН АУРУЛАРЫНЫҢ
ТАҢДАУЛЫ КЛИНИКАЛЫҚ ДӘРІСТЕРІ**
(Оқу құралы)

Компьютерлік беттеген Ж.А. Абдолова

Қол қойылды: 06.08.2026 ж.

Таралымы: 100 дана.

Офсеттік қағаз. Тапсырыс: № 01/5006

Марат Оспанов атындағы БҚМУ

Редакциялық-баспа орталығы (РБО),

030019 Қазақстан, Ақтөбе қ., Маресьев к., 68,

1 - оқу ғимарат.

e-mail: rbo@zkmu.kz