

ოტოლარინგოლოგია

ყურის ტკივილი

ყურის ტკივილის ანთებით მიზეზებს ადასტურებს გარეთა ყურისა და დაფის აპკის დათვალიერება. ანამნეზიდან ირკვევა ნიჟარის ჰემატომის ტრავმული გენეზი. ტრამვის იშვიათი გართულებაა ნიჟარის პერიქონდრიტი. ინფექციის მიზეზია *Pseudomonas aeruginosa*.

თუ გარეთა სასმენი მილი და დაფის აპკი ნორმალურია, ტკივილი არ არის გამოწვეული ყურის დაავადებით. დაფის აპკი გვიჩვენებს უმცირეს ცვლილებებს შუა ყურში. აქ საჭიროა ოსტატურად ჩატარებული დიფერენციალური დიაგნოსტიკა.

გარეთა მწვავე ოტიტი

შეიძლება, გამოწვეული იყოს დიფუზური ანთებით ან ფურუნკულით. ეს უკანასკნელი იწვევს გარეთა სასმენი მილის ძლიერ შეშუპებას და მტკივნეულობას. სმენა დაქვეითდება მხოლოდ მაშინ, თუ გარეთა სასმენი მილს დაახშობს სიმსივნე ან ექსუდატი. ტემპერატურა, მხოლოდ მაშინ აღინიშნება, როცა ინფექცია ვრცელდება ყურის წინ ცელულიტის ან წითელი ქარის სახით. ყურის წინ და უკან ისინჯება გადიდებული ლიმფური კვანძები, მაგრამ მტკივნეულობა ზედაპირულია და არ ჰგავს შუა ყურის ანთების დროს არსებულ ტკივილს, რომელიც ღრმა დაჭერით შეიგრძნობა. ნიჟარა მტკივნეულია მოძრაობისას, რასაც აგრეთვე არა აქვს ადგილი შუა ყურის ანთების დროს. გამონადენი არის სქელი და მცირე რაოდენობით, არ ჰგავს შუა ყურის ინფექციების დროს არსებულ უხვ ლორწოვან გამონადენს. სოკოვანმა ინფექციამ შეიძლება მოგვცეს გარეთა სასმენი მილის დიფუზური ანთება.

შუა ყურის მწვავე ჩირქოვანი ანთება

იწვევს ღრმა ტკივილს, სმენის დაქვეითებასა და ზოგადი მდგომარეობის დამძიმებას ტემპერატურით. სიმპტომების თანამიმდევრობა ასეთია: ბლოკირების შეგრძნება ყურში, ტკივილი, სიცხე. დაფის აპკის პერფორაციის შემთხვევაში ამას მოჰყვება გამონადენი, სიცხის დაწევა და ტკივილის შემსუბუქება. შუა ყურის დაზიანებისას დვრილისებრ მორჩებზე ხელის ძლიერი დაჭერა იძლევა ტკივილს, რაც არ არის მასტოიდიტი. ჩვეულებრივ, ჩვილებში ბაქტერიული ინფექციის გამომწვევია *Streptococcus pneumoniae* ან *Haemophilus influenzae*.

დიაგნოსტიკა ხდება დაფის აპკის გამოკვლევით, რასაც შეიძლება ხელს უშლიდეს გოგირდის საცობი ან გარეთა სასმენი მილის კედლების შეშუპება მეორადი გარეთა ოტიტის დროს. შუა ყურის ანთება შეიძლება გამოირიცხოს, თუ დაფის აპკი ნორმალურია და არ არის გამტარებლობითი სმენაჩლუნგობა.

შუა ყურის გაურთულებელი ანთების დროს ყურის წინა და უკანა ლიმფური ჯირკვლები არ არის გადიდებული.

მწვავე მასტოიდი

მწვავე მასტოიდის დროს ხდება დვრილისებრი მორჩის ჰაეროვან უჯრედებს შორის არსებული თხელი ძვლოვანი ხარიხების დაშლა. ამ პროცესს სჭირდება 2-3 კვირა. ამ პერიოდია განმავლობაში პერფორირებული დაფის აპკიდან უხვი ექსუდაცია გრძელდება და ძლიერდება.

თუ, ავადმყოფს ტკივილი უგრძელდება, დაფის აპკის ნორმალური მდგომარეობის აღდგენიდან რამოდენიმე დღის შემდეგ, მასტოიდიტზე არ უნდა ვიფიქროთ. მასტოიდიტზე ექვი უნდა მივიტანოთ ყოველთვის, როცა ყურიდან გამონადენი გრძელდება 10 დღეზე მეტ ხანს, განსაკუთრებით, როცა პაციენტი თავს ცუდად გრძნობს. ზოგჯერ სისტემური ანტიბიოტიკების ხმარების ფონზე ზოგადი მდგომარეობა ოდნავ არის დამძიმებული.

დვრილისებრი მორჩის რენტგენოგრაფია და კომპიუტერული ტომოგრაფია შეიძლება დაგვეხმაროს დიაგნოსტიკაში, მაგრამ არა ყოველთვის. მასტოიდიტი გამოირიცხება მხოლოდ ნათლად გამოხატული ჰაეროვანი უჯრედების არსებობისას რენტგენოგრაფიაზე. კლასიკურად გამოხატული უჯრედშორისი ხარიხების ჩაშლა ყოველთვის არ ჩანს. გარეთა ოტიტმა შეიძლება მოგვცეს ჰაეროვანი უჯრედების დაჩრდილვა დვრილისებრ მორჩთან მდებარე რბილი ქსოვილების შემუპების გამო. კლასიკური სიმსივნე ყურის უკან ყურის ნიჟარის ქვევით გადანაცვლებით მიუთითებს სუბპერიოსტალურ აბსცესზე, რაც მასტოიდიტის შემდგომი გართულებაა. სუბპერიოსტალური აბსცესი ვითარდება ატიკის ზედა კედლის ეროზიის შედეგად, რაც იძლევა შემუპებას გარეთა სასმენ მილში ღრმად, განსხვავებით ფურუნკულისაგან, რომელიც ასეთ შემუპებას მილის გარეთა ნაწილში იძლევა. თუ დაჩრდილვა სცილდება დვრილისებრ მორჩს, მაშინ ქირურგიული ჩარევა აუცილებელია. კომპიუტერული ტომოგრაფია იძლევა უკეთეს სურათს, ვიდრე ჩვეულებრივი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

მწვავე შუა ჩირქოვანი ოტიტის სხვა გართულებები

ისინი საკმაოდ იშვიათია. გვხვდება მაშინ, როცა ინფექცია ვრცელდება შუა ყურის ნაპრალის ზემოთ. საფეთქლის ძვლის პირამიდულ მორჩში ინფექციის გავრცელება იძლევა სახის ნერვის დამბლას, ლაბირინთის ჩირქოვან ანთებას, ლატერალური სინუსის თრომბოფლებიტს. ქალას ღრუში ინფექციის გავრცელება იძლევა მენინგიტს, ექსტრა- და სუბდურალურ აბსცესებს, ტვინის აბსცესს.

ქრონიკული სეკრეტორული შუა ოტიტი (შუა ოტიტი გამონადენით)

სუსტი, ხანმოკლე ტკივილი დამახასიათებელია “წებოვანი ყურისათვის” (“გლუე ეარ”). დაფის აპკი დათვალიერებით შეცვლილია, რაც ექსუდატის არსებობითაა განპირობებული. კლასიკურად დაფის აპკი ინიცირებულია, გამოკვეთილია რადიალური სისხლძარღვოვანი სურათი, რაც შეიძლება გახდეს მწვავე ოტიტის მცდარი დიაგნოზის მიზეზი. აპკის ფერი შეიძლება იყოს მოყვითალო, ზოგჯერ ლურჯი. ბავშვებში ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი რჩება, ტემპერატურული რეაქცია არ აღინიშნება.

ტკვილის სხვა მიზეზები

ბულოზურმა მირინგიტმა, იშვიათად, შეიძლება მოგვცეს ძლიერი ტკვილი. ვირუსული (გრიპული) ინფექცია იძლევა ჰემორაგიული ბუშტუკების გაჩენას დაფის აპკის დაჭიმულ ნაწილში და გარეთა სასმენ მილში. ამ დროს შეიძლება შუა ყურში იყოს ჰემორაგიული ექსუდატი. ამ მდგომარეობის შუა ოტიტისაგან დიფერენციაცია საკმაოდ ძნელია.

სხვადასხვა ლოკალიზაციის ოტიტებისა და სხვა ორგანოებიდან ირადიაციის გარდა ყურის ტკვილის მიზეზი შეიძლება იყოს ენა-ხახის ნერვის ნევრალგია, შაკიკისმაგვარი ნევრალგია ან ფსიქოგენია.

ენა-ხახის ნერვის (თავის ტვინის IX წყვილი) ნევრალგია იწვევს ძლიერ ტკვილს ყელისა და ყურის მიდამოში. ამ ტკვილის პროვოცირება შეიძლება პირ-ხახის 2-3 წერტილიდან. ტიპიური ნევრალგია ძლიერი, ხანჯლის ჩაცემისმაგვარი ტკვილია ყელის დაავადების სხვა სიმპტომების გარეშე.

დაუდგენელი მიზეზის ტკვილს იწვევს დეპრესია. ამ სახის ტკვილი საკმაოდ ხშირია და ექვემდებარება ანტიდეპრესანტებით მკურნალობას.

გადაცემითი ტკვილი

თუ დაფის აპკი და სასმენი მილი, აგრეთვე დაფის აპკის მოძრაობა სარკით გამოკვლევისას ნორმალურია, მაშინ ტკვილი არ არის გამოწვეული ყურის დაავადებით. ე. ი. ის გადაცემითია და ირადიაციას განიცდის ყურთან საერთო ინერვაციის მქონე არიდან. გადაცემა შეიძლება მოხდეს:

- ა) პირ-ხახიდან (IX წყ.-ენა-ხახის ნერვი) ტონზილიტის ან ენის უკანა მესამედის კარცინომის დროს.
- ბ) ხორხ-ხახიდან (X წყ.-ცდომილი ნერვი) მსხლისებური ფოსოს კარცინომის დროს.
- გ) ზედა მოლარებიდან, ქვედაყბის სახსრიდან ან ყბაყურა ჯირკვლიდან (V წყ. – სამწვერა ნერვის ქვედაყბის ტოტი).
- დ) კისრის მალეხის მორჩებიდან (C2 და C3). ტკვილი ძლიერდება ღამით, წოლისას. ბალიშის ხმარება ტკვილს ამცირებს.

გარეთა ავთვისებიანი ოტიტი

ეს იშვიათი, მაგრამ სერიოზული ინფექციაა. (სახელწოდების მიუხედავად არ არის ახალწარმონაქმნი). გამომწვევია pseudomonas aeriginoza. ხშირად გვხვდება დიაბეტით დაავადებულ ხანდაზმულ პაციენტებში და მასზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ, როდესაც ყურის ძლიერ ტკვილსა და შედარებით სუსტად გამოხატულ გარეთა ოტიტის სიმპტომებს შორის არის დისოციაცია. ინფექცია იჭრება ქალას ფუძესა და მოსაზღვრე რბილ ქსოვილებში. მკურნალობის ეფექტური მეთოდების შემოღებამდე იძლეოდა სახის ნერვისა და თავის ტვინის სხვა ნერვების დამბლას მაღალი ლეტალობით. დაავადებაზე მიუთითებს გრანულაციური ქსოვილის არსებობა სასმენ მილში. აუცილებელია კომპიეტერული ტომოგრაფიის ჩატარება. მკურნალობა – გენტამიცინი ინტრავენურად ან ციპროფლოქსაცინი პერორალურად რამოდენიმე კვირის განმავლობაში – უნდა გაგრძელდეს ტკვილის მოხსნამდე.

გარეთა მწვავე ოტიტის მკურნალობა

სისტემური ანტიბიოტიკები მოწოდებულია, მხოლოდ, ზოგადი მდგომარეობის დამძიმების, ტემპერატურის, ლიმფადენიტის, ან მრავლობით ფურუნკულოზის დროს. ზოგჯერ მოწოდებულია გარეთა სასმენ მილში 10% იქტიოლით, მაგნეზიის სულფატით ან გლიცერინით გაჟღენთილი ტამპონის ჩადება. ტამპონი ყოველდღიურად უნდა იცვალოს მილში შეშუპების ჩაცხრობამდე (იშვიათად ფურუნკულს შეიძლება გაჩხვლეთა დასჭირდეს). შემდეგ შეიძლება გამოვიყენოთ ყურის წვეთები - ალუმინის აცეტატი ან ანტიბიოტიკები ადგილობრივად - გენტამიცინი, ფრამიცეტინი, ან ნეომიცინი სტეროიდებთან ერთად. კლოტრიმაზოლი გამოიყენება სოკოვანი ინფექციის საწინააღმდეგოდ. ტკივილის დროს – სისტემური ანალგეტიკები, სითბო. განმეორებითი ფურუნკულოზის დროს უნდა გამოირიცხოს დიაბეტი.

მწვავე შუა ოტიტის მკურნალობა

ინიშნება სისტემური ანტიბიოტიკები. ძირითადი გამომწვევია *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* და *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*. არჩევს ანტიბიოტიკია ამოქსიცილინი. თუ სავარაუდოა ბეტა-ლაქტამაზის მაპროდუცირებელი ორგანიზმები, ამოქსიცილინი კომბინირდება კლავულანის მჟავასთან (Augmentin) ან ტრიმეტოპრიმსა და სულფამეტოქსაზოლთან. მკურნალობის ვადა მინიმუმ 5 დღეა. საჭიროა ტკივილდამაყუჩებლები, სითბო. ცხვირის დახშობის საწინააღმდეგო საშუალებები არ არის საჭირო. თუ დაფის აპკი არ გაიხსნა თავისით და გამობერილია, საჭიროა მირინგოტომია ზოგადი ნარკოზის ქვეშ.

განმეორებადი ოტიტი შეიძლება მოგვეცეს ტონზილიტმა. საჭიროა ტონზილექტომია. ადენოიდური დისპლაზია და ინფექცია შეიძლება იყოს მიზეზი, მაგრამ ადენოიდექტომიის აუცილებლობა სადაოა. გამოჯანმრთელება და ნორმალური სურათის აღდგენა ხდება 3 კვირაში.

გამონადენი ყურიდან

ყურიდან გამონადენი გვაქვს როგორც გარეთა, ისე შუა ყურის ანთების დროს. ფურუნკულისა და შუა ყურის ანთებისათვის დამახასიათებელია გამონადენის წინამორბედი ტკივილი. დიფუზური გარეთა ოტიტის დროს არის თხელი სეროზული გამონადენი (ალერგიული ეგზემური რეაქციის გამო). ფურუნკულის დროს გამონადენი სქელია, ნეკროზული ქსოვილების შემცველი; მისი დიაგნოსტიკა არ არის რთული.

მწვავე შუა ოტიტი

ამ დროს გამონადენი უხვია, ლორწოვან-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი და მხოლოდ დაფის აპკის პერფორაციის შემდეგ ჩნდება. თუ უხვი გამონადენი

გრძელდება ერთ კვირას ან მეტს, ეჭვი უნდა მივიტანოთ მასტოიდიტით გართულებაზე. ამ უკანასკნელს თან ახლავს ზოგადი მდგომარეობის დამძიმება და ტკივილი დვრილისებრ მორჩზე ღრმა დაწოლისას. ანტიბიოტიკების ფონზე შეიძლება მოხდეს ზოგადი სიმპტომების შენიღბვა. თუ დვრილისებრი მორჩის რენტგენოგრაფიაზე ჩანს ნორმალური ჰაეროვანი უჯრედები და ძვლოვანი ხარისხები მათ შორის, მასტოიდიტი გამოირიცხება. წინააღმდეგ შემთხვევაში მორჩი უნდა გაიხსნას.

«ქვემწვავე» ჩირქოვანი შუა ოტიტი

გამონადენის გახანგრძლივება, მასტოიდიტის გამო, შედარებით იშვიათია. უფრო ხშირ შემთხვევებში ბავშვი კარგადაა, მაგრამ ჩირქოვან-ლორწოვანი გამონადენი ყურიდან გრძელდება სამი კვირის ან მეტის განმავლობაში მწვავე ოტიტის პირველი შეტევიდან. ასეთი რამ, არაიშვიათია, დაფის აპკში ზონდის არსებობისას. გახანგრძლივებული ოტიტის მიზეზია: ორგანიზმის რეზისტენტულობა, ცხვირ-ხახის ქრონიკული ინფექცია რომელიც მეორადად გადადის შუა ყურის ნაპრალზე, ევსტაქიტი.

მკურნალობა: პირველ რიგში საჭიროა ფლორის გამოკვლევა და სისტემური ანტიბიოტიკების დანიშვნა ანტიბიოტიკოგრაფიაზე დაყრდნობით; ყურის რეგულარული, ფრთხილი ტუალეტის შემდეგ საჭიროა ანტიბიოტიკების და სტეროიდების ჩაწვეთება შუა ყურში და მათი ძალიან ნაზად შეხელა ტრაგუსზე ხელის დაჭერით. მოზრდილებში საჭიროა სინუსების რენტგენოგრაფია ინფექციის კერებია აღმოსაჩენად, რომელთა მკურნალობა აუცილებელია. შეიძლება ინფექცია იყოს ცხვირში ან ცხვირხახაში. ბავშვებმა შეიძლება მეორადად შეიტანონ ინფექცია აღნიშნულ არეში.

ცხვირის დახშობის საწინააღმდეგო საშუალებები შეიძლება გამოვიყენოთ ცხვირის მოწმენდის შემდეგ, *ხანმოკლე ვადით*. სისტემური ანტიბიოტიკების საშუალებების გამოყენება აუცილებელია ევსტაქის მილში, ხახის ნაწილის შესავალში ლორწოვანი შეშუპების შესამცირებლად. მასტოიდიტის გამორიცხვის შემთხვევაში ზემოაღნიშნული სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება თამამად შეიძლება რამოდენიმე კვირის განმავლობაში.

სამომავლო სამკურნალო ღონისძიებას წარმოადგენს გადიდებული ადენოიდების ამოკვეთა და ყურის გამოკვლევა ანესთეზიის ქვეშ. დაფის აპკში პერფორაცია განივრდება იდგმება დრენაჟი ანესთეზიის ქვეშ. ძალიან იშვიათად ლორწოვანიდან სეროზულად შეცვლილი გახანგრძლივებული გამონადენი მიანიშნებს მასტოიდიტზე. ამ შემთხვევაში საჭიროა რადიკალური ოპერაცია დვრილისებრ მორჩზე.

ქრონიკული გარეთა ოტიტი

ქრონიკული გარეთა ოტიტის მიზეზია არასათანადო ჰიგიენა. ამ დროს გამონადენს თან სდევს ქავილი, გაღიზიანება და სმენის დაქვეითება. გამონადენი ხშირად სქელია, სუნიანი და შეიცავს დაინფიცირებულ გოგირდს და ჩამოფცქვნილ კანს. გამომწვევი გრამ- უარყოფითი ბაქტერიებია. დაფის აპკი რჩება ნორმალური და არ არის გამტარებლობითი სმენაჩლუნგობა. ქრონიკული გარეთა ოტიტი ყოველთვის ორმხრივია. ცალმხრივი პროცესი მიუთითებს შუა

ყურის პათოლოგიაზე - გამონადენი შეიძლება მოდიოდეს დაფის აპკში არსებული ძალიან პატარა პერფორაციიდან.

ქრონიკული გარეთა ოტიტი შინაგანი და გარეგანი ფაქტორების ერთობლივი მოქმედების შედეგია. შინაგანი ფაქტორებია კანის ისეთი დაავადებები, როგორცაა ეგზემა, სეზორეული დერმატიტი, ფსორიაზი; გარეგანი ფაქტორებია: ყურის გაწმენდის დროს მიყენებული ტრავმა, კანის დანესტიანება ბანაობისას ან ჭუჭყიანი პირსახოცის გამოყენება. ყველაზე ხშირად ამ სახის ოტიტი გვხვდება ჭუჭყიან წყალში ბანაობისას და ყურის გამშრალეობისას იმ პირსახოცის კუთხით, რომლითაც მანამდე სხეულის სხვა ნაწილები იყო გაწმენდილი.

მკურნალობა

ქრონიკული გარეთა ოტიტის სამკურნალოდ, საჭიროა, ყურის ტუალეტი და ადგილობრივი საშუალებები. ყურის ტუალეტი უნდა ჩატარდეს კარგი განათების ქვეშ. თუ დაფის აპკი მთელია, მაშინ შესაძლებელია ყურის ფრთხილად გამორეცხვა. ტუალეტი საჭიროა ხშირად, იდეალურ შემთხვევაში - ყოველდღიურად. პრაქტიკულად კი ეს ხდება კვირაში ერთხელ. ნაცხი უნდა გაკეთდეს ფლორაზე და სოკოვან ინფექციაზე.

ადგილობრივად, იხმარება ანტიბიოტიკების (გენტამიცინი და ნეომიცინი) კომბინაცია სტეროიდებთან, ხოლო სოკოვანი ინფექციის დროს – ნისტატინი და კლოტრიმაზოლი. მედიკამენტები ინიშნება დღეში 2-ჯერ. არსებობს მათი გამოყენების რამოდენიმე გზა: ჩაწვეთება, გარეთა სასმენი მილის კედელზე წასმა ან ფხვნილის სახით შეფრქვევა ტუალეტის შემდეგ.

სისტემური ანტიბიოტიკები არ არის საჭირო. ნიჟარის ეგზემას უნდა ვუმკურნალოთ მალამოთი. ალერგიულ რეაქციას ადგილობრივ მკურნალობაზე გვიჩვენებს ნიჟარის გაწითლება და უხვი წყლისებური გამონადენი ნიჟარიდან. ადგილობრივი პრეპარატების, მათ შორის წვეთების ხანგრძლივად გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი. ისინი იხმარება კვირაში ერთხელ მორეციდივე დაავადების მქონე პაციენტებში.

ზოგჯერ სუბეპითელური ქსოვილის გასქელების გამო საჭიროა ხდება ოპერაცია გარეთა სასმენი მილის გასაფართოვებლად.

დაავადების პროფილაქტიკას ყურში წყლის მოხვედრის საწინააღმდეგო ღონისძიებები შეადგენს.

ქრონიკული ჩირქოვანი შუა ოტიტი

არის ორი ტიპის. ორივეს ახასიათებს გამტარებლობითი სმენაჩლუნგობა და გამონადენი ტკივილის გარეშე. ორივეს დროს გამონადენია პერფორირებული დაფის აპკიდან, მაგრამ ერთი უსაფრთხოა, ხოლო მეორე - პოტენციურად საშიში.

ა) უხიფათო ვარიანტი (ტუბოტიმპანური ან აქტიური ლორწოვანი ქრონიკული შუა ოტიტი) არ წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიში ინტრაკრანიალური გართულებების რისკს. პათოლოგიური პროცესი არის შუა ყურის ლორწოვანის წინა ქვედა ნაწილში.

ბ) ამის საპირისპიროდ, საშიშ ვარიანტში (ატიკონანთრალური ან აქტიური ქრონიკული ანთეზა ქოლესტეატომებით) იწვევს მენინგიტებს, ტვინის აბსცესს და სხვა სერიოზულ გართულებებს. ეს დაავადება იწვევს ძვლის დაშლას და ქოლესტეატომა და ქრონიკული ოსტეიტი ვრცელდება ატიკონანთრალურ არეში.

უხიფათო ვარიანტში პერფორაცია ცენტრალურია, დაფის აპკის კიდესთან, რგოლისებური. საპირისპიროდ, საშიშ ვარიანტში პერფორაცია არის დაფის აპკის ძვალთან მიმაგრების ადგილას და ძვლის დანეკროზება იწვევს გრანულაციური ქსოვილის წარმოქმნას. პერიფერიული პერფორაცია ყოველთვის უკანა ნაწილშია ან ატიკაში.

გამონადენი უხიფათო ვარიანტში მოდის შუა ყურის ანთებადი ლორწოვანი გარსიდან და ლორწოვანია, არამუდმივი. ის შეიძლება იყოს პროვოცირებული წყლით ან ევსტაქის მილის ბლოკირებით.

საშიშ ვარიანტში გამონადენი ხშირად ძალიან მცირეა, ცუდსუნიანი და უწყვეტი. გამონადენის წყაროა ქოლესტეატომის დანეკროზებული, დაინფიცირებული ქსოვილები.

ქოლესტეატომა არის კანის წარმონაქმი – ჩამოფცქვნილი ეპითელი, რომელიც აღწევს შუა ყურში მისი ნაპრალიდან და ყალიბდება მრავალკამერიან კისტად. ის ვრცელდება ატიკის სტრუქტურებზე და დვრილისებრი მორჩის ანთრალური ნაწილიდან – ჰაეროვან არეში. როდესაც ქოლესტეატომურ ტომარაში დაგროვილი კერატინი ინფიცირდება, ირღვევა პარკის გარეთა შრე, რომელიც ამავე დროს კანის ბაზალური შრეა, და იწყება ძვლის ეროზია. ეს პროცესი ძალზე საშიშია სიცოცხლისათვის.

უხიფათო ყურის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, ამ ორ ვარიანტს შორის, ტარდება ყურის ტუალეტის შემდეგ, დაფის აპკის ყურადღებით გამოკვლევით, უმჯობესია საოპერაციო მიკროსკოპით. დათვალიერება, საჭიროა რამოდენიმეჯერ, ადგილობრივი მკურნალობის ჩატარების შედეგად ზედაპირული ანთების ჩაცხრობის შემდეგ. გართულება საფიქრებელია, როცა გამონადენი ცუდსუნიანია, შუა ყურში ან დაფის აპკის კიდესთან ჩანს გრანულაციური ქსოვილი ან პოლიპი, როდესაც მკვდარი ქსოვილები ან კერატინი გამოდის შუა ყურიდან და სახეზეა ისეთი სიმპტომები, როგორცაა სახის ნერვის სისუსტე ან თავბრუსხვევა. ცენტრალური პერფორაცია და ზემოთაღნიშნული სიმპტომების არარსებობა გამორიცხავს “საშიში ყურის” დიაგნოზს.

“უსაფრთხო ყურის” დროს მკურნალობის მიზანია გამონადენის შეშრობა, მისი შემდგომი პროფილაქტიკა და სმენაჩლუნგობის მართვა. შეშრობა მიიღწევა ზემო სასუნთქ გზებში ინფექციის ან ალერგიის მკურნალობით და ყურის ტუალეტით. იშვიათად შეიძლება დაგვეხმაროს გამორეცხვა: საუკეთესო საშუალებაა სხეულის ტემპერატურამდე გამთბარი ერთი მოცულობა ეუზოლისა და ორი მოცულობა ფიზიოლოგიური ხსნარის ნარევი. სტეროიდების შემცველი ანტიბიოტიკის წვეთები შეირჩევა ფლორის მიხედვით. წვეთები უნდა შეთბეს და ჩაწვეთების შემდეგ მოხდეს მათი ნაზად შეხელა შუა ყურში ტრაგუსზე ხელის დაჭერით.

როცა ყური მშრალია (არააქტიური ქრონიკული შუა ოტიტი), გამონადენის პროფილაქტიკის მეთოდები შემდეგია: ყურის დაცვა მასში წყლის მოხვედრისაგან, ზედა სასუნთქი გზების ინფექციების გადაუდებელი მკურნალობა და დაფის აპკის დეფექტის დახურვა (მირინგოპლასტიკა). სმენაჩლუნგობა სწორდება სმენის აპარატით ან ტიმპანოპლასტიკით (დაფის ღრუსა და ძვლოვანი ჯაჭვის აღდგენა).

საშიში ყურის მკურნალობა

“საშიში” ყური უნდა გავაუვნებლოთ და შემდეგ ვუმკურნალოთ სმენაჩლუნგობას. სხვადასხვა სახის ოპერაციების (რადიკალური მასტოიდექტომია, მოდიფიცირებული რადიკალური მასტოიდექტომია, ატიკოტომია, ატიკოანთროსტომია) მიზანია დაავადებული და ინფიცირებული ძვლის ამოღება და გლუვი, განიერი ღრუს შექმნა, რომელიც უკავშირდება ფართო გარეთა სასმენ მილს.

რადიკალური მასტოიდექტომია. ყურში შედიან ნარკოზის ქვეშ წინა ან უკანა მიდგომის ტექნიკით. დვრილისებური მორჩის შესავალი ნაწილი იხსნება ბურღის საშუალებით და მისი გაფართოვების შემდეგ ხდება გადასვლა შუა ყურის ატიკის ნაწილში. ძვლოვანი “ზიდის” მოხსნის შემდეგ დვრილისებრი მორჩის ღრუ (ანტრუმი) ერთიანდება დაფის ღრუსთან. კლასიკური მასტოიდექტომიის დროს იღებენ შუა ყურის ძვლებს გარდა უზანგისა. ამ დროს არ უნდა დაზიანდეს სახის ნერვი, ლაბირინთი, სიგმოიდური სინუსი ან ტვინის მაგარი გარსი. ღრუში ტოვებენ ანტისეპტიური მალამოთი გაჟღენთილ ტამპონს.

სხვა მეთოდებია: ტიმპანოპლასტიკა კომბინირებული მიდგომით ანუ ინტაქტური არხის კედლის ტექნიკა - ამ დროს არ იქმნება ღრუ და ხდება შუა ყურის მექანიზმის აღდგენა, მაგრამ არსებობს რეზიდუალური შემოსაზღვრული ქოლესტეატომის გაჩენის რისკი. “საშიში” ყურის გართულებები ისეთივეა, როგორც მწვავე შუა ოტიტის, მწვავე მასტოიდიტის გარდა.

გამონადენი დვრილისებრი მორჩის ღრუდან

ოპერაციის შემდეგ, გამონადენი გრძელდება მანამ, სანამ ღრუ არ ამოიფინება ეპითელით, რასაც სჭირდება დაახლოებით სამი თვე. ზოგ პაციენტებში ღრუს ეპითელიზაცია საერთოდ არ ხდება, რის მიზეზიც არის ექსუდაცია და ღრუს კი წყალგაუმტარი ფენა არა აქვს. შეხორცების გაიოლების მიზნით უკეთესია ოპერაციის დროს პატარა ღრუს გაკეთება, რომელიც ფართო შესავალით დაუკავშირდება გარეთა სასმენ მილს. ზოგიერთ ავადმყოფებში აღნიშნული საოპერაციო ტექნიკის გამოყენების მიუხედავად, ჯანმრთელი ეპითელით დაფარვა მაინც არ ხდება. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს გამონადენის დაინფიცირება ცხვირ-ხახიდან ან გარედან. გამომწვევი გრამ-უარყოფითი ფლორაა. ინფიცირების შედეგად ეპითელიზაციის პროცესი ფერხდება და ხდება გრანულაციური ქსოვილის წარმოქმნა, რაც ხელს უშლის ეპითელიზაციას და ხელს უწყობს ცუდად დრენირებული დაინფიცირებული ჯიბეების ჩამოყალიბებას.

ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში საჭიროა ღრუს ტამპონირება მარილით ან ბამბით, რაც წყლის ჩასვლის საწინააღმდეგო ღონისძიებაა. მოგვიანებით, თუ ზედაპირის ინფიცირება მოხდა, საჭიროა ფრთხილი გაწმენდა, ანტიბიოტიკებით და სტეროიდებით ადგილობრივი მკურნალობა ან ბორის მჟავას შეფრქვევა. ძალიან იშვიათად გახანგრძლივებული გამონადენის მიზეზი შეიძლება გახდეს ღრუს ეპითელის მეტაპლაზია სეკრეტორულ ლორწოვან გარსად.

სმენაჩლუნგობის მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია მეორე ყურის მდგომარეობაზე; არჩევანი: სმენის აპარატი ან რეკონსტრუქციული ოპერაცია (ტიმპანოპლასტიკა).

სმენაჩლუნგობა და ყურში ხმაური მოზრდილ ასაკში

სმენის დაზიანების შედეგები დამოკიდებულია სმენის დაკარგვის ხარისხზე, ასაკზე და იმაზე, ორმხრივია დაზიანება თუ ცალმხრივი. დაბადებით ორივე ყურით ყრუ ბავშვი ლაპარაკს ვერ ისწავლის სპეციალური დახმარების გარეშე, ხოლო სრული სიყრუვის შემთხვევაში ენასაც ვერ აითვისებს. მეტყველების უნარი ბავშვმა შეიძლება თანდათანობით დაკარგოს, თუ სრული დაყრუება სიცოცხლის პირველ წლებში მოხდება. სმენის მოზრდილ ასაკში დაკარგვის შემთხვევაში ადამიანი შეინარჩუნებს სიტყვების არსებულ მარაგს, მაგრამ ხმა მონოტონური, არამოდულირებული ხდება. სმენის უეცარი სრული დაკარგვა ორივე ყურიდან ამახინჯებს პაციენტის ცხოვრების ყველა სფეროს, ხოლო ამ პროცესის თანდათანობითი განვითარება სერიოზულ შედეგს იძლევა, მაგრამ შედარებით ნაკლებად გამოხატული უუნარობის ხარისხით. სმენის დაკარგვა ცალი ყურიდან შედარებით ხშირია ასაკის მიუხედავად.

არსებობს სმენაჩლუნგობის ორი ძირითადი სახე: გამტარებლობითი და ნეიროსენსორული. გამტარებლობითი სმენაჩლუნგობის დროს დაზიანებაა ბგერითი ტალღის გავრცელების გზაზე, კერძოდ გარეთა სასმენ მილში ან შუა ყურში უზანგის ფუძემდე (ფირფიტამდე). ნეიროსენსორული სმენაჩლუნგობის დროს დაზიანება არის ოვალური სარკმლიდან ცენტრალურად: ლოკოკინაში (სენსორული), კობლეარულ (VIII წყ.) ნერვში (ნეირო) ან იშვიათად, ცენტრალურ ნერვულსისტემაში.

გამტარებლობითი სიყრუე

ვითარდება ჰაერგამტარი გზების მექანიკური ბლოკირების შედეგად ქვემოთ ჩამოთვლილი ხუთი მიზეზიდან ერთ-ერთით

1. *ბლოკირება*. გარეთა სასმენი მილის ბლოკირება უზშირესად ხდება გოგირდის საცობით, გამონადენით გარეთა ოტიტის დროს; შეიძლება იყოს განვითარების მანკი – სასმენი მილის ატრეზია, ან უცხო სხეული.
2. *დაფის აკვის პერფორაცია* ინფექციის ან ტრამვის შედეგად.
3. *სასმენი ძვლების (ჯაჭვის) გათიშვა* გვხვდება შუა ყურის ინფექციის დროს. უფრო ხშირად არის გრდემლის გრძელი მორჩის დესტრუქცია. თავის ან ყურის ტრამვამ შეიძლება გამოიწვიოს ძვლების წანაცვლება ერთმანეთის მიმართ.

4. *სასმენი ძვლების ფიქსირების დეფექტი* დამახასიათებელია ოტოსკლეროზისათვის. ადგილი აქვს უზანგის ფირფიტის ოვალურ სარკმელში ჩამაგრების დეფექტს. ოტოსკლეროზი არ უნდა აგვერიოს ტიმპანოსკლეროზში, როცა განმეორებითი ინფექციების შედეგად ხდება დაფის აპკი სკლეროზულად გადაგვარება. ამ დროს დაფის აპკზე არის ცარცის ნატეხების მსგავსი ლაქებია ეს პათოლოგია იძლევა სასმენი ძვლების მოძრაობის შეზღუდვას.
5. *ეესტაქის მილის ობსტრუქცია (უკმარისობა)*. ხშირია ბავშვებში და გამოწვეულია შუა ყურში ძალიან ბოჭკოვანი ქსოვილის დაგროვებით, რასაც უწოდებენ ეწოდება “გლუე ეარ”- დაგუბებული ყური. ჰაერი აბსორბირდება შუა ყურის ნაპრალიდან. დაფის აპკი ჩაზნექილია გარედან ჰაერის ზეწოლის გამო და მისი თავისუფალი ვიბრაცია შეზღუდულია. ამის შემდეგ შუა ყურში ხდება სითხის დაგროვება. “დაგუბებული ყური” არის სმენაჩლუნგობის მთავარი მიზეზი სკოლის ასაკის ბავშვებში. ეესტაქის მილის გამტარობის შეზღუდვის გარდა, შეიძლება ამ მილის ცხვირ-ხახის შესავალი იყოს ობტურირებული. გადიდებული და განმეორებით მოინფიცირე ადენოიდების როლი შუა ყურის ვენტილაციის შეზღუდვაში საკამათოა. მოზრდილებში შუა ყურის ექსუდატი მცირე, თხიერი და სეროზულია. მიუხედავად იმისა, რომ ის უხშირესად ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის ან თვითმფრინავის დაშვების დროს განვითარებული ბაროტრავმის შედეგია, *აუცილებლად უნდა გამოვრიცხოთ ცხვირ-ხახის კიბო*, რადგან ის შეიძლება სმენაჩლუნგობის გამომწვევი გამონადენის მიზეზი იყოს.

ნეიროსენსორული სიყრუე

სამი ტიპისაა:

- ორმხრივი პროგრესირებადი
- ცალმხრივი პროგრესირებადი
- უეცარი.

ორმხრივი პროგრესული ნეიროსენსორული სმენაჩლუნგობის უხშირესი მიზეზია ასაკობრივი დეგენერაცია, ანუ პრესბიაკუზია. მსგავსი პროგრესირებადი სმენაჩლუნგობა ზოგჯერ საშუალო ასაკშიც გვხვდება, როგორც “პრესენილური” დეგენერაციული ცვლილება. ორმხრივი პროგრესული სმენაჩლუნგობა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე ხმაურმა (ბგერითმა ტრამვამ) ან ოტოტოქსიურმა პრეპარატებმა. ბგერითი ტალღა აზიანებს კორტის ორგანოში მოთავსებულ თმისებურ სმენის უჯრედებს. დაზიანებას იწვევს ხანმოკლე მაღალი ინტენსივობის ბგერა (აკუსტიკური ტრამვა), მაგრამ ჩვეულებრივ დაზიანება უფრო ტიპურია მაღალი ინტენსივობის ბგერითი ტალღების ხანგრძლივად მოქმედების პირობებში, კერძოდ, ინდუსტრიულ საწარმოებში. დაზიანების ხარისხი დამოკიდებულია ბგერის ინტენსივობაზე, მოქმედების ხანგრძლივობაზე და ინდივიდუალურ მგრძობელობაზე. ოტოტოქსური პრეპარატები - ამინოგლიკოზიდები აზიანებს აგრეთვე კოხლეარულ სმენის უჯრედებს. თეორიულად ეს ანტიბიოტიკები დაზიანებას იწვევს მხოლოდ სისტემური გამოიყენებისას, მაგრამ ადგილობრივად ხმარებაც (მაგ. ნეომიცინისა კანის

საფარველის დიდ ნაწილზე ან ბრონქებში შეფრქვევისას) გარკვეულ რისკთან არის დაკავშირებული. რისკი მატულობს ხანდაზმულებში თირკმლის ფუნქციის დარღვევისას, ოტოტოქსიური პრაპარატების განმეორებითი კურსებისა და მათი ერთდროული დანიშვნისას. დაზიანება შეუქცევადია და გრძელდება მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგაც. ოტოტოქსიურია აგრეთვე ზოგიერთი შარდმდენი, მაგ. ინტრავენურად შეყვანილი ფუროსემიდი და ეტაკრინის მჟავა. დიდი დოზით მიღებული სალიცილატების ოტოტოქსიური ეფექტი, ჩვეულებრივ, შექცევადია.

ცალმხრივი პროგრესირებადი სმენაჩლუნგობის შემთხვევაში უნდა გამოირიცხოს მენიერის დაავადება (ენდოლიმფის წყალმანკი) და სმენის ნერვის (VIII წყ.) ნევრინომა. უეცარი ნეიროსენსორული სიყრუე, საბედნიეროდ, ჩვეულებრივ ცალმხრივია. მისი ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს ყურის ან თავის ტრამვა. თუ პერილიმფა იღვრება მრგვალი ან ოვალური სარკმლიდან, საჭიროა ქირურგიული ჩარევა. სხვა მიზეზებია ვირუსული ინფექციები: წითელა, ყბაყურა, ჩუტ-ყვავილა; ან სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა ლოკოკინაში.

ნეიროსენსორული სიყრუე შეიძლება გამოიწვიოს სიფილისმაც.

გამოკვლევა

გამოკვლევის სრულყოფილად ჩატარებისათვის უნდა დაზუსტდეს დეფექტის მდებარეობა და მიზეზი თითოეული ყურისათვის. ინვალიდობისა თუ უუნარობის ხარისხი, თუმცა ეს ყოველთვის არ ხერხდება. საჭიროა დადგინდეს: (ა) რამდენად დაექვემდებარება პროცესი მკურნალობას სმენის გაუმჯობესების თვალსაზრისით; (ბ) სმენის სიმახვილე ორივე ყურიდან ინვალიდობის მუდმივობის განსაზღვრის მიზნით; (გ) არის თუ არა სიყრუე მეორადი, მაგ. სიფილისის ან სმენის ნერვის ნევრინომის შედეგი.

ანამნეზური მონაცემებიდან მნიშვნელოვანია სმენაჩლუნგობის დინამიკა, ოჯახური დატვირთვის არსებობა, ფაქტი ბგერითი ტრამვის შესახებ, მედიკამენტების გამოყენება, ისეთი სიმპტომები, როგორცაა ყურის ტკივილი, გამონადენი ყურიდან, თავბრუსხვევა, ყურებში ხმაური.

გამოკვლევით დგინდება გარეთა სასმენი მილისა და დაფის აპკის მდგომარეობა, გოგირდის საცობის არსებობა, რომლის ამიღება აუცილებელია. თუ დაფის აპკის მთლიანობადარღვეული არ არის, შეიძლება ყურის გამორეცხვა. საცობის დარბილება ხდება ზეითუნის ზეთით ან 5% სოდის წყალხსნარის ჩაწვეთებით დღეში ორჯერ რამოდენიმე დღის განმავლობაში.

სმენაჩლუნგობის ტიპების დადგენა ხდება კამერტონის გამოყენებით - რინეს და ვებერის ცდით, რისთვისაც იდეალურია 512 ჰც-ის სიხშირის კამერტონი.

რინეს ტესტი

ეს ტესტი ასე ტარდება: თავდაპირველად საჭიროა დარწმუნება იმაში, რომ გამოსაკვლევ პირს ესმის კამერტონის ბგერა როგორც გარეთა სასმენი ხვრელიდან, ისე დვრილისებრი მორჩიდან. აჟღერებული კამერტონის ფეხს ვათავსებთ პაციენტის დვრილისებრ მორჩზე გამოკვლევის მხარეს. შემდეგ კამერტონი გადაგვაქვს პაციენტის გარეთა სასმენ ხვრელთან და ვეკითხებით,

კვლავ ესმის თუ არა ბგერა. კამერტონს ვაბრუნებთ დვრილისებურ მორჩზე იმავე მხარეს და ვიმეორებთ შეკითხვას. ამ პროცედურით გამომკვლევი ადგენს, თუ რომელი ადგილიდან უფრო ხანგრძლივად ესმის პაციენტს ბგერა. როდესაც გამტარებლობის მექანიზმი ნორმალურია, მაშინ ჰაეროვანი გამტარებლობა სჭარბობს ძვლოვანს ანუ ბგერა უფრო დიდხანს ისმის გარეთა სასმენიხვრელიდან), რაც შემდეგი სახით ჩაიწერება ($3\text{გ} > \text{ძგ}$). გამტარებლობითი სმენაჩლუნგობისას ტესტი უარყოფითია ($\text{ძგ} > 3\text{გ}$). ტესტი დადებითია ნორმალურ ყურში და ნეიროსენსორული სმენაჩლუნგობის დროს.

გამტარებლობითი სმენაჩლუნგობის დროს ხდება ძვლოვანი გამტარებლობის შენარჩუნება და ჰაეროვანის შესუსტება (ძვლოვანი გამტარებლობა გულისხმობს ბგერითი ტალღის გადაცემას ლოკოკინამდე თავის ქალას ძვლების საშუალებით). სმენადობის დაქვეითებასთან ერთად ბგერა უფრო ხანგრძლივად ისმის ძვლოვანი გამტარებლობის საშუალებით. ეს ტესტის უარყოფითი შედეგია ($\text{ძგ} > 3\text{გ}$).

ცალმხრივი სრული სმენაჩლუნგობისას დაზიანებული მხრიდან ძვლოვანი გამტარებლობით გადაცემული ბგერა აღიქმება მეორე ყურის ჯანმრთელი ლოკოკინის მიერ, რაც განიხილება როგორც რინეს ტესტის ცრუ უარყოფითი შედეგი. ამის თავიდან ასაცილებლად უნდა მოხდეს ჯანმრთელი ყურის შენიღბვა ხმაურით.

რინეს ცდა უფრო მარტივად შემდეგნაირად ტარდება: აჟღერებულ კამერტონს ჯერ გარეთა სასმენ ხვრელთან ვათავსებთ, ხოლო შემდეგ – დვრილისებრ მორჩზე და ვეკითხებით პაციენტს, თუ რომელი ბგერითი სტიმული იყო უფრო ძლიერი.

ვებერის ტესტი

აჟღერებული კამერტონის ფეხს ათავსებენ პაციენტის შუბლზე და ეკითხებიან თუ რომელი ყურიდან ესმის ბგერა. ნორმაში სმენის სიმახვილე ერთნაირია ორივე ყურში. ეს ტესტი გამოიყენება მაშინ, როდესაც ყურებში სმენის სიმახვილე მკვეთრად განსხვავებულია. ნეიროსენსორული სმენაჩლუნგობისას ბგერის ლატერალიზაცია ხდება ჯანმრთელ, ხოლო გამტარებლობითის დროს – დაზიანებულ მხარეს. ორივე სახის სმენაჩლუნგობის თანაარსებობის დროს ეს ტესტები არ გამოიყენება, რადგან მათმა შედეგებმა შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს.

აუდიომეტრიული ტესტი

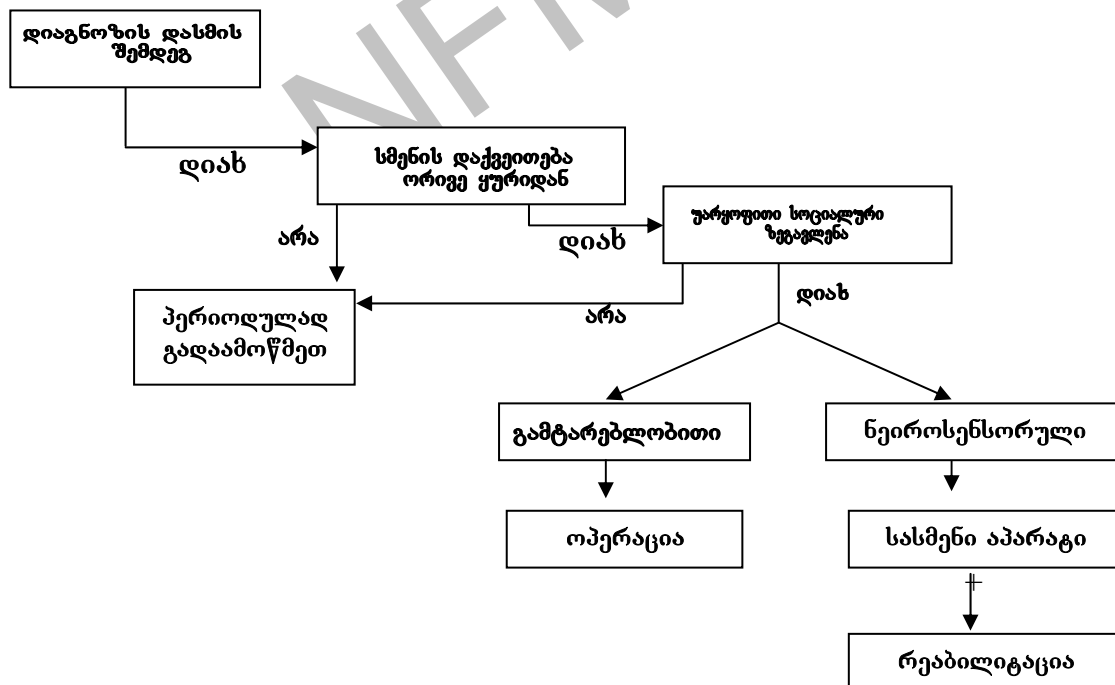
ზუსტი ინფორმაციის მისაღებად იყენებენ აუდიომეტრულ ტესტებს. უფრო ხშირად გამოიყენება სუფთა ტონების ზღვრული აუდიომეტრია. გამოკვლევა ტარდება 250-8000 ჰც-ის ფარგლებში. სმენა იზომება თითოეულ სიხშირეზე, შედეგები გადაიტანება სპეციალურ შკალაზე და ხდება შედარება ნორმალურ მაჩვენებელთან მოცემულ სიხშირეზე. ამ გზით იღებენ ჰაეროვანი გამტარებლობის მაჩვენებელ აუდიოგრამას. ძვლოვანი გამტარებლობის ზღვრული აუდიოგრამის მისაღებად გადამცემს დვრილისებურ მორჩზე ათავსებენ. ჰაეროვანი და ძვლოვანი გამტარებლობის შედარებით ხდება რინეს ტესტის რაოდენობრივი მაჩვენებლების განსაზღვრა სხვადასხვა

სიხშირეებისათვის. ძვლოვანი გამტარებლობის ზღურბლი ძალიან ფრთხილად უნდა შეფასდეს, რადგან ის ნაკლები სიზუსტით იზომება და ამდენად ნაკლებად სანდოა, ვიდრე ჰაეროვანი გამტარებლობის მაჩვენებლები.

სუფთა ტონალური აუდიოგრამა გვიჩვენებს სმენაჩლუნგობის ტიპსა და ხარისხს. ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია სმენაჩლუნგობის გამომწვევი ისეთი მიზეზების დადგენა, როგორებიცაა მენიერის დაავადების ადრეული სტადია, ხმაური, პრესბიაკუზია. ზღვრული ტონალური აუდიომეტრია ძალიან საჭირო გამოკვლევის მეთოდია, თუმცა პაციენტის უუნარობის ხარისხისა და განსაკუთრებით პათოლოგიის მხარეობის დასადგენად უფრო მგრძობიარე ტესტებს მიმართავენ.

მეტყველებითი აუდიომეტრია იკვლევს ბერის გარჩევის შესაძლებლობის უნარს ზღურბლის ზემოთ. ხდება სხვადასხვა ინტენსივობით წარმოთქმული და პაციენტის მიერ აღქმული სიტყვების პროპორციის აღრიცხვა და მათი შედარება ტონალურ ზღურბლოვან აუდიოგრამასთან, რის საშუალებით ადგენენ, თუ სად არის ლოკალიზებული დეფექტი ნეიროსენსორული სმენაჩლუნგობისას - ლოკოკინასა თუ სმენის ნერვში. სენსორული და ნერვული დეფექტების გასამიჯნავად დღესდღეობით ტვინის ღეროს ელექტროაუდიომეტრია გამოიყენება. ეს არის სტანდარტული ტესტი როდესაც ეჭვია სმენის ნერვის ნევრინომაზე. ტესტი ხასიათდება მაღალი მგრძობელობით და სპეციფიურობით. დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიმართავენ მაგნიტურ-ბირთვულ რეზონანსულ გამოკვლევას.

სმენაჩლუნგობის მართვა



სმენაჩლუნგობის გამომწვევი მიზეზის მკურნალობის გარდა მართვისას აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული სოციალური ასპექტები და პაციენტის შრომისუნარობა. დაზიანებული ყურის მკურნალობის სტრატეგია მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მეორე ყურის მდგომარეობაზე. თეორიულად, გამტარებლობითი სმენაჩლუნგობის უმრავლესობა მკურნალობას

ემორჩილება, მაშინ როდესაც ნეიროსენსორული სიყრუე, იშვიათი გამონაკლისების გარდა, შეუქცევადია.

სტაპედექტომია მიკროქირურგიული ოპერაციაა და ოტოსკლეროზის სამკურნალოდ გამოიყენება. ხდება უზანგის ფირფიტის მეტალის ან პლასტმასის პროტეზით შეცვლა, რომელიც ერთი მხრიდან მიუერთდება გრდემლის გრძელ მორჩს, მეორე მხრიდან კი კარიბჭეს.

პერფორირებული დაფის აპკის აღდგენა ხდება *მირინგოპლასტიკით* სასმენი ძვლების გათიშვის დროს ხდება მათი მთლიანობის აღდგენა ისეთი მასალით, როგორცაა ჰიდროქსილაპატიტი ან ძვალი. ამ ოპერაციას ეწოდება *ოსიკულოპლასტიკა*. *ტიმპანოპლასტიკით* ერთდროულად ხდება დაფის აპკისა და სასმენი ძვლების მთლიანობის აღდგენა.

ყურზე (განსაკუთრებით შუა ყურზე) ჩატარებული ყველა ოპერაციის დროს არის ლოკოკინის დაზიანების საფრთხე. ამიტომ ოპერაცია ჩვეულებრივ კეთდება მეტად დაზიანებულ ყურზე, ხოლო თუ მეორე ყური პაციენტს ჯანმრთელი აქვს, ოპერაცია საერთოდ არ კეთდება. უშედეგო ქირურგიული და თერაპიული მკურნალობის (მაგ. ნეიროსენსორული სიყრუე) შემთხვევაში იხმარება სმენის აპარატები.

უეცარი ნეიროსენსორული სიყრუე

უეცარი ნეიროსენსორული სიყრუე, ჩვეულებრივ, ცალმხრივია და წარმოადგენს გადაუდებელ მდგომარეობას. მიზეზის დადგენა უმეტეს შემთხვევებში ვერ ხერხდება. საბედნიეროდ, ზოგჯერ ავადმყოფის გამოჯანმრთელება ან მდგომარეობის გაუმჯობესება ხდება სპონტანურად, რამდენიმე კვირაში. მიუხედავად ამისა, ყველა ავადმყოფმა უეცარი ნეიროსენსორული სიყრუით უნდა ჩაიტაროს სრული ოტოლოგიური გამოკვლევა. ამ სინდრომით შეიძლება გამოვლინდეს სმენის ნერვის ნევრინომა ან სიფილისი. ლაბორინთშიდა მემბრანის დაზიანება პერილიმფის დაღვრით ოვალური ან მრგვალი სარკმლებიდან შეიძლება გამოიწვიოს იმდენად უმნიშვნელო ტრავმამ, რომელიც ხშირ შემთხვევებში პაციენტის მიერ შეუმჩნეველიც კი რჩება. თუ ეს შესაძლებელია, ავადმყოფი უნდა წამოჯდეს საწოლში და ჩატარდეს შუა ყურის ოპერატიული გამოკვლევა, ხოლო შემდეგ დაზიანების ჰერმეტიზაცია პერილიმფის ნაკადის შესაჩერებლად. თუ ვერც დაზიანების მიზეზი დადგინდა და არც პერილიმფის ფისტულაზეა ეჭვი, იწყებენ მკურნალობას სისტემური სტეროიდებით და ვაზოდილატატორებით.

დახმარება მოზრდილთა სმენაჩლუნგობისას

საშუალო ხარისხის სმენაჩლუნგობა იძლევა სერიოზულ შედეგებს პაციენტის ოჯახში, გარემოსა და სამსახურში ადაპტაციისას. სამსახურეობრივ სირთულეს აძლიერებს ტელეფონით სარგებლობის აუცილებლობა. გარდა ფინანსური სირთულეებისა, პაციენტის მდგომარეობა ხდება მუდმივი ოჯახური დამაბულობის მიზეზი. ყრუ პიროვნება განიცდის იზოლაციას და ძალზე ხშირად იმყოფება დეპრესიის მდგომარეობაში. ამ დროს დახმარების ძირითადი გზაა სასმენი აპარატების გამოყენება.

სასმენი აპარატები

ყველა პაციენტს, ვისი სუფთა ტონების აუდიოგრამაც აჩვენებს საშუალოდ 40 დბ და მეტის დაკარგვას სამეტყველო სიხშირეებზე (500, 1000, და 2000ჰც), ექნება სირთულეები საუბრის დროს და დასჭირდება სასმენი აპარატის გამოყენება.

სასმენი აპარატების ტიპები

ყველა ელექტრონული აპარატი შეიცავს მიკროფონს, რადიო-გამაძლიერებელს და ყურის ტელეფონს. ისინი მუშაობენ მშრალ ბატარეებზე, აქვთ ჩამრთველ-ამომრთველი და ბგერის სიძლიერის კონტროლი. ზოგიერთ აპარატს აქვს სპეციალური მოწყობილობა ელექტრომაგნიტური ტალღების უკეთ აღსაქმელად, რაც აუმჯობესებს სმენადობის ხარისხს ელექტრომაგნიტური გამოსხივების წყაროებიდან, კერძოდ ტელეფონიდან, ტელევიზორიდან და მიკროფონიდან.

სხვადასხვა აპარატში ცალკეული ნაწილები სხვადასხვანაირად კომპლექტდება: აპარატი შეიძლება სათვალის ტარში ჩამაგრდეს, შეიძლება მოთავსდეს კომპაქტურად ერთ პაკეტში ყურის უკან.

სმენის აპარატები განსხვავდებიან ელექტრონული მახასიათებლებით, მაქსიმალური სიმძლავრით, სიხშირეების დიაპაზონით და უეცარი ხმაურის შემცირების უნარით. ისინი აგრეთვე განსხვავდებიან ბგერის გატარების გზებით. ჰაეროვანი გამტარებლობის გამოყენებისას გადამცემი მჭიდროდ თავსდება გარეთა სასმენ ხვრელში სასმენი აპარატის მხარეს. ალტერნატიულ ვარიანტს წარმოადგენს ძვლოვანი გამტარებლობის გამოყენება, როდესაც ძვლოვანი გამტარებლობის გადამცემი თავსდება თავის ქალაზე ყურის უკან. თავის ერთი მხრიდან მეორეზე ბგერის გატარება ხდება სპეციალური მიწყობილობით, რომელსაც სიგნალების კონტრალატერალური გადამცემი ეწოდება.

აპარატის შერჩევა

აპარატის შერჩევისას უნდა ვიხელმძღვანელოთ იმ პრინციპით, რომ პაციენტმა საუბრის შინაარსის ნახევარი მაინც უნდა გაარჩიოს.

რომელ ყურზე უნდა დამონტაჟდეს აპარატი?

თუ »უკეთესი« ყურიდან აპარატის დაუხმარებლად ხდება ნალაპარაკების გაგება, აპარატი თავსდება «უარეს» ყურზე. თუ სასარგებლო სმენადობა ორივე ყურში დაქვეითებულია, აპარატი «უკეთეს» ყურზე მაგრდება. ზოგიერთ პაციენტს სჭირდება აპარატი ორივე მხარეს.

- აპარატი თავსდება «უკეთეს» ყურში, თუ აპარატის გარეშე სმენა ორივე ყურიდან დაქვეითებულია
- აპარატი თავსდება «უარეს» ყურში, თუ «უკეთესი» ყურიდან სმენა შენარჩუნებულია

იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც აპარატის დახმარებით ნალაპარაკების აღქმა ვერ ხერხდება, აპარატი ეხმარება პაციენტს ტუჩებიდან კითხვაში საუბრის

რიტმის და მოდულაციის გარჩევით. უარეს შემთხვევაში აპარატი მისალოდნელი საფრთხის თავიდან ასაცულებლად გამოიყენება.

სამწუხარო ირონიაა, მაგრამ აპარატები უფრო ეფექტურია გამტარებლობითი სიყრუის შემთხვევაში, რომელიც ქირურგიულ მკურნალობის მეთოდებსაცკარგად ემორჩილება.

პაციენტი უნდა გავაფრთხილოთ, რომ არც ერთი აპარატი არ იძლევა ნორმალურ, ჩვეულ ბგერით ხმოვანებას. ხშირად საჭირო ხდება კონსულტირება და სმენის ტრენინგი. ძველებური მოდელის სასმენი მილები შეიძლება მაღალი ხარისხის სიყრუის დროს იქნეს გამოყენებული.

ძვალში ჩასადგმელი აპარატები. აპარატი იდგმება საფეთქლის ძვალში ყურის უკან. გამოიყენება მაშინ, როდესაც გარეთა სასმენ მილში აპარატი ვერ თავსდება მისი ატრეზიის ან გამონადენის არსებობის გამო.

კოხლეარული იმპლანტები – გამოიყენება სმენის ნერვის გადარჩენილი ბოჭკოების უშუალო გაღიზიანებისათვის ტოტალური სიყრუისას ან იმ ავადმყოფებში, რომელთათვისაც ჩვეულბრვი აპარატის გამოყენება უშედეგოა. სპეციალური ელექტროდი თავსდება ლოკოკინაში. ელექტრომოდულატორი ხმას გარდაქმნის ელექტრომაგნიტურ ტალღად და ის გადაეცემა ამ ელექტროდს.

სმენადაქვეითებული ავადმყოფების *რეაბილიტაცია* მოიცავს მრავალ ასპექტს: სმენის აპარატისა და ტუჩებიდან კითხვის ათვისებას, სოციალური სფეროს მოწესრიგებას და ა.შ.

ბგერის აღქმა

- გარემოდან
- სხეულიდან
- პათოლოგიური ელექტრული აქტივობიდან = **ყურებში ხმაური**
- ტვინის პათოლოგიური აქტივობიდან = **ჰალუცინაციები**

ხმაური ყურებში

ზოგიერთი ავადმყოფი, ყურებში ხმაურს აღიქვამს ისევე მწვავედ, როგორც სმენაჩლუნგობას, ხოლო ზოგიერთი მათგანისათვის ხმაური უფრო დიდი პრობლემაა. ყურებში ხმაური არის ობიექტური, როდესაც ის წარმოიქმნება სხეულში სისხლძარღვოვანი სიმსივნეების, სისხლის პათოლოგიური მიმოქცევის ან სასის მიოკლონუსის გამო.

გამტარებლობითი სმენაჩლუნგობისას გარემოს ხმაურის აღქმის უნარის დაკარგვის გამო, სხეულში მიმდინარე პროცესების მიერ გენერირებული ბგერები იწვევს ყურებში ხმაურს. ზოგიერთ ჯანმრთელ ადამიანს აღნიშნული სიმპტომი უჩნდება ბგერაგაუმტარ გარემოში. ყურებში ხმაურის სიმპტომი მომდინარეობს ც.ნ.ს.-ის ქერქვეშა უბნებიდან. სასმენი სისტემის სპონტანური აქტივობა მოსვენებით მდგომარეობაში ოდნავ ნაკლებია იმ ზღურბლზე, როდესაც ბგერას შეუძლია ცნობიერებაში შეღწევა. ამიტომ არ არის გასაკვირი, რომ ნეირონული აქტივობა შეიძლება გახდეს სმენადი. ნეიროსენსორული სმენაჩლუნგობისას სმენის გამტარი გზების ნეირონული აქტივობის ზღურბლი ისე შეიძლება შეიცვალოს, რომ ტვინი კომპენსატორულად უფრო მგრძნობიარე ხდება ბგერისადმი. ამ ეფექტის არსებობას სიმპტომით გამოწვეულ ემოციურ საფრთხესთან აკავშირებენ. ამიტომ გასაკვირი არ არის, რომ ჯერჯერობით არც

ერთი წამალი არ არის მოწოდებული ყურებში ხმაურის წარმატებით მკურნალობისათვის.

მართვა. პაციენტს ნათლად უნდა ავუხსნათ სიმპტომის წარმოშობის მექანიზმი. საჭიროა პაციენტის დარწმუნება იმაში, რომ სიმპტომი სიცოცხლისათვის საშიშ დაავადებებთან არ არის დაკავშირებული. ზოგჯერ ყურებში ხმაურის მიზეზია დეპრესია. ე. წ. შემეცნებით-ფსიქოლოგიური მიდგომა ძალზე სასრგებლოა და შეადგენს "ყურებში ხმაურის საწვრთნელი თერაპიის" ძირითად პრინციპს. არსებობს ე.წ. ხმაურის შესანიღბად მოწოდებული აპარატები, რომლებიც სასმენი აპარატების მსგავსია. ისინი სხვადასხვა სიხშირის ბგერების გამოცემით თრგუნავენ ყურებში შუილს.

ხმის ჩახლეჩა და სტრიდორი მოზრდილებში

მოზრდილებში ხორხის პრობლემები უფრო ხშირად იწვევენ ხმის შეცვლას, ვიდრე რესპირატორულ ობსტრუქციას. ხმისჩახლეჩის მიზეზია მბგერავი იოგების მოძრაობის შეზღუდვა – ისინი არ იხურებიან მჭიდროდ. ეს გამოწვეულია იოგის ზედაპირის ცვლილებით ან მათი მოძრაობის ნეირომუსკულარული აპარატის მოშლით.

მწვავე ხმის ჩახლეჩას იძლევა:

მწვავე ინფექციური ლარინგიტი, მწვავე ტრამვა– გამოწვეული ხველით, ყვირილით, ღებინებით, კვამლის ინჰალაციით ან ალერგიული შეშუპება.

ქრონიკული ხმისჩახლეჩის დიაგნოზი ისმევა თუ ხმის შეცვლა გრძელდება 3 კვირაზე მეტხანს. ის შეიძლება გამოიწვიოს ნებისმიერი მწვავე მიზეზის გახანგრძლივებულმა მოქმედებამ, ქრ. ლარინგიტმა, ხმის იოგების დამბლამ, ნეოპლაზიამ და იშვიათად ხორხის სახსრის ართრიტმა.

ქრ. ლარინგიტი ჩვეულებრივ გამოწვეულია ხორხის ლორწოვანი უწყვეტი გაღიზიანებით. მაგალითად ხმის დამბვისას მარტივი ლარინგიტის შეტევების დროს. მოწვევა, სპირტის ინჰალაცია, გამოშრობა პირით სუნთქვისას, ხშირი ხველა, ღებინება იწვევენ უწყვეტ (გახანგრძლივებულ) გაღიზიანებას. ასევე მიზეზი შეიძლება იყოს ხორხის სპეციფიური ინფექცია: ტუბერკულოზური ან სიფილისური. იოგებზე პათოლოგიური ცვლილებები შეიძლება იყოს ოედემის ან პოლიპოიდური შეშუპების სახით. მბგერავი იოგების კვანძები (მომღერალთა კვანძები) წარმოადგენენ გამონაზარდებს, რომლებიც მდებარეობენ სიმეტრიულად ორივე მბგერავი იოგის თავისუფალ კიდეზე მათი წინა და შუა მესამედების საზღვარზე. ისინი წარმოადგენენ ფიბროზულ წარმონაქმნს. ქრ. ლარინგიტის დროს შეიძლება იყოს იოგების ზედაპირის კერატოზული გადაგვარება (ლეუკოპლაცია). ის არის სიმსივნის წინა მდგომარეობა. იოგების უკანა ბოლოებთან შეიძლება იყოს "კონტაქტური" წუყლულები– ტრამვის შედეგად.

მბგერავი იოგების დამბლა გამოწვეულია ჩვეულებრივ შებრუნებითი ნერვის დაზიანებით. აგრეთვე მარცხენა ნერვის დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს ფილტვის პოლუსთან არსებულმა ნეოპლაზიამ, თიროიდექტომიის დროს ტრამვამ და სხვა სახის ნევრიტებმა. ხშირად მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება.

მწვავე ეპიგლოტიტი სერიოზული, ხშირად ფატალური ინფექციაა, მიზეზია B ტიპის hemophilus influenzae, რომელიც იწვევს სუპრაგლოტიტის და ეპიგლოტიტის ლოკალიზებულ ოედემას. დასაწყისში გვაქვს ძლიერი დისფაგია და მაღალი ტემპერატურა. უფრო მოსალოდნელია რესპირატორული ობსტრუქცია, ვიდრე სტრიდორი. ეპიგლოტიტის დროს სისხლის ანალიზი უფრო ინფორმატიულია, ვიდრე ყელის ნაცხი. აუცილებელია ჰაერგზების გამავლობის უზრუნველყოფა და სპეციფიურ მკურნალობას წარმოადგენს ინტრავენოზურად ამპიცილინი სტეროიდებთან ერთად.

მოზრდილებში მდგომარეობა ყოველთვის სერიოზულია, მაშინაც კი როდესაც არ არის ტემპერატურული რეაქცია და მხოლოდ ყლაპვისას მოჩანს წითელი, შესიებული ეპიგლოტიტი, რომელიც ალუბალს წააგავს. მოწოდებულია ჰოსპიტალიზირება და ინტრავენურად ანტიბიოტიკები.

ხორხის ახალწარმონაქმნები

ხორხის ახალწარმონაქმნს მიეკუთვნება მალიგნირებადი სიმსივნეები. ჩვეულებრივ კარცინომები, რომლებიც უფრო ხშირად მამაკაცებში გვხვდება, ვიდრე ქალებში. ისინი შეიძლება ლოკალიზდნენ მბგერავ იოგზე (გლოტიკა) ან იოგების ზემოთ ან ქვემოთ (supraglottic ან subglottic). გლოტიკურ კარცინომას უკეთესი პროგნოზი აქვს, რადგან ადრეულად იძლევა ხმის ჩახლეჩას. და კისრის ლიმფურ კვანძებს ჩათრევს გაცილებით გვიან, ვიდრე სხვა ორი ტიპი. მსხლისებური ფორმის კარცინომა იძლევა ხმისჩახლეჩას, ხორხის მუსკულატურის ჩათრევით, მაგრამ ეს ვლინდება სიმსივნის განვითარების მოგვიანებით ეტაპზე. ყველა პაციენტი, რომელსაც აღენიშნება ხმის ჩახლეჩა 3 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში უნდა იქნეს გულდასმით გამოკვლეული. სარკით გამოკვლევა, შეიძლება არ იყოს ინფორმატიული, ამიტომ საჭირო გახდეს ფიბრობტიკენდოსკოპით გამოკვლევა, პათ. ქსოვილის ბიოფსია, აგრეთვე კომპიუტერული ტომოგრაფია და გულმკერდის რენტგენოგრაფია.

მკურნალობა: ზოგადი ქრ. ლარინგიტის დროს საჭიროა ხმის დაზოგვა და გამაღიზიანებელი ფაქტორების მოხსნა. მოწოდებულია ინჰალაციები ფრიარის ბალზამით (Friars balsam). სიმსივნეების მკურნალობა კომპლექსურია: გარედან ირადიაცია, ციტოტოქსიური წამლები. ოპერაცია.

იოგების დამბლის შედეგად ხმის სისუსტეს შეიძლება ვუმკურნალოთ ტეპლონის პასტის ინექციებით, რათა გამოვიწვიოთ მბგერავი ნაოჭის მედიალურად გადანაცვლება.

მოზრდილებში ჰაერგზების ობსტრუქციის დროს დახმარება

მოზრდილებში ჰაერგზების ობსტრუქცია შეიძლება გამოიწვიოს:

- ა) დიდი ზომის ექსფოლიატურმა სიმსივნემ,
- ბ) ხორხის ბილატერალური შეზღუდვითი დამბლა,
- გ) უცხო სხეულების ინჰალაცია – მაგალითად საჭმლის ნაწილების.

ხორხის ობსტრუქციისას დახმარების საუკეთესო მეთოდია ლარინგოტომია. ის კეთდება კრიკოთირეოიდული მემბრანის ზევით. ხორხში იდგმება ნებისმიერი შესაძლო მილი. ეს პროცედურა ძალიან იოლი შესასრულებელი და უხიფათოა, ვიდრე სტრაქეოსტომია, რადგან

კრიკოთიროიდული მემბრანა მოთავსებულია უშუალოდ კანის საფარველის ქვეშ, ხოლო ტრაქეა მოთავსებულია უხვად ვასკულირებული თირეოიდული ჯირკვლის უკან, სიღრმეში საავადმყოფოში სიმსივნეებით გამოწვეული რესპირატორული ობსტრუქციების დროს, ჩვეულებრივ კეთდება ტრაქეოსტომია.

ხორხის შებრუნებითი ნერვის ორმხრივი დამბლით გამოწვეული ობსტრუქციის დროს ტარდება – არიტენოიდექტომია – არითენოიდექტომია.

ყლაპვის გამწვანება

მწვავე დისფაგიის მთავარი მიზეზებია: ანთებითი დაავადებები და უცხო სხეულები, როდესაც დისფაგია ქრონიკულია, ექიმმა პირველ რიგში უნდა განსაზღვროს ყლაპვის რომელ ეტაპზეა წინააღმდეგობა. ყლაპვის პირველ ორ ეტაპზე დარღვევა საჭმლის გუნდის გადაგდება ხორხის უკან და ყლაპვის რეფლექსის გამოწვევა – გამოწვეულია ნეირომუსკულურ დარღვევებით და შედარებით იშვიათად გვხვდება. ყლაპვის რეფლექსის გამოწვევის შემდეგ დისფაგია (3 ეტაპი) უფრო მეტად ხშირად გვხვდება და ჩვეულებრივ გამოწვეულია დაზიანებებით ლარინგოფარინგსში და ოესოფაგეალური სანათური შეიძლება განიცდიდეს გარედან ზეწოლას ან შეიძლება წინააღმდეგობა თვითონ სანათურის კედლის დაავადებამ გამოიწვიოს – მაგალითად სკლეროდერმამ.

ყლაპვის აქტის პირველ ორი ეტაპის დამზიანებელი ნეირომუსკულარული დარღვევები შეიძლება იყოს: 1) მოტორული ნეირო დაავადებები, 2) გაფანტული სკლეროზი, 3) ქვედა ბულბალური ნერვების დამბლა, გამოწვეული ქალას უკანა ფოსოს ოპერაციით ან მოგრძო ტვინის ინფარქტით და

4) ბულბარული ნეირონების ინფექცია მწვავე წინა პოლიომიელიტის დროს.

მიზეზი არის თუ არა ორგანული?

თუ, ავადმყოფს დისფაგიით, აღენიშნება წონაში დაკლება, ყლაპვისას გადაცემითი ტკივილი ყურში, ხმის შეცვლა, პირის ღრუში საჭმლის რეგურგიტაცია, მაშინ საფიქრებელია, რომ დისფაგიის მიზეზი ორგანულია.

ხშირად, ავადმყოფი უჩივის ყელში რაიმეს გაჭედვის შეგრძნებას, მაგრამ ორგანული მიზეზის მოზებნა ვერ ხდება. ამ მდგომარეობას ეწოდება გლობუს ჰისტორიკუს ხშირად ემართებათ ქალებს და იწვევს ბექფარისებრი (ცრცოფარყნცუს)- კუნთის სპაზმს. ეს მდგომარეობა საფიქრებელია, როდესაც «უცხო სხეულის» ყელში შეიგრძნება ცენტრალურად, ხორხის დონეზე, ეს შეგრძნება გრძელდება რამოდენიმე თვის განმავლობაში წონის დაკლების, ყლაპვის ობსტრუქციის და პათოლოგიური კლინიკის გარეშე. მას შეიძლება თან ახლდეს გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი.

თუ ანამნეზიდან საფიქრებელი, რომ დისფაგიის მიზეზი ორგანულია და ყლაპვის აქტი მე-3 ეტაპზეა დარღვევა, მაშინ ამის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ა) პოსტერიკოიდული კარცინომა,
- ბ) ლარინგოფარინგის სხვა მალიგნირებადი სიმსივნეები,
- გ) ჰიპოფარინგეალური დივერტიკული,

დ) საცლაპავის კეთილთვისებიანი სტრიქტურები,

ე) კარდიას აქალაზია

გ) საცლაპავის კარცინომა

ყველა ამ შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა გაიგზავნოს გასტროენტეროლოგთან და ქირურგ ოტოლარინგოლოგთა.

თავბრუსხვევა

თავბრუსხვევა მოძრაობის ილუზიაა, როდესაც ავადმყოფს ეჩვენება, რომ თვითონ ან გარემომცველი საგნები მოძრაობენ. თავბრუსხვევა არ არის წონასწორობის მოშლის სინონიმი; ის ყოველთვის ასოცირდება წონასწორობის მოშლასთან, მაგრამ ეს უკანასკნელი ყოველთვის არ არის თავბრუსხვევით გამოწვეული.

წონასწორობის დაცვა ხდება:

ა)თვალეზიდან, პროპრიორეცეპტორებიდან და ვესტიბულური ლაბირინთიდან მოსული ზუსტი სენსორული ინფორმაციით.

ბ)ამ ინფორმაციის ზუსტი კოორდინაციით თავის ტვინში

გ)ცენტრალური ნერვული სისტემიდან იმპულსების გადაცემით ჩონჩხის კუნთებში.

ამ რგოლის რომელიმე ნაწილის დაზიანება იწვევს წონასწორობის დაკარგვას.

თავბრუსხვევა ჩნება მაშინ, როდესაც ირღვევა კოორდინაცია ვესტიბულურ და სხვა სენსორული სისტემებიდან მოსულ ინფორმაციას შორის; ან როდესაც ცენტრალური ინტეგრაციული მექანიზმის მოშლის გამო შეუძლებელი ხდება კონტროლი სხეულის მოძრაობაზე ვესტიბულური ინფორმაციის მიხედვით. თავბრუსხვევა ყოველთვის ვესტიბულური სისტემის დეფექტის ნიშანია. ეს დეფექტი შეიძლება იყოს პერიფერიულ ლაბირინთში ან ტვინში – ღეროში, ნათხემში ან საფეთქლის წილში. ძლიერ თავბრუსხვევას ყოველთვის ახლავს გულისრევა და ღებინება.

თავბრუსხვევა შეიძლება გამოიწვიოს

ა) დარღვევებმა პერიფერიულ ვესტიბულურ სისტემაში (ლაბირინთში);

ბ)ცენტრალურმა ვესტიბულურმა დარღვევებმა, მაგ. გაფანტული სკლეროზი, სიმსივნეები, ინფარქტი, აბსცესები;

გ)ისეთი გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედებამ ვესტიბულურ სისტემაზე, როგორცაა მედიკამენტები, ანემია, ჰიპოგლიკემია, ჰიპოტენზია, ვირუსული ინფექცია, სიფილისი, და რაც ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგან პოტენციურ საშიშროებას წარმოადგენს - ლაბირინთის ძვლოვანი კედლის ეროზია ქოლესტეატომებით მიმდინარე შუა ყურის დესტრუქციული დაავადებების დროს.

ყველაზე გავრცელებული პერიფერიული ვესტიბულური მოშლილობებია მენიერის დაავადება და ენდოლიმფური წყალმანკის სხვა ფორმები; კეთილთვისებიანი პაროქსიმული პოზიციური (მდებარეობითი) თავბრუსხვევა; უეცარი ვესტიბულური უკმარისობა; და სისხლძარღვოვანი მოშლილობები. აღნიშნული ფაქტორები განაპირობებს თავბრუსხვევათა 75%-ს.

მენიერის დაავადება

მენიერის დაავადება წარმოადგენს მემბრანული ლაბირინთის ენდოლიმფური სივრცის დილატაციის შედეგს. დილატაცია ან წყალმანკი შეიძლება მოგვცეს ოტიკური კაფსულის დაზიანებამ, მაგალითად ლაბირინთის სიფილისის დროს, ან ლაბირინთის წინამორბედმა ტრამვეზმა. მენიერის დაავადების დროს განვითარებული ჰიდროფსი (წყალმანკი) იდიოპათიურია.

დაავადება ჩვეულებრივ ცალმხრივია და იწყება 30-60 წლის ასაკში. მას ახასიათებს პაქსიზმული თავბრუსხვევის ძლიერი, ხშირად როტატორული შეტევები და თან სდევს სიყრუე და ყურებში ხმაური. დაავადებას ახასიათებს სერიული შეტევები და რემისიის პერიოდები, რომელთა დროსაც წონასწორობა ნორმალურია. შეტევა გრძელდება რამდენიმე საათს, იშვიათად 10 წუთზე ნაკლებს და 12 სთ-ზე მეტს, და ყოველთვის თან ახლავს პროსტრაცია, გულისრევა და ღებინება. შეტევას ხშირად უსწრებს წინ წნევის მომატების შეგრძნება ყურებში, ყურში ხმაურის გაძლიერება, ტკივილი კისრის არეში ან სმენაჩლუნგობის ხარისხის გაზრდა. ცნობიერების დაკარგვა იშვიათია, ამ დროს საექვო ეპილეფსია.

დაავადების თანმხლები სიყრუე ნეიროსენსორული ხასიათისაა და მისი ხარისხი ცვალებადობს. ავადმყოფს უჭირს მეტყველებისა და მუსიკალური ბგერების გარჩევა, ძლიერი დისკომფორტი ხმაურის აღქმისას. სმენაჩლუნგობის ხარისხის ცვალებადობა შეიძლება გამოვლინდეს თავბრუსხვევის პირველ შეტევამდე, თუმცა ხშირად ორივე სიმპტომი ერთდროულად ჩნდება. შეტევისმპეიოდშიმპაციენტმა შეიძლება ვერც კი შენიშნოს სიყრუის არსებობა. სმენაჩლუნგობა სწორდება რემისიის პერიოდში, მაგრამ შემდეგ ისევ ჩნდება და თანდათან ღრმავდება. სმენის დაქვეითებასთან ერთად ძლიერდება ხმაური ყურებში.

ორმხრივი მენიერის დაავადების დროს 20-30% პაციენტებში სმენის დაკარგვის პრობლემა უფრო სერიოზულია, ვიდრე თავბრუსხვევა. *ვესტიბულური წყალმანკის* ერთ-ერთი ფორმა იწვევს მენიერის დაავადების მსგავს თავბრუსხვევის შეტევებს სმენის სიმპტომების გარეშე. მენიერის დაავადების სხვა ვარიანტია *კოხლეარული წყალმანკი*, რომელიც ხშირი მიზეზია სმენის ფლუქტუაციის ტიპით დაკარგვისა ხმაურთან ერთად, მაგრამ თავბრუსხვევის გარეშე.

მენიერის დაავადება

- პაროქსიზმული თავბრუსხვევა
- ფლუქტუაციის ტიპით (ტალღისებურად) მიმდინარე ნეიროსენსორული სიყრუე
- ხმაური ყურებში

მენიერის დაავადების მკურნალობა

მედიკამენტური მკურნალობა: ენდოლიმფური დარღვევების მიზეზი სისხლძარღვოვანია, ამიტომ მოწოდებულია ვაზოდილატატორები. თუ პაციენტს

არა აქვს პეპტიური წყლული, მაშინ ინიშნება ბეტაჰისტინი ჰიდროქლორიდი 8 მგ 3-ჯერ დღეში. მენიერის დაავადების დროს შეიძლება იყოს ელექტროლიტური დისბალანსი და საჭიროა დიეტა სუფრის მარილის შეზღუდვით დიურეტიკებთან ერთად (ფუროსემიდი ან ჰიდროქლორთიაზიდი).

ქირურგიული მკურნალობა მოწოდებულია მედიკამენტური მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში. ისეთი ქირურგიული პროცედურა, როგორცაა *ენდოლიმფური პარკის დეკომპრესიის ოპერაცია*, მოწოდებულია დაზიანებულ ყურში სმენის შესანარჩუნებლად. მეორე მეთოდია *ვესტიბულური ნევრექტომია*, *ლაბირინთექტომია*, ანუ მემბრანული ლაბირინთის ტოტალური დესტრუქცია, მენიერის დაავადებით გამოწვეული თავბრუსხვევისაგან განკურნების საუკეთესო გარანტიას იძლევა, მაგრამ იწვევს სრულ სიყრუეს ოპერაციის მხარეს. ამ მეთოდს მიმართავენ მაშინ, როდესაც დაზიანებულ ყურში სმენა გარკვეულ ზღვარს ქვემოთაა, ხოლო მეორე ყური ინარჩუნებს ნორმალურ ფუნქციას.

კეთილთვისებიანი პაროქსიზმული პოზიციური თავბრუსხვევა

ეს არის თავბრუსხვევის ყველაზე გავრცელებული სახე. ის პროვოცირდება თავის მოძრაობით, უფრო ხშირად ერთ მხარეს, საწოლში გადაბრუნების, ან ზევით ახედვის დროს. თითოეული შეტევა გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე წამს, თუმცა პაციენტს შეიძლება ის უფრო ხანგრძლივი მოეჩვენოს, და მას თან არ ახლავს აუდიტორული სიმპტომები.

დაავადების პათოგენეზი ასეთია: დაზიანებული ელიფსური პარკის ოტოლიტური ორგანოს ოტოლიტს სცილდება კალციუმის კარბონატის კრისტალები, რომლებიც ვარდება უკანა ნახევარკალოვან არხში. მიზეზი შეიძლება იყოს ტრავმა, ვირუსული ინფექცია, ასაკობრივი დეგენერაციული ცვლილებები, მაგრამ ხშირად დაავადების მიზეზი გამოუცნობი რჩება. შეტევები პროვოცირდება თავის გარკვეული მდებარეობისას და შეიძლება გაგრძელდეს რამოდენიმე კვირას ან თვეს. დაავადებას ახასიათებს რეციდივები.

მკურნალობა

პაციენტების უმრავლესობას ესაჭიროება დარწმუნება და შეტევის გამომწვევი პოზისათვის თავის არიდება განკურნებამდე. მედიკამენტური მკურნალობა უშედეგოა. არსებობს ე.წ. რეპოზიციური მანევრი თავის მოძრაობით, რომელიც დროსაც უკანა არხში გადაადგილებული ოტოკონია კარიბჭეში ბრუნდება. ზოგიერთ პაციენტისათვის სასარგებლოა შეტევების ხელოვნურად გამოწვევა არანორმალურ ვესტიბულურ სტიმულებზე ცენტრალური კომპენსაციის გამომუშავების მიზნით.

იშვიათად, პერსისტული მძიმე კლინიკის არსებობისას მიმართავენ ოპერაციულ ჩარევის ორი სახიდან ერთ-ერთს: 1) უკანა ნახევარკალოვანი არხის დენერვაციას, ან 2) უკანა ნახევარკალოვანი არხის სანათურის ობლიტერაციას.

უეცარი ვესტიბულური უკმარისობა

ვითარდება ერთ-ერთი პერიფერიული ლაბირინთის ფუნქციონირების შეწყვეტისას. მიზეზი შეიძლება იყოს ქალა-ტვინის დახურული ტრავმა, ვირუსული ინფექციები, ლაბირინთის მკვებავი არტერიის ოკლუზია,

გაფანტული სკლეროზი, დიაბეტური ნეიროპათია და ღეროს ენცეფალიტი. სიმპტომები: უეცარი თავბრუსხვევა, პროსტრაცია, გულისრევის შეგრძნება, ლებინება. აუდიტორული სიმპტომები არ არის გამოხატული. თავბრუსხვევა ხანგრძლივია და თანდათანობით გაივლის დღეების ან კვირების შემდეგ.

თავბრუსხვევა მწვავედაა თავის ტრიალისას, მაგრამ შეიძლება რამოდენიმე დღის შემდეგ აღარ აღინიშნებოდეს თავის მოძრაობის მიუხედავად. ავადმყოფები თანდათანობით აღიდგენენ წონასწორობას. მე-3-4 დღეს მათ შეუძლიათ ფრთხილად გადაადგილება ოთახში საგნებზე დაყრდნობით, მე-10 დღის ბოლოს კი – საყრდენის გარეშე სიარული, თუკი უეცარ მოძრაობას თავს აარიდებენ. 3 კვირის შემდეგ მდგომარეობა ნორმას უბრუნდება, მაგრამ პაციენტები არასაიმედოდ გრძნობენ თავს სიბნელეში და გადაღლისას.

ხანდაზმულ ასაკში წონასწორობის აღდგენა ნელი და არასრულია. ის დამოკიდებულია თავის ტვინში კომპენსატორულ ცვლილებებზე და წონასწორობის დარღვევა შეიძლება დროებით კვლავ გაჩნდეს, როდესაც შეძენილი კომპენსატორული რეაქციები დაირღვევა, მაგალითად სხვა სენსორულ სისტემებში დეფექტების, სხვა დაავადებების, მედიკამენტების ან ასაკობრივი ცერებრალური დეგენერაციის ზემოქმედებით.

შაკიკმა შეიძლება გამოიწვიოს ეპიზოდური თავბრუსხვევა. ბაზილარული შაკიკი ჩვეულებრივ აღენიშნებათ მოზარდ გოგონებს. იძლევა მენიერის დაავადების მსგავს სიმპტომებს მხედველობის დარღვევასთან ერთად, რაც გამოწვეულია უკანა ცერებრალური არტერიით მომარაგებული არეების იშემიით. თავბრუსხვევა ხშირად ასოცირებულია დიზართრიასა და ხელებსა და ფეხებში ჩხვლეტის, ღიტინის შეგრძნებასთან. შეტევას მოჰყვება ძლიერი თავის ტკივილი კეფის არეში.

ლაბირინთის მკვებავი არტერიის ობსტრუქციამ შეიძლება გამოიწვიოს ვესტიბულური უკმარისობის სინდრომი.

ვერტებრობაზილარული იშემია არის ცენტრალური სისხლძარღვოვანი მოშლილობა. ჩვეულებრივ გვხვდება ასაკოვან პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სისხლძარღვთა დეგენერაციული დაავადებები. მას ახასიათებს თავბრუსხვევის შეტევები ცერებრალური იშემიის ისეთ სიმპტომებთან ერთად, როგორცაა დისფაზია, პარესთეზიები, დარღვევები მხედველობის მხრივ და კიდურების სისუსტე.

გამოკვლევა. ტესტები

ექიმმა უნდა ამოიცნოს თავბრუსხვევის სიმპტომი და შემდეგ განსაზღვროს, თუ რა არის მისი მიზეზი: სისტემური თუ ექსტრალაბირინთული მოშლილობა, მაგ: შუა ყურის დესტრუქციული დაავადება, ან ცენტრალური ვესტიბულური პათოლოგია. საჭიროა ანამნეზის ყურადღებით შეკრება.

კლინიკურ გამოკვლევებში აუცილებლად უნდა შევიდეს კარდიოვასკულური და ცნს-ის გამოკვლევები. ყურის ყურადღებით დათვალიერება ერთადერთი საშუალებაა დაისვას ქოლესტეატომით მიმდინარე დესტრუქციული ოტიტის დიაგნოზი. საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენება ოპერაციული მიკროსკოპი. სპონტანური ნისტაგმი ყოველთვის

ვესტიბულური დაავადების ნიშანია. თვალები უნდა გამოვიკვლიოთ კარგი განათების ქვეშ.

კონვულსიური ნისტაგმის შემდეგი მახასიათებლები ყოველთვის მიუთითებს ცენტრალურ მიზეზზე:

- ა) ნისტაგმი გრძელდება რამდენიმე კვირაზე მეტ ხანს შესუსტების გარეშე.
- ბ) ნისტაგმის მიმართულება იცვლება დროში ან მზერის მიმართულების შეცვლისას (ნისტაგმის მიმართულება მისი სწრაფი კომპონენტის მიმართულებით განისაზღვრება).
- გ) ნისტაგმის მიმართულება არ არის ჰორიზონტალური.
- დ) ნისტაგმი განსხვავებულია ორივე თვალში (ატაქსიურია). წონასწორობის და სიარულის გამოკვლევა ხდება პაციენტის ქუსლებზე ან ფეხის წვერებზე დგომისას.

პოზიციური ტესტი

ძალზე მნიშვნელოვანია მარტივი პოზიციური ტესტის ჩატარება. საწოლზე მჯდომი პაციენტი ატრიალებს თავს გამომკვლევის მიმართულებით და უყურებს მის შუბლს. გამომკვლევნი, რომელსაც ორივე ხელით უჭირავს პაციენტის თავი, სწრაფად აწვენს მას საწოლზე გულადმა და მის თავს საწოლის კიდიდან 30⁰-ით დაბლა სწევს. გამომკვლევს ამ პოზაში უჭირავს პაციენტის თავი მინიმუმ 30 წმ-ის განმავლობაში და ამავე დროს აკვირდება მის თვალებს ნისტაგმის გამოსავლენად. შემდეგ იგივე ცდა მეორდება თავის მეორე მხარეს მიბრუნებით. ტესტის დროს გამოვლინებული ნისტაგმი ყოველთვის პათოლოგიურ სიმპტომად ითვლება.

პოზიციური ნისტაგმი შეიძლება შეგვხვდეს როგორც კეთილთვისებიანი პოზიციური თავბრუსხვევის, ასევე, მაგრამ შედარებით იშვიათად უკანა ფოსოში ვესტიბულური მიშლილობის დროს. კეთილთვისებიანი პოზიციური თავბრუსხვევის დროს ნისტაგმს შემდეგი თვისებები აქვს:

- ა) ის არის როტატორული, მიმართულია ქვემოთ მდებარე ყურისაკენ.
- ბ) ნისტაგმის დაწყებას წინ უსწრებს რამოდენიმე წამიანი ლატენტური პერიოდი.

გ) ის წყდება მაპროვოცირებელი პოზის მიღებიდან 5-20 წამის შემდეგ და შედარებით სუსტია ტესტის განმეორებისას.

დ) თან სდევს ძლიერი თავბრუსხვევა

ე) გამოკვლევის პროცესში არ იცვლის მიმართულებას.

ამ თვისებებიდან რომელიმეს არარსებობისას უნდა ვივარაუდოთ ნისტაგმის ცენტრალური წარმოშობა.

ნისტაგმი ცენტრალური წარმოშობისაა, თუ:

- ა) არის დამატებითი ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, მაგ. მხედველობის მოშლა, დისფაზია, პარესთეზიები, კიდურების სისუსტე.
- ბ) სიმპტომი არ ეტევა პერიფერიული ლაბირინთის დაზიანებაში, განსაკუთრებით თუ თავბრუსხვევა და ღებინება კი არ არის დომინანტური, არამედ უწყვეტი, ძლიერი წონასწორობის მოშლა და ატაქსია.
- გ) არის სხვა ნევროლოგიური პათოლოგია

დ) სპონტანურ ნისტაგმს აქვს ცენტრალური წარმოშობის ნიშნები, ან პოზიციურად გამოწვეულ ნისტაგმს არა აქვს ზემოთ მოცემული პერიფერიული პათოლოგიის ნიშნები.

დამატებითი ტესტები

შემდგომი გამოკვლევა მოითხოვს, სმენის შეფასებას კამერტონით, ნეიროსენსორული სიყრუის დასადგენად და საკონსულტაციოდ გაგზავნას ოტონევროლოგთან სმენის და ვესტიბულური ფუნქციების დეტალური შეფასებისათვის.

ლაბირინთის ვესტიბულური ფუნქციის გამოსაკვლევად ყურს აღიზიანებენ სხეულის ტემპერატურისაგან განსხვავებული ტემპერატურის მქონე წყლით (კალორიმეტრული ტესტები), ან სხეულის როტაციით განსხვავებულკუთხოვანი აჩქარების პირობებში. ხდება აღნიშნული მანიპულაციებით გამოწვეული ნისტაგმის შეფასება ელექტრონისტაგმოგრაფიით.

დამატებით გამოკვლევაში შედის აგრეთვე სეროლოგიური რეაქცია სიფილისზე.

სიმპტომური მკურნალობა

დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ საჭიროა პაციენტს ავუხსნათ, რომ სიმპტომი არ არის გამოწვეული სერიოზული დაავადებით. ეძლევათ სედაციური საშუალებები, პროქლორპერაზინი, ცინარიზინი და სხვა ანტიჰისტამინურები. შეიძლება დიაზეპამის გამოყენება. ნებისმიერი ეტიოლოგიის ძლიერი თავბრუსხვევის შემთხვევაში საჭიროა წოლითი რეჟიმი. მწვავე პერიოდის ჩამთავრების შემდეგ, სედაციური საშუალებების მიღება მცირე დოზებით გრძელდება რამოდენიმე კვირის ან თვის განმავლობაში.

ვესტიბულური დეფიციტის შემთხვევაში სედაციურმა საშუალებებმა შეიძლება პროცესის გამწვავება გამოიწვიოს, რაც ხშირია ხანდაზმულ ასაკში, ორმხრივი მენიერის დაავადების და ლაბირინთის სიფილისური დაზიანების დროს, ასევე ოტოტოქსიური პრეპარატებით ლაბირინთის ღრმა დაზიანებისას. სასარგებლოა ვესტიბულური სისტემის ვარჯიშები საფეხურეობრივად, რაც აჩქარებს ცენტრალური საკომპენსაციო მექანიზმების ჩამოყალიბებას.