

ნინო შარაშენიძე ¹, ნატო ნაკუდაშვილი ², ირაკლი ხუნდაძე ¹
ოტოგენური გართულებების სიხშირე მედიცინის თანამედროვე ეტაპზე
(კლინიკური შემთხვევები)

¹ს. ხეჩინაშვილის საუნივერსიტეტო კლინიკა.

²თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, თბილისი, საქართველო

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2025.03.04>

NINO SHARASHENIDZE¹, NATO NAKUDASHVILI², IRAKLI KHUNDADZE¹

THE FREQUENCY OF OTOGENIC COMPLICATIONS AT THE MODERN STAGE OF MEDICINE
(CASE REPORTS)

¹S. Khechinashvili University Clinic, ²TSMU First University Clinic, Tbilisi, Georgia

SUMMARY

Acute otitis media (AOM) is one of the most common diseases in the world, especially in children. The incidence of the disease reaches about 80%. Mostly, inflammation of the middle ear is a concomitant condition of acute respiratory viral infection, which, at the same time, can cause many life-threatening complications. Complications of AOM are diverse and are classified as acute and chronic. Acute complications, which are classified as intratemporal and intracranial, are much more unpredictable and have severe consequences. The variety of complications is determined by the anatomical location of the structures of the middle ear. Their proximity to brain tissue, cranial nerves, brain sinuses, and neck muscles. The described cases are quite diverse. The only thing in common is that the AOM was at the forefront of the developing processes. Patients represent a wide age group from 5 to 64 years. One of the presented patients was middle-aged and practically healthy before the onset of OM. The oldest had controlled type II diabetes, and the child had clinical signs of hypertrophy of the nasopharyngeal tonsils and recurrent otitis media in the previous period of the disease. The analysis of the cases allows us to draw the following conclusions: (1) to increase the level of knowledge of specialists who first receive such patients and should give the right direction for further management. (2) to develop new antibacterial therapy regimens for acute otitis media, both in terms of combinations of antibiotic groups and dosage. (3) to provide timely, adequate treatment with assessment of results and drawing the right conclusions. Frequent monitoring, such as, a telephone call is enough especially during the first days. The specialist should consider the moment when myringotomy is indicated.

Keywords: acute otitis media, complications, acute mastoiditis, meningitis.

შესავალი. მწვავე შუა ოტიტი (მშო) მსოფლიოში ერთ-ერთი გავრცელებული დაავადებაა, განსაკუთრებით ბავშვებში. დაავადების სიხშირე დაახლოებით 80%-ს არწევს [5,10]. როგორც წესი, შუა ყურის ანთება მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციის თანმდევი მდგომარეობაა, რომელიც, ამავე დროს, ბევრი საშიში გართულების მიზეზი შეიძლება გახდეს. მშო-ს გართულებები მრავალფეროვანია და კლასიფიცირდება მწვავედ და ქრონიკულად.

ქრონიკულ გართულებებს მიეკუთვნება: მუღმივი სმენის დაქვეითება, დაფის აპკის პერფორაცია, ქრონიკული ჩირქოვანი შუა ოტიტი, ტიმპანოსკლეროზი. აღნიშნული დაავადებების მკურნალობა და მონიტორინგი შესაძლებელია. გაცილებით არაპროგნოზირებადი და მძიმე შედეგის მატარებელია მწვავე გართულებები, რომლებიც ინტრატემპორალურად და ინტრაკრანიალურად კლასიფიცირდება (ცხრილი 1).

ცხრილი 1. მწვავე შუა ოტიტის გართულებები

მწვავე შუა ოტიტის გართულებები	
ინტრატიმპორალური	ინტრაკრანიალური
მასტოიდიტი (ბეცოლდის და ლუცის ფორმები) პეტროზიტი ლაბირინთიტი ზიგომატიციტი სახის ნერვის დამბლა	მენინგიტი ექსტრადურული აბსცესი სუბდურული ემპიემა კეროვანი ენცეფალიტი ტვინის აბსცესი ლატერალური სინუსის თრომბოზი ოტოგენური ჰიდროცეფალია

გართულებათა მრავალფეროვნებას შუა ყურის სტრუქტურების ანატომიური განლაგება განაპირობებს: მათი სიახლოვე ტვინის ქსოვილთან, ქალას ნერვებთან, ტვინის სინუსებთან, კისრის კუნთებთან. ინფექცია ძირითადად სამი გზით ვრცელდება:

1. კონტაქტური;
2. თრომბოფლებიტური;
3. ჰემატოგენური.

ინტრატიმპორალური გართულებებიდან ყველაზე ხშირია მწვავე კოალესცენტური მასტოიდიტი (მკმ), რომელიც თავის მხრივ სხვა გართულებების მიზეზი შეიძლება იყოს. მკმ-ის გართულების სიხშირე 38%-ს უტოლდება [6,8].

მშო-ს გართულების განვითარების საყოველთაოდ მიღებული ხელშეწყობი ფაქტორებია:

1. არარაციონალური ანტიბიოტიკოთერაპია;
2. იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა;
3. ინფექციის მაღალი ვირულენტობა.

ამავე დროს, რისკ ჯგუფში მოიაზრებიან შემდეგი პაციენტები:

1. 48 საათიანი ანტიბიოტიკოთერაპიის შემდეგ არანაირი დადებითი დინამიკა არ აღენიშნებათ.
2. 15 თვეზე უმცროსი ბავშვები.
3. როცა ანთებას ვირუსული ინფექცია ახლავს.
4. პაციენტები, რომლებსაც ამამნეზში მორეციდივე ოტიტები აქვთ.
5. მშო მოავადები ზამთრის პერიოდში [9].

კიდევ ერთი საყოველთაოდ მიღებული თეზისია, რომ მშო-ს გართულებები უფრო ხშირია ბავშვებში (0.26%) [4], რაც განპირობებულია ევსტაქის მილის ანატომიით, უფრო ხშირი ავადობით. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო წლებში მოზრდილებში გართულებების სიხშირე მომატებულია და უფრო ცუდად ექვემდებარება ანტიბაქტერიულ თერაპიას, ქირურგიულ ჩარევას და სტაციონარში ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებს. შემთხვევათა ნაწილში გამოსავალი პესიმისტურია.

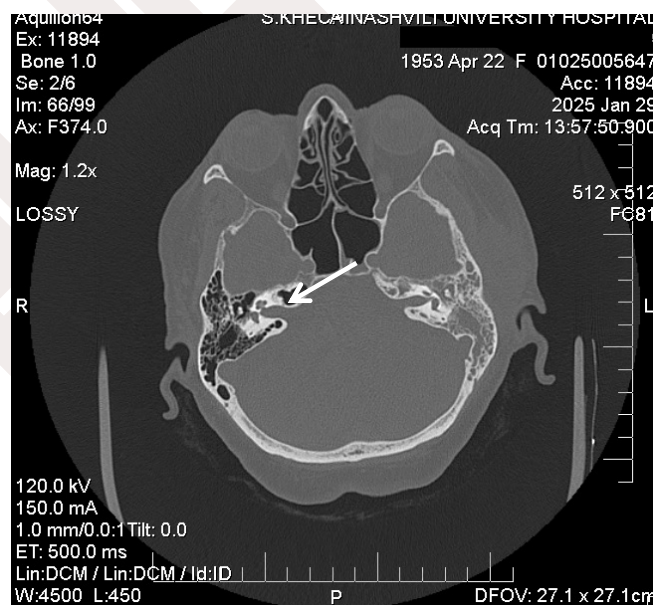
ამავე დროს, ბოლო წლების გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ მოზრდილთა პოპულაციაში პაციენტების დიდი ნაწილი გართულების ჩამოყალიბებამდე სომატურად ჯანმრთელები იყვნენ. მშო-მდე არც რომელიმე ქრონიკული დაავადების მატარებლები და არც მრვი-ით ხშირად მოავადენი იყვნენ. უმეტესობა მდგომარეობის დამძიმებამდე ადეკვატურ ანტიმიკრობულ მკურნალობას იღებდა.

მშო-ის გართულებებით მიმდინარე სამ შემთხვევას წარმოგიდგენთ, რაც საშუალებას მოგვცემს ვიმსჯელოთ მიზეზებზე, რომლებიც პროცესის დამძიმებას და შესაბამისად მკურნალობის და გამოსავლის გართულებას განაპირობებს.

კლინიკური შემთხვევების აღწერა.

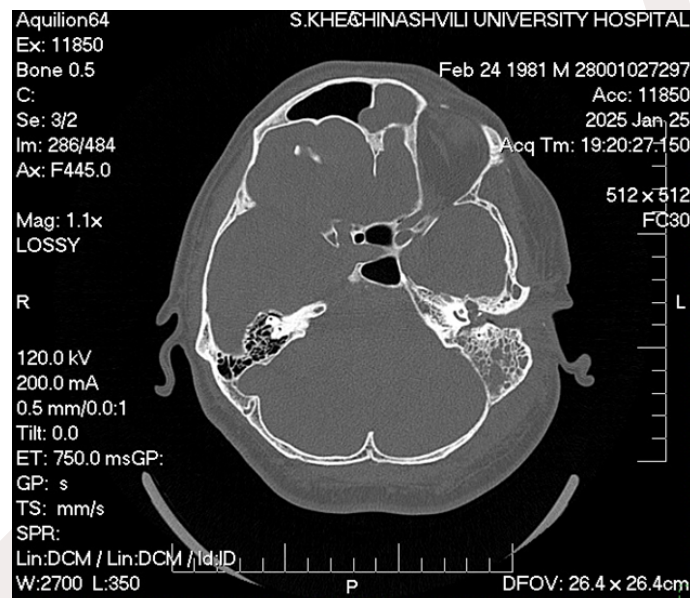
შემთხვევა 1. პაციენტი 5 წლის, კლინიკის გადაუდებელი მედიცინის განყოფილებაში შემოვიდა მაღალი ცხელებით (40° -მდე), სომნოლენტური, მარჯვენა ყურის ტკივილით, მარჯვენა თვალის გარე სიელმით. ანამნეზიდან საგულისხმოა, რომ დაახლოებით 1.5 თვის წინ მარჯვენა ყურის ტკივილის გამო ადევკვატური მკურნალობა არ ჩაუტარდა. ყურის წვეთების ხმარების შედეგად ტკივილი შეწყდა. ჩაითვა, რომ ბავშვი გამოჯანმრთელდა. ანამნეზიდან ბოლომდე გასაგები არ არის უფრო შორეული ისტორია. ქალას ძვლების კტ კვლევით შემდეგი სურათი გამოვლინდა: მარჯვენა დაფის ღრუ, დვრილისებრი მორჩის უჯრედები და საფეთქლის პირამიდის ჰაეროვანი უჯრედები ამოვსებულია ანთებითი მუკოზური შიგთავსით. რეტროაუროკულარულად, ეპიდურულად ვლინდება 11 მმ სიგრძივი ზომის და 8 მმ სისქის, ხოლო დვრილისებრი მორჩის წინ, ეპიდურულად 13 მმ სიგრძივი და 6 მმ სისქის კონტრასტირებადი ბლანტისითხოვანი უბნები, რომლებიც ეპიდურულ აბსცესს შეესაბამება. ჩატარებული კვლევების საფუძველზე დაისვა შემდეგი დიაგნოზი: მწვავე მასტოიდიტი, პეტროზიტი, მენინგიტი, ეპიდურული აბსცესი.

შემთხვევა 2. პაციენტი 64 წლის, შემოვიდა კლინიკაში შემდეგი ჩივილებით: სმენის დაქვეითება, ტკივილი მარცხენა ყურის სახურის წინ მდებარე არეში, შეშუპება მოიცავდა არეს სახურიდან ყვრიმალის მორჩის მიმართულებით. კლინიკაში მოხვედრიდან რამდენიმე დღით ადრე ყურიდან ჩირქდენა დაეწყო, რამაც ტკივილის ინტენსივობა შეამცირა. პაციენტს პირველად ყურის ტკივილის და შესაბამისად შუა ყურის ანთების ეპიზოდი აღენიშნა 2 წლის წინ. ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპიის შედეგად მწვავე ანთებითი ჩივილები ჩაცხრა, თუმცა სმენის დაქვეითება დარჩა. სმენის გარდა პაციენტი აღნიშნავდა პერიოდულად ყრუ, გარდამავალ ტკივილს ყურის არეში. მწვავე ანთებიდან რამდენიმე თვის შემდეგ გაკეთდა საფეთქლის ძვლის კტ კვლევა, რომელმაც მარცხენა დვრილისებრი მორჩის დაჩრდილვა აჩვენა. მკურნალმა ექიმმა ამ ფაქტს ყურადღება არ მიაქცია. კლინიკაში შემოსვლამდე 1 თვით ადრე პაციენტს შეუსივდა ყვრიმალის და სახურს შორის არე და ძლიერი ტკივილი დაეწყო. პაციენტი მივიდა ყბა-სახის ქირურგთან. ჩაუტარდა ექოსკოპია და ციტოლოგია. ორივე კვლევამ ჩირქის არსებობა აჩვენა. არსებული მონაცემების და კტ კვლევის საფუძველზე დაისვა ლუკს აბსცესის დიაგნოზი, რაც მასტოიდიტის ერთ-ერთი იშვიათი გართულებაა და საფეთქლის კუნთის ზედაპირზე ჩირქის დაგროვებას გულისხმობს (სურ.1).



სურ.1. მარცხნივ დაფის ღრუ, ანტრუმი, საფეთქლის პირამიდის და დვრილისებრი მორჩის უჯრედები სრულად დაჩრდილულია. დვრილისებრი მორჩის გარეთა ზედაპირის გასწვრივ რბილი ქსოვილები შეშუპებული.

შემთხვევა 3. პაციენტი შემოვიდა კლინიკაში გადაუდებელი თერაპიის განყოფილებაში შემდეგი ჩივილებით: მაღალი ცხელება (40-მდე), მარცხენა ყურის უკანა არეში შეშუპება, ჰიპერემია, პალპაციით ტკივილი, ყურის ნიჟარის მნიშვნელოვანი წინ წამოწევა, შეშუპება გრძელდებოდა დვრილისებრი მორჩის მწვერვალიდან მკერდლავიზ დვრილისებრი მორჩის გასწვრივ კისრის მიმართულებით. კისრის მარცხენა ნახევარი მთლიანად მნიშვნელოვნად შეშუპებული ლავინამდე. კანი ჰიპერემიული, პალპაციით მტკივნეული, მკვრივი. პაციენტი თავს ვერ ამოძრავებდა, თავის იძულებითი მდებარეობა ჰქონდა. ამავე დროს პაციენტს ყლაპვა უჭირდა, ვინაიდან ხახის ლატერალური ზედაპირი იყო შეშუპებული, პალპაციით მტკივნეული. კტ კვლევით პროცესი მნიშვნელოვნად სცილდებოდა შუა ყურის ანატომიურ სტრუქტურებს (სურ.2). პაციენტს შესაბამისი მკურნალობა ჩაუტარდა შემდეგი დიაგნოზით: მწვავე მასტოიდიტის ბეცოლდის ფორმა, სუბპერიოსტალური აბსცესი, პარაფარინგული აბსცესი.



სურ.2. მარცხენა დაფის ღრუ, ანტრუმი, პირამიდის, დვრილისებრი მორჩის უჯრედები სრულად დაჩრდილულია. დვრილისებრი მორჩი რეტროაურიკულარულად დესტრუქციულია 14 მმ ზომის მონაკვეთზე. აღნიშნული უბნიდან ბლანტსითხოვანი მასა უპირატესად ვრცელდება დორსალურად და კაუდალურად 6 სმ ზომის სიგრძეზე, განივი ზომით 4 სმ. შედარებით მცირე განივი ზომის (განივი 2 სმ, სიგრძივი 4 სმ) მქონე ბლანტსითხოვანი მასა ვრცელდება წინ და მედიალურად პარაფარინგეალურად, სადგის-ინის კუნთის გასწვრივ.

განხილვა. წარმოდგენილი შემთხვევები საკმაოდ განსხვავებულია. საერთო არის მხოლოდ ის, რომ განვითარებული პროცესების სათავეში მშო იყო. პაციენტები თვითონ ასაკობრივ ჯგუფებს 5-დან 64 წლამდე დიაპაზონში შეადგენენ. წარმოდგენილი პაციენტებიდან ერთი საშუალო ასაკის და პრაქტიკულად ჯანმრთელი იყო შუა ყურის ანთების დაწყებამდე. ყველაზე ასაკოვანს კონტროლირებული II ტიპის დიაბეტი ჰქონდა, ხოლო ბავშვს დაავადების წინა პერიოდში ცხვირ-ხახის ტონზილის ჰიპერტროფიის კლინიკური ნიშნები და მორეციდივე ოტიტი ჰქონდა.

ანტიბიოტიკებამდე ეპოქაში მასტოიდიტს სერიოზულ გართულებად თვლიდნენ, რომელსაც სიკვდილიანობის მაღალი პროცენტი სდევდა. წინა საუკუნის შუა წლებიდან, ანტიბიოტიკების პრაქტიკაში დანერგვის და მრავალრიცხოვანი ჯგუფების შექმნის შედეგად გართულებების სიხშირემ იკლო და იყო წლები, როცა მწვავე მასტოიდიტი ძნელად სანახავი იყო [11]. ეფექტური ანტიბიოტიკოთერაპიის დანერგვის მიუხედავად, ამჟამად, შუა ყურის ანთების ინტრაკრანიალური გართულებების მაჩვენებელი 8%-ია და შემთხვევათა 5-26%-ში სიკვდილით მთავრდება. მშო-ს შემთხვევაში ინტრაკრანიალური გართულებები სწრაფად ვითარდება, მიუხედავად იმისა, რომ შუა

ყურის ანთება დროულად არის დიაგნოსტირებული და მკურნალობაც ადეკვატურია და შეესაბამება გაიდლაინს. ქრონიკული ჩირქოვანი შუა ოტიტის შემთხვევაში ხშირად არადიაგნოსტირებული და არანამკურნალევი შემთხვევებია, თუმცა გართულების ჩამოყალიბებისთვის წლები შეიძლება დასჭირდეს, მაგრამ დაავადების გამოსავალის მხრივ უფრო საშიშია [8]. 21-ე საუკუნეში, განსაკუთრებით კორონას პანდემიის შემდეგ, გახშირდა გართულებები და დამძიმდა მომდინარეობა.

მნიშვნელოვანია ჩავატაროთ შემთხვევათა ანალიზი, რათა გამოვააშკარავოთ შექმნილი მდგომარეობის მიზეზები, რაც პრევენციის საშუალებას მოგვცემს.

გართულებების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ გართულებული ფორმების შემთხვევაში ანთებითი პროცესი საკმაოდ სწრაფად პროგრესირებს და ხშირად სუბიექტურად (ყურის ან ყურის უკანა არის ტკივილი, ცხელება, დაფის აპკის შეცვლილი სურათი) მკაფიოდ გამოხატული არ არის. მედიცინის განვითარების დღევანდელ საფეხურზე, როცა კომპიუტერული ტომოგრაფია, როგორც საფეთქლის ძვლის კვლევის მეთოდი ხელმისაწვდომი გახდა, შესაძლებელია დვრილისებრ მორჩში მიმდინარე და შესაბამისად ანთებითი პროცესის აღმოჩენა გამოხატული კლინიკის გარეშე. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ დვრილისებრი მორჩი ანატომიურად შუა ყურის ერთ-ერთი მოცულობით დიდი ნაწილია და ხშირად მისი ამომფენი ლორწოვანი გარსის ანთება მშო-ს თანმდევი ანთებითი პროცესია. ამ მდგომარეობას მწვავე მასტოიდიტი ოსტეიტით ეწოდება, რაც გულისხმობს, რომ ძვლოვანი სტრუქტურა ჯერ კიდევ შენარჩუნებულია. ეს პროცესი ხშირად მკაფიო სიმპტომატიკით არ ვლინდება (ყურის უკანა არეში ტკივილი, შეშუპება), თუმცა გართულების მიზეზი შეიძლება გახდეს. აღნიშნული ფორმის დიაგნოსტიკა მხოლოდ რენტგენოლოგიური კვლევითაა შესაძლებელი. კლასიკური - კოალესცენტური მასტოიდიტი, რომელიც ოსტეიტით ანუ დვრილისებრ მორჩში ძვლოვანი სტრუქტურების რღვევით და აბსცედირებით მიმდინარეობს, უფრო ადვილი გამოსაშკარავებელია, ვინაიდან მწვავე სიმპტომატიკა ახასიათებს.

აღწერილ შემთხვევებში თვალში საცემია ინფექციის პროგრესირება მიუხედავად ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპიისა, რაც ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების გლობალური პრობლემის ერთ-ერთი გამოვლინებაა. როგორც ჩანს, ანტიბიოტიკების მიღების შედეგად, ერთის მხრივ, ინფექციის ერაღიკაცია არ ხდება, მეორე მხრივ, მასტოიდიტის კლინიკური ნიშნები სიმძაფრეს კარგავს, რაც დიაგნოზის დასმას ართულებს [6,12]. ამ პროცესის ფონზე გახშირდა მასტოიდიტის ნაკლებად ცნობილი ფორმა - ფარული (ლატენტური) მასტოიდიტი (ფმ). ეს ფორმა პირველად 1935 წელს აღწერეს [13]. ფმ-ის დიაგნოსტიკა რთულია, ვინაიდან მწვავე მასტოიდიტისთვის დამახასიათებელი კლასიკური ნიშნები, როგორიცაა ყურის უკანა არეში შეშუპება და გარეთა სასმენი მილის უკანა-ზედა კედლის ჩამოწევა, დამახასიათებელი არ არის [14,15]. ფმ თავისი ჩამოყალიბების გზაზე შემდეგ ეტაპებს გადის: მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექცია - მწვავე შუა ოტიტი - ანტიბიოტიკოთერაპია - მდგომარეობის გაუმჯობესება ანუ ტკივილის და ჩირქდენის აღაგება. პაციენტს ჩივილები აღარ აქვს, მაგრამ სმენა დაქვეითებული რჩება. პერიოდულად შესაძლებელია უმნიშვნელო ტკივილები ანუხებდეს ყურის და ყურის უკანა არეში, რომელიც სპონტანურად ჩერდება. გადის რამდენიმე კვირა ან თვე. თითქმის უეცრად ინტრატემპორალური ან ინტრაკრანიალური გართულება ვითარდება. კტ კვლევით დვრილისებრი მორჩი დაჩრდილულია, დესტრუქციული პროცესია გამოხატული, ხოლო მასტოიდექტომიის დროს მნიშვნელოვანი ალტერაციულ-პროლიფერაციული ანთებითი პროცესია დვრილისებრი მორჩის ჰაეროვანი უჯრედების მნიშვნელოვან ნაწილში.

მშო და მასტოიდიტი შეიძლება იყოს ინფექციის წყარო მენინგიტის განვითარებისთვის, როცა კლინიკური ნიშნები მინიმალურადაა გამოხატული. ნორმალური ოტოსკოპიური სურათი არ გამოირიცხავს ფარული მასტოიდიტის არსებობას [3].

მნიშვნელოვანი ფაქტორია სწორი და დროული დიაგნოსტიკა. შუა ყურის ღრუებიდან გარშემო ქსოვილებზე ინფექციის გადასვლის ალბათობის მაღალი რისკის შესახებ ცოდნა ყოველთვის არ არის საკმარისი. აქედან გამომდინარე, მაგალითად, ოტოგენური მენინგიტის აღრეული დიაგნოსტიკა კლინიკების ნაწილში გვიანდება, რადგან ობიექტურ მონაცემებს ვერ აკავშირებენ ყურთან. ამას ხშირად განაპირობებს ანამნეზის არასრულფასოვანი შეგროვება ან შუა ყურთან დაკავშირებული ჩივილების (მაგ. ტკივილი) იგნორირება. ოტოგენური მენინგიტი საკმაოდ მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება. ანტიბაქტერიულ და ინტენსიურ თერაპიასთან ერთად საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას მასტოიდიტომიის სახით. სწორად დასმული დიაგნოზი და დროული ადეკვატური მკურნალობა დაავადების გამოსავალს ამარტივებს და მკურნალობის ხანგრძლივობას, შესაბამისად ხარჯებს ამცირებს.

დასკვნები:

1. საჭიროა ავამაღლოთ იმ სპეციალისტების ცოდნის დონე, რომლებიც პირველად იღებენ ამ სახის პაციენტებს და უნდა მისცენ სწორი მიმართულება შემდგომი მენეჯმენტის მიმართულებით.
2. უნდა შემუშავდეს შუა ყურის მწვავე ანთების ანტიბიოტიკოთერაპიის ახალი სქემები, როგორც ანტიბიოტიკების ჯგუფების კომბინაციების, ასევე დოზირების მხრივ.
3. აუცილებელია მშო-ის დროული, ადეკვატური მკურნალობა შედეგების შეფასებით და სწორი დასკვნების გამოტანით. კერძოდ, პირველი დღეების განმავლობაში ხშირი მონიტორინგი, ზოგჯერ საკმარისია სატელეფონო. ექიმმა სწორედ უნდა განსაზღვროს მომენტი, როცა ნაჩვენებია მირინგოტომია. გამოჯანმრთელების შემდეგ პროცესის სრულ ალაგებაში დარწმუნება. მაგალითად, თუ მკურნალობის შემდეგ სმენა არ აღდგა, აუცილებელია როგორც აუდიომეტრია-ტიმპანომეტრია, ასევე დერილისებრი მორჩის კტ კვლევა.

წარმოდგენილი ნაშრომი არის საწყისი ეტაპი. კვლევა ამ მიმართულებით უნდა გაგრძელდეს, რათა შემუშავდეს მწვავე შუა ოტიტის და მწვავე მასტოიდიტის პრევენციის და მკურნალობის სწორი მეთოდები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Asha'ari ZA, Shiyuti MI, Zihni M. Luc's abscess: a reminder of potential complication of otitis media. Brunei Int Med J 2012; 8: 261–264.
2. Ashikin Mohd Nordin, Ong Jun Jean, Juriza Ismail, Norazlin Kamal Nor, Wong Sau Wei, Noor Dina Hashim, Fahrin Zara Mohammad Nasser, Adibah Abdul Ghafar, Erica Yee Hing, Nurdiyana Nasrudin, Asma Abdullah. Silient mastoiditis associated with pneumococcal meningitis. Malaysian Journal of Paediatrics and Child Health (MJPCCH) | (Early online –December 2021) | Page 1 of 6
3. Cüneyt Kucur, İsa Özbay, Muhammet Fatih Topuz, Onur Erdoğan, Fatih Oğhan, Ali Güvey, Nadir Yıldırım. Complications of Acute Otitis Media: A Single Center Experience. Journal of Clinical and Experimental. 2017; 8 (4):12-17.
4. Debbie A Eaton; Chief Editor: Arlen D Meyers. Acute otitis media unresponsive to treatment., MBA Aug 14, 2023 <https://emedicine.medscape.com/article/860323-overview#a3>
5. Fireman P. Otitis media and eustachian tube dysfunction: connection to allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 1997 Feb;99(2):S787-97.
6. Garner EF, McKinnon BJ. Luc's abscess— a case report. Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra 2013; 8:e5–e7.
7. Laulajainen-Hongisto A., Jero J., Markkola A., Saat R., Antti A., Aarnisalo J. Severe Acute Otitis Media and Acute Mastoiditis in Adults. J. International Advanced Otolaryngology 2016, 2620
8. Luc H. Sub-periosteal temporal abscess of otic origin without intra-osseous suppuration. Laryngoscope 1913; 23: 999–1,003.

9. Penido N., Chandrasenkar S., Borin A., Testa J. Complications of otitis media-a potentially lethal problem still present. Brazilian Journal of otorhinolaryngology. 2016; 82(3): 253-262.
10. Ryan JT, Pena M, Zalzal GH, Preciado DA. Orogenic lateral sinus thrombosis in children: A review of 7 cases. Ear Nose Throat J. 2016; 95:108-12.
11. Schilder AG, Chonmaitree T, Cripps AW, Rosenfeld RM, Casselbrant ML, Haggard MP, Venekamp RP. Otitis media. Nat Rev Dis Primers. 2016 Sep 08; 2(1):16063.
12. Tzu-Chun Tsaia, Pang-Mien Yuc, Ren-Bin Tangb, Hsin-Kai Wangb, Ke-Chang Changa. Otorrhea as a Sign of Medical Treatment Failure in Acute Otitis Media: Two Cases with Silent Mastoiditis Complicated with Facial Palsy Pediatrics and Neonatology (2013) 54, 335-338.
13. Viswanatha B. Otitichydrocephalus: a report of 2 cases. EarNoseThroat J. 2010;89:E34-7.
14. Wolf G. Silent mastoiditis. JAMA.1935; 104(26): 2315-2319.
15. Wu JF, Jin Z, Yang JM, Liu YH, Duan ML. Extracranial and intracranial complications of otitis media: 22-year clinical experience and analysis. ActaOtolaryngol. 2012;132:261-5.
16. Zanoletti E, Cazzador D, Faccioli C, Sari M, Bovo R, Martini A. Intracranial venous sinus thrombosis as a complication of otitis media in children: Critical review of diagnosis and management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015;79:2398-403.

ნინო შარაშენიძე ¹, ნატო ნაკუდაშვილი ², ირაკლი ხუნდაძე ¹
ოტოგენური გართულებების სიხშირე მედიცინის თანამედროვე ეტაპზე
(კლინიკური შემთხვევები)

¹ს. ხეჩინაშვილის საუნივერსიტეტო კლინიკა.

²თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, თბილისი, საქართველო

რეზიუმე

მწვავე შუა ოტიტი (მშო) მსოფლიოში ერთ-ერთი გავრცელებული დაავადებაა, განსაკუთრებით ბავშვებში. დაავადების სიხშირე დაახლოებით 80%-ს არწევს. როგორც წესი, შუა ყურის ანთება მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციის თანმდევი მდგომარეობაა, რომელიც, ამავე დროს, ბევრი საშიში გართულების მიზეზი შეიძლება გახდეს. აღწერილი შემთხვევები საკმაოდ მრავალფეროვანია. პაციენტები წარმოადგენენ ფართო ასაკობრივ ჯგუფს 5-დან 64 წლამდე. ერთ-ერთი წარმოდგენილი პაციენტი იყო საშუალო ასაკის და პრაქტიკულად ჯანმრთელი მშო-ის დანწყებამდე. ყველაზე ხანდაზმულს ჰქონდა II ტიპის დიაბეტის კონტროლირებადი, ხოლო ბავშვს დაავადების წინა პერიოდში აღენიშნებოდა ცხვირ-ხახის ტონზილების ჰიპერტროფიის და მორეციდივე შუა ოტიტის კლინიკური ნიშნები. შემთხვევების ანალიზი საშუალებას გვაძლევს გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნები: (1) უნდა გავზარდოთ სპეციალისტების ცოდნის დონე, რომლებიც პირველად იღებენ ასეთ პაციენტებს და უნდა მისცენ სწორი მიმართულება შემდგომი მართვისთვის. (2) საჭიროა ახალი ანტიბაქტერიული თერაპიის სქემების შემუშავება მწვავე შუა ოტიტის დროს, როგორც ანტიბიოტიკების ჯგუფების კომბინაციებისა და დოზირების თვალსაზრისით. (3) ექიმმა უნდა უზრუნველყოს დროული, ადეკვატური მკურნალობა შედეგების შეფასებით და სწორი დასკვნების გამოტანით. კერძოდ, პირველი დღეების განმავლობაში ხშირი მონიტორინგი, ზოგჯერ საკმარისია სატელეფონო. ექიმმა სწორედ უნდა განსაზღვროს მომენტი, როცა ნაჩვენებია მირინგოტომია.

