Жедел нейросенсорлі есту қабілеттілігінің төмендеуі

Орындаған : Айтуғанов М.
Тобы: 618 ОМ
Қабылдаған: Абишева А.К.

Жедел нейросенсорлі есту қабілеттілігінің төмендеуі

Есту анализаторының ауруы, нейросенсорлық (перцептивті) құлақ мүкістігі және субъективті шудың клиникалық көрінісі. VIII бас сүйек нервінің есік алдындағы түбіршегін процеске тарту есту және вестибулярлық бұзылулармен қатар, ең алдымен бас айналу және тепе-теңдік бұзылуымен қатар пайда болуына себепші болады

Әр түрлі деректер бойынша жер шары халқының 1-ден 6% - ға дейінгі аурушаңдығы

НЕЙРОСЕНСОРЛЫ ЕСТУ ТӨМЕНДЕУІ 74%

КОНДУКТИВТІ ЕСТУ ТӨМЕНДЕУІ 26%

Жедел нейросенсорлі есту қабілеттілігінің төмендеуі- **полиэтиологиялық ауру.**

- Инфекция
- Интоксикация
- Травма
- Тамырлық-реологиялық бұзылулар
- Шулы-вибрационды фактор
- Туа біткен
- Басқа да факторлар

Инфекционды факторлар (30%)

Бірінші орында вирустық инфекциялар

- Грипп
- Эпидемиялық паротит
- Қызылша
- Қызамық
- Герпес

Бактериальды инфекциялар

- Менингококкты менингит
- Сифилис
- Скарлатина
- Тифтер

Интоксикациялық факторлар (20%)

ТҰРМЫСТЫҚ ФАКТОРЛАР:

- Никотин
- Алкоголь

ДӘРІЛІК ЗАТТАР

ӨНЕРКӘСІПТІК ФАКТОРЛАР:

- Бензин
- Сероводород
- Мышьяк
- Фтор
- Ртуть
- Анилин

ДӘРІЛІК ЗАТТАР

АМИНОГЛИКОЗИДТЫҚ АНТИБИОТИКТЕР:
- Мономицин
- Канамицин
- Неомицин
- Тобрамицин
- Нетилмицин
- Амикацин

СТРЕПТОМИЦИНДЕР

ТВС-СТАТИКТЕР

АНАЛЬГЕТИКТЕР

АНТИАРИТМИЯЛЫҚ ПРЕПАРАТТАР

АНТИДЕПРИСАНТТАР (ТРИЦИКЛДЫҚ)

ЦИТОСТАТИКТЕР:
- Эндоксан
- Цисплатин
- ЖӘНЕ Т.Б.

«Ілмекті» ДИУРЕТИКТЕР:
- Лазикс
- Фуросемид
- Және т.б.

Травматикалық фактор

БАРОТРАВМА

ВИБРОТРАВМА

АУА КОНТУЗИЯСЫ

МЕХАНИКАЛЫҚ ТРАВМА

АКУСТИКАЛЫҚ ТРАВМА

Тамырлы-реологиялық фактор

Магистральды артериялардың симпатикалық нерв өткізгіштерінің тікелей немесе рефлекторлық тітіркенуі салдарынан тамыр тонусының бұзылуы),

+

Омыртқалы артериялардың экстра - және интравазальды механикалық өзгерістерімен байланысты вертебральды-базилярлық бассейндегі қан ағынының дисциркуляциясы

=

Спиральді артериялар мен тамырлы жолақтың артерияларындағы қан айналымының бұзылуы: спазмТромбоцитте рЭндо - және перилимфатикалы қ кеңістіктерге қан құйылу

Туа біткен мүкістік(20-30% балаларда)

ГЕНЕТИКАЛЫҚ

РЕЦЕССИВТІ-жиі кездеседі, қан туыстығы бар отбасыларда байқалады

ДОМИНАНТТЫ

Жүкті болу кезінде анамен ауырған жұқпалы аурулар салдарынан:

ҚЫЗЫЛША

ҚЫЗАМЫҚ

Грипп

Постнатальды мүкістік (70-80%)

Асфиксиямен және ми қан айналымының бұзылуымен жүретін босану жарақаты

РЕЗУСКОНФЛИКТ

ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ГЕМОЛИТИКАЛЫҚ САРҒАЮЫ

Патогенезі

Есту анализаторының зақымдану себептері қанша болса да, сенсоневральды құлақ мүкістігінің патогенезі біркелкі: **сезімтал жасушалар** мен басқа да жүйке элементтері қоректенуінің **толық дегенерацияға** дейін бұзылуы және **ишемия.**

Инфекциялық агент кезіндегі патоморфологиялық өзгерістер

Нерв жасушалары мен нерв талшықтарының айналасында, пери-және эндолимфатикалық кеңістіктерде, ұлпа түбіршегінің қабығында серозды - фибринозды немесе геморрагиялық экссудаттың пайда болуымен қабыну реакциясы, кейіннен нерв элементтерінің ыдырауымен және оларды біріктіруші ұлпамен ауыстырумен.

ҚҰРСАҚІШІЛІК ИНФЕКЦИЯ КЕЗІНДЕ:
өзгерістер: ұлулар гипоплазиясынан спиральды органның дегенерациясына дейін, тамыр жолақтары, есік алды және жабынды мембранасы

Патоморфологиялық өзгерістер

УЫТТЫ ФАКТОР: Алмасу процестерінің бұзылуына және жасушалардың метаболизміне байланысты жүйке тінінің бастапқы дистрофиясы

ЖАРАҚАТ:
Ішкі құлақтың эпителиалды және сенсорлық жасушаларының механикалық зақымдануы және жойылуы, кейіннен жүйке элементтерінің атрофиясы бар жабынды мембрананың батуы және үзілуі

ТАМЫРЛЫ ФАКТОР: Лабиринттің ішкі мембраналарының үзілуі, фиброз, оссификация

ШАЛА ТУҒАН НЕМЕСЕ АСФИКСИЯМЕН ТУҒАНДАР: перифериялық ғана емес, сонымен қатар Орталық бұзылулар да бар: ми діңінің есту ядролары мен көру буграсы аймағында ми тінінің ісінуі мен некрозы

Классификациясы

АҒЫМЫ БОЙЫНША

- Жедел
- Созылмалы
- Қайтымды
- Тұрақты
- Прогрессирлеуші

ЕСТУ ҚАБІЛЕТІНІҢ БҰЗЫЛУЫ

Іст (жеңіл) – тонға есту қабілетінің орташа жоғалуы 500,1000,2000, 4000 50 дБ аспайды, сөйлеу тілі – 4-6 м.

II ст (орташа) - 50-70 дБ, сөйлеу тілі-1-4 М.

III ст (ауыр) – 70 дБ артық, сөйлеу тілі – 0,25-1м.

Есту қабілетінің орташа жоғалуы 80 дБ-ден астам, ал сөйлеу сөзі 0,25 м-ден кем болса, онда керендік туралы айтады

Шағымдары

ЕСТУДІҢ ТӨМЕНДЕУІ

ҚҰЛАҚТАҒЫ СУБЪЕКТИВТІ ШУЛАР

Кейде науқастар шағымданады :

Түсініксіз сипаттағы бас айналу

Тұрақсыздық

Жүру кезінде шайқалу

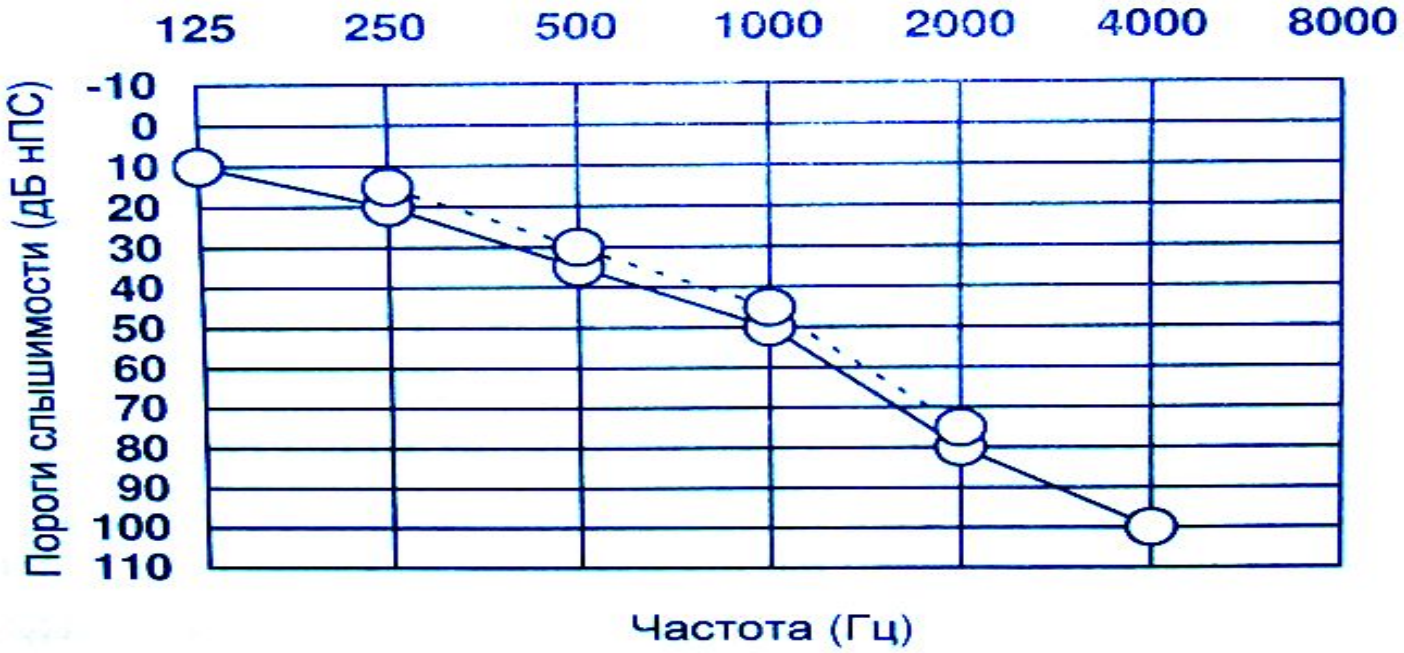
Мұндай шағымдар вестибулокохлеарлық неврит туралы куәландырады

Диагностика

- 1.Анамнез жинау
- 2. Отоскопия
- 3. Акуметрия (сыбырлап естуді және ауызекі сөйлеуді зерттеу, Вебер мен Ринне Камертон сынамаларын жүргізу).
- 4. Аудиометриялық зерттеу:а. стандартты жиілік диапазонында ауа және сүйек дыбыс өткізуін бағалаумен тоналды шекті аудиометрия.Б. Шекті тесттер (SISI, Люшера).
- 5. Импендансометрия (тимпанометрия және акустикалық рефлексометрия).
- 6. Дыбыста сөйлеу аудиометриясы (дыбыс қаттылығының қолайлы деңгейінде сөйлеу түсінігін бағалау) және кедергі аясында.
- 7. Магнитті-резонанстық томография, оның ішінде контрастпен, ішкі есту жолдарының аймақтары, көпір-мишық бұрыштары, артқы бас сүйек шұңқыры – есту асимметриясы кезінде.
- 8. Жалпы клиникалық зерттеулер (терапевт, невролог кеңесі, қанның клиникалық және биохимиялық талдауы) – кенеттен және жіті СЖТ кезінде.
- 9. Электрокохлеография-эндолимфатикалық гидропс күдігі кезінде.
- 10. Туындаған отоакустикалық эмиссияны тіркеу – құлақ мүкістігі мен керендікті сараптау мәселелерін шешу үшін.

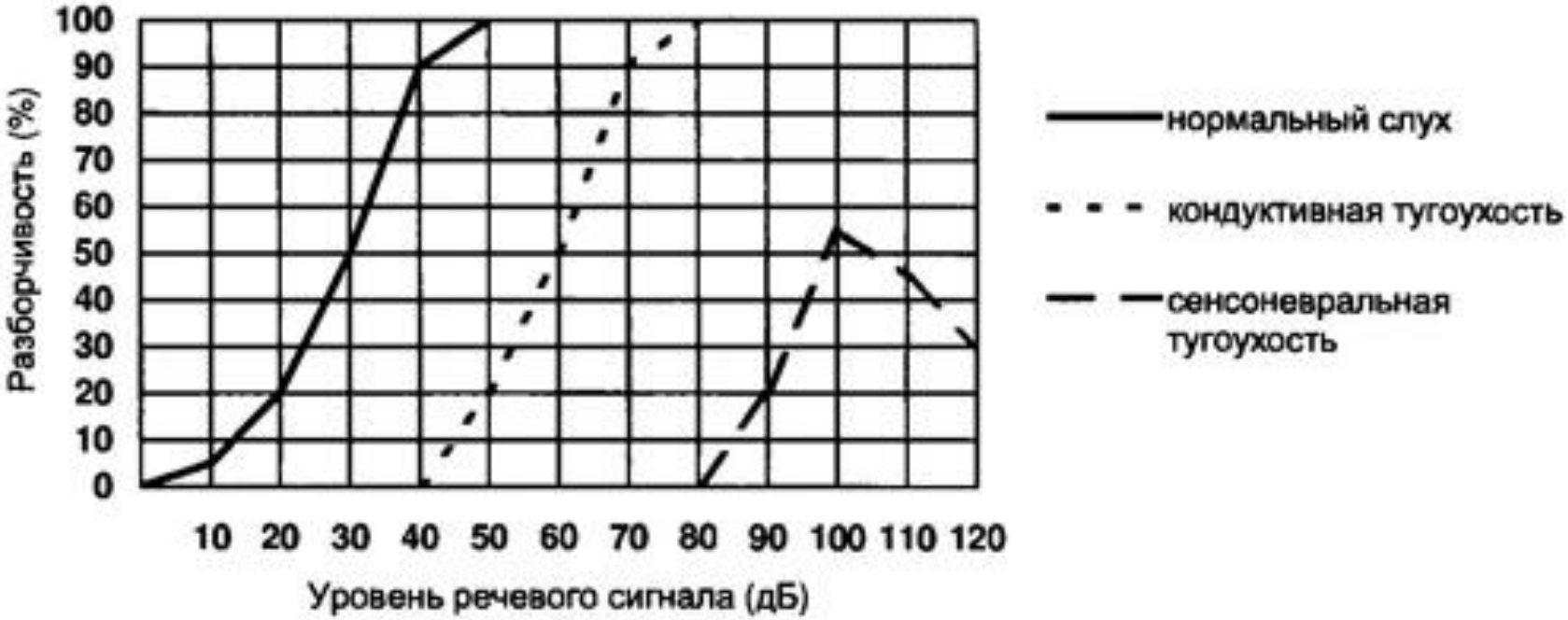
Қалыпты диапазондағы тоналды аудиометрия

Көбінесе жоғары жиіліктерді қабылдаудың нашарлауына байланысты қисықтардың төмендеу конфигурациясы байқалады



Сөйлеу аудиометриясы

Сөйлеудің анық жоғарылау қисығы оңға қарай ауытқиды, қуыс немесе қатты жоғары көтеріледі, жиі сөздердің 100% айырмашылығы жоқ, ал ең жоғары қарқындылық кезінде сөйлеудің анық төмендеуі анықталады.



Кенеттен және жіті сенсоневральды құлақ мүкістігі кезінде емдеу

Оториноларингология (немесе неврология) бөлімшесіне шұғыл емдеуге жатқызу)

Қорғау есту режимі

Инфузиялық көктамырішілік терапия келесі құралдарды пайдалана отырып (емделушіде бар барлық ілеспелі ауруларды, дәрілік препараттарды тағайындауға қарсы айғақтарды және ықтимал жанама әсерлерді ескере отырып жеке тағайындалады):

- Глюкокортикоидтар (мысалы, 1-ші және 2-ші күндері – 24 мг, 3-ші және 4-ші күндері – 16 мг, 5-ші күні – 8 мг, 6-шы күні – 4 мг, 7-ші күні – препарат енгізілмейді, 8-ші күні – 4 мг).
- Қанның микроциркуляциясын және реологиялық қасиеттерін жақсартатын дәрілер (мысалы, 300 мг Пентоксифиллин немесе 50 мг Винпоцетин, 500 мл физиологиялық ерітіндіге баяу, 5-7 сағат бойы – 8-10 күн).
- Антигипоксанттар мен антиоксиданттар (мысалы, Этилметилгидроксипиридин сукцинаты 5% – 4 мл 16 мл физиологиялық ерітіндіге-8-10 күн).

Инфузиялық терапия аяқталғаннан кейін-келесі топтағы препараттардың таблеткаланған түрлеріне көшу:

- Вазоактивті препараттар
- Ноотропты дәрілер
- Антигипоксанттар, антиоксиданттар

Созылмалы сенсоневральды құлақ мүкістігі бар емдеу

- Қорғау есту режимі
- Фондық соматикалық ауруларды емдеу
- Ми және лабиринттік қан ағымын жақсартатын таблеткалы препараттарды қолдану арқылы жылына 1-2 рет демеуші терапия курстары, сондай-ақ тіндік және жасушалық метаболизм процестері.

Созылмалы сенсоневральды құлақ мүкістігі кезіндегі оңалту

- Ауамен жүргізілетін аппараттармен есту протездеу-жақсы естілетін құлақта ≥41 дБ сөйлеу жиіліктері аймағында (500, 1000, 2000 және 4000 кГц) естудің орташа шегі кезінде көрсетілген.
- Ауамен жүргізілетін құлақ есту аппараттарымен жеңілдікпен есту протезі-жақсы естілетін құлақта сөйлеу жиіліктері аймағында (500, 1000, 2000 және 4000 кГц) орташа есту табалдырығында ≥56 дБ көрсетілген.
- Орташа құлақтың имплантатын орнату операциясы-егер 500 Гц-ға сүйек дыбысын жеткізу шегі 55 дБ-ден аспайтын болса және 75 дБ-ден аспайтын жоғары жиіліктерде ауамен жүргізілетін есту аппараттарын пайдалану мүмкін болмаған кезде көрсетіледі.

Кохлеарлық имплантацияға көрсеткіштер:

- қалыпты есту аппаратымен түзетуге келмейтін сөйлеу жиіліктері аймағында (500-4000 Гц) кемінде 90 дБ табалдырықтары бар екі жақты құлақ мүкістігі;
- толық сөйлеудің болуы;хирургиялық араласуға қарсы көрсетілімдердің болмауы;
- пациенттің және оның жақын туыстарының жоғары мотивациясы;
- ауыр соматикалық аурулардың болмауы;
- когнитивтік проблемалардың болмауы.