

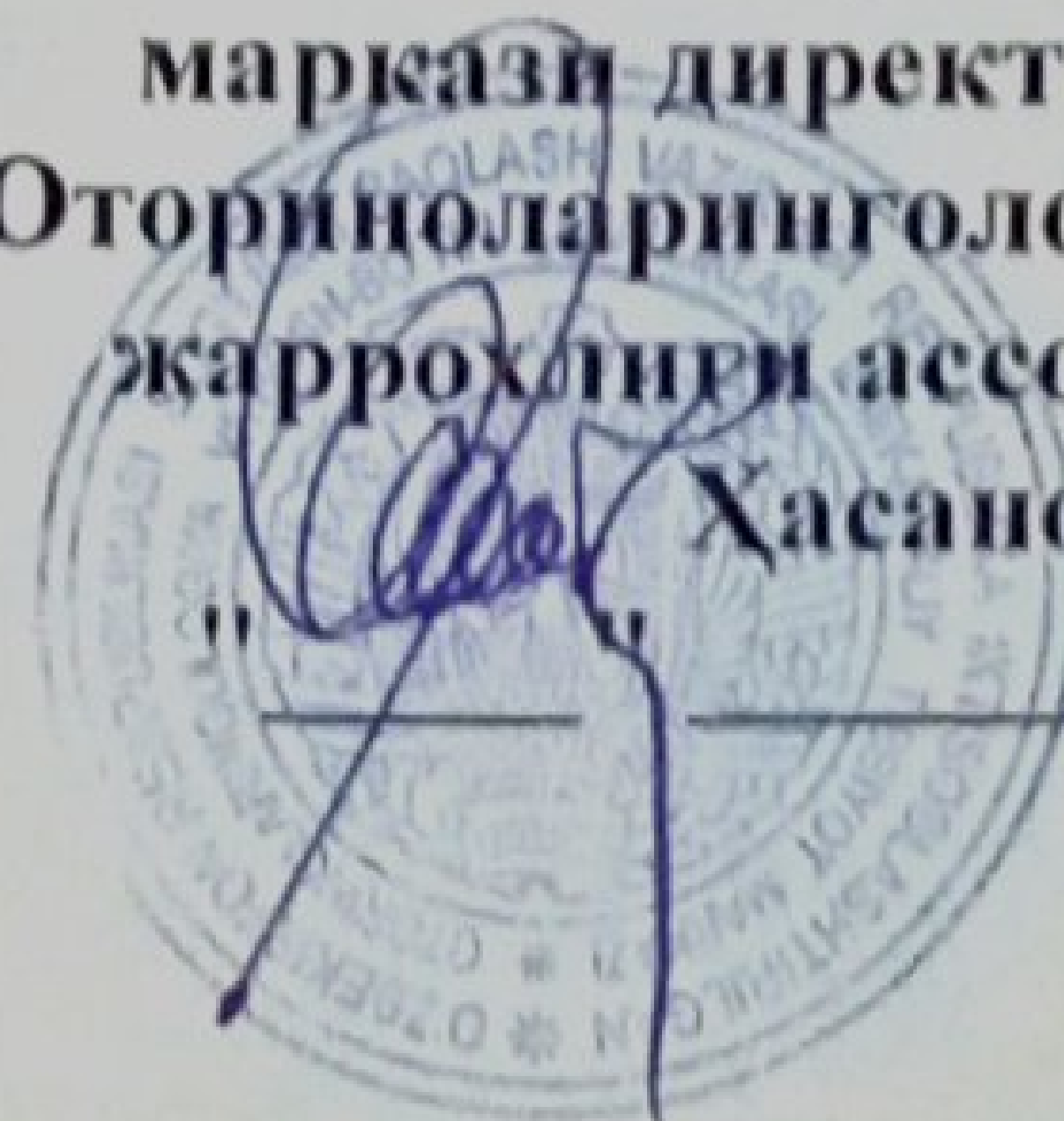
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
4-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ВА БОШ-БЎЙИН
ЖАРРОҲЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ**

**"ТАШҚИ ОТИТ" БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ
НОЗОЛОГИЯСИ**

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"
Оториноларингология ва Бош ва
бўйин касалликлари Республика
иختисослаштирилган илмий-амалий
маркази директори, Ўзбекистон
Оториноларингология, Бош ва бўйин
жаррохлиги ассоциацияси раиси
Хасанов У.С.



_____ 2025 йил

**"ТАШҚИ ОТИТ" БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР
НОЗОЛОГИЯСИ**

"ТАШҚИ ОТИТ" НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми
-КХТ-10 шифри Н 60.0 , Н 60.1, Н 60.2, Н 60.3, Н 60.4, Н 60.5, Н 60.8, Н 60.9

- Касалликлар халқаро таснифи - -КХТ-10 шифри:

КХТ-10	
Н 60.0	Ташқи кулоқнинг хўппози
Н 60.1	Ташқи кулоқнинг целлулитлари
Н 60.2	Ёмон сифатли ташқи отит
Н 60.3	Бошқа инфекцион ташқи отитлар
Н 60.4	Ташқи кулоқнинг холестеатомаси
Н 60.5	Ташқи ноинфекцион ўткир отит
Н 60.8	Бошқа ташқи отитлар
Н 60.9	Ташқи отит, аниқланмаган
	Mkb-10.com

– МКБ-11 шифри АА00, АА01, АА02, АА03, 1F20.10, 1F23.16, АА04, 1В70.01

- Касалликлар халқаро таснифи - -КХТ-10 шифри:

МКБ-11	
АА00	Ташқи кулоқнинг хўппози
АА01	Ташқи кулоқнинг тери ости ёғининг яллиғланиши
АА02	Ёмон сифатли ташқи отит
АА03	Отомикоз
1F20.10	Аспергиллёз отомикоз
1F23.16	Candida замбуруғларидан келиб чиққан отомикоз
АА04	Ташқи кулоқнинг перихондрити
1В70.01	Ташқи кулоқнинг сарамас яллиғланиши
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2035326404

- Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 й, 2028 й.

- Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Ўзбекистон Оториноларингология, Бош ва бўйин жаррохлиги ассоциацияси.

Клиник протосол ва стандартни ишлаб чиқишда қуйидагилар ўз хиссасини қўшди:

Жараёни ташкил етишга Оториноларингология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари, ТХҚМРМ ва ТТА Оториноларингология кафедралари ходимлари.

Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси (тўлиқ исми, иш жойи, унвони/лавозими);

1. Ҳасанов У. С. ТТА Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., Профессор;
2. Ергашев У. М. ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.,
3. Амонов Ш. Е. ТошПТИ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., Профессор;
4. Арифов С. С. ТашиУВ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., Профессор.

Асосий муаллифлар рўйхати, кўшимча муаллифлар жамоаси (тўлиқ исми, иш жойи унвони / лавозими):

1. Ҳасанов У. С. ТТА Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., Профессор;
2. Ергашев У. М. ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.,
3. Шадманов Ш.А., РИОваББКИАТМ, олий тоифали Оториноларинголог шифокор
4. Жангиров Т. Г., РИОваББКИАТМ, биринчи тоифали оториноларинголог
5. Ҳуснутдинов Р. А., РИОваББКИАТМ, оториноларинголог
6. Султонов МД, т.ф.н., РИОваББКИАТМ, оториноларинголог
7. Журакулов С. З., РИОваББКИАТМ, оториноларинголог

- Такризчилар: Ташқи: Қозоғистон Республикаси оториноларингологлар уюшмаси Бош котиби, Оториноларингология маркази раҳбари, Қозоғистон Республикаси бош мустақил оториноларингологи, т.ф.д., профессор Муҳаммадиева Г. А.

Ички: Шамсиев Д.Ф. ТДСИ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., Профессор;

- **Муҳокама қилинди:** Ўзбекистон Оториноларингология, Бош ва бўйин жарроҳлиги Ассоциациясининг 2-сонли _____-сонли йиғилиши доирасида.;

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассислари томонидан эксперт баҳоси:

1. Ашуров А. М., т.ф.д., Соғлиқни сақлаш вазирлигининг КББ мутахассислиги бўйича бош мутахассиси

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:

КТ - компьютер томографияси

УҚТ - умумий қон таҳлили

УСТ - умумий сийдик таҳлили
 ЎРВИ - ўткир респиратор вирусли инфекция
 УЧТ - ултраоқори частотали терапия
 ТЭЙ - ташқи эшитув йўли

- Ушбу нозология бўйича протоколдан фойдаланувчилар: умумий амалиёт шифокорлари, оториноларингологлар.
- Ушбу нозологияда беморлар тоифаси: катталар.
- Далилларга асосланган тиббиётга асосланган далиллар даражаси шкаласи.

А	Юқори сифатли мета-таҳлил, RCT ларни тизимли кўриб чиқиш ёки тизимли хато еҳтимоли (++) жуда паст бўлган катта RCT, натижалари тегишли аҳолига етказилиши мумкин.
В	Когорт ёки ходиса-назорат тадқиқотларини юқори сифатли (++) тизимли кўриб чиқиш ёки тизимли хато хавфи жуда паст бўлган юқори сифатли (++) когорт ёки ходиса-назорат тадқиқотлари ёки паст (+) тизимли хато хавфи бўлган RCT лар, натижалари тегишли равишда аҳолига тарқатилиши мумкин.
С	Когорт ёки ходиса-назорат тадқиқоти ёки тизимли хато хавфи паст бўлган рандомизациясиз бошқариладиган синов (+). Натижалари тегишли популяцияга ёки тизимли хато хавфи жуда паст ёки паст бўлган RCT ларга (++) ёки (+) кенгайтирилиши мумкин, натижалари тўғридан-тўғри тегишли популяцияга етказилиши мумкин эмас.
Д	Бир қатор ҳолатларнинг тавсифи ёки назоратсиз ўрганиш ёки эксперт ҳулосаси.

2. Асосий қисми.

2.1. Кириш. Ташқи кулоқнинг яллиғланиш касалликлари (кулоқ супраси ва ташқи ешитиш канали) ЛОР патологиясининг тузилишида муҳим ўрин тутди ва катта тиббий ва ижтимоий аҳамиятга эга. Экологик вазиятнинг ёмонлашиши, флоранинг қаршилик даражасининг ошиши, метаболик касалликларга чалинган одамлар сонининг кўпайиши, иммунитет ҳолати, шу жумладан аллергопатология, ўткир яллиғланиш патологиясини мантиқсиз даволаш, ЛОР шифокорига ўз вақтида мурожаат қилмаслик ва бир қатор бошқа омиллар ушбу патологиянинг ўсишига ёрдам беради. "Ташқи отит" атамаси турли хил этиологиялар ва патогенез касалликларини бирлаштирган жамоавий атама бўлиб, ушбу нозологиянинг барча навлари учун умумий бўлган кулоқ супраси, ташқи ешитиш канали ва ноғора парданинг эпидермал қатламидаги яллиғланиш ўзгаришлари. Ушбу анатомик бирликлар аслида ташқи кулоқ тушунчасига бирлаштирилган. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, яллиғланишли кулоқ касалликлари орасида ТО частотаси 17% дан 25% гача.
https://inlibrary.uz/index.php/problems_biology/article/view/5736

2.2. Таъриф: Ташқи отит - бу қулоқ супраси, ташқи ешитиш канали ва қулоқ пардасининг эпидермал қатламининг яллиғланиши, бу ешитиш канали терисининг ўткир инфекцияси бўлиб, одатда бактериялар сабаб бўлади. Ташқи отит локализация қилинган фурункул ёки бутун қулоқ каналининг диффуз инфекцияси сифатида намоён бўлиши мумкин (ўткир диффуз ташқи отит). Иккинчиси кўпинча сузувчининг қулоғи деб аталади; қулоқ каналидаги сувга қарши пахта тампонларидан фойдаланиш асосий хавф омилдир. Ёмон сифатли ташқи отит – бу оғир (одатда сабабчи - *Псевдомонас*) чакка суяги остеомиелити, одатда қариялар, диабетик беморлар ва иммунитетни заиф инсонларда ривожланади.

<https://www.msmanuals.com/professional/ear-nose-and-throat-disorders/external-ear-disorders/external-otitis-acute>

2.3. Ташқи отит этиологияси ва патогенези. Ташқи қулоқдаги яллиғланиш жараёнининг ривожланишидан олдин терининг яхлитлиги бузилади, бунга кўп сабаблар бўлиши мумкин - травматик шикастланишлар, нам муҳитда узок вақт қолиш, метаболик касалликлар фонида терининг ўзгариши, қандли диабет, турли дерматитлар, экзематоз жараёнлар. Қулоқнинг анатомик хусусиятлари - тор ташқи ешитиш йўллари, экзостозларнинг мавжудлиги, шунингдек ешитиш мосламаси, минигарнитуралар, қулоқларга кирадиган сув, етарли маълумот, қулоқ муми таркибидаги ўзгаришлар, маҳаллий ва умумий иммунитет ҳолатини бузиш, радиация таъсири - ташқи отитнинг пайдо бўлишига мойиллик яратади [1,2,3,4,5,6,7,8]. Одатда, ташқи эшитиш канали (ТЭЙ) турли микроорганизмлар томонидан колонизация қилинади, уларнинг 90% грам-мусбат бактериялардир. Адабиётларга кўра, 60-98% инсонларда ташқи қулоқнинг яллиғланиш касалликлари бактериал хусусиятга ега. Болаларда ташқи қулоқнинг яллиғланиш жараёнининг пайдо бўлишига таъсир қилувчи энг кенг тарқалган бактериал патогенлар: *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *P. vulgaris* ва *E. coli*. [9] *Псевдомонас аеругиноса* ва *Стапхилококкус ауреус* санаб ўтилган патогенлар орасида етакчи ўринларни егаллайди. Шу билан бирга, *Pseudomonas aeruginosa* штаммининг изоляция частотаси 20% дан 60% гача ва *Staphylococcus aureus* штамми 10% дан 70% гача етиши мумкин [10, 11]. Анаэроб штаммларнинг пайдо бўлиш частотаси 4%-25% [12]. Аралаш флора ҳолатларнинг учдан бирида учрайди [14,15]. Замбуруғли инфекцияси ташқи отит патогенлари орасида муҳим рол ўйнайди. Болалар орасида замбуруғли ташқи отитининг тарқалиши ҳақидаги эпидемиологик маълумотлар гетероген бўлиб, турли иқлим зоналарида сезиларли даражада фарқ қилади. Бир қатор тадқиқотлар тропик ва субтропик иқлими бўлган мамлакатларда касалланиш даражаси анча юқори эканлигини тасдиқлайди. Ташқи қулоқда микотик жараёнининг ривожланишига таъсир қилувчи энг муҳим патогенетик омиллар орасида терининг шикастланиши, метаболик ва гормонал мувозанат, иммунитет танқислиги ҳолатлари, антибиотиклар ва глюкокортикостероидлардан узок муддат фойдаланиш киради. Замбуруғли ташқи отити ҳам болаларда кўп

учрайди. Россия тадқиқотларига кўра, Россиядаги болаларда ташқи кулоқ патологияси орасида ташқи ешитиш каналининг замбуруғли зарарланиш улуши 26,4% гача [16]. Болаларда ташқи замбуруғ отитининг этиологияси ҳақидаги маълумотларнинг замонавий таҳлили шуни кўрсатадики, бу касалликнинг асосий кўзгатувчиси *Aspergillus*, *Penicillium* туркумидаги моғор замбуруғлари, шунингдек *Candida* туридаги хамиртурушга ўхшаш замбуруғлари. [12, 16, 17, 18, 19] Ташқи ешитиш канали замбуруғли зарарланишининг клиникаси намоён бўлганда, микробиологик изланишларда замбуруғ-бактериал уюшмалар топилади. Псеудомонас аеругиноса, стрептококк ва стафилококк микрофлораси аралаш инфекцияларда енг кўп учрайдиган патогенлардир.

<https://www.antibiotic.ru/files/306/naruzhnyj-otit.pdf>

2.4. Эпидемиология.

Ташқи отит кенг тарқалган касаллик бўлиб, барча ёш гуруҳларида пайдо бўлиши мумкин. 2 ёшдан кичик беморларда кам учрайди. Унинг тарқалиши номаълум, аммо чоққиси 7-14 ёшга тоғри келади. Инсонларнинг тахминан 10% ҳаёти давомида ташқи отит ривожланади ва аксарият ҳолатлар (95%) ўткир кечади. Гендер устунлиги йўқ. Аксарият ҳолатлар ёзда ва тропик иқлим шароитида содир бўлади; бу намликнинг ошиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556055/>

2.5. Касаллик ёки ҳолатни (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи) кодлаш усули Касалликлар ва соғлиқ билан боғлиқ муаммоларнинг халқаро статистик таснифига мувофиқ

- Ташқи отит (H60);
- Бошқа кулоқ саратони касалликлари (H61);
- Бошқа жойларда таснифланган касалликларда ташқи кулоқнинг шикастланиши (H62):
 - H60.0-Ташқи кулоқ хўппози;
 - H60.1-Ташқи кулоқ Целюлитлари;
 - H60.2- Ёмон сифатли ташқи отит;
 - H60.3 – Бошқа инфекцион ташқи отитлар;

- Н60.5-Ўткир ташқи отит, юқумли бўлмаган;
- Н60.8 – Ташқи қулоқ бошқа турдаги отитлари;
- Н60.9 – Ташқи отит, аниқланмаган;
- Н61.0-Ташқи қулоқ перихондрити;
- Н61.8-Ташқи қулоқда аниқланган бошқа касалликлар;
- Н61.9-Ташқи қулоқ аниқланмаган касалликлари;
- Н62.0-Бошқа сарлавҳалар остида таснифланган бактериал касалликлардаги ташқи отит;
- Н62.1-Бошқа сарлавҳалар остида таснифланган вирусли касалликлардаги ташқи отит;
- Н62.2-Микозлардаги ташқи отит;
- Н62.3-Бошқа сарлавҳалар остида таснифланган юқумли ва паразитар касалликлардаги ташқи отит;
- Н62.4-Бошқа сарлавҳалар остида таснифланган турли касалликлардаги ташқи отит;
- Н62.8-Бошқа сарлавҳалар остида таснифланган касалликлардаги ташқи қулоқ шикастланишлари.

2.6. Касаллик ёки ҳолатлар (касалликлар ёки ҳолат гуруҳлар) таснифи. Ташқи отит турлари этиологияси, патогенези, клиник белгилари ва албатта муддати билан фарқ қилади. Оториноларингологияда ташқи отитнинг энг кенг тарқалган шакллари ўткир (6 ҳафтагача) ва сурункали (ташқи отит белгилари 3 ойдан ортиқ давом етса ёки йилига 4 дан ортиқ ташқи отит эпизодлари бўлса).

Ташқи отит нозологик шакллари: диффуз ташқи отит, чекланган ташқи отит (фурункул, хўппоз), экзема ва дерматит, рожа, перихондрит, герпетик касалликлар, замбуруғли ташқи отит, ёмон сифатли ташқи отит. Ташқи қулоқ касаллигининг энг оғир шакли ёмон сифатли ташқи отитдир. Яллиғланишнинг ушбу шаклига ҳос хусусиятлар қуйидагилардир: патологик жараённинг нафақат қулоқ супраси ва эшитиш каналига, балки ташқи қулоқ тузилмаларидан ташқарига тарқалиши билан тез ривожланади.

2.7. Касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки ҳолат гуруҳлари) клиник кўриниши

Ташқи эшитиш каналининг диффуз яллиғланиши. Клиникасига кўра, касалликнинг ўткир ва сурункали шакллари мавжуд. Яллиғланишнинг ўткир шаклига қуйидаги отоскопик белгилар хосдир:

- Ташқи эшитиш канали терисининг шишиши ва гиперемияси, ёпишқоқ шиллик секрецияси;
- Эшитиш канали деворлари терисининг шишиши туфайли қулоқ пардаси ҳам тоғай, ҳам суяк қисмида кўринмас бўлиши мумкин;
- Ташқи эшитиш каналида детрит тўпланиши;

Умумий ва маҳаллий симптомларга қуйидагилар киради:

- Ташқи эшитиш канали соҳасидаги оғриқ, қулоқ супрасининг тортилганда ёки трагус босилганда ортади;
- Тана ҳароратининг фебрил ошиши кузатилиши мумкин
- Чаккағюқори жағ бўғим соҳасидаги оғриқ ва ҳаракат чекланиши (оғизни очишда);
- Ретроаурикуляр лимфа тугунларининг кенгайиши ва уларнинг оғриши (ўткир мастоидитга ўхшайди - "псевдомастоидит").
- Қуйидаги отоскопик белгилар сурункали яллиғланиш босқичига хосдир:
- Инфилтрация ёки фиброз туфайли терининг қалинлашиши, мирингит.

* Кондуктив турдаги эшитиш пасайиши ташқи қулоқ канали торайиши ёки унда патологик ажралмалар билан обтирация бўлиши оқибатида юзага келади.

Чегараланган ташқи отит (фурункул)

Эшитиш канали фурункулининг отоскопик белгилари:

- Конус ёки юмалоқ шаклидаги чегараланган баландлик туфайли эшитиш канали торайиши, тери маҳаллий гиперемияси билан биргаликда кичади.
- Инфилтрация босқичига эшитиш канали терисининг маҳаллий қалинлашиши ҳос (касалликнинг 1-3 кун), хўпоз босқичига еса – теридан яққол кўринувчи йирингли дўмпак ва кучли маҳаллий яллиғланиш белгилари ҳос.
- Фурункул ўзи очилганда, кратерга ўхшаш чуқурлик кўринади ва йирингли ажралма чиқади.

Умумий ва маҳаллий симптомларга қуйидагилар киради:

- Қулоқ оғриғи, аурикула тракцияси (тортилиши) ёки трагусни босганда кучаяди;
- Тиш, кўз, бўйин, паротид бўшлиқ, томоқга оғриқ кўчиши.
- Ташқи эшитиш канали териси инфилтрацияси атрофдаги юмшоқ тўқималар, мастоид ва кўз қовоқларига тарқалиши мумкин.
 - Агар фурункул эшитиш каналининг орқа деворида жойлашган бўлса, йўтал ва қусиш пайдо бўлиши мумкин (вагус нерви шохларини таъсирлантириш натижасида).
- Эшитиш каналининг олд ёки пастки деворида жойлашган фурункул ва паротид безининг яллиғланиши.
- Лимфа тугунлари катталаниши, қалинлашиши ва маҳаллий лимфа тугунлари палпацияси пайтида оғриқ
- Тана ҳарорати фебрил кўтарилиши мумкин.
- Кондуктив типдаги эшитиш пасайиши ташқи эшитиш каналининг сезиларли торайиши билан биргаликда кечади.

Ташқи қулоқ экземаси ва дерматити

Ўткир экземанинг отоскопик белгилари:

- Гиперемия, қулоқ супраси териси ва ташқи эшитиш каналининг инфилтрацияси.
- Эритематоз, шишган асосда везикуляр-пустулар тошма, намлик. Кулранг-сарик рангдаги қобиқларнинг мавжудлиги.
- Умумий ва маҳаллий симптомларга қуйидагилар киради:
 - Касалланган қулоқ томонида маҳаллий қичишиш. Иккиламчи инфекциянинг қўшилиши, чекланган ёки диффуз ташқи отитнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Ташқи қулоқ экземасининг сурункали шакли жараённинг терига чуқур тарқалиши билан тавсифланади. Клиник кўринишлар камроқ аниқланади. Экземанинг сурункали шаклининг асосий кўринишлари: қичишиш, терининг қалинлашиши, пўст ташлаш.

Ташқи қулоқнинг сарамаси

Умумий ва маҳаллий аломатларга қуйидагилар киради:

- Қулоқ супрвси терисининг кучли гиперемияси ва шишиши (шу жумладан қулоқ бўшлиғининг ҳам), яллиғланишнинг қулоқ супрасидан ташқарига демаркация чизиғи билан тарқалиши.

- Палпация пайтида қизиши ва ўткир оғриқ.

- Умумий интоксикация белгилари (титроқ, бош оғриғи), тана ҳароратининг 39-40 С гача кўтарилиши.

Қулоқ супраси перихондрити

Умумий ва маҳаллий аломатларга қуйидагилар киради:

- Қулоқ супрасида кучли оғриқ (қулоқ бўшлиғига таъсир қилмайди), бош ёки бўйнига тарқалиши мумкин.

- Қулоқ супрасининг шишиши ва гиперемияси, контурларнинг силлиқлиги (яллиғланиш жараёни қулоқ бўшлиғига таъсир қилмайди).

- Палпация пайтида қулоқ супрасининг кучли оғриғи.

- Касалликнинг ривожланиши билан тоғай ва тоғаюсти пардаси ўртасида йирингли экссудат ҳосил бўлади, флуктуация пайдо бўлади.

- Умумий интоксикация белгилари.

* Кеч мурожаат қилинганда тоғай эриши, некротик тўқималар кўчиши, фистулос йўллар шаклланиши кузатилади, бу еса кейинчалик қулоқнинг чандиқланишига олиб келади.

Ташқи қулоқнинг герпетик шикастланиши

Умумий ва маҳаллий симптомларга қуйидагилар киради:

- Қулоқ пардаси, қулоқ супраси, ташқи эшитиш канали соҳасида жойлашиши мумкин бўлган гуруҳланган бир нечта везикуляр элементлар. Везикулалар ўзи очилгандан сўнг қобиқ ҳосил бўлади.

- Қулоқдаги ўткир оғриқ, ачишиш, қичишиш.

- Умумий интоксикация белгилари

- Касалликнинг оғир ҳолатларида эшитиш бузилиши, мувозанат бузилиши ва юз ва уч шохли нервларнинг фалажи кузатилиши мумкин.

Ташқи қулоқнинг микотик шикастланиши

Эшитиш каналининг шикастланишининг клиник кўринишлари асосан патоген замбуруғнинг турига ва туркумига боғлиқ

- Чақалоқлар ва болалар учун ташқи замбуруғ отитининг характерли клиник кўринишлари: безовталиқ, маятникка ўхшаш бош ҳаракатлари, шунингдек, кулоқ супраси соҳасида терининг тирналиши.

- Каттароқ болалар кулоқдан суюқлик оқиши (кандидоз билан), қобиқ, қичишиш, оғриқ, тикилиш ва эшитиш пасайишидан шикаят қилишлари мумкин. Эшитиш қобилятини йўқотиш ёки кулоқ битиши шикаятларининг пайдо бўлиши ташқи эшитиш канали деворларининг инфилтрацияси натижасида товуш узатилишининг бузилиши, шунингдек, эшитиш каналининг бўшлиғида патологик замбуруғ оқиши мавжудлигидан келиб чиқади. Камдан кам ҳолларда болаларда бош оғриғи, иситма, кулоқ ва оксипитал соҳанинг сезгирлиги ошиши ҳақида шикаятлар бўлиши мумкин.

- Кандидоз штампларидан келиб чиққан микоз билан кулоқ супраси териси ва паротид соҳасида яллиғланиш жараёнида иштирок етиши мумкин. Ташқи кулоқ кандидози қуйидагилар билан тавсифланади: гиперемия, ташқи эшитиш канали терисининг инфилтрацияси ва мацерацияси, кулоқ пардаси гиперемияси. Эшитиш каналининг деворларидаги ажралма моғор замбуруғларидан келиб чиққан яллиғланишдан фарқли ўлароқ, камроқ зичроқ. Ажралма ранги оқ рангга ега. Яллиғланиш кулоқ супрасига тарқалганда, эрозия билан терининг гиперемияси аниқланади, грануляциялар бўлиши мумкин, кулоқ супраси терисида бляшка оқариб кетади, осонгина олинади. Кулоқ супрасининг яллиғланиш жараёнига жалб қилиниши кулоқ супрасининг кейинги деформацияси билан хондроперихондритга олиб келиши мумкин.

- *Aspergillus* турининг моғор замбуруғлари келтириб чиқарадиган ташқи отитда клиник кўриниш ўзига хосдир. Эшитиш каналининг бўшлиғида казеоз некротик массалар аниқланади, ташқи эшитиш каналининг терисининг инфилтрацияси суяк қисмида аниқроқ бўлади ва мирингит кузатилади. Эшитиш каналининг деворларидаги қопламалар "майдаланган қалампир" га ўхшаш қора доғлар билан оқ-кулранг бўлади. Эшитиш каналига *Aspergillus glaucus* замбуруғлари таъсир қилганда, патологик модда ўзига хос яшил рангга ега бўлади.

- Ташқи кулоққа *Пенисиллиум* туркумидаги моғор замбуруғлари таъсир қилганда, клиник кўринишлар ҳам ўзига хосдир. Ажралманинг ранги сарғиш рангга ега, баъзи ҳолларда у кулоқ кирига ўхшайди. Эшитиш каналининг териси инфилтрацияси, патологик оқинди эшитиш каналининг бутун узунлиги бўйлаб аниқланади. Эшитиш каналининг терисидаги қўшимча элементлар қуруқ қобиқ ва плёнкалар билан қопланиши мумкин. - Штамм (*Geotrichum capitatum*) сабаб бўлган эшитиш каналининг геотрихоз яллиғланиши учун характерли клиник кўринишлар: ташқи эшитиш канали

терисининг аниқ инфилтрацияси, мирингит. Ешитиш каналининг бутун узунлиги бўйлаб ва эшитиш каналининг бўшлиғида зич "ажралмага ўхшаш" кулранг-сарик замбуруғ патологик оқинди аниқланади.

Ёмон сифатли (некротик) ташқи отит жуда кам учрайди, аммо иммунитет танқислиги бўлган беморларда (шу жумладан суяк илиги трансплантациясидан кейин лейкокемия билан оғриган болаларда) кузатилиши мумкин. Ушбу касалликда, қоида тариқасида, қулоқда кучли оғриқ, таъсирланган қулоқ томонида бош оғриғи, тизимли белгилар (интоксикация ёки иситма) ва, баъзида, чакка суягининг нозиклиги ёки юз нервининг фалажи мавжуд. Ташқи эшитиш каналининг пастки қисмидаги суяк-тоғай туташган жойдаги грануляция тўқимаси ЁСТО нинг классик аломатидир. Инфекция ташқи эшитиш каналига тушадиган қисмининг интерстициал ёриқлари орқали бош суяги асосига тарқалиб, чакка суяк остеомиелитининг пайдо бўлишига ҳисса қўшади.

<https://www.antibiotic.ru/files/306/naruzhnyj-otit.pdf>

2.8. Касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи) диагностикаси, тиббий кўрсатмалар ва диагностика усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар

Шикоятлар ва анамнез

ТО нинг енг кенг тарқалган белгилари:

- қулоқ оғриғи (палпация ва чайнашда кучайиши мумкин).
- ТЭЙ да қичишиш-қулоқдан ажралма
- эшитиш пасайиши

Тизимли белгилар:

- иситма (аксарият ҳолларда субфебрил тана ҳарорати);
- Ўзини ёмон ҳис қилиш (юқумли токсикоз ҳодисалари).

Физикал текширув

Текширув давомида трагусни босганда ва ташқи эшитиш каналини, шунингдек терининг ҳолатини текшириш учун қулоқ супрасини тортишда сезувчанлик ёки оғриққа еътибор бериш керак.

Диагностика мақсадида ташқи отит шубҳа қилинган барча беморларга эшитиш органини текшириш (отоскопия) тавсия етилади. Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Изоҳлар: ташхисда ҳам, дифференциал ташхисда ҳам отоскопия жуда муҳимдир. Отоскопия пайтида ТЭЙ гиперемик, қоида тариқасида, юмшоқ тўқималарнинг шишиши туфайли тораяди. Ноғора парда ТЭЙ шиши туфайли

қисман кўриниши мумкин. Бироқ, қулоқ пардасининг ўртача гиперемиясини кўриш мумкин. Отопневмоскопия пайтида қулоқ пардаси ҳаракатчан бўлади.

Лаборатория диагностик тестлари

Қулоқдаги ажралма микробиологик текширувини ўтказиш тавсия етилади (ташқи эшитиш каналидан оқинди олиш, аероб ва факултатив анаероб микроорганизмлар учун йирингли оқишни микробиологик (културал) текшириш, микроорганизмларнинг микробларга қарши кимётерапевтик дориларга сезгирлигини аниқлаш, замбуруғлар учун қулоқлардан оқишни микроскопик текшириш терапиядан олдин такрорий ва сурункали ташқи отит билан оғриган беморлар, иммунитет танқислиги бўлган беморлар(масалан, иммуносупрессант терапияда, ОИВ инфекцияси фонида орттирилган иммунитет танқислиги синдроми, кимётерапия ёки радиация терапияси ва бошқалар билан.), бошланғич даволашда натижа бўлмаган ва қулоқ операциядан кейинги инфекцияларда.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Шарҳлар: бактериологик текшириш учун материал тўплаш шартлари: антимиқроб терапия бошланишидан олдин; визуал назорат остида; материал ташқи қулоқнинг дистал қисмларига тегмасдан, ингичка зонд билан ташқи эшитиш каналининг деворларидан олинади. Микроорганизмларнинг микробларга қарши дориларга сезгирлигини аниқлаш усулини танлаш қабул қилинган амалиётга мувофиқ амалга оширилади.

Ташқи отит билан оғриган беморларга мунтазам лаборатория текширувлари тавсия етилмайди, чунки бу ташхисни тасдиқловчи лаборатория тадқиқотлари мавжуд эмас.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Изоҳ: яллиғланиш жараёнини баҳолаш учун касалхонага ётқизилган барча беморларда умумий (клиник) батафсил қон тестини ўтказиш керак.

Инструментал диагностик тадқиқотлар. Агар ташқи отит ёки ҳалокатли жараёнларга шубҳа туғилса, чакка суякнинг рентгенограммасини ёки чакка суякларнинг компьютер томографиясини ва/ёки вена ичига юбориладиган болюс контрасти билан чакка суякнинг компьютер томографиясини ўтказиш тавсия етилади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Шарҳлар: вақтинчалик суяк ва бош суяги базасида ҳалокатли ўзгаришлар (ёмон сифатли ташқи отит бундан мустасно) характерли эмас. Агар яллиғланиш жараёни атрофдаги юмшоқ тўқималарга тарқалишига шубҳа

қилинган бўлса, ташхисни, яллиғланишнинг тарқалишини янада аниқлаштириш учун чакка суякларнинг магнит-резонанс томографиясини, бош суяги асосини магнит-резонанс томографиясини тайинлашни кўриб чиқиш тавсия етилади. Даволаш тактикасини аниқланг.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

3. Ташқи отитни даволаш.

3.1. Консерватив даво

Асоратланмаган ташқи отитда, самарасизлиги сабабли тизимли антибактериал терапия буюриш тавсия етилмайди. Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Изоҳлар: адабиётларга кўра, беморларнинг икки гуруҳи ўртасида даволаниш натижаларида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ бўлмаган, биринчи гуруҳда маҳаллий даволаш тизимли антибактериал терапия билан биргаликда қўлланган, иккинчида - беморларда ҳам маҳаллий дорилар, ҳам плацебо қўлланган.

Радиациядан кейинги ташқи отит, ёмон сифатли (некротик) отит билан оғриган беморларга тизимли антибактериал терапия тавсия етилади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Шарҳлар: Ҳозирги кунда ёмон сифатли отитни даволаш учун етарли далиллар мавжуд эмас.

Микробиологик тадқиқот натижасини олишдан олдин терапияни П. аеругиносага қарши самарали бўлган дорилар билан бошлаш керак. Антибактериал препаратларни оғиз орқали (#ципрофлоксацин**) ёки парентерал (Бета-лактама антибактериал препаратлар: пенициллинлар (антисинегеник фаоллик билан)– Цефтазидим**, Цефепим** амикогликозидлар билан ёки уларсиз) изоляция қилинган патогеннинг сезгирлик маълумотларига мувофиқ буюриш тавсия етилади (#Ципрофлоксациннинг кенг қўлланилишини ҳисобга олган ҳолда* * амбулатор амалиётида П. аеругиносанинг кўплаб штамлари барқарорликка еришган). Терапия курси 4-6 ҳафта. Бунга параллел равишда ташқи отит воситаларининг маҳаллий терапияси буюрилади (кулоқ касалликларини даволаш учун дорилар: микробларга қарши воситалар, глюкокортикостероидлар, микробларга қарши воситалар, аналгезиклар ва анестетикалар билан биргаликда)- Ципрофлоксацин+Дексаметазон, Феназон, Рифампицин, Неомицин.

Касаллик прогрессив ва ёки консерватив терапияга таъсир қилмайдиган ҳолатларда жарроҳлик даволаш ("жарроҳлик даволаш" бўлимига қаранг), баъзида гипербарик оксигенация билан биргаликда амалга оширилади.

Ташқи ёмон сифатли отитни даволаш пайтида натижаларни баҳолаш ва ташқи белгилар ўзгаришини ўз вақтида аниқлаш учун клиник симптомлар ва рентгенологик суратни мунтазам равишда кузатиб бориш керак (чакка суякларнинг компьютер томографияси ва/ёки вена ичига юбориладиган болюс контрасти билан чакка суякнинг компьютер томографияси ва/ёки чакка суякларнинг магнит-резонанс томографияси ва/ёки бош суяги асосини магнит-резонанс томографияси). Тадқиқот частотаси индивидуал равишда белгиланади

Ташқи отитларда маҳаллий даволаш тавсия етилади (қулоқ касалликларини даволаш учун дорилар: микробларга қарши воситалар, глюкокортикостероидлар, глюкокортикостероидлар микробларга қарши воситалар, аналгезиклар ва анестетикалар билан биргаликда).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 1)

Изоҳлар: ташқи отитни маҳаллий даволашнинг афзалликлари тўғридан-тўғри таъсир қилиш ва яллиғланиш ўчоғида препаратнинг оптимал концентрациясини яратиш, препаратнинг паст сингиши туфайли тизимли таъсирнинг амалдайўқлиги ва микрофлоранинг чидамли штаммлари селекцияси хавфининг пастлигидир.

Ўткир диффуз ташқи отитнинг асосий патогенлари спектрини ҳисобга олган ҳолда, ишлатиладиган дорилар Псеудомонас аеруиноса ва Стапхилококкус ауреусга қарши самарали бўлиши керак. Терапиянинг самарадорлиги 48-72 соат ичида баҳоланади. Даволашнинг давомийлиги ўртача 7-10 кун (14 кунгача). Монопрепаратлар ҳам, комбинацияланган - турли микробларга қарши воситалар, глюкокортикостероидлар, микробларга қарши воситалар, аналгетиклар ва анестетикалар билан биргаликда комбинацияси ҳам қўлланилади. Қуйидаги дорилар, уларнинг фойдаланиш хавфсизлиги ва самарадорлигини туфайли асоратланмаган ташқи отит учун дастлабки маҳаллий даволаш сифатида тавсия етилади. Тизимли дориларни қўллаш билан солиштирганда деярли ҳеч қандай асоратлар йўқ.

Агар ташқи отит контакт дерматит / атопик дерматит / себореик дерматит / псориаз касаллиги / тизимли қизил югурукнинг намоён бўлиши бўлса, тегишли клиник тавсияларга мувофиқ терапия талаб қилинади. Шунинг учун ертадан ташқи отит керакки, себореик дерматит билан оғриган беморларда ташқи отит Малассезиа тури замбуруғлари билан инфекциянинг натижаси бўлиши мумкин, бу антифунгал ва ёки яллиғланишга қарши таъсирга ега маҳаллий терапияни киритишни талаб қилади. Шунинг ҳам ҳисобга олиш керакки, ташқи отитни маҳаллий даволашда аллергик реакциялар, шу жумладан маҳаллий фойдаланиш учун бошқа антибактериал препаратлар (неомицинни ўз ичига олган) мумкин.

Оғриқ синдромини бартараф етиш учун ташқи отит билан оғриган беморларда, агар керак бўлса, етарли даражада оғриқсизлантириш тавсия етилади (кучли оғриқ синдроми мавжудлигида).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Изоҳ: тизимли терапия, масалан, ибупрофен** ёки парацетамол** ёшидан келиб чиққан дозаларда ва/ёки маҳаллий терапияда қўлланилади. Локал оғриқсизлантириш ташқи отитнинг ривожланишини ниқобланиши мумкинлиги сабабли, бундай даволанишни буюришда беморни 48 соат давомида кузатиб бориш керак [8].

Ташқи эшитиш каналини тозалаш учун ташқи отит билан оғриган беморлар учун ташқи эшитиш каналини мунтазам тозалаш (ташқи эшитиш каналини парвариш қилиш) ўтказиш тавсия этилади [8,16,21]. Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Изоҳлар: ташқи замбуруғ отитида ташқи эшитиш каналининг тозаланиши: самарали маҳаллий антифунгал терапия учун патологик оқимдан ташқи эшитиш каналининг тўлиқ тозаланиши бажариш зарур. Инфекцияланган кулоқнинг тозалашда маҳаллий фойдаланиш учун антифунгал препарат билан ишланган аттик зонд ва пахтали зонд ёрдамида амалга оширилади. Болаларда кандидоз ташқи отитни даволашда клотримазолнинг 1% еритмаси ёки нафтизиннинг 1% еритмаси ишлатилади. Клотримазолнинг 1% еритмаси кулоқ тозаланиши ўтказиш ва турундаларда кунига 2 марта кўп миқдорда 10 дақиқагача таъсир қилиш учун ишлатилади. Даволаш курсининг давомийлиги ўртача 4 ҳафта.

Моғор ва диморфик замбуруғлар келтириб чиқарадиган ташқи отит воситаларида маҳаллий антифунгал терапия учун нафтизиннинг 1% еритмаси ишлатилади. Кандидозда бўлгани каби, препарат ташқи эшитиш каналини тозалаш учун ҳам, 15 дақиқалик экспозиция билан кунига 2 маҳал турундалардаги аппликация кўринишида амалга оширилади. Терапия курси ўртача 4 ҳафта.

<https://www.antibiotic.ru/files/306/naruzhnyj-otit.pdf>

**"ТАШҚИ ОТИТДА ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ – 2025

Ташқи отит (ТО) оториноларингологик амалиётда энг кенг тарқалган касалликлардан биридир. У кенг кўламли шароитларни қамраб олади — энгил яллиғланиш ва ноқулайлик туғдирадиганлардан тортиб, ҳаёт учун хавfli бўлганларгача. "Ташқи отит" атамаси этиологиясидан қатъи назар, ноғора парданинг эпидермал қатламига тарқаладиган (мирингит) ташқи кулоқ териси (кулоқ супраси, ташқи ешитиш канали) яллиғланиш жараёнларини ўз ичига олган умумий тушунчадир.

<https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2021/3/1004246682021031036>

Консерватив терапиянинг хўппоз шаклланиши ва яллиғланиш жараёнига таъсири бўлмаса, ташқи эшитиш каналининг хўппозларини дренажлаш ва/ёки ташқи ешитиш каналининг грануляцияларини олиб ташлаш ва/ёки ташқи ешитиш каналининг суяк ва тоғай секвестрларини олиб ташлаш ва /ёки ташқи ешитиш каналининг холестеатомасини олиб ташлаш. ташқи отитнинг сабабини ёки асоратини бартараф етиш учун тавсия етилади. Амалиёт ҳажми патологик жараён зонасида белгиланади. [41, 39].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

<https://www.antibiotic.ru/files/306/naruzhnyj-otit.pdf>

**"ТАШҚИ ОТИТ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент-2025

1. Асосий қисм

1.1. Кириш қисми

-КХТ-10 шифри Н 60.0 , Н 60.1, Н 60.2, Н 60.3, Н 60.4, Н 60.5, Н 60.8, Н 60.9
- Касалликлар ҳалқаро таснифи - -КХТ-10 шифри:

КХТ-10	
Н 60.0	Ташқи кулоқнинг хўппози
Н 60.1	Ташқи кулоқнинг целлулитлари
Н 60.2	Ёмон сифатли ташқи отит
Н 60.3	Бошқа инфекцион ташқи отитлар
Н 60.4	Ташқи кулоқнинг ҳолестеатомаси
Н 60.5	Ташқи ноинфекцион ўткир отит
Н 60.8	Бошқа ташқи отитлар
Н 60.9	Ташқи отит, аниқланмаган
	Mkb-10.com

– МКБ-11 шифри АА00, АА01, АА02, АА03, 1F20.10, 1F23.16, АА04, 1В70.01

- Касалликлар ҳалқаро таснифи - -КХТ-10 шифри:

МКБ-11	
АА00	Ташқи кулоқнинг хўппози
АА01	Воспаление подкожно-жировой клетчатки наружного уха
АА02	Ёмон сифатли ташқи отит
АА03	Отомикоз
1F20.10	Аспергиллёз отомикоз
1F23.16	Отомикоз, вызванный грибами рода Candida
АА04	Ташқи кулоқнинг перихондрити
1В70.01	Ташқи кулоқнинг рожа яллиғланиши
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2035326404

2.1. Профилактика ва профилактик муолажалар.

Бирламчи профилактика. Ташқи отитнинг олдини олиш учун шикастланиш, ТЭЙ ортиқча намланишининг олдини олиш тавсия етилади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси)

Шарҳлар: сўнгги пайтларда тобора кўпроқ беморлар, айниқса болалар ва ўсмирлар деярли ҳар куни наушниклардан фойдаланадилар ва бошқа болалар

билан наушник алмашишлари мумкин. Эшитиш қобилиятини йўқотган беморлар кулоқ тиқинларига ега эшитиш воситаларидан фойдаланадилар. Наушниклар, кулоқ тиқинлари ва кулоқчинларни вақти-вақти билан антисептик еритмалар билан тозалаш керак. Фақат шахсий минигарнитуралар, кулоқ тиқинлари ва кулоқчинлардан фойдаланинг. Наушниклардан фойдаланиш вақтини чеклаш керак, чунки узоқ вақт фойдаланиш туфайли ТЭЙ шикастланиши мумкин. Пахта таёқчаларини ишлатманг, чунки улар ТЭЙга шикаст етказиши мумкин. Қаттиқ кулоқчаларни ишлатмаслик керак, улар ҳам ТЭЙни шикастлаши мумкин. Ташқи эшитиш каналига сув қирган ҳолларда фен билан қуритилиши керак. Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Иккиламчи профилактика.

Ташқи отитнинг дастлабки белгилари мавжуд бўлганда - ташқи эшитиш йўли терисининг шишиши ва гиперемияси, ёпишқоқ секретция, эшитиш йўли терисининг маҳаллий қалинлашиши, гиперемия, кулоқчалар ва ташқи эшитиш йўллари терисининг инфилтрацияси, қичишиш. , ташқи эшитиш каналининг терисини масерация қилиш, хўппоз шаклланишининг ривожланишига йўл қўймаслик учун даволашни амалга ошириш керак (даволашга қаранг).

Учламчи профилактика – йўқ.

Диспансер назорат қилиш талаб қилинмайди.

Адабиётлар рўйхати:

1. Wright DN, Alexander JM. Effect of water on the bacterial flora of swimmer's ears. Arch Otolaryngol 1974;99(1):15-8.
2. Rowshan NH, Keith K, Baur D, Skidmore P. Pseudomonas aeruginosa infection of the auricular cartilage caused by —high ear piercing‡: A case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 2008;66(3):543-6.
3. Keene WE, Markum AC, Samadpour M. Outbreak of Pseudomonas aeruginosa infections caused by commercial piercing of upper ear cartilage. JAMA 2004 25;291(8):981-5.
4. Rosenfeld RM, Brown L; American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation, et al. Clinical practice guideline: Acute otitis externa. Otolaryngol Head Neck Surg 2006;134(4 Suppl): S4-23.

5. Osguthorpe JD, Nielsen DR. Otitis externa: Review and clinical update. Am Fam Physician 2006;74(9):1510-6.
6. Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. Cochrane Database Syst Rev 2010:1: CD004740.
7. Косяков С.Я. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода и методы их лечения. // Вестник оториноларингологии. - 2011. - № 1. - с. 8185.
8. Крюков А.И. Туровский А.Б. Клиника, диагностика и лечение острого воспаления среднего и наружного уха. // Лечащий врач. – 2002. - №10 - с. 20 – 24.)
9. Кунельская В.Я. Новые подходы к терапии грибкового отита. // Вестник оториноларингологии. - 2004. - № 2. - с. 46 - 48.
10. Кустов М.О. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода. // Российская оториноларингология. -№ 1. – 2012. - с. 111 – 118.