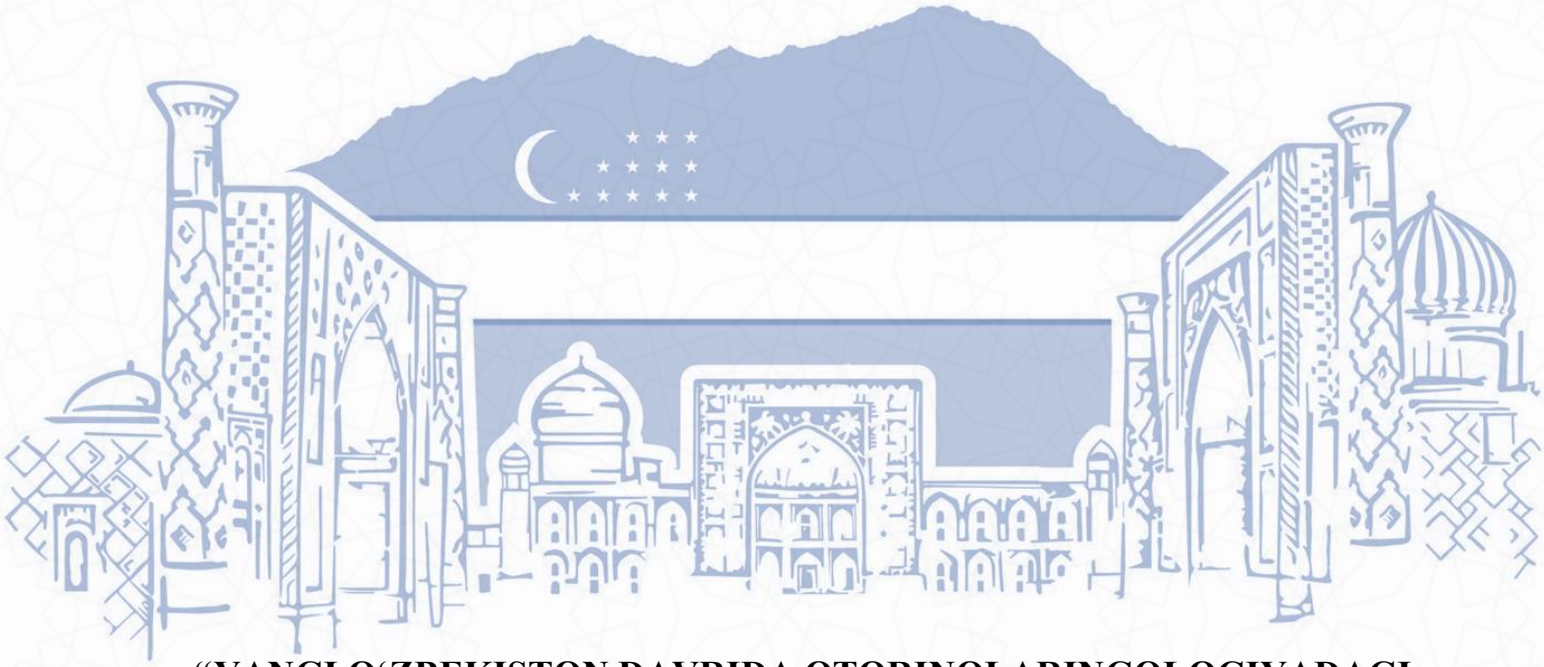
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN OTORINOLARINGOLOGIYA VA BOSH-BO‘YIN KASALLIKLARI ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI
O‘ZBEKISTON OTORINOLARINGOLOGIYASI VA BOSH-BO‘YIN JARROHLIGI ASSOTSIATSIYASI



“YANGI O‘ZBEKISTON DAVRIDA OTORINOLARINGOLOGIYADAGI YUTUQLAR” MAVZUSIDAGI O‘ZBEKISTON OTORINOLARINGOLOGLARINING VI SYEZDI MATERIALLARI

16-18 oktabr, 2025-yil, Samarqand

МАТЕРИАЛЫ VI СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА НА ТЕМУ «ДОСТИЖЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В ЭПОХУ НОВОГО УЗБЕКИСТАНА»

16-18 октября 2025 года, Самарканд

MATERIALS VI CONGRESS OF OTORHINOLARYNGOLOGISTS OF UZBEKISTAN ON THE TOPIC «ADVANCES IN OTORHINOLARYNGOLOGY IN THE ERA OF NEW UZBEKISTAN»

October 16-18, 2025, Samarkand

“YANGI O‘ZBEKISTON DAVRIDA OTORINOLARINGOLOGIYADAGI YUTUQLAR” MAVZUSIDAGI O‘ZBEKISTON OTORINOLARINGOLOGLARINING VI SYEZDI MATERIALLARI

МАТЕРИАЛЫ VI СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА НА ТЕМУ «ДОСТИЖЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В ЭПОХУ НОВОГО УЗБЕКИСТАНА»

MATERIALS VI CONGRESS OF OTORHINOLARYNGOLOGISTS OF UZBEKISTAN ON THE TOPIC «ADVANCES IN OTORHINOLARYNGOLOGY IN THE ERA OF NEW UZBEKISTAN»

– Toshkent: Nashr. «Scientific innovations», 2025 y. 296 bet.

© Nashr. «Scientific innovations», 2025

TAXRIRIYAT KENGASHI RAISI:

Shayxova X.E. – Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolaringologiya kafedrasi professori, t.f.d.

TAXRIRIYAT KENGASHI A‘ZOLARI:

Voxidov U.N. – Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya va bosh-bo’yin kasalliklari ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Ilmiy ishlar bo’yicha direktor o’rinbosari, t.f.d.

Maxkamova N.E. - Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolaringologiya kafedrasi professori, t.f.d.

Xaydarova G.S. – Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolaringologiya kafedrasi dotsenti, t.f.d.

Maxamadaminova Sh.A. – Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolaringologiya kafedrasi dotsenti, t.f.d.

Djo’rayev J.A. – Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolaringologiya kafedrasi dotsenti, t.f.d.

Sharipov S.S. – Tibbiyot va farmasevtika xodimlarining malakasini baholash markazi direktori, t.f.d.

Jafarov M.M. – Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolaringologiya kafedrasi dotsenti, t.f.n.

Bakiyeva Sh.X. – Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolaringologiya kafedrasi prosfessori, t.f.d.

Yakubdjanov D.D. - Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolaringologiya kafedrasi dotsenti, t.f.n.

Hurmatli hamkasblar!

O 'zbekiston Respublikasi Otorinolaringologlarining VI s’yezdi prezidenti, tibbiyot fanlari doktori, professor

O'zbekiston Respublikasi otorinolaringologlarining VI S’yezdi tashkiliy qo'mitasi nomidan Sizni **2025-yil 16-18 oktabr**da qadimiy va hamisha navqiron **Samarqand** shahrida o'tkaziladigan ushbu nufuzli syezdga taklif etishdan mamnunmiz.

“Yangi O‘zbekiston davrida otorinolaringologiyadagi yutuqlar” deb nomlangan VI syezdning mavzusi chuqur ma'no kasb etadi. 2017-yildan boshlab mamlakatimizda jahon tendensiyalari, xalqaro standartlar va ilg'or tajribalarni, eng muhimi, xalqimizning ehtiyoj va intilishlarini inobatga olgan holda keng ko'lamli islohotlar amalga oshirila boshlandi. Bu islohotlar natijasida Yangi O'zbekistonni barpo etishning mustahkam siyosiy-huquqiy, ijtimoiy-iqtisodiy va ilmiy-ma'rifiy poydevori yaratildi. Davlat siyosatining ustuvor yo'nalishi sifatida fuqarolarning ijtimoiy himoyasini kuchaytirish, aholiga yuqori malakali tibbiy va ta'lim xizmatlarini ko'rsatish, sog'liqni saqlash tizimining barcha bo'g'inlarida tibbiy yordam sifatini yanada oshirish belgilandi. Sohamizda so'nggi yillarda tarixiy ahamiyatga ega bo'lgan bir qator muhim o'zgarishlar amalga oshirildi. 2022-yilda O'zbekiston Otorinolaringologiya va bosh-bo'yin jarrohligi assotsiatsiyasi tashkil etildi. 2023-yilda esa O'zbekiston Respublikasi Prezidenti tomonidan “Otorinolaringologiya xizmati qamrovini takomillashtirish va kengaytirish chora-tadbirlari to'g'risida”gi tarixiy qaror imzolandi. Ushbu muhim hujjat respublikada otorinolaringologiya sohasini rivojlantirishning ustuvor yo'nalishlarini belgilab berdi va bir necha avlod otorinolaringologlarining ezgu orzularini ro'yobga chiqardi. Shuningdek, O'zbekiston Sog'liqni saqlash vazirligi hamda Otorinolaringologiya va bosh-bo'yin jarrohligi assotsiatsiyasi hamkorligida Otorinolaringologiya va bosh-bo'yin kasalliklari bo'yicha “Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazi” tashkil etildi. Syezd O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, Otorinolaringologiya va bosh-bo'yin kasalliklari Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, O'zbekiston Otorinolaringologiya va bosh-bo'yin jarrohligi assotsiatsiyasi, yetakchi tibbiyot oliy ta'lim muassasalari hamda davlat va nodavlat sog'liqni saqlash muassasalarining tashkiliy va ilmiy ko'magida o'tkaziladi. Mazkur syezd O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan tasdiqlangan respublika miqyosidagi tadbirlar ro'yxatiga kiritilgan bo'lib, unda ishtirok etish davomida to'plangan soatlar shifokorlarning malaka oshirish hisobiga qo'shiladi.

Bugungi kunda mamlakatimiz sog'liqni saqlash tizimiga zamonaviy tibbiy sug'urta mexanizmlarining joriy etilishi Otorinolaringologiya xizmati oldiga yangi, muhim vazifalarni qo'ymoqda. syezdning asosiy maqsadlaridan biri - zamonaviy klinik protokollar va LOR kasalliklarini tashxislash hamda davolashning xalqaro standartlarini chuqur muhokama qilishdir. Bunda otorinolaringologiya sohasidagi huquqiy masalalar ham so'nggi qonunchilik hujjatlari asosida batafsil ko'rib chiqiladi. Muhokamalar natijasida ishlab chiqiladigan yangi yondashuvlar, eng avvalo, ixtisoslashtirilgan otorinolaringologik xizmat sifatini yanada yuksaltirish, bemorlarning zamonaviy va yuqori sifatli tibbiy xizmatdan foydalanish imkoniyatlarini kengaytirishga qaratilgan bo'ladi.

Syezd dasturi an'anaviy ravishda otorinolaringologiyaning barcha yo'nalishlarini qamrab oluvchi keng qamrovli ilmiy-amaliy dasturni o'z ichiga oladi. Mahalliy va xorijiy yetakchi mutaxassislar tomonidan zamonaviy ilmiy ma'ruzalar taqdim etilishi, yuqori saviyali seminarlar va amaliy mahorat darslari o'tkazilishi rejalashtirilgan. Tadbirda yaqin va uzoq xorijdagi nufuzli olimlar, sog'liqni saqlash tizimi rahbarlari, O'zbekiston Otorinolaringologiya va bosh-bo'yin jarrohligi assotsiatsiyasi faol a'zolari, shuningdek, davlat va nodavlat davolash-profilaktika muassasalarining tajribali mutaxassislari ishtirok etadilar. Bu nufuzli syezd barcha ishtirokchilarga o'z hamkasblari

bilan professional muloqot o'rnatish, ilg'or tajribalarni o'rganish va o'z bilim hamda yutuqlarini bo'lishish uchun beqiyos imkoniyat yaratadi.

MUNDARIJA:

I BOB. QULOQ KASALLIKLARI	
Abidova D.K., Hasanov U.S. *Sanoat korxonalarida shovqin ta'sirida eshitish qobiliyatining buzilishini tashxislash va korreksiya usullarini ishlab chiqish*	**18**
Arifov S.S., Bakhadirova I.B., Omonjonov X.S. *Assessment of the condition of hearing in patients taken by ototoxic chemical medications based on platinum*	**19**
Ashurov A.A., Ashurov A.M. *O'zbekistonda jarohatdan keyingi quloq pardasi perforatsiyasini davolash imkoniyatlari*	**20**
Avezov M.I. *O'rta quloq radikal jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarini davolashni takomillashtirish.*	**21**
Baxadirova I.B., Arifov S.S. *Eksperimental tadqiqot sharoitida platina asosidagi kimyoterapevtik vositalarning ototoksikligining namoyon bo'lishini taqqoslash.*	**23**
Botirov A.J., Abdullayev U.P., Soatov I.O. *Results of morphological study after autologous myringoplasty using intermuscular fascia*	**25**
Esamuratov A.I., Yusupov A.M., Matkarimov M.Y., Avezov M.I. Nigora M *Vestibulyar buzilishlarning asosiy sabablari tashxislash usullari*	**26**
Karimova N.A., Arifov S.S., Khasanov U.S., Sattarova M.G., Yakubova D.O., Rustambekova K.B., Abdullayeva N.N., Ergashev U.M., Vohidov U.N. *The principle of "early intervention" in the diagnosis of vestibular disorders in the elderly during the era of healthcare reforms in the Republic of Uzbekistan*	**27**
Khasanov U.S., Abdullaev U.P., Akhundjanov N.A., Djuraev J.A., Soatov I.O. *The role of gene polymorphism in patients with acute sensorinary hearing loss*	**28**
Khaydarova G., Shodmonkulova G. *Stroke and hearing impairment: rehabilitation and clinical approaches*	**29**
Lutfullaev G.U., Kobilova Sh.Sh., Umrullaeva J.G., Turobov X.T., Ulashov Q.U., Eshqulov J.B. *The influence of phytotherapy on the course of exudative middle ear otitis*	**31**
Myroniuk B., Kulinenko M. *The impact of cochlear implantation on vestibular function in children based on stabilometry data*	**31**
Mahkamova N.E., Yakubdjanov D.D. *Timpanoplastika va stapedoplastikadan keyingi vestibulyar buzilishlarni statistik tahlil asosida baholash va davolashni optimallashtirish*	**32**
Nazirjonov S.I., Djuraev J.A. *Improving the effectiveness of treatment in acute sensorineural hearing loss*	**33**
Nurov U.I., Fayziyev S.Sh. *Modern methods of exemination of patients with acute pathologies of the middle ear*	**34**
Nurov U.I., Fayziyev S.Sh. *Perforation of tympanic membrane with degree of conductive hearing loss in patients*	**35**
Pazi M.B., Levin S.V., Sugarova S.B. *Diminishing ci outcome variability by using individualized and effective ci treatment*	**36**
Botirov Sh.R., Yakubdjanov D.D., Komilov M.A. *Timpanoplastika va stapedoplastikadan keyin uchraydigan muvozanat buzilishlarini davolashda reabilitatsion yondashuvni optimallashtirish*	**37**
Shaynazarov M.F., Azimov J.Sh., Jamshidov F.J. *Surunkali o'rta quloq yallig'lanishida eshitish funksiyasining dinamik baholash usullari*	**38**
Shodmonqulova G.R. *Carotid artery stenosis and sudden sensorineural hearing loss: a decade of clinical and pathophysiological insights*	**38**
Sobirov H.G., Shomurodov Q.E. *Total quloq rekonstruksiyasida individual shablonlar yasashning zamonaviy usullari*	**39**

Sobirov H.G. *Cartilage framework selection for microtia reconstruction based on grade of severity*	**40**
Tursunov M.R., Rajabov T.B. *Mikrotiya bilan tug'ilgan bolalarda tashqi quloqni rekontruksiya qilish usullarini tanlash va ularning klinik samaradorligini tahlil qilish*	**41**
Urinbaeva N.M. *Modern understandings of the origins and management of ongoing purulent ear infections*	**42**
Абдукаюмов А.А., Абдукамилова М.М. *Слуховая реабилитация детей после замены речевых процессоров в системе кохлеарной имплантации: сравнительный анализ по шкалам шиур и it-mais*	**43**
Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И., Примако В.И., Наджимутдинова Н.Ш. *Мониторирование процесса универсального скрининга слуха и организация работы трекинг-центра*	**44**
Агзамова Г.С., Эргашев У.М., Ботиров Ш.Р., Ражабов Д.Б., Каршибоев Ж.Б., Курбонмуродова Ф.Р. *Дифференцированный подход к лечению экссудативного среднего отит*	**45**
Агзамова Г.С., Ботиров Ш.Р., Даминов Ф.А., Хуснитдинов Р.О., Каршибоев Ж.Б., Курбонмуродова Ф.Р. *Сурункали йирингли ўрта отитлар тахсисларидан сўнгги даврларда мувозанат анализаторининг фаолияти*	**46**
Агзамова Г.С., Эргашев У.М., Журакулов., Ш.Р Ботиров., С.З., Рустамбекова К.А., Курбонмуродова Ф.Р. *Ўрта қулоқнинг умумий бушлиқ яратиш ва тимпанопластика жарроҳликдан сунги даврдаги эшитиш фаолияти*	**48**
Агзамова Г.С., Юсупова С.Р., Ражабов Д.Б., Каршибоев Ж.Б., Курбонмуродова Ф.Р. *Профилактика глухоты и тугоухости*	**49**
Аллаяров С.М. *Клинико-генетические особенности и современные подходы к комплексному лечению тимпаносклероза*	**50**
Арифов С.С., Авезов М.И. *Изучение слуха в раннем периоде легкой черепно-мозговой травмы*	**51**
Ахунджанов Н.А., Абдуллаев У.П., Джураев Ж.А., Соатов И.О. *Влияние гипотензивной терапии на вестибулярную функцию*	**53**
Ахунджанов Н.А., Абдуллаев У.П., Джураев Ж.А., Соатов И.О. *Состояние слуховой функции у больных с доинсультными цереброваскулярными расстройствами после лечения*	**54**
Болаткан А.К. Карымсакова С.Ж *Перспективы применения dwi-режима мрт в выявлении патологии среднего уха*	**55**
Болтаев Х.А. *Этиологическая классификация врождённых нарушении слуха*	**56**
Букенова Ж.К., Оразова Ғ.Ұ., Касенова Д.С. *Применимость анкет hhia-s и hhie-s в качестве скринингового инструмента*	**57**
Гасымов А.В., Джалилов Дж.С., Абилова Ф.А., Алиев Б.Ш., Гусейнова М.А. *Наш опыт лечения отогенного внутричерепного осложнения*	**59**
Гасымов А.В., Панахиан В.М., Абилова Ф.А., Суджаддинова А. Дж., Агалар С.А. *К вопросу поэтапного лечения периферического пареза лицевого нерва*	**60**
Демиденко Д.Ю., Воронов В.А. *Коллаборация отоневролога и лучевого диагноста в отоневрологии*	**61**
Жафаров М.М., Жафаров М.М., Мамасолиева Н. *20-летний опыт в микротии*	**61**
Жафаров М.М., Жафаров М.М., Мамасолиева Н. *Осложнения при реконструкции микротии*	**62**

Иноятова Ф.И., Наджмутдинова Н.Ш., Маджитова Д.Ш., Махмудов М.У., Нуриддинова Д.Х., Абдукамилова М.М. *Влияние бимодальной стимуляции кохлеарного импланта и слухового аппарата на слухо-речевое развитие у детей*	**63**
Иноятова Ф.И., Наджмутдинова Н.Ш., Нуриддинова Д.Х., Маджитова Д.Ш. *Этиологические факторы и структура нарушений слуха у пациентов*	**64**
Каримова Н.А., Саттарова М.Г., Рустамбекова К.Б., Якубова Д.О., Хасанов У.С., Вохидов У.Н., Эргашев А.Р., Азизкулов Т.М. *Результаты вестибулярного скрининга лиц пожилого возраста в рамках программы «достойная старость»*	**65**
Кобилова Ш.Ш., Умриллоев Л.Г., Умруллаева Ж.Г. *Совершенствование диагностики и реабилитации кохлео-вестибулярных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 1 типа*	**66**
Лутфуллаева Г.У., Мингбоев А.А., Шерқобилов Ж.Ш., Худойбердиев Ж.Б. *Қандли диабет 1-тури билан касалланган беморларда эшитиш ва вестибуляр функцияларни ташхислаш усулларини такомиллаштириш*	**67**
Маматова Т.Ш., Хушбаков А.Ч., Пардаев Д.Э. *Аномалии развитие среднего уха (случай из практики).*	**68**
Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А., Махмудов М.У., Мансурова С.А. *Диагностические возможности при отсутствии или дефекте кохлеарного нерва в системе кохлеарной имплантации*	**69**
Мухитдинов У.Б., Каробоева У.Э., Султанов У.Р. *Клиническое наблюдение врожденной холестеатомы среднего уха у детей*	**70**
Наджмутдинова Н.Ш., Каримов Ж.С., Маджитова Д.Ш. *Влияние изменения чувствительности микрофона и пороговых уровней стимуляции речевого процессора sonnet - 2 на разборчивость речи у детей младшего школьного возраста*	**71**
Наджмутдинова Н.Ш., Холматов А.Д., Рашидов Х.Х. *Оптимальные способы закрытия донорского дефекта бедра при пластике врождённых аномалий уха у детей*	**72**
Нормирова Н.Н. *Состояние звукопроводящего аппарата среднего уха у лиц шумовых профессий по данным тимпанометрии*	**73**
Нурмухамедова Ф.Б., Нуриддинов Х.Т. *Сравнение эндоскопической и микроскопической тимпанопластики с использованием хряща-бабочки: систематический обзор и оценка сравнительной эффективности*	**74**
Орифов С.С., Арифов С.С., Омонжонов Х.С. *Проявления шума в ушах у больных метоболическим синдромом*	**75**
Панахиан В.М., Гасымов А.В., Гасымов Дж.Л., Абилова Ф.А., Гусейнова М.А., Гурбанов Р.Я. *Временные парезы лицевого нерва при мастоидектомии*	**76**
Пустовит О.М., Егоров В.И. *Перилимфатические фистулы окон лабиринта. наш опыт лечения*	**78**
Расулов А.Б. *Анализ эффективности программы неонатального скрининга слуха*	**79**
Расулов А.Б. *Эффективность объективных методов исследования слуха у маленьких детей*	**81**
Расулова К.А. *Оптимизация диагностики кинетозов у детей*	**83**
Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Рахимзода Ш.Ш. *Состояние слуховой функции у детей с врождённой расщелиной нёба.*	**84**
Вохидов У.Н., Сайфуллаев У.Д.	**85**

Роль поливалентного бактериофага в повышении эффективности терапии хронического гнойного среднего отита	
Урунбаева М.Г., Махмудназаров М.И. *Характер тугоухости у больных с туберкулёзом костно-суставного аппарата и её профилактика*	**86**
Усманова Н.А., Махкамова Н.Э. *Комплексная диагностика дисфункции слуховой трубы у детей: клинико-инструментальный подход*	**87**
Хасанов У.С., Абдуллаев У.П., Ахунджанов Н.А., Джураев Ж.А., Соатов И.О. *Ўткир сенсоневрал заифлиги клиник кечишида il-1β ва vegf-a цитокинлари аҳамияти*	**88**
Хатамов Ж.А. *Плазмаферез в комплексном лечении осложненных форм хронических гнойных средних отитов*	**89**
Хоров О.Г., Плавский Д.М., Рыженкова Т.И. *Оценка «хрящевой» тимпанопластики*	**90**
Хоров О.Г., Сак В.Н., Никифорова Е.К. *Оценка свойств тампона из целлюлозы для послеоперационной тампонады уха*	**92**
Эргашев У.М., Тожибаев З.Н., Қосимов О.Қ., Низомов О.Ш. *Эффективность комбинированного подхода при тимпанопластике у пациентов с устойчивой дисфункцией слуховой трубы*	**93**
Эргашев У. М., Журакулов С. З. *Эффективность применения различных ушных протезов у больных хроническим средним отитом*	**94**
Эргашев А.Р. *Сравнительная характеристика различных методов лечения посттравматической перфорации барабанной перепонки*	**94**
Эркинова К.Ф. *Оптимизация диагностики различных форм вестибулярных дисфункций*	**96**
Эшниёзов Б.К., Карабаев Х.Э. *Особенности клинического течения рецидивирующего острого гнойного среднего отита у детей раннего возраста*	**97**
Юсупова С.Р., Хасанов У.С. *Ташқи ва ўрта қулокни туғма нуқсонлари бор болаларда эшитув реабилитациясини такомиллаштириш*	**98**
II BOB. BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARI KASALLIKLARI	
Abdullayeva N.N. *Surunkali odontogen gaymoritlarni jarrohlik davolash usullari samaradorligini qiyosiy baholash*	**100**
Abdurasulov A. *Sinusitda antibiotik terapiya: zamonaviy yondashuvlar*	**100**
Arifov S.S., Ulmasov B.B. *Burun yondosh bo'shliqlari tabiiy yo'lining bloklanishi bilan kechuvchi o'tkir rinosinusitda pulsatsiyalanuvchi ingalyatsiya terapiyani qo'llash*	**101**
Arifov S.S., Ulmasov B.B. *O'tkir rinosinustda burun yondosh bo`shliqlari tabiiy yo`lining o`tkazuvchanligini noinvaziv usulda baholash*	**103**
Botirov Sh.R., Yakubdjanov D.D., Daminov F.A. *Yuqori jag' bo'shlig'ini pastki burun yo'li orqali endoskopik antrostomiya: surunkali (shu jumladan, odontogen) gaymoritda samaradorlik.*	**105**
Botirov Sh.R., Yakubdjanov D.D., Oltiboyev U.R. *Pastki burun yo'li orqali endoskopik kirishning katta o'lchamli kistalar va qo'shaloq patologiyalar (septum deviasiyasi, polipoz) fonida natijalari.*	**106**
Ergashev U.M., Abdullayeva N.N., Ahundjanov N.O., Eshmamatov M.N. *Optimization of modern diagnostic methods for chronic rhinitis in pregnant women*	**106**
Eshmamatov M.N., Ahundjanov N.O. *Optimization of modern diagnostic methods for chronic rhinitis in pregnant women*	**108**
Karimova N.A., Ochilov J.F. ***Gipertrofik rinitlarni davolashda vazotomiya amaliyotining o'rni***	**108**

Lutfullayeva G.U., Umrullayeva J.G. *Modern approaches to the treatment of benign vascular tumors of the nasal cavity*	**109**
Mamatova SH.R., Kakhramonova I.I. *Assessment of the diagnostic value of ultrasonographic examination in pregnant patients with rhinosinusitis.*	**110**
Mirzayorova M.J., Axundjanov N.A. *Surunkali rinitni jarrohlik davosiga zamonaviy yondashuv*	**110**
Murodova S., Mahkamova N.E. *Allergik rinitlarni konservativ davolashning qiyosiy xarakteristikasi*	**111**
Nuriddinov H.N., Ochilov G'.G'. *Vazomotor rinitni kompleks tashxislashda zamonaviy yondashuvlar*	**112**
Nuriddinov H.N., Ochilov G'.G'. *Vazomotor rinitni davolashda fitoterapiya (romashka damlamasi)dan foydalanish ustunligi*	**112**
Nurov U.I., Nuriddinov H.N., Muzafarov N.N. *Surunkali rinosinusitni turli yosh davrlarida tashxislashda zamonaviy klinik-diagnostik yondashuvlar*	**113**
Radjabov A.H., Pardayev F.M. *Bolalarda surunkali rinosinusitni tashxislashda endoskopik rinoskopiyaning ahamiyati*	**114**
Raximova M.G'. *Yuqori lab va tanglay tug'ma kemtikli bolalarda burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlari patologiyasini endoskopik tashxislash*	**115**
Rejavaliyev Sh., Abdullayeva N.N. *O'tkir yallig'lanish kasalliklarida burun bo'shlig'ining kompleks davolashini optimallashtirishning ilmiy asoslari*	**116**
Shamsiev D.F., Ismoilov I.I. *Changes in the rheological properties of blood in patients with rhinosinusitis after coronavirus infection*	**118**
Shaynazarov M. F., Azimov J. Sh., Jamshidov F. J. *Long-term evaluation of septoplasty outcomes in nasal septum deformities*	**119**
Sultonov D.M., Vohidov U.N. *Immunological and allergic pathways in chronic polypoid rhinosinusitis*	**120**
Suyunova D., Shaumarov A.Z. *Vazotomiya amaliyotidan keyingi holatlarda burun bo'shlig'i shilliq qavatining regeneratsiyasini tezlashtirish usullari*	**121**
Suyunova D., Shaumarov A.Z. *Vazotomiyadan keyin shilliq qavat regeneratsiyasini tezlashtirish usullari*	**122**
Tursunov H.R., Botirov A. *Clinical and functional evaluation of the nasal mucosa in chronic rhinosinusitis*	**123**
Yakubdjanov D.D., Hamrayev Y.S. *Polipoz rinosinusitda endoskopik operatsiyadan keyin hid bilish buzilishining dinamikasi*	**124**
Yakubdjanov D.D., Hamrayev Y.S. *Polipoz rinosinusitda uzoq muddatli reabilitatsiya: hid mashqlari va budesonid irrigatsiyasining samarasi*	**126**
Абдуллаев Х.Н., Расулова Н.А. *Изменение периферической крови у больных детей с обструкцией носа*	**127**
Абдурахманова И.С., Шайхова Х.Э. *Эффективность септопластики с эндоскопической риносинусохирургией*	**129**
Агзамова Г.С., Джангиров Т.Г. *Лечение синуситов с применением поверхностно-активного антисептика мирамистина.*	**130**
Алибеков И.М., Межитов Р.Е., Окасов Р.Р., Коротина М.С., Петрякова Е.А. *Мукоцеле гайморовой пазухи - малоинвазивные методы лечения*	**131**
Алимова Д.Д. *Оценка клинико-эпидемиологических показателей и результатов эндоскопического хирургического лечения полипозных риносинуситов*	**132**
Амонов Ш.Э., Икрамов А.А. *Повышение точности диагностики острого верхнечелюстного синусита с использованием искусственного интеллекта*	**133**

Амонов Ш.Э., Икрамов А.А. *Эффективность использования искусственного интеллекта компании "артвижн" в диагностике острого верхнечелюстного синусита на рентгеновских снимках.*	**134**
Арифов С.С., Носиржонов М.А. *Психологический компонент формирования зависимости к сосудосуживающим препаратам при вазомтоторном рините*	**135**
Akhmedova Z.A. *Optimization of diagnosis and treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyps*	**136**
Бабаханов Г.К., Юсупов С.А., Абдуллаев Х.Н. *Роль лимфатической системы в патогенезе и клиническом течении риносинусогенных орбитальных осложнений*	**136**
Бобокулова Д.Ф. *Ўткир риносинуситнинг қиёсий характеристикаси*	**137**
Быков Ю.В., Беккер Р.А. *Хирургическая коррекция нарушения носового дыхания в терапии энуреза и тревожных расстройств у подростков*	**139**
Вохидов У.Н., Ражабов Д.Б. *Вирусли касалликлардан кейин ҳид билишнинг бузилиши бўлган беморларнинг даволашда интраназал кортикостероидларни қўллаш самарадорлигини баҳолаш*	**140**
Вохидов У.Н., Ражабов Д.Б. *Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларида ҳид билишнинг бузилиши.*	**141**
Гасымов А.В., Панахиан В.М., Абилова Ф.А., Алиев Б.Ш. *Хирургический подход при лечении внутричерепных осложнений*	**143**
Далиев А.Г., Тухтасинов Н.Н. *Совершенствование лечения хронического риносинусита у детей с врожденными пороками сердца*	**144**
Далиев А.Г., Тухтасинов Н.Н. *Частота встречаемости хронического риносинусита у детей с врождёнными пороками сердца*	**146**
Джалилов Дж.С., Панахиан В.М., Гасымов А.В., Абилова Ф.А., Суджаддинова А.Дж. *Способ улучшения носового дыхания при хроническом гипертрофическом рините*	**147**
Егоров В.И., Кочнева А.О. *Хирургия вазомоторного ринита*	**148**
Ёқуббоев Б.Р. *Эндоскопик текширув усулининг полипоз риносинусит билан оғриган болаларда қўлланилиши*	**149**
Ёқуббоев Б.Р. *Полипоз риносинуситларни ташхислашда lund-mackay ва lund-kennedy шкалаларининг аҳамияти*	**150**
Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Холбоев М.А., Рустамов А.А., Мустафоев Ж.У. *Комплексное лечение больных с папилломами носа и придаточных пазух*	**151**
Лутфуллаев Ғ.У., Рузиев Ж.Б. *Полипоз риносинуситни даволашда замонавий концепциялар*	**152**
Лутфуллаева Г.У., Умруллаева Ж.Ғ., Умриллоев Л.Ғ., Авалбоев Т.Ш., Убайдуллоев Д.У., Мирзаев Э.М. *Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир хосилаларини эрта ташхислаш ва комплекс даволаш усулларини такомиллаштириш*	**153**
Мадаминова Н.Э., Каримова З.Х. ***Диагностическое и прогностическое значение микробиома при хроническом риносинусите***	**154**
Мадаминова Н.Э. *Роль микробиома носовой полости при хроническом риносинусите: особенности диагностики и лечения*	**155**
Мальцева Е.А. Куренков А.В., Владимирова Т.Ю. *Возможность применения обонятельных тренировок у пациентов с хроническим риносинуситом и нарушением обоняния*	**155**
Маматова Ш.Р., Кахрамонова И.И., Юсупов Ж.Б. *Терапевтические стратегии при остром риносинусите у детей раннего возраста.*	**157**

Матмуротов З.С., Каршибоев Ж.Б. *Преимущества эндоскопической риносинусохирургии перед радикальными методами в лечении патологий околоносовых пазух*	**157**
Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д., Туйдиев Ш.Ш. *Риноскопическая и рентгенологическая картина больных с сочетанной патологией носа и околоносовых пазух*	**158**
Махмудназаров М.И., Назаров З.Х. *Метаболизм кальция и фосфора у детей с деформацией носовой перегородки*	**160**
Махмудназаров М.И., Розикзода Л.А., Худойбердиев Ч.Н. *Изменение микрофлоры верхнечелюстной пазухи на фоне антибактериальной терапии*	**161**
Махмудов Ш.М., Ражабов А.Х. *Атрофик ринит билин касалланган беморларда С-реактив оқсил даражаси*	**162**
Машуров А.Ш. Джандаев С.Ж.*Современные представления о сложной анатомии носа и её значении в ринопластике*	**163**
Муминов С.Х., Амонов Ш.Э. *Состояние вегитативной нервной системы у болных с вазомоторным ринитом на фоне тиреотокискоза*	**164**
Назаров Ж.И., Арифов С.С. *Мавсумий аллергик ринитнинг турли даврларида ҳаёт сифатини қиёсий тахлили*	**165**
Нарзуллаев Н.У., Умаров У.Н. *Назонекс в лечении аллергических ринитов у детей*	**166**
Нарзуллаев Н.У., Умаров У.Н. *Применение интраназальных кортикостероидов в лечении аллергического ринита у детей*	**167**
Носиржонов М.А. *Психологический компонент формирования зависимости к сосудосуживающим препаратам при вазомтоторном рините*	**167**
Нуров У.И., Бобокулова Д.Ф. *Фитотерапия острых риносинуситов с позиций доказательной медицины*	**168**
Нуров У.И., Нурова Г.У., Адилова Г.М. *Турли ёш тоифасидаги беморларда сурункали риносинуситларнинг клиник кечиши*	**169**
Нурова Г.У., Нуров У.И. *Сурункали риносинуситда ёшга боғлиқ ҳолда риноманометрия натижаларининг таҳлили*	**170**
Панахиан В.М., Гасымов А.В., Абилова Ф.А., Гасымов Дж.Л. *Выбор хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух*	**171**
Панахиан В.М., Гасымов А.В., Абилова Ф.А., Гасымов Дж.Л. *Радиоволновая хирургия при септопластике*	**172**
Рахимзода Ш.Ш., Давронзода М.Д., Саидова Ф.Ф. *Оптимизация комплексной диагностики и хирургической коррекции травм носа.*	**174**
Рахимзода Ш.Ш., Саидова Ф.Ф., Шерматов З.Т. *Эффективность применения цифровых технологии при ринохирургических вмешательст после травмы носа.*	**175**
Рахимзода Ш.Ш., Шерматов З.Т., Сунатуллои Х.А. *Современный подход к диагностике болных с повреждением носа*	**176**
Рузикулова Ю.Б., Нуров У.И. *Клинические особенности течения искривлений носовой перегородки у детей с преморбидным фоном*	**177**
Солодовникова Н.Г., Плавский Д.М., Карпович Н.В., Ситько А.А., Мятлева И.Г. *Клиника, диагностика и хирургическое лечение патологии слезоотводящей системы*	**178**
Тулебаев Р.К., Мухамадиева Г.А., Аженов Т.М. *Местный аллергический ринит в казахстане*	**180**
Умаров У.Н., Нарзуллаев Н.У. *Тажрибада аллергик ринитни ўтказиш услуби*	**182**

Умаров У.Н., Нарзуллаев Н.У. *Оториноларингология стационарида даволанган болаларда аллергик ринитни учраши*	**182**
Хаджимухамедов Ш.Б. *Комплексный подход в FESS при полипозном риносинусите.*	**183**
Хайдарова Г.С., Хакимов И.С., Хакимова Ш.Б. *Динамика назального воспаления и симптоматики после септопластики в зависимости от протокола ведения*	**184**
Хайитов А.А. *Эффективность конусно-лучевой компьютерной томографии при диагностике кист верхнечелюстных синусов*	**184**
Хасанов С.А., Бабаханов Г.К., Бобохонов М.Г., Аймухамедов А.И. *Частота встречаемости шипов и гребней носовой перегородки*	**185**
Хасанов У.С., Абдурахимова Ш.С. *Гипертрофик ринитни даволашда қайтмас электропорация усулининг самарадорлигини баҳолаш*	**186**
Хасанов У.С., Матмуротов З.С., Каршибоев Ж.Б. *Современные подходы к лечению, направленному на устранение осложнений эндоскопического эндоназального вмешательства*	**188**
Хасанов У.С., Рахимов Ж.М. *Дакрицисториностомияда propel воситасини қўллаш самарадорлигини баҳолаш*	**189**
Хасанов У.С., Хайитов О.Р. *Ринопатологиянинг миянинг гемодинамик бузилишлар патогенезида роли*	**190**
Хисамов А.Т. *Техника наложения швов при асимметрии кончика носа: 8 – образный шов и шов с двойным захватом носовой перегородки.*	**191**
Шарипов С.С., Ўринов Т.Ш. *Эффективность выбора хирургического метода закрытия перфорации перегородки носа*	**192**
Якубов Р.Р., Шайхова Х.Э., Якубов Р.К. *Диагностика факторов гипоксии при патологии лор органов у детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава*	**193**
III BOB. HALQUM KASALLIKLARI	
Agzamxodjayev F.X. *Halqum murtagi gipertrofiyasini klinik namoyon bo'lishi*	**196**
Alieva M.U., Nadjmutdinova N.Sh., Abduqayumov A.A., Inoyatova F.I. *Disfoniyasi bolgan bolalarda laringeal jarrayasida keyin ovoz jitteri va shimmerning akustik parametrlarini tahlili*	**196**
Alieva M.U., Nadzhmutdinova N.Sh., Abdukayumov A.A., Inoyatova F.I. *Analysis of acoustic parameters of voice jitter and shimmer in children with dysphonia after laryngeal surgery*	**198**
Arifov S.S., Agzamxodjayev F.X. *Halqum murtagi gipertrofiyasini turli yosh guruhli bemorlarda klinik kechishi*	**199**
Artikova D.T. *Surunkali tonzillitni konservativ davolash tajribasi*	**200**
Ashurova D.D., Ashurov A.A., Xojisalayev X.A., Nosirov R.Q. *Allergiyali bolalarda adenoid vegetatsiyasi: davolash strategiyalari*	**201**
Avezov M.I., Matkarimov M.Y., Yusupov A.M. *Lor amaliyotda kam uchraydigan xolat. (bo'yinning o'ng yon sohasi yot jismi).*	**202**
Mahmudov A.R., Makhamadaminova Sh.A. *Bir tomonlama ovoz boylami parezi/paralichi bo'lgan bemorlarda davolash samaradorligini oshirish*	**204**
Makhamadaminova Sh.A., Halmuradov M. *Hiqildoq va xalqum papillomatozini davolashning zamonaviy usullari*	**205**
Makhmadaminova Sh.A., Khusnitdinov R.A. *Effectiveness of botulinum toxin in the treatment of spasmodic dysphonia*	**206**
Maxamadaminova Sh.A., Ismoilov M.J. *Qaytalanuvchi yuvenil respirator papillamatozda tizimli immunoterapiya*	**208**

Mirzatillayeva M.A., Bakiyeva Sh.X. *Clinical and functional features of diagnosis and treatment of chronic tonsillitis*	**211**
Nishonboev L.S., Xasanov A.I., Shukurov Z.I. *Og'iz bo'shlig'i maxalliy tarqalgan saratonida kompleks davolashning yangicha yondashinuvi.*	**212**
Radjabov A.H., Pardayev F.M., Shodiyev J.A. *Turli yoshdagi bolalarda surunkali rinosinusitning tarqalish darajasi va klinik belgilari*	**212**
Rasulova N.Sh., Haydarova G.S., Xodjayeva D.M. *Hiqildoqning o'simtasimon kasalliklarida hiqildoqning akustik tahlili*	**214**
Rasulova N.Sh., Xaydarova G.S. *Hiqildoq ovoz boylamlari kista va tugunlarining tashxislashni takomillashtirish*	**215**
Shamsiev Dj.F., Tastanova G.E., Abdusamatova I.I. *Influence of nasopharynx obstruction and adenotonzillary system hypertrophy on changes in chefface proportions in children*	**216**
Shamsiev D.F., Sultonov D.M., Rajabov D.B., Jurakulov S.Z. *Occupational daytime working schedules as a risk factor for obstructive sleep apnea in office-based employees*	**217**
Shaumarov A.Z., Djurayev J.A. *Morphological features in different forms of chronic tonsillitis*	**217**
Shaumarov A.Z., Djurayev J.A. *Comprehensive treatment of patients with different forms of chronic tonsillitis*	**218**
Sultonov D.M., Kyu-Sung Kim, Young Hyo Kim, Hyelim Park. *Therapeutic potential of intermittent hypoxia in mitigating allergic rhinitis and asthma via mapk pathway modulation*	**218**
Uktamov D.Sh. *Endoskopik sheyver adenotomiyasi: zamonaviy yondashuvning afzalliklari*	**219**
Абдуллаева Н.Н., Фархатов М.Б. *Реконструкция дефектов гортани: обзор современных методов*	**219**
Алиева М.У., Наджмутдинова Н.Ш., Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И. *Анализ акустических параметров голоса джиттер и шиммер у детей с дисфонией после опрерации на гортани*	**220**
Ашурова Д.Д., Джамбекова Г.С., Ашуров А.М. *Аденоидная вегетация и аллергия*	**222**
Болаткан А.К., Карымсакова С.Ж. *Реабилитация после микрохирургии гортани: методы восстановления голосовой функции и улучшения качества жизни после операций на гортани*	**223**
Быков Ю.В., Беккер Р.А. *Устранение обструкции верхних дыхательных путей как поворотный момент в лечении резистентной депрессии: клиническое наблюдение*	**224**
Быков Ю.В., Беккер Р.А. *Клиническое наблюдение: роль санации хронического очага в области верхних дыхательных путей в терапии резистентного орофациального невропатического синдрома*	**225**
Вохидов У.Н., Шерназаров О.Н. *Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмаларида овоз функциясини акустик баҳолашнинг клиник аҳамияти*	**226**
Гасымов А.В., Панахиан В.М., Абилова Ф.А., Гусейнова М.А. *Целесообразность проведения абсцесстонзиллэктомии по данным нашей клиники*	**228**
Егоров В.И., Беляева А.П. *No-терапия в послеоперационном ведении пациентов с паратонзиллярным абсцессом.*	**229**
Егоров В.И., Беляева А.П. *Наш взгляд на проблему хирургического лечения ронхопатии.*	**230**
Инкина А.В. *Деканюляция пациентов.*	**232**

Инкина А.В. *Применение биопластического материала «экофлон» в реконструктивной хирургии гортани и трахеи*	**233**
Инкина А.В. *Выбор оптимального режущего инструмента в реконструктивной хирургии гортани и трахеи.*	**234**
Казимов Б.Б., Хамракулова Н.О. *Роль анамнестических факторов vegf-a в диагностике и прогнозе ангиофибромы носоглотки*	**235**
Калиолдина Д.С., Тогузбаева Д.Е. *Оценка эффективности и безопасности применения голубого лазера при доброкачественных новообразованиях гортани*	**236**
Карабаев Х.Э., Низамова Э.С., Улугов Ж.Т. *Тонзиллэктомия методом термального велдинга: особенности операционного и послеоперационного периода*	**237**
Қосимов Қ.Қ., Усманова Н.А. *Паратонзилляр абсцессни учраш частотасини тизимли таҳлили*	**238**
Маматова Т.Ш., Махамадалиев Э.Ю., Тухтапулатов А.Б. *Оптимизация диагностики и лечение паратонзиллярного абсцесса у детей*	**239**
Маматова Ш.Р., Уракова У.Э. *Особенности лечения хронического тонзиллита у детей дошкольного возраста*	**240**
Махамадаминова Ш.А., Шарипов У.А. *Роль коллагенотерапии при хронических стенозах гортани и трахеи*	**240**
Махамадаминова Ш.А., Исмоилов М.Ж. *Бевацизумаб (авастин) в лечении рецидивирующего респираторного папилломатоза с поражением голосовых складок: целенаправленный клинический обзор*	**242**
Махамадаминова Ш.А., Эргашева Н.И. *Акустический анализ голоса пациентов с узелками голосовых связок*	**243**
Муминов Л.Л. *Клинические особенности течения хронического фарингита на фоне ларингофарингеального рефлюкса*	**245**
Наджимутдинова Н.Ш., Алиева М.У. *Диагностические особенности ювенильного респираторного рецидивирующего папилломатоза*	**246**
Нуров У.И., Икрамова Ф.С., Алимова Ш.А. *Эффективность настойки прополиса в терапии хронического аденоидита у детей*	**246**
Нуров У.И., Икрамова Ф.С., Алимова Ш.А. *Сурункали аденоидит билан оғриган болаларда бурунҳалқум микробиоти*	**248**
Саломов Қ.М. *Овоздаги ўзгаришлар билан намоён бўладиган ҳиқилдоқнинг хавсиз ўсмаларини замонавий ташхисоти*	**248**
Саломов Қ.М. *Хиқилдоқда учрайдиган хавсиз ўсмаларни замонавий ва комплекс даволаш*	**249**
Содикова М.Б., Исматова.К.А. *Фарингомикоз лечение и профилактика*	**250**
Хайдарова Г.С., Каримова М.Д. *Современная диагностика одностороннего пареза гортани после струмэктомии*	**251**
Хайруддинова З.Р., Хайдарова Г.С. *Особенности выбора антисептика при лечении хронического фарингита на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни*	**251**
Халилова М.З., Хайдарова Г.С. *Современные аспекты лечения и реабилитации больных при раке гортани*	**252**
Харибова Е.А., Мелиев Ф.Б. *Реактивные изменения в структурах стенки трахеи и главных бронхов при моделированном ревматоидном артрите*	**254**
Хасанов У.С., Камилов Х.Б. *Ҳалқум муртагининг яллигланиш касалликларини даволашда риножермина дори воситасининг самарадорлиги*	**255**
Хасанов У.С., Худойберганов У.Р. *Оролбўйи минтақасида аденоид вегетацияси бўлган болаларда ёндош касалликларнинг учраши*	**255**

Хасанов С.А., Арифов С.С., Хасанов У.С., Хасанов А.А., Бабаханов Г.К., Алланиязов С.Н. *Комплексное лечение острого тонзиллита (ангин)*	**256**
Шамсиев Д.Ф., Абдусаматова И.И. *Влияние нарушения носового дыхания на морфологию аденотонзиллярной системы*	**258**
Эгамбердиева З.Д. *Сравнительная оценка эффективности коблационной и классической тонзилэктомии у детей с хроническим тонзиллитом, сочетанным с тикозными гиперкинезами*	**259**
Эргашев У.М. *Тонзиллэктомия жаррохлик амалиётида гемостатикларни қулланиши*	**261**
IV BOB. YUZ-JAG' SOHASI KASALLIKLARI	
Shomurodov K.E., Igamova S.Z. *Pericoronitis in the structure of maxillofacial diseases and analysis of key aspects of treatment*	**263**
Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S., Idiev O.E., Azimov I.M. *Evaluation of graft revascularization following soft tissue augmentation*	**264**
Дусмухамедов Ш.М., Юлдашев А.А., Дусмухамедов М.З. *Применение компрессионно-дистракционного остеосинтеза в челюстно-лицевой хирургии*	**265**
Дусмухамедов Ш.М., Юлдашев А.А., Дусмухамедов М.З. *История развития дистракционного остеосинтеза*	**266**
Инкина А.В. *Пластика дефектов кожи с использованием биопластического материала гиаматрикс*	**267**
Курбанов Ё.Х., Нормуратов Б.К., Хайитмуродов Д.Э. *Гнойно-некротические осложнения в челюстно-лицевой области у пациентов с постковидным синдромом: клинические и патогенетические аспекты*	**268**
Курбанов Ё.Х., Хайитмуродов Д.Э., Джураев Ж.А., Шакиров А.А. *Клинические особенности поражений челюстно-лицевой области при гранулематозе вегенера: междисциплинарный подход к диагностике и лечению*	**269**
Курбонов Ё.Х., Нормуратов Б.К., Шакиров А.А. *Гнойно-некротические поражения челюстно-лицевой области у пациентов с онкогематологическими заболеваниями: особенности клинического течения и тактики ведения*	**270**
Курбонов Ё.Х., Хайитмуродов Д.Э., Джураев Ж.А., Шакиров А.А. *Клинические особенности гнойно-некротических процессов в челюстно-лицевой области у пациентов с системным полиангиитом*	**271**
Курбонов Ё.Х., Шакиров А.А., Нармуратов Б.К. *Связь между тромбозом кавернозного синуса и ишемическим инсультом*	**272**
Мусаев Ш.Ш., Шомуродов К.Э. *Роль конусно-лучевой компьютерной томографии в диагностике переломов мыщелкового отростка нижней челюсти*	**272**
Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Бобосафарова М.А. *Влияние анатомических нарушений при расщелинах нёба на частоту респираторных заболеваний у детей.*	**273**
Сулайманов Д.А., Хасанов А.И. *Пастки жағ сохасида учрайдиган ноэпителиал хавфли ўсмаларини ёшига ва жинсига нисбатан тахлили.*	**274**
Тошпулатов Б.Б., Шомуродов К.Э. *Современный подход к лечению пациентов с переломами нижней челюсти*	**275**
Шамсиев Д.Ф., Ходжаева Н.Х. *Тиш кариеси бўлган беморларда сурункали тонзиллитда микробиологик ҳолатни баҳолаш*	**276**
Шомуродов К.Э., Шерматова К.Х. *Вторичная лимфедема челюстно-лицевой области и противоотечная терапия при помощи кинезиотейпов: обзор литературы*	**277**

Шомуродов К.Э., Гизатуллина А.М. *Современные аспекты генетической предрасположенности к тяжелому течению гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых пациентов*	**279**
Шомуродов К.Э., Латипова Д.И. *Мониторинг частоты встречаемости новообразований околоушной слюнной железы и точность их диагностики*	**280**
Шомуродов К.Э., Набиев Р.Х. *Микробиологический фон при местном применении пробиотика в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области*	**282**
V BOB. OTORINOLARINGOLOGIYA VA BOSH-BO'YIN JARROHLIGINING UMUMIY MUAMMOLARI	
Esamuratov A.I., Yusupov A.M., Matkarimov M.Y., Avezov M.I. *Urganch temir yo'l shifoxonasi lor bo'limida otorinolaringologik kasalliklar uchrash darajasi.*	**285**
Mirzaqandov E.E. *Tibbiy ta'lim talabalarini intensivlik asosida mutaxassislik ko'nikmalarini rivojlantirish*	**286**
Sultanov D.M. *Spaceflight-induced alterations in immune function: mechanisms and health implications*	**287**
Алибеков И.М., Абдулкеримов Х.Т., Дарвин В.В., Пилипенко А.А. *Оториноларингологическая патология в ханты-мансийском автономном округе-югра и современные методы лечения*	**288**
Алибеков И.М., Дарвин В.В., Краснов Е.А., Мирзакадиев А.А. *Оториноларингологическая высокотехнологическая помощь в бу-хмао-югра «сургутская окружная клиническая больница»*	**290**
Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О. *Эффективность молекулярно-резонансной хирургии в оториноларингологии*	**291**
Тулебаев Р.К., Мухамадиева Г.А., Аженов Т.М. *Современные инновации оториноларингологов города Астаны*	**293**
Зайдуллин А.Ш., Азимов Ж.Ш.*Современные подходы к выбору метода анестезиологического обеспечения при хирургических вмешательствах на лор-органах*	**294**
Зайдуллин А.Ш., Азимов Ж.Ш.*Эффективность применения ингаляционных глюкокортикостероидов при воспалительных заболеваниях лор-органов*	**295**

I BOB.
QULOQ KASALLIKLARI

SANOAT KORXONALARIDA SHOVQIN TA'SIRIDA ESHITISH QOBILIYATINING BUZILISHINI TASHXISLASH VA KORREKSIYA USULLARINI ISHLAB CHIQISH

Abidova D.K., Hasanov U.S.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Kirish: Sanoat korxonalarida yuqori shovqin darajasi ishchilarning salomatligiga sezilarli xavf tug'diradi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, uzoq muddatli shovqin ta'siri nafaqat eshitish sezgirligining pasayishiga, balki to'liq eshitish qobiliyatini yo'qotishga ham olib kelishi mumkin. O'zbekistonda ham bu muammo dolzarb bo'lib, ayniqsa ko'p miqdorda mexanik uskunalar ishlatiladigan ishlab chiqarish tarmoqlarida uchraydi.

Maqsad: Tadqiqotning asosiy zarurati — shovqin ta'sirida eshitish zaifligini erta aniqlash, samarali profilaktika va davolash usullarini ishlab chiqish hamda amaliyotga joriy etishdan iborat. Shovqin ta'sirida yuzaga keladigan eshitish buzilishlari odatda sensorinevral tabiatga ega bo'lib, bu ichki quloq va eshitish nervining zararlanishi bilan bog'liq. Kasallikning rivojlanishida shovqin intensivligi, chastotasi, ta'sir davomiyligi hamda individual sezgirlik omillari muhim rol o'ynaydi. Dunyo miqyosida audiometriya, timpanometriya, o'toakustik emissiya (OAE) va eshituv miya pog'onasi javoblari (BERA) kabi zamonaviy diagnostika usullari keng qo'llanadi.

Materiallar va usullar: Tadqiqot 2022–2025 yillarda Toshkent shahridagi "Craffers" xususiy sanoat korxonasida o'tkazildi. Jami 456 nafar ishchi (shovqinli va shovqinsiz bo'limlardan) hamda 40 nafar nazorat guruhi a'zosi qatnashdi. Ishtirokchilar shovqin darajasi va ishlab chiqarish muhiti sharoitiga ko'ra to'rt guruhga ajratildi:

1. Shovqin me'yorida — 144 ishchi.
2. Yuqori shovqin — 154 ishchi.
3. Shovqin + vibratsiya — 137 ishchi.
4. Nazorat guruhi (shovqinsiz) — 50 ishchi.

Shovqin darajasi TES-1358 shumometr orqali ISO 9612:2009 va GOST 23337-2014 standartlari asosida o'lchandi (Leq, Lmax, LAeq). Eshitish tekshiruvlari MAICO MA 42 klinik audiometri yordamida, 125–8000 Gts diapazonida amalga oshirildi. Qo'shimcha ravishda timpanometriya, DPOAE, BERA, SRT va WRS testlari o'tkazildi.

Natijalar: O'lchovlarga ko'ra, ishlab chiqarish bo'limlarining 70,4%ida shovqin darajasi 78–80,5 dB bo'lib, bu JSST tavsiyasidan (≤75 dB) yuqori. Eng yuqori maksimal shovqin "Marmelad" bo'limida (95 dB), eng past esa "Shokolad" bo'limida (57 dB) qayd etildi.

Eshitish zaifligi eng ko'p 36–45 yoshli ishchilarda aniqlandi. Umumiy statistikaga ko'ra:

- Sensorinevral eshitish zaifligi — 27%,
- Adgeziv o'rta otit — 20%,
- Surunkali o'rta otit — 13%,
- Surunkali rinosinusit — 10%,
- Otomikoz — 7%.

IQHV muntazam qo'llangan ishchilarda eshitish chegarasi o'rtacha 9,1 dB yaxshilandi, qo'llanmaganlarda esa 6,1 dB. Farmakoterapiya va IQHV birgalikda qo'llanganda simptomlar balli 7,3 dan 3,1 gacha pasaydi, quloq shovqini chastotasi 62% dan 28% gacha kamaydi ($p<0,001$).

Xulosa: Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, sanoat shovqini va vibratsiyasi uzoq muddat davomida eshitish qobiliyatiga sezilarli zarar yetkazadi. Tashxislashda audiometriya, timpanometriya, DPOAE va BERA kabi zamonaviy usullar kompleks qo'llanganda erta aniqlash samaradorligi oshadi. Shaxsiy himoya vositalari, ayniqsa IQHV, muntazam va to'g'ri qo'llanganda eshitish qobiliyatini saqlab qolish ehtimolini oshiradi. Ilmiy va amaliy jihatdan ishlab chiqilgan to'rt bosqichli model (xavf baholash – profilaktika – davolash – monitoring) sanoat ishchilarida kasbiy eshitish zaifligi xavfini 2,3 marta kamaytiradi.

ASSESSMENT OF THE CONDITION OF HEARING IN PATIENTS TAKEN BY OTOTOXIC CHEMICAL MEDICATIONS BASED ON PLATINUM

Arifov S.S., Bakhadirova I.B., Omonjonov X.S.

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Uzbekistan

Introduction: Hearing loss (hearing loss) is a pressing medical and social problem. This pathology is widespread throughout the world and all age groups of the population are susceptible to this pathology. Among the reasons for the increase in the number of deaf and hard of hearing people in many countries of the world are the increase in infectious diseases, especially influenza, the use of ototoxic drugs, the damaging effects of noise and vibration, including the widespread use of personal audio devices with unsafe levels of sound exposure, as well as noise exposure associated with professional activity.

Ototoxicity is the tendency of certain drugs/chemicals to cause functional impairment and cellular degeneration of the inner ear, particularly the neurons of the VII cranial nerve. The term "ototoxic" can be used to refer to any source of non-mechanical damage to the ear, including some drugs, many solvents, some heavy metals, and possibly some asphyxiants, however, ototoxicity is most often used in the context of clinical, drug-induced hearing loss or vestibular dysfunction. One such class of drugs that causes ototoxicity is cancer chemotherapeutic drugs. Malignant neoplasms have placed a huge burden on society and have been identified as the leading cause of death in both more and less economically developed countries. Cisplatin, in particular, is very widely used throughout the world due to its high efficacy, relatively low cost and availability. Cisplatin is a well-known ototoxic agent, often leading to permanent, bilateral and sensorineural hearing loss.

The purpose of the study: Carrying out primary prevention of hearing impairment based on monitoring the state of hearing during chemotherapy with platinum-based medications.

Materials and methods: The collection of clinical material was carried out in the Tashkent regional branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology**.** A comprehensive examination of 126 patients aged 30 to 60 years (average age 48.1±1.1 years) was carried out. Among them, there were 61 (48.5%) females and 65 (51.4%) males. Among the patients, there was no significant difference between males and females. The average age of the observed men was 50.2±1.7 years, women – 48.3±1.2 years. The main group consisted of 74 patients who received courses of chemotherapy that included the drug cisplatin + glutathione for the primary prevention of acute neuronal disease.

The comparison group was formed from 52 patients who received courses of chemotherapy including the drug cisplatin, without primary prevention of acute vascular tumors.

For all patients, after each course of chemotherapy with drugs containing platinum, the following research methods were used: study of complaints, collection of patient anamnestic data, assessment of the condition of organs and body systems, otoscopy, endoscopic rhinoscopy and pharyngoscopy, acumetry, pure tone threshold audiometry. All patients underwent a baseline hearing assessment before starting cisplatin chemotherapy. The drug Glutathione was prescribed as an otoprotector; its use was not the basis for making corrections to the recommendations of the oncologist.

Results and discussion: In the main group, after the first course of chemotherapy, 10.8% of the total number of patients complained of noise, of which 75% had it on one side and 25% had it on both sides. In 75% of patients the noise was constant, in 25% it was periodic. In all of them it had a high-frequency character. In the comparison group, 19.2% of patients reported tinnitus, of the total number in 62.5% it was bilateral and high-frequency, in 37.5% the noise was unilateral. Complaints of subjective hearing loss in the main group were made by 9.4% of patients, the number of such patients in the comparison group was 17.3%.

After completing the second course of chemotherapy, the number of patients complaining of noise and subjective hearing loss in the main group against the background of primary prevention with glutathione was 13.5% and 10.8%, respectively. The indicators in the comparison group were higher; patients with tinnitus accounted for 21.1% and with hearing loss 19.2%.

After the third course of chemotherapy in the main group, positive dynamics were noted, only 9.4% of patients complained of tinnitus and 8.1% of patients noted subjective hearing loss. In the comparison group, the number of patients with tinnitus was 26.9% and with hearing loss 23.1%.

Complaints of tinnitus after the fourth course of chemotherapy in the main group against the background of preventive treatment were made by 8.1%; in the comparison group, the number of patients with tinnitus was 28.8%. Subjective hearing loss was observed in 8.1% of patients in the main group and 25% of the comparison group.

After the final, fifth course of chemotherapy in the main group, 8.1% of patients complained of tinnitus and 6.7% of patients had a feeling of hearing loss, while the figures in the comparison group were higher and amounted to 28.8% and 26.9 % respectively.

According to a hearing study using live speech and tuning forks, the rates of hearing loss according to the type of sound perception impairment in persons of the main group were in the range of 8.1-10.8%. The indicators in the comparison group were higher and amounted to 19.2-28.8%, they tended to progress. Pure-tone threshold audiometry after the first course of chemotherapy revealed an increase in sound perception thresholds in 10.8% of patients in the main group. After the second and third courses of chemotherapy, this figure was 13.5% and 17.5%, and at the end of the fourth and fifth courses of chemotherapy it was 20.2% and 22.9, respectively. In the comparison group, pure-tone threshold audiometry also revealed varying degrees of hearing loss according to the type of sound perception impairment. After the first and second courses of chemotherapy, an increase in air and bone conduction thresholds was observed in 19.2% and 25% of patients; after the third, fourth and fifth courses of chemotherapy, these indicators increased and were equal to 34.6%, 38.8% and 44.2 % respectively. When conducting a comparative assessment of the average values of pure tone threshold audiometry in the study groups, statistically significant results were obtained at speech and high (1000, 2000, 4000, 6000, 8000 Hz) frequencies after each course of chemotherapy.

The results of an audiological assessment of the condition of the hearing organ in patients taking platinum-based chemotherapy drugs can be summarized as follows:

- the earliest and most persistent symptom of hearing disorders is the appearance of tinnitus, which was most often bilateral and high-frequency;
- in the comparison group, degree I hearing loss predominated;
- in the comparative group, in comparison with the main group, hearing loss of the second degree was recorded, and in the main group, high-frequency sensorineural hearing impairment was more common;
- in patients in the comparison group, the deviation of the analyzed parameters compared to the main group was more pronounced, between them a statistically significant difference was traced at frequencies of 4000, 6000, 8000 Hz according to tone-tone threshold audiometry;

Conclusions: In patients of both groups, while taking platinum drugs, hearing loss manifested itself as a type of sound perception disorder, with damage to the peripheral part of the auditory analyzer. The use of the drug glutathione in the main group had a positive effect on the outcome of the development of ototoxicity of platinum chemotherapy drugs, which cannot be said about the comparison group.

O‘ZBEKISTONDA JAROHATDAN KEYINGI QULOQ PARDASI PERFORATSIYASINI DAVOLASH IMKONIYATLARI

Ashurov A.A., Ashurov A.M.
Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi
Toshkent, O‘zbekiston

*Kirish***:** Jarohatdan keyingi quloq pardasi perforatsiyasi — bu mexanik, akustik yoki barotravmatik ta’sir natijasida quloq pardasining anatomiya yaxlitligi buzilishi bo‘lib, o‘z vaqtida tashxis qo‘yish va davolash yondashuvini talab qiladi. Agar parda o‘zi bilan bitib ketmasa, asosiy davolash usuli — bu autologik, allogen yoki biosintetik transplantatlar yordamida jarrohlik yo‘li bilan nuqsonni yopish hisoblanadi. Bu esa tovush o‘tkazuvchi funksiyani tiklashga, surunkali o‘rta otitning oldini olishga va bemorning nogironlik xavfini kamaytirishga yordam beradi.

Bugungi kunda quloq pardasining jarohat oqibatidagi perforatsiyasini davolashda bir qator istiqbolli usullar mavjud bo‘lib, ular orasida ilg‘or jarrohlik texnikalari, bioinjenerlik va regenerativ texnologiyalar mavjud.

Zamonaviy materiallar borgan sari biotuzuvchan, arzon va ishlatishda qulay bo‘lmoqda:

1. Gidrogelli plyonkalar (masalan, xondroitin sulfat yoki fibrin asosida) — vaqtincha parda teshigini yopib, to‘qimalarning regeneratsiyasini rag‘batlantiradi.

Nanotuzilgan membranalar — masalan, polikaprolakton yoki kollagen asosida ishlab chiqariladi va to‘qima o‘sishini rag‘batlantiradi.

Ipak asosidagi materiallar (ipak fibroini) — mustahkamligi va mosligi bilan ajralib turadi.

Bunday materiallar hatto ambulator sharoitda minimal invaziv miringoplastika uchun ishlatilmoqda.

2. O‘z to‘qimalarining regeneratsiyasini rag‘batlantirish — bu klassik operatsiyasiz bitishni tezlashtiruvchi usullar:

• Biomateriallar va sun’iy transplantatlar

• PRP (platelet-rich plasma) — ya’ni trombotsitlarga boy plazma, bevosita perforatsiya zonasiga qo‘llanadi

• Stam hujayralar terapiyasi — mezenximal hujayralarni perforatsiya zonasiga yuborish (hozircha tajriba bosqichida)

• 3D bosib chiqarish — ideal shaklga ega, biotuzuvchan shaxsiy quloq pardasi implantlari

• Antibakterial qoplamalar (masalan, kumush yoki antibiotikli), va boshqalar

Afsuski, bu ilg‘or texnologiyalarning aksariyati hozircha tajriba darajasida bo‘lib, mamlakatimizda qo‘llanilmayapti.

Tadqiqot maqsadi: Jarohatdan keyingi quloq pardasi perforatsiyalarini yopishning jarrohlik usulini takomillashtirish.

Materiallar va usullar: Biz 130 nafar bemorni kuzatdik, ularda perforatsiya 7 kundan oshmagan va quloq pardasining 25% dan ortiq qismini egallagan edi.

Asosiy guruhga 100 nafar bemor, taqqoslash guruhiga esa 30 bemor kiritildi.

Barcha bemorlarga umumiy klinik, laborator va otorinolaringologik tekshiruvlar, endoskopiya, mikrootoskopiya, audiometriya va vestibulometriya o‘tkazildi.

Natijalar: Asosiy guruhdagi 100 nafar bemorga antibiotik bilan ishlov berilgan maxsus bio plyonka qo‘llab, teshik yopildi. Plyonka tibbiy qog‘oz va Merocel bilan biriktirildi. Merocel 21 kun davomida o‘rnatilgan holda qoldirildi. Bemorlarga antibiotik va og‘riq qoldiruvchi dori-darmonlar (zarurat bo‘lsa) buyurildi, ammo quloq tomchilari qo‘llanilmadi.

Taqqoslash guruhidagi bemorlarga esa klassik usulda davolash: chetlarni yaqinlashtirish, tibbiy qog‘oz bilan fiksatsiya qilish, antibiotiklar, quloq tomchilari va zaruratda og‘riq qoldiruvchi vositalar berildi. 21 kundan so‘ng asosiy guruhda 93 nafar bemorda to‘liq bitish kuzatildi. Taqqoslash guruhida esa faqat 21 nafar bemorda 45 kundan keyin to‘liq bitish qayd etildi. 9 nafar bemorga doimiy perforatsiya sababli endoskopik yoki mikroskopik miringoplastika operatsiyasi o‘tkazildi.

Shunday qilib, antibiotik bilan ishlov berilgan bio plyonka va gemostatik gubka yordamida yopish — bitish vaqtini 2 baravar tezlashtiradi.

Shuni ta’kidlash kerakki, biz foydalangan materiallar mamlakatimizdagi har bir LOR shifokor uchun mavjud va qulaydir.

O’RTA QULOQ RADIKAL JARROHLIK AMALIYOTIDAN KEYINGI ASORATLARINI DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH.

Avezov M.I.

Urganch Davlat tibbiyot instituti, Urganch., O’zbekiston

*Kirish***:** Zamonaviy tibbiyotda otorinolaringologiya yo’nalishi rivojlanishi, xususan o‘rta quloq mikroxirurgiyasi xamda zamonaviy kimyoterapiya va antibakterial preparatlarning keng miqyosda qo‘llanishiga qaramasdan surunkali yiringli otitlarni jarroxlik yo‘li bilan davolash samaradorligi nisbatan pastl bo’lishi bilan birga asoratlarining ko’p uchrashi ushbu soxada yanada chuqur ilmiy-

amaliy izlanishlarni taqozo etadi. Ushbu kasallik bilan davolangan bemorlarning 25-35% otoxirurglar tomonidan o‘tkazilgan jarrjohik usulidan qoniqish xosil qilmayapdilar.

Ishning maqsadi: o’rta quloq radikal jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarini kompleks davolashni takomillashtirish

Tekshirish usullari va materiallari: Tadqiqot maqsadiga muvofiq va qo’yilgan vazifalarni amalga oshirish uchun o‘rta quloq jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarini kompleks davolash uslubini takomillashtirish maqsadida Xorazm viloyati ko’p tarmoqli tibbiyot markazi va TTA Urganch filiali klinikasi LOR bo’limida 2029-2024 yillarda o‘rta quloq radikal jarrohlik amaliyotilaridan keyin asoratlari bilan davolangan 18 yoshdan katta bulgan 55 nafar bemor jalb qilindi.

Olingan natijalar: Bemorlarning o’rtacha yoshi 43,8±6,1 bo’lib, shularning 23 nafarini erkak, 17 nafarini ayollar tashkil qildi. Erkaklarning o’rtacha yoshi 47,2±4,3, ayollarniki esa - 45,1±3,2 ga teng bo’ldi. Ushbu tadqiqotda erkaklar va ayollar 1,2:1 nisbatda uchradi. Bu holat kasallikning uchrashi haqidagi ilmiy adabiyotlardagi ma’lumotlarga mos keladi. Tadqiqotga jalb etilgan bemorlarda kasallikning muddatlari aniqlanganda, aksariyati bemorlar 4-9 yil muddatli vaqt oralig’ida kasalliklar ko’proq bo’lishi va kasallikning o’rtacha muddati 8,7±3,1 yildan iborat bo’ldi.

Tekshirish va davolash jarayoniga jalb qilingan bemorlarning barchasi nisbiy ravishda 2 guruhga ajratilgan xolda o‘rganildi. Asosiy guruh: o’rta otitning jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarini davolashda ana’naviy davo usuliga qo’shimcha ravishda Amoksitsillin+klavulanat kislota dori vositasi va fotodinamik lazeroterapiya qo‘llanilgan 40 nafar bemor; Nazorat guruh: o’rta otitning jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarini davolashda ana’naviy davo usuliga usulda davolangan 15 nafar bemor. Barcha bemorlar otorinolaringologik va klinik tekshiruvdan o‘tkazildi. Ularning shikoyatlari, o‘tkazgan qo‘shimcha kasalliklari, kasallik sabablari, kasallik chastotasi, xuruj rivojlanganligi, remissiya davomiyligi, oldin o‘tkazilgan davo muolajalari natijalariga e’tibor berildi. Klinik tekshiruv jarayonariga zaruriyat bo’lganda nevropatolog, terapevt, pediatr, neyroxirurg va okulist shifokor ko’riklaridan o‘tkazildi.

Otorinolaringologik tekshiruvlardan tashqi ko’rikda o‘tkazilgan jarrohlik amaliyotilari keyingi chandiq o‘rni, uning katta-kichikligiga, xajmiga, teri rangiga qizarish bor-yo‘qligi e’tiborga olindi va trepanasion bo‘shliq sohasi, bo‘yinning yuqori qismi, limfa tugunlari ham palpasiya qilib ko‘rildi. Tashqi eshituv yo‘lini ko’rilsh ya’ni otoskopiya qilinganda tashqi eshituv yolining tuzilishiga, devorlariga, tor va kengligiga, ajralma bor-yo‘qligiga e’tibor qaratildi.

Audiometriya va timpanometriya tekshirish jarayoni Xorazm viloyati ko’p tarmoqli tibbiyot markazi LOR bo’limi Surdolog xonasi MA31-Japan rusumli va TTA Urganch filiali klinikasida Amplivox rusumli apparatlarida tekshirishdan o’tkazildi. Umumiy bemorlarning 80% aralash tipdagi, 15 % da konduktiv va qolgan 5% sensonevral tipdagi eshitish pastligi aniqlandi.

Timpanometriya usuli xam quloq kasalliklarida ayniqsa o’rta quloq muammolarini aniqlashda muxim axamiyat kasb etadi. Timpanometriya tekshirishini o’tkazish orqali ekssudativ otitlarni, evstaxeyitlarni va nog’ora bo’shliq a’zolarining turli muammolarini aniq tarzda bilib olish imkonini beradi. Bemorlar ko’pchiligi TTA Urganch filiali klinikasida Daniya davlati Interacioustics firmasinig AT 295 rusumli Timpanometr uskunasida tekshiruvdan o’tkazildi. Tekshirish natijalari taxlil qilinganda umumiy bemorlarning 35 % Tip As, 20 % Tip B va 60 % Tip C xulosasi olindi.

Olingan tahlil natijalariga ko’ra o‘rta quloq radikal jarrohlik amaliyotlaridan keyin asoratlarni qo‘zish davrida bakteriyalar 72.5% umumlashgan holda uchradi, qaytalangan xolatlarda esa monoflora xolatida uchrashi 75,5% xolatda kuzatildi.

Bemorlarda o‘rta quloq radikal jarrohlik amaliyotlari o‘tkazilgan tomoniga qarab bir tomonlama 36 (90%) bemorda shulardan o‘ng tamonloma 21 (52%) chap tamonloma 19 (48%) da, ikki tomonlama4 (10%) bemorda jarroxlik amaliyoti o‘tkazilgan. Tashqi eshituv yo‘lidan olingan surtma bakteriologik tekshirilganda yuqori miqdorda aerob infeksiya toza xolatida aniqlandi 17 bemor (36,5%), anaerob infeksiya esa monokultura xolatida anaerob mikroflora , aerob mikroflora va ichak tayokchasi birgalikda 9 bemorda 21,5% aniqlandi. Aerob mikroorganizmlardan tilla rang stafilakok 12 (26 %), gemolitik stafilakok 12 (26%) xolatlarda , gemolitik ichak tayoqchasi 18-26% miqdorda aniqlandi .

Ikkala guruhlardagi kasallangan bemorlarda sitokin statusi parametrlarining statistik tahlili va guruhlar orasida taqqoslanishi ham davolashning II guruh bemorlarida yuqori samara berganini tasdiqladi. Bu guruhda sitokin statusi komponentlarining me'yorlashishi boshqa guruhlarga nisbatan tezroq sodir bo'lgan, misol tariqasida, II guruh bemorlari qon plazmasida p53 oqsili 0,73±0,02 ng/ml me'yoriy miqdorga 18 oydan so'ng yetgan va saqlanib qolgan, bunda I guruhda 9 oydan so'ng ko'rsatkich 0,9±0,01ng/ml gacha oshgan.

Yuqorida keltirilgan jadval ma'lumotlariga ko'ra, qaytalanishlarning eng kam ko'rsatkichi II guruhda kuzatilgan bo'lib, bular nisbatan oylarga taqsimlanganda 9 oydan so'ng 2 (3,9%) nafar, 18 oydan so'ng 5 (9,8%) nafar va 27 oydan keyin 8 (15,7%) nafar bemorda kuzatilishi qayd qilindi. Xuddi shu vaqt davomidagi tekshiruvlarda I guruhda 9 oydan so'ng 5 (9,8%) nafar bemorda, 18 oydan so'ng 7 (13,7%) nafar va 27 oydan so'ng 17 (33%) nafar bemorda qaytalanish holati kuzatilgan. Umumiy bemorlar sonidan olinganda o'rtacha 9 oydan so'ng (6,9%) , 18 oydan so'ng 24 (11,8%) va 27 oydan so'ng (25%) bemorda qaytalanish kuzatilgan.

Bunda kasallik qaytalanishi kuzatilgan barcha bemorlarning qoni zardobidagi p53 oqsili, EGF, VEGF va VEGFR-2 miqdori o'z guruhlaridagi va umumiy bemorlarning o'rtacha ko'rsatkichlardan ancha yuqori bo'ldi. Shu tariqa, qonda zardobida p53 oqsili, EGF, VEGF va VEGFR-2 omillarini tekshirish bashoratlovchi omil sifatida baholandi va kasallikni klinik bosqichigacha bo'lgan vaqt davomida aniqlash imkonini beradi.

Shuningdek, mazkur kasallik qaytalanishi klinik-laborator tahlillari orqali tasdiqlangan II guruh bemorlari 10 seansdan iborat bo'lgan har kun amalga oshiriladigan fotodinamik lazerterapiyasining navbatdagi kursini olgandan so'ng, o'rta quloq bo'shlig'iga yaxshi samara bergani aniqlangan.

Statistik ishlov berilgan ma'lumotlarning tahliliga ko'ra, tadqiqotimizda eng samarali kompleks davolash usuli II guruhda qo'llangan usul deb topildi.

Mazkur kasallikni davolashning ushbu usulini qo'llashda shilliq qavatning xususiyatlarini tezroq tiklanishi va bemorlarning sitokin statusi ko'rsatichlari tezroq me'yorga kelishi kuzatilgan, remissiya davri ishonchli tarzda uzaygani, organizmning umumiy holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Kompleks davolashda, Amoksitsillin+klavulanat kislota preparati qo'llanilganda an'anaviy davolashga qaraganda samarali va qulay davolash usuli ekanligi isbotlandi. Klinik tekshirishlar shuni ko'rsatadiki Amoksitsillin+klavulanat kislota preparatini qo'llash orqali quloq radikal operasiyasidan keyingi asoratlarinidavolashda bemorlarda kasallikni davolash muddatini qisqartirishga, kasallikni kaytalanish mikdorini kamaytirishga, ogir asoratlarini kamaytirishga erishildi.

Xulosalar: 1.Surunkali yiringli o'rta otitlarda o'rta quloq jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlari bo'lgan bemorlarning (77%) trepanasion bo'shligida yiringli ajralma, (8%) da granulyasion to'qima borligi shuningdek (15%) da bosh og'rishi, quloqda shovqin bo'lishi kabi asoratlar ko'p uchrashi aniqlandi. Bevosita kasallik kechishining klinik kechishi va davomiyligi uning to'liq reablitasiya qilinmaganigi bilan bog'liqligi aniqlandi.

2.Amoksitsillin+klavulanat kislota preparati va 10 marotabalik fotodinamik lazerterapiya kursini davolash jarayonida kompleks qollash mikroflora tarkibi o'zgarmasligiga sabab bo'ladi. Boshqa antibiotiklarga nisbatan Amoksitsillin+klavulanat kislota preparati yuqori samaradorligi qayta o'tkazilgan tekshiruvlarda ishonchli tasdiqlandi. Shuning uchun, o'rta quloq radikal quloq jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlarini kompleks davolashda Amoksitsillin+klavulanat kislota dori vositasini va 10 marotabalik fotodinamik lazerterapiya kursini kompleks qo'llash mumkin.

EKSPERIMENTAL TADQIQOT SHAROITIDA PLATINA ASOSIDAGI KIMYOTERAPEVTIK VOSITALARNING OTOTOKSIKLIGINING NAMOYON BO'LISHINI TAQQOSLASH

Baxadirova I.B., Arifov S.S.

Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, Toshkent, O'zbekiston

Kirish: Kimyoterapiya xavfli o'smalarning turlarini davolashning keng tarqalgan va asosiy tarkibiy qismlaridan biridir. Platina asosidagi kimyoterapiya preparatlari xavfli o'smalarni davolashda keng qo'llaniladi. Ushbu dorilar guruhining vakillari, masalan, sisplatin va karboplatin,

nefrotoksiklik, miyelosupressiya, neyrotoksiklik va ototoksiklik kabi nojo'ya ta'sirga ega. Ototoksiklik bir tomonlama yoki ikki tomonlama sensonevral eshitish zaifligi va quloqda shovqin bilan namoyon bo'lishi mumkin. Eshitish organining shikastlanishi preparatning dozasi va kumulyativ qobiliyatiga bog'liq.

Tadqiqot maqsadi: Laborator kalamushlarda platina asosidagi kimyoterapevtik preparatlarni qo'llash jarayonida ototoksiklikning paydo bo'lishini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari: Laboratoriya hayvonlari sifatida tana vazni 190-228 g bo'lgan albinos kalamushlari ishlatilgan. Hayvonlarga standart hayvonlarni parvarish qilish protokollariga muvofiq ishlov berildi. Laboratoriya hayvonlari uchta tadqiqot guruhiga bo'lingan (har biri n = 10 ta):

1. Kundalik i.p. 0,9% natriy xlorid eritmasini yuborilgan 2 ml / kg.
2. Kundalik i.p. ketma-ket to'rt kun davomida sisplatin (1 mg / ml) 6 mg / kg yuborilgan
3. Kundalik i.p. ketma-ket to'rt kun davomida karboplatin (10 mg / ml) 8 mg / kg yuborilgan.

Eksperimental kalamushlar 14 kunlik tanaffuslar bilan ajratilgan 3 ta kimyoterapiya kursidan o'tdi. Kimyoterapiyaning bir kursi davomida preparat kuniga bir marta, to'rt kun ketma-ket platina o'z ichiga olgan dori-darmonlarni in'ektsiya qilishdan iborat edi. Umuman olganda, butun tajriba 54 kun davom etdi. Kalamushlarning eshitish qobiliyatini dori qabul qilishdan oldin va keyin qisqa latentli chaqirilgan eshitish potentsiallarini (QLChEP) qayd qilishni va Preyer refleksini K.L. Xilova usuli bo'yicha baholashni o'z ichiga oldi. QLChEP Neyro-Audio apparati (Neurosoft, Rossiya) yordamida amalga oshirildi.

Natijalar: Nazorat guruhida 1-kurs davolash tugagandan so'ng, otoskopiyadan so'ng, barcha kalamushlarning quloq pardasi marvarid-kulrang rangga ega edi. Preyer refleksi tirik va tovushlarga javob beradi. QLChEP natijalari bo'yicha eshitish chegaralarini baholash birinchi cho'qqining paydo bo'lishining o'rtacha ko'rsatkichlari 16,3 ± 2,1 ekanligini ko'rsatdi. Ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, I to'lqin barcha holatlarda qayd etilgan va doimiy ravishda yuqori amplitudaga ega edi. V to'lqin barcha laboratoriya hayvonlarida ham farqlanadi.

Asosiy guruh 5 kun davomida 5 mg/kg dozada sisplatin (1 mg/ml) preparati bilan kimyoterapiya kursini oldi. Kimyoterapiya tugagandan so'ng, otoskopik o'zgarishlar kuzatilmadi. Preyer refleksining so'nishi 2 ta kalamushda kuzatildi. QLChEP natijalari tekshirilgan laboratoriya hayvonlarida barcha to'lqinlar mavjudligini ko'rsatdi. 2 ta kalamushda, QLChEP ma'lumotlariga ko'ra, periferik o'tkazuvchanlik vaqtida sezilarli o'zgarishsiz, birinchi cho'qqining amplitudasining pasayishi kuzatildi.

8 mg/kg dozada karboplatin yuborilgan laboratoriya hayvonlarining taqqoslash guruhi nazorat guruhiga o'xshash ko'rsatkichlarga ega edi; patologik ko'rsatkichlar kuzatilmagan.

14 kunlik tanaffusdan so'ng laboratoriya kalamushlari tana vaznini o'lchandi va platinali preparatlar bilan ikkinchi (2-kurs) kimyoterapiya kursini boshladi. Preparatni qo'llashning ikkinchi kursidan keyin eksperimental hayvonlarda eshitish funktsiyasini baholash natijalari: Nazorat guruhida otoskopiya hech qanday patologiyani aniqlamadi, Preyer refleksi tirik edi. QLChEP natijalari ham normaga mos keldi, ya'ni doimiy yuqori amplitudali barcha to'lqinlarni ro'yxatga olish.

Asosiy tadqiqot guruhida sisplatin bilan davolangan laboratoriya kalamushlarida 4 ta kalamushda Preyer refleksining yo'qolishi kuzatildi va ularda QLChEP cho'qqilari qayd etilmadi. Qolgan hayvonlarda QLChEP natijalarini tahlil qilish periferik o'tkazuvchanlik vaqtida sezilarli o'zgarishsiz, eng yuqori ro'yxatga olish chegaralarining oshishini, birinchi cho'qqining amplitudasining pasayishini ko'rsatdi.

Taqqoslash guruhida otoskopiya normal edi; 1 ta hayvonda Preyer refleksining yo'qolishi kuzatildi. QLChEP yordamida eshitish chegaralarini baholashda birinchi cho'qqilarning mavjudligi 28 ± 6 intensivlikda qayd etilgan. To'lqin I barcha holatlarda qayd etilgan va barqaror amplitudaga ega edi.

Kimyoterapiyaning ikkinchi kursidan 14 kun o'tgach, biz platina preparatlari bilan uchinchi kimyoterapiya kursini boshladik. Asosiy guruhda, terapevtik kontsentratsiyalarda dorilarni tsiklik qo'llashning uchta kursidan so'ng, sisplatin olgan 5 ta laboratoriya kalamushida Preyer refleksining to'liq yo'qolishi kuzatildi. QLChEP shuni ko'rsatdiki, sinovdan o'tgan olti chastotadan beshtasida sisplatin bilan davolash qilingan hayvonlarda chegara siljishi kalamushlarning nazorat va taqqoslash

guruhlariga qaraganda sezilarli darajada yuqori edi. Yuqori chastotalarda kattaroq chegara siljishi kuzatildi. Tsisplatin bilan 3-kurs kimyoterapiyadan so'ng QLChEP usulidan foydalangan holda eshitish tadqiqoti natijalariga ko'ra, 5 ta laboratoriya kalamushida eshitish chegaralari va to'lqin kechikish qiymatlarining yuqoriga qarab o'zgarishi ko'rsatilgan. Sisplatin bilan davolash qilingan kalamushlarda o'rtacha chegara qiymatlari 59,82 ± 0,08 dB edi. Birinchi cho'qqi barcha holatlarda qayd etilgan, ammo uning kechikishi ortib, 1,88±0,02 ms ni tashkil etdi. II, III, IV va V to'lqinlarda pasayish tendentsiyasi kuzatildi.

Xulosa: Sisplatin va karboplatin bilan davolangan laboratoriya kalamushlarida eshitish funktsiyasini solishtirgandan so'ng, bizning natijalarimiz sisplatin bilan davolash qilingan kalamushlarda eshitish chegaralarida sezilarli o'sishni ko'rsatdi. Ushbu natijalar tashqi sochli sezuvchi hujayralarining o'limini ko'rsatadi. Karboplatin bilan davolash qilingan kalamushlarda eshitish funktsiyasida o'zgarishlar kuzatilmadi. Ushbu ikkita platina o'z ichiga olgan dorilar o'rtasida turli darajadagi ototoksiklikning paydo bo'lishi chig'anoq (cochlea) tomonidan platina o'zlashtirilishining turli darajalarini ko'rsatadi.

RESULTS OF MORPHOLOGICAL STUDY AFTER AUTOLOGOUS MYRINGOPLASTY USING INTERMUSCULAR FASCIA

Botirov A.J., Abdullayev U.P., Soatov I.O.
Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: At the current level of medical knowledge, undoubtedly, the outcome of tympanoplasty depends on many factors: the condition of the auditory tube, the mucous membrane and transformation system of the middle ear, the presence, location, and size of the tympanic membrane defect, as well as the presence and nature of the tympanic cavity contents, the involvement of retrotympanic parts in the process, the material used for surgical repair of tympanic membrane perforation, and finally, the tactics of postoperative treatment for this category of patients.

Objective: Based on the conducted research, it was established that the material used for fixing the neotympanic flap should be elastic (conforming to the contours of the neotympanic membrane), adhere firmly enough to prevent flap movement, while simultaneously not interfering with regeneration processes, but rather stimulating them, and should be removable atraumatically.

Materials and research methods: It should be removed within 10-14 days, allowing not only visual observation but also adjustment of tissue healing processes when necessary. After modeling chronic otitis media, circulatory disorders and destructive changes around the graft were observed on the 3rd day following autograft transplantation to the tympanic membrane. Destructive changes manifested as traumatic softening and liquefaction of soft tissues, with hemorrhages and thrombus formation within their thickness. At this stage of the experiment, the fascial tissue was somewhat loose, and the staining of fibrous structures disappeared, appearing as paleness and hypochromia of the protein component due to interfibrous edema and disorganization of the interstitial substance. Blood vessels, mainly microvasculature and venules, were dilated around the transplanted fascia. The vessels were dilated and thin-walled, with perivascular edema and hemorrhage through diapedesis. In the lumen of vessels, primarily postcapillary venules, leukocytes and monocytes were located peripherally and migrated to the surrounding tissue through transendothelial passage. Macrophages with high phagocytic activity appeared around destructively altered tissue masses. Morphological study results showed that 1 month after autologous fascia transplantation to the tympanic membrane area in the context of chronic otitis media, complete fusion of the fascia with surrounding soft tissues was observed. Complete epithelialization was noted on the external auditory canal side, with the development of a full-fledged stratified squamous epithelium on the autograft surface. The inner part of the graft also showed development of a complete multi-row prismatic epithelium on its surface. Beneath the epithelium, the basement membrane was somewhat thickened and uneven, appearing as a homogeneous eosinophilic mass. Preservation of some cellular elements of macrophage and fibrocytic origin was noted only under the basement membrane, around the autologous fascia. The middle part of the grafted fascia became even denser, turning homogeneous without cellular elements or vascular formations.

Results: On the 3rd day after autograft transfer to the tympanic membrane, following the modeling of chronic otitis media, circulatory and destructive changes were detected around the graft. Destructive changes manifested as traumatic softening and liquefaction of soft tissues. Hemorrhages and thrombus formation were observed within the tissue thickness. At this stage of the experiment, the fascial tissue was somewhat loose, and due to protein blanching and hypochromia of fibrous structures, interfibrous edema and interstructural disorganization were noted. Blood vessels, mainly microvascular and venules, were observed around the transferred fascia. These vessels were dilated, thin-walled, perivascularly edematous, and expanded due to diapedesis. Hemorrhage was noted. Peripheral leukocytes and monocytes were located in the lumen of vessels, mainly postcapillary venules, with migration to surrounding tissue through transendothelial transition. Macrophages around destructively altered tissue masses showed high phagocytic activity. The results of morphological studies showed that one month after autologous fascia transplantation in the tympanic membrane area, against the background of chronic otitis media, complete fusion of the fascia with the surrounding soft tissues was observed. Complete epithelialization was detected on the side of the external auditory canal. The autograft surface was covered with fully developed stratified squamous epithelium. In the inner part of the graft, prismatic epithelium was also found on the surface of the fully developed multi-branched structure. Under the epithelium, the basement membrane became somewhat thickened, uneven, and appeared as a homogeneous eosinophilic mass. Only under the basement membrane, the preservation of some cellular elements of autologous fascia, macrophage, and fibrocytic origin was noted. The middle part of the grafted fascia became even denser and more homogeneous, without cellular elements or vascular formations.

Conclusion: Based on the conducted research, it was established that the material used for fixation should be elastic (adhering to the contours of the neotympanic membrane) and compatible with the neotympanic flap. It should prevent valve movement while not interfering with the valve and potentially stimulating regeneration processes. The material should be removable atraumatically and is typically removed after 10-14 days, which allows not only for visual observation but also, if necessary, adjustment of the healing processes.

VESTIBULYAR BUZILISHLARNING ASOSIY SABABLARI TASHXISLASH USULLARI

Esamuratov A.I., Yusupov A.M., Matkarimov M.Y., Avezov M.I., Nigora M.
Toshkent Tibbiyot akademyasi

Annotatsiya: Vestibulyar tizim inson organizmida muhim fiziologik vazifalarni bajaradi, xususan, muvozanatni saqlash, harakatlarni boshqarish va boshning fazodagi holatini aniqlash. Ushbu tizimning buzilishi inson hayoti sifatiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi va murakkab simptomlar majmuasini keltirib chiqaradi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma’lumotlariga ko‘ra, har yili dunyo bo‘yicha aholi orasida vestibulyar buzilishlar bilan bog‘liq muammolar soni ortib bormoqda. Ayniqsa, stress, ekologik muhitning buzilishi va surunkali kasalliklar ushbu patologiyalar rivojlanishini kuchaytiradi.

Ushbu tadqiqot vestibulyar tizim buzilishlarini erta aniqlash, zamonaviy diagnostika va davolash usullarini tahlil qilish, hamda statistik ma’lumotlar asosida ushbu kasallikning dolzarbligini aniqlashga qaratilgan. Yangi ilmiy tadqiqotlar shuni ko‘rsatmoqdaki, vestibulyar tizim buzilishlari ko‘pincha metabolik kasalliklar (masalan, qandli diabet) va ekologik omillar bilan ham bog‘liq bo‘lishi mumkin. Shu sababli, ushbu kasallikni tizimli yondashuv yordamida o‘rganish dolzarb hisoblanadi. Tadqiqot metodlari: Tadqiqot davomida 50 nafar bemor kuzatildi, ularda vestibulyar tizim buzilishlari belgilari kuzatildi. Tadqiqot quyidagi bosqichlarda amalga oshirildi:

1. Klinik kuzatuvlar: Bemorlarning umumiy holati va simptomlari qayd etildi.
2. Diagnostik tadqiqotlar: Audiometriya, vestibulometriya, va MRT orqali ichki quloq tuzilishi va funksional holati o‘rganildi.
3. Statistik tahlil: Topilgan ma’lumotlar bo‘yicha xulosalar chiqarildi.

Diagnostika usullari: Videonistagmografiya (VNG): Vestibulyar tizim faoliyatini o‘rganish uchun zamonaviy usul. VNG bosh aylanishining sabablarini aniqlashda samarali.

- Komp’yuter tomografiyasi (KT): Ichki quloq tuzilmasidagi o‘zgarishlarni aniqlash uchun ishlatiladi.

- Eshitish testi: Vestibulyar buzilishlarning eshitish bilan bog‘liqligini aniqlash uchun muhim vosita.

Davolash usullari:

- Farmakologik davolash: Vestibulyar tizimni barqarorlashtiruvchi preparatlar (betagistin, cinnarizin).

- Fizioterapiya: Vestibulyar reabilitatsiya mashqlari muvozanatni tiklashda samarali.

- Jarrohlik aralashuvi: Menyer kasalligining og‘ir holatlarida qo‘llaniladi.

JSST ma’lumotlariga ko‘ra, Menyer kasalligini kompleks yondashuv yordamida davolashda bemorlarning 85% da simptomlar sezilarli darajada kamaygan.

Natijalar va muhokama: Tadqiqot natijalari quyidagilarni ko‘rsatdi:

1. Bemorlarning 45% da vestibulyar nevrit belgilari kuzatildi, bu esa virusli infektsiyalar keng tarqalganligi bilan bog‘liq.

2. Diagnostika usullari ichida VNG va audiometriya eng samarali natijalarni berdi.

3. Davolashning farmakologik va fizioterapevtik yondashuvi birgalikda qo‘llanilganda simptomlar 70% hollarda yo‘qolgan.

Muhokama: Vestibulyar tizim buzilishlarining erta diagnostikasi va kompleks davolash yondashuvi kasallikni samarali davolash va bemor hayoti sifatini yaxshilashda muhim ahamiyat kasb etadi.

Xulosa va tavsiyalar.

Vestibulyar tizim buzilishlari inson hayoti sifatiga jiddiy ta’sir ko‘rsatadi. Ushbu tadqiqot quyidagi xulosalarga olib keldi:

1. Diagnostika usullari ichida VNG va audiometriya eng samarali hisoblanadi.

2. Farmakologik va fizioterapevtik davolash simptomlarni kamaytirishda muhim rol o‘ynaydi.

3. Profilaktika choralari vestibulyar tizim buzilishlarining oldini olishda dolzarb ahamiyatga ega.

THE PRINCIPLE OF “EARLY INTERVENTION” IN THE DIAGNOSIS OF VESTIBULAR DISORDERS IN THE ELDERLY DURING THE ERA OF HEALTHCARE REFORMS IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Karimova N.A., Arifov S.S., Khasanov U.S., Sattarova M.G., Yakubova D.O., Abdullayeva N.N., Ergashev U.M., Vohidov U.S.

The Republican Center of ENT diseases, head and neck surgery, Hearing and Balance Laboratory department, Tashkent State Medical University, Center for the development of professional qualification of medical workers

Introduction: Dizziness remains one of the most common complaints among the elderly population. Alongside headaches, gait disturbances, balance issues, hearing loss, and tinnitus, older individuals frequently seek help from neurologists, therapists, and cardiologists. Many are unaware of the existence of such a specialty as an otoneurologist or vestibulologist, as well as the availability of computer-based technologies for diagnosing vestibular disorders. The issue of limited mobility among elderly individuals, especially those suffering from dizziness and balance disorders, remains particularly relevant.

Uzbekistan, with a population exceeding 37 million people, has more than 7.7 million elderly citizens (according to the Statistics Agency under the President of the Republic of Uzbekistan, 2024). Despite demographic, geopolitical, and geographic challenges, the country has experienced dynamic economic growth and the implementation of new medical programs in recent years.

The aim of the study: to conduct vestibular screening of elderly people for the purpose of early diagnosis and rehabilitation of vestibular disorders.

Materials and research methods: The project was implemented in the Republican Specialized Scientific and Practical Center of Otolaryngology and Head and Neck Diseases, in the laboratory of pathology of hearing and balance.

The following methods were used in the study: general clinical examination, assessment of gait and body position, observation of eye movements, positional tests. Of the instrumental methods, computer videonystagmography (VNG) and vestibular examination using VHIT (video head impulse test) were used.

During the project, 63 patients over 60 years of age (18 men and 45 women) were examined.

Examination results: 60 people complained of dizziness, 42 of nausea, 24 of unsteadiness when walking and loss of balance, 27 of tinnitus, 30 of hearing loss, 3 of falls, and 30 of positional dizziness

Conclusions: Over the past 5–6 years, the Vertigo Laboratory has conducted a survey of elderly patients. The main reasons for not seeking specialized diagnostic and medical assistance included: inability to travel due to dizziness, long distances to the capital, lack of awareness among both doctors and patients regarding specialized care and diagnostics for vestibular disorders, and financial difficulties.

In response, a service titled “Specialized Diagnosis and Rehabilitation of Elderly Patients Using Modern Computer Technologies” was established at the Republican Research Institute of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. This initiative formed the foundation of the innovative grant project "Dignified Aging," which identified several priority areas: early diagnosis of cochleovestibular disorders, adequate rehabilitation, scientific and educational activities aimed at raising awareness among the public and healthcare professionals, and training of specialists based at regional branches of the center.

THE ROLE OF GENE POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH ACUTE SENSORINARY HEARING LOSS

Khasanov U.S., Abdullaev U.P., Akhundjanov N.A., Djuraev J.A., Soatov I.O.
Tashkent Government Medical University

Abstract; Our data confirm the complexity of the genetic mechanism of the development of ASNHL in patients with acute sensorineural hearing loss of vascular genesis and demonstrate the need and importance of understanding the complex interaction of genes in analyzing the development and clinical stage of the pathology under study. By analyzing the distribution of genotypic variants of this polymorphism, we determined that the C-634G rs2010963 polymorphism in the VEGF-A gene is associated with the development of ASNHL of the G/G monogenotype.

Results: A study of the frequencies of alleles and genotypes of the C-634G rs2010963 polymorphism in the VEGF-A gene showed that there were differences in their distribution between groups 1-2 and the control group.

During the study, it was possible to determine that the G allele was detected 9.3 times more frequently in group 1, 3.2 times more frequently in group 2, and 3.5 times more frequently in the control group. Compared with the C/G and G/G genotypes, the C/C genotype was detected 4.16 times more frequently in group 1, 1.84 times more frequently in group 2, and 5.53 times more frequently in the population.

The frequency of the C allele of the C-634G rs2010963 polymorphism in the VEGF-A gene is statistically insignificant, being 1.19 times higher among conditionally healthy people ($\chi2$=9.3; p=0.002; RR=0.83; OR=0.31; 95%CI: 1.675-0.65), and the G allele is 2.6 times higher in patients with ASNHL in group 2 ($\chi2$=9.37; p=0.002; RR=1.19; OR=3.18; 95%CI: 2.77-6.69). The C/C genotype was detected 1.39 times more often in the population group than in patients in group 1, which was a statistically insignificant difference ($\chi2$=7.6; p=0.006; RR=0.71; OR=0.29; 95% CI: 1.79-0.69). The frequency of detection of the C/G genotype was statistically slightly higher, 1.9 times higher among patients in group 2 than in healthy controls ($\chi2$=4.69; p=0.03; RR=2.15; OR=2.71; 95%CI: 5.57-6.69). Comparative analysis of the occurrence of the G/G genotype showed an increased frequency of its detection among patients with ASNHL compared to the population group (Fig. 4), its value was 7.5% and 1.37%, respectively, and among patients in the 2 groups, its occurrence was 1.39 times higher than in conditionally healthy people ($\chi2$=1.37; p=0.09; RR=5.4; OR= 5.3; 95% CI: 18.57- 45.37).

In group 2 patients and healthy controls, the C and G alleles were found at almost the same frequency. Among healthy controls, the C genotype was slightly more frequent ($\chi2$=0.03; p=0.86; RR=0.99; OR=0.91; 95% CI: 3.891-2.52). Compared to the control group, the frequency of the G genotype in the group of patients with ASNHL of infectious genesis was significantly, but not statistically significantly, increased by 1.08 times ($\chi2$=0.3; p=0.86; RR=1.0; OR=1.09; 95% CI: 1.88-3.02). The frequency of detection of the C/C genotype of the C-634G rs2010963 polymorphism in the VEGF-A gene in the control group was significantly higher, 1.03 times, compared to group 2 ($\chi2$=0.12; p=0.719; RR=0.96; OR=0.82; 95% CI: 4.05-2.41). The frequency of the C/G genotype among patients with ASNHL of infectious genesis was 1.28 times higher than in the control group of conditionally healthy people, i.e. 19.35 and 15.07%, respectively ($\chi2$=0.29; p=0.589; RR=1.28; OR=1.35; 95% CI: 5.303-4.04).

The frequency of the C allele was statistically almost 1.18 times higher in group 1 patients ($\chi2$=4.7; p=0.02; RR=4.88; OR=2.90; 95% CI: 4.88-7.57), while the G allele was detected unreliable frequently among group 2 patients ($\chi2$=4.6; p=0.02; RR=0.84; OR=0.34; 95% CI: 1.462-0.89). The frequency of detection of the C/C genotype was statistically insignificant, i.e., it was 1.34 times higher in patients in group 1 than in patients in group 2 ($\chi2$=3.4; p=0.06; RR=1.34; OR=2.77; 95% CI: 5.680-8.12). The frequency of detection of the C/G genotype was 1.7 times higher in group 1 patients and amounted to 19.35% and 32.5% ($\chi2$=1.54; p=0.215; RR=0.59; OR=0.49; 95% CI: 2.44-1.49). The differences in the frequency of detection of the G/G genotype in groups 1 and 2 were statistically significant, with the value of this indicator in group 1 patients being 1.18 times higher than in group 2 patients ($\chi2$=4.7; p=0.02; RR=1.18; OR=2.9; 95% CI: 4.88-7.57).

Conclusion: Thus, the C-negative allele of the C-634G rs2010963 polymorphism in the VEGF-A gene is more common in group 1 patients than in healthy individuals and group 2 patients. The high frequency of this allele was observed with a predominance of the homozygous C/G variant (1.28 times). At the same time, the difference between patients in groups 1 and 2 and the control group was noted at the trend level, and the trend was at the level of statistical significance. These data allow us to conclude that the G/G genotype of the C-634G rs2010963 polymorphism in the VEGF-A gene has a predisposing effect on the development and clinical course of the vascular type of ASNHL. This polymorphism is located in the promoter region of the gene and is a functional polymorphism. The presence of the C allele in group 1 patients is associated with increased expression of the VEGF-A gene in the presence of the G/G genotype, which leads to the development and progression of a more severe form of vascular ASNHL.

STROKE AND HEARING IMPAIRMENT: REHABILITATION AND CLINICAL APPROACHES

Khaydarova G., Shodmonkulova G.
Tashkent State Medical University

Abstract: Stroke is one of the leading causes of long-term disability worldwide, with consequences extending beyond motor and cognitive domains to include significant auditory impairments. Post-stroke hearing disorders such as sensorineural hearing loss, central auditory processing disorders (CAPD), cortical deafness, and auditory agnosia can impair communication, balance, and quality of life. Despite these impacts, hearing loss following stroke remains under-recognized and undertreated. This review synthesizes recent (2015–2025) literature on the prevalence, diagnosis, and rehabilitation of post-stroke hearing disorders.

Methods: A narrative literature review was conducted using PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar databases.

Timeframe: January 2015 – February 2025.

Keywords: “stroke”, “hearing loss”, “auditory rehabilitation”, “auditory processing disorder”, “cortical deafness”, “multisensory stimulation”.

Inclusion criteria: Peer-reviewed English-language studies involving confirmed stroke patients and reporting on hearing impairment or auditory rehabilitation.

Exclusion criteria: Studies focusing solely on vestibular disorders or unrelated neurological diseases; abstracts without full-text availability.

Data extraction: Study design, sample size, hearing deficit type, rehabilitation method, and outcomes were recorded and thematically analyzed.

Results: From the reviewed literature:

1. Prevalence and types of impairment: CAPD, cortical deafness, and bilateral sensorineural hearing loss were commonly reported (Silva et al., 2021; Rasyid et al., 2023).

2. Diagnostic approaches: Pure-tone audiometry, central auditory tests, brainstem and cortical auditory evoked potentials (AEPs), and neuroimaging were frequently used (Hajimohammadi & Heidari, 2024; Koohi et al., 2019).

3. Rehabilitation methods:

- Personal FM systems improved speech-in-noise understanding (Koohi et al., 2017; Gaastra et al., 2024).

- Auditory training via telerehabilitation or personalized programs enhanced functional outcomes (Stropahl et al., 2020; Völter et al., 2021).

- Multisensory stimulation promoted sensory and motor recovery (Tinga et al., 2016; Karaca & Kılınç, 2024).

4. Functional benefits: Rehabilitation improved not only hearing but also gait, balance, and cognitive performance (Ademoyegun et al., 2024; Koura et al., 2024).

5. Pediatric population: Significant changes in auditory processing were observed in children and adolescents post-stroke (Stadulni et al., 2023).

Discussion: The reviewed studies from 2015–2025 highlight that hearing impairment following stroke is a multifactorial condition, influenced by lesion location, vascular involvement, and pre-existing auditory health. Lesions in the temporal lobes, thalamus, inferior colliculus, and auditory brainstem pathways disrupt neural conduction and central processing, leading to CAPD, cortical deafness, and reduced speech-in-noise perception (Silva et al., 2021; Stadulni et al., 2023). Vascular compromise of the internal auditory artery or cochlear structures can cause peripheral sensorineural hearing loss, often compounding central deficits (Koura et al., 2024).

Impact on daily life and rehabilitation: Hearing impairment after stroke negatively affects rehabilitation adherence, communication with healthcare providers, and social participation (Ademoyegun et al., 2024; Gaastra et al., 2024). CAPD can impair comprehension in noisy environments, reduce speech discrimination, and delay cognitive recovery dependent on auditory input (Koohi et al., 2017). Hearing loss is also linked to impaired balance and increased fall risk (Ademoyegun et al., 2024; Koura et al., 2024).

Rehabilitation strategies: Assistive listening devices like FM systems improve speech perception in noise and therapy engagement (Koohi et al., 2017; Gaastra et al., 2024). Auditory training, both face-to-face and via telerehabilitation, can foster neuroplasticity (Stropahl et al., 2020; Völter et al., 2021). Multisensory stimulation integrating auditory, visual, and proprioceptive inputs enhances both auditory processing and motor recovery (Tinga et al., 2016; Karaca & Kılınç, 2024).

Emerging trends: Telerehabilitation broadens access to auditory therapy, especially in low-resource settings (Völter et al., 2021). Personalized auditory training with electrophysiological monitoring offers objective progress tracking (Hajimohammadi & Heidari, 2024). However, standardized post-stroke auditory screening protocols are still lacking, leading to underdiagnosis (Silva et al., 2021).

Research gaps: Large RCTs evaluating long-term outcomes are scarce (Stropahl et al., 2020; Gaastra et al., 2024). Pediatric post-stroke auditory rehabilitation is understudied despite evidence of CAPD changes (Stadulni et al., 2023). Further work should define optimal timing, intensity, and combinations of rehabilitation techniques.

Clinical implications: Early integration of hearing assessment into stroke care pathways is essential. Screening should cover both peripheral and central deficits, followed by tailored interventions combining assistive technology, targeted auditory training, and multidisciplinary care (Koohi et al., 2017; Tinga et al., 2016).

Conclusion: Hearing impairment is a frequent but overlooked complication of stroke. Comprehensive post-stroke rehabilitation should include hearing assessment and individualized auditory interventions to improve communication, balance, and overall quality of life.

THE INFLUENCE OF PHYTOTHERAPY ON THE COURSE OF EXUDATIVE MIDDLE EAR OTITIS

Lutfullaev G.U., Kobilova Sh.Sh., Umrullaeva J.G., Turobov X.T., Ulashov Q.U., Eshqulov J.B.

Samarkand State Medical University,Samarkand, Uzbekistan

*Objective***:** To study and compare the effectiveness of the phytotherapeutic drug Sinupret Forte versus placebo in the complex treatment of exudative middle ear otitis (EMEO) in patients with hearing impairment and auditory tube dysfunction.

Materials and Methods: The study was conducted at Samarkand State Medical University from 2014 to 2024. It included 84 patients aged 18 to 60 years with a confirmed diagnosis of exudative middle ear otitis, randomly divided into two groups of 42 individuals each. The main group received Sinupret Forte at a dosage of 1 tablet three times daily for two weeks, while the control group received a placebo in the same regimen. Both groups were additionally treated with vasoconstrictive drops and transtympanic administration of 0.5 ml of a 0.1% dexamethasone solution. The condition of the middle ear was assessed using otoscopy, tympanometry, and patients' subjective complaints. Randomization was performed using a blinded method, taking into account the age characteristics of participants to ensure sample uniformity.

*Results***:** Patients in the main group, receiving phytotherapy, reported the resolution of ear fullness on average 4.7 days earlier than the control group. Reduction in sound lateralization, based on acumetry, occurred 3.3 days faster, and normalization of the otoscopic picture was observed 3.8 days earlier. Complete restoration of audiological parameters in the Sinupret Forte group was achieved 7.1 days earlier than in the placebo group. The ventilatory function of the auditory tube fully recovered in 61.9% of participants in the main group compared to 16.6% in the control group. By day 14, a type A tympanogram was recorded in 64.3% of patients receiving phytotherapy and only 19.1% of those receiving placebo; by the end of the observation period, these figures were 85.7% and 54.8%, respectively.

*Conclusions***:** The use of phytotherapy with Sinupret Forte demonstrates high effectiveness in the treatment of exudative middle ear otitis, significantly accelerating hearing recovery, improving auditory tube function, and reducing the risk of complications compared to placebo. This approach is safe, has no side effects, and may reduce the need for antibacterial therapy, which is particularly relevant for regions with limited access to specialized care.

THE IMPACT OF COCHLEAR IMPLANTATION ON VESTIBULAR FUNCTION IN CHILDREN BASED ON STABILOMETRY DATA

Myroniuk B., Kulinenko M.

Institute of Otolaryngology named after Professor Kolomiychenko of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine

Introduction: The vestibular system plays a crucial role in child development, being responsible for balance, movement control, and adaptation to changes in body position. Children with bilateral sensorineural hearing loss often experience related vestibular dysfunction. This is due to the structural and functional proximity of the auditory and vestibular systems. More than half of such children exhibit delayed development of motor, coordination, and psychomotor skills, which negatively affects their socialization and physical activity.

The integration of signals from the vestibular, visual, auditory, and proprioceptive systems is essential for maintaining correct posture and balance. Hearing loss complicates spatial orientation and disrupts this interaction. Cochlear implantation (CI) is a modern method of auditory rehabilitation and may positively influence both hearing and vestibular function, although its effects are not fully understood and remain a subject of scientific discussion.

Materials and Methods: The study involved 30 children aged 4 to 8 years with bilateral sensorineural hearing loss who underwent cochlear implantation. Ten children received bilateral CI, and twenty children received unilateral CI. All children underwent stabilometric examination before and one year after the operation using computer stabilometry on the "MBES-4" platform.

The parameters studied included the length of the center-of-pressure trajectory, its average velocity, the amplitude of oscillations in the frontal and sagittal planes, the coefficient of ellipticity of movements, and other stabilometric indicators. Examinations were performed with both open and closed eyes. A control group consisted of 30 age-matched children with normal hearing.

For statistical analysis, the paired t-test was used, and changes were considered significant at $p<0.05$.

Results: Before CI, all examined children had worse stabilometric indicators compared to healthy controls. Twelve months after CI, significant positive dynamics were observed:

• The length of the center-of-pressure trajectory decreased from 1,820 mm to 1,090 mm, almost a 40% reduction.

• The average velocity of center-of-pressure movement decreased from 16.1 mm/s to 9.2 mm/s.

• The amplitudes of frontal (Range X) and sagittal (Range Y) oscillations decreased by 40% and 38%, respectively.

• The coefficient of ellipticity decreased to values close to normal.

• After one year, 85% of children exhibited results not differing from the control group (healthy children).

More pronounced improvements were observed in those who received bilateral CI, with faster and more effective stabilization of indices.

Notably, in children with unilateral CI, the frontal amplitude of movements remained somewhat elevated, indicating possible insufficient compensation without binaural stimulation.

Discussion: The role of visual and proprioceptive signals in restoring balance after hearing loss and rehabilitation with CI was noted. These results are consistent with similar international studies. The main rehabilitative factor is bilateral CI, providing symmetrical binaural stimulation and more significant improvement of postural control. Postoperative side effects were temporary, with no serious complications observed.

Conclusions: 1. Children with bilateral sensorineural hearing loss exhibit pronounced postural dysfunction.

2. Cochlear implantation is a highly effective method for both auditory and vestibular rehabilitation, improving postural stability and coordination.

3. The maximum effect is achieved with bilateral CI.

4. Post-CI rehabilitation should consider not only hearing restoration but also special vestibular exercises for developing motor skills and sensorimotor integration.

TIMPANOPLASTIKA VA STAPEDOPLASTIKADAN KEYINGI VESTIBULYAR BUZILISHLARNI STATISTIK TAHLIL ASOSIDA BAHOLASH VA DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH.

Mahkamova N.E., Yakubdjanov D.D.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Dolzarbligi: O‘rta quloq jarrohlik operatsiyalaridan so‘ng uchraydigan muvozanat buzilishlari ko‘pincha vaqtinchalik deb qaraladi. Lekin ular bemorlarning kundalik faoliyatiga jiddiy ta’sir etib, reabilitatsiya davrini uzaytiradi. Xorijiy adabiyotlarda (House & Glasscock, 2019; Welling, 2021) vestibulyar buzilishlarning chastotasi 20–40% atrofida qayd etilgan. Shu bois, ushbu asoratni tizimli o‘rganish va optimal davolash usullarini ishlab chiqish dolzarbdir.

Maqsad: Timpanoplastika va stapedoplastikadan keyin vestibulyar buzilishlar chastotasi va klinik kechishini aniqlash, optimallashtirilgan davo protokollarining samaradorligini baholash.

Material va usullar: 2021–2024-yillar davomida 128 bemor (timpanoplastika – 72, stapedoplastika – 56) klinik kuzatuvga olindi. Umumiy bemorlarning 33% ida (42 bemor) turli darajadagi vestibulyar buzilishlar aniqlangan. Bemorlar randomizatsiya asosida 2 guruhga ajratildi:

Standart davolash (n=21): antihistaminlar, betagistin, simptomatik terapiya.

Optimallashtirilgan davo (n=21): standart + vestibulyar reabilitatsiya + fizioterapiya (magnitoterapiya, TMS).

Baholash usullari: Visual Analogue Scale (Vizuall analog shkalasi), DHI indeksi, posturografiya ko‘rsatkichlari. Kuzatuv – 12 oy.

Natijalar: Operatsiyadan keyingi 1 haftada barcha bemorlarda o‘rtacha VAS 6,4±1,2 ball edi (guruhlar o‘rtasida farq yo‘q).

1 oyda: simptomlarning saqlanishi standart guruhda 48%, optimallashtirilgan guruhda 19% ($p<0,05$).

3 oyda: DHI indeksi standart guruhda 31±8 ball, optimallashtirilgan guruhda 14±6 ball ($p<0,01$).

6 oyda: to‘liq simptom regressiyasi optimallashtirilgan guruhda 90%, standart guruhda 68% bo‘ldi.

12 oyda: qaytalanish chastotasi standart guruhda 12%, optimallashtirilganda 3% qayd etildi.

Bizning natijalarimiz adabiyot ma’lumotlariga mos keladi: vestibulyar simptomlar asosan 1–3 oyda susayadi, biroq qo‘shimcha reabilitatsiya ularning yo‘qolish muddatini 2 baravargacha tezlashtirishi mumkin. Optimallashtirilgan davolash nafaqat klinik simptomlarni kamaytirdi, balki qaytalanish ehtimolini ham ancha pasaytirdi.

Xulosa: Timpanoplastika va stapedoplastikadan keyingi vestibulyar buzilishlar uchdan bir bemorda kuzatiladi. Optimallashtirilgan kompleks reabilitatsiya (betagistin + vestibulyar mashqlar + fizioterapiya) simptomlarning yo‘qolishini tezlashtiradi, qaytalanishlarni kamaytiradi va uzoq muddatli prognozni yaxshilaydi.

IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN ACUTE SENSORINEURAL HEARING LOSS

Nazirjonov S.I., Djuraev J.A.

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Acute sensorineural hearing loss (ASNHL) is a sudden loss of hearing of at least 30 dB over three contiguous frequencies, developing within 72 hours. It is considered an otologic emergency due to the risk of permanent auditory damage. The majority of cases remain idiopathic, although viral, vascular, and autoimmune mechanisms are often implicated.

Standard therapy typically involves systemic corticosteroids, yet treatment outcomes vary significantly, and full recovery is achieved in only 30–60% of patients. Recent studies suggest that early initiation of therapy and the use of combination treatments—including vasodilators and neuroprotective agents—may improve auditory outcomes.

This study investigates different treatment strategies for ASNHL, focusing on the effectiveness of early and multimodal pharmacological interventions. The goal is to identify the most effective therapeutic approach and key prognostic factors that influence recovery, in order to optimize clinical management and improve patient outcomes.

The purpose of the study: The purpose of this study is to evaluate and compare the clinical effectiveness of different therapeutic strategies in patients with acute sensorineural hearing loss (ASNHL). Particular attention is given to the timing of treatment initiation, the role of combination therapy involving corticosteroids, vasodilators, and neuroprotective agents, and the identification of prognostic factors that influence hearing recovery. The ultimate goal is to determine the most effective and timely treatment approach to improve auditory outcomes and guide evidence-based clinical decision-making.

Material and research methods: This prospective clinical study included 120 patients aged 18 to 65 years diagnosed with unilateral acute sensorineural hearing loss (ASNHL) of idiopathic origin. All patients were enrolled within 7 days of symptom onset and underwent baseline audiological testing.

Participants were divided into four treatment groups:

- Group A: systemic corticosteroid therapy (n = 30)

• Group B: combination therapy (systemic corticosteroids + vasodilators + neuroprotective agents) (n = 35)

• Group C: vasoactive/metabolic therapy alone (n = 25)

• Group D: symptomatic treatment only (control group) (n = 30)

Pure-tone audiometry and speech audiometry were conducted at baseline and after 30 days of treatment. Additional data were collected on subjective symptoms (tinnitus, vertigo), time from onset to treatment initiation, and patient demographics. Statistical analysis was performed to assess treatment efficacy and identify significant prognostic factors.

Results Obtained: After 30 days of treatment, the greatest improvement in hearing thresholds was observed in Group B (combination therapy), with an average pure-tone audiometry (PTA) gain of 29.4 ± 5.1 dB. Group A (corticosteroids only) showed moderate improvement (18.6 ± 4.2 dB), while Group C and Group D demonstrated significantly lower gains (12.2 ± 3.5 dB and 6.3 ± 2.8 dB, respectively).

Speech discrimination scores followed a similar trend: Group B improved by 32%, Group A by 24%, Group C by 15%, and Group D by only 8%. Relief from tinnitus and vertigo was most common in Group B (74% of patients), compared to 41% in Group A, 26% in Group C, and 13% in Group D. Early treatment initiation (within 72 hours) was associated with significantly better outcomes across all groups. Among early-treated patients in Group B, complete hearing recovery was achieved in 42.8%, whereas delayed treatment resulted in only 18.1% recovery. Multivariate analysis identified early treatment, moderate initial hearing loss, younger age, and absence of vertigo as strong predictors of positive outcomes.

Summary: This study demonstrates that early and combined pharmacological therapy significantly improves hearing recovery in patients with acute sensorineural hearing loss. Combination treatment involving systemic corticosteroids, vasodilators, and neuroprotective agents was the most effective, especially when initiated within the first 72 hours of symptom onset.

Monotherapy and symptomatic treatment alone showed limited efficacy, highlighting the importance of a multimodal approach. Early intervention, younger patient age, moderate initial hearing loss, and absence of vertigo were identified as key prognostic factors for a favorable outcome.

These findings support the development of standardized, time-sensitive, and individualized treatment protocols aimed at maximizing therapeutic effectiveness and minimizing the risk of permanent hearing loss.

MODERN METHODS OF EXEMINATION OF PATIENTS WITH ACUTE PATHOLOGIES OF THE MIDDLE EAR

Nurov U.I., Fayziyev S.Sh.

Bukhara Medical Institute after name of Abu Ali ibn Sina.Uzbekistan

Abstract: The tympanic membrane (TM) undergoes a number of pathological changes in middle ear disease which can be detected by a video-otoendoscope. Middle ear disease is also accompanied by changes in middle ear pressure which can be assessed by tympanometry. The objectives of this study were to find the correlation between video-otoendoscopy and tympanometry in acute middle ear infections and to deduce which of the two is more efficient and reliable for early diagnosis. 75 patients with AOM or OME were included over 1 year where each patient was followed for 21 days. Detailed history and clinical examination with videootoendoscope and tympanometry was done on each visit. Each TM was graded using OMGRADE scale. Symptoms and clinical findings consistent with acute otitis media were given a clinical score (CO Score). The results were collected and correlation between video-otoendoscopy and tympanometry was determined and their individual sensitivity, specificity and diagnostic accuracy was calculated. The sensitivity, specificity and diagnostic accuracy for tympanometry and video-otoendoscopy was calculated individually for each of the 4 visits and positive correlation between the 2 was found. Our study showed that tympanometry had a higher overall sensitivity than video-otoendoscopy. While, video- otoendoscopy showed a higher specificity than Tympa nometry. Otoendoscopy is good for ruling out AOM/OME but cannot

rule out persisting Middle Ear Effusion and Tympanometry is a better tool for detecting MEE but cannot differentiate well between AOM and OME.

We found that tympanometry plus otoendoscopy together greatly increase the chances of detecting AOM and OME thus improving diagnostic accuracy, reducing financial costs associated with over or misdiagnosis.

Aim of the study : explore the combination of tympanometry with endoscopy to improve diagnostic accuracy and reduce financial costs.

Methods: This prospective study was conducted in a <<Bukhara Lor Center >>Bukhara city Uzbekistan from September 2021 to 2022. 75 patients were examined who were selected from the population visiting the ENT Outpatient Department. Patients included were between the age of 5–18 years, with signs (redness, bulging of TM) and symptoms (fever, tugging, irritability or pain) corresponding with AOM or OME without any complications and no history of ear trauma or ear surgery. Detailed clinical history was taken and examination was done using video-otoendoscopy followed by tympanometry.

Conclusion: We used both tympanometry as well as video-otoen- doscopy to the assess the tympanic membrane and the condition of the middle ear and used a Clinical Score for diagnosing AOM or OME as standard.

Pain /irritability was the most common presenting complaint followed by tugging and fever. This correlated well with studies performed by Niemela et al. and Rothman et al. according to whom earache was present in majority of the patients of AOM and also the most useful symptom for diagnosis. The most common sign among the patients was redness of the TM followed by bulging of the TM. However Karma et al. and McCormick et al. found bulging of the TM had higher specificity (97%) while redness of the TM only correlated with the presence of AOM.

In our study TM's were graded on the basis of OM Grade using an otoendoscope which showed a sensitivity of 94.67% and PPV 100% on the 1st visit. A sensitivity of 92.31%,specificity of 48.48%, PPV 67.92% and NPV 84.21% on the 2nd visit.

PERFORATION OF TYMPANIC MEMBRANE WITH DEGREE OF CONDUCTIVE HEARING LOSS IN PATIENTS

Nurov U.I., Fayziyev S.Sh.

Bukhara medical institute after name of Abu Ali ibn Sina.Bukhara.Uzbekistan

Abstract: Conductive hearing loss is a hearing loss due to a violation of the conduction of sound waves from the outside through the structures of the outer and middle ear to the sound-perceiving apparatus. The disease leads to impaired social adaptation and greatly reduces the quality of life of the patient. Throughout the globe, the disease occupies 10% of the common pathologies of ENT diseases according to the WHO.Voss et al. in his study "How does perforation of the tympanic membrane affect the transmission of sound in the human middle ear?" concluded that hearing loss increases as perforation size increases. Gulati et al., in their «Audiological Profile» study of 21 patients with otitis media, reported a linear relationship between perforation size and degree of hearing loss.

Aim and Objectives

To evaluate the size and site of the tympanic membrane perforation.

To assess hearing loss in patient with dry tympanic membrane perforation.

To correlate the relationship between degree of conductive hearing loss with size and site of the perforation.

Materials and Methods:

Study design: Cross sectional study.

*Place of study***:** Uzbekistan .Bukhara city.Bukhara medical institute after "Abu Ali ibn Sina"

150 patients with in the age group 15 – 45 years having inactive tubotympanic disease were included in this study. Based on the surface area of tympanic membrane involved by the perforation, patients were divided in to 4 groups: Group 1: up to 10% involved, Group 2: 11 - 20 % involvement, Group 3: 21 - 40 % involvement and Group 4: > 40 % involvement. The patients were divided in to

three groups based on the site of perforation: Anterior perforation, Posterior perforation and Combined perforation. The patients were also divided in to 3 groups based on the duration of disease: Group A - < 1 year, Group B - 1-2 years and Group C - > 2 years.

Conclusion: Hearing loss is directly related to the size of perforation. As the size of perforation increases, conductive hearing loss also increases.

Location of perforation also affects amount of hearing loss. Hearing loss is more for posterior quadrant perforations when compared to anterior quadrant perforations of same size.

As the duration of disease process increases, hearing loss also increases.

Male patients were found to be more than female patients. This might be due to male gender being more aware of their disease as it can affect their work performance.

Majority of patients in our study were found to be in the age group of 26 – 35 years.

The disease is found to be more common in rural population than urban population.

The magnitude of hearing loss had no correlation with age or gender factors.

DIMINISHING CI OUTCOME VARIABILITY BY USING INDIVIDUALIZED AND EFFECTIVE CI TREATMENT

Pazi M.B., Levin S.V., Sugarova S.B.

Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry

St. Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech

Introduction: Cochlear implantation (CI) currently is the only effective method of restoring auditory function in patients with severe hearing loss and deafness. However, the rehabilitation outcome of CI may vary significantly depending on the clinical case. This variability is influenced by a complex interplay of factors: age at implantation, hearing loss onset, cognitive capacity, brain plasticity, electrode placement etc. Reducing the aforementioned variability and improving CI outcome may be attributed to factors, that both manufacturers and clinicist have control over. Developing methods and technologies of intra-cohlear structures preservation, optimal electrode placement and coding strategies are amongst such factors. MED EL Fine Structure coding strategies (FS4, FS4-p) and anatomy-based fitting (ABF) stand out as effective and individualized CI treatment, that allow imitating natural sound coding and thus provide recipients with close to natural hearing experience. This is due to the fact FS and ABF coding strategies allow to (a) deliver sound fine structure (temporal coding, phase locking) and (b) reduce place-pitch mismatch. However, to date, data on the impact of modern CI coding strategies on sound perception in CI users remains insufficiently characterized.

Aim of the study was to subjectively and objectively evaluate different mapping strategies for a postlingually deaf CI recipient in terms of speech and music perception.

Case report: A CI-recipient (female, 30 y.o., postlingual deafness, CI on right ear in 2021) tested different coding strategies CIS, FS4, FS4-P and ABF on right ear for 6 months under blinded conditions and critically compared speech (in quiet and in noise) and music perception under different mapping strategies both subjectively and objectively (speech in noise perception and Blend Phonic Nonsence word test). Even though CIS enabled sufficient speech recognition in quite, nonsense word test, speech in noise and music perception were dissatisfactory. FS4 strategy improved sound quality under assessed conditions, yet speech and noise perception required increased attention. The most satisfactory results were attained with FS4-p strategy. The obtained results correlate with the findings of improved speech and music sound quality after conversion from CIS to FS strategies. OTOPLAN post-op analysis of the right ear revealed a minimal tonotopic mismatch between the central frequency of the default frequency bands and modeled anatomical frequency distribution (28-494 Hz depending on the electrode). In retrospect, initial moderate tonotopic mismatch might have been a contributing factor for rapid post-CI rehabilitation as evidenced in the literature (Martens et al., 2022). Despite minimal mismatch, conversion from default FS4 to ABF improved sound perception quality in terms of better speech perception in noise, echo-effect elimination and diminishing irritation with patients own voice. Additional assessment was held during shortened electrode array imitation. Within

imitation protocol speech perception in silence was moderate to good, however sound quality and nonsense word test results degraded.

Conclusion: The report elucidates that in order to achieve most satisfactory results of CI a number of factors are important: (a) electrode, covering most of the neural elements (650°-680° angular depth); (b) reducing place-pitch mismatch by personalized mapping; (c) sound fine structure transmission. Addressing these factors, contributing to CI results, are a promising protocol to improve and level CI outcomes for different CI recipients.

TIMPANOPLASTIKA VA STAPEDOPLASTIKADAN KEYIN UCHRAYDIGAN MUVOZANAT BUZILISHLARINI DAVOLASHDA REABILITATSION YONDASHUVNI OPTIMALLASHTIRISH.

Botirov Sh.R.,Yakubdjanov D.D., Komilov M.A.

Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya va bosh-bo'yin kasalliklari ilmiy amaliy tibbiyot markazi

Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Dolzarbligi: O'rta quloq jarrohlik amaliyotlari – timpanoplastika va stapedoplastika – eshitishni tiklashda samarali usullar hisoblanadi. Biroq ularning 15–35% holatida vaqtinchalik yoki uzoq muddatli muvozanat buzilishlari (vertigo, bosh aylanishi, muvofiqlikning yo'qolishi) kuzatiladi. Adabiyotlarda qayd etilishicha (Lustig et al., 2018; Vincent et al., 2021), bunday simptomlar asosan perilimfa dinamikasi, vestibulyar reseptorlarning irritatsiyasi yoki endolimfa bosimining o'zgarishi bilan bog'liq. O'zbekistonda bu muammo bo'yicha yetarli klinik algoritmlar ishlab chiqilmagan.Shuning uchun reabilitatsiya protokollarini optimallashtirish dolzarb masalalardan biridir.

Maqsad: Timpanoplastika va stapedoplastikadan keyingi muvozanat buzilishlarini erta aniqlash va optimallashtirilgan kompleks davolash samaradorligini baholash.

Material va usullar: 2020–2024-yillar davomida 94 bemor (yosh oralig'i 20–58 yil, o'rtacha yosh 41±9 yil) kuzatildi. Ularning 51 nafarida timpanoplastika, 43 nafarida stapedoplastika bajarilgan. Operatsiyadan keyin 1–7 kun oralig'ida vestibulyar buzilishlar aniqlangan: umumiy chastota – 29% (27 bemor). Ular 2 guruhga bo'lingan:

1-guruh (n=14): standart simptomatik davolash (betagistin, gorizontal rejim, simptomatik vestibulolitiklar).

2-guruh (n=13): optimallashtirilgan kompleks: betagistin + vestibulyar reabilitatsiya mashqlari + transkranial mikropolyarizatsiya kurslari.

Baholash usullari: DHI (Dizziness Handicap Inventory), Romberg testi, posturografiya, shuningdek, Visual Analogue Scale (Vizuall analog shkalasi) o'yicha sub'ektiv bosh aylanish darajasi. Kuzatuv muddati – 6 oy.

Natijalar: Operatsiyadan keyingi birinchi hafta: muvozanat buzilishi og'irligi VAS bo'yicha 1-guruhda 6,1±1,3 ball, 2-guruhda 6,0±1,5 ball edi ($p>0,05$).

1 oyda: simptomlar 1-guruhda 43% bemorda saqlangan bo'lsa, 2-guruhda 15% gina qolgan ($p<0,05$).

3 oyda: DHI indeksi 1-guruhda 28±7 ball, 2-guruhda 12±5 ball ($p<0,01$).

6 oy yakunida: to'liq remissiya 2-guruhda 92% bemorda, 1-guruhda esa 71% da qayd etildi.

Posturografiya bo'yicha muvofiqlik parametrlari 2-guruhda 1,7 baravar tezroq normallashdi.

Adabiyotlarda (Nishimura et al., 2020; Badr-El-Dine et al., 2019) ko'rsatib o'tilganidek, jarrohlikdan keyingi vestibulyar buzilishlarning tabiiy kechishi odatda 3–6 oy davomida normalizatsiyaga intiladi. Bizning kuzatuvlarda optimallashtirilgan reabilitatsiya dasturi simptomlarning tezroq yo'qolishi va qaytalanish xavfini kamaytirishi aniqlandi.

Xulosa: Timpanoplastika va stapedoplastikadan keyin uchraydigan muvozanat buzilishlarini davolashda betagistin + vestibulyar mashqlar + neyroreabilitatsion texnologiyalar kombinatsiyasi samarali bo'lib, remissiyani tezlashtiradi va bemorlarning hayot sifatini sezilarli yaxshilaydi.

SURUNKALI O‘RTA QULOQ YALLIG‘LANISHIDA ESHITISH FUNKSIYASINING DINAMIK BAHOLASH USULLARI

Shaynazarov M.F., Azimov J.Sh., Jamshidov F.J.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent, O‘zbekiston

Kirish: Surunkali o'rta quloq yallig'lanishi (SO'QY) eshitish jarayonini pasaytiruvchi yoki aralash turdagi buzilishlarga olib keladigan keng tarqalgan patologiya bo'lib, uning uzoq muddatli ta'siri natijasida ovoz o'tkazuvchi zanjirning elementlari, eshitish naychasi va o'rta quloq bosimining dinamikasida qaytarilmas o'zgarishlar ro'y beradi. Dinamik baholash metodlaridan foydalanish davolashning samaradorligini aniq ko'rsatish, reabilitatsiya jarayonini individualizatsiya qilish va retsidivlarning oldini olish imkoniyatini taqdim etadi.

Tadqiqotning maqsadi: SO'QY kasalligiga chalingan bemorlarda tonal va nutq audiometriyasi, timpanometriya va akustik refleksometriya usullaridan foydalanib, 6 oylik kuzatuv davrida eshitish funktsiyasidagi o'zgarishlarni aniqlash va davolanish jarayonidagi javobni baholashdir.

Materiallar va metodlar: 2024–2025-yillarda 56 nafar SO‘QY tashxisi qo‘yilgan bemorlar kuzatildi. Tadqiqotga faol xolesteatomasiz, so‘nggi 6 oy ichida jarrohlik o‘tkazmagan va ichki quloq yoki og‘ir nevrologik patologiyalarga ega bo‘lmagan bemorlar kiritildi. Eshitish funksiyasi 0,25–8 kHz diapazonida tonal va nutq audiometriyasi, 226 Hz prob ton bilan timpanometriya hamda ipsi- va kontralateral akustik refleksometriya yordamida baholandi. Davolash jarayonida mahalliy antimikrob vositalar, burun–halqum sanatsiyasi, intranazal kortikosteroidlar va fizioterapiya usullari qo‘llanildi. Nazorat tekshiruvlari 1-, 3- va 6-oylarda o‘tkazilib, barcha ko‘rsatkichlar qayta o‘lchandi. Yakuniy natijalar statistik jihatdan tahlil qilinib, $p<0,05$ darajasida ahamiyatli deb hisoblandi.

Olingan natijalar: Tadqiqotni 52 bemor yakunladi. Boshlang‘ichda o‘rtacha eshitish eshigi (PTA) 39 dB HL bo‘lib, 6 oylik davolashdan so‘ng 27 dB HL gacha pasaydi (o‘rtacha yaxshilanish 11,6 dB; $p<0,001$). Past chastotalarda yaxshilanish o‘rtacha 13,2 dB, yuqori chastotalarda esa 7,4 dB bo‘ldi. Nutqni idrok qilish darajasi (SDS) 74% dan 86% gacha oshdi (o‘rtacha +12 p.p.; $p<0,001$). Timpanometriya bo‘yicha A turi 10% dan 31% gacha, B turi esa 38% dan 23% gacha o‘zgardi ($p=0,004$). Ipsilateral akustik reflekslar 44% bemorda yo‘q bo‘lgan bo‘lsa, davolash yakunida bu ko‘rsatkich 62% gacha ko‘tarildi ($p=0,03$). Markaziy kichik perforatsiya bo‘lgan bemorlarda eshitish yaxshilanishi o‘rtacha 14,1 dB bo‘lib, katta yoki chekka perforatsiyalilarda 9,2 dB ni tashkil etdi ($p=0,02$). Intranazal terapiya qo‘llangan Eustachiy disfunksiyali bemorlarda SDS o‘sishi 14 p.p., boshqa holatlarda esa 9 p.p. bo‘ldi ($p=0,04$). Jiddiy nojo‘ya hodisalar qayd etilmadi, mahalliy tomchilarga yengil noqulaylik 5,7% bemorda kuzatildi.

Xulosa: SO'QY bo'lgan bemorlarda eshitish funksiyasini dinamik baholash davolash samaradorligini aniqlash, klinik yaxshilanish belgilarini erta aniqlash va reabilitatsiya strategiyasini optimallashtirishga yordam beradi. Audiometrik va timpanometrik usullarni birgalikda qo'llash diagnostik aniqlikni oshiradi, akustik reflekslarning qayta paydo bo'lishi esa o'tkazuvchi komponent kamayganidan dalolat beradi. Kompleks va individual yondashuv bemorlarning eshitish ko'rsatkichlarini sezilarli yaxshilashga imkon yaratadi.

CAROTID ARTERY STENOSIS AND SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS: A DECADE OF CLINICAL AND PATHOPHYSIOLOGICAL INSIGHTS

Shodmonqulova G.R.
Tashkent Medical University

Abstract: Hearing dysfunction of vascular origin has emerged as a significant, yet underrecognized, manifestation of systemic atherosclerosis and cerebrovascular disease. Over the last decade, research has increasingly documented associations between carotid artery stenosis (CAS), sudden sensorineural hearing loss (SSNHL), tinnitus, and microvascular pathology. The cochlea’s high metabolic demand and reliance on terminal arterial supply render it vulnerable to subtle reductions in blood flow. CAS, as well as microvascular endothelial dysfunction and arterial stiffness, have been implicated in both acute and progressive audiological decline (Kim & Lee, 2017; Morales et al., 2023). Recognizing SSNHL as a potential early vascular warning sign may allow for timely cerebrovascular risk stratification and intervention.

Methods: A narrative synthesis was conducted of peerreviewed studies published between January 2015 and March 2025, identified through PubMed, Scopus, and Web of Science searches using keywords: carotid stenosis, sudden sensorineural hearing loss, tinnitus, atherosclerosis, vascular hearing loss.

Inclusion criteria:

1. Human clinical or epidemiological studies examining vascular pathology and hearing loss;
2. Englishlanguage full texts;
3. Availability of diagnostic modality details (e.g., Doppler ultrasound, CT/MR angiography).

A total of 45 studies met inclusion criteria: 17 prospective or retrospective cohorts, 9 crosssectional analyses, 8 casecontrol studies, 4 systematic reviews/metaanalyses, and 7 case reports. The primary outcomes assessed were CAS prevalence among hearing loss patients, hearing recovery in relation to vascular status, and the prognostic role of vascular biomarkers.

Results: Epidemiological link:

SSNHL patients demonstrated a 1.5–3.2fold higher prevalence of carotid or vertebrobasilar stenosis compared to agematched controls (Morales et al., 2023; Tsuzuki et al., 2021).

Subclinical atherosclerosis markers, such as increased carotid intima–media thickness, were independently associated with elevated SSNHL risk (Ho et al., 2020).

*Pathophysiology***:**

Endothelial dysfunction, reduced vertebrobasilar flow, and arterial stiffness were consistent mechanisms (Koçak et al., 2017; Hou & Liu, 2024).

Microvascular compromise contributed to both unilateral and bilateral sudden deafness presentations, occasionally preceding stroke (Kinouchi et al., 2021; Zhang et al., 2023).

Diagnostic modalities:

Doppler ultrasound and CT angiography achieved high sensitivity for extracranial CAS detection, while MRI revealed labyrinthine infarction and small vessel disease correlates (Simaan et al., 2023; Risoud et al., 2024).

Early carotid assessment in SSNHL cases shortened time to vascular intervention.

Treatment and prognosis:

Carotid revascularization (angioplasty, stenting) occasionally reversed tinnitus and improved auditory thresholds (Bains et al., 2022).

High cardioankle vascular index values predicted favorable SSNHL recovery (Ushio et al., 2023).

Persistent hearing loss was associated with uncontrolled cardiovascular risk factors (Papadopoulou et al., 2024).

Discussion: This decade of evidence consolidates the role of vascular compromise in hearing dysfunction, positioning SSNHL as a potential “cochlear transient ischemic attack.” The clinical implication is clear: SSNHL should trigger a dualpathway evaluation — otologic workup alongside urgent cerebrovascular assessment. Noninvasive vascular imaging and risk factor profiling are costeffective strategies for early detection. However, heterogeneity in study design, small sample sizes, and retrospective bias limit definitive causal inference. Future prospective, multicenter trials with standardized audiological and vascular endpoints are needed to validate whether aggressive vascular management can improve hearing outcomes and reduce subsequent stroke incidence.

Conclusion: From 2015 to 2025, mounting evidence supports a bidirectional relationship between CAS and hearing dysfunction. Integrating vascular assessment into SSNHL diagnostic protocols may enable early intervention, improve prognosis, and serve as a public health strategy for stroke prevention.

TOTAL QULOQ REKONSTRUKSIYASIDA INDIVIDUAL SHABLONLAR YASASHNING ZAMONAVIY USULLARI

Sobirov H.G’., Shomurodov Q.E.

Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya va bosh-bo’yin kasalliklari ilmiy amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, Uzbekistan

Tashkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent, Uzbekistan

Kirish: Quloqning tug‘ma nuqsonlaridan biri bo‘lgan mikrotiya jamiyatda har 8000–10000 tug‘ruqda bir holatda uchraydi va bu bemorlarda psixologik, estetik hamda ba’zan eshitish muammolarini yuzaga keltiradi. Total quloq rekonstruksiyasi bu muammoni bartaraf etishda eng samarali usul bo‘lib, bemorning tashqi ko‘rinishini tiklashda muhim rol o‘ynaydi. Hozirgi kunda Su-por, Med-por kabi turli sun’iy biomoslashuvchan materiallarning kashf qilinishiga qaramasdan qovurg’a tog’aylaridan foydalanib yasaluvchi autotog’ay karkaslar “oltin standart” bo’lib qolmoqda. Bu usul bajarish texnikasining soddaligi, organizmning “rad etish” xususiyatining yo’qligi sababli haligacha o’z ahamiyatini yo’qotmay kelmoqda. An’anaviy usullarda quloq shakli jarrohning qo‘lda yasagan andazalari asosida shakllantirilgan bo‘lsa, hozirda 3D texnologiyalar, ya’ni raqamli skanerlash, model yaratish va 3D printerda chiqarish orqali ancha aniq va individual yondashuv mumkin bo‘lmoqda. Ushbu yondashuv operatsiya aniqligini oshirib, natijalarni yaxshilashga xizmat qiladi.

Tadqiqot maqsadi: Zamonaviy 3D texnologiyalarga asoslangan holda total quloq rekonstruksiyasida individual shablonlarni yasash usullarini tahlil qilish, ularning klinik amaliyotdagi afzalliklarini baholash va klassik yondashuv bilan taqqoslab samaradorligini aniqlash.

Tadqiqot material va metodlari: Tadqiqotda 2022–2025 yillar davomida mikrotiya tashxisi qo‘yilgan 10 nafar bemorda total quloq rekonstruksiyasi bajarildi. Bemorlarning o’ziga xosligi shunda ediki, sog’lom quloq shakli va o’lchamlari norma chegarasida edi va shu bilan birgalikda bemorni qoniqtirar edi. Bemorlarning yoshi 8 dan 20 yoshgacha (o‘rtacha – 13,5), ulardan 6 nafari erkak, 4 nafari ayol edi. Har bir bemorning sog‘lom qulog‘i raqamli skaner (EinScan Pro HD, Shining 3D) orqali 3D formatda modellashtirildi. Modellar Autodesk Fusion 360 dasturida ishlanib, PLA materialidan Creality Ender-3 printerida chop etildi. Tayyor shablonlar plazma yordamida sterilizatsiya qiluvchi qurilma yordamida sterilizatsiya qilinib, operatsiyada ishlatilgan. Operatsiya davomiyligi, estetik simmetriya va bemor qoniqish darajasi asosiy baholash mezonlari sifatida tanlandi. Shuningdek, klassik usul bilan o‘tkazilgan 5 ta oldingi holat bilan taqqoslov tahlil qilindi.

Olingan natijalar: Shablon asosida o‘tkazilgan operatsiyalarda quloq shaklining aniq va sog‘lom tomonga mos kelishi 90% holatlarda qayd etildi. Operatsiya o‘rtacha davomiyligi 60 daqiqadan 80 daqiqagacha qisqardi (20% kamayish). Bemorlarning 8 nafari estetik ko‘rinishdan to‘liq, 2 nafari esa qisman qoniqish bildirdi. Klassik usuldagi operatsiyalarda esa simmetriklik darajasi pastroq (50–65%) bo‘lgan. Asoratlar aniqlanmadi. Individual shablon ishlatilgan bemorlarda tiklanish muddati ham tezroq kechdi.

Xulosa: Zamonaviy 3D texnologiyalar asosida tayyorlangan individual shablonlardan foydalanish total quloq rekonstruksiyasi sifatini sezilarli darajada oshiradi. Ushbu yondashuv nafaqat operatsiya vaqtini qisqartiradi, balki estetik natijalarni ham yaxshilaydi. Amaliyotda bu usulni keng joriy etish, ayniqsa bolalar va yosh bemorlar orasida psixologik moslashuvni ham yaxshilashga xizmat qiladi. Bu usulning ko’pgina afzalliklari borligiga qaramasdan ozining kamchiliklariga ham ega. Bu usulni hozircha faqatgina ikkinchi tarafdagi quloq shakli normada bo’lgan bemorlarda qo’llash mumkin. Ikki tomonlama mikrotiya holatlarda hozircha bu usulni qo’llash imkonsiz. Keyingi bosqichda dasturiy taminot ishlab chiqgan holatda 3D modellarni qayta ishlash va shakl berish texnologiyasini rivojlantirish rejalashtirilmoqda. Bundan tashqari keyingi bosqichlarda bemorlarning hayot sifatini baholovchi ko‘rsatkichlar orqali tahlil qilish rejalashtirilmoqda.

CARTILAGE FRAMEWORK SELECTION FOR MICROTIA RECONSTRUCTION BASED ON GRADE OF SEVERITY

Sobirov H.G’.

Republican specialized scientific and practical medical center of otorhinolaryngology and head and neck diseases, Tashkent, Uzbekistan

Inroduction: Microtia is a rare congenital malformation characterized by underdevelopment or absence of the external ear, with varying degrees of severity classified into Grades I to IV. Surgical reconstruction, often performed during childhood or adolescence, aims to restore both the aesthetic

form and, in some cases, auditory function. A crucial factor in achieving optimal outcomes is the selection of an appropriate cartilage framework, tailored to the severity and type of deformity.

Aim: This study aims to evaluate the types of cartilage frameworks used in microtia reconstruction and analyze how the severity of the ear malformation influences the framework selection process.

Materials and methods: A total of 15 patients with microtia underwent total ear reconstruction (TER) between 2021 and 2024 at private clinic. Patients ranged in age from 9 to 24 years (mean age: 14), with a nearly equal gender distribution (7 males and 8 females). All cases were classified according to the Firmin grading system.

- Grade I (mild): No reconstruction required.
- Grade II (moderate): 2 patients received Type III frameworks (excluding tragus and antitragus).
- Grade III (lobular type): 8 patients received Type II frameworks (without tragus), and 2 received complete Type I frameworks.
- Grade IV (anotia): 3 patients received Type I frameworks with a projecting piece (PII), covered with a temporoparietal fascia flap and full-thickness skin graft.

Results: Postoperative healing was satisfactory in all cases. Minor necrosis occurred in 4 patients, managed either conservatively with dressings (n=2) or surgically with preauricular local flaps (n=2). Patients reported high satisfaction with both the visual outcomes and the overall reconstructive experience.

Conclusion: Microtia reconstruction must be approached with careful grading and individualized planning. Proper selection of the cartilage framework—based on severity—is essential to maximize both cosmetic and psychological outcomes. Skilled surgical technique and patient-specific planning significantly improve long-term success in auricular reconstruction.

MIKROTIYA BILAN TUG'ILGAN BOLALARDA TASHQI QULOQNI REKONTRUKSIYA QILISH USULLARINI TANLASH VA ULARNING KLINIK SAMARADORLIGINI TAHLIL QILISH

Tursunov M.R., Rajabov T.B.
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, Toshkent, Uzbekistan
EMU university, Toshkent, Uzbekistan

Kirish: Mikrotiya – quloqning tug‘ma rivojlanish nuqsoni bo‘lib, tashqi quloqning to‘liq yoki qisman yo‘qligi bilan namoyon bo‘ladi. Bu holat nafaqat estetik nuqson, balki eshitish funksiyasining buzilishi bilan birga uchraydi. Mikrotiya bo‘lgan bemorlarda quloqni rekonstruksiya qilish ularning psixologik holatini yaxshilash, ijtimoiy moslashuvini oshirish va eshitish qobiliyatini bir vaqtda tiklash imkoniyatini beradi. Rekonstruktiv operatsiyalarda quloq shaklini tiklash uchun bemorning o‘z qovurg‘a tog‘ayidan foydalangan holda autolog rekonstruksiyasi va sun’iy implantlar yordamida quloq shaklini tiklash amaliyoti qo‘llaniladi.

Tadqiqot maqsadi: Mikrotiya tashxisi bo‘lgan bemorlarda tashqi quloqni rekonstruksiya qilishda tog‘ay materiali va sun’iy implantlar asosida bajarilgan operatsiyalarning samaradorligini solishtirish va optimal yondashuvni aniqlash.

Tadqiqot material va metodlari: Mikrotiya tashxisi bilan murojaat qilgan 18 nafar bemorni tashqi quloq rekonstruksiyasi bajarilgan bemorlar tahlili olib borildi. Ular ikki guruhga bo‘lindi: 1-guruh (10 bemor): Quloq shaklini tiklashda bemorning o‘z qovurg‘a tog‘ayi ishlatildi. Tog‘ay materialidan 2 yoki 3 bosqichli operatsiyalar orqali quloq rekonstruksiyasi bajarildi. 2-guruh (8 bemor): Sun’iy implant (Medpor) asosida bir bosqichli rekonstruksiya usuli qo‘llanildi. Implant usti teri bilan qoplanib, quloq shakli hosil qilindi. Har ikkala guruhda ham estetik natijalar, bemor va ota-onalarning qoniqish darajasi, asoratlar va qayta operatsiyalar ehtiyoji baholandi.

Olingan natijalar: 1-guruhda: bemor qovurg‘a tog‘ayi yordamida shakllantirilgan quloq har bir bemor holatiga moslashtirilgan bo‘lib, tabiiyroq ko‘rinishiga etibor qaratilgan. Ammo donor sohasida og‘riq, chandiq va ba’zi holatlarda tog‘ay so’rilishi kuzatildi. 2-guruhda: operatsiya tezroq va bemorga kam jarohatlar bilan amalga oshiriladi va tog’ay olinadigan soha shikastlanmadi. Lekin ba’zi

holatlarda implant atrofida yallig‘lanish va organizm tomonidan rad etilish holatlari kuzatildi. Estetik jihatdan shakl mukammal bo‘lsa-da, sun’iyligi sezilarli, implant shikaslangan holatlar bo’lgan. Shu bilan bir qatorda infeksiya tushish havfi yuqori hisoblanadi.

Xulosa: Mikrotiya rekonstruksiyasida qovurg‘a tog‘ayi yordamida bajariladigan operatsiyalar estetik va biologik jihatdan ustunlikka ega bo‘lib, bemorlar uchun afzal usul hisoblanadi. Medpor kabi implantlar esa jarrohlikni yengillashtiradi va tezkor natijalar beradi, biroq yuqorida sanab o’tilgan asoratlar xavf darajasini oshiradi. Har bir bemor uchun individual yondashuv muhim bo‘lib, deformatsiya darajasi, bemorning yoshi va umumiy sog‘lig‘i hisob.

MODERN UNDERSTANDINGS OF THE ORIGINS AND MANAGEMENT OF ONGOING PURULENT EAR INFECTIONS

Urinbaeva N.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

*Introduction***:** Chronic suppurative otitis media (CSOM) is one of the most common chronic infectious diseases of the ear in children, characterized by persistent perforation of the tympanic membrane and discharge of purulent exudate. This condition often leads to conductive and sensorineural hearing loss, which adversely affects speech development, learning, and social adaptation. In the pediatric population, the most common causative agents are *Pseudomonas aeruginosa* and *Staphylococcus aureus*.

Objective of the study: To investigate the clinical course and evaluate the effectiveness of various treatment methods for CSOM in children.

Materials and methods: Eighty children aged 5 to 18 years diagnosed with CSOM were observed. The patients were divided into two groups:

Group I (n=40): Aural toilet combined with topical antibacterial drops (ofloxacin or ciprofloxacin) and drying agents;

Group II (n=40): In addition to local therapy, systemic antibiotic therapy (amoxicillin/clavulanate or cefixime) was administered for 7–10 days.

The effectiveness was evaluated based on cessation of otorrhea, closure of tympanic membrane perforation, hearing improvement (according to audiometry), and recurrence rate over a 6-month follow-up period.

Results: children in Group I and in 92.5% of Group II. Spontaneous closure of the perforation without surgery occurred in 30% of children in Group I and 37.5% in Group II. Hearing improvement of ≥10 dB was recorded in 65% of Group I and 72. Complete cessation of otorrhea within 10 days was observed in 85% of 5% of Group II. The recurrence rate over 6 months was 20% in Group I and 15% in Group II. The isolated microorganisms included: Pseudomonas aeruginosa (47.5%), Staphylococcus aureus (31.3%), and mixed flora (21.2%). CSOM remains the most prevalent chronic infectious disease of the ear. Its pathogenic mechanisms are still insufficiently studied, necessitating further research to develop new treatment approaches and methods for the prevention of hearing loss. Both medical and surgical strategies have limitations and potential risks, including the possibility of worsening hearing loss or facial nerve injury. The optimal approach is a combination of local antibacterial therapy with aural toilet, while surgical methods are reserved for complicated or treatment-resistant cases.

Conclusions: Combined therapy (topical and systemic antibiotics + aural toilet) demonstrated higher effectiveness in resolving inflammation and reducing recurrence rates in children with CSOM.

The most common causative agents in children are *Pseudomonas aeruginosa* and *Staphylococcus aureus*, which should be considered when selecting antibacterial agents.

In most cases, tympanic membrane perforation persists, requiring planned tympanoplasty after stabilization.

To reduce recurrence, adherence to “dry ear” protocols and regular aural toilet under ENT specialist supervision is essential.

СЛУХОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЗАМЕНЫ РЕЧЕВЫХ ПРОЦЕССОРОВ В СИСТЕМЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПО ШКАЛАМ ШИУР И IT-MAIS

Абдукаюмов А.А., Абдукамилова М.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Кохлеарная имплантация — эффективный метод компенсации глубоких нарушений слуха у детей, однако длительный успех зависит и от технического уровня речевого процессора. Со временем старые модели теряют эффективность, что может снижать качество слухового восприятия. Замена процессора на современную модель с улучшенной обработкой звука и помехозащитой способна повысить слухоречевые навыки и качество жизни. Изучение результатов такой замены важно для оптимизации сроков и условий модернизации оборудования.

Цель исследования: - оценить эффективность слухоречевой реабилитации детей после замены речевого процессора Opus 2 на Rondo 3 в системе кохлеарной имплантации, используя шкалу использования устной речи (ШИУР) и международную модифицированную анкету оценки слухового поведения у детей (IT-MAIS). В исследовании приняли участие 113 детей в возрасте 11–14 лет. Проведено сравнение показателей до замены процессора и через 6 месяцев после.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 113 детей в возрасте от 11 до 14 лет на момент замены речевого процессора. Всем участникам ранее был имплантирован внутренний компонент кохлеарной имплантационной системы Sonata STANDARD и установлен речевой процессор OPUS 2 в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре педиатрии, отделении заболеваний уха, горла и носа (г. Ташкент, Узбекистан) в 2015 году.В 2023 году, после более чем пятилетнего периода непрерывного пользования системой кохлеарной имплантации, всем пациентам была проведена замена речевого процессора OPUS 2 на модель RONDO 3. Оценка слухового и речевого развития проводилась с использованием двух валидизированных методик.Первая методика — Шкала использования устной речи (ШИУР) — применялась для определения уровня спонтанного применения устной речи детьми в повседневной жизни. Шкала имеет пятибалльную систему оценки, где 0 баллов соответствует полному отсутствию устной речи, а 5 баллов — её полноценному использованию во всех коммуникативных ситуациях.Вторая методика **—** IT-MAIS (Infant-Toddler Meaningful Auditory Integration Scale) в модифицированном варианте для школьного возраста. Данный опросник включает 10 вопросов, направленных на оценку слухового поведения и степени интеграции слуха в процесс коммуникации. Результаты выражаются в процентах от максимально возможного значения (0–100%).Обе методики применялись дважды: первый этап оценки проводился до замены речевого процессора**;** повторная оценка **—** через 6 месяцев после замены**.**

Результаты исследования: Анализ динамики слухоречевых показателей показал, что замена речевого процессора оказала положительное влияние на слуховое восприятие и использование устной речи у обследованных детей.По данным шкалы использования устной речи (ШИУР), средний балл до замены процессора составлял 3,8 ± 0,5, что соответствовало ограниченному использованию устной речи в повседневной коммуникации. Через 6 месяцев после установки модели RONDO 3 средний показатель увеличился до 5,1 ± 0,4. Это отражает значительное расширение репертуара устной речи, повышение разборчивости и уверенности при общении, а также уменьшение зависимости от визуальных подсказок. Разница в средних значениях до и после замены была статистически значимой ($p < 0,05$).По шкале IT-MAIS (Infant-Toddler Meaningful Auditory Integration Scale), применённой для оценки интеграции слуха в повседневной жизни, до замены процессора средний балл составил 72 ± 5% от максимального возможного. Дети демонстрировали ограниченное реагирование на тихие звуки, сниженное распознавание речи в шумной обстановке и трудности в восприятии интонационных особенностей речи. Через 6 месяцев после замены на RONDO 3 среднее

значение возросло до 88 ± 4%, что свидетельствует об улучшении восприятия речи в различных акустических условиях, более быстром реагировании на звуковые стимулы и лучшей дифференциации звуков окружающей среды.Сравнительный анализ по обеим шкалам показал, что наибольший прирост наблюдался в категориях, связанных с восприятием тихих звуков, разборчивостью речи на расстоянии и способностью вести диалог без зрительной поддержки. Это подтверждает, что современные технологии обработки звука, применённые в RONDO 3, обеспечивают более высокое качество слухового восприятия и способствуют ускорению слухоречевой реабилитации у детей с кохлеарными имплантами.Через 6 месяцев после замены речевого процессора Opus 2 на Rondo 3 наблюдалось достоверное улучшение как по шкале ШИУР, так и по IT-MAIS. По шкале ШИУР: увеличение с 3,4 до 4,5 баллов указывает на более активное использование устной речи в повседневных ситуациях, повышение инициативности и самостоятельности в коммуникации. По IT-MAIS: рост с 72% до 89% отражает улучшение восприятия тихих звуков, разборчивости речи в шумных условиях и устойчивости слухового внимания.

Заключение: Замена речевого процессора Opus 2 на Rondo 3 у детей 11–14 лет в системе кохлеарной имплантации сопровождается значимым улучшением слухового восприятия и речевой активности уже через 6 месяцев после вмешательства. Применение шкал ШИУР и IT-MAIS позволяет объективно зафиксировать положительную динамику и подтвердить клиническую эффективность модернизации процессоров.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, речевой процессор, Rondo 3, Opus 2, слуховая реабилитация, ШИУР, IT-MAIS.

МОНИТОРИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА УНИВЕРСАЛЬНОГО СКРИНИНГА СЛУХА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ТРЕКИНГ-ЦЕНТРА

Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И., Примако В.И., Наджимутдинова Н.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Ряд документов, принятых ВОЗ, направлен на раннее выявление нарушений слуха у новорождённых; они призывают решать данную проблему на государственном уровне (WHO, 2021), «...в 2012 году только 32 страны сообщили о реализации такой политики, а ВОЗ выразила сожаление по поводу нехватки эпидемиологических и других данных, касающихся слуха у детей…»11.. В марте 2021 года ВОЗ выпустила первый Всемирный доклад о слухе, где были обобщены эпидемиологические и финансовые данные о потере слуха в мире и предложены экономически эффективные решения для достижения "интегрированного подхода, ориентированного на человека" (IPC-EHC) (Heidari S, Olyaee Manesh A, Rajabi F., 2021).

В нашей стране за последние годы осуществляются последовательные меры по развитию и адаптации медицинской системы, соответствующей требованиям мировых стандартов по устранению и профилактике нарушений слуха среди населения.

Целью исследования: явилось совершенствование программы универсального скрининга слуха новорожденных путем централизации его мониторирования

Материал и методы исследования: Основой мониторирования УССН явились центр мониторирования – трекинг-центр в головном учреждении осуществляющим внедрение УССН по Республике и 12 региональные центры с аудиологами обученными проведению рескриинга и приёма детей с подозрениями на нарушение слуха.

Результаты исследования.

Сбор информации дает возможность мониторирования контроля качества скрининга слуха на местах, отслеживание ошибок скрининга, выявление «незавершенных» исследований слуха (открытых статусов), выявление отсутствия данных скрининга

Мониторирование позволило сократить число открытых статусов с 32678 до 4167, т.е. в 7,8 раза и таким образом в 86,7% случаев предотвратить попадание ребенка на 2-й этап скрининга. Ошибка скрининга по числу открытых статусов на 1-м этапе в 2023 году в регионах

на этапе внедрения программы составила 9,4%±3,3%, а в г.Ташкенте, где уже был наработан опыт и навык – 3,7%, в Ташкентской области – 0,8%, что указывает на эффективность программы аудиологического скрининга, значимость мониторирования скрининга для повышения охвата и снижения ошибок скрининга слуха в РУз.

Рескрининг детям с подозрением на нарушение слуха был проведен в региональных центрах в 98% случаев, верифицировано 1372 (0,33%) детей с нарушением слуха, распространённость нарушений слуха составила 3,3 на 1000 новорождённых.

Выводы: Наличие системы мониторирования и непрерывного сопровождения детей с нарушениями слуха позволило осуществить полную аудиологическую диагностику в пределах 3-х месяцев жизни и начать терапию в пределах 6-ти месяцев жизни новорождённых. Эти результаты обосновывают необходимость создания реестра детей с нарушениями слуха, что даст возможность планирования закупа кохлеарных имплантов, слуховых аппаратов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА.

Агзамова Г.С., Эргашев У.М., Ботиров Ш.Р., Ражабов Д.Б., Каршибоев Ж.Б., Курбонмуродова Ф.Р.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Ташкент, Узбекистан

Введение: Экссудативный средний отит (ЭСО) — одно из наиболее распространённых заболеваний среднего уха, характеризующееся накоплением в барабанной полости серозного или слизистого выпота при отсутствии признаков острого воспаления и сохранной барабанной перепонке. Заболевание имеет вялотекущий и рецидивирующий характер, часто протекает бессимптомно, но приводит к стойкому снижению слуха, что определяет его значительную социальную и медицинскую значимость. По данным различных авторов, частота ЭСО среди детей составляет от 10 до 30%, тогда как среди взрослых — от 1 до 5%. Наиболее подвержены заболеванию дети в возрасте от 3 до 10 лет, что связано с анатомо-физиологическими особенностями слуховой трубы (евстахиевой трубы) — её короткой и широкой структурой, а также частыми инфекционными и аллергическими заболеваниями носоглотки. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2022), ежегодно в мире более 20 миллионов детей переносят экссудативный средний отит, и у 60–70% из них наблюдается временное или стойкое снижение слуха различной степени выраженности. До 25% случаев ЭСО при отсутствии своевременного лечения переходят в адгезивную форму, сопровождающуюся необратимыми изменениями структур среднего уха. Долгое время заболевание может оставаться нераспознанным из-за отсутствия выраженных болевых симптомов и нормальной температуры тела, что затрудняет своевременную диагностику. Это особенно опасно у детей, поскольку хроническое нарушение слуха на ранних этапах жизни приводит к задержке речевого и интеллектуального развития, трудностям в обучении и социальной адаптации.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения ЭСО путем комплексной терапии.

Материалы и методы исследования: Неразрешенные острые воспалительные реакции и слабый иммунный ответ могут способствовать хронизации воспалительного процесса, что, в конечном счете, приводит к формированию спаек; рубцов, дистрофических изменений в структурах среднего и внутреннего уха с развитием стойкой тугоухости .

В последние десятилетия количество больных ЭСО в структуре негнойных заболеваний среднего уха растет, что во многом обусловлено аллергизацией, нарушением иммунного статуса населения, также нерациональным применением антибиотиков. Вместе с тем известно, что возникновение, тяжесть проявления, течение и исход инфекции зависят не столько от присутствия конкретного микроорганизма, но определяются прежде всего качеством и характером иммунного реагирования данного пациента, в том числе состоянием местной защиты

Диагноз ЭСО установлен на основании жалоб и анамнеза, данных акуметрии, эндоскопического обследования носоглотки, отомикроскопии, тональной пороговой аудиометрии (ТПА), акустической импедансометрии. Пациентам наряду с муко-секретолитической терапией, антисептическими каплями в нос, продуванием слуховых труб по Политцеру применялся метод транстимпанального введения лекарственных средств ферменты трипсин, химотрипсин, кукумазин.

Полученные результаты: Эндоскопически: Отоскопическая картина у всех пациентов отличалась полиморфностью, встречались втянутость или выбуха светового конуса , различный цвет барабанной перепонки (розовый, желтоватый, синюшный). В подавляющем большинстве случаев в барабанной полости определялся уровень соломенно – желтой или белесоватой жидкости, меняющий свои границы при перемене положения головы пациента.

Следует также отметить, что у пациентов с ОЭСО в экссудате из барабанной полости преобладали нейтрофилы, у пациентов с ХЭСО –лимфоциты.

После лечения на основании субъективных данных, отоскопической картины, аудиометрических показателей результат оценивался как:

– <<выздоровление>> - отсутствие жалоб, восстановление проходимости слуховой трубы, нормализация отоскопической картины и порогов слуха по данным аудиометрии, наличие тимпанограммы типа << А >>;

– << улучшение >> – значительное улучшение слуховой функции и проходимости слуховой трубы, что сопровождалось некоторой положительной динамикой по данным импедансометрии:

- <<без эффекта >> – нестойкое улучшение слуховой функции и функционального состояния слуховой трубы, наличие рецидивов ЭСО, необходимость хирургического лечения.

Выводы: После завершения курса лечения у пациентов с ОЭСО в обеих группах регистрировалось снижение выраженности кондуктивной тугоухости, через 1 мес. происходила нормализация аудиометрических показателей.

У пациентов с ХЭСО значительно улучшилась проходимость слуховой трубы, т.к. помимо традиционного лечения проведена катетеризация слуховой трубы с ферментами (трипсин, кукумазин и лидаза).

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТЛАР ТАХСИСЛАРИДАН СЎНГГИ ДАВРЛАРДА МУВОЗАНАТ АНАЛИЗАТОРИНИНГ ФАОЛИЯТИ

Агзамова Г.С., Ботиров Ш.Р., Даминов Ф.А., Хуснитдинов Р.О., Каршибоев Ж.Б., Курбонмуродова Ф.Р.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази

Кириш: Ўрта қулоқниг сурункали йирингли яллиғланишлари, турли зарарли таъсирлар (захарланишлар, шикастланишлар, юқумли касалликлар) туғма нуқсонлар туфайли эшитув ва мувозанат анализаторларнинг ривожланишида ҳамда тизимида асоратлар рўй берган беморларнинг сони йил сайин тобора ошиб боряпти. Ушбу йўналишда самарали ташхислаш, даволаш усулларини ишлаб чиқиш замонавий тиббиётиниг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмокда.

Тадкикот максади: Сурункали йиригнли ўрта отитлар тахсисларидан сўнгги даврларда мувозанат анализаторининг текшириш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Кузатувимизда бўлган 134 нафар беморларнинг шикоятлари, касалликни келиб чиқиш тарихини, қулоқ, бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг эндоскопик текшириш, аудиометрия, тимпанометрия билан бир қаторда, мувозанат анализатори фаолияти махсус ўрганилди. Мувозанат анализаторининг сезгирлик даражасини баҳолашда биз беморларни Видеонистагмографияда, Интеракустикс 629, импедансометрия, компютер аудиометрия, vHIT текширув аппаратларида текширдик**.** Назорат гуруҳи 50 та соғлом 20 ёшдан 45 ёшгача бўлган кишилардан (талабалар, клиника ходимлари) ташкил топиб, уларда мувозанат анализатори қўзғалувчанлигинг физиологик меъёри аниқланди.

Тадқиқотларимизда биз беморларни 2 гуруҳга ажратдик. Биринчи гуруҳни 76 нафар бемор ташкил қилиб, уларда сурункали йирингли ўрта отитнинг зўрайиши оқибатида умум бўшлиқ ҳосил қилиш тахсиси қўлланилган (улардан 43 тасида умум бўшлиқ ҳоасил қилиш билан бир вақтда тимпанопластика ҳам бажарилган). Иккинчи гуруҳни 58 нафар бемор ташкил қилиб, уларда сурункали йирингли ўрта отит оқибатида аттикоантротомия тахсиси бажарилган.

Олинган натижалар: Тадқиқотларимиз бўйича сурункали йирингли ўрта отитларда қулоқдан йирингли ажралмалар ажралиши, эшитув қобилиятининг у ёки бу даражада пасайиши аниқланилган бўлса, мувозанат анализатори фаолияти фаоллигининг ўзгариши турли хилдаги кўринишларда намоён бўлди. Тахсисгача 1-гуруҳдаги беморлардан 36 тасида мувозанат анализатори фаолияти меъёрда бўлса, 15 тасида қўзғалувчанликнинг ошиши, 25 нафарида эса қўзғалувчанликнинг сусайиши аникланди. Мувозанат анализаторининг фаолиятининг бузилиши (дисфункцияси) 6 нафар бемор учун жуда кулфатли бўлиб, уларда бош айланиши, кўнгил айниши, спонтан нистагмнинг пайдо бўлишиб Ромберг ҳолатида дадил тура олмаслиги, юришда ўзгариш рўй бериши ҳамда вегетатив реакцияларнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлди. Ушбу белгилар касалликнинг кечиш даражасига, ноғора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсиқдаги емирилиш жараёнига ҳамда тахсис услубига, макро ва микроорганизмларнинг ҳолатига боғлиқ ҳолда намоён бўлди. Бош айланиши тахсисгача 15 та беморда, кўнгил айниши 10 та беморла, Ромберг ҳолатини бузилиши 15 та беморда, шахдам қадам ташлаш (Fukuda синамаси) бўйича тўғри чизиқдан (100-150 см) эгилиш 11 та беморда, ёзиш си-намасида 15-17° га эгилиш 10 та беморда содир бўлди, яъни умум бўшлиқ ҳосил қилиш билан бир вақтнинг ўзида тимпанопластика тахсиси бажарилган беморларда тахсисдан сўнгти иккинчи кундан бошлаб мувозанат анализатори фаолияти фаоллигининг сусайиши давом этганлиги аниқланган бўлса, тахсисдан сўнгги даврнинг иккинчи ҳафтасидан бошлаб 12 та беморда ушбу нохушлик аста секин тикланди. Баъзан бош айланиши ва спонтан нистагм 3 нафар беморда бир ойгача давом этди ва шулардан биттасида 2 ойдан сўнг мувозанат анализаторининг фаолияти тўлиқ тикланди. 2-гуруҳдаги беморлардан 35 тасида тахсисгача мувозанат анализаторининг фаолияти меъёрда бўлиши, 9 та беморда қўзгалувчанликнинг ошганлиги, 14 та беморда эса унинг сусайишини қайд этдик.

Тахсисдан сўнг иккинчи ва учинчи кунлари 12 беморда мувозанат анализаторининг дисфункцияси (спонтан нистагм) ва бош айланиши аниқланди. Ромберг ҳолатининг бузилиши 7 та беморда кузатилиши билан бир каторда, эшитув анализатори фаолиятининг нисбатан сусайиши ҳам рўй берди. Тахсисгача бўлган даврдаги мувозанат анализатори фаолиятининг кўрсаткичлари ва тахсисдан сўніти 10-15 кунлардаги олинган натижалар билан таққосланганда, тахсисдан сўнгги даврда беморларнинг умумий аҳволида анчагина ижобий ўзгаришлар рўй берди: бош айланиши, Ромберг ҳолатининг бузилишисони кескин камайиб, кўнгил айниши, шахдам қадам ташлашнинг бузулиши деярли кузатилмади.

Хулоса: Шундай килиб, гуруҳлардаги беморларнинг вестибулометрия натижаларини мукаммалроқ килганимизда, тахсисдан сўнгги даврларда қулоқдан йирингли ажралмалар ажралишининг давом этиши, ноғора бўшлиғининг овалсимон дарчаси ва ички деворидаги битишмалар, чандиқлар, грануляцион тўқималар, шиллиқ қаватнинг морфологик ўзгаришли асоратланишлари натижасида ушбу беморларда мувозанат анализатори фаолияти бузилишлари (бош айланиши, нистагмнинг давомийлиги 40-50 сониягача давом этиш, Ромберг ҳолатинин қайталанишини ва ривожланишини асосий омилларидан бири эканлигини тасдиқлайди. Кўпинча тахсисдан сўнги бундай кечишлар тахсис ҳажмига ҳамда беморнинг умумий аҳволига ҳам боғлиқ бўлар экан. Мувозанат анализаторлари фаолиятинг бузилиши назорат гуруҳидаги текширилганларнинг кўрсаткичи ҳамда ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиш касалликлари билан касалланган беморларнинг кўрсаткичларини қиёслашда ушбу беморларда тахсисгача ва тахсисдан сўнгги даврларда сезиларли даражада бош айланиши, кўнгил айниши, спонтан нистагм, қадам ташлашда гавда мувозанатининг бузулишлари каби белгилар билан намоён бўлиши аниқланди.

ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ УМУМИЙ БЎШЛИҚ ЯРАТИШ ВА ТИМПАНОПЛАСТИКА ЖАРРОҲЛИКДАН СУНГГИ ДАВРДАГИ ЭШИТИШ ФАОЛИЯТИ

Агзамова Г.С., Эргашев У.М., Журакулов С.З., Ботиров Ш.Р., Рустамбекова К.А., Курбонмуродова Ф.Р.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш: Жарроҳлик муолажасидан сунги даврда беморларда руй берадиган эшитув фаолиятидаги узгаришлар асоратларни оддини олиш замонавий тиббиётда долзарб муаммоалардан булиб, давлатимиз учун ижтимоий аҳамиятта эга.

Аксарият беморларда соғломлаштириш ва эшитувни қайта тиклаш жаррохлик муолажасидан сунги эшитувни жадаллашган пасайиши ҳамда, йирингли ажралмалар ажралишини қайталанишлари содир булиб беморлар ёшликдан бошлаб меҳнатга, ижтимоий хаётга яроқсиз булиб ногирон булиб умр буйи азият чекадилар. Сунгги йилларда тиббий адабиётларда урта қулоқнинг йирингли отитларида, эшитув анализаторларида руй берилган узгаришлар айниқса эшитув фаолиятини узгариш туғрисида тулиғ маълумотлар бор. Аммо урта қулоқнинг умумий бушлиқ яратиш ва тимпанопластика жарроҳлик муолажасидан сунги даврдаги эшитиш фаолиятига оид маълумотларни бизда мавжуд булган адабиётларда учратмадик.

Тадкикот максади. Биз ушбу ишимизда қулоқда умумий бушлик ҳосил қилиш ва тимпанопластика жарроҳлик муолажасидан сунги даврдаги эшитиш фаолиятида руй берадиган узгаришларни аниқлашни уз олдимизга мақсад қилиб қуйдик.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: қулоқнинг соғломлаштириш ва эшитувни қайта тиклаш ташхислари билан даволанган 6-60 ёштача булган 95 беморларни, 3 — 1О йил давомида эшитув фаолияти назорат қилиб урганилди. Эшитув анализаторини функционал текшириш усуллари: шивирлаган нутқ. ва сузлашув нутқи ёрдамида, камертонларда, электроакустик апарат аудиометр тонал нутқ ва шовқинли усуллардан фойдаланилди.. Ушбу синамаларда "дарчада" чандиқланиш ҳамда қушимча туқималарни усиши натижасида харакатланиш чегараланганлиги туфайли руй берадиган карлик ёки гаранликни аниқлашда муҳим аҳамияти бор.

Олинган натижалар: Ички қулоқ фаолиятларидан бирини мезони суяк орқали товушни утиши даражаси ва суяк ҳаво орқали товуш утказувчанлиги яъни эшитув эгриликлари оралиғини ҳажми ҳисобланади, карликдати эшитув хусусияти: суяк-хаво орқали эшитув тизимидаги утказувчанлик эгрилиги оралиқни ҳажмига - урта қулоқда товуш утказувчанлик даражасини маълум босқичидаги узгаришларга ҳам боғлик булишини тажрибаларимиз натижалари тасдиқлади, яъни кузатувимиздаги 19 та беморда (4%) асосан антротомия ва аттикоантротомия ташхисидан сунгги беморлар. Аудиограммада суяк-ҳаво эгрилигидаги оралиқ, кичик ҳажмни яъни 20-25 дБташкил қилади. Бу уз вақтида эшитув суякчалар занжир тизимини сақланганлигидан дарак беради. 21% беморимизда (асосан тимпанопластикадан кейинги беморлар) аудиограммада суяк- хаво орқали товуш утказувчанлик-эшитув эгрилиги оралиғи 30 ДБ дан ошганлиги аниқланди, аммо айрим беморларимизда (3%), 45 ДБ гача эшитини пасайиши кузатилди. Суяк-хаво орқали эшитувни бундай узгариши лабиринт дарчаси соҳасидаги чандиқли битишмалар туфайли пайдо булиши мумкин. Ушбу гуруҳдаги беморларда фунгсинамаси манфий булди. Нутқли аудиограммада 100% нутқни эшитиш, қисқа тулқин товушга сезгирлиги соғлом кишилар курсатгичларига яқинроқ булишлиги маълум булди. Бу гуруҳдаги беморларни тимпаноскеляр куринишдаги карликка мансуб гуруҳга қушдик.

Тадқиқотларимиз натижалари товуш утказувчанлик бусағасини уртача 60 дБ даражасидан пасайиши ички қулоқни товуш қабул қилиш қисмини зарарланганлиги туғрисида эхтимол қилишга имкон беради. Аммо эшитувни пасайиш даражаси бевосита дарча сохасидаги чандиқланишга боғликлигини асослашда фақатгина тонал бусаға аудиометрияси натижаларига таяниш хар доим хам туғри булавермаса керак. Қулоқнинг умумий бушлиқ

хосил килинган жарроҳликдан сунги 55 нафар беморлардан 12 тасида частотаси 2000 гц дан ошиқ товушни суяк орқали утиш бусағаси 20-30 дБ ни ташкил қилади. Ушбу гуруҳдаги беморларда ташхисдан сунги даврда қулоқдан йирингли ажрамаларни ажралганликлари қулоқда товуш пайдо булиб холсизлик руй бергани аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб 1) урта қулоқнинг умумй бушлиқ яратиш ва тимпанопластика ташхисидан сунтги даврда аудиограммада суяк ва ҳаво орқали товуш утказиш эгрилигидаги оралиқ 20-25 ДБ ташкил қилиб, қисқа тулқинли товушга ички қулоқни сезгирлиги миёрда булса эшитув суякчалар тизимни сақланганлиги аксарият ушбу натижалар антротомия ва аттикоантротомия жарроҳликдан сунги беморларда аниқланар экан. 2)Жарроҳликдан сунги сурғичсимон суяк бағридаги бушлиқни тулиқ битмаслиги (эпидермизация) мунтазам йирингли ажралмалар ажралиб туриши ички қулоқ зарарланишини илк босқичларида товушни 2000 гц частотасини суяк орқали утиш бусағасини 20-30 ДБ га ошиши руй берди. 3) 2000 гц частотали товушни суяк орқали утиш бусағаси 30- 40 ДБ ошиши ФУНГ синамасини уртача 0,6-0,7 ДБ га нутқ аудиометрияда 100% нутқни аниқлай аралаш карликларда содир булади. 4) Эшитувни 40-60 ДБ ошиқроқ узгариш Фунг ни (0,2-0,5 ДБ) мусбатлиги қисқа тулқинли товуш бусағасини нормадан 2-3 баробар ошиши кохлеар карлик пайдо булганлигини бидлиради. 5) Тадқикот натижаларини амалда қуллаш яъни жарроҳлик бошидан кечирган беморларни амбулатор шароитда кузатувда булишлиги ва шунга асосан уз вақтида эшитувни яхшилаш жарроҳликларга беморларни тайёрлашга курсатмаларни аниқлашда ёки лозим булган дорилар билан даволаш тадбирларини белгилаш мутлоқ карликни олдини олишда мухим ахамиятга эга эканлигини курсатди.

ПРОФИЛАКТИКА ГЛУХОТЫ И ТУГОУХОСТИ.

Агзамова Г.С., Юсупова.С.Р., Ражабов Д.Б., Каршибоев Ж.Б., Курбонмуродова Ф.Р.
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Оториноларингологии и болезней Головы и Шеи
Ташкент, Узбекистан

Введение: Сенсоневральная тугоухость – это форма снижения слуха, при которым поражается кокой либо из участков звуковосприпринимающего отдела слухового анализатора, начиная от сенсорных клеток внутреннего уха и заканчивая корковым представительством в височной доле коры головного мозга. Развивающаяся тугоухость- это функциональный ответ внутреннего уха и других отделов слухового анализатора на многофакторное патологическое воздействие. По статистике ВОЗ в индустриально развитых странах, количество лиц в мире, страдающих нарушениями слуха больше 40 дБ на лучше слышащем ухе различных этиологических факторов, составляют порядка 300 млн.

Цель исследования: Раннее выявлерие тугоухости у детей и своевремменное проведение профилактики глухоты и тугоухости у взрослых.

Материалы и методы исследования: С учетом структуры причин тугоухости и тяжести поражения слуховой функции под влиянием различных этиологических факторов, необходимо выделить три группы факторов в зависимости от степени опасности для органа слуха и масштабов их воздействия на население.Обследование проводилось в РСН-ПЦО и ЗГиШ. Больным проводилось: КА(тональная), тимпанометрия, КСВП, вестибулометрию у взрослых.

Полученные результаты: Наибольшего внимания в плане разработки и реализации профилактических мероприятий в настоящее время требуют генетические факторы, ототоксичные медикаменты, острые респираторные заболевания и средний отит. Вторую группу составляют такие факторы как нейроинфекция (менингит) и другие кароновирус заболевания травмы головного мозга и органа слуха, пресбиакузис и шум. Менее опасными по своим последствиям для населения в целом являются такие причины нарушения слуха, как патология беременности и родов врожденные аномалии, отосклероз, болезнь Меньера, опухоли, заболевания внутренних органов и систем интоксикация организма и другие причины.

Выводы: Особое значение приобретает профилактика направленная на снижение и устранение вредных физических и химических воздействий на население. Своевременное проведение в роддомах скрининг обследование у новорожденных, возможности оториноларингологов и сурдологов в деле профилактики, нарушений слуха практически ограничиваются выявлением совместно с другими специалистами лиц, имеющих факторы риска возникновения этой патологии участием в профессиональном отборе, диагностикой ранних проявлений заболеваний органа слуха, обеспечением своевременного патогенетического, лечения и санитарно-просветительной работой.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

Аллаяров С.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи

Аннотация: Тимпаносклероз — это морфологически выраженное, клинически значимое осложнение хронического среднего отита (ХСО), характеризующееся формированием гиалинизированных, склеротических очагов в барабанной полости, с последующим нарушением подвижности слуховой цепи и развитием стойкой кондуктивной тугоухости. В последние годы возрос научный интерес к изучению молекулярных и генетических механизмов данного заболевания, а также к внедрению персонализированного подхода в клиническую практику. Несмотря на существующую хирургическую тактику, высокий риск рецидивов и остаточных функциональных нарушений слуха требуют совершенствования диагностических и лечебных алгоритмов.

Цель исследования: Провести комплексную оценку клинико-генетических аспектов тимпаносклероза, на основании анализа большого хирургического материала, и определить перспективы внедрения генетической диагностики и инновационных методов реконструкции среднего уха в структуру комплексного лечения.

Материалы и методы: Проанализированы данные 1965 оперативных вмешательств, выполненных в 2009–2024 гг. в крупных оториноларингологических клиниках Узбекистана и России у пациентов с хроническим средним отитом, осложнённым тимпаносклерозом. Использованы методы визуально-инструментальной отоскопии, тональной и речевой аудиометрии, импедансометрии, высокоточной КТ височной кости, а также ревизионные данные при тимпанопластике I и III типа, стапедопластике и комбинированных вмешательствах. Дополнительно проанализированы современные публикации по генетическим моделям тимпаносклероза, включая данные на мышах Junbo, несущих мутацию в транскрипционном факторе Evi1 (Ecotropic virus integration site 1), ассоциированную с дисрегуляцией воспалительных каскадов.

Результаты: Тимпаносклероз был диагностирован у 27,6% пациентов с ХСО. Наиболее часто (88,7%) наблюдалась перфоративная форма с вовлечением туботимпанального отдела. Подтверждено, что фиксация слуховой цепи вследствие склеротических изменений имела место в 53,3% случаев, что обуславливало выраженное снижение слуховой функции. Одноэтапная хирургическая коррекция с применением тимпанопластики I типа применялась у 62% пациентов, III типа — у 30,4%, а стапедопластика — в 4,6% случаев. Анатомо-функциональная эффективность достигнута у 87,9% оперированных. Применение биосовместимых материалов (аутокартиляж, титановые протезы) в 2023–2024 гг. позволило снизить частоту повторной фиксации слуховой цепи на 12–15%. Экспериментальные исследования на мышах Junbo подтвердили участие мутаций Evi1 в развитии хронических воспалительных изменений среднего уха, а также в нарушении матриксного ремоделирования, лежащего в основе тимпаносклероза. Начиная с 2024 года в рамках пилотных проектов (Узбекистан, Россия, Южная Корея) стартовало клиническое апробирование панели генетических маркеров (Evi1, NFKB1, TGF-β1, MMP9) у пациентов с рецидивирующим ХСО.

Обсуждение: Полученные данные подтверждают гипотезу о многофакторной природе тимпаносклероза, где ключевую роль играют не только хроническое воспаление и механические повреждения, но и генетическая предрасположенность. Современная концепция лечения должна включать:

–раннюю диагностику с использованием КТ и аудиологических методов,

–выбор оптимального типа тимпанопластики с учётом степени поражения слуховой цепи,

–применение биоматериалов с доказанной остеоинтеграцией,

–перспективно — молекулярно-генетическую стратификацию пациентов с использованием NGS-диагностики и скрининга маркёров хронического воспаления.

Выводы: 1. Тимпаносклероз остаётся актуальной медико-социальной проблемой, влияющей на слуховую функцию и качество жизни.

2. Одноэтапное хирургическое лечение демонстрирует высокую эффективность, однако требует индивидуализации подхода.

3. Генетическая предрасположенность, ассоциированная с мутацией Evi1 и рядом других молекулярных мишеней, требует трансляции в клиническую практику.

4. Будущее комплексной терапии тимпаносклероза — за интеграцией хирургии, иммуномодулирующей терапии и молекулярной диагностики.

Ключевые слова: тимпаносклероз, хронический средний отит, тимпанопластика, Evi1, генетическая предрасположенность, реконструкция слуховой цепи, молекулярная оториноларингология, персонализированная терапия.

ИЗУЧЕНИЕ СЛУХА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Арифов С.С., Авезов М.И.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан.

Ургенчский государственный медицинский институт, Ургенч, Узбекистан

Введение: Закрытые черепно-мозговые травмы (ЗЧМТ) являются одной из наиболее известных, распространенных и тяжелых видов травм. Исследования последних лет убедительно доказывают, что и в настоящее время эти виды часто встречаются среди травм мирного и военного времени. Сложное и тонкое строение различных анализаторов обусловливает возникновение в них патологических сдвигов в ответ на внешние воздействия (в том числе и на травматические), нередко приводя к выраженным и стойким нарушениям слуха, вестибулярной функции, обоняния и вкуса. Развитие этих нарушений зависит от степени, глубины и распространения травматических повреждений, их обратимости, компенсаторных механизмов, а также от адекватности лечения.

Долгие годы легкая ЧМТ оставалась в тени более драматично протекающей тяжелой ЧМТ. Вместе с тем ее высокая распространенность и связанные с нею посттравматические расстройства такие как стойкое снижение слуха, ушной шум, головная боль и головокружение, превращают легкую ЧМТ в своего рода «скрытую эпидемию», требующую своевременной диагностики и адекватной коррекции.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния органа слуха у больных в раннем периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы исследования: Сбор клинического материала проводился за период 2022-2024 гг. в нейрохирургическом отделении Хорезмской многопрофильном медицинском центре. В разработку были включены больные до момента получения ЧМТ, не имеющие патологию уха и головного мозга. Всего были обследованы 56 больных легкой формой ЗЧМТ. Возраст больных был от 16 до 69 лет (средний возраст 43 ±1,27 лет).

Все больные находились под постоянным контролем нейрохирурга, им проведено клиническое обследование: общий анализ крови и мочи, при необходимости – консультация

терапевта, невропатолога, окулиста, и других специалистов. Производился общий оториноларингологический осмотр, включающий отоскопию, переднюю и заднюю риноскопию, мезофарингоскопию и непрямую ларингоскопию. Аудиологическое обследование производили, начиная с третьей сутки после травмы, когда больные становились контактными и адекватно выполняли требования исследований.

У больных, включённых в разработку, были исключены заболевания наружного и среднего уха, которые могли исказить истинную картину состояния слухового анализатора в момент обследования.

Полученные результаты: 12 (21%) обследованных больных от общего количества предъявляли в момент обследования жалобу на шум в ушах. Из них у 43% больных шум был единственным проявлением, 39% он сочетался снижение слуха и лишь 18% нарушением разборчивости речи. Шум в 24% был односторонний и 76% двухсторонний. 57% он имел только высокочастотный, 22% - смешанный и лишь 21% - только низкочастотный характер.

Жалобу на снижение слуха предъявляли 7 (12%) больных. Хотя одностороннее снижение слуха встречалось чаще (54%), чем двухсторонней (46%), разница между ними было не существенной.

В 9 (16%) случаях средний показатель восприятия шепотной речи составил на оба уха 2,4±0,3 м ($P_к$<0,05), это оказало существенное влияние на показатель восприятия шепотной речи всех обследованных больных, которое составило на правое ухо 3,7±0,4 м ($P_к$<0,1), на левое ухо - 3,5 ±0,3 м ($P_к$<0,1). Показатель восприятия разговорной речи с обеих сторон превышало 6 м ($P_к$>0,1).

Средний показатель звучания камертона C_{128} по воздушной проводимости составило на правое ухо 54,7±1,6 сек ($P_к$>0,1), на левое ухо - 52,5 ±1,8 сек ($P_к$>0,1), по костной - на правое ухо 22,7±1,3 сек на левое ухо - 22,5 ±1,5 сек ($P_к$<0,1). Лишь у 8 (15%) обследованных больных имело место достоверное укорочение абсолютного время звучания камертонов по обоим типам проводимости звука ($P_к$<0,1). За счет этих больных в целом также имело место укорочение звучания камертонов по воздушной и костной проводимости, хотя они не имели достоверное отличие по отношению к контрольной группе ($P_к$<0,1).

Результат опыта Ринне в 48 (86%) был положительный и 8 (14%) - «малый» положительный. Установлено укорочение опыта Швабаха на одно ухо в 7 (12%) и на оба уха 9 (16%) обследованных больных.

Средний уровень порога слышимости по воздушной проводимости на речевых частотах обследованных больных (N=56) составил 14,3±1,4 дБ ($P_к$>0,1).

По данным тональной пороговой аудиометрии у 14 (25%) обследованных больных выявлено отклонение показателей относительно возрастной нормы в виде повышения порогов воздушного и костного проведения. Кривые аудиограмм имели различную конфигурацию. В 52% повышение порогов воздушного и костного проведения имели вид в виде крутонисходящих, 29% - пологонисходящих, 16% - горизонтальных и 4% - пологовосходящих кривых. Выраженное снижение крутизны наклона при первых двух вариантах наблюдалось на частотах 4000, 6000 и 8000 Гц. У 6 больных установлена тугоухость первой, 2 - второй степени. В 6 случаях имело место повышение порога слышимости воздушного проведения на речевых частотах, но их значение не доходило до уровня 26 дБ, т.е., до значения тугоухости первой степени.

Выводы:

1. У больных в раннем периоде легкой формы ЗЧМТ встречается нарушение слуха, обусловленной поражением звуковоспринимающего отдела органа слуха и часто проявляется легкой степенью тугоухости.
2. В раннем периоде легкой формой ЗЧМТ акуметрию можно оценить как наиболее доступным методом выявления нарушения слуха, тональная пороговая аудиометрия является методом выбора в диагностике нарушения слуха.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ВЕСТИБУЛЯРНУЮ ФУНКЦИЮ

Ахунджанов Н.А., Абдуллаев У.П., Джураев Ж.А., Соатов И.О.
Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация: Целью настоящей работы явилось изучение вестибулярной функции больных гипертонической болезнью (ГБ) на фоне лечения современными гипотензивными препаратами.

Результаты: Обследованы 110 больных ГБ с доинсультными цереброваскулярными расстройствами (ДЦВР). По структуре ДЦВР больные распределялись следующим образом: с начальными проявлениями неполноценности кровоснабжения мозга (НПНКМ) – 28 (25,5%) больных, с гипертонической энцефалопатией (ГЭ)-I ст. – 37 (33,6%), с ГЭ-IIст. – 26 (23,6%) больных. У 19 (17,3%) больных ГЭ отмечались эпизоды преходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК). Все больные обследованы кардиологом, невропатологом и оториноларингологом. Состояние вестибулярного анализатора наряду с другими методами оценивали по результатам калорических проб и электронистагмографии. Больным с ДЦВР проводилась эхоэнцефалоскопия (ЭхоЭС) и электроэнцефалография (ЭЭГ) по общепринятым методикам.

Из 79 больных 40 назначались ингибиторы АПФ, 39 больным антагонисты кальция (АК). Продолжительность лечения составляла 21-30 дней. Из 79 больных до лечения жалобы на головокружение предъявляли 51 человек, после лечения 32 из них отмечали уменьшение интенсивности, частоты и даже полное исчезновение головокружений. Причём, положительная динамика у больных с НПНКМ была гораздо выше (до 100 %), чем у больных с ГЭ-I (85%) и ГЭ-II (60%). Наименьшая динамика головокружений отмечена при ГЭ с ПНМК (менее 40%).

Несколько иная была динамика объективных симптомов. В частности спонтанный нистагм стойко удерживался только у одного больного из трёх случаев ГЭ с ПНМК. Более стойко удерживалась неустойчивость в позе Ромберга. Так, у больных с НПНМК неустойчивость при простой позе Ромберга после лечения сохранилась у 1 из 3 больных, в сенсибилизированной у 2 из 6 больных, нарушение фланговой походки сохранилось у 1 из 3 обследованных. При ГЭ-I ст. неустойчивость при простой позе Ромберга после лечения сохранилась у 3 из 6 больных, в сенсибилизированный у 5 из 9 обследованных. Нарушение фланговой походки сохранилось у 3 из 6 больных. У больных ГЭ-II ст. неустойчивость при простой позе Ромберга продолжала оставаться у 5 из 8 обследованных, а в сенсибилизированной у 6 из 8 больных. У больных ГЭ с ПНМК неустойчивость после лечения оставалась у 6 из 8, а в сенсибилизированный у 7 из 12 больных.

Результаты исследования возбудимости вестибулярного анализатора по данным калорической пробы показали её положительную динамику у 2/3 обследованных, не зависимо от характера патологии. Так, у 26 (из 65) больных с положительной динамикой исходно у 6 возбудимость была повышенной, у 7 - пониженной, у 4 больных ответные реакции не наблюдались и у 9 были асимметричные реакции. У 39 больных отмечена тенденция к улучшению состояния возбудимости вестибулярного анализатора, однако она носила статистически недостоверный характер. Процент положительной динамики зависел и от степени тяжести ДЦВР. Так, в случаях с НПНКМ возбудимость восстановилось до нормы у 57,1% больных, при ГЭ-I ст. - у 42,8%, ГЭ-II ст. - у 33,3%, и при ГЭ с ПНМК - у 21,1% больных ($P>0,05$).

Зависимость динамики ДЦВР от степени его тяжести была подтверждена и данными нейрофизиологических исследований. В частности к концу курса лечения нормализация тонуса мозговых сосудов по данным РЭГ наступила от 22,5% до 37% случаев, в зависимости от тяжести ДЦВР. При этом в целом по группе пульсовое кровенаполнение сосудов головного мозга по данным реографического индекса (РИ) увеличился в среднем на 13-15% ($P<0,05$). Так, если этот показатель (РИ) у больных с НПНКМ улучшился на 13%, то у больных с ГЭ-II ст. на 8% ($P<0,01$). По данным ЭхоЭС выраженные признаки внутричерепного давления

(ВЧД) имевшее место у 15,5-20% больных перешли в другие (умеренные, лёгкие) градации. Число больных с нормальным ВЧД возросло вдвое (от 30 до 60%). Все показатели носили статистически достоверный характер (P<0,05). Динамика ЭЭГ изменений была менее заметной и выражалась в основном уменьшением степени выраженности общемозговых изменений. Нормализация ЭЭГ отмечена менее чем у 10% больных, что необходимо воспринимать как должное, т.к. нормализация ЭЭГ показателей процесс длительный (от 1 до 6 месяцев и более).

Заключение: Таким образом, можно заключить, что ингибиторы АПФ и антагонисты кальция обладают наряду с высоким гипотензивным и определённым, опосредованным цереброваzоактивным эффектом, что подтверждают данные литературы и результаты наших предыдущих исследований.

СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДОИНСУЛЬТНЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Ахунджанов Н.А., Абдуллаев У.П., Джураев Ж.А., Соатов И.О.
Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация: Проводя наши исследования мы поставили *цель* - изучить состояние слуховой функции у больных с доинсультными цереброваскулярными расстройствами (ДЦВР) и их динамику в процессе лечения современными гипотензивными препаратами.

Результаты: Были обследованы 179 больных гипертонической болезнью, с длительностью заболевания от 1 года до 25 лет. По структуре выявленных ДЦВР больные распределялись следующим образом: с начальными проявлениями неполноценности кровоснабжения мозга (НПНКМ) 45 больных, с гипертонической энцефалопатией (ГЭ)-Iст. – 45 человек, с ГЭ-II ст. – 45 и ГЭ с эпизодами преходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК) – 44 больных. Обследование включало в себя: осмотр соматического (кардиологического), неврgического и отоневрологического статуса. Указанный комплекс обследований проводился больным двукратно, до и через 1 месяц после лечения. У 90 больных гипотензивная терапия проводилась ингибитором АПФ в дозе 5-10 мг/сутки. 89 больных получали гипотензивную терапию антагонистами кальция (коринфаром до 30 мг/сутки или норваском 5-10 мг/сутки). Анализ жалоб больных показал, что из 179 больных, предъявлявших жалобы на шумы в ушах у 63 они были регрессированы полностью, а у 114 частично. При сравнении динамики шумов с динамикой артериального давления мы наблюдали следующую картину. Из 145 больных с ДЦВР со снижением кровяного давления в результате лечения, у 95 человек соответственно исчезли или уменьшились шумы (65,5%). А среди лиц с неизменным кровяным давлением в 63,3% случаев остались неизменными и шумы. По данным исследования остроты слуха речью, после лечения значительное улучшение слуха наступает при начальных стадиях болезни, тогда как в более поздних стадиях улучшение наступает в меньшем проценте случаев. Аудиометрические исследования слуховой функции расширили представления о состоянии слуха у больных ГБ с ДЦВР как по исходным, так и динамическим данным. В частности, аудиометрические показатели снижения слуха по исходным данным были выявлены у 146 (81,5%) больных из 179. После месячной гипотензивной терапии положительная аудиометрическая динамика выявлена у 81(55,4%) из 146 больных.

Интересные данные были получены при анализе динамики АД и аудиологических изменений. Из 179 больных артериальное давление было снижено до целевых значений в 145 (81,1%) случаях. При этом аудиометрические показатели нормализовались у 18,4%, улучшились у 15,3% и остались без перемен у 3,1% больных (P<0,05). Случаев ухудшения состояния слуха не было. АД не достигло целевых значений у 34 (18,9%) больных. В этой подгруппе случаев нормализации слуха не было. Улучшение наступило у 3,1% больных. Слух остался без перемен у 9,2% и ухудшился у 3,1% больных. Из сравнительных данных видно, что процент положительных сдвигов при снижении кровяного давления до целевых значений

намного выше, чем при малоэффективной гипотензивной терапии. Установлено, что у последних больных большей частью диагностировались ГЭ-II ст. и ГЭ с ПНМК, то есть это те случаи, когда уже состояние церебральной гемодинамики и дисциркуляторные расстройства не достаточно коррелируются гипотензивными препаратами. Этот тезис был подтверждён и результатами нейрофизиологических (РЭГ, ЭхоЭС, ЭЭГ) исследований.

Заключение: Таким образом, можно заключить, что исследование состояния слухового анализатора у больных ГБ позволяет определить не только ранние признаки поражения мозга - органа мишени ГБ, но и оценить степень тяжести дисциркуляторных расстройств.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ DWI-РЕЖИМА МРТ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ СРЕДНЕГО УХА

Болаткан А.К., Карымсакова С.Ж.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

*Актуальность***:** Единственным на сегодняшний день неинвазивным высокочувствительным способом диагностики холестеатомы височной кости служит МРТ среднего уха в режиме диффузионно-взвешенного изображения (ДВИ, DWI). Данная методика позволяет выявить холестеатому, в том числе врожденную, и в ранние сроки провести оперативное вмешательство, до развития выраженных деструктивных процессов. Это позволяет минимизировать объем оперативного вмешательства. Такой подход в дальнейшем сократит сроки реабилитации пациентов и упростит последующие реконструктивные операции [1]. Важным вопросом остается контроль послеоперационных результатов, так как, несмотря на все достижения в хирургии холестеатомы, все еще существует риск развития резидуальной и рецидивирующей холестеатомы [2].

Цель исследования: Определить преимущества применения DWI-режима МРТ в выявлении патологии среднего уха.

Материалы и методы: Методом, с помощью которого удается решить задачу разграничения грануляционной, рубцовой ткани и холестеатомы, является магнитно-резонансная томография (МРТ). Для этого предлагаются две методики: диффузионно-взвешенное изображение (ДВИ, DWI), а также отсроченные постконтрастные Т1 взвешенные изображения. Применение постконтрастных Т1 взвешенных изображений (ВИ) не обеспечивает диагностическую эффективность, необходимую для исключения повторных хирургических вмешательств [3]. Специальное программное обеспечение (режим non-EPI DWI) позволяет выявить первичную или вторичную холестеатому, исключить или подтвердить наличие рецидива с высокой точностью. При наличии холестеатомы характерны следующие МРТ-признаки: МР-сигнал высокой интенсивности в режиме non-EPI DWI**.**

Результаты и их обсуждение: По данным литературы, у пациентов с выявленной при DWI холестеатомой при операции был подтвержден не только факт наличия холестеатомы, но и локализация, а также предполагаемые ее размеры [3].

По результатам опроса крупных диагностических центров г.Алматы, было выявлено, что частота обращения пациентов для снятия МРТ височной кости в режим non-EPI DWI была около 1-2 пациента в полгода. Это свидетельствует о малой осведомленности оториноларингологов о данном методе исследования и соответственно о его преимуществах. Поэтому имеется актуальность просвещения о преимуществах данного метода среди ЛОР врачей и врачей лучевой диагностики.

Выводы: Таким образом, можно выявить основные преимущества и актуальность применения данного режима в МРТ:

1. Применение МРТ в DWI режиме является надежной диагностической альтернативой повторному хирургическому вмешательству для определения наличия рецидивирующей холестеатомы у оперированных пациентов [3].
2. Наиболее эффективно использование не-эхопланарное ДВИ (non-EPI DWI), так как данный режим минимизирует артефакты от воздуха и костных структур.

3. Методика целесообразна при наличии в полостях среднего уха наряду с холестеатомой большого количества мягкотканного субстрата (грануляционная и фиброзная ткань, утолщенная слизистая оболочка), который невозможно интерпретировать при КТ [3]

4. Имеется актуальность осведомления врачей оториноларингологов о наличии и преимуществах данного метода исследования для достижения более высоких результатов выявлений патологий среднего уха на этапе диагностики.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЁННЫХ НАРУШЕНИИ СЛУХА

Болтаев Х.А.

клиника "LORASTOM"Ташкент, Узбекистан

Несмотря на многовековую историю многие вопросы этиологии и патагенеза врожденных нарушений слуха (ВНС) у человека и в настоящее время изучены недостаточно.

А.И.Муминовым, В.Р.Пулатовым и др. (1984) разработана этиологическая классификация нарушений слуха, где приведены этиологические факторы наследственной, приобретенной и врожденной тугоухости. В данной классификации указаны 22 факторы риска врожденной патологии слуха.

Однако, исследовании посредных лет показывает, что этиологические факторы ВНС чрезвычайно многообразный и требует допольнении.

ндогенные этиологические факторы врожденных нарушений слуха на примере Бухарской области у 644 больных. Из них у 40 больных (6,21%) отмечено ВНС неясной этиологии. Среди выявленных факторов экстрогенитальные заболевания матери составляет 17,39%, из них анемия различной формы составляет 10,56%, заболевания сердечно-сосудистой системы- 3,73%, заболевания почек и печени- по 1,55%. По районам Бухарской области анемия была в пределах от 2,94% до 16,66%. Наиболее высокие показатели были у матерей города Бухары и в районах приблеженных к Аральскому морю.

Все акушеры, занимающиеся анимией у беременных отмечают высокой процент внутриутробной гпоксии плода. Однако, в доступной нам литературе об анемии как этиологическом факторе ВНС упоминается в единичных случиях (Таварткиладзе Г. А. и др., 1988). Приведен-ные исследования показали, что удельный вес экстрагенитальных заболеваний матери по районам области различен. В тех районах, где высокие показатели анемии, заболевания ССС, там и высокие показатели ВНС.

Осложненное течение беременности по области встречалось в 29,66% случаях. Обвитие пуповины и переношенные роды встречались не очень часто (по 1,86%), внутриутробная травма плода- 0,93%. Преждевременные роды и рождения ребенка с малой массой тела, т. е. неонатальная патология как факторы риска развития ВНС варьировалась от 2,94 до 11,76%

Частота рождаемости детей вследствие поздних таксикозов выражается в соотношении 1:4500. Недоношенность новорожденного как фактор риска данной патологии по области колеблется от 2,27 до 8,89%.

Из родовых осложнений по области наиболее часто встречаласъ асфикция при родах (4,35%), применение акушерских щипцов и вакуум-акстракции (4,04). Черепно-мозговая травма в родах составляла 2,17%, а внутриутробная травма плода-всего лишь 0,99%. Черепно-мозговая травма в виде внутричерепного и субарахноидального кровоиалияния еще более усугубляют поражения проводниковая часть слухового анализатора. С этим можно связывать частую встречаемость сенсоневралъных нарушений слуха.

Проведенные нами разяснительные работы и упорядочение документации дали возможность выяснить, что 28 больных из 644 родились в состоянии тяжелой асфикции, с оценкой, по шкале Апгар, 4 и ниже баллов. Что касается этиологического фактора риска как много-плодие по облости варьировался в пределах от 2,53 до 12,24%.

Такие этиологические факторы как туберкулез редко-0,99%, применение ототоксических антибиотиков и диуретиков во время беременности-по 0,66%. Из

инфекционных заболваний встречались грипп и краснуха, которые также составляют по 0,66% случаев.

Учитывая многочисленности и разнообразности этиологических факторов ВНС, на основании литературных данных и данных наших исследований появилась необходимость систематизировать всех факторов по сходству и времени действия. Нами придлагается разделить всех факторов ВНС на 5 группы: факторы влияющие на слух плода в антенатальный период (I), в интранатальный период (II), отягощенный акушерский анамнез (III), отдельные факторы риска (IV), идиопатические факторы.

I.Этиологические факторы в антенатальном периоде: 1) интоксикация матери (ототоксические антибиотики, ототоксические диуретики, цисплатин, хинин, салицилаты, алкоголизм, наркомания, производственные вредности, токсические препараты сельского хозяйства. 2) инфекционные, вирусные заболева-ния (грипп, корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа, эпидемический паротит, гепатиты, опосывающий лишай, полиемиелит, порожение цитомегаловирусом менингиты и др. 3) соматические заболевания матери (Сахарный диабет, нефриты, тиреотоксикоз, авитаминозы, тромбо-цитопения, неинфекционный менингит, заболевания ССС, анемия. 4) специфические заболевания (туберкулёз, сифилис, СПИД). 5) отдельные факторы, имеющие значения в этом периоде (психическая травма матери, внутриутробная травма плода, радиационное облучение матери и плода). 6) осложненная беременность (токсикозы беременных, риск на кровотечение, не вынашиваемость, невыяс-ненная эмбриопатия, ранняя и поздная фетопатия, обвитие пуповины, загрязнённость амниостической жидкости, переношенные роды, внутриутробная гипоксия плода, недоно-щенность, низкий вес (ниже 2500 гр) внутриутробная и родовая асфиксия, несов-местимость по Rh и групповой принадлежности, опухоли матки, недонощенность плода.

II. Интранатальный период: применение акушерских щипцов и вакуум экстракции, Кесарова сечения, черепно-мозговая травма плода в родах, затяжные роды, мгновенные роды, ранное излитие околоплодных вод, необходимость инкубационного ухода для новорожденного, сла-бость родовой диятельности, дискординационные роды.

III. Отягощенный акушерский анамнез: предыдущие аборты, предыдущая мёртворождае-мость и недоношенность, узкий таз, многоплодие, многоводие, резус отрицательная кровь матери и (или) отца, гемолитическая болезнь новорожденных неясной этиологии.

IV. Отдельные факторы риска: родственный брак, нарушение слуха неясной этиологии у членов семьи, наличие врожденных пороков костно-мышечной системы, зрения, психической сферы и другие.

V. Идиопатические факторы

Таким образом даннию классификацию считаем наиболее усовершенствованным и предлогаем использовать её в качестве рабочей классификации.

ПРИМЕНИМОСТЬ АНКЕТ HHIA-S И HHIE-S В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГОВОГО ИНСТРУМЕНТА

Букенова Ж.К., Оразова Ғ.Ұ., Касенова Д.С.
«Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Введение: В 2021 году ВОЗ рекомендовал анкету HHIE (Hearing Handicap Inventory for the Elderly), разработанную Ventry и Weinstein в 1982 году, как наиболее доступный метод первичного скрининга слуха. HHIA (Hearing Handicap Inventory for Adults) -адаптированная версия для взрослого населения. Эти анкеты успешно применяются в англоговорящих странах и уже переведены на множество языков — итальянский, испанский, финский, шведский, французский, арабский, китайский, японский, мандаринский, хинди и др., включая русский. Мы предлагаем использовать скрининговые версии этих анкет, которые были валидированы еще в 1986году.

Цель исследования — оценить эффективность анкет HHIA-S и HHIE-S, основанных на

самооценке, для выявления нарушений слуха у взрослых. Путём сопоставления субъективных данных с результатами тональной пороговой аудиометрии оценивается возможность использования данного инструмента в учреждениях ПМСП для раннего выявления снижения слуха.

Материалы и методы: Из исследования исключались пациенты с подтвержденным диагнозом нарушения слуха, слухопротезированные, с воспалительными заболеваниями наружного и/или среднего уха, не подписавшие информированное согласие.

Исследование проводилось на базе частной клиники Altay clinic, ГП №2, аудиологического центра Audiolog и Целиноградской поликлиники (с.Акмол). Условия проведения исследования соответствовали этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» (2000 г.). Данное исследование одобрено Этическим комитетом НАО «Медицинский Университет Астана» (протокол №4 от 16.06.2023г).

В исследовании приняли участие 506 респондентов, из них 132 мужчины, 374 женщины. Трудоспособного возраста 408 человек, 98 пенсионеров. Возраст участников от 18 до 89 лет, средний возраст 51,2±15,6 года.

В исследовании использовались валидированные скрининговые анкеты HHIE-S и HHIA-S, включающие 10 вопросов (5 — эмоциональная подшкала, 5 — социально-ситуационная). Ответы оценивались по балльной системе: «да» — 4 балла, «иногда» — 2 балла, «нет» — 0 баллов]. Баллы суммируются, и более высокие баллы указывают на большую вероятность снижения слуха. Баллы от 0 до 8 соответствуют незначительным или отсутствующим ограничениям слуха, баллы от 10 до 24 указывают на лёгкие или умеренные потери слуха, а баллы от 26 до 40 указывают на значительные изменения слуха. Согласно рекомендациям ASHA (Американская ассоциация речи, языка и слуха), общий балл HHIE-S, HHIA-S более 8 баллов оценивается как положительный результат скрининга.

Всем участникам выполнена тональная пороговая аудиометрия (ТПА— золотой стандарт диагностики нарушений слуха. Исследование проводилось на клиническом аудиометре Maico MA-28 в звукоизолирующей кабине. Определялись пороги по воздушному и костному проведению на частотах 500, 1000, 2000 и 4000 Гц с шагом 5 дБ. Порогом считался минимальный уровень сигнала, воспринимаемый в 50% предъявлений. Тест выполнялся квалифицированным специалистом.

Результаты: Из 506 участников у 103 (20%) была подтверждена потеря слуха по данным аудиометрии, у 130 человек по данным анкетирования набрано больше 8 баллов. Средний возраст в этой группе составил 53±15 лет, против 45±15 лет у лиц с нормальным слухом ($p<0,001$). Существенных гендерных различий не выявлено ($p=0,827$).

Лица с нарушением слуха чаще проживали в сельской местности (36% против 22%, $p=0,008$) и значительно чаще сообщали о проблемах со слухом (73% против 19%, $p<0,001$). По всем 10 вопросам анкеты отмечено большее количество затруднений в группе с нарушением слуха.

Например, трудности в понимании речи указали 47% против 10%, с восприятием телевизора/радио — 26% против 3%, со слухом в ресторанах — 40% против 3%, фрустрацию при беседах с семьёй — 54% против 5% (все $p<0,001$).

Скрининговая анкета продемонстрировала чувствительность 70,2% (95% ДИ: 60,9–78,4) и специфичность 94,1% (95% ДИ: 91,3–96,2). Положительная прогностическая ценность составила 77,7%, отрицательная — 91,6%. Это указывает на высокую эффективность инструмента в выявлении лиц без нарушения слуха и достаточную способность выявлять истинные случаи тугоухости.

ROC-анализ показал AUC = 0,91 (95% ДИ: 0,87–0,94), что свидетельствует о высокой дискриминационной способности скрининга. При пороговом значении ≥10 баллов AUC составил 0,82 (95% ДИ: 0,78–0,87). Оптимальный порог определён с использованием индекса Юдена (J = 0,74), при котором чувствительность достигла 84%, а специфичность — 89%.

*Выводы***:** Анкета HHIA-S продемонстрировала высокую специфичность и разумную диагностическую ценность для исключения потери слуха, при умеренной чувствительности. Полученные данные подтверждают целесообразность её внедрения в практику первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельских и малодоступных регионах. Использование простых скрининговых инструментов, таких как HHIA-S, HHIE-S, способствует раннему выявлению нарушений слуха и своевременному направлению пациентов к специалистам, повышению осведомлённости населения и укреплению аудиологической службы в системе здравоохранения.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТОГЕННОГО ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Гасымов А.В., Джалилов Дж.С., Абилова Ф.А., Алиев Б.Ш., Гусейнова М.А.
Азербайджанский Медицинский Университет, Учебно-Хирургическая Клиника, г. Баку. Азербайджанская Республика

*Введение***:** Известно, что с наступлением эры антибиотиков, отогенные внутричерепные осложнения встречаются все реже. Нерациональное применение антибиотиков привело к тому, что резистентность патогенных микроорганизмов к антибиотикам усилилась и это в свою очередь привело к увеличению числа осложнений хронического среднего отита. С развитием радиологического исследования в медицине, диагностические аспекты отогенных внутричерепных осложнений решаются успешно, но при этом пациенты не обращаются за медицинской помощью вовремя.

Цель исследования: Цель нашей работы поделиться опытом в диагностике, клиническими и радиологическими симптомами отогенных внутричерепных осложнений.

Материалы и методы исследования: В течение 10 лет под нашим наблюдением находились 19 больных в возрасте от 10-ти до 76-ми лет. Из них 10 мужчин и 9 женщин. Среди больных только у 2-х внутричерепные осложнения возникли на фоне острого среднего отита, у остальных диагностирован хронический средний отит. Хронический средний отит у 5-ти больных сопровождался с грануляциями и полипами среднего уха, а у 11-ти больных диагностирована холестеатома. У 6-ти больных диагностирован абсцесс височной доли головного мозга, у 5-ти субдуральный абсцесс, у 2-х синустромбоз, у 2-х больных гнойное расплавление синуса с абсцессом мозжечка, из них у 1-го больного абсцесс мозжечка был двухкамерным. У 3-х больных диагностирован экстрадуральный абсцесс и у 3-х отогенный менингит. 7 больных из 19-ти были переведены к нам из нейрохирургической клиники, из-за безуспешной пункции абсцесса головного мозга и субдурального абсцесса.

При ранней диагностике однозначно обратили внимание на следующие симптомы: головные боли, сопорозное состояние, регидность затылочных мышц. Радиологическое исследование при диагностике отогенных внутричерепных осложнений является самым ценным методом. В отличие от расхождения мнений о том, что таким больным необходимо проведение МРТ (магнитно-резонансная томография), наш опыт показывает, что наиболее ценным является контрасное КТ (компьютерная томография), исследование, при котором можно получить исчерпывающие данные височной кости, головного мозга, а также можно диагностировать зоны размягчения.

Всем больным произведена операция на височной кости. В зависимости от типа поражения, вскрывалась средняя и или задняя черепная ямка. Полость абсцесса дренировалась с помощью резиновой перчатки в течение 8-10 дней. Также проводилось консервативное лечение: антибактериальная, противоотечная, общеукрепляющая терапия и т.д.

Полученные результаты: В послеоперационном периоде у 18-ти больных на 15-18 дни после операции состояние улучшилось. У одного больного с двухкамерным абсцессом появилась дислокация структуров головного мозга с последующей декортикацией и летальным исходом.

Краткое содержание: В течение 10 лет под нашим находились 19 больных с отогенными внутричерепными осложнениями, у 2-х развившийся на фоне острого среднего отита, у

остальных хронического среднего отита. Все больные были прооперированы, у всех получены положительные результаты, только у одного больного исход был летальным.

К ВОПРОСУ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРЕЗА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Гасымов А.В., Панахиан В.М., Абилова Ф.А., Суджаддинова А. Дж.,
Агалар С.А.
Азербайджанский Медицинский Университет, Учебно-Хирургическая Клиника. г. Баку. Азербайджанская Республика

*Введение***:** Парез лицевого нерва периферического характера – нарушение функции и тонуса мимических мышц из-за повреждения лицевого нерва. Как известно, периферический парез лицевого нерва является следствием многих патологических процессов в организме, но в оториноларингологической практике чаще встречаются 3 основных этиологических факторов, при которых бывает необходимость для выбора лечения. К этим факторам относится отогенный парез лицевого нерва, идиопатический парез лицевого нерва (паралич Белла) и парез лицевого нерва при опоясывающем герпесе.

Цель исследования: Целью настоящей работы является своевременная диагностика, определение и разработка лечения в зависимости от этиологических факторов периферического пареза лицевого нерва.

*Материалы и методы исследования***:** В течении 20 лет под нашим наблюдением находились 57 больных в возрасте от 13-ти до 76-ти лет. Среди них 30 женщин и 27 мужчин. Этиологическим фактором у 45-ти больных являлся хронический средний отит, у 4-х периферический парез появился как осложнение острого среднего отита, у 6-ти больных диагностирован идиопатический парез лицевого нерва, а у 2-х причиной повреждения лицевого нерва являлся герпетический вирус.

Пациенты обратились за медицинской помощью к врачам различных специализаций, 41 больных первично обратились к ЛОР специалисту, 11 человек к невропатологу, которые в последствие были направлены на консультацию ЛОР врача, 5 больных обратились к терапевту.

У 41 пациентов с хроническим средним отитом при радиологическом исследовании выявлена холестеатома среднего уха. Среди них у 27-ти больных радиологически диагностирован деструктивный процесс в лицевом канале. У трех больным из 4-х с острым средним отитом на барабанной перепонке перфорация не обнаружена.

Больные с хроническим средним отитом были оперированы. Произведены различные способы трепанации височной кости. Больным с острым средним отитом, у которых отсутствовала перфорация на барабанной перепонке, произведен парацентез. Консервативная терапия проводилась у всех больных независимо от этиологии (в первом этапе противоотечная терапия, кортикостероиды, мочегонные препараты, гипербарическая оксигенация). Кортикостероидная терапия назначалась по схеме, в дозе 2 мг/кг веса в сутки с постепенным снижением дозы в течение 10 дней. Мочегонная терапия и гипербарическая оксигенация назначалась в течение 6-10 дней в зависимости от динамики болезни. Во втором этапе в течение 30 дней проводилась стимуляция лицевого нерва различными методами.

Полученные результаты: У всех больных, которые находились под нашим наблюдением, были отмечены положительные результаты, только у одного пациента парез лицевого нерва не восстановился. У всех больных с хроническим средним отитом, как последствия заболевания в той или иной степени отмечалась атрофия мышц нижней губы, с острым средним отитом все ветви лицевого нерва и мимические мышцы восстановились, с идиопатическим парезом лицевого нерва функции лицевого нерва и мимических мышц полностью восстановились в течение 30-35 дней. Сложная ситуация отмечалась с больными, у которых этиологическим фактором являлась вирусная инфекция, лечение которых продолжалась от 3-х до 6-ти месяцев.

Краткое содержание: Под нашим наблюдением находились 57 больных, лечившихся от периферического пареза лицевого нерва. У 49 больных причиной заболевания являлись патологии среднего уха. Больные сначала лечились хирургическим путем (45 больных). Консервативная терапия проводилась в 2 этапа: сначала противоотечная терапия (кортикостероиды, мочегонные и гипербарическая оксигенация). Во втором этапе проводилась лекарственная и физическая стимуляция лицевого нерва. У 56-ти больных отмечалась положительная динамика с восстановлением функций лицевого нерва и мимических мышц.

КОЛЛАБОРАЦИЯ ОТОНЕВРОЛОГА И ЛУЧЕВОГО ДИАГНОСТА В ОТОНЕВРОЛОГИИ.

Демиденко Д.Ю., Воронов В.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова

Collaboration between an otoneurologist and an X-ray diagnostician in otoneurology.

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

Лучевые методы диагностики: магнитно-резонансная томография мосто-мозжечковых углов и внутренних слуховых проходов, магнитно-резонансная томография внутреннего уха с отсроченным контрастированием и компьютерная томография височных костей прочно вплелись в систему обследования пациентов с головокружением, но, не смотра на это, остаются недооценёнными в практике отоневролога.

В свою очередь, оценка данных магнитно-резонансной томографии внутреннего уха, особенно в комплексе с компьютерной томографией височных костей, приводит не только к более точной диагностике и пониманию этиопатогенетических факторов развития острого или эпизодического вестибулярного синдрома, но и к выбору адекватной тактики ведения пациентов.

Продолжает развиваться, заполняя «белые пятна» на карте этиопатогенеза заболеваний внутреннего уха, методика магнитно-резонансной томографии внутреннего уха с отсроченным контрастированием. МРТ позволяет диагностировать как эндолимфатический отёк, его степень, так и более редкие патологии внутреннего уха.

На базе кафедры оториноларингологии СЗГМУ им И. И. Мечникова благодаря слаженной работе рентгенологов и отоневрологов в течение последних нескольких лет диагностировано более 10 образований внутреннего уха. Хочется отметить, что клиническая картина и данные отоневрологического обследования этих пациентов не позволяли исключить «Болезнь Меньера».

Всем представленным пациентам была выполнена магнитно-резонансная томография внутреннего уха с отсроченным контрастированием с анализом импульсной последовательности FLAIR и FIESTA. В результате чего были диагностированы образования лабиринта и преддверия: занимающее ½ среднего завитка улитки на уровне среднего завитка, накапливающее контрастный препарат. На объединённых последовательностях ИП FLAIR и FIESTA, в аксиальной плоскости, слева получено диффузное контрастирование улитки без дифференциации пери- и эндолимфатических пространств; на уровне базального завитка улитки; латерального полукружного канала слева.

Эндокохлеарные образования, по нашему мнению, могут клинически протекать как Болезнь или синдром Меньера, снижая настороженность отоневролога.

Лучевые методы диагностики должны являться неотъемлемой частью обследования пациентов с головокружением. Применение их в клинической практике позволяет снизить вероятность диагностических ошибок.

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ В МИКРОТИИ

Жафаров М.М., Жафаров М.М, Мамасолиева Н.
Ташкентского Государственного медицинского Университета
Медицинский Центр «Чинор», Ташкент, Узбекистан

Введение: Микротия — врожденный порок развития ушной раковины, встречаемость которого оценивается в 1 случай на 6000–12000 живорождений. Она связана со значительными психосоциальными последствиями, особенно в детской популяции. Двухэтапная аутологичная реконструкция реберного хряща остается широко распространенным методом благодаря своей долговечности, естественному контуру и совместимости с процессами роста.

Цель: В Узбекистане, где возможности протезирования и аллопластики ограничены, аутологичная реконструкция хряща является стандартным подходом. Данное исследование представляет собой 20-летний опыт работы по хирургическому усовершенствованию, тенденции осложнений и отдаленные результаты у 110 детей.

Методы: В период с 2014 по 2024 год 110 детям (54 мальчиков, 36 девочек) с микротией была проведена поэтапная реконструкция ушной раковины.

Результаты: Технические усовершенствования, внесенные в период исследования: 1. Вырезание каркаса — использование микролезвийных инструментов для точного определения завитка и противозавитка. Техника забора лоскута — Постоянное сохранение сосудистой ножки при диссекции височно-теменной фасции. 3. Оптимизация кожного трансплантата — Истончение для соответствия цвету и уменьшения объема. 4. Изменение сроков — Стандартизация этапа 1 в возрасте 10–12 лет для оптимальной доступности хряща. Наблюдения за подгруппами: — У пациентов младшего возраста (6–10 лет) наблюдалась несколько более высокая нестабильность каркаса (8%) по сравнению с пациентами старшей группы (4%), что связано с меньшим объемом хряща. — Оценка удовлетворенности положительно коррелировала с возрастом на момент реконструкции.

Обсуждение: Долгосрочная стабильность превысила 90%, а частота осложнений была сопоставима с показателями крупных японских и китайских центров. Хирургические усовершенствования снизили обнажение каркаса с 5% в первые пять лет до 2% в последние пять лет. В здравоохранения Узбекистана отсутствие варианты протезирования пористым полиэтилена и это подтверждает, что аутологичный хрящ является золотым стандартом. Возможность выполнения обоих этапов у детей с предсказуемыми результатами имеет решающее значение для психосоциальной интеграции до подросткового возраста.

Заключение: Двухэтапная аутологичная реконструкция ушной раковины с использованием реберного хряща остается безопасным, эффективным и долговечным методом лечения микротии у детей в Узбекистане. Технические усовершенствования, разработанные за последнее десятилетие, улучшили контуры, снизили частоту осложнений и повысили удовлетворенность пациентов. Эти результаты применимы к аналогичным условиям ограниченных ресурсов по всему миру.

Ключевые слова: микротия, реконструкция ушной раковины, аутологичный реберный хрящ, детская пластическая хирургия, Узбекистан

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МИКРОТИИ

Жафаров М.М., Жафаров М.М., Мамасолиева Н.

Кафедра Оториноларингологии Ташкентского Государственного медицинского Университета,Медиицинский Центр «Чинор»

Введение: Реконструкция микротии — сложная хирургическая процедура, требующая точности и долгосрочного планирования, результаты часто снижаются из-за ограниченной инфраструктуры, технических ограничений и доступности высококачественных материалов. Хирургические осложнения, такие как инфекция, обнажение каркаса и асимметрия, могут также снизить результаты и удовлетворенность пациентов.

*Цель***.** Проанализировать частоту и виды осложнений при реконструкции микротии период и оценить эффективность послеоперационного введения больных.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование 110 пациентов, которым была выполнена реконструктивные операции при микротии в период с 2013 по 2023 год. Осложнения были классифицированы как ранние (≤30 дней) или поздние (>30 дней).

Сравнивались хирургические методы, и этапы операции, используемые материалы, методы фиксации каркаса и введения послеоперационного ухода в течение 10 лет.

*Результаты***.** Ранние осложнения включали гематому (6%), инфекцию в месте операции (5,3%) и некроз кожи (4%). Поздние осложнения включали обнажение каркаса (7,3%), гипертрофическое рубцевание (3,5%) и асимметрию ушной раковины, требующую повторного вмешательства (11%). Внедрение отсроченного дренирования, более тонких кожных лоскутов, рассасывающихся швов и улучшенной фиксации снизило частоту обнажения каркаса на 58%. Удовлетворенность пациентов значительно возросла за период исследования, а количество повторных операций, связанных с осложнениями, снизилось на 41%.

*Заключение***.** Целенаправленные изменения в хирургической технике и использование современных технологии способствовали заметному снижению частоты осложнений при реконструкции микротии. Наши результаты показывают, что индивидуальный подход в каждом случае и улучшения послеоперационного введения больных с микротией являются жизненно важными инструментами для профилактики осложнений при микротии.

ВЛИЯНИЕ БИМОДАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ КОХЛЕАРНОГО ИМПЛАНТА И СЛУХОВОГО АППАРАТА НА СЛУХО-РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ

Иноятова Ф.И., Наджмутдинова Н.Ш., Маджитова Д.Ш., Махмудов М.У., Нуриддинова Д.Х., Абдукамилова М.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Ташкент, Узбекистан

Введение. Сравнительное исследование слухо-речевой реабилитации у детей в возрасте 2–4 лет через 3 и 6 месяцев с односторонним кохлеарным имплантом MED-EL SONNET 2 при активированной и деактивированной функции автоматической бимодальной синхронизации (Bimodal Link) контралатерального слухового аппарата. Через 6 месяцев после подключения речевого процессора у детей с активированной синхронизацией отмечены лучшие показатели восприятия звуков Linga (на ~1 м дальше), повторения слов в шуме (на ~25 % выше) и оценки по шкале IT-MAIS (на 9 баллов больше), что подтверждает эффективность использования функции Bimodal Link в раннем реабилитационном периоде.

Цель. Оценить различия в развитии слухо-речевых навыков у детей 2–4 лет с односторонним кохлеарным имплантом MED-EL Sonnet - 2 при активированной (ON) и деактивированной (OFF) функции автоматической бимодальной синхронизации контралатерального слухового аппарата на протяжении первых шести месяцев после подключения речевого процессора (РП).

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в ЛОР-отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. В рамках исследования участвовали дети в возрасте 2–4 лет с односторонним кохлеарным имплантом и мощным цифровым слуховым аппаратом (СА) на контралатеральном ухе. Всего приняли участие 42 пациента, которые были разделены на две группы: в первую группу входили дети (n=20) с выключенной функцией синхронизации Bimodal Link в речевом процессоре SONNET 2 через программное обеспечение Maestro, а во вторую дети (n=22) с активированной автоматической бинауральной синхронизацией.

Оценка результатов исследования проводилась через 3 и 6 месяцев после подключения речевого процессора с использованием следующих методов: Ling-6 Sound Test — оценка расстояния, на котором ребёнок различал шесть эталонных звуков (м, у, а, и, ш, с) без визуальной поддержки; Speech-in-Noise (10 слов) —процент правильно услышанных односложных слов при SNR + 10 дБ (речь ≈ 65 дБ SPL, шум ≈ 55 дБ SPL); опросник LittlEARS —ответы родителей на ~35 вопросов о развитии слуховых реакций ребёнка; опросник IT-MAIS —оценка сурдопедагога на развитие слуховой функции по десяти пунктам (0–4 балла каждый, максимум 40).

Полученные результаты. Через три месяца после активации дети из первой группы смогли уверенно распознавать все шесть «звуков Linga» на расстоянии ≈ 1 м, тогда как у второй группы эта дистанция составила ≈ 2 м. В тесте «Speech-in-Noise» дети без бимодальной синхронизации повторяли в среднем 5 слов из 10 (≈ 50 %), а их сверстники с включённой Bimodal Link — 7 из 10 (≈ 70 %). Родительский опросник LittlEARS показал одинаковый прирост — примерно на шесть баллов в обеих группах. По шкале IT-MAIS педагоги зафиксировали рост с 9 до 18 баллов в первой группе и с 9 до 25 баллов во второй, то есть преимущество +7 баллов во второй группе.

К шести месяцам «слуховая дистанция» увеличилась до 1,5 м у первой и до 2,5 м у второй группы. В условиях шума дети первой группы правильно воспроизводили 6 слов из 10 (≈ 60 %), тогда как во второй группе — почти 9 из 10 (≈ 85 %), что подтверждает явное преимущество автоматической синхронизации. Баллы LittlEARS к этому сроку оставались почти одинаковыми, в то время как IT-MAIS вновь подчёркивал разницу: 26 баллов против 35 баллов — прирост во второй группе оказался на девять баллов выше.

Выводы. Активация автоматической бимодальной синхронизации слухового аппарата у детей с односторонней кохлеарной имплантацией обеспечивает выраженный прирост слухо-речевых навыков в первые шесть месяцев после подключения речевого процессора. Дети с включенной функцией Bimodal Link различают «звуки Линга» на ≈ 1 м дальше, правильно повторяют на ≈ 25 % больше слов при шуме и имеют больше баллов по объективным (IT-MAIS) шкалам.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ЛОР-ОТДЕЛЕНИЕ РСНПМЦП

Иноятова Ф.И., Наджмутдинова Н.Ш., Нуриддинова Д.Х., Маджитова Д.Ш.

*Актуальность***:** Нарушения слуха являются одной из актуальных медицинских и социальных проблем, требующих своевременной диагностики и комплексного подхода к реабилитации. Сенсоневральная тугоухость (СНТ) занимает ведущее место среди причин инвалидности по слуху и может иметь как врождённый, так и приобретённый характер. Определение структуры выявленных нарушений слуха и анализ их этиологических факторов позволяют не только улучшить тактику диагностики, но и повысить эффективность профилактических и лечебных мероприятий. Однако, несмотря на развитие современных диагностических методов, в ряде случаев этиология СНТ остаётся неустановленной, что делает необходимым дальнейшее изучение факторов, способствующих развитию данного заболевания.

Цель исследования: Определить распространённость различных форм нарушений слуха у пациентов, госпитализированных в ЛОР-отделение РСНПМЦП, а также выявить основные этиологические факторы СНТ, включая случаи с установленной и неустановленной причиной заболевания.

Материалы и методы: В исследование включены данные 932 пациентов, проходивших аудиологическое обследование в ЛОР-отделении по поводу нарушений слуха. Диагностический комплекс включал эндоскопию ЛОР – органов, тональную пороговую аудиометрию (детям старше 5 лет), КСВП и Мульти – ASSR, импедансометрию, регистрацию отоакустической эмиссии, клинико-анамнестический анализ, консультация детского псиневролога и сурдопедагога.

Результаты исследования: Анализ структуры выявленных нарушений слуха показал, что среди обследованных пациентов диагностированы следующие формы: СНТ IV степени – 382 пациента (41%), СНТ III степени – 177 пациентов (19%), СНТ II степени – 103 пациента (11%), кондуктивная тугоухость – 121 пациент (13%), смешанная тугоухость – 65 пациентов (7%), односторонняя глухота – 28 пациентов (3%), слух в норме – 56 пациентов (6%).

У ряда пациентов была установлена чёткая причина развития тугоухости. Наиболее частыми этиологическими факторами стали:

Генетические заболевания, которые были установлены в 12,5% случаев. В эту группу входили: синдром Дауна – 12 пациента (1,2 %), синдром Ваарденбурга – 4 пациент (0,4%), синдром Тричера Коллинза – 2 пациент2 (0,2%), синдром Альпорта – 1 пациент (0,1%), синдром ЧАРДЖА – 1 пациент (0,1%), близкородственный брак – 93 пациентов (10 %), а также наследственная предрасположенность, связанная с глухонемотой у родителей – 7 пациентов (0,7%).

Инфекционные и перинатальные факторы также играли значительную роль, отмечаясь в 14,1% случаев. Среди них наиболее распространёнными были различные вирусные инфекции и воспалительные процессы, перенесённые матерью во время беременности**,** – в 24 (2,4%) случаев, недоношенность срок ребенка – 101 пациентов (11 %) менингит – 4 пациента (0,4 %), сепсис – 2 пациента (0,2%) и мукополисахаридоз – 1 пациентов (0,1%).

В 5,6 % случаев причиной нарушения слуха становились врождённые аномалии развития, диагностированные у 92 пациентов.

Кроме того, экссудативный средний отит, выявленный у 156 пациентов (16%), являлся одной из ведущих причин развития кондуктивной тугоухости, что подчёркивает необходимость своевременной диагностики и лечения данной патологии для предотвращения дальнейшего ухудшения слуха.

Однако в 43,8% случаев причина развития сенсоневральной тугоухости осталась неустановленной. Это может быть обусловлено мультифакторной природой заболевания, недостаточной изученностью отдельных генетических механизмов, а также ограниченными возможностями существующих диагностических методов. В связи с этим перспективными направлениями дальнейших исследований являются молекулярно-генетический анализ и современные методы нейровизуализации, которые могут способствовать более детальному изучению патогенетических механизмов и уточнению этиологических факторов нарушения слуха у данной группы пациентов.

*Выводы***:**

1. Сенсоневральная тугоухость различных степеней составляет значительную долю среди всех случаев нарушений слуха у госпитализированных пациентов.
2. Основными установленными причинами СНТ являются генетические заболевания, перинатальные осложнения и инфекционные поражения.
3. Кондуктивная тугоухость в большинстве случаев обусловлена экссудативным средним отитом, что подчёркивает необходимость своевременной диагностики и лечения данной патологии.
4. В значительном числе случаев этиология СНТ остаётся неустановленной, что требует дальнейших исследований с применением молекулярно-генетических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕСТИБУЛЯРНОГО СКРИНИНГА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «ДОСТОЙНАЯ СТАРОСТЬ»

Каримова Н.А., Саттарова М.Г., Рустамбекова К.Б., Якубова Д.О., Хасанов У.С., Вохидов У.Н., Эргашев А.Р., Азизкулов Т.М.

Республиканский специализированный научно-практический центр оториноларингологии,хиургии головы и шеи

Ташкент,Узбекистан

Введение: Симптом головокружения является одной из наиболее частых причин обращения пациентов к врачу, встречаясь во всех возрастных категориях. Высокая распространённость этой жалобы обуславливает её актуальность для специалистов различных направлений — неврологов, врачей общей практики, оториноларингологов. В реальной клинической практике головокружение нередко связывают с сосудистыми нарушениями, гипертонической болезнью или дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника. Однако данные современных исследований указывают, что значительная доля случаев обусловлена патологией периферического отдела вестибулярного анализатора,

включая доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, а также вестибулярную мигрень и психогенные формы.

Отсутствие чётких диагностических алгоритмов и полиэтиологичность симптома затрудняют своевременную верификацию диагноза. Это приводит к назначению неспецифической терапии (вазотропные препараты, ноотропы) при игнорировании необходимости раннего проведения вестибулярной реабилитации. В то же время применение вестибулярной гимнастики в ряде случаев является ключевым фактором восстановления.

Цель исследования: Изучение структуры причин головокружения у пациентов старшей возрастной группы с последующей разработкой диагностических и реабилитационных подходов.

Материалы и методы: Скрининг проведён на базе Республиканского специализированного научно-практического центра оториноларингологии и болезней головы и шеи (лаборатория нарушений слуха и равновесия). В исследование включены 63 пациента в возрасте 60 лет и старше (18 мужчин, 45 женщин).

Программа обследования включала:

-клиническое обследование (анализ походки, устойчивости, глазодвигательных реакций);-выполнение позиционных проб;

-инструментальные методы: видеонистагмография (ВНГ) и видеоимпульсный тест (vHIT).

Жалобы обследованных пациентов:

-головокружение — у 60 человек;-тошнота — 42;-шаткость при ходьбе — 24;-шум в ушах — 27;-снижение слуха — 30;-падения — 3;-асимметрия лица — 6;позиционное головокружение — 30.

Результаты: В процессе диагностики выявлены следующие состояния:

-вестибулярная мигрень — 12 случаев;- кинетоз — 3;-снижение слуха — 30;-тиннитус — 27;-центральное позиционное головокружение — 3;активное ДППГ — 4;-самопроизвольная ремиссия ДППГ — 27; пресвестибулопатия — 24; прединсультное состояние — 3; -постинсультные изменения — 6; -хронический вестибулярный синдром — 6; -синдром Рамсея Ханта — 3; -состояние ХГСО — 12; односторонняя гипофункция — 3; -двусторонняя гипофункция — 9.

В зависимости от выявленных нарушений пациентам назначены индивидуализированные программы лечения и реабилитации. В случаях, требующих неотложной помощи, проведена экстренная госпитализация для предупреждения осложнений.

Заключение: Проведённый таргетированный вестибулярный скрининг у лиц старшего возраста показал высокую информативность в раннем выявлении наиболее частых форм вестибулярной дисфункции (ДППГ, пресвестибулопатия), а также других состояний с высоким риском осложнений. Результаты подчеркивают необходимость включения целевых диагностических программ в клиническую практику для своевременной коррекции компенсаторных процессов и разработки оптимальных схем реабилитации.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кобилова Ш.Ш., Умриллоев Л.Г., Умруллаева Ж.Г.

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Введение: Сахарный диабет 1 типа (СД1) является одной из актуальных медико-социальных проблем в мире из-за роста заболеваемости и ранней инвалидизации пациентов. Кохлео-вестибулярные нарушения, включая сенсоневральную тугоухость и вестибулярные расстройства, существенно влияют на качество жизни пациентов с СД1, что подчеркивает необходимость совершенствования методов их диагностики и реабилитации. Разработка

алгоритмов раннего выявления и коррекции этих нарушений позволит оптимизировать лечение и предотвратить стойкие функциональные расстройства.

Цель исследования: разработать эффективный алгоритм диагностики и реабилитации кохлео-вестибулярных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие 93 пациентов с СД1, проходивших лечение в эндокринологическом отделении Самаркандского областного эндокринологического диспансера в период с 2021 по 2024 годы, и контрольная группа из 32 клинически здоровых лиц. Пациенты с СД1 были разделены на три подгруппы: группа А – с впервые выявленным СД1 (33 пациент), группа В – с длительностью заболевания от 1 до 5 лет (31 пациентов), группа С – с длительностью от 5 до 10 лет (29 пациентов). Использовались клинические, аудиологические (тональная пороговая аудиометрия, акуметрия, камертональные тесты, исследование длиннолатентных слуховых вызванных потенциалов), стабилометрические и статистические методы. Для анализа вестибулярной функции применялись компьютерная электронистагмография, координаторные пробы, проба Ромберга и калорическая проба по методике G. Fitzgerald и C. Hallpike. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ IBM SPSS Statistics 20.0 и Statistica 6.0.

Полученные результаты:

1. У пациентов с СД1 выявлены гетерогенные аудиологические изменения: в группе А наблюдалась сенсоневральная тугоухость 1 степени, в группе В – пологовосходящий тип аудиометрической кривой с односторонним поражением (72%), в группе С – симметричные пологовосходящие кривые и отсутствие феномена ускоренного нарастания громкости (74%).
2. Спектральный анализ стабилометрических данных показал полиморфный характер нарушений с преобладанием периферического компонента: у группы А – на 51%, у группы В – на 76%, у группы С – на 92%. Коэффициент функции равновесия демонстрировал умеренное возрастание на ранних стадиях СД1.
3. Установлены положительные корреляционные связи между кохлео-вестибулярными нарушениями, уровнем глюкозы, С-пептида и осложнениями основного заболевания (r=0,23–0,58).
4. Разработан алгоритм диагностики и реабилитации, включающий функциональные аудиометрические и вестибулометрические тесты, а также стабилометрические упражнения, позволяющие выявлять и корректировать нарушения на ранних стадиях.
5. После коррекции уровня глюкозы и проведения реабилитационных мероприятий наблюдалось снижение психоэмоциональной напряженности на 83% в группе А (p=0,005), уменьшение длины и площади статокинезиограммы в 1,5 раза (p=0,001) в группе В и на 8,6% в группе С (p=0,03).

Выводы: Разработанный алгоритм диагностики и реабилитации, включающий функциональную компьютерную стабилометрию и аудиологические тесты, способствует объективной оценке нарушений и улучшению качества жизни пациентов. Реабилитационные мероприятия, проводимые с периодичностью раз в три месяца, позволяют минимизировать прогрессирование патологии слухового и вестибулярного анализаторов.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 1-ТУРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭШИТИШ ВА ВЕСТИБУЛЯР ФУНКЦИЯЛАРНИ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Лутфуллаева Г.У., Мингбоев А.А., Шерқобилов Ж.Ш., Худойбердиев Ж.Б.
Самарқанд давлат тиббиёт университети
Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш: Қандли диабетнинг 1-тури (ҚД 1-тури) билан касалланган беморларда эшитиш ва вестибуляр функцияларнинг бузилиши тиббий ва ижтимоий муаммо сифатида муҳим аҳамиятга эга. Ушбу касаллик фонида сенсоневрал оғир қулоқлик ва мувозанат бузилишлари

беморларнинг ижтимоий мослашуви ва ҳаёт сифатига жиддий таъсир кўрсатади. Замонавий диагностика усулларини такомиллаштириш ва эрта ташхис қўйиш орқали ушбу бузилишларнинг олдини олиш мумкин. Мазкур тадқиқот ҚД 1-тури билан касалланган беморларда кохлеовестибуляр бузилишларни аниқлашнинг самарали усулларини ишлаб чиқишга бағишланган.

Тадқиқот мақсади: Қандли диабет 1-тури билан касалланган беморларда эшитиш ва вестибуляр функцияларнинг бузилишларини эрта ташхислаш усулларини такомиллаштириш ва уларнинг диагностик алгоритмини ишлаб чиқиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тадқиқот 2018-2022 йиллар давомида Самарқанд вилояти эндокринология диспансерида даволанган 87 нафар ҚД 1-тури билан касалланган беморлар ва 40 нафардан иборат назорат гуруҳи (умумий соматик патологиясиз, клиник жиҳатдан соғлом шахслар) устида ўтказилди. Тадқиқотда клиник, функционал ва стабилометрик усуллар қўлланилди. Эшитиш функцияси тонал бўсағали аудиометрия, камертонал тестлар ва узоқ латентли чақирилган эшитиш потенциаллари (УЛЧЭП) ёрдамида ўрганилди. Вестибуляр функциялар компьютер стабилометрияси ва электронистагмография усуллари билан баҳоланди. Статистик таҳлил IBM SPSS Statistics 20.0 ва Statistica 6.0 дастурларида амалга оширилди. Беморлар асосий касаллик бўйича инсулинотерапия қабул қилган ва компенсация ҳолатида бўлган.

Олинган натижалар: Тадқиқот натижаларига кўра, ҚД 1-тури билан касалланган беморларда эшитиш анализаторининг периферик ва марказий қисмларида ўзгаришлар аниқланди. А гуруҳида (биринчи марта аниқланган ҚД) 1-даражали нейросенсор оғир қулоқлик кузатилди, В ва С гуруҳларида (касаллик давомийлиги 1-10 йил) эса аудиометрик кўрсаткичларда юқори частоталарда секин-асталик билан ўзгаришлар намоён бўлди. Стабилометрик тадқиқотларда вестибуляр дисфункциянинг периферик компоненти А гуруҳида 45%, В гуруҳида 78%, С гуруҳида 89% беморларда аниқланди. Тонал бўсағали аудиометрия маълумотлари касаллик давомийлигига қараб ўзгаришларни кўрсатди, хусусан, 4-6 кГц частота диапазонида бўсағаларнинг ошиши қайд этилди. Электронистагмография ёрдамида спонтан нистагм А гуруҳида 15, В гуруҳида 23, С гуруҳида 18 беморда аниқланди. Ташхис алгоритми ишлаб чиқилди, бу эса эрта босқичда бузилишларни аниқлашга ва уларнинг оғирлашишининг олдини олишга имкон берди.

Хулоса: ҚД 1-тури билан касалланган беморларда эшитиш ва вестибуляр функцияларнинг бузилишларини эрта ташхислаш учун стабилометрик ва аудиометрик усулларнинг қўлланилиши диагностика аниқлигини оширади. Ишлаб чиқилган ташхис алгоритми беморларнинг касалликнинг клиник кўринишларини бартараф этишга ва уларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга хизмат қилади. Ушбу усулларнинг амалиётга жорий этилиши беморларга юқори сифатли тиббий ёрдам кўрсатишни таъминлайди.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЕ СРЕДНЕГО УХА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ).

Маматова Т.Ш., Хушбаков А.Ч., Пардаев Д.Э.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Ташкент, Узбекистан

Введение: Врождённые изолированные пороки развития среднего уха протекают долгое время бессимптомно. Они обнаруживаются, зачастую во время оперативного вмешательства на ухе как интраоперационные находки. При патологии и других отделов среднего уха наблюдается снижение остроты слуха, порою могут быть расстройства функции вестибулярного анализатора. По данным литературных источников изолированные аномалии встречаются редко. Аномалии уха встречаются 0,5-0,6 случаев на 10 000 населения. Этиология данной патологии до настоящего времени изучена недостаточно. По мнению авторов, в развитии врожденной патологии играют роль генетические, цитотоксические, тератогенные, химические вещества, перенесшим во внутриутробной жизни плода. Таким образом, во внутриутробном периоде структуры среднего плода уха не успевают сформироваться. После рождения ребёнка при хорошем носовом дыхании, с началом поступления в барабанную

полость воздуха через евстахиевую трубу, рассасывается мезенхимальная ткань, начинается движение слуховых косточек.

Аномалии среднего ухо подразделяется на аномалии стремечка, аномалии молоточка, аномалии наковальни. Данная патология не имеет специфических симптомов, поскольку поражение касается слуховых косточек, основным признаком болезни является медленное снижении слуха, по кондуктивному типу. Больные жалуются на ощущения заложенности уха и аутофонию.

При сочетанных аномалиях могут появляться головокружение и симптомы касающиеся поражения внутреннего уха. Порою врожденные аномалии могут сопровождаться (20%) поражением лицевого нерва.

Цель исследования: Изучить особенности проявления клинических признаков изолированной аномалии в структуре барабанной полости

Материал и методы исследования: К нам обратился больной С.О. 21 год, с жалобами на снижение слуха с детства. После соответствующего обследования подтверждено кондуктивная тугоухость IV степени справа. Из анамнеза гнойно – воспалительные заболевания отрицает. При тимпанометрии тип Е. Результат проведения тимпанапластики сопровождался улучшением остроты слуха. При диагностике снижение слуха необходимо сбор анамнеза заболевания и жизни, уточнение факторов заболевания, отоскопия. В обязательном порядке аудиометрии с обеих сторон с помощью речевой, тональной и надпороговой аудиометрии и камертональные пробы Вебера, Ринне, Федерича. Наиболее достоверным и неинвазивным методом считается МСКТ височных костей. Для детального осмотра барабанной полости и окончательной установки диагноза проводиться диагностическая тимпанотомия. При ревизии у больного С.О. барабанной полости, было обнаружено отсутствие молоточка и наковальни, при сохраненном подвижным стремечке.

Полученные результаты: Во всех проанализированных клинических исследованиях мы подтвердили наличие признаков, подтверждающих характерное для изолированного поражения слуховых косточек. Исходя из выше изложенных проводились диагностическая и лечебная тимпанатомия. До назначения лечения необходимо проведении дифференциальной диагностики адгезивным отитом, фиброзом барабанной полости, тимпаносклерозом, сенсоневральной тугоухостью. При нарушении слуховой функции единственный - оперативный метод-тимпанатомия и по показанию тимпанопластика, с последующим слухопротизированием с помощью аппарата костной проводимости. Прогноз заболевания зависит от вида и степени тяжести аномалии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ИЛИ ДЕФЕКТЕ КОХЛЕАРНОГО НЕРВА В СИСТЕМЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А., Махмудов М.У., Мансурова С.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценка результатов кохлеарной имплантации у детей с гипоплазией слухового нерва с помощью интраоперационного аудиологического мониторинга.

Материалы и методы: для предоперационной оценки анатомических структур внутреннего уха и слухового нерва применялись: компьютерная томография (КТ) височных костей (срез 0,6 мм), магнитно-резонансная томография (МРТ) височных костей (T2-взвешенные 3D-последовательности).

В качестве интраоперационных аудиологических методов использовались: телеметрия, автоматизированные измерения (AutoArt), электрически вызванные слуховые потенциалы ствола мозга (EABR).

Результаты: по данным КТ, у детей с гипоплазией слухового нерва отмечалось значительное уменьшение диаметра внутреннего слухового прохода. МРТ также выявила существенное уменьшение диаметра нерва.

Интраоперационный аудиологический мониторинг: дети с нормальной анатомией слухового нерва: телеметрия: средний импеданс — 1,37 кОм, AutoArt: ответы зарегистрированы на всех каналах, EABR: ответы зарегистрированы со стимулом 200,7 Cu.

Дети с гипоплазией слухового нерва: телеметрия: средний импеданс — 1,56 кОм, AutoArt: ответы зарегистрированы только на 2 и 12 каналах, EABR: ответы отсутствовали (abs). Через месяц после имплантации, при первом подключении речевого процессора, у детей с гипоплазией слухового нерва реакция на звуки не отмечалась.

Вывод: результаты интраоперационного аудиологического мониторинга показывают, что у пациентов с гипоплазией слухового нерва наблюдаются существенные отклонения в ответах по сравнению с детьми, имеющими нормальную анатомию. Отсутствие ответов по EABR и ограниченные ответы по AutoArt свидетельствуют о недостаточной функциональной активности слухового нерва. Эти данные коррелируют с отсутствием реакции на звуки при первом подключении речевого процессора, что подтверждает критическое значение целостности слухового нерва для успешной кохлеарной имплантации.

Краткое содержание: проводился сравнительный анализ интраоперационных аудиологических данных у детей с гипоплазией слухового нерва в системе кохлеарной имплантации. По полученным результатам выявились существенные отклонения EABR у детей с дефектом слухового нерва.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ

Мухитдинов У.Б., Каробоева У.Э., Султанов У.Р.

Ташкентский Государственный медицинский Университет (Ташкент), Узбекистан

Цель исследования: Оценить клинико-диагностические особенности врожденной холестеатомы (ВХ) среднего уха у детей.

Материал и методы: Проведен анализ клинических данных, включая жалобы, анамнестические сведения и результаты инструментальных исследований у 20 пациентов с врожденной холестеатомой среднего уха. Обследование включало отомикроскопию, аудиологическую оценку, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) височных костей, а при необходимости – магнитно-резонансную томографию (МРТ) в режиме диффузионно-взвешенной визуализации (DWI).

Результаты: Пациенты в возрасте от 4 до 6 лет поступали с жалобами на головные боли в затылочной области со стороны поражения. У всех пациентов имелись эпизоды острых воспалительных заболеваний ЛОР-органов за последние два года. Превалировали пациенты при диагностическом исследований МСКТ височных костей выявлялось однородное мягкотканное затемнение в полости среднего уха с расширением входа в антрум. В одном случае выявлено затемнение основной пазухи. Жалоб на снижение слуха со стороны родителей чаще не предъявлялось.

Клинический пример: Пациент Ж., 4 года. Аудиограмма: норма по левому уху, по правому – тугоухость IV степени по типу костно-воздушного интервала. Из анамнеза: в возрасте 2х лет – острый гнойный средний отит, в 3 года – рецидив данного заболевания. При аудиологическом скрининге отсутствовала регистрация отоакустической эмиссии на стороне поражения, это послужило поводом для обращения родителей. При эндоскопическом обследований носоглотки аденоидные вегетации. Отоскопия и отомикроскопия выявляли белесоватое образование в наружном слуховом проходе. КТ височных костей визуализировало мягкотканное затемнение в барабанной полости и в сосцевидном отростке.

Обсуждение: Изучая клинические данные и опираясь на литературные данные, выявлено, длительное бессимптомное течение заболевания может привести к прогрессированию, нарушению вентиляции среднего уха, инфицированию и развитию осложнений. Статистический обработанные пациенты к моменту обращения имели признаки воспаления или гноетечения. У 4 (19,9%) детей манифестация ВХ сопровождалась тяжелыми осложнениями: парезом лицевого нерва, сепсисом или периоститом сосцевидного отростка.

Заключение: Врожденная холестеатома у детей нередко манифестирует клиникой острого среднего отита. Вторичное инфицирование ВХ в условиях воспаления обусловливает резистентность к консервативной терапии, способствует перфорации барабанной перепонки и развитию осложнений. Для ВХ характерны выраженные костно-деструктивные изменения при относительно коротком клиническом анамнезе, что требует повышенной настороженности со стороны специалистов. В диагностические аспекты должны включить МСКТ височных костей и по показаниям МРТ среднего уха в DWI-режиме.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФОНА И ПОРОГОВЫХ УРОВНЕЙ СТИМУЛЯЦИИ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА SONNET - 2 НА РАЗБОРЧИВОСТЬ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Наджмутдинова Н.Ш., Каримов Ж.С., Маджитова Д.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить влияние снижения микрофонной чувствительности и повышения пороговых уровней стимуляции на разборчивость речи в шумной обстановке у детей после кохлеарной имплантации.

Материалы и методы: В исследование были включены 34 ребенка в возрасте 7-9 лет, с односторонним кохлеарным имплантом MED-EL SONNET 2 с опытом ношения более 4 лет.Всем участникам последовательно настраивали и использовали три карты процессора:

1) T-base/0 дБ — клинические пороговые уровни стимуляции (T) при стандартной чувствительности микрофона;

2) T-mid (+10 CL)/0 дБ — повышение T на 10 CL без изменения чувствительности;

3) T-mid (+10 CL)/–6 дБ — тот же подъём T при сниженной чувствительности микрофона на 6 дБ.

Параметры AGC, входного динамического диапазона и направленности микрофонов во всех картах оставались по умолчанию. Каждая карта использовалась в домашних и школьных условиях на протяжении шести недель (каждая настроечная карта использовалась 2 недели). Для оценки результатов исследования были использованы следующие методы*:* Speech-in-Noise (10 слов) — процент правильно услышанных односложных слов при SNR + 10 дБ (речь ≈ 65 дБ SPL, шум ≈ 55 дБ SPL), Functional Listening Evaluation (FLE) — количество правильно повторённых слов из 10 односложных предложений при SNR +10 дБ (речь ≈ 65 дБ SPL, шум ≈ 55 дБ SPL); SSQ-Kids— средний балл (0–10) по 10 родительским ответам насколько легко ребёнок понимает речь на фоне повседневного шума.

Результаты: В ходе последовательного использования трех настроечных карт показатели слухо-речевой реабилитации имели положительную динамику. При первой настроечной карте (T-base / 0 дБ) дети правильно повторяли 63 % слов в шумной обстановке (Speech-in-Noise = 6,3 из 10), в тесте FLE набирали 60 % (6,0 из 10), а средний родительский балл SSQ-Kids за понимание речи в шуме составлял 5,4 из 10. После подъёма пороговых уровней стимуляции на +10 CL при неизменной чувствительности результаты улучшились: Speech-in-Noise достиг 70 % (7,0 из 10), FLE — 70 % (7,0 из 10), SSQ-Kids поднялся до 6,3 балла. При снижении чувствительности микрофона на 6 дБ при сохранённом подъёме T дал небольшой прирост в показателях: 72 % в Speech-in-Noise (7,2 из 10), 73 % в FLE (7,3 из 10) и 6,5 балла по SSQ-Kids.

Выводы: Умеренный подъём T-уровня (+10 CL) обеспечивает прирост разборчивости речи в шуме и субъективного комфорта. Снижение чувствительности микрофона на 6 дБ поверх этого подъёма не ухудшает слышимость тихих сигналов, а даёт небольшой прирост в улучшении разборчивости речи. Таким образом, оптимальным для детей 7–9 лет с опытом ношения речевого процессора более 4 лет является режим T + 10 CL; при этом настройка чувствительности микрофона может оставаться стандартной или быть уменьшена на 6 дБ для снижения слуховой усталости, что следует учитывать при индивидуальной настройке процессора.

Краткое содержание: Оценить влияние подъёма пороговых уровней стимуляции (T) и снижения микрофонной чувствительности на восприятие речи в шуме у детей в возрасте 7–9 лет с односторонним кохлеарным имплантом MED-EL SONNET 2. Последовательно тестировались три настроечные карты: стандартная (T-base/0 дБ), с повышением T на +10 CL (T-mid/0 дБ) и с тем же повышением T при чувствительности –6 дБ (T-mid/–6 дБ). Каждая карта использовалась по 2 недели. Тесты (Speech-in-Noise, FLE, SSQ-Kids) показали, что подъём T на +10 CL повышает разборчивость речи и субъективную оценку слышимости, а добавленное снижение чувствительности на 6 дБ даёт небольшой дополнительный прирост. Оптимальным режимом для данной группы детей оказался T + 10 CL с возможным уменьшением чувствительности на 6 дБ для снижения слуховой усталости.

ОПТИМАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ЗАКРЫТИЯ ДОНОРСКОГО ДЕФЕКТА БЕДРА ПРИ ПЛАСТИКЕ ВРОЖДЁННЫХ АНОМАЛИЙ УХА У ДЕТЕЙ

Наджмутдинова Н.Ш., Холматов А.Д., Рашидов Х.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии г.Ташкент, Узбекистан

Цель: Сравнить динамику регенерации тканей донорской раны после забора лоскута при реконструктивных операциях уха у детей, при использовании двух методов ведения раневой поверхности: открытой парафиновой повязки и расширенного хирургического доступа с первичным ушиванием.

Материалы и методы: Исследование проводилось в ЛОР - отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. В исследовании участвовали 20 детей в возрасте 8–16 лет (13 мальчиков и 7 девочек), с врождёнными односторонними аномалиями наружного уха, которым выполнялась реконструкция аурикулы с использованием бедренного кожно-фасциального лоскута.

Донорскую рану закрывали двумя способами: у 10 пациентов первой группы дефект покрывали вазелиновой повязкой и вели как открытую рану, тогда как у 10 пациентов второй группы разрез овально расширяли, мобилизовали края и ушивали их без натяжения непрерывным двухрядным швом. После операции поверх раны на 48 часов накладывали компрессионную повязку, после чего выполняли ежедневные перевязки до полной эпителизации.

Клиническое наблюдение проводили в два этапа: в раннем периоде (1-е, 3-и и 7-е сутки) оценивали динамику эпителизации до полного закрытия донорской раны и интенсивность боли по шкале VAS (0–10) и, а в отдалённом периоде (через 3 месяца) оценивали эстетический вид рубца по суммарному баллу по шкале POSAS (6 баллов — идеальный рубец, 60 баллов — тяжёлый).

Результаты: Среднее время полной эпителизации донорской раны при ведении её открытым способом под вазелиновой повязкой составило 18 ± 2 суток (16–21 день). При расширенном разрезе с первичным ушиванием заживление в целом шло быстрее — 13 ± 3 суток: у семи из десяти детей рана закрывалась уже к 11–13-му дню, но у трёх сроки затягивались до 17–18 суток, то есть практически совпадали с показателями открытой тактики.

На третьи сутки после операции интенсивность боли по шкале VAS достигала 5 баллов при открытой ране и 3 баллов при ушивании. Тем не менее те же трое детей из второй группы, у которых эпителизация шла медленнее, сообщали о боли на уровне 4–5 баллов, сопоставимой с первой группой, что подчёркивает индивидуальные различия в болевых ощущениях.

Через три месяца косметическая оценка рубца по суммарному баллу POSAS оказалась лучше при первичном ушивании (16 баллов против 23), однако у двух детей с затянутой эпителизацией показатель оставался на уровне 21–22 баллов и практически не отличался от результатов открытой повязки.

Выводы: Расширенный доступ с первичным ушиванием обеспечивает более быстрое заживление донорской раны по сравнению с открытым ведением под вазелиновой повязкой и сопровождается меньшей выраженностью боли в раннем послеоперационном периоде. При

этом эффект неоднороден: у большинства детей со швом эпителизация проходит быстрее, однако у части пациентов темпы заживления одинаковы в обоих случаях. В отдалённом сроке косметическое качество рубца выше при первичном ушивании, но у некоторых детей при затянувшейся эпителизации выраженного эстетического преимущества не отмечается. Эти наблюдения подтверждают целесообразность первичного ушивания при возможности сближения краёв без натяжения и необходимость индивидуального выбора метода закрытия с учётом особенностей раны и состояния ребёнка.

Краткое сожеражение: Сравнение регенерации тканей раны бедра после забора лоскута при реконструктивных операциях уха у детей при двух тактиках: открытое ведение под вазелиновой повязкой и расширенный доступ с первичным ушиванием без натяжения. Первичное ушивание в большинстве случаев обеспечивало более быстрое заживление и меньше выраженный болевой синдром, а также лучшее косметическое качество рубца в отдалённом периоде. Но у части детей скорость эпителизации и эстетический исход не отличались от открытой тактики, что подчёркивает необходимость индивидуального выбора метода закрытия.

СОСТОЯНИЕ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕГО АППАРАТА СРЕДНЕГО УХА У ЛИЦ ШУМОВЫХ ПРОФЕССИЙ ПО ДАННЫМ ТИМПАНОМЕТРИИ

Нормирова Н.Н.

Ташкентский государственный медицинский университет Термезский филиал, Термез. Узбекистан

Актуальность: Профпатологи уделяют большое внимание изучению процессов развития нейросенсорной тугоухости шумового генеза, поскольку этот вопрос имеет не только важное научное, но и практическое значение. Своевременная диагностика таких нарушений слуха, рациональный профотбор и экспертиза трудоспособности могут предотвратить возникновение профессиональной тугоухости, а с другой - развитие поражений жизненно важных органов и систем.. При этом ряд авторов изучает воздействие шума на периферический отдел звукового анализатора, другие полагают, что наиболее чувствительным и к влиянию интенсивного производственного шума являются центральные его отделы, из-за поражения которых страдает и преддверно-улитковый орган.

Цель исследования выявление изменений в звукопроводящей системе среднего уха методики регистрации абсолютной и относительной ее податливости (тимпанометрии) у лиц, работающих при интенсивности производственного шума 100—105 дБ.

Материалы и методы исследования: Для этого мы использовали импедансометр фирмы «Amplaid»(Италия) с частотой зондирующего тона 220 Гц, дающий возможность изменять давление в наружном слуховом проходе испытуемого от + 200 до —300 мм вод. ст. Измерение абсолютной и относительной податливости звукопроводящей системы среднего уха проводилось в кубических сантиметрах.

Под наблюдением находилось 55 рабочих котельно-сварочного производства с нормальным слухом и с различной степенью выраженности нарушений звуковосприятия при отсутствии кондуктивной тугоухости и видимой патологии со стороны других ЛОР-органов. Все обследованные имели различный стаж работы в условиях воздействия интенсивного производственного шума и в зависимости от этого были подразделены на 3 группы. В I-ю группу вошли лица со стажем работы в шуме до 10 лет, во 2-ю — от 10 до 20 лет, в 3-ю - более 20 лет. Такое распределение предпринято ввиду того, что, по данным многим авторов, выраженные нарушения в преддверно-улитковом органе у рабочих шумовых профессий возникают после 12—14 лет работы.

Результаты исследования: При анализе тимпанограмм у обследованных лиц зависимости податливости звукопроводящей системы среднего уха от стажа работы в условиях воздействия интенсивного производственного шума не выявлено: так, при стаже до 10 лет абсолютная и относительная податливость звукопроводящей системы среднего уха

была равна 0,76 0,184 и 0,54 0,157 см^2, от 10 до 20 лет и выше – соответственно 0,54 0,080, 0,54 0,083 и 0,63 0,289, 0,72 0,109 см$^{2.}$

При этом следует указать, что показатели податливости звукопроводящей системы среднего уха у лиц, работающих в условиях воздействия интенсивного производственного шума свыше 20 лет, отличались большим разбросом данных по отношению к средней величине.

По-видимому, это объясняется тем, что в данную группу входило большое число рабочих в возрасте старше 50 лет, у которых отмечаются изменения соединительнотканной основы барабанной перепонки, в частности, в средней ее трети, которая, наиболее активно участвует в звукопроведении.

Учитывая такое распределение данных о состоянии звукопроводящего аппарата у лиц шумовых профессий, можно предположить, что воздействие интенсивного производственного шума на периферический отдел звукового анализатора сказывается как на функциональном состоянии преддверно-улиткового органа, так и, параллельно с этим, на структурах среднего уха, вызывая компенсаторно при начальных и умеренных нарушениях слуховой функции некоторое увеличение акустической проводимости (t—2,07), а в дальнейшем (по мере ухудшения слуха) ее уменьшение (t=4,55) в результате декомпенсации. Что же касается изменений в звукопроводящем аппарате среднего уха при длительной работе в условиях воздействия интенсивного производственного шума, то при нарушенной слуховой функции они мало зависят от стажа работы (t=1,09 и t=1,27).

Выводы: Таким образом, проведенные исследования выявили зависимость податливости звукопроводящей системы среднего уха у рабочих шумовых профессий от состояния у них слуховой функции, а также отсутствие зависимости этого показателя от стажа работы при сохранности слуха.

СРАВНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ И МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХРЯЩА-БАБОЧКИ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И ОЦЕНКА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Нурмухамедова Ф.Б., Нуриддинов Х.Т.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,

г.Ташкент, Узбекистан

Введение: Тимпанопластика с использованием хрящевого трансплантата «бабочка» является распространенной хирургической методикой восстановления барабанной перепонки. Эндоскопическая и микроскопическая тимпанопластика – два основных подхода к выполнению этой процедуры. Несмотря на то, что оба метода имеют свои преимущества, сравнительная эффективность эндоскопического и микроскопического подходов требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: оценить сравнительную эффективность эндоскопической и микроскопической тимпанопластики с использованием хрящевого трансплантата «бабочка» на основе систематического обзора и анализа клинических результатов.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 36 пациентов с диагнозом хронический средний отит, сухой мезотимпанит, разделенных на две группы по 18 человек: в первую группу вошли пациенты, которым была выполнена эндоскопическая тимпанопластика с использованием хрящевого трансплантата «бабочка», во вторую – микроскопическая тимпанопластика. Возраст пациентов варьировался от 30 до 50 лет, средний возраст составил 38,5 ± 8,2 года. Соотношение мужчин и женщин было 1:1. Оценивались: частота приживления трансплантата, улучшение слуха (в дБ), продолжительность операции, частота осложнений. Также, после операции, оценивалось субъективное удобство работы и обзор операционного поля при каждом хирургическом подходе, используя 5-балльную шкалу (где 1 - очень неудобно/плохой обзор, а 5 - очень удобно/отличный обзор).

Полученные результаты: У пациентов, перенесших эндоскопическую тимпанопластику, частота приживления трансплантата составила 95.5%, а у пациентов после микроскопической

тимпанопластики – 90.0% (p = 0.25). В группе эндоскопической тимпанопластики отмечено статистически значимое улучшение слуха (с 10 дБ до 30 дБ) по сравнению с группой микроскопической тимпанопластики (с 5 дБ до 20 дБ) (p = 0.03). Продолжительность операции была статистически значимо меньше в группе эндоскопической тимпанопластики: в среднем 50 минут против 75 минут (p = 0.001). Средняя оценка удобства работы и обзора операционного поля составила 3.2 ± 0.8 балла для эндоскопического подхода и 4.5 ± 0.6 балла для микроскопического (p = 0.04). В группе эндоскопической тимпанопластики наблюдался один случай перфорации трансплантата, а в группе микроскопической - два случая (p > 0.05).

Вывод: Результаты данного исследования указывают на тенденцию к более высокой частоте приживления трансплантата и большему улучшению слуха при эндоскопической тимпанопластике с использованием хряща-бабочки, а также на сокращение времени операции. Однако, микроскопический подход обеспечивает статистически значимо более удобный обзор операционного поля и двуручную работу. Необходимо проведение дальнейших исследований с большей выбором пациентов и более длительным периодом наблюдения для подтверждения этих результатов и определения оптимального хирургического подхода.

ПРОЯВЛЕНИЯ ШУМА В УШАХ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Орифов С.С., Арифов С.С., Омонжонов Х.С

Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз,Ташкент, Узбекистан

Введение: Метаболический синдром (МС), составными компонентами которого являются повышенное артериальное давления, дислипидемия, непереносимости глюкозы и ожирение, является фактором риска многих сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета. Анализ литературных источников показал, что имеется скудная и разрозненная информация о влиянии метаболического синдрома на функциональное состояние слухового и вестибулярного анализаторов и характер изменений при сенсоневральных нарушений слуха.

Цель исследования: оценить проявления шума в ушах у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования: Обследованы 170 больных в возрасте от 25 до 67 лет. Наибольшее количество больных были средней возрастной группы (73–43%), второе место занимали пожилые лица (58–34%), затем представители зрелого возраста (34–20%). Наименьше был представлен молодой возраст (5 – 3%).

Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 107 больных двусторонним СНС, сочетающаяся МС. Вторую группу были включены 63 больных двусторонним СНС без МС.

В работе были применены следующие классификации: международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10), международную классификацию нарушений слуха (ВОЗ, 1997), классификация проявления шума в ушах по А.П. Велицкому (1978). Наличие проявлений МС, соответствующий критериям, установленным данному заболеванию AHA and IDF (2009).

В работе были использованы клинические (изучение жалоб, истории развития болезни и жизни, аллергических реакций, оценка состояния органов и систем организма), эндоскопические (отоэндоскопия, эндоскопия полости носа и носоглотки, стомофарингоскопия, непрямая ларингоскопия), аудиологические (акуметрия, тональная пороговая аудиометрия в обычном и расширенном диапазоне частот, шумометрия), статистические методы исследования.

Полученные результаты: В первой группе 81 (75,7%), во второй группе 44 (69,8%) больных предъявляли жалобу на шум в ушах. В первой группе 59 (72,8%) случаях он был двухсторонний, у 22 (27,2%) – с одной стороны, во второй группе 26 (59,1%) и 18 (40,9%), соответственно. 5 больных двусторонним СНС не могли локализовать шум в каждом ухе по отдельности, и описывали его как «шум в голове».

У 62 (76,5%) больных первой группы шум был постоянный, у 19 (23,5%) – непостоянный, во второй группе 24 (54,5%) и 20 (45,5%), соответственно.

У 98 (78,4%) [первая группа – 66 (81,5%), вторая группа – 32 (72,7%)] больных шум был много тональным (многокомпонентным), из них:

– сочетание между собой высоко- и среднечастотных шумов [первая группа – 36 (44,4%), вторая группа – 17 (38,6%)];

– сочетание между собой высоко- и низкочастотных шумов [первая группа – 11 (13,6%), вторая группа – 6 (13,6%)];

-– сочетание между собой средне- и низкочастотных шумов [первая группа – 1 (1,2%), вторая группа – 0 (0%)];

– сочетание между собой высоко-, средне- и низкочастотных шумов [первая группа – 14 (17,3%), вторая группа – 9 (20,5%)];

В 27 (21,6%) [первая группа – 15 (18,5%), вторая группа – 12 (27,2%)] шум был одночастотным и у всех соответствовал высокочастотному спектру. Высокочастотный шум больные оценивали его как «звон», «свист», «жужжание».

Шум соответствующий низко- или среднечастотному диапазону описывался больными в виде «гудка», «дуя ветра», «морского прибоя», «шума леса», «звука сердцебиения».

С момента начала болезни до проведения данного исследования у 66 (81,5%) больных первой и 30 (68,2%) – второй группы отмечено изменение ее характера в виде:

– увеличение интенсивности [первая группа – 44 (66,7%), вторая группа – 12 (40%)];

– увеличение количества тонов шума [первая группа – 23 (34,8%), вторая группа – 9 (30%)];

– уменьшение интенсивности [первая группа – 2 (3%), вторая группа – 2 (6,7%)];

– уменьшение количества тонов шума [первая группа – 1 (1,5%), вторая группа – 2 (6,7%)];

– исчезновение шума [первая группа – 0 (0%), вторая группа – 1 (3,3%)].

У 26 (32,1%) больных первой и 11 (25%) второй группы преходящее изменение интенсивности и тональности субъективного шума отмечено при нервно-эмоциональном напряжении или при физической нагрузке.

Согласно классификации А.П. Велицкого больные были распределены в следующем виде:

– I степень (мало беспокоит больного, выявляется лишь при активном опросе) первой группе 27,2% и второй группе 38,6%;

– II степень (беспокоит больного сильно, является одной из основных жалоб) первой группе 45,7% и второй группе 47,7%;

– III степени (является основной ведущей жалобой больного) первой группе 27,2% и второй группе 13,6%.

Заключение: В обеих группах шум в ушах был частым проявлением сенсоневральной тугоухости. При этом проявление шума в ушах в более тяжёлой степени встречался достоверно чаще у больных первой группы ($P<0,01$). Это указывает на целенаправленный подход в лечении шума в ушах в составе комплексной реабилитации больных.

ВРЕМЕННЫЕ ПАРЕЗЫ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ МАСТОИДЕКТОМИИ

Панахиан В.М., Гасымов А.В., Гасымов Дж.Л., Абилова Ф.А.,
Гусейнова М.А., Гурбанов Р.Я.

Азербайджанский Медицинский Университет, Учебно-Хирургическая Клиника, кафедра «Болезней Уха, Горла и Носа»

Введение: Парезы лицевого нерва в результате проведенных операций на среднем ухе являются самыми нежелательными осложнениями и среднем составляют 3-5%. По течения процесса различают три стадии парезов: острую (до 2 недель), подострую (до 1 месяца) и хроническую (более 1 месяца). По типу развития фациалисы подразделяют на: временные (до 3 лет) и постоянные. При расширенной мастоидектомии или же радикальной операции на

среднем ухе риск пареза лицевого нерва в разы возрастает. Причиной тому служит снятие задней стенки наружного слухового прохода, по которой анатомически проходит лицевой нерв. Однако при вмешательствах на среднем ухе с сохранением задней стенки наружного слухового прохода также наблюдаются случаи парезов лицевого нерва. Причинами данных парезов считаются: локальная анестезия анестетиками, травматическое воздействие боров и фрезов, деформация во время операции анатомических структур среднего уха с применением щупа, анатомически поверхностное расположение лицевого нерва в барабанной полости, травматизация барабанной полости, рикошетная декомпрессия и др. В практике, а также и в литературе нередко можно наблюдать случаи восстановления функции лицевого нерва.

Цель исследования: восстановление функции лицевого нерва при формировавшихся парезах после операции мастоидектомии.

Материалы и методы исследования: Клинические исследования проводились на кафедре болезней уха, горла и носа Учебно-Хирургического Клиники Азербайджанского Медицинского Университета города Баку в период с 2022 по 2025 год. Под нашим наблюдением находилось 58 пациентов, перенесших операцию мастоидектомии с сохранением задней стенки наружного слухового прохода. Возрастно-половой состав пациентов был представлен пациентами от 6 до 58 лет, 30 больных мужского и 28 женского пола. Методы исследования состояли из обследования ЛОР-органов, отоскопии, микро-отоскопии и эндоскопии уха, аудиологического исследования, а также компьютерной томографии височных костей. Среди оперированного числа пациентов у 5 (8,6%) больных наблюдались парезы лицевого нерва непосредственно после операции. При этом, у двух пациентов в анамнезе был диагностирован сахарный диабет. В сложившейся ситуации в первые часы после операции нами была назначена комплексная терапия. Лечении парезов лицевого нерва основную роль занимает гормональная терапия. Целью гормональной терапии является скорейшее снижения отёка в операционной полости. В первые дни назначался преднизолон до 80 мг в сутки с последующим снижение дозы по схеме. Также в комплексное лечение были включены: эуфиллин 2,4%-10 мл ежедневно в/в в течение 5 дней; глюкоза 40%-10 мл + витамин С 5% - 4мл ежедневно в/в в течение 5 дней; 1 мл прозерина, 1 мл никотиновой кислоты ежедневно в течение 10 дней; церебровйн 1 таблетка 1 раз в денл в течение 1 месяца; витамин В1, дибазол !% - 1 мл, алое 1,0, папаверин 2,0 и АТФ 1 мл вводились в/м через день курсом 10 инъекций. Для защиты желудочно-кишечного тракта применяли омегаст № 10 в день 1 раз до еды.

Полученные результаты: После проведённого нами комплексного лечения результаты показали себя спустя 8 месяцев. Результаты лечения показали, что из 5 больных с парезом лицевого нерва полное восстановление функции лицевого нерва наблюдалось у 3 пациентов. У остальных 2 пациентов восстановление было частичным. Следует отметить, что у 1 больного с сахарным диабетом наблюдалось полное, у второго частичное восстановление функции лицевого нерва.

Таким образом, результаты проведённого лечения позволили заключить следующие выводы:

1. Парезы лицевого нерва являются ожидаемым осложнением.
2. Необходимо начинать комплексное лечение независимо от типа пареза.
3. Временные парезы лицевого нерва ощутимы с первых дней лечения.
4. В комплексном лечении парезов лицевого нерва гормональная терапия занимает основное место.

Краткое содержание: Клинические исследования проводились на кафедре болезней уха, горла и носа Учебно-Хирургического Клиники Азербайджанского Медицинского Университета города Баку в период с 2022 по 2025 год. Под наблюдением находилось 58 пациентов, перенесших операцию мастоидектомии с сохранением задней стенки наружного слухового прохода. Среди оперированного числа пациентов у 5 (8,6%) больных наблюдались парезы лицевого нерва непосредственно после операции. В первые часы после операции была назначена комплексная терапия, основную роль занимала гормональная терапия

преднизолоном по схеме. Результаты лечения показали полное восстановление функции лицевого нерва у 3 пациентов. У остальных 2 пациентов отмечалось частичное восстановление. Таким образом, своевременно начатое комплексное лечение временных парезов лицевого нерва предупреждает переход заболевания в хроническую форму.

ПЕРИЛИМФАТИЧЕСКИЕ ФИСТУЛЫ ОКОН ЛАБИРИНТА. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ.

Пустовит О.М., Егоров В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно - исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Перилимфатическая фистула лабиринта (ПФЛ) – аномальное сообщение между перилимфатическим пространством внутреннего уха и барабанной полостью, приводящее к нарушению гомеостаза лабиринта.

Данное состояние может быть врожденным или приобретенным в результате травм, операций, хронического воспаления, резкого повышения внутричерепного давления. Обычно ПФЛ расположены в окнах лабиринта (овальном или круглом), но бывают и другие локализации. Это отологическое расстройство сопряжено с появлением слуховых и/или вестибулярных симптомов. ПФЛ часто представляет диагностическую дилемму из-за отсутствия окончательных критериев. Среди дифференциальных диагнозов ПФЛ - болезнь Меньера, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), воспалительные процессы внутреннего уха, опухоль, расстройства центральной нервной системы. Чтобы заподозрить ПФЛ необходимо проводить тщательный сбор жалоб и анамнеза. Проведение ряда проб: фистульная проба, симптом Хеннебера, симптом Туллио, - помогают навести на мысль о наличии ПФЛ. Могут быть полезны и ряд аудиологических приемов: тест Фразера, тест с наклоном (все тесты считаются положительными при изменении порогов слышимости не менее чем на 10 дБ и не менее чем на 2-х частотах). В литературе также описывают возможность обнаружения специфичного для перилимфы белка - cochlin-tomoprotein у пациентов с ПФЛ. Большую диагностическую ценность имеет РКТ и МРТ. Однако, во всех случаях окончательное слово остается за эксплоративной тимпанотомией, которая имеет наиболее точный диагностический характер.

Цель работы – улучшение диагностики и лечения пациентов с ПФЛ.

За 2020-2024 г.г. на базе оториноларингологического отделения МОНИКИ им. М. Ф Владимирского мы обследовали и пролечили 19 пациентов с жалобами на эпизоды системных и смешанных головокружений, флюктуирующее сенсоневральное снижение слуха на одно ухо, шум в нем. У 11 пациентов был «травматический» анамнез, у 8 пациентов - явного провоцирующего фактора выявлено не было. Пациенты до обращения к нам прошли курс консервативной терапии без эффекта. На догоспитальном этапе этим пациентам были проведены аудиологические тесты, которые позволили заподозрить ПФОЛ. Также в предоперационном периоде всем пациентам была выполнена КТ височных костей. Всем пациентам была предложена диагностическая тимпанотомия. Цель – поиск наличия или отсутствия ПФЛ. При ревизии барабанной полости у 15 пациентов мы обнаружили истечение перилимфы. Этим пациентам выполнена пластика ПФЛ аутожировым трансплантатом. У 5 пациентов во время диагностической тимпанотомии перилимфа в барабанной полости не определялась. Однако, в области подножной пластинки в двух случаях визулизировался дефект костной структуры, покрытый тончайшей пленчатой мембраной, а у трех пациентов на фоне адгезивных процессов имелись небольшие спаечные образования, которые интимно покрывали незначительное выбухание слизистой оболочки над плоскостью подножной пластинки. Хирургические действия были однотипны: после максимально возможного освобождения стремени, практически- его деэпителизации, при этом всегда начиналась перилимфорея, на подножную пластинку помещался аутожировой трансплантат. По сути дела, в таких случаях мы ПФЛ, во время операции, временно переводим из разряда

«парадоксальных» в категорию открытых. Обоснование такой тактики заключается в том, что после пластики вместо уложенного трансплантата, в конечном итоге образуется рубцовая ткань, менее подверженная к смещению постоянным внутрилабиринтным гидродинамическим колебаниям и более устойчивая к проникновению через нее возможных инфекционных агентов.

В послеоперационном периоде все пациенты отметили исчезновение вестибулярной симптоматики. Два пациента отметили субъективное улучшение слуха. Срок наблюдения составляет от 6 до 18 месяцев.

Вывод: в хирургии ПФЛ большое значение имеет личный опыт хирурга и его ориентирование на возможность образования ПФЛ.

Краткое содержание: Перилимфатическая фистула лабиринта (ПФЛ) – аномальное сообщение между перилимфатическим пространством внутреннего уха и барабанной полостью, приводящее к нарушению гомеостаза лабиринта. Все ПФЛ подлежат пластике. Однако, нередки хирургические ситуации, когда при предварительном диагнозе ПФЛ, нет активного появления признаков жидкости в той или иной лабиринтной нише в ходе операции. Это может быть обусловлено рядом объективных моментов: неактивной или спорадической, очень медленной утечкой перилимфы, в том числе зависящей от интраоперационного положения головы; микроскопическими, чтобы визуализировать, размерами трещин или отверстий; лабильностью перилимфатического давления, а также вторичным образованием тонкой мембраны в нише овального окна с образованием «парадоксальных» ПФЛ. В таких случаях ПФЛ временно во время операции нужно переводить из разряда парадоксальных в категорию открытых. Обоснование такой тактики заключается в том, что после ее пластики вместо уложенного трансплантата, в конечном итоге образуется рубцовая ткань, менее подверженная к смещению постоянным внутрилабиринтным гидродинамическим колебаниям и более устойчивая к проникновению через нее возможных инфекционных агентов.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА СЛУХА

Расулов А.Б.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Ташкент, Узбекистан

Введение: Внедрение в неонатологическую практику программ неонатального скрининга слуха во многих странах мира, включая и Республику Узбекистан, позволяет осуществлять раннюю диагностику тугоухости и глухоты новорожденных.

Неонатальные нарушения слуха констатируются у 2-3% недоношенных новорожденных и 0,1-0,2% у доношенных новорожденных, так как недоношенность – существенный фактор риска тугоухости.

Максимально раннее выявление глухоты обеспечивает ребенку возможность раннего проведения кохлеарной имплантации и раннему началу восприятия звуков, обеспечивающих формирование у него речи. В экономически развитых странах стандартом постановки диагноза «глухота» считают 3-6 месяцев от рождения, постепенно уменьшая этот промежуток к 2-3 месяцам жизни. Однако, практически не встречается исследований, посвященных ранней диагностики тугоухости и реабилитации слуха у детей первых 6 месяцев жизни, хотя негативное влияние II и III степеней тугоухости на речь несомненно.

Не подлежит сомнению факт, что необходимо проводить не только исследование наличия слуха или его отсутствия, но и определять степень тугоухости у обследуемых детей, так как это жизненно важно в аспекте качества жизни ребенка и взрослого в последующем, обеспечит адекватную электроакустическую коррекцию нарушений слуха и, при ее раннем проведении, позволит ребенку развивать речевые навыки параллельно со здоровыми ровесниками и без привлечения сурдопедагога для его обучения, что благоприятно скажется на его социализации и когнитивном развитии, а также будет экономически более эффективным.

Цель исследования: анализ эффективности применяемой программы неонатального скрининга слуха и оценка возможностей ее улучшения.

Материалы и методы исследования: Данное исследование явилось ретроспективным, опирающемся на анамнестические данные (со слов родителей и представленных ими документов). Систематизация данных проводилась нами методом внесения их в персональную анкету для каждого ребенка, в котором максимально расширенно и подробно нами были классифицированы все возможные факторы, которые могли оказать влияние на слух новорожденных.

Проводимый нами сбор данных осуществлялся с добровольного информированного согласия родителей, все данные хранились и обрабатывались только в электронной форме с соблюдением полной конфиденциальности и защиты данных.

Для проведения оценки слуха в неонатологическом скрининге применяют портативные аппараты задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) – прибор «MADSEN Accuscreen» (GN Otometrics, Дания), который обладает высокой чувствительностью (80-96,5%) и специфичностью (90,6-92,85%). Аппараты ЗВОАЭ способны регистрировать 8 и более достоверных пиков при величине артефакта до 20%, однако дает ответ только в параметрах «прошел» и «не прошел», т.е. есть слух и его нет, что не удовлетворяет современным требованиям.

Параллельно ЗВАОЭ, в случаях наличия средней вероятности риска нарушения слуха у детей в на 4-6 неделях нами проводился ест на автоматический слуховой ответ ствола мозга (automated brainstem response – ABR) с применением ушных насадок маленького размера или маленьких наушников.

В ходе изучения 800 недоношенных нами выделено для исследования 84 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 36-39 недель (44 девочки и 40 мальчиков), родившихся в Областном перинатальном центре Хорезмской области МЗ Руз, со средней вероятностью нарушения слуха, согласно нашей анкете, обследованы скрининговым методом ЗВОАЭ на предмет наличия нарушения слуха. Из них 33 новорожденных после рождения помещены в отделение интенсивной терапии новорождённых (ОИТН) (I группа), а 51 новорожденный находились с матерями (II группа).

Новорожденные I группы по шкале Апгар на 1 минуте получили 5-7 баллов (6,49±0,38 баллов в среднем), а на 5 минуте – 6-8 баллов (7,18±0,41 баллов в среднем), в то время как новорожденные II группы – 7-8 баллов (7,45±0,37 баллов в среднем) и 8-9 баллов (8,62±0,29 баллов в среднем).

Полученные результаты: Следует отметить, что родители детей, госпитализированных при рождении в ОИТН, выражали большую готовность к проведению дальнейшего аудиологического обследования относительно родителей детей II группы.

В нашем исследовании их 84 новорожденных 24 не прошли первый тест ЗВОАЭ, повторный тест не прошли 7 детей, остальные 17 прошли. В целом среди детей среднего риска нарушений слуха у 24,24% в I группе и у 37,25% во II группе констатирован нормальный слух (всего – 32,14% - 27 детей), все они имели близкие к минимальному порогу поддиапазона значения риска. Нами констатирована статистически значимая средней силы прямая корреляционная связь суммы баллов факторов риска и дБ потери слуха ($r= 0.67$, $p\leq0,05$).

Из всех 800 недоношенных новорожденных 25 представителей I группы (75,76%) и 32 из II группы (62,75%) имели нарушения слуха по ABR-тесту, при этом оба теста ЗВОАЭ не прошли 4 (12,12%) и 3 (5,88%) соответственно, имевшие IV степень тугоухости и глухоту. Следовательно, из 800 недоношенных новорожденных ЗВОАЭ выявляет 0,875% нарушений слуха, в то время как ABR-тест – 9,625%, причем одним из достоинств этого метода является определение и степени потери слуха обследуемых.

Также следует помнить, что тест ЗВОАЭ имеет большую долю ложноположительных результатов, достигая 16,7%, а вынесение ложного, пусть и предварительного диагноза вызывает беспокойство родителей. Добавление второго теста ЗВОАЭ перед выпиской у не прошедших первый тест младенцев, снижает частоту ложной диагностики до 1,9-3,3%.

В нашем исследовании ЗВОАЭ констатировала нарушения слуха у 0,875% (тугоухость IV ст. и глухоту) при этом у 8,75% обследованных не диагностировано нарушение слуха, а если брать в пределах исследуемой группы риска, то ЗВОАЭ выявила нарушения у 7 из 57 новорожденных (12,28%) с нарушениями слуха, диагностированными ABR-тестом, т.е. доля потери для своевременной коррекции слуха составляет 87,72% детей с I-III степенями тугоухости.

В дальнейшем адекватная коррекция тугоухости призвана обеспечить детям возможность адекватной социализации и качества жизни, на что и должна быть направлена программа скрининга, диагностики и реабилитации слуха.

Выводы: для повышения эффективности программ неонатального скрининга слуха необходимо расширить спектр применяемых методов и, как минимум, дополнить ее ABR-тестом чтобы снизить не диагностируемые реабилитационные потери и уменьшить число случаев потери наблюдения, что, конечно, потребует долгосрочную экономическую поддержку. Сотрудничество оториноларинголога-аудиолога и педиатра, совместный пациент-ориентированный подход, увеличение числа обученного персонала, оборудования и финансового обеспечения однозначно позволят специалистам осуществлять адекватную раннюю диагностику тугоухости у новорожденных благодаря адекватной и грамотной реализации догм программы скрининга слуха, адекватности терапии в ОИТН, грамотности и преемственности исследований слуха младенцев.

Краткое содержание: проведено исследования слуха 84 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 36-39 недель, 33 новорожденных после рождения помещены в ОИТН (I группа), а 51 новорожденный находились с матерями (II группа). У 24,24% в I группе и у 37,25% во II группе констатирован нормальный слух (всего – 32,14% - 27 детей), 25 представителей I группы (75,76%) и 32 из II группы (62,75%) имели нарушения слуха по ABR-тесту, при этом оба теста ЗВОАЭ не прошли 4 (12,12%) и 3 (5,88%) соответственно.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЪЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА У МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ

Расулов А.Б.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Ташкент, Узбекистан

Введение: Первые годы жизни любого ребенка – основа становления речи, познавательных навыков, когнитивных функции и социализации. При этом слуховая функция значимо обусловливает формирование и развития этих и других компонентов высшей нервной деятельности каждого индивидуума.

Тугоухость и глухоту регистрируют у 0,1-0,2% доношенных и 2-3% недоношенных новорожденных, что позволяет считать недоношенность достоверным фактором риска развития тугоухости. Тугоухость и глухота – одни из распространенных генетически обусловленных заболеваний в Великобритании (1,33 на 1000 новорожденных) и США (1,86 на 1000). Следует обратить внимание, что тугоухость к трем годам диагностируют уже у 2,7 детей из 1000, а к 4-5 годам – у 3,5 на 1000 детей.

Таким образом, соответственно, развитие тугоухости у ребенка, зачастую не выявляемое в раннем возрасте, крайне негативно сказывается на становлении разговорных и языковых навыков полноценной и правильной речи, поведенческом, эмоциональном и когнитивном развитии ребенка, как полноценного члена современного общества [7].

Не подлежит сомнению факт, что необходимо проводить не только исследование наличия слуха или его отсутствия, но и определять степень тугоухости у обследуемых детей, так как это жизненно важно в аспекте качества жизни ребенка и взрослого в последующем, обеспечит адекватную электроакустическую коррекцию нарушений слуха и, при ее раннем проведении, позволит ребенку развивать речевые навыки параллельно со здоровыми ровесниками и без привлечения сурдопедагога для его обучения, что благоприятно скажется

на его социализации и когнитивном развитии, а также будет экономически более эффективным.

Цель исследования: в сравнительном аспекте проанализировать применимость некоторых объективных методов исследования слуха у детей первых лет жизни.

Материалы и методы исследования: В ходе настоящего исследования нами было исследовано динамическое состояние слуховой функции 83 детей различного гестационного возраста с 3 месяцев до 5 лет с сенсоневральной тугоухостью (СНТ) и глухотой. В I группу вошли 43 ребенка со сроком гестации 35-37 недель, во II группу – 40 детей со сроком гестации 38-40 недель. В контрольную группу (КГ) исследования включили 30 доношенных детей без патологии слуха. Исследование проводилось в период 2017-2023 гг. Исследуемых детей консультировали сурдопедагоги и психоневрологи.

В ходе исследования нами проводилось скрупулезное анамнестическое и клиническое исследование, подробный осмотр ЛОР-органов, тимпанометрия и рефлексометрия, исследование задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), ОАЭ на частоте продукта искажения (ПИОАЭ), регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) и стационарных слуховых потенциалов на модулированные тоны (Auditory Steady-State Response) (ASSR). В возрасте 2-3 лет исследуемым детям проводили шумовую поведенческую аудиометрию и игровую аудиометрию в свободном звуковом поле.

Нами проведена электроакустическая коррекция нарушений слуха детям с I-III степенями тугоухости, а при IV степени тугоухости и глухоте дети направлялись на кохлеарную имплантацию, как и дети, у которых электроакустическая коррекция не имела эффекта

Полученные результаты: Лишь у 9 (20,93%) детей I группы и у 11 (27,50%) детей II группы нами не были констатированы факторы риска тугоухости и глухоты. У 20 (46,51%) в I группе и у 18 (45%) представителей II группы нами зафиксировано наличие одного фактора риска формирования СНТ, 2-3 фактора – у 11 (25,58%) и 9 (22,50%) соответственно, по 3 и больше факторов риска СНТ – у 3 (6,98%) и 2 (5%) соответственно в I и II исследуемых группах.

В КГ (n=30) из 60 ушей у 56 тест ЗВОАЭ был пройден, в 4 случаях констатирован ложноположительный результат – в 3 случаях вследствие дисфункции евстахиевой трубы и в 1 – вследствие аномалии строения наружного слухового прохода (НСП).

В исследуемых группах детей с СНТ и глухотой (166 ушей) в 158 случаях ЗВОАЭ не регистрирована. 8 ушей прошли тест ЗВОАЭ, хотя остальные тесты подтвердили наличие СНТ или глухоты – у 3 детей (у 2 – бинаурально и у 1 – моноаурально) КСВП и ASSR-тест диагностировали ретрокохлеарные нарушения, 2 ушей имели аудиторную нейропатию, и 1 – центральное нарушение слуха, обусловленную органической церебральной патологией, энцефалопатией и множеством кист височных долей головного мозга.

Исследование КГ методом ПИОАЭ регистрировало положительный результат в 57 ушах, а в 3 ушах – ложноположительные (ошибочные) результаты. В исследуемых группах детей с СНТ и глухотой (166 ушей) в 162 случаях ПИОАЭ не регистрировалась, а у 4 констатированы ложноположительные результаты.

В настоящей работе чувствительность ЗВОАЭ была 99,5%, а специфичность – 93,3%, а для ПИОАЭ чувствительность была 99,6%, а специфичность – 95%.

При исследовании КГ КСВП всеми компонентами констатировали нормальный слух у 59 ушей из 60 у детей старше 2 лет с явным V-пиком. 1 ложноположительный тест в виде отсутствия V-пика при нормальном слухе был обусловлен узостью НСП и большим углом перехода хрящевого отдела в костный, который привел к излишнему изгибу звуковода при тесте.

В I и II группах детей с СНТ и глухотой все 166 (100%) исследований КСВП констатировали наличие патологий слуха. КСВП имеет чувствительность 100% и специфичность 98,3%, косвенно определяет пороги восприятия в пределах 2–4 кГц.

Недостатками КСВП можно назвать существенную продолжительность исследования и обязательную неподвижность исследуемого, что у детей достижимо зачастую лишь прибегая к медикаментозной седации (наркозу).

ASSR-тест представителей КГ в 58 случаях из 60 ушей констатировал нормальный слух и 2 ложноположительных случая при наличие нормального слуха.

В обеих группах детей с СНТ и глухотой ASSR-тест диагностировал положительные результаты в 163 случаях, в 3 случаях нами констатировано несоответствие диагностированных порогов слуха слуху на шумовой поведенческой и игровой аудиометрии в свободном звуковом поле.

В нашем исследовании чувствительность ASSR-теста составила 99,5%, а специфичность – 96,7%. Колебания порогов восприятия слуха нами зафиксированы у 6 (13,95%) детей I группы и у 5 (12,50%) во II группе, т.е. у 11 детей – 13,25% из всех исследуемых детей.

Максимально достоверных результатов возможно добиться применением психоакустических наряду с электрофизиологическими методами, также и сурдопедагогическими тестами, направленными на верификацию степени СНТ.

Выводы: 1. 77,11% исследуемых детей с СНТ и глухотой подвергались воздействию различных факторов риска формирования и развития нарушений слуха.

2. Максимальной чувствительностью и специфичностью определения патологии восприятия слуха у детей обладают метод регистрации КСВП (100% и 98,3%) и ASSR-тест (99,5% и 96,7%).

Краткое содержание: проанализирована применимость некоторых объективных методов исследования слуха у детей первых лет жизни. 77,11% исследуемых детей с СНТ и глухотой имели различные факторы риска развития нарушений слуха, у 9 (20,93%) детей I группы и у 11 (27,50%) детей II группы факторы риска тугоухости и глухоты отсутствовали. Максимальной чувствительностью и специфичностью определения патологии восприятия слуха у детей обладают метод регистрации КСВП (100% и 98,3%) и ASSR-тест (99,5% и 96,7%).

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ КИНЕТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Расулова К.А.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Кинетоз (синонимы: синдром укачивания, морская болезнь, воздушная болезнь, автомобильная болезнь, вагонная болезнь и др.) – болезнь движения (от греч. kynesis - движение), возникает при действии на организм любого вида ускорений. При воздействии ускорения (раздражителя) на организм с лѐгких случаях, человек испытывает недомогание, головокружение, тошноту, нередко рвоту. В тяжѐлых случаях кинетоз проявляется стойкой бледностью кожных покровов, холодным потом, может наблюдаться снижение давления, урежением сердечных сокращений. При прекращении воздействия раздражителя на организм человека, симптомы исчезают. Функциональная незрелость и легкая возбудимость вестибулярного аппарата, который окончательно формируется лишь к 12–16 годам, способствуют особой предрасположенности детей к синдромам укачивания (считается, что от укачивания страдают более 60% детей в возрасте до 12 лет). Обычно укачивание начинает беспокоить ребенка после 1–2 лет.

Цель исследования. Оптимизация диагностики кинетозов у детей.

Материал и методы исследования: Проводилась оценка вестибулярныхтестов: пальце-носовая, пальце-пальцевая пробы, проба Барре–Фишера, проба на адиадохокинез, пробы на равновесие в позе Ромберга простой и усложненной, ходьба по прямой с закрытыми глазами, фланговая ходьба, а также маршеваяпроба Фукуда. Для каждого из вышеперечисленных тестов нами были рассчитаны показатели чувствительности (Sp) и специфичности (Se). На основании полученных значений Sp и Se мы определили прогностическую значимость тестов, рассчитав отношение правдоподобия (likelihoodratio - LR) для положительного результата

(LR+).Обследованная выборка составила 40 детей, страдающих верифицированными ранее вестибулярными расстройствами различного генеза.

Результаты и их обсуждение: При выполнении пробы Барре–Фишера отклонение рук наблюдалось у 65,2 % больных: при периферическом поражении - в 82 % случаев, при центральном и смешанном - в 64 % случаев. Среди пациентов с периферической патологией гармоничное отклонение рук в сторону угнетения имелось лишь у 21,4 % пациентов, а у 25,8 % также наблюдалось отклонение в сторону угнетения, но оно было дисгармоничным или отклонялась только одна рука (на стороне поражения). Адиадохокинез выявлялся в 23,8% случаев: у 50% пациентов с центральной патологией (с обеих сторон или со стороны поражения); у одного пациента со смешанной патологией и парезом локтевого нерва в анамнезе. При выполнении теста Фукуда отклонение в сторону более чем на 30° наблюдалось у 19% больных. Среди периферической патологии этот тест был нарушен у 15,4% пациентов. При центральной, как и при смешанной, патологии у 25% пациентов. У 10 пациентов (23,8%) с различным уровнем поражения проведение теста Фукуда было невозможно в связи с падением пациента, что, вероятно, было связано с проявлениями атаксии.

Выводы: Чувствительность статокоординаторных и статокинетических проб не высока. Тем не менее, большинство из них обладают высокой специфичностью, что позволяет избежать ложноположительных результатов при первичном осмотре пациента с вестибулярными жалобами. Необходимость проведения пальце-носовой пробы и теста Фукуды при первичном обследовании пациента поставлена нами под сомнение, так как оба теста обладают низкой чувствительностью и требуют значительных временных затрат.

СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА.

Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Рахимзода Ш.Ш., Махмудназаров М.И.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Введение: У детей с врождённой расщелиной нёба часто выявляются нарушения слуха, преимущественно кондуктивного типа. Анатомические особенности расщелины способствуют дисфункции слуховой трубы, нарушая вентиляцию барабанной полости и предрасполагая к развитию экссудативного отита и хронических воспалительных процессов в среднем ухе. Эти состояния нередко протекают малосимптомно, но могут приводить к стойкому снижению слуха и задержке речевого развития. Оценка слуховой функции у таких пациентов является важной частью комплексного наблюдения и реабилитации, начиная с раннего возраста. Раннее выявление и своевременное лечение слуховых нарушений позволяет повысить эффективность логопедической и хирургической помощи и улучшить общее качество жизни детей с данной патологией.

Цель исследования: Комплексная оценка состояния слуховой функции у детей с врождённой расщелиной нёба.

Материалы и методы исследования: Обследование проведено на базе специализированного отделения челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии. В исследование были включены 70 детей в возрасте от 3 до 12 лет. Основную группу составили 45 пациентов с подтверждённым диагнозом врождённой расщелины твёрдого и мягкого нёба. Контрольную группу сформировали 25 детей без врождённых аномалий развития и без жалоб на слух. Программа обследования включала отоларингологическое осмотр с применением передней риноскопии, отоскопии и фарингоскопии, тимпанометрию для оценки подвижности барабанной перепонки и состояния среднего уха, тональную пороговую аудиометрию, пробу Вальсальвы и Тойнби для оценки функционального состояния слуховой трубы, анализ амбулаторных карт на предмет частоты средних отитов, экссудативных процессов и ранее проведённого слухопротезирования.

Полученные результаты: Анализ полученных данных показал, что у детей с расщелиной нёба преобладают нарушения слуха кондуктивного типа. Из 45 детей основной группы у 27 (60%) выявлены признаки тугоухости I–II степени, при этом в 18 случаях нарушение слуха

было двусторонним. Тимпанометрическое исследование показало тип В кривой у 24 детей (53%), что указывает на наличие экссудативного процесса в среднем ухе. В контрольной группе только у двух детей (8%) были выявлены подобные отклонения. Установлено, что основным патогенетическим механизмом снижения слуха у детей с расщелинами является хроническая дисфункция слуховой трубы, обусловленная несостоятельностью мышечно-связочного аппарата мягкого нёба и нарушением его анатомических взаимоотношений с устьем слуховой трубы. Это приводит к нарушению вентиляции среднего уха, рецидивирующим отитам и формированию стойких экссудативных изменений. Половина обследованных ранее не проходила полноценного аудиологического мониторинга, несмотря на жалобы на снижение слуха. Введение в комплекс лечения тимпаностомии с установкой вентиляционных трубок, последующее динамическое наблюдение и слухопротезирование позволили улучшить слуховую функцию у большинства пациентов.

Краткое содержание: У детей с врождённой расщелиной нёба нередко отмечаются нарушения слуховой функции, преимущественно за счёт кондуктивного компонента. Основной причиной служит дисфункция слуховой трубы, обусловленная анатомическими особенностями строения нёбной области. Нарушение аэрации среднего уха ведёт к развитию экссудативного отита, рецидивирующих средних отитов и тимпаносклероза, что со временем может вызывать стойкое снижение слуха. Эти процессы часто протекают без выраженных симптомов, но имеют серьёзные последствия для развития речи, коммуникации и социальной адаптации ребёнка.

В настоящей работе проанализировано состояние слуховой функции у детей с расщелиной нёба, определены наиболее частые формы тугоухости и подчёркнута необходимость раннего аудиологического скрининга. Полученные данные указывают на важность включения оториноларинголога и сурдолога в состав мультидисциплинарной команды специалистов. Своевременное выявление нарушений слуха позволяет не только минимизировать осложнения, но и повысить эффективность последующей хирургической, логопедической и психолого-педагогической реабилитации.

РОЛЬ ПОЛИВАЛЕНТНОГО БАКТЕРИОФАГА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Вохидов У.Н., Сайфуллаев У.Д.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Хронический гнойный средний отит (ХГСО) — одно из наиболее распространённых и социально значимых заболеваний в практике оториноларинголога. По данным литературы, его доля составляет до 25% среди всех заболеваний уха. Заболевание характеризуется длительным течением, частыми рецидивами, выраженной склонностью к осложнениям и формированию устойчивых микробных биоплёнок, что существенно затрудняет терапию.

Цель исследования: Особенно высока заболеваемость в регионах с жарким климатом и высокой влажностью, где создаются благоприятные условия для персистенции патогенной микрофлоры. Устойчивость возбудителей к антибиотикам, в том числе появление метициллинрезистентного Staphylococcus aureus (MRSA) и мультирезистентных штаммов Pseudomonas aeruginosa, делает поиск дополнительных терапевтических подходов крайне актуальным. В этом контексте возрастающий интерес вызывает применение бактериофагов как альтернативного или дополнительного метода лечения.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 28 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, находившихся на лечении по поводу хронического гнойного среднего отита (ХГСО). У всех больных диагноз подтверждался клиническими и отоскопическими данными, а также наличием стойкого гнойного отделяемого из уха. Перед началом терапии каждому пациенту выполнялось микробиологическое исследование отделяемого: материал забирался из наружного слухового прохода стерильным тампоном, проводился посев на

питательные среды, последующая идентификация возбудителей и тестирование их антибиотикочувствительности. Это позволило определить спектр микрофлоры, наиболее часто встречающейся при данном заболевании, и подобрать рациональную антибактериальную терапию.

После получения результатов обследования пациенты были разделены на две равные группы по 14 человек. В I группе лечение ограничивалось применением антибиотиков, назначенных строго по результатам выявленной чувствительности микроорганизмов. Во II группе, помимо аналогичной антибактериальной терапии, проводилось местное лечение с использованием поливалентного пиобактериофага «Секстафаг» (ФГУП «НПО «Микроген»), который вводили в слуховой проход после санации уха. Таким образом, первая группа получала стандартный метод лечения, а во второй группе антибактериальная терапия сочеталась с дополнительным фаговым воздействием, что позволило объективно оценить эффективность комбинированного подхода.

Полученные результаты: Основными возбудителями оказались *Staphylococcus aureus* (включая 8% случаев MRSA) и *Pseudomonas aeruginosa* (30%). Во II группе, где местно в слуховой проход вводили пиобактериофаг поливалентный — Секстафаг, к 7-м суткам улучшение было достигнуто у 85% пациентов, к 14-му дню — у 90%. В I группе аналогичные показатели составили 60% и 70% соответственно. Эрадикация патогенов во II группе достигнута у 88% больных, тогда как в I группе — у 65%.

Вывод: Таким образом, совместное применение антибиотиков и поливалентного бактериофага при ХГСО помогает усилить антимикробное действие, уменьшить риск рецидивов и способствовать более быстрому купированию гнойного процесса. Механизм действия бактериофага заключается в избирательном разрушении клеток патогенных бактерий, включая резистентные штаммы, а также в способности разрушать биоплёнки, что усиливает проникновение антибиотика и снижает вероятность формирования устойчивости. Полученные результаты подтверждают необходимость дальнейших широкомасштабных исследований для оптимизации схем комбинированного лечения хронического гнойного среднего отита.

ХАРАКТЕР ТУГОУХОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКА

Урунбаева М.Г., Махмудназаров М.И.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Введение: По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), туберкулёз остаётся актуальным заболеванием во всем мире и широко распространен во всех возрастных группах. Данные ВОЗ 2019 года свидетельствуют о том, что туберкулёзом в мире заболели 10 миллионов человек, включая 5,6 миллионов мужчин, 3,2 женщин и 1,2 миллиона детей. Одной из форм данной патологии является туберкулёз костно-суставного аппарата, который проявляется воспалительно-деструктивным процессом костно-соединительной ткани. В настоящее время в схемах химиотерапии используются одновременно от 4 до 7 противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС). При этом длительность их применения составляет от 6 -24 месяцев и более. Противотуберкулезные препараты, ослабевая жизнедеятельность микобактерий туберкулеза, может привести к нежелательным последствиям для макроорганизма, которые могут проявляться определенными клиническими признаками в виде неблагоприятных побочных реакций.

В патогенезе сенсоневральной тугоухости на фоне аминогликозидных препаратов по экспериментальным данным лежит нарушения сосудистой полоски кортиева органа. Нарушения капиллярной системы сосудистой полоски, проявляющиеся в чередовании спазмированных и расширенных участков просветов сосудов, стаз и полнокровие капилляров этого участка говорит о значительных гемостатических сдвигах и нарушении кровоснабжения спирального органа.

Данные отечественной и зарубежной литературы, посвященные вопросам профилактики тугоухости ототоксического генеза являются противоречивыми, в связи с чем продолжение работ для надежной профилактики сенсоневральной тугоухости на фоне лечения туберкулёза остаётся актуальной.

Цель исследования: Изучение характера тугоухости у больных с туберкулёзом костно-суставного аппарата и разработка способа её профилактики.

Материалы и методы: В отделении костной патологии Национального центра туберкулёза и пульмонологии РТ обследовано 96 больных с костно-суставной формой туберкулеза в возрасте от 21 до 40 лет, из которых 55 мужчин и 41 женщин. Обследование включало рентгенографию костно-суставного аппарата, клинический и биохимический анализ крови, мочи и осмотр ЛОР органов. Слуховая функция определена путем акуметрии и тонально-пороговой аудиометрии по ходу лечения основного заболевания. Аудиологическое исследование пациентов обеих групп проводилось аппаратом фирмы Maico ST32. Пороги слышимости воздушной проводимости звуков измеряли в диапазоне частот аудиометра от 250 до 8000 Гц, а пороги слышимости костной проводимости звуков измеряли в диапазоне от 250 до 6000 Гц.

В качестве противотуберкулезного лечения больные получали препарат амикацин в дозе 0.75мг\кг один или два раза в день, в зависимости от тяжести клинического течения, до полного излечения основного заболевания. Статическая обработки результатов проводилась при помощи стандартного приложения Microsoft Office Excel. Вычислялись среднее арифметическое значение (M) и стандартная ошибка (m). Статическая значимость результатов (p) вычислялись с использованием критерии Стюдента.

Результаты исследования: Установлено, что на фоне специфической противо-туберкулезной терапии у 25 (26,1%) больных обнаружены симптомы сенсоневральной тугоухости(СНТ) разной степени выраженности, свидетельствующей о поражении звуковоспринимающей системы в результате приёма препаратов ототокси ческого действия. При этом, отоскопическая картина наружного слухового прохода и барабанной перепонки без патологических изменений. Тонально-порогавая аудиометрия у 12 (12,5%) больных выявила СНТ 1 степени, у 9(9,4%) – 11 степени и у 4 (4,2%)– СНТ 111 степени. В то же время, заболеваний звукопроводящего аппарата практически не выявлено. Пациентам с СНТ, в качестве отопротектора, назначили Амега-3 жирные кислоты по 1 капсуле 2 раза в день в течение 30 дней. Через месяц, на фоне приема Амега-3 жирными кислотами наметилась тенденция к снижению числа лиц с СНТ 11 и 111 степени. При этом, СНТ III-й степени выявлена только у 2 (2,1%), II степени тугоухости - у 4 (4, 2%) и СНТ I степени - у 15 (15.6%) пациентов. У 4 пациентов с СНТ 1 степени восстановилась слуховая функция, что подтверждена повторными исследованиями слуха.

Заключение: 1. Препарат Амега-3 жирные кислоты способствовал тенденцию к снижению числа лиц, страдающих сенсоневральной тугоухостью высокой степени.

2. Исходя из вышеизложенного, целесообразно вести в схему химиотерапии больных с костно-суставным туберкулёзом Амега-3 жирные кислоты для профилактики слуховых нарушений сенсоневрального характера.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Усманова Н.А., Махкамова Н.Э.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Дисфункция слуховой трубы (ДСТ) у детей является одной из ведущих причин развития экссудативного среднего отита и хронических воспалительных процессов среднего уха. Особенности строения слуховой трубы в детском возрасте — меньшая длина, более горизонтальное расположение и рыхлая структура хрящевой части — предрасполагают к нарушению её вентиляционной функции. Несвоевременная диагностика ДСТ может приводить к стойкому нарушению слуха и снижению качества жизни ребёнка. Поэтому

актуальной задачей является разработка и внедрение комплексного диагностического алгоритма, сочетающего клинические, функциональные и инструментальные методы.

Цель исследования: Оценить информативность различных методов диагностики дисфункции слуховой трубы у детей и определить их значимость в формировании комплексного диагностического подхода.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 98 детей в возрасте от 3 до 14 лет, наблюдавшихся по поводу дисфункции слуховой трубы. Диагностический алгоритм включал: сбор анамнеза с оценкой частоты эпизодов отита, длительности заложенности уха и влияния факторов риска; отоскопию для выявления втянутости или гиперемии барабанной перепонки, наличия выпота; функциональные пробы: Вальсальвы, Тойнби, Политцера (с учётом возраста и возможности выполнения); тимпанометрию и акустическую импедансометрию для оценки податливости барабанной перепонки и давления в среднем ухе; эндоскопию носоглотки для визуализации устьев слуховых труб, выявления аденоидных вегетаций и анатомических препятствий. В отдельных случаях был проведен МСКТ височных костей и акустическую тубометрию.

Результаты: Отоскопия выявила признаки нарушения вентиляции (втянутость барабанной перепонки, серозный выпот) у 72% детей. Функциональные пробы были информативны в 65% случаев у детей старше 6 лет, но у младших детей показатель информативности снизился до 38% из-за трудностей выполнения. Тимпанометрия показала высокую чувствительность: тип С кривой отмечен у 48% детей, тип В — у 22%, что коррелировало с клиническими данными. Эндоскопия носоглотки выявила аденоидные вегетации II–III степени у 63% детей, а также гиперемию и отёк слизистой устьев слуховых труб у 41% обследованных. МСКТ и акустическая тубометрия применялись в 14% случаев и позволили уточнить характер и уровень обструкции.

Выводы: Наиболее информативным методом в диагностике ДСТ у детей является комбинация тимпанометрии и эндоскопического исследования носоглотки. Функциональные пробы сохраняют значение у детей старшего возраста, но их информативность ограничена у малышей. Эндоскопия позволяет выявить не только признаки воспаления, но и механические препятствия (аденоидные вегетации, анатомические аномалии), что важно для выбора тактики лечения. Комплексный подход с использованием клинических, функциональных и инструментальных методов повышает точность диагностики и позволяет дифференцировать анатомическую и функциональную обструкцию слуховой трубы.

ЎТКИР СЕНСОНЕВРАЛ ЗАИФЛИГИ КЛИНИК КЕЧИШИДА IL-1β ВА VEGF-A ЦИТОКИНЛАРИ АҲАМИЯТИ

Хасанов У.С., Абдуллаев У.П., Ахунджанов Н.А., Джураев Ж.А., Соатов И.О.
Тошкент давлат тиббиёт университети

Аннотация: Цитокин регуляциясини текшириш ЎСНЭЗнинг оқибатида эшитиш анализаторида ривожланиши мумкин бўлган қайтариб бўлмас ўзгаришларни ривожланишини башоратлашда ҳамда ўтказиладиган даволаш муолажалирининг самарадорлигини баҳолашда муҳим аҳамиятни касб этади. Амалий соғлом одамларнинг қонидаги VEGF-A даражаси 0,89 (0,6; 2,7) нг/мл, минимал қиймати 0,30 нг/мл ҳамда максимал 32,8 нг/мл ни ташкил қилди.

Натижалар: Текширилаётган беморларда гуморал иммунитетнинг жавоб хусусиятларини аниқроқ ўрганиш учун биз қондаги IL-1b ва VEGF-A цитокинлари даражасини қиёсий баҳолаш ўтказдик. Амалий соғлом одамларнинг қонидаги VEGF-A даражаси 0,89 (0,6; 2,7) нг/мл, минимал қиймати 0,30 нг/мл ҳамда максимал 32,8 нг/мл ни ташкил қилди. Текширувимиз давомида ЎСНЭЗ билан оғриган беморларда ўрганилаётган кўрсаткичнинг даражаси соғлом одамлар даражасидан деярли 100 баравар юқорилиги кузатилди. Комплекс даво ҳамда ГБО олган ЎСНЭЗ билан оғриган беморларнинг 1-гуруҳида VEGF-A даражаси госпитилизация вақтида 310,1 (127,4; 320,5) нг/мл, мос равишда минимал ва максимал қиймати 120,5 ва 335,8 нг/мл ни ташкил етди. Комплекс даво ҳамда интратимпанал стероид терапия олган ЎСНЭЗ билан оғриган беморларнинг 2-гуруҳида,

VEGF-A даражаси индивидуал ўзгаришлар билан 193,2 (152,2; 169,4) нг / мл, 50,8 дан 188,2 нг/мл ни ташкил қилди. Бундан хулоса қилиш мумкинки, госпитилизация бўлган кунда 1 гуруҳ беморларда VEGF-A цитокинининг концентрацияси 2-гуруҳ беморларнинг кўрсаткичларига қараганда ишончли баланд эканлиги аниқланди (p <0,001).

Даволашнинг 10-кунига келиб иккала гуруҳ беморлар орасида VEGF-A концентрациясининг пасайиши кузатилди. Бунда 1 гуруҳ беморлар орасида VEGF-A кўрсаткичининг 2 баробарга тушиши аниқланиб, 100,5 (87,4; 171,3) бир қатор индивидуал тафовутлар билан 32,0 дан 198,3 нг/мл гача. Бу қиймат 2-гуруҳдаги ўрганилган цитокин даражасидан сезиларли даражада юқорилигини кўрсатди (p <0,001). 2 гуруҳ беморлар орасида унинг қиймати 58,3 (40,7;72,8) ни максимал 87,3 ҳамда минимал 24,8 нг/мл қийматигача яқинлашиши кузатилди.

Яллиғланишга қарши цитокин - интерлейкин-1b динамикаси қон томир эндотелиал ўсиш омили динамикасига жуда ўхшайди. Амалий соғлом шахсларда IL-1b концентрацияси 2,9 (1,1; 10,2) нг/мл бир қатор индивидуал тафовутлар билан - 0,1 ва максимал - 33,3 нг/мл ни ташкил этади.

1-гуруҳ беморларда IL-1b концентрацияси кўрсаткичи деярли 8 маротаба амалий соғлом одамлардагига нисбатан ошганлигини кўрсатди (p <0,001) ва 68,3 (52,3;76,6) тебранишлар чегарасижа 45,2дан 109,3 нг/мл га қадар. Шу вақтда 2 гуруҳ беморлар орасида амалий соғлом одамлар кўрсаткичларига нисбатан сезиларли ва ишончли 31 маротаба ошганлиги ҳамда абсолют 89,9 (78,0; 115,9) ва вариацияси 44,8 дан 130,3 нг/мл (p <0,001)гача юқорилиги кузатилди (3-расм). Гуруҳлар орасида фарқлар ишончли (p<0,01). Шунингдек даво муолажаларининг 1-10 кунларида гуруҳлар ичидаги кўрсаткичлар орасидаги фарқлар ишончли (1-гуруҳ учун p<0,001 ва p <0,01 2-гуруҳ мос равишда).

Даво муолажаларининг 10-кунга келиб IL-1b концентрациясининг пасайиши давом этди. Бунда 1 гуруҳ беморлар орасида 48,12 (36,00;62,15) тебранишлар билан 20,22 дан 97,49 нг/мл гача, амалий соғлом одамларнинг кўрсаткичларига нисбатан ишончли фарқ қилиши сақланиб қолди (p<0,001). 2-гуруҳ беморлар орасида ушбу цитокиннинг концентрацияси 23,3 (19,7;36,7) га тенглиги аниқланиб, 5,99 дан 51,1 нг/мл гача тебранишлар билан сақланиб қолганлиги кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, яллиғланиш олди бўлган цитокин IL-lb кўрсаткичи 2-гуруҳ беморлар орасида 1-гуруҳ беморларнинг кўрсаткичлари билан таққослаганда ишончли юқорилиги қайд этилди, шунингдек комплекс даволаш муолажалари билан интратимпанал стероид терапия ўтказилганда ишончли пасайиши кузатилди.

ЎСНЭЗ бўлган беморларда иммунологик кўрсаткичлар мажмуасида аниқланган ўзгаришлар, уларнинг динамикадаги наъмуналари ва даво муолажаларининг якуний натижалари билан боғлиқлиги ушбу касалликнинг иммунопатогенетик кўрсаткичларини кейинги тадқиқотларда олинган маълумотларни таҳлил қилиш воситаси сифатида ишлатишга имкон берди.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

Хатамов Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Лечение осложненных форм хронических гнойных средних отитов (ХГСО) до настоящего времени остается актуальной в отиатрической практике и требует разработки эффективных подходов к диагностике и лечению. Вследствие инфекционного процесса, как защитная реакция организма повышается показатели эндогенной интоксикации, уровень С-реактивного белка (СРБ), уровень лейкоцитов, повышается СОЭ и уровень фибриногена в плазме крови который нарушает микроциркуляцию и препятствует полноценной оксигенации тканей и органов. Экстракорпоральные методы терапии, в

частности плазмаферез, способствует улучшению реологических характеристик крови и восстановлению гомеостаза.

Цель исследования: заключается в оценке эффективности плазмафереза в комплексном лечении больных с осложненными формами гнойных средних отитов.

Материал и методы: Обследованиям подвергались 152 больных (84-мужчины и 68-женщины) с различными осложнениями ХГСО, получившие стационарное лечение в ЛОР отделение Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра. Выявленные осложнение среди обследованных у 108 (73,0%) больных местные, у 44 (27,0%) больных внутричерепные. Основными клиническими проявлениями у пациентов были интенсивные головные боли, головокружение, тошнота, многократная рвота, нарушения координации движений, озноб, гипертермия, а также нарушения сердечного ритма в виде брадикардии или тахикардии и застойные изменения в области диска зрительного нерва. Обследуемые пациенты были разделены на две группы. Всем больным проводилось радикальная операция среднего уха и медикаментозное лечение.

Результаты исследования: После традиционной терапии у больных I группы уровень СРБ снизился от 123,6±2,5 до 6,9 ± 0,2 мг/л, количество лейкоцитов уменьшилось от 15,5±3,2 до 8,5±0,41×10⁹/л, снижение СОЭ достигло от 40±5,1 до 11,5±0,34 мм/ч. Показатели уровня фибриногена снизились от 4,2±0,62 до 3,8 ± 0,2 г/л. Длительность пребывания больных в стационаре составила 18±2,8 койко-дня. У 39,9 % больных был отмечен положительный эффект, что проявилось улучшением восприятия речи и снижением тональных порогов слуха до 15 дБ. После проведённого модифицированного лечения с плазмаферезом, у пациентов второй группы уровень СРБ снизился до 5,7±0,2 мг/л. Количество лейкоцитов уменьшилось до 7,5±0,19×10⁹/л, снижение СОЭ до 9,9±0,49 мм/ч соответственно указывает на улучшение гематологических параметров и дальнейшее снижение степени воспаления. Показатели уровня фибриногена снизились до 3,3 ± 0,3 г/л, что интерпретируется как восстановление параметров системы гемостаза и нормализация свертывающей функции крови. Эти достоверные изменения по сравнению с исходными показателями свидетельствуют о выраженном снижении воспалительной активности. Средняя продолжительность госпитализации составила 12,6 ± 2,8 койко-дня. Улучшение слуховой функции проявлялось в снижении порога восприятия звуков до 25 дБ на высоких частотах у 61,1% пациентов, что сопровождалось улучшением разборчивости речи.

Выводы: Результаты проведённого исследования свидетельствуют о высокой эффективности комплексной предоперационной подготовки, своевременного проведения экстренного хирургического вмешательства, а также последующей интенсивной терапии, включающей плазмаферез, при постоянном мониторинге витальных функций. Полученные данные подтверждают целесообразность включения обозначенных терапевтических мероприятий в клиническую практику и могут служить основой для дальнейшего совершенствования тактики лечения данной категории пациентов.

ОЦЕНКА «ХРЯЩЕВОЙ» ТИМПАНОПЛАСТИКИ

Хоров О.Г., Плавский Д.М., Рыженкова Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Гродненская университетская клиника, Беларусь, Гродно, Беларусь

Введение: Наиболее сложным этапом при выполнении тимпанопластики является устранение обширного дефекта барабанной перепонки. Многолетний опыт хирургии показывает, что достижение положительных клинических результатов хирургии в руках квалифицированных хирургов не вызывает принципиальных затруднений. Однако, сохранение отдалённых результатов остаётся проблемой и требует усилий.

Чем ригиднее материал, используемый для пластики барабанной перепонки, тем устойчивее неотимпанальная мембрана к перепаду давления и ретракции, чем эластичнее материал, тем лучше условия звукопроводимости, но большая склонность ко вторичной ретракции. Таким образом, проблема состоит в компромиссе между механической

стабильностью неотимпанальной мембраны и достаточной эластичностью для проведения звука. Многие хирурги отдают предпочтение хрящевому материалу при реконструкции барабанной перепонки.

До недавнего времени основными способами консервации статичных тканей были:

криоконсервирование; консервирование в специальных растворах, содержащих антибиотики или антисептики, лиофилизация - замораживание с последующей сушкой в условиях вакуума, консервирование в парафине; консервирование в растворе альдегида (глютаральдегид, формальдегид).

Потребность в использовании аллогенных хрящевых тканей для реконструкции сохраняется, поэтому сохраняется и поиск новых способов консервации актуальных не только для оториноларингологии.

Цель: Оценить отдалённые результаты первичной тимпанопластики при обширных дефектах барабанной перепонки у пациентов с хроническим средним отитом с формированием неотимпанальной мембраны по разработанному нами способу (патент №13296 A 61F 11/00A 61F 2/18).

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 76 пациентов с хроническим средним отитом. Критерием включения пациентов в исследование было не менее 36 месяцев после операции. Для формирования тимпанопластического лоскута использовали хрящевую пластинку с подвижными фрагментами аутологичного хряща ушной раковины толщиной 0,2–0,3 мм. Изготавливали небольшой треугольный фрагмент в форме пирамиды. На хрящевой пластинке выполняли продольные разрезы. Формировали подвижные относительно друг друга фрагменты. Нижний край пластинки устанавливали на хрящевую опору. Возможность формирования мембраны за счет мобильных фрагментов и установки хрящевой опоры во время операции позволяет четко придерживаться анатомического строения уха для формирования глубины барабанной полости. Примыкание края пластины к annulus tympanicus (с учетом должного промежутка до 1 мм) позволяет создать необходимый меатотимпанальный угол и даёт возможность надежно подвести тимпанопластический лоскут в нужное положение, особенно при тотальных и передних перфорациях.

Мы оценили клинико-морфологические и функциональные результаты тимпанопластики.

Для анализа клинико-морфологических результатов мы использовали рабочую классификацию, основанную на следующих положительных критериях:

1. отсутствие отореи;
2. закрытие перфорации и целостность неотимпанальной мембраны;
3. положение по отношению к стенкам наружного слухового прохода с формированием острого переднего меатотимпанального угла;
4. отсутствие втяжений и ретракций;
5. подвижность неотимпанальной мембраны и воздухоносность неотимпанальной полости.

В зависимости от сочетания указанных критериев клинико-морфологические результаты были подразделены на «отличные», «хорошие», «удовлетворительные и неудовлетворительные».

Полученные результаты: У 75 (98,7%) пациентов через 2 года после операции получен стойкий положительный клинико-морфологический результат; у 68 (98,6%) пациентов он сохранялся через 4 года и более после хирургического лечения. Применение хрящевых пластинок с формированием подвижных фрагментов создает стабильную анатомически целую неотимпанальную мембрану с формированием правильного переднего меатотимпанального угла и воздушной неотимпанальной полости. Правильная анатомическая картина оперированного уха создала условия для достижения высоких функциональных результатов, о чём свидетельствует статистически значимое увеличение числа лиц с социально-адекватным слухом через 36 месяцев после операции до 84,1 %, через 48 месяцев до 83,6 % (до операции число лиц с социально-адекватным слухом составляло с 31,6 %). , а также сокращение костно-

воздушного интервала с дооперационных 30 дБ до 10 дБ во все отдалённые сроки после операции ($p<0,05$).

Оценка использованных для реконструкции тканей из аутологичного и аллогенного хрящевого материала показала отсутствие статистически значимой разницы по анатомическим и аудиологическим результатам. Ввиду этого был начат поиск новых методов консервации аллогенного материала. Проведенные экспериментальные исследования показали высокие потребительские свойства раствора на основе гуанидина. Было выявлено, что он обладает достаточным спектром антимикробной активности с длительным дезинфицирующим пролонгированным действием в малых концентрациях действующего вещества к широкому спектру бактерий, плесневых грибов и дрожжевых культур. Оптимальной концентрацией композиции биоцидной субстанции на основе производных гуанидина для консервации хрящей является 0,1%.

Выводы: 1. Стабильный клинико-анатомический результат тимпанопластики по нашему методу создал условия для достижения высоких функциональных результатов через 4 года после операции.

2. С учётом новых положительных экспериментальных данных раствор для консервации аллотрансплантатов на основе производных гуанидина целесообразно изучить в клинических условиях.

ОЦЕНКА СВОЙСТВ ТАМПОНА ИЗ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТАМПОНАДЫ УХА

Хоров О.Г., Сак В.Н., Никифорова Е.К.

«Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

«Гродненская университетская клиника», Гродно, Беларусь

Введение: Применение тампонады после ушной операции является стандартной практикой послеоперационного ведения пациента.

Для изготовления ушных тампонов используется широкий ассортимент материалов. Однако их недостатки заставляют продолжать поиск новых решений в выборе материалов, а также оптимизировать форму тампона. К числу недостатков существующих тампонов относят травмирующее воздействие на рану, невозможность длительного нахождения тампона в полости наружного слухового прохода из-за утраты дренажной способности и риска развития инфекционных осложнений, а также отсутствие возможности моделировать необходимую форму послеоперационной полости. Кроме того, отмечается «пилящий» эффект, который может приводить к неправильной эпидермизации стенок наружного слухового прохода, неотимпанального лоскута и трепанационной полости.

Цель: Оценить влияние тампона из целлюлозы на ткани наружного слухового прохода пациентов после операции на ухе.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе оториноларингологического гнойного отделения для взрослых учреждения здравоохранения "Гродненская университетская клиника" в период с 2021 по 2025 гг. В исследовании приняли участие 97 пациентов с патологией среднего уха, которым выполнялось хирургическое вмешательство на ухе. В основную группу вошли 73 пациента, которым на заключительном этапе хирургического вмешательства применялся тампон из целлюлозы. Тампон состоит из четырех прямоугольных параллелепипедов из целлюлозы, образующих основу тампона, последовательно помещенных в целлофановую оболочку вдоль оси наружного слухового прохода параллельно друг другу. Длина основы 20,0 мм. Целлюлоза — это материал, представляющий собой полисахарид с формулой $(C6H10O5)n$.

В группе сравнения было 24 пациента, которым на заключительном этапе хирургического вмешательства тампонада выполнялась тампоном из медицинской марли.

Для оценки влияния тампона из целлюлозы на процесс заживления раны, кроме клинических параметров, использовали цитологическое и микробиологическое исследование раневого экссудата из наружного слухового прохода пациентов.

В цитограммах подсчитывали количество клеток в мазке, оценивали клеточное представительство в относительных и абсолютных значениях. Основные компоненты цитограмм – нейтрофильные лейкоциты, эритроциты, фибрин, кератинизированные эпителиоциты, плоский эпителий, бесструктурные массы.

Полученные результаты: Анализ цитограмм у пациентов после операции на среднем ухе показал, что на 14 сутки после хирургического вмешательства нейтрофильные лейкоциты в цитограммах в группе контроля наблюдались на 7,9 % чаще чем в группе сравнения. Так же в цитограммах контрольной группы чаще присутствовали кератинизированные эпителиоциты на 2,2%, бесструктурные массы на 5%, эритроциты на 3,5%, плоский эпителий на 1,6%, фибрин на 5,9%. Реактивный плоский эпителий отсутствовал в цитограммах основной группы, в цитограммах контрольной группы реактивный плоский эпителий наблюдался в 5 случаях и составил 20,8%.

На основании анализа количества нейтрофильных лейкоцитов в мазках выделили 3 типа цитограмм, характеризующих степень воспалительной реакции тканей наружного слухового прохода после удаления тампонов: лёгкая – в цитограмме присутствуют нейтрофильные лейкоциты до 5 в поле зрения; умеренная – в цитограмме присутствуют нейтрофильные лейкоциты до 7 в поле зрения; выраженная - в цитограмме присутствуют нейтрофильные лейкоциты до 15 в поле зрения.

У пациентов двух исследуемых групп воспалительная реакция тканей наружного слухового прохода преобладала в лёгкой степени, при этом у пациентов в основной группе наблюдалась воспалительная реакция легкой степени на 4,8% чаще, чем в группе контроля. Умеренная воспалительная реакция на 4,5% и выраженная на 0,3% преобладали в группе контроля.

Анализ результатов, полученных при бактериологическом исследовании содержимого наружных слуховых проходов пациентов в послеоперационном периоде, показал, что видовой состав выделяемой микрофлоры представлен не патогенной, а в основном условно-патогенной или нормальной микрофлорой кожи и слизистой оболочки некоторых органов человека. Видовой состав был представлен Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus haemolyticus, Staphylococcus capitis, Staphylococcus hominis, Staphylococcus warneri, Staphylococcus caprae, Corynebacterium amykolatum, Corynebacterium jeikeium, Turicella otitidis, Kocuria kristinae. Микроорганизмы не были выделены у 50,6% случаев в основной группе и у 62,5% случаев в группе сравнения. В нашем исследовании отличия между тампонадой различными материалами и видовым составом микрофлоры не прослеживались.

Выводы: По итогам анализа цитологической картины и микробного пейзажа послеоперационной области наружного слухового прохода тампон из целлюлозы вызывает менее выраженное воспаление по сравнению с тампоном из марли. С учётом физических свойств материала целлюлоза является перспективным материалом для применения в клинической практике в качестве ушного тампона.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПОДХОДА ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С УСТОЙЧИВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Эргашев У.М., Тожибаев З.Н., Қосимов О.Қ., Низомов О.Ш.

Специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы и шеи, г. Ташкент, Узбекистан

Частная клиника «Jizzax LOR shifo», г. Джизак, Узбекистан

Аннотация: Хронический средний отит остаётся актуальной проблемой оториноларингологии, при этом стойкая дисфункция евстахиевой трубы является одним из основных этиологических факторов и ключевым прогностическим показателем при планировании операций по восстановлению слуха. Неадекватная вентиляция среднего уха

негативно влияет на результаты тимпанопластики, что требует применения дополнительных методов коррекции функции слуховой трубы.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности различных хирургических методов у пациентов с дисфункцией слуховой трубы II–III степени. Под наблюдением находились 48 пациентов с перфорацией барабанной перепонки, которым в период 2019–2021 гг. выполнена тимпанопластика. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от применённого метода:

– Группа 1 (n=25): установка субаннулярной вентиляционной трубки, что является традиционным и эффективным способом длительной вентиляции среднего уха;

– Группа 2 (n=25): баллонная тубопластика, демонстрирующая высокую безопасность и улучшение функции евстахиевой трубы за счёт расширения её просвета;

– Группа 3 (n=30): комбинированное применение субаннулярной трубки и баллонной тубопластики, направленное на устранение как анатомических, так и функциональных нарушений.

Функция слуховой трубы оценивалась с помощью опросника ETDQ-7, инфляционно-дефляционного теста ETF2, а также теста ETF1 (Уильямса) в послеоперационном периоде, что соответствует современным рекомендациям по объективной оценке дисфункции евстахиевой трубы.

Результаты исследования показали, что комбинированный подход позволяет достичь более выраженного улучшения вентиляции среднего уха, снижения симптоматики и повышения слуховых функций по сравнению с изолированным применением каждого из методов. Эти данные подтверждают необходимость комплексной коррекции слуховой трубы при хроническом среднем отите для оптимизации исходов тимпанопластики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ УШНЫХ ПРОТЕЗОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Эргашев У.М., Журакулов С.З.

Специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы и шеи, г. Ташкент, Узбекистан

Оссикулопластика является важным этапом хирургического лечения хронического среднего отита (ХСО), направленным на восстановление звукопроводящего аппарата. Выбор материала для протезирования и метода доступа влияет на исход операции, что требует оценки эффективности применяемых решений на основании современных доказательных данных.

Проведен аналитический обзор публикаций (2006–2024 гг.), включающий данные метаанализов и крупных клинических исследований, сравнивающих различные типы протезов (титан, аутологичные, синтетические), методы доступа (микроскопический, эндоскопический) и анатомические факторы успеха.

Краткосрочная эффективность оссикулопластики (закрытие ABG ≤ 20 дБ) составляет в среднем 65–75 %, долгосрочная — около 50 %. Титановые протезы демонстрируют наилучшие результаты в условиях эрозии стремени или нарушения вентиляции (до 69,7 %), в то время как аутологичные элементы и Polycel также эффективны при благоприятной анатомии. Наличие молоточка увеличивает краткосрочную успешность в 6,36 раза. Индексы MERI и OOPS позволяют прогнозировать исходы: при высоких значениях риск неудовлетворительных результатов возрастает. Эндоскопический доступ обеспечивает сопоставимые слуховые результаты с меньшей травматичностью.

Оптимизация исходов оссикулопластики у больных ХСО требует индивидуального подхода с учетом анатомических условий, прогностических индексов и выбора протеза. Титановые имплантаты предпочтительны при сложной патологии, однако аутологичные материалы остаются конкурентоспособными по эффективности и безопасности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПЕРФОРАЦИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

Эргашев А.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи, г. Ташкент, Узбекистан

Посттравматические перфорации барабанной перепонки представляют собой распространённую патологию, возникающую в результате механических, акустических или баротравматических воздействий. Нарушение целостности барабанной перепонки влечет за собой ухудшение слуха, риск инфицирования среднего уха и развитие хронических воспалительных процессов. На сегодняшний день в оториноларингологической практике применяются различные методы лечения, включая спонтанное заживление, использование аутогенных, аллогенных и синтетических трансплантатов. Настоящий обзор обобщает данные отечественных и зарубежных исследований, посвящённых сравнительной оценке эффективности указанных методов, с целью определения оптимальной тактики лечения посттравматических перфораций. Барабанная перепонка играет ключевую роль в механизме звукопроведения, трансформируя звуковые колебания в механическую энергию, передаваемую через слуховые косточки к овальному окну внутреннего уха. Любое нарушение её целостности, особенно травматического характера, приводит к нарушению слуха, а в ряде случаев – к стойкой кондуктивной тугоухости и развитию осложнений, таких как отит, тимпаносклероз, холестеатома.

По данным различных авторов, до 70% всех травм уха сопровождаются повреждением барабанной перепонки. Этиология включает прямое механическое воздействие (попадание предмета в наружный слуховой проход), акустическую травму (резкое звуковое давление), а также баротравму (перепады давления, например, при нырянии или перелётах).

В зависимости от характера повреждения, часть перфораций (преимущественно мелкие) способна заживать самостоятельно. Однако средние и обширные дефекты требуют хирургического вмешательства – миринготомии или тимпанопластики, с применением трансплантационных материалов.

Аутогенные ткани (височная фасция, хрящ ушной раковины, апоневроз, венозная стенка) традиционно считаются «золотым стандартом» в хирургии уха. Они обладают высокой степенью биосовместимости, низкой иммуногенностью и хорошими регенеративными свойствами. Особенно популярна височная фасция из-за её тонкости и эластичности. В ряде исследований сообщается, что при использовании аутоткани успешность анатомического заживления составляет 85–95%, а восстановление слуха достигает показателей нормы в 70–90% случаев. Однако в случаях тотальных перфораций или повторных операций эффективность может снижаться из-за фиброзирования и потери акустических свойств материала.

Использование синтетических материалов (коллагеновые мембраны, политетрафторэтилен, силиконовые сетки, биополимеры) активно развивается в рамках регенеративной медицины. Они удобны в использовании, доступны и могут быть модифицированы для улучшения биосовместимости и акустических свойств. Исследования показывают, что синтетические трансплантаты хорошо приживаются при небольших и средних дефектах, демонстрируя заживление в 80–90% случаев. Однако акустические свойства таких материалов не всегда соответствуют требованиям для эффективной передачи звуковых волн, что ограничивает их использование при реконструкции значительных участков барабанной перепонки.

Ряд авторов провели исследования, посвящённые сравнению клинических результатов при использовании различных видов трансплантатов. Сравнительный мета анализ показал:

Анатомическая эффективность: аутоткани и синтетические материалы показали высокую степень приживления, в то время как аллогенные трансплантаты демонстрировали большую вариативность.

Функциональное восстановление: лучшее восстановление слуха наблюдалось при использовании височной фасции и хряща. Синтетические материалы уступали в акустической чувствительности.

Сроки реабилитации: синтетические материалы показывали наиболее быстрое заживление (3–5 недель), а аллогенные — более длительное (до 6–7 недель).

Осложнения: наибольшее количество осложнений наблюдалось при использовании аллогенных тканей, особенно при несоблюдении стерильности.

Заключение. Посттравматическая перфорация барабанной перепонки остаётся актуальной проблемой клинической оториноларингологии. Несмотря на то, что аутогенные трансплантаты сохраняют лидерство по эффективности, альтернативные материалы – аллогенные и синтетические – при правильном подборе и применении могут обеспечить сравнимые результаты.

Выбор метода должен основываться на комплексной оценке: характера повреждения, анатомических особенностей пациента, доступности трансплантата и предполагаемых акустических требований. Современные достижения в области биоматериалов и регенеративной медицины позволяют надеяться на дальнейшее повышение качества хирургического лечения данной категории больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Эркинова К.Ф.
Университет Альфраганус
Узбекистан, Ташкент

Аннотация: Лечение различных форм вестибулопатий, как известно, представляет значительные трудности. Многие авторы при данной патологии предлагают применять рефлексотерапию. При вестибулярном синдроме, связанном с арахноидитом, многие зарубежные авторы рекомендуют акупунктуру. Механизм действия рефлексотерапии при вестибулярных расстройствах полностью не раскрыт.

Цель исследования: Усовершенствовать диагностики различных форм вестибулярных дисфункций, с учётом клининических, инструментальных и функциональных данных.

Материалы и методы исследования: В настоящем сообщение приведены данные о результатах лечения 85 больных (мужчин 37, женщин 48) в возрасте от 30 до 62 лет с различными формами вестибулярной дисфункции: болезнь Меньера у 30, шейный остеохондроз - у 37, вестибулопатия сосудистого генеза у 11, вестибулопатия после вмешательств на стремени у 2 и после общеполостной операции на среднем ухе у 5 больных. Все больные ранее длительно лечились медикаментозно с нестойким эффектом, ремиссии после лечения были неполными и непродолжительными не более 1,5 -2 мес.

Результаты исследования: В начале курса использовали ключевые и связующие точки на так называемых «чудесных» меридианах. В одном сеансе использовали 7-8 точек, воздействие осуществляли по II тормозному методу. Выбор точек облегчало использование акупунктурной диагностики: с помощью электротерапевтического аппарата «Элап» измеряли электрокожное сопротивление приведенных групп акупунктурных точек на меридианах, воздействие начинали с меридианов, показавших наименьшее электросопротивление. Курс лечения -10 сеансов, процедуры проводили ежедневно или через день повторные курсы через 2-3 нед, затем через полгода. 12 больных были обучены приемам точечно пальцевого массажа и проводили его в межкурсовой период или для купирования начальных проявлений вестибулярных кризов. Об эффективности проведенного лечения судили по стойкости и продолжительности ремиссий, а также по изменению статической устойчивости, регистрируемой в межприступный период.

При болезни Меньера (30 больных) у 12 больных удалось добиться ремиссии длительностью от 1,5 до 2лет (срок наблюдения), а у 11 больных - в течение года. Данные больные вернулись к труду. Помимо прекращения приступов головокружений у 17 больных отмечено улучшение слуха 10-15 дБ в речевом диапазоне, уменьшилась интенсивность субъективных шумов в ушах. Подтверждением положительного эффекта лечения в этой

группе больных явилось улучшение функции статического равновесия со снижением модуля вектора среднего отклонения от субъективного центра тяжести с 30-35 до 14-16 мм.

У 7 больных болезнью Меньера положительный эффект оказался нестойким, приступы головокружения возобновились через 2-3 месяца, несмотря на повторные курсы лечения. 2 из указанных больных были переведены на инвалидность в связи с частыми приступами. Однако и у больных этой группы наблюдались временное улучшение статической устойчивости и уменьшение шума в ушах.

Положительные результаты были получены у 20 из 35 больных с вестибулярными расстройствами при шейном остеохондрозе. Акупунктуру у данных больных чередовали массажем шейно-воротниковой зоны, инъекциями папаверина, кавитона. При этом у 20 больных вестибулярные кризы прекратились, у остальных стали значительно реже, уменьшилась интенсивность шума в ушах, модуль вектора средних отклонений от субъективного центра тяжести при стабилометрии снизилась с 25-30 до 12-15 мм. У остальных больных эффект был кратковременным (у 7) или отсутствовал (у 8).

Хороший эффект в отношении снижения степени вестибулярной неустойчивости получен также при сосудистых вестибулопатиях (у 9) после вмешательств на стремени по поводу отосклероза (у 2), а также после общеполостной операции на среднем ухе (у 5).

Выводы: На основании приведенных данных можно прийти к заключению, что иглорефлексотерапию, как и другие виды рефлексотерапии, следует рассматривать как мощный, потенцирующий медикаментозное воздействие фактор при вестибулярной дисфункции. В сочетании с медикаментозной терапией иглорефлексотерапию целесообразно использовать при лечении больных болезнью Меньера, с вестибулярными синдромами дисциркуляторного генеза и послеоперационными лабиринтопатиями.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Эшниёзов Б.К., Карабаев Х.Э.

Ташкентский государственный медицинский университет

Узбекистан, Ташкент

Целью исследования: является изучить особенности клинического течения рецидивирующего острого гнойного среднего отита у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования: Были изучены истории болезней 59 детей, госпитализированных в ЛОР-отделение клиники ТашПМИ с диагнозом рецидивирующего острого гнойного среднего отита у детей раннего возраста в 2024-2025 гг. Был произведен анализ данных по возрасту, полу и клинической картине. Из 59 детей госпитализированных в клинику с рецидивирующим острым средним отитом у детей раннего возраста было 37 мальчиков и 21 девочек, т.е. соотношение мальчиков и девочек 2:1. Возрастной контингент на момент поступления в ЛОР-отделение составил от 1года до 3-х лет.

Результаты исследования и их обсуждение: В результате анамнестического обследования выявлено, что из 59 детей рецидивы болезни у 41 (71%) детей наблюдались 3 и более эпизодов за 6 месяцев, а у 17 (29 %)детей 4 и более эпизоды за год. Это связано с незрелостью иммунной системы и анатомическими особенностями слуховой трубы у детей раннего возраста, что короткая, широкая и горизонтально расположенная евстахиева труба способствует легкому проникновению инфекции из носоглотки в среднее ухо, а также слизистая оболочка более рыхлая и склонна к отеку, что затрудняет дренаж жидкости. У наблюдаемых детей определено следующее:у 43 (74 %) наблюдаемых пациентов острый отит и его рецидивы развивались на фоне респираторных вирусных инфекций (ОРВИ, аденовирус, грипп), а у 15 (26%) случаев без видимой причины. В результате объективного исследования у больных детей наблюдалось: слизисто-гнойное и гнойное отделяемое из уха у 59 детей (100%), слизистое отделяемое из носа у 15 детей (26%), покраснение задней стенки глотки у 27 больных (46,5%), кашель у 14 больных (24%) и повышение температуры у 32 больных (55%). У 38 (65,5%) детей наблюдались признаки интоксикации: вялость, ухудшение аппетита,

потливость и нарушение сна. Клинические признаки конъюнктивита наблюдались у 28% детей, с орбитальными осложнениями у 2 %. У 26 (45%) больных детей при эндоскопии выявлены аденоидные вегетации, что может быть причиной развития рецидива болезни обследованных детей. Аденоиды являются резервуаром инфекции и нередко способствуют хронизации процесса. При катамнестическом наблюдении установлены, что несмотря на проведенные консервативное лечение у 5 (9%) больных процесс перешел в хроническую форму, а у 3 (5%) больных были отмечены различные осложнения (отоантрит, мастоидит и явления менингизма). Течение болезней уха у детей раннего возраста характеризуется клиническими симптомами, позволяющих врачом общего профиля адекватной постановки диагноза и определения тактики ведения больного ребенка. Кроме того, учитывая возможность тяжелой внутричерепной патологии как отогенного осложнения, своевременная терапия острого среднего отита позволяет спасти жизнь ребенку. В статье рассматриваются особенности клинических проявлений, диагностики, поэтому, острым средним отитом называют воспалительное заболевание слизистой оболочки воздухоносных полостей среднего уха. Данная патология не является изолированным заболеванием только барабанной полости, а представляет собой процесс, в той или иной степени захватывающий все полости височной кости.

Выводы: Неспецифичность симптомов приводят к несвоевременному осмотру оториноларингологом, особенно часто это происходит при малосимптомном течении и отсутствии классических проявлений острого отита: гиперемии, боли в ухе, гноетечения. Оценка болевых ощущений зависит от терпеливости ребёнка, и поэтому необходимо очень внимательное сопоставление и настоящая врачебная наблюдательность, чтобы составить объективную картину общего состояния. Велика информативность анамнеза, получаемого от родителей и ребёнок вскрикивает при сосании груди, но при кормлении с ложечки ведет себя спокойно. Косвенно указывает на отит, если ребёнок вскрикивает во сне, тянется рукой к уху, трется затылком о подушку. Надавливание на козелок усиливает беспокойство ребёнка.

ТАШҚИ ВА ЎРТА ҚУЛОКНИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ БОР БОЛАЛАРДА ЭШИТУВ РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Юсупова С.Р., Хасанов У.С.

Болалар миллий тиббиет маркази

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Жаҳонда болаларда эшитиш заифлигини ташхислаш ва даволашга бағишланган қатор ишончли клиник ва эпидемиологик тадқиқотлар мавжуд бўлса ҳам, унинг асоратсиз ва самарали даволаш усули ҳанузгача муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Эшитиш заифлигининг турли шаклларида дори-дармонли терапия самарадорлигининг пастлиги ва нархининг қимматлиги даволашнинг замонавий усулларини излашни, эшитиш қобилиятини йўқотган одамларнинг ижтимоий мослашувига янги ёндашувларни ишлаб чиқишни белгилаб беради. Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш мақсадида амалий тадбирлар амалга оширилмоқда. Касалликларни самарали даволаш, жумладан оториноларингологик касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича турли изланишлар олиб борилмоқда. Ташқи ва ўрта қулоқнинг туғма аномалияси бор болаларни ташхислаш ва реабилитацияни самарали усулларини қўллаш ва тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологиялардан фойдаланиб ушбу касалликни камайтириш муҳим аҳамият касб этади. Ҳозирги кунда эшитиш заифлигини даволашда жарроҳлик, дори-дармонли ва физиотерапевтик воситаларнинг катта арсеналидан фойдаланилади.

Тадқиқот мақсади: бўлиб ташқи ва ўрта қулокни туғма нуқсонлари бор болаларда эшитув реабилитациясини такомиллаштириш ҳисобланади.

Тадқиқот материали ва усуллари: Болалар миллий тиббиёт марказида ташқи ва ўрта қулоқ атрезияси бўлган 99 нафар болаларни эшитиши протезлаш ва ундан кейинги нутқ ва

эшитиш реабилитациясини ташкил қилиш учун тадқиқот ўтказилди. Назорат гуруҳини 20 нафар амалий соғлом болалар ташкил қилди. Уларни барчаси невропатолог сурдопедагог ва психоневролог кўригидан ўтказилди. Барча болаларга комплекс текширув ўтказилди.

Натижа: Эшитув реабилитациясини такомиллаштириш мақсадида ташқи ва ўрта қулокни туғма нуқсонлари бор болалар ЖССТ ёш бўйича классификацияси асосида 3 гуруҳга бўлинди. 1 гуруҳни 31 ташқи ва ўрта қулоқ нуқсони бор болалар, 2 гуруҳни 61 нафар ташқи ва ўрта қулоқ нуқсони бор болалар, 3 гуруҳни 7 нафар ташқи ва ўрта қулоқ нуқсони бор болалар ташкил қилди. Ҳаво ва суяк эшитиш чегаралари эшитиш мия магистрал ядроларининг жавоби (ABR) билан баҳоланди. Эшитиш қобилиятини интеграциялаш шкаласи (IT-MAIS) эшитиш ривожланишини учта вақт даражасида баҳолаш учун ишлатилган: бошланғич, 3 ой ва 6 ой. Барча гуруҳдаги беморларга яна 2 гуруҳга бўлинди, ярмига анъанавий даво олиб борилди, қолган ярмига рақамли суяк-товуш ўтказувчи аппарат – Ponto қўйилди. Барча мосламалар такилган болаларни мониторинг учун жадвал яратилди ва асосида болаларни ота-оналарига уйга вазифа қилиниб бир бўғимлик мураккаб сўзлар ва 2 бўғимлик оддин сузлар берилди жадвал асосида тўлдириш тавсия қилинди.

Ўтказилган эшитиш реабилитациясидан сўнг суяк ўтказувчанлиги эшитиш чегараси (17,5±5,9) dB nHL, ҳаво ўтказувчанлигининг ўртача эшитиш чегараси эса (72,5±9,3) dB nHL, 5 беморнинг ўртача ВРА эшитиш чегараси (30,5±5,9) dB nHL ни ташкил қилади. IT-MAIS жами, аниқлаш ва идрок этиш кўрсаткичлари, айниқса, Ponto юмшоқ бандини тақиб, нормал даражага яқинлашгандан сўнг яхшиланди.

Хулоса: Ташқи ва ўрта қулокни туғма нуқсонлари бор болаларда учун Софтбанд Ponto тақиш эшитиш ва нутқ кўрсаткичларини яхшиланишига ва болаларда ҳаёт сифатини яхшиланишига имкон беради.

II BOB
BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARI KASALLIKLARI

SURUNKALI ODONTOGEN GAYMORITLARNI JARROHLIK DAVOLASH USULLARI SAMARADORLIGINI QIYOSIY BAHOLASH

Abdullayeva N.N., Jumanov D.A., Qobulxo'jayev Y.E.

Dolzarbligi: Chet el va mahalliy mualliflarning kuzatuvlariga ko‘ra, odontogen gaymoritlar yuqori jag‘ bo‘shlig‘i patologiyasi bilan kasallangan bemorlarning umumiy sonining 2 dan 25% gacha bo‘lgan qismini tashkil etadi. Odatda, ular plomba materiali, tish implantatlari va tish ildizlarining yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga tushib qolishi, yuqori jag‘ tishlari ildizlaridagi kista yiringlashi, periodontit, yoki yuqori jag‘ jarohatlari oqibatida yuzaga keladi. Gaymorit belgilari bemorlarning hayot sifatini ancha pasaytiradi. Bemorlar burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi, burundan ajralmalar, bosh og‘rig‘i, hid bilishning o‘zgarishi, uyqusizlik va mehnatga layoqatsizlikdan shikoyat qilishadi. Asosiy bemorlar guruhi — mehnatga layoqatli yoshdagi insonlar. Shuning uchun bemorni tezroq tiklanishiga olib keladigan jarrohlik usulini tanlash muhim tibbiy muammolardan biridir.

Tadqiqot maqsadi: Odontogen gaymoritlarni jarrohlik yo‘li bilan davolash usullarini taqqoslash va eng maqbul usulni aniqlash.

Tadqiqot vazifalari: Surunkali odontogen gaymoritga chalingan bemorlarning tibbiy kartalaridagi ma'lumotlarni tahlil qilish, davolash usuli bilan statsionar davolanish muddati, burun orqali nafas olish funksiyasining tiklanish tezligi va mehnatga qaytish vaqti o‘rtasidagi bog‘liqlikni aniqlash.

Materiallar va usullar: Tadqiqot 2024 yilda Respublika ixtisoslashtirilgan Otorinolaringologiya va Bosh - bo'yin kasalliklari ilmiy amaliy tibbiyot markazi bazasida o‘tkazilgan. Tadqiqotda 18 yoshdan katta, surunkali odontogen gaymoritga chalingan va statsionar sharoitda davolangan 50 nafar bemor ishtirok etgan.

O‘rganilgan natijalar: Ochiq gaymorotomiya usuli bilan operatsiya qilingan 17 nafar bemorda ko‘z osti yumshoq to‘qimalarida shish, palpasiyada og‘riq, burundan 7–9 kun davomida seroz-gemorragik ajralmalar kuzatildi. Bemorlar burun qanoti va yuqori lab sohasida paresteziyadan shikoyat qilishdi. Og‘iz bo‘shlig‘idagi operatsion yaralar 7–10 kun ichida birlamchi taranglik bilan bitdi. Statsionarda qolish muddati o‘rtacha 8 kunni tashkil etdi. Endoskopik endonazal gaymorotomiya bilan operatsiya qilingan 17 nafar bemorda og‘riq bilan bog‘liq shikoyatlar kuzatilmadi. Burundan 2–3 kun davomida seroz ajralmalar kelishi kuzatildi. Yumshoq to‘qimalarda shish yoki sezuvchanlikning buzilishi kuzatilmadi. Statsionarda qolish muddati o‘rtacha 3 kunni tashkil etdi. Kombinatsiyalashgan gaymorotomiya usuli bilan operatsiya qilingan 16 nafar bemorda ko‘z osti yumshoq to‘qimalarida biroz shish, operatsiyadan keyingi og‘iz bo‘shlig‘ida og‘riq, burundan 2–3 kun davomida seroz ajralmalar kuzatildi. Statsionarda qolish muddati o‘rtacha 4 kun bo‘lgan.

Xulosa: Surunkali odontogen gaymoritlarni davolashda endoskopik usullardan foydalanish afzal, chunki ular radikal operatsiyalarga nisbatan kamroq travmatik hisoblanadi. Ushbu usullar statsionarda qolish muddatini qisqartiradi, burun orqali nafas olish funksiyasining to‘liq tiklanishiga ko‘maklashadi va bemorning hayot sifatini oshiradi. Endoskopik endonazal gaymorotomiya bemor uchun eng ehtiyotkor usul hisoblanadi. Agar begona jism kichik hajmda bo‘lsa va uni ko‘rish yoki olib tashlash qiyin bo‘lsa, kombinatsiyalangan gaymorotomiya usulidan foydalanish tavsiya etiladi.

SINUSITDA ANTIBIOTIK TERAPIYA: ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

Abdurasulov A.
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti

Kalit so‘zlar: sinusit, antibiotik terapiya, rezistentlik, zamonaviy yondashuvlar

Kirish Sinusit — bu burun va uning yon bo‘shliqlarini qoplaydigan shilliq qavatning yallig‘lanishi bo‘lib, o‘tkir va surunkali shakllarda uchraydi.

Kasallik ko‘pincha yuqori nafas yo‘llari infeksiyalari fonida rivojlanadi va bemorlarning hayot sifatiga sezilarli ta’sir ko‘rsatadi. Statistik ma’lumotlarga ko‘ra, o‘tkir bakterial sinusit umumiy aholi orasida yiliga 5–15% hollarda uchraydi.

Antibiotiklar sinusitning bakterial etiologiyali holatlarida asosiy davolash vositasi bo‘lib qolmoqda. Ammo so‘nggi yillarda mikroorganizmlarning antibiotiklarga rezistentligi oshgani tufayli davolash samaradorligi pasayishi kuzatilmoqda. Shu sababli zamonaviy klinik tavsiyalar, xususan, EPOS 2020 (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) va IDSA (Infectious Diseases Society of America) yo‘riqnomalari asosida individual, dalillarga asoslangan yondashuvlarni qo‘llash dolzarbdir.

Maqsad: Sinusitda antibiotik terapiyaning zamonaviy yondashuvlarini tahlil qilish, klinik tavsiyalarni umumlashtirish va antibiotik tanlashda optimal strategiyalarni ishlab chiqish.

Materiallar va metodlar: Tadqiqotda 2020–2025 yillar oralig‘ida e’lon qilingan xalqaro va mahalliy klinik tavsiyalar, ilmiy maqolalar hamda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar tahlil qilindi.

Ma’lumotlar PubMed, Scopus va Google Scholar bazalaridan topildi.

Shuningdek, bemorlarning klinik kuzatuv natijalari va laborator tekshiruv ma’lumotlari ham o‘rganildi. Tahlilda antibiotiklarning farmakokinetik va farmakodinamik xususiyatlari, rezistentlik darajasi, davolash davomiyligi va kombinatsiyalangan terapiya samaradorligi baholandi.

Olingan natijalar: Tahlil natijalariga ko‘ra, o‘tkir bakterial sinusitda amoksitsillin/klavulanat birinchi tanlov preparati sifatida tavsiya etiladi. Penisillin allergiyasi mavjud bo‘lgan bemorlarda makrolidlar yoki doksisiklin qo‘llanilishi mumkin. Og‘ir yoki rezistent holatlarda III-avlod sefalosporinlar va respirator ftorxinolonlar qo‘llanilishi maqsadga muvofiqdir.

Davolash davomiyligi odatda 5–7 kunni tashkil etadi, ammo surunkali sinusitda uzoqroq kurs talab qilinishi mumkin. Antibiotik terapiya boshlashdan oldin klinik va laborator diagnostika, jumladan, burun ajralmasidan bakteriologik ekish tavsiya etiladi.

Rezistent shtammlar ko‘proq makrolidlar va ftorxinolonlarga nisbatan aniqlangan. Shu bois, dori tanlashda mahalliy mikrobiologik monitoring natijalari hisobga olinishi lozim.

Qisqa mazmun Sinusitda antibiotik terapiya bakterial etiologiyani tasdiqlash, klinik belgilarning og‘irlik darajasi va bemorning umumiy ahvoli asosida belgilanadi.

Zamonaviy yondashuvlar shaxsga yo‘naltirilgan davolash strategiyalarini qo‘llashni, davolash davomiyligini optimallashtirishni hamda rezistentlikning oldini olish choralarini o‘z ichiga oladi.

Amoksitsillin/klavulanat birinchi tanlov preparati bo‘lib qolmoqda, ammo antibiotik tanlashda bemor allergik holati, mahalliy rezistentlik darajasi va so‘nggi klinik tavsiyalar hisobga olinishi kerak. Shu bilan birga, antibakterial davolashni kechiktirish yoki simptomatik yondashuvni qo‘llash mumkin bo‘lgan holatlar ham mavjud.

Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, dalillarga asoslangan va individual yondashuv sinusitni samarali davolash va antibiotik rezistentligining oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

BURUN YONDOSH BO’SHLIQLARI TABIIY YO’LINING BLOKLANISHI BILAN KECHUVCHI O’TKIR RINOSINUSITDA PULSATSIYALANUVCHI INGALYATSIYA TERAPIYANI QO’LLASH

Arifov S.S., Ulmasov B.B.

Tibbiyot hodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi. Toshkent, O‘zbekiston
Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O‘zbekiston

Kirish: O’tkir rinosinusitni ko'plab davolash usullari taklif qilingan. Ammo hozirgi epidemiologik vaziyatni O’RVI va uzoq muddatli va takroriy rinosinusitlar sonining ko'payish tendensiyasini hisobga olgan holda amaliyotda o’tkir rinosinusitni davolash uchun yangi yondashuvlarni qo'llash muhim. O’tkir rinosinusitni davolashdan asosiy maqsad kasallikni asoratlari va qaytalanishini oldini olish xisoblanadi. Ma’lumki o`tkir rinosinusitni kelib chiqishi virusli, bakteriali, zamburug`li yoki allergik bo`lishi mumkin shu sababli kasallikning etiologiyasi va patogenezini xisobga olgan xolda minimal noqulaylikga ega davolash jarayonini tezlashtirishga

qaratilgan davolash samaradorligi va xavfsizligi talablariga to`liq javob beradigan zamonaviy davolash usullarini ishlab chiqishni hozirgi vaqt taqazo etmoqda.

O’zbekiston respublikasida ilk marta qo’llanilib yoritilayotgan ushbu usulda pulsasiyalanuvchi ingalyator yordamida dori vositasini burun yondosh bo`shliqlariga kirib borishi ularning tabiiy yo`lining o`tkazuvchanlik darajasiga bog`liq xolda namoyon bo`lishi isbot etildi. Pulsasiyalanuvchi ingalyatorni qo`llagan xolda irrigatsion terapiyani qo’shib o`tkazilgan davolash uslubining samaradorlgi u qo`llanilmagan uslubga nisbatan bir necha barobar yuqori bo`lishi aniqlandi. Pulsasiyalanuvchi ingalyatorni qo`llagan xolda o`tkazilgan davolash uslubining samaradorligi bilan burun yondosh bo`shliqlarining tabiiy yo`lining o`tkazuvchanlik darajasiga o`rtasida bog`liqlik borligi, ya’ni I daraja samaradorlik yuqori, mos ravishda IV darajada past bo`lishi aniqlandi.

Tadqiqot maqsadi: Burun yondosh bo’shliqlari tabiiy yo’lining bloklanishi bilan kechuvchi o’tkir rinosinusitlarda pulsatsiyalanuvchi ingalyatsiya terapiyani qo’llash va kasallikni davolash samaradorligini oshirish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Ushbu izlanish 2025 yil davomida Andijon davlat tibbiyot instituti otorinolaringologiya kafedrasida bajarilgan. Klinik material shartnoma asosida “Rivojiddin med centr” xususiy klinikasida amalga oshirilgan. izlanish maqsadiga erishish va vazifalarini amalga oshirish uchun jami o’tkir yiringli rinosinusit bilan xastalangan 18 – 63 yosh oralig`idagi 62 bemor tahlil qilindi. Tadqiqot predmeti sifatida o’tkir rinosinusit bilan og‘rigan bemorlarning burun yondosh bo’shliqlaridan olingan patologik ajralmasi, burun bo’shlig’i surtmasi hamda venoz qoni tekshirildi. Ushbu tadqiqotda umumiy klinik, laborator, bakteriologik, sitologik va statistik usullardan foydalanib, kasallikning diagnostikasi va uning patogenezini o‘rganishga yo‘naltirilgan ilmiy tahlil amalga oshirildi

Olingan natijalar: Klinik, endoskopik, burun va uning yondosh bo`shliqlarining oldingi proeksiyadagi burun–iyak xolatdagi rentgenografiyasi va qonning umumiy kengaytirilgan taxlili asosida o’tkir yiringli rinosinusit nozologik shakliga qarab bemorlarni taqsimlanishi quyidagicha bo`ldi.. Birinchi guruh N=34 ikki tomonlama yuqori jag` sinusiti va etmoidit 13–38,2%, ikki tomonlama yuqori jag` sinusiti, etmoidit, frontit 9–26,5%, ikki tomonlama yuqori jag` sinusiti, etmoidit, sfenoidit 3–8,8%, Gemisinusit 6–17,6%, Pansinusitis 3–8,8% . Ikkinchi guruh, N=28 ikki tomonlama yuqori jag` sinusiti va etmoidit 12–42,9% , ikki tomonlama yuqori jag` sinusiti, etmoidit, frontit 7–25%, ikki tomonlama yuqori jag` sinusiti, etmoidit, sfenoidit 2–7,1% , Gemisinusit 5–17,9%, Pansinusitis 2–7,1% . Burun yondosh bo’shliqlarining tabiiy yo`lining bloklanish darajasiga qarab bemorlarni taqsimlanishi esa quydagicha bo’ldi. Birinchi guruh, N=34 Meyor 0–0% , I daraja 8–23,5% , II daraja 12–35,3%, III daraja 10–29,4%, IV daraja 4–14,7%. Ikkinchi guruh N=28 Meyor 0–0%, I daraja 6–21,4%, II daraja 9–32,1% , III daraja 9–32,1%, IV daraja 4–14,2%. Ko`rinib turibdiki ikkala gurux bemorlarida burun yondosh bo’shliqlarining tabiiy yo`lining bloklanishining II va III darajasi eng ko`p qayd etildi. Barcha bemorlarni davolash kunduzgi stasionar sharoitida olib borildi. Ikkala guruxning bemorlariga birinchi kundan boshlab tizimli antibakterial, mukolitik, giposensibilizasiyalovchi, og`riq bosuvchi (zarurat bo`lganda) dori vositalari qo`llanildi. Tizimli antibakterial terapiya mikrobiologik tekshirish javobi olingunga qadar keng ta’sir doirasiga ega bo`lgan dori vositalar (klavulon kislota bilan birikgan amoksisilin, sefotaksim va boshqalar) yordamida boshlandi. Keyingi bosqichda maqsadli dorilar qo`llash boshlandi. Burun va uning yondosh bo`shliqlaridagi yiringli ekssudatni evakuasiya qilish muntazam bemor tomonidan burun yo`llarini mustaqil tozalab turish va kuniga 2 marta bemor tomonidan 0,9% natriy xlorid eritmasi bilan irrigatsion terapiya qilish orqali amalga oshirildi. Birinchi gurux bemorlariga pulsatsiyalanuvchi ingalyatsiya terapiya bajarildi. Ingalyasiya vositasi sifatida dekasan dori vositasidan foydalanildi. Ingalyasiya kasallikning klinik shaklidan kelib chiqqan xolda 7-10 kun davomida qo`llanildi. Ingalyasiya burun yondosh bo`shliqlarini bloklanish xolati bartaraf etilgunga qadar kuniga 2 marta, undan keyin 1 marta qo`llanildi. Bemorlarni davolash samaradorligi 3,5,7-kunlarda VASh ko`rsatkichini taxlil qilish asosida o`tkazildi. VASh ko`rsatkichlari dastlabki yoki oldingi nazorat sanaga xolatiga nisbatan o`zgarishsiz bo`lgan xollarda davolash samarasi qoniqarsiz deb baxolandi. Bu davolash taktikasi o`zgartirish, jumladan invaziv usullarni qo`llashga asos bo`lib xizmat qildi. Birinchi gurux natijasi: - dastlabki VASh o`rta og`ir (16–47,1%) daraja deb baxolangan

xolat 3-kundan keyin 3 kishida saqlanib qoldi, 13 xolatda u yengil yengil darajaga o`tdi; - dastlabki VASh yengil daraja (18–52,9%) deb baxolangan 3-kundan keyin 2 kishida saqlanib qoldi, 16 xolatda u me'yor darajasida qayd etildi; - 3-kun xolati bo`yicha 5 bemorda davolash uslubi samarasiz deb baxolandi; - 5-kunda VASh yengil darajasi 1 kishida qayd etildi, ya'ni davolash shu ko`rinishda davom etishi samarasiz deb topildi. Bu bemorda dastlabki xolatda o`rta og`ir kechishi mavjud edi; - jami 6 (17,6%) bemorda qo`llanilgan davolash uslubi qoniqarsiz deb baxolandi. Ikkinchi gurux natijasi: - dastlabki VASh o`rta og`ir (14–50%) daraja deb baxolangan xolat 3-kundan keyin 6 kishida saqlanib qoldi, 7 xolatda u yengil yengil darajaga o`tdi; - dastlabki VASh yengil daraja (14–50%) deb baxolangan 3-kundan keyin 3 kishida saqlanib qoldi, 9 xolatda u me'yor darajasida qayd etildi; - 3-kun xolati bo`yicha 9 bemorda davolash uslubi samarasiz deb baxolandi; - 5-kunda VASh yengil darajasi 1 kishida qayd etildi, ya'ni davolash shu ko`rinishda davom etishi samarasiz deb topildi; - bu bemorlarning barchasida dastlabki xolatda o`rta og`ir kechishi mavjud edi; - jami 10 (35,7%) bemorda qo`llanilgan davolash uslubi qoniqarsiz deb baxolandi. Pulsasiyalanuvchi ingalyatorni qo`llagan xolda o`tkazilgan davolash uslubining samaradorligi yuqori ekanligi aniqlandi. Ikki gurudagi davolash uslubining samaradorlik ko`rsatkichi o`rtasida ishonarli farq aniqlandi.

Xulosa: Pulsasiyalanuvchi ingalyator yordamida dori vositasini burun yondosh bo`shliqlariga kirib borish ularning tabiiy yo`lining o`tkazuvchanlik darajasiga bog`liq xoda namoyon bo`lishi isbot etildi. Pulsasiyalanuvchi ingalyatorni qo`llagan xolda o`tkazilgan davolash uslubining samaradorlgi u qo`llanilmagan uslubga nisbatan 1,3 barobar yuqori bo`lishi aniqlandi. Pulsasiyalanuvchi ingalyatorni qo`llagan xolda o`tkazilgan davolash uslubining samaradorligi bilan burun yondosh bo`shliqlarining tabiiy yo`lining o`tkazuvchanlik darajasiga o`rtasida bog`liqlik borligi, ya'ni I daraja samaradorlik yuqori, mos ravishda IV darajada past bo`lishi aniqlandi.

O'TKIR RINOSINUSTDA BURUN YONDOSH BO`SHLIQLARI TABIIY YO`LINING O`TKAZUVCHANLIGINI NOINVAZIV USULDA BAHOLASH

Arifov S.S., Ulmasov B.B.

Tibbiyot hodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi Toshkent, O'zbekiston
Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston

Kirish: O'tkir rinosinusitda tabiiy yo'llar o'tkazuvchanligi buzilishining tashxislash usullari shifokor tomonidan bemorning shikoyatlariga va klinik tekshiruvlarga asosan o'tkaziladi. Rinoskopiya yoki burun endoskopiyasida burun bo'shlig'i va burun yo'llari vizual ko'riladi. Kompyuter tomografiya (KT) tabiiy yo'llarning holatini eng aniq ko'rsatadigan diagnostik usul bo'lib, sinuslarning ichki tuzilishini batafsil o'rganish imkonini beradi. Rentgen tekshiruvi kamroq aniq bo'lsa ham, sinuslarning umumiy holatini baholash uchun ishlatilishi mumkin. Laborator tahlillar infeksiya yoki yallig'lanish belgilarini aniqlash uchun qon tahlillari va burun ajralmalarining bakteriologik tekshiruvi o'tkazilishi mumkin. Tabiiy yo`lning o`tkazuvchanligini S.Z. Piskunov va xammualiflari tomonidan taklif etilgan usul bilan ham aniqlash mumkin. Ushbu usulda yallig`lanish jarayon aniqlangan yuqori jag` bo`shlig`i Kulikov ignasi yordamida punksiya bajariladi. O'zbekistonda ilk marta o'tkir rinosinusitni samarali davolashda innovatsion usul hisoblangan pulsatsiyalanuvchi ingalyatsiya usulini taklif qilmoqdamiz. Ushbu usulni qo'llash uchun tabiiy yo'lning o'tkazuvchanligini baholash muhim hisoblanadi. Ushbu kasallik bilan bemorlarning asosiy qismi birlamchi tibbiy profilaktika muassasalari poliklinikalarga murajaat qiladi. Shu sababli tabiiy yo'lning o'tkazuvchanligini baholash uchun poliklinika sharoitida bir qancha noqulayliklar saqlanib qolmoqda. Hususan tabiiy yo'lning o'tkazuvchanligini baholash uchun eng optimal usul bu MSKT bo'lib, ushbu tekshirish usuli poliklinikalarda mavjud emasligi hamda nurlanish darajasi tufayli kasallikni o'tkir bosqichida bu tekshiruvni qo'llash noqulayliklar tug'diradi. Punksiya usuli ham hozir kunda bemorlar tomonidan qabul qilinishi qiyin bo'lishi bilan birga, poliklinika sharoitida aksariyat shifokorlarga ham bu usulni qo'llash noqulayliklar tug'diradi.

Tadqiqot maqsadi: Burun yondosh bo'shliqlari tabiiy yo'lining o'tkazuvchanligini baholashda noinvaziv usulni ishlab chiqish va bu orqali o'tkir rinosinusit kasalligi davolash samarasini oshirish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Ushbu izlanish 2022–2025 yillar davomida Andijon davlat tibbiyot instituti otorinolaringologiya kafedrasida bajarilgan. Klinik material shartnoma asosida “Rivojiddin med sentr” xususiy klinikada amalga oshirilgan. Izlanish maqsadiga erishish va vazifalarini amalga oshirish uchun jami o’tkir yiringli rinosinusit bilan hastalangan 18 – 75 yosh oralig`idagi 113 bemor tekshirildi. Bemorlarning shikoyatlari, kasallik va xayot tarixini batafsil o`rganish, organizmning tizim va a’zolari xolatini aniqlash umumqabul qilingan uslublar yordamida amalga oshirildi. Tadqiqot predmeti sifatida o’tkir rinosinusit bilan og‘rigan bemorlarning burun yondosh bo’shliqlaridan olingan patologik ajralmasi, burun bo’shlig’i surtmasi hamda venoz qoni tekshirildi. Ushbu tadqiqotda umumiy klinik, instrumental, laborator, bakteriologik, sitologik va statistik usullardan foydalanib kasallikning diagnostikasi va uning patogenezini o‘rganishga yo‘naltirilgan ilmiy tahlil amalga oshirildi. Burun yondosh bo’shliqlari tabiiy yo’llarining o’tkazuvchanligini baholash uchun biz taklif qilgan noinvaziv usuldan foydalanildi quyida ushbu usul keng yoritilgan.

Olingan natijalar: O`tkir rinosinusitlarda zararlangan oldingi gurux burun yondosh bo`shliqlarning tabiiy yo`lining o`tkazuvchanlik darajasi noinvaziv sinamalar bilan aniqlash. Burun yondosh bo’shliqlarining tabiiy yo`lining bloklanish darajasi biz tomondan ishlab chiqilgan noinvaziv usullar yordamida baholandi. Bu usul O’zbekiston respublikasi adliya vazirligi tamonidan elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturning rasmiy ro’yxatdan o’tkazilganligi to’g’risidagi guvohnoma bilan tasdiqlandi. Guvohnoma raqami №DGU 46016 Bu usul bo`yicha o`tkir rinosinusitlarda zararlangan oldingi guruh burun yondosh bo`shliqlarning tabiiy yo`lining o`tkazuvchanlik darajasi noinvaziv sinamalarni ketma-ketlikda qo`llash orqali amalga oshiriladi. Ushbu usulni qo’llashda shifokorlarga qulay va oson bo’lishi uchun telegramda maxsus bot ham yaratilgan. Ushbu usulda bo`shliqlar tabiiy yo`lining o`tkazuvchanligini beshta darajasi ajratilgan.

Yuqori jag` bo`shlig`ining tabiiy yo`lining 0 daraja yoki erkin o`tkazuvchanligini aniqlash sinamasi. Burun yo`llarida ajralma bo`lmasligi kerak, zaruriyat bo`lsa ular tozalanadi va bo`shliqning erkin o`tkazuvchanligi ta’minlanadi. Bemor tabiiy yo`li o`tkazuvchanligi aniqlanayotgan bo`shliqqa qarama-qarshi tomonda yon boshlab 5 daqiqa yotadi. So`ng u darxol kresloga o`tiradi va shu xolatda oldingi rinoskopiya bajariladi. Agar ekssudatni o`rta burun yo`lliga mustaqil oqib chiqishi qayd etilsa, bu tabiiy yo`lning 0 (nol) daraja yoki erkin o`tkazuvchanligi sifatida baxolanadi.

Yuqori jag` bo`shlig`ining tabiiy yo`lining o`tkazuvchanligini I daraja buzilishini aniqlash sinamasi. Tabiiy yo`lning 0-daraja yoki erkin o`tkazuvchanlikni aniqlanmagan holda bajariladi. Bemor o`tirgan xolatda zararlangan bo`shliqning tabiiy yo`li ochiladigan o`rta burun yo`liga tomir toraytiruvchi dori shimdirilgan paxtali zond 10-15 sekundga qo`yiladi. Bemor tabiiy yo`li o`tkazuvchanligi aniqlanayotgan bo`shliqqa qarama-qarshi tomonda yon boshlab 5 daqiqa yotadi. Bu xolatda bemor 5-7 daqiqa bo`ladi, so`ng u o`tirgan xolatda oldingi rinoskopiya bajariladi. Agar ekssudatni o`rta burun yo`liga mustaqil oqib chiqishi qayd etilsa, bu tabiiy yo`lning I daraja o`tkazuvchanligi deb baholanadi.

Yuqori jag` bo`shlig`ining tabiiy yo`lining o`tkazuvchanligini II daraja buzilishini aniqlash sinamasi. Ushbu sinama tabiiy yo`lning o`tkazuvchanligini I daraja o`tkazuvchanligi kuzatilmaganda bajariladi. Bemor o`tirgan xolatda bosh va ko`rsatgich barmoqlar yordamida burun qanotlarini uning to`sig`iga bosish orqali burun bo`shlig`ining kirish qismi to`liq yopiladi. 10-15 sekund davomida burun ichidagi xavoni 10-15 marta bo`lib-bo`lib tortish buyuriladi (autovakuum usuli). 1 daqiqadan keyin oldingi rinoskopiya bajariladi. Burun bo`shlig`ida xosil bo`lgan manfiy bosim ta’sirida ekssudatning yuqori jag` bo`shlig`idan o`rta burun yo`liga oqib chiqishi qayd etilsa, bu tabiiy yo`lning II daraja o`tkazuvchanligi deb baxolanadi.

Yuqori jag` bo`shlig`ining tabiiy yo`lining o`tkazuvchanligini III daraja buzilishi. Ushbu sinama tabiiy yo`lning o`tkazuvchanligini II daraja o`tkazuvchanligi kuzatilmaganda bajariladi. Bemor tabiiy yo`li o`tkazuvchanligi aniqlanayotgan bo`shliqqa qarama-qarshi tomonda yon boshlab yotadi. Zararlangan bo`shliq tomondagi burunning kirish qismiga elektrso`rg`ichning zaytunsimon zich uchi o`rnatiladi. Elektrso`rg`ich ishlab turganda u xosil etayotgan bosim 0,5 atm tashkil etish kerak. Burun bo`shlig`ida manfiy bosimni ushlab turish maqsadida qarshi tomondagi burun qanoti

uning to`sig`iga zich bosib turish orqali burun bo`shlig`ining kirish qismi to`liq yopiladi. 5-10 soniya davomida elektrso`rg`ich yordamida xavo so`rib olinadi. Zarurat bo`lsa bu muolaja qayta bajarilishi mumkin. Muolaja yakunlangach bemor o`tirgan holatda oldinigi rinoskopiya bajariladi. Burun bo`shlig`ida xosil bo`lgan manfiy bosim ta'sirida ekssudat zararlangan bo`shliqdan o`rta burun yo`liga oqib chiqsa, bu tabiiy yo`lning III daraja o`tkazuvchanligi deb baholanadi.

Yuqori jag` bo`shlig`ining tabiiy yo`lining o`tkazuvchanligini IV daraja buzilishi. Barcha yuqoridagi sinamalarda ekssudatni o`rta burun yo`liga oqib chiqishi kuzatilmagan xolda zaralangan bo`shliq tabiiy yo`lning yopilishi yoki "bloklanishi" deb baxolab, IV daraja buzilishi qayd etiladi.

Xulosa: Noinvaziv usulda tabiiy yo'lning o'tkazuvchanlik darajasini aniqlash o'tkir rinosinusit kasalligini samarali davolash uchun xizmat qiladi. O'tkir rinosinusitlarni biz taklif qilayotgan innivatsion usul pulsasiyalanuvchi ingalyatsiya yordamida dori vositasini burun yondosh bo`shliqlarigacha kirib borishi tabiiy yo'lning o'tkazuvchanligiga bog'liq hisoblanadi. Noinvaziv usul yordamida tabiiy yo'lning bloklanish darajasini aniqlash MSKT va punksiya usulida aniqlash usullariga qaraganda qulay hisoblanib, o'tkir yiringli rinosinusitni erta bosqichlarida bemorlarga qo'llash talablariga mos tushadi.

YUQORI JAG‘ BO‘SHLIG‘INI PASTKI BURUN YO‘LI ORQALI ENDOSKOPIK ANTROSTOMIYA: SURUNKALI (SHU JUMLADAN, ODONTOGEN) GAYMORITDA SAMARADORLIK

Botirov Sh.R., Yakubdjanov D.D., Daminov F.A.

Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya va bosh-bo'yin kasalliklari ilmiy amaliy tibbiyot markazi

Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Dolzarbligi: Surunkali yuqori jag‘ bo‘shlig‘i yallig‘lanishi (yuqori jag‘ sinusiti) oliy ta'lim muassalarida va klinik statsionar sharoitida uchraydigan rinosinusitlarning eng ko‘p tarqalgan shakllaridan biridir. Odontogen kelib chiqishli holatlar ulushi 20–40% gacha yetishi mumkin; bunday bemorlarda klassik Caldwell–Luc operatsiyasi yuqori invazivligi tufayli og‘riq, shish, uyqusimonlik va uzoq reabilitatsiya kabi kamchiliklarga ega. Pastki burun yo‘li orqali endoskopik antrostomiya (inferior meatal endoscopic antrostomy) minimal invazivligi, tez tiklanish va tish-jag‘ sohasidan keluvchi drenaj ehtiyojlarini puxta qondirishi sababli dolzarb.

Maqsad: Pastki burun yo‘li orqali endoskopik kirishning surunkali va odontogen gaymoritdagi klinik samaradorligi, xavfsizligi va bemorlar hayot sifati ko‘rsatkichlariga ta'sirini baholash.

Materiallar va usullar: 2022–2024-yillar davomida 158 bemor kuzatildi; o‘rtacha yosh 39±12 yil, erkaklar 52%, ayollar 48%. Odontogen sinusit ulushi 46% bo‘ldi. Operatsiya barcha holatlarda 0°/30° endoskoplar ostida, pastki burun yo‘lida 8–12 mm diametrda antrostomiya ochish tamoyiliga amal qilingan. Oldindan KT asosida yondosh patologiyalar baholandi, 100% bemorda nazal dekonjestsiya va infiltratsion anesteziya qo‘llanildi; 61% holatda qisqa umumiy narkoz tanlandi. Profilaktik antibiotik 1 sutka davomida, keyin amoksiklav yoki moksifloksatsin sxemalari ko‘rsatmaga ko‘ra berildi. Kuzatuv 6 oyga cho‘zildi.

Natijalar: Operatsiya o‘rtacha davomiyligi 28±9 daqiqa bo‘ldi. Birlamchi muvaffaqiyat (6 oylik remissiya va KT bo‘yicha to‘liq aeratsiya) 88% bemorda qayd etildi. Odontogen guruhda muvaffaqiyat ko‘rsatkichi 90%, rinogen guruhda 86% bo‘ldi. Qaytalanish 8% da kuzatildi; ularning 62% ida qaytalanish dental o‘choqni kech bartaraf etish bilan bog‘liq edi. Erta asoratlar ichida oz miqdorda qon ketish 6% (ko‘pi konservativ to‘xtatilgan), o‘rtacha darajadagi shish 23% (7–10 kunda so‘ngan) kuzatildi. Ortiqcha yallig‘lanish reaksiyasi 5% da, yiringli ajralma 3% da kuzatildi; kengaytirilgan sug‘orish va dori-darmonlar bilan nazorat qilindi. Orta muddatli chandiqli striktura 4% da aniqlanib, ofis sharoitida dilatasiya bilan tuzatildi. Bemorlarning SNOT-22 balli o‘rtacha 48 dan 13 gacha, ya'ni 73% ga pasaydi; og‘riq VAS ko‘rsatkichlari 6,2 dan 1,4 gacha, ya'ni 77% ga kamaydi. Pastki burun yo‘li orqali antrostomiya, ayniqsa odontogen o‘choqli drenaj va yirik retension kistalarda samarali bo‘lib, past invazivlik va nazal fiziologiyani asrash bilan ajralib turadi. Qaytalanishlar asosan dental sabab bartaraf etilmaganida kuzatilgani dental–LOR jamoaviy

yondashuvning muhimligini ko‘rsatadi. Chandiqli torayishlar ulushi past bo‘lib (4%), reinterventsiya odatda minimal bo‘lgan.

Xulosa: Ushbu yondashuv surunkali (shu jumladan, odontogen) gaymoritda 88–90% gacha barqaror klinik remissiya beradi, asoratlar darajasi past, reabilitatsiya tez. Dental o‘choqni o‘z vaqtida bartaraf etish va operatsiyadan keyingi irrigatsiya–topikal steroidlar protokoli qaytalanishni sezilarli kamaytiradi.

PASTKI BURUN YO‘LI ORQALI ENDOSKOPIK KIRISHNING KATTA O‘LCHAMLI KISTALAR VA QO‘SHALOQ PATOLOGIYALAR (SEPTUM DEVIASIYASI, POLIPOZ) FONIDA NATIJALARI

Botirov Sh.R., Yakubdjanov D.D., Oltiboyev U.R.
Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya va bosh-bo’yin kasalliklari ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Dolzarbligi: Yuqori jag‘ sinusining katta o‘lchamli retension kistalari, polipoz rinosinusit va septum deviasiyasi bilan qo‘shaloq kechishi holatlarida drenaj va to‘liq vizual nazorat muhim. O‘rta burun yo‘li orqali cheklangan kirish ba’zan kista poyasini to‘liq nazorat qilishga imkon bermaydi; pastki yo‘l orqali keng antrostomiya kapsulani to‘liq bo‘shatish, ostio-meatal kompleksni zo‘riqtirmasdan drenajni ta’minlash imkonini beradi. Shuning uchun bu yondashuv murakkab holatlarda ham dolzarb.

Maqsad: Katta kista/polipoz bilan kechuvchi yuqori jag‘ sinus kasalliklarida pastki burun yo‘li orqali endoskopik operatsiya samaradorligi va xavfsizligini baholash, septoplastika bilan kombinatsiya natijalarini tahlil qilish.

Materiallar va usullar: 2021–2024-yillarda 112 bemor tahlil qilindi; o‘rtacha yosh 42±11 yil, erkaklar 55%, ayollar 45%. Bemorlarning 64% da sinuste 15 mm dan kattaroq retension kista, 31% da polipoz rinosinusit, 48% da bir vaqtning o‘zida septum deviasiyasi mavjud edi. 46% bemorda pastki antrostomiya septoplastika bilan bir seansda bajarildi. Operatsiyadan so‘ng 2 hafta davomida kunora irrigatsiya va 8 hafta davomida topikal kortikosteroidlar buyurildi. Kuzatuv 12 oygacha davom etdi.

Natijalar: Birlamchi klinik muvaffaqiyat 91% bo‘ldi. Kistali guruhda KT bo‘yicha kista to‘liq regressi 94% da, polipoz guruhda remissiya 86% da kuzatildi. Septoplastika bilan kombinatsiya qilinganlarda burun nafasining sub’ektiv yaxshilanishi 92% holatda qayd etildi. Qaytalanish umumiy 7% ni tashkil etdi; shundan polipoz guruh ulushi 62% bo‘ldi. Erta asoratlar: nazal qonash 7% (konservativ to‘xtatilgan), o‘rta darajali shish 29% (7–10 kunda so‘ngan), o‘tkir sinuzit 4% (antibiotik-terapiya bilan bartaraf etilgan). Kech asoratlar: antrostomiya sohasida chandiqli torayish 5% (ofis dilatasiya bilan hal qilingan), rinosinekiya 2% (endoskopik ajratish). Hayot sifati bo‘yicha SNOT-22 ballari 51 dan 12 gacha, ya’ni 76% ga pasaydi; ishga qaytish o‘rtacha 6,1±2,3 kunda amalga oshdi. Bemor qoniqishi “yaxshi–a’lo” deb 89% tomonidan baholandi. Katta kistalarda kapsulani to‘liq bo‘shatish va qayta to‘lish xavfini kamaytirishda pastki yo‘lning keng ko‘rinish maydoni afzallik berdi. Polipoz holatlarda qaytalanishning nisbatan yuqoriroq bo‘lishi lokal yallig‘lanish fonini davomli nazorat qilish zaruratini ko‘rsatadi; bu guruhda topikal steroidlar va allergoimmun strategiyalar muhim. Septoplastika bilan kombinatsiya qilish nafas yo‘llarini ochish va dori yetkazilishini yaxshilab, uzoq muddatli natijani mustahkamladi.

Xulosa: Pastki burun yo‘li orqali endoskopik antrostomiya katta kista va qo‘shaloq patologiyalar fonida ham yuqori samaradorlik (≈90% remissiya) ko‘rsatdi, asoratlar darajasi past va boshqariladigan bo‘ldi. Kombinatsiyalashgan septoplastika individual ko‘rsatmalar bo‘yicha tanlanganda umumiy klinik foydani oshiradi.

OPTIMIZATION OF MODERN DIAGNOSTIC METHODS FOR CHRONIC RHINITIS IN PREGNANT WOMEN

Ergashev U.M., Abdullayeva N.N., Ahundjanov N.O., Eshmamatov M.N.
Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Abstract: Chronic rhinitis in pregnant women is one of the most prevalent otorhinolaryngological conditions encountered during the antenatal period. It not only causes persistent nasal obstruction and discomfort but also negatively impacts maternal quality of life by disturbing normal nasal airflow, impairing sleep, and reducing overall well-being. Physiological hormonal fluctuations during pregnancy, especially the increase in estrogen and progesterone levels, contribute to congestion and edema of the nasal mucosa. This creates favorable conditions for the development of chronic inflammation and often complicates the process of differentiating pregnancy-induced rhinitis from allergic rhinitis or other chronic nasal pathologies. The main challenge in this patient population is achieving an accurate and reliable diagnosis while ensuring absolute safety for both the mother and the developing fetus. Since the use of ionizing radiation, aggressive pharmacological agents, or invasive diagnostic interventions is contraindicated during pregnancy, the optimization of modern, non-invasive, and radiation-free diagnostic methods becomes an urgent priority. Timely diagnosis plays a pivotal role in the selection of safe and effective treatment strategies, which in turn can significantly improve maternal comfort, reduce the risk of obstetric complications, and ensure better pregnancy outcomes.

Aim of the Study: The primary aim of the present study was to optimize, systematize, and evaluate the effectiveness of non-invasive, radiation-free, and high-precision diagnostic methods for chronic rhinitis in pregnant women, thereby contributing to safer and more accurate clinical practice in antenatal otorhinolaryngology.

Materials and Methods: A prospective clinical study was conducted among 86 pregnant women aged 20–38 years, diagnosed with chronic rhinitis at various gestational stages. The diagnostic protocol included:

1. Detailed Anamnesis and Symptom Scoring – Using a modified Visual Analog Scale (VAS) and Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) score.

2. Anterior Rhinoscopy and Nasal Endoscopy – Performed with narrow-band imaging to enhance vascular pattern visualization.

3. Acoustic Rhinometry and Rhinomanometry – For objective measurement of nasal cavity geometry and airflow resistance.

4. Allergy Testing (Prick Test / Serum IgE) – Limited to cases with suspected allergic etiology.

5. Olfactometry – To evaluate the degree of smell dysfunction.

All procedures strictly avoided ionizing radiation and teratogenic agents.

*Results:*The introduction of narrow-band nasal endoscopy substantially improved the precision of visual diagnostics. While traditional rhinoscopy allowed accurate detection of mucosal changes in only 78.3% of cases, narrow-band imaging increased diagnostic accuracy to 94.6% ($p < 0.05$). This demonstrates the importance of advanced endoscopic visualization for identifying subtle vascular and inflammatory changes in the nasal mucosa of pregnant women. Acoustic rhinometry and rhinomanometry provided reproducible and reliable quantitative data regarding nasal patency and airflow resistance. Importantly, these objective measurements showed a strong positive correlation ($r = 0.81$) with patients' self-reported VAS and NOSE scores, confirming the clinical relevance of incorporating instrumental evaluation into the diagnostic protocol. By combining narrow-band endoscopy with acoustic rhinometry, the need for invasive diagnostic interventions was reduced by 32%, thereby decreasing potential maternal and fetal risks. Moreover, early and accurate differentiation between pregnancy-induced rhinitis and allergic rhinitis facilitated the implementation of targeted, pregnancy-safe therapeutic protocols in 87% of the studied cases. This approach not only improved maternal well-being but also contributed to a more rational and personalized management of chronic rhinitis in the antenatal period.

Conclusion: The present study demonstrates that the optimization of diagnostic methods for chronic rhinitis in pregnant women can be successfully achieved through the integration of detailed clinical evaluation, narrow-band nasal endoscopy, and acoustic rhinometry. This combined approach substantially increases diagnostic accuracy, reduces the reliance on invasive or potentially unsafe procedures, and ensures maximal safety for both mother and fetus. Given its effectiveness, this diagnostic protocol should be recommended for inclusion into routine antenatal

otorhinolaryngological examination programs. Early and precise diagnosis of chronic rhinitis during pregnancy enables timely initiation of safe therapeutic strategies, improves maternal comfort and quality of life, and may ultimately contribute to better obstetric outcomes. The findings of this study underscore the clinical importance of adopting advanced, yet safe, diagnostic technologies in maternal healthcare and provide a foundation for future guidelines on the management of rhinitis in pregnancy.

OPTIMIZATION OF MODERN DIAGNOSTIC METHODS FOR CHRONIC RHINITIS IN PREGNANT WOMEN

Eshmamatov M.N., Ahundjanov N.O.
Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Abstract: Chronic rhinitis during pregnancy is a common condition that significantly affects the quality of life, nasal airflow, and sleep patterns of expectant mothers. Due to physiological hormonal changes, nasal mucosa becomes more susceptible to inflammation, which often complicates differential diagnosis with allergic rhinitis and other nasal pathologies. The main challenge in pregnant women is to ensure diagnostic accuracy while minimizing any potential risks to the fetus. Therefore, optimization of modern diagnostic approaches plays a crucial role in improving maternal comfort and preventing complications.

Aim of the Study: To optimize and evaluate the effectiveness of non-invasive, radiation-free, and high-precision diagnostic methods for chronic rhinitis in pregnant women.

Materials and Methods: A prospective clinical study was conducted among 86 pregnant women aged 20–38 years, diagnosed with chronic rhinitis at various gestational stages. The diagnostic protocol included:

1. Detailed Anamnesis and Symptom Scoring – Using a modified Visual Analog Scale (VAS) and Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) score.
2. Anterior Rhinoscopy and Nasal Endoscopy – Performed with narrow-band imaging to enhance vascular pattern visualization.
3. Acoustic Rhinometry and Rhinomanometry – For objective measurement of nasal cavity geometry and airflow resistance.
4. Allergy Testing (Prick Test / Serum IgE) – Limited to cases with suspected allergic etiology.
5. Olfactometry – To evaluate the degree of smell dysfunction.

All procedures strictly avoided ionizing radiation and teratogenic agents.

Results: The introduction of narrow-band endoscopy increased diagnostic accuracy for mucosal changes from 78.3% to 94.6% compared to standard rhinoscopy ($p<0.05$). Acoustic rhinometry provided reliable quantitative parameters for nasal patency, showing a strong correlation ($r=0.81$) with patients' subjective obstruction scores. The optimized combination of endoscopic imaging and acoustic rhinometry reduced the need for invasive diagnostic interventions by 32%. Moreover, early differentiation between pregnancy rhinitis and allergic rhinitis allowed targeted, pregnancy-safe treatment protocols in 87% of cases.

Conclusion: The optimized diagnostic approach for chronic rhinitis in pregnant women—combining detailed clinical assessment, narrow-band nasal endoscopy, and acoustic rhinometry—significantly enhances diagnostic accuracy, minimizes unnecessary invasive procedures, and ensures maternal-fetal safety. These methods should be integrated into routine antenatal ENT examination protocols for timely and precise management.

GIPERTROFIK RINITLARNI DAVOLASHDA VAZOTOMIYA AMALIYOTINING O‘RNI

Karimova N.A., Ochilov J.F.
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti

Annotatsiya: Hozirgi kunda, gipertrofik rinitlar, otorinolaringologiya amaliyotida ko‘p uchraydigan holat bo’lib, ayniqsa ekologiyasi yomon mintaqalarda ko‘p uchraydi. Kasallik burun shilliq qavatining doimiy shishi, burun bitishi, nafas olishning qiyinlashuvi va anosmiya bilan

namoyon bo‘ladi, bu esa bemorlarning hayot sifatini keskin pasaytiradi. Konservativ davo usullari har doim ham yetarli natija bermasligi sababli, so‘nggi yillarda kam invaziv jarrohlik usuli — vazotomiya keng qo‘llanilmoqda.

Ushbu tezisda gipertrofik rinitni davolashdagi mavjud yondashuvlar, ayniqsa, vazotomiyaning klinik ahamiyati nazariy jihatdan yoritiladi.

Kalit so’zlar: gipertrofik rinit, vazotomiya, burun chig‘anoqlari, konservativ davo, operativ davo, burun bitishi, radiochastotali koagulyatsiya, anosmiya.

Gipertrofik rinit bu burun shilliq qavatining, ayniqsa pastki burun chig‘anog‘ining doimiy, qaytmas gipertrofiyasi bilan kechuvchi surunkali kasallikdir. Surunkali allergik rinit, vazomotor rinit, medikamentoz rinit, ba’zan gipotireoz, burun to’sig’i qiyshiqligi kabi holatlar tufayli gipertrofik rinit holati yuzaga keladi.

Bemorlar burun bitishi, og‘iz orqali nafas olish, uyqudagi xurrak, hid bilishning buzilishi (anosmiya), charchoq va ba’zida bosh og‘rig‘i kabi simptomlardan shikoyat qiladilar. Bu belgilar bemorning ijtimoiy faolligi, mehnat qobiliyati va umumiy hayot sifatini keskin pasaytiradi.

Bemorlar anamnez, old rinoskopiya, endoskopik tekshiruv, zarur hollarda KT orqali diagnostika qilinadi.

Kasallik konservativ va operativ usullarda davolanadi. Konservativ davo IGKSlar, antigistamin dori vositalari, tuzli eritmalar bilan yuvish kabilar bilan o‘tkaziladi. Biroq, ushbu usullar ko‘pincha vaqtinchalik yoki cheklangan natijalar beradi.

Radioto‘lqinli vazotomiya eng zamonaviy, xavfsiz va kam invaziv usullardan biri hisoblanadi. Ushbu usulda pastki burun chig‘anoqlarining shilliq osti qon tomir chigallari termal koagulyatsiyaga uchrab, chig‘anoq hajmi kichrayadi

Radioto’lqinli vazotomiya amaliyoti kam invazivligi, qon ketishning minimalligi, qisqa reabilitatsiya muddati va nafas olish anatomik tuzilmalar saqlangan holda tiklanadi. Klinik kuzatuvlarda aniqlanishicha, radiochastotali vazotomiya bemorlarning aksariyatida simptomlarni uzoq muddatga kamaytirgan va qaytalanish holatlari ancha past bo‘lgan.

Gipertrofik rinitni davolashda birinchi bosqichda konservativ usullar qo‘llanilishi lozim, biroq ular samara bermagan hollarda radiochastotali vazotomiya eng maqbul, xavfsiz va samarali usul hisoblanadi. Bu usul bemorning burun nafas olishini tiklabgina qolmay, balki hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF BENIGN VASCULAR TUMORS OF THE NASAL CAVITY

Lutfullayeva G.U., Umrullayeva J.G.
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Introduction: Benign vascular neoplasms of the nasal cavity, particularly hemangiomas, are uncommon but clinically significant conditions that pose diagnostic and therapeutic challenges. Although these tumors account for a relatively small percentage of benign head and neck masses, their location, propensity for bleeding, and potential to impair nasal breathing demand effective strategies for early detection and management.

Purpose of the Study: To enhance diagnostic accuracy and evaluate the effectiveness of complex treatment strategies for patients with benign vascular neoplasms of the nasal cavity.

Materials and Methods: The study involved 73 patients aged 18 to 72 years diagnosed with benign vascular neoplasms of the nasal cavity. Diagnostic methods included clinical examination, endoscopy, histology, CT, MRI, and biochemical assessments. Treatment approaches were divided into three groups: conventional surgery, surgery plus Polydexa, and surgery plus Polydexa with dill essential oil. Statistical analysis was conducted using R software.

Results: The combination therapy group (surgery with Polydexa and dill essential oil) showed significantly better outcomes, including reduced recurrence, improved nasal breathing, and faster symptom resolution. Biochemical analysis revealed decreased malondialdehyde (MDA) levels and increased catalase activity post-treatment, indicating a reduction in endogenous intoxication and oxidative stress.

Conclusion: A multimodal treatment approach that combines surgical intervention with anti-inflammatory and antioxidant therapy provides superior results in the management of benign vascular tumors of the nasal cavity. This approach not only improves clinical symptoms but also helps prevent recurrence and supports systemic recovery.

ASSESSMENT OF THE DIAGNOSTIC VALUE OF ULTRASONOGRAPHIC EXAMINATION IN PREGNANT PATIENTS WITH RHINOSINUSITIS

Mamatova Sh.R., Kakhramonova I.I.
Tashkent Medical University
Kimyo International University in Tashkent

Research Objective. The objective of the study was to optimize the technique of ultrasonographic scanning of the paranasal sinuses as a non-invasive and safe alternative to conventional plain radiography. Special attention was given to the applicability of this method in pregnant women, with the aim of minimizing radiation exposure and ensuring accurate diagnosis of inflammatory diseases of the paranasal sinuses under the physiological constraints imposed by pregnancy.

Materials and Methods. The study was conducted at the clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute. The research involved pregnant women diagnosed with rhinosinusitis. In most modern ultrasound machines, two-dimensional (2D) ultrasonography is used, including in examinations of early childhood patients and pregnant women. The ultrasound systems used in this study operated on the B-mode scanning principle, where the transducer consists of multiple sequentially arranged piezoelectric elements. Each element emits an ultrasonic signal and displays the corresponding image on the screen as a dot. The position of each dot corresponds to the depth of the reflecting structure. The accumulation of these dots forms a complete image of the object being examined. The brightness of each dot reflects the amplitude of the returned signal, enabling visualization of tissue structure and abnormalities.

Results. As a result of the study conducted on 20 pregnant women, the following distribution of diagnoses was identified: Pansinusitis – 10% (2 patients); Hemisinusitis – 20% (4 patients); Maxilloethmoiditis – 20% (4 patients); Ethmoiditis – 50% (10 patients); No pathology detected – 5 patients

Conclusion. Ultrasonographic examination revealed that the ethmoid sinus is most commonly affected in women with rhinosinusitis. An important clinical consideration is that purulent discharge flowing along the posterior pharyngeal wall can lead to bronchopulmonary complications. Ultrasound (US) offers several advantages over other diagnostic methods for rhinosinusitis in pregnant women. It is a safe technique since it does not use ionizing radiation and does not require contrast agents. US is a non-invasive, typically faster and more accessible procedure that does not involve catheterization or other invasive methods. Additionally, it is generally less expensive than X-ray imaging, making it more affordable for patients. A significant benefit is the ability to perform dynamic observation by changing the patient's head position to monitor fluid movement within the sinuses. Moreover, ultrasound enables early diagnosis of paranasal sinus diseases, facilitating timely and effective treatment.

SURUNKALI RINITNI JARROHLIK DAVOSIGA ZAMONAVIY YONDASHUV

Mirzayorova M.J., Axundjanov N.A.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Kirish: Surunkali rinosinusit (SRS) — 12 haftadan ortiq davom etuvchi burun va paranazal sinuslar yallig‘lanishi bo‘lib, burun bitishi, oqishi, yuzdagi og‘riq/bosim va hid sezishning pasayishi bilan tavsiflanadi. SRS uch asosiy ko‘rinishga ega: surunkali rinit, mahalliy sinusit va diffuz rinosinusit. Surunkali rinit ikki guruhga bo‘linadi: allergik rinit (AR) va allergik bo‘lmagan rinit (NAR). Bemorlarning 30–50 % ida AR va NAR belgilari birgalikda uchrab, aralash rinit (MR) hosil qiladi.

Metodologiya: Tadqiqot 2023–2025 yillarda 60 nafar SRli bemor ishtirokida o‘tkazildi. Bemorlar ikki guruhga bo‘lindi:

1. Klassik submukozal vazotomiya;

2. Original konturlanish plastikasi (septoplastika bilan birga).

Diagnostika uchun rinoskopiya, endoskopiya, rinomanometriya, gistologik tahlil va KT qo‘llandi. Har bir bemorda burun to‘sig‘i egriligi aniqlanganda, jarrohlik bilan birga septoplastika bajarildi.

Natijalar: SRli bemorlarning 67 % ida burun to‘sig‘i egriligi aniqlandi. Septoplastika bajarilganlarda nafas olish yaxshilanishi va simptomlarning kamayishi yuqori darajada kuzatildi. Klassik submukozal vazotomiya qo‘llanganlarda simptomlar 70 %, konturlanish plastikasi qo‘llanganlarda esa 85 % hollarda kamaydi. Ikkinchi guruhda shilliq qavat funksiyasi yaxshiroq saqlanib, tiklanish davri qisqardi.

Xulosa:

Surunkali rinitni davolashda zamonaviy jarrohlik usullari yuqori samaradorlik va past invazivlik bilan ajralib turadi. Burun to‘sig‘i egriligi bilan kechuvchi hollarda individual anatomik xususiyatlar va simptomlar og‘irligini hisobga olgan holda differensial yondashuv tanlash optimal natija beradi.

ALLERGIK RINITLARNI KONSERVATIV DAVOLASHNING QIYOSIY XARAKTERISTIKASI

Murodova S., Mahkamova N.E.

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti

Allergik rinitlarni konservativ davolashning qiyosiy xarakteristikasi

Allergik rinit – nafas olish tizimining eng keng tarqalgan allergik kasalliklaridan biri bo’lib, u asosan mavsumiy va doimiy shakllarda uchraydi. Kasallikning belgilari burun bitib qolishi, burundan suyuqlik oqishi, qichishish va inson hayot faoliyatining qisman buzilishi shaklida namoyon bo’ladi. Allergik rinitni davolashda konservativ usullar asosiy o‘rinni egallaydi. Allergik rinitni rivojlanish mexanizmi. Nafas olinganda burun bo'shlig'i shilliq pardasiga turli yot jism zarrachalari o'rnashib qoladi. Shilliq pardadagi mukotsilliar tizimining ta'siri tufayli ular me'yorda taxminan 15-20 daqiqada burun bo'shlig'idan chiqariladi. Ammo allergenlar molekulalari juda tez so'rilish xususiyatiga ega, shuning uchun bir daqiqadan so'ng bemorda o'ziga xos klinik belgilar yuzaga keladi. Allergenni (o'simlik changi,uy changi,zamburug'lar sporasi kabi .) immunoglobulinga (IgE) mansub antitanachalar bilan o'zaro ta'siri natijasida allergik reaksiya yuz beradi. Biologik faol moddalar qon tomirlarni kengaytirish, qon tomirlar o'tkazuvchanligini oshirish xususiyatiga ega bo'lganligi sababli burun bo'shlig'i shilliq pardasi shishib, bemorda burun bitishi, aksirish, burundan shilimshiq ajralma oqish belgilari kuzatiladi

Ushbu tezisda, allergik rinitni konservativ davolashning asosiy usullari, ularning samaradorligi va o‘zaro farqlari qiyosiy tarzda ko‘rib chiqiladi.

Antigistaminlar – allergik reaksiyalarni kamaytirish va burun bo‘shlig‘ini yengillashtirish uchun ishlatiladi. Ushbu dorilar gistamin molekulalarining ta'sirini blokirovka qiladi, bu esa allergik simptomlarni, jumladan, burun oqishini va qichishishni kamaytiradi. Antigistaminlarning birinchi va ikkinchi avlodi mavjud. Birinchi avlod preparatlari (masalan, difenhidramin) asosan uyquni keltirib chiqaradi, bu esa bemorning kundalik faoliyatiga ta'sir qilishi mumkin. Ikkinchi avlod preparatlari (loratadin, cetirizin) esa ancha xavfsiz va kundalik hayotga kamroq ta'sir qiladi. Ikkinchi avlod dori vositalari samarali va kamroq yon ta'sirga ega, shuning uchun ko‘proq tavsiya etiladi.

Dekongestantlar (burun tomchilari -vazokonstriktiv ta'sirga ega.)

Dekongestantlar burun to‘lib qolishini -bitishini yengillashtiradi. Ular burun tomchilarida yoki spreylara mavjud bo‘lib, qon tomirlarini toraytirish orqali shishishni kamaytiradi. Biroq, ularni uzoq muddat ishlatish tavsiya etilmaydi, chunki bu vositalar burun bo‘shlig‘ining qarshi ta'sirini kuchaytirishi mumkin. Nafas olishni yaxshilash uchun qisqa muddatli qo‘llanilishi ma'qul.

Kortikosteroidlar – allergik rinitning asosiy va samarali davosi hisoblanadi. Burun spreylari sifatida ishlatiladi va yallig‘lanishni kamaytiradi, shuningdek, immun tizimining reaksiyasini

kamaytiradi. Ularning ta'siri vaqt o‘tishi bilan rivojlanadi, shuning uchun muntazam ravishda qabul qilinishi kerak. Ularning foydali tomonlari ko‘pligi bilan birga, uzoq muddatli ishlatilganda yon ta'sirlari bo‘lishi mumkin, masalan, burun qonashligi yoki bo‘shliqlarda zararlanish. Ammo bu vositalar allergik rinitni boshqarishda eng samarali hisoblanadi.

Immunoterapiya. Immunoterapiya – allergik rinitni davolashning uzoq muddatli, lekin samarali usulidir. Bu usulda bemor o‘zining allergiyasiga sabab bo‘layotgan moddaga qo‘shilib, unga nisbatan immunitetni rivojlantirishga yordam beradi. Biroq, bu usul vaqt talab qiluvchi va qimmat bo‘lishi mumkin. Immunoterapiya allergik rinitni to‘liq davolay olmasada, uni boshqarish imkonini beradi.

Xulosa. Allergik rinitni konservativ davolashda ko’plab usullar mavjud. Har bir dori vositasi o’zining afzalliklari va kamchiliklariga ega. Antigistaminlar allergik simptomlarni tezda kamaytirishga yordam beradi, ammo uzoq muddatli ta'sir ko’rrsatmaydi. Decongestantlar burun bitishini yengillashtirsada, uzoq muddatli foydalanish zararli bo‘lishi mumkin. Kortikosteroidlar esa eng samarali bo‘lib, uzoq muddatli davolashda yordam beradi. Immunoterapiya esa alohida hollarda qo’llanilishi mumkin. Eng samarali davolash usulini tanlash uchun bemorning holati va kasallikning og‘irligi inobatga olinishi lozim.

VAZOMOTOR RINITNI KOMPLEKS TASHXISLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

Nuriddinov H.N., Ochilov G’.G’.
Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston

Dolzarbligi. Vazomotor rinit (VMR) – etiologik va patogenetik jihatdan murakkab, surunkali burun kasalligidir. Burun orqali nafas olish buzilishi, aksirish, burun bitishi va burun oqishi bilan kechadigan bu kasallik aholining turli yosh guruhlari orasida uchrab, hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi. Uning allergik va neyrovegetativ shakllarini farqlash ko‘plab diagnostik muammolarni yuzaga keltiradi. Noto‘g‘ri tashxis esa davolash natijalarining samaradorligiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Shu sababli VMRni kompleks va zamonaviy usullar asosida tashxislash klinik amaliyotda dolzarb bo‘lib qolmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Vazomotor rinitning asosiy klinik shakllarini – allergik va neyrovegetativ turlarini aniqlashda klinik, instrumental va laborator tekshiruvlar majmuasidan foydalanib, ularni differensial tashxislash imkoniyatlarini o‘rganish hamda bu yondashuvlarning samaradorligini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot 2024-yil sentabrdan 2025-yil maygacha Buxoro shahridagi "LOR Med Center" klinikasida davolangan bemorlarda olib borildi. Tadqiqotda 50 nafar bemor (28 nafar ayol va 22 nafar erkak) qatnashdi. Ularning har biri shikoyatlari, kasallik tarixi, obyektiv ko‘rik natijalari, nazal endoskopiya, rinomanometriya, kompyuter tomografiyasi (MSKT) va laborator tahlillar (xususan, periferik qon tarkibida eozinofillar miqdori) asosida baholandi.

Natijalar va ularning muhokamasi. Tadqiqot natijalariga ko‘ra, 32 nafar bemorda (64%) allergik VMR, 18 nafarida (36%) esa neyrovegetativ shakl aniqlandi. Allergik shaklga ega bemorlarda qon tahlilida eozinofillarning sezilarli darajada ortishi kuzatildi, bu immun javob bilan bog‘liq holatni ko‘rsatadi. Neyrovegetativ shaklga ega bemorlarda esa bunday o‘zgarishlar qayd etilmadi, ammo simptomlar ko‘pincha stress, havo harorati va bosimining o‘zgarishi bilan bog‘liq holatda kechdi. Rinomanometriya orqali burun o‘tkazuvchanligining pasayishi darajasi, endoskopiya orqali esa shilliq qavatdagi o‘zgarishlar baholandi.

Xulosa. Vazomotor rinit shakllarini aniqlashda bemorning klinik shikoyatlari va anamnezi, qonning eozinofillar miqdori asosiy tashxis mezonlaridan biri bo‘lib xizmat qiladi. Shu bilan birga, instrumental tekshiruvlar (rinomanometriya, nazal endoskopiya va MSKT) orqali tashxisni aniqlashtirish va kasallik shaklini aniqlash mumkin. Kompleks yondashuv VMR diagnostikasida aniqlikni oshirish bilan birga, bemorlar uchun individual va samarali davolash rejalarini ishlab chiqishga imkon yaratadi.

VAZOMOTOR RINITNI DAVOLASHDA FITOTERAPIYA (ROMASHKA DAMLAMASI)DAN FOYDALANISH USTUNLIGI

Nuriddinov H.N., Ochilov G’.G’.
Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston

Dolzarbligi. Vazomotor rinit butun dunyo bo'ylab keng tarqalgan kasallik bo’lib hisoblanadi. Xususan O'zbekiston iqlim sharoitida chang, allergen va ifloslantiruvchi moddalarning ko’b bo’lishir ushbu kasallikning yanada keng tarqalishiga olib keladi.

Statistika ma'lumotlariga ko'ra, vazomotor rinit har yili millionlab insonlarda kuzatiladi va bu ko’rsatkich o'spirinlar va o'rta yoshli aholi o'rtasida keng tarqalganligi, ushbu kasalik uchun maxsus davo va proflaktik choralarni talab qiladi. Kasallikni davolash uchun yangi samarali va xavfsiz preparatlarni tanlash zarur. Har tomonlama organizmga past toksiklik va yuqori samaradorlikga ega bo’lgan, yallig‘lanishga qarshi ta’siri va tinchlantiruvchi xususiyatlarni o’zida jamlagan romashka damlamasi bu kasallikni davolash uchun qulay vosita bo’lib hisoblanadi.

*Tadqiqot maqsadi:*Vazomotor rinit bilan kasallangan bemorlarni davolashda romashka damlamasi bilan burun bo’shlig’ini yuvishni samaradorligini, xavfsizligini baholash va izotonik eritma bilan solishtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Ilmiy ish 2024-yilda BVKTTM Otorinolaringologiya bo’limi va “BUKHARA LOR MED CENTER ” klinikasida davolangan 40 nafar bemorni o’rganish natijalari asosida tuzilgan. Bemorlar 2 guruhga bo'lingan: a) taqqoslash guruhi- (10 nafar) burun bo’shlig’ini yuvishda izotonik eritmadan foydalanilgan, b) asosiy guruh- (30 nafar) burun bo’shlig’ini yuvishda romashka damlamasida foydalanilgan.

Tadqiqot natijalari: Taqqoslash guruhidagi bemorlar burni izotonik eritma yordamida yuvildi. Asosiy guruhdagi bemorlar burni esa romashka damlamasi bilan yuvildi. Natijada asosiy guruh bemorlarida kasallik taqqoslash guruhidagilarga qaraganda tezroq tuzaldi va kasallikning kechishi (kasallik simptomlari) yengillashdi.

Xulosa: Romashka damlamasi yallig‘lanishga qarshi ta’siri va tinchlantiruvchi xususiyatlari tufayli vazomotor rinitni yengillashtirishda izotonik eritmadan ko‘ra samaraliroq, ayniqsa yallig‘lanish darajasi yuqori bo‘lganda. Umumiy ko‘rsatkichlar bo‘yicha romashka damlamasining samaradorligi izotonik eritmadan 10-15% ga yuqori deb hisoblanadi.

SURUNKALI RINOSINUSITNI TURLI YOSH DAVRLARIDA TASHXISLASHDA ZAMONAVIY KLINIK-DIAGNOSTIK YONDASHUVLAR

Nurov U.I., Nuriddinov H.N., Muzafarov N.N.
Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston

Dolzarbligi. Surunkali rinosinusit (SRS) – yuqori nafas yo‘llarining keng tarqalgan yallig‘lanishli kasalliklaridan biri bo‘lib, burundan ajralma kelishi, burun bitishi, hid bilishning pasayishi yoki yo‘qolishi (giposmiya yoki anosmiya), yuz sohasida og‘riq va bosim kabi belgilarning 12 haftadan ortiq davom etishi bilan xarakterlanadi. Kasallik etiologiyasida virusli va bakterial infeksiyalar, umumiy immunitetning susayishi, burun to‘sig‘i deformatsiyasi, allergik omillar muhim rol o‘ynaydi. SRSning uchrash tezligi yoshga qarab o‘zgaradi. Shu sababli, kasallikni erta aniqlashda zamonaviy diagnostika yondashuvlarining ahamiyati ortib bormoqda. Zamonaviy texnologiyalar yordamida SRSni erta bosqichda aniqlash va unga individual yondashuv asosida samarali davolash choralarini ishlab chiqish dolzarb hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi. Turli yosh guruhlarida surunkali rinosinusitning uchrash tezligini aniqlash, klinik kechish xususiyatlarini baholash hamda zamonaviy tashxis usullarining (endonazal endoskopiya, MSKT va laborator ko‘rsatkichlar, ayniqsa eozinofil darajasi) diagnostik aniqligini o‘rganish. Shuningdek, har bir yosh davrida kasallikni erta aniqlash va to‘g‘ri tashxislashga imkon beruvchi optimal yondashuvlarni aniqlash orqali klinik amaliyotda individual yondashuvni shakllantirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot “Buxoro LOR MED CENTER” klinikasi sharoitida olib borildi. Tadqiqotga surunkali rinosinusit tashxisi qo‘yilgan 60 nafar turli yoshdagi bemorlar jalb etilgan. Bemorlarning klinik holati zamonaviy diagnostika yondashuvlari asosida baholandi. Tashxis qo‘yishda laborator tekshiruvlar, jumladan periferik qonda eozinofil darajasini aniqlash, paranazal sinuslarning kompyuter tomografiyasi(MSKT) orqali strukturaviy o‘zgarishlarni baholash hamda

endonazal endoskopiya yordamida burun va paranazal bo‘shliqlarning shilliq qavat holatini ko‘zdan kechirish asosiy vositalar sifatida qo‘llanildi. Har bir usul orqali kasallikning klinik ko‘rinishi, og‘irlik darajasi va tashxisning aniqligi o‘rganildi.

Natijalar va ularning muhokamasi. Yosh guruhlariga qarab SRS klinik kechishida farqlar kuzatildi. Bolalar guruhida kasallik nisbatan yuqori aniqlanmoqda, o‘rta yoshdagi bemorlarda barqaror uchrash darajasi, keksalarda esa pastroq ko‘rsatkichlar qayd etilmoqda. Zamonaviy diagnostik usullar yallig‘lanish o‘choqlarini aniqlash va klinik belgilarning og‘irlik darajasini baholashda sezilarli ustunlik bermoqda.

Xulosa. Surunkali rinosinusitni turli yosh davrlarida tashxislashda individual yondashuvlar klinik natijalarni yaxshilaydi. Zamonaviy diagnostika usullari — endonazal endoskopiya, MSKT va laborator markerlar (eozinofiliya) kompleks qo‘llanganda kasallikni erta aniqlash va to‘g‘ri davolash imkonini beradi. Bolalarda allergik testlar, kattalarda stomatologik omillarni aniqlash, keksalarda esa immunologik monitoring olib borish muhim ahamiyat kasb etadi. Bu yondashuv SRSni erta tashxislash va individual davolash strategiyasini shakllantirishga xizmat qiladi.

BOLALARDA SURUNKALI RINOSINUSITNI TASHXISLASHDA ENDOSKOPIK RINOSKOPIYANING AHAMIYATI

Radjabov A.H., Pardayev F.M.
Toshkent pediatriya tibbiyot institute. Toshkent, O’zbekiston
Buxoro davlat tibbiyot instituti. Buxoro, O’zbekiston

Kirish: Surunkali rinosinusit (SR) bolalar orasida keng tarqalgan respirator kasalliklardan bo‘lib, to‘liq sog‘aymasdan uzoq davom etuvchi burun va yondosh bo‘shliqlarning yallig‘lanishi bilan xarakterlanadi. SRning to‘g‘ri tashxisi klinik davolash samaradorligini oshirishda muhim rol o‘ynaydi. An’anaviy rinoskopiya usullari yetarli axborot bera olmaganda, endoskopik rinoskopiya eng aniq va vizual tashxis vositasi sifatida ajralib turadi. Ushbu tadqiqot bolalarda SRni tashxislashda endoskopik rinoskopiyaning diagnostik ahamiyatini baholashga bag‘ishlandi. An’anaviy tekshiruv usullari (oldingi va orqa rinoskopiya) SRni to‘liq aniqlashda yetarli bo‘lmasligi mumkin. Ayniqsa, bolalarda burun anatomiyasining torligi, bemorning tekshiruvga tayyor emasligi yoki simptomlarning noaniqligi tashxisni murakkablashtiradi. Endoskopik rinoskopiya bu borada aniqlik, aniqlik va xavfsizlikni ta'minlaydi. U yondosh patologiyalarni (adenoidlar, poliplar, burun to’sig’i egriligi) ko‘rsatishda, shuningdek, davolash monitoringida muhim vosita hisoblanadi.

Maqsad: Bolalarda surunkali rinosinusitni tashxislashda endoskopik rinoskopiyaning diagnostik imkoniyatlarini baholash, u orqali aniqlanadigan morfologik o‘zgarishlar va klinik belgilarning o‘zaro bog‘liqligini aniqlash.

Material va metodlar: Tadqiqot 2024–2025 yillarda Buxoro viloyat bolalar ko’p tarmoqli tibbiyot markazi poliklinikasining otorinolaringologiya bo‘limida olib borilgan. 3–14 yoshdagi SR belgilari mavjud bo‘lgan 72 nafar bola tahlil qilindi. Barcha bemorlarga.

Klinik ko‘rik
Oldingi va orqa rinoskopiya
Endoskopik rinoskopiya
MSKT tekshiruv (zarurat bo‘yicha) qo‘llanildi.

Endoskopik rinoskopiya 2.7 mm diametrli bolalar burun endoskopi yordamida amalga oshirildi. Har bir holatda vizual belgilar va ularning klinik simptomlar bilan bog‘liqligi qayd etildi.

Tadqiqot natijalari

Endoskopik rinoskopiya orqali aniqlangan o‘zgarishlar:
Burun shilliq qavati giperemiyasi va shish – 90% (65 bemor)
Yiringli ajralma – 78% (56 bemor)
Orqa burun devoridagi ajralma – 65% (47 bemor)
Adenoid vegetatsiyalar – 53% (38 bemor)
Burun to‘sig‘ining egriligi – 31% (22 bemor)
Burun poliplari – 11% (8 bemor)

Endoskopik tashxis an’anaviy rinoskopiyaga nisbatan diagnostik aniqlikni oshirdi:

Faqat an’anaviy usulda SR to‘liq baholangan holatlar – 43%

Endoskopik rinoskopiya yordamida tashxis aniqlashtirilgan holatlar – 57%

Tashxisdan so‘ng davo rejasining o‘zgarishi:

29 nafar bemorda endoskopik ko‘rik natijasida ilgari aniqlanmagan asoratlar aniqlanib, qo‘shimcha davo choralariga ehtiyoj tug‘ildi (masalan, adenotomiya, maxsus irrigatsion yuvish, polipektomiya).

Xulosa: Bolalarda surunkali rinosinusitni aniqlashda endoskopik rinoskopiya an’anaviy usullarga nisbatan ancha yuqori aniqlik bilan ajralib turadi. Ushbu usul yordamida burun bo‘shlig‘i va yondosh bo’shliqlar holatini bevosita, real vaqt rejimida baholash mumkin. Bu esa tashxisni aniq qo‘yish, individual yondashuv asosida davolash rejasini tuzish va asoratlarning oldini olish imkonini beradi. Bolalar otorinolaringologiyasida endoskopik tashxis usullarining keng joriy etilishi bolalar salomatligini saqlashda samarali natijalarga olib keladi.

YUQORI LAB VA TANGLAY TUG’MA KEMTIKLI BOLALARDA BURUN BO’SHLIG’I VA BURUN YONDOSH BO’SHLIQLARI PATOLOGIYASINI ENDOSKOPIK TASHXISLASH

Raximova M.G’.

Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya va bosh-bo’yin kasalliklari ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent

Dolzarbligi: Yuqori lab va tanglay tug‘ma kemtikliklari — bolalar orasida keng tarqalgan anomaliyalardan biri bo‘lib, nafaqat estetik, balki funksional buzilishlarga ham olib keladi. Yuqori lab va tanglay tug‘ma kemtikli bolalarda burun bo‘shlig‘i va yondosh bo‘shliqlardagi o‘zgarishlar ko‘p hollarda yuz-jag‘ jarrohligi doirasida qolib ketadi, LOR mutaxassislarining rolini yetarlicha aks ettirmaydi. Shuning uchun mazkur tadqiqot yuqori lab va tanglay tug‘ma kemtikli bolalarda jarrohlik davolashning turli bosqichlarida burun va yondosh bo‘shliqlar patologiyasini endoskopik usullarda o‘rganishga bag‘ishlandi.

Tadqiqot maqsadi: Yuqori lab va tanglay tug‘ma kemtikli bolalarda burun va burun yondosh bo‘shliqlari patologiyasini tashxislash aniqligini oshirishga qaratilgan samarali diagnostik chora-tadbirlar majmuasini ishlab chiqish va asoslash.

Tadqiqot vazifalari:

1. Burun va burun yondosh bo‘shliqlarini klinik va morfologik xususiyatlarini o‘rganish.
2. Ushbu patologiyalarni tashxislashning mavjud usullarini tahlil qilish.
3. Diagnostikaning eng ma’lumotli va qulay usullarini aniqlash.

Materiallar va usullar: Tekshiruv 2023 yil sentabrdan 2025 yil maygacha bo‘lgan davrda olib borildi. Tadqiqotga yuqori lab va tanglay tug‘ma kemtikli tashxisi bilan 1 oydan 18 yoshgacha bo‘lgan 78 nafar bemor (45 o‘g‘il, 33 qiz) jalb etildi. Bemorlar 5 ta yosh guruhiga bo‘lindi va har bir bosqichda klinik, instrumental va nurli tekshiruvlar o‘tkazildi:

- Klinik: anamnez, umumiy ko‘rik.
- Instrumental: endoskopiya (transnazal va transoral), qattiq optika (0°, 30°, 45°, 70°).
- Burun yondosh bo‘shliqlar kompyuter tomografiyasi (KT).

Bemorlarga birlamchi xeylorinoplastika, yumshoq va qattiq tanglay plastikasi, alveolyar o‘simta osteoplastikasi, septoplastika va boshqa LOR jarrohlik muolajalari turli bosqichlarda amalga oshirildi.

Muhokama: Tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, yuqori lab va tanglay tug‘ma kemtikli bolalarda burun va burun yondosh bo‘shliqlar patologiyalari juda ko‘p uchraydi va ularni faqat jarrohlik yo‘li bilan hal qilish yetarli emas. Endoskopik tashxis nafaqat aniq diagnostika, balki jarrohlikdan oldingi rejalashtirish va reabilitatsiya samaradorligini oshirishda muhim ahamiyat kasb etadi. Bemorlarni har bir bosqichda endoskopik tekshirish jarrohlik natijalarini baholash va asoratlarni oldini olish imkonini beradi.

Xulosa: Yuqori lab va tanglay tug‘ma kemtikli bolalarda burun va yondosh bo‘shliqlar patologiyalarini erta aniqlash, to‘g‘ri tashxislash va davolashda endoskopik usullar muhim rol o‘ynaydi. Tadqiqot natijalariga asoslanib, ushbu kontingentdagi bemorlarni tekshirish va davolash

uchun kompleks, bosqichma-bosqich yondashuv zarurligi ta’kidlanadi. Bu nafaqat nafas olish funksiyasini yaxshilaydi, balki ovoz, eshitish va umumiy hayot sifatini ham oshiradi.

O‘TKIR YALLIG‘LANISH KASALLIKLARIDA BURUN BO‘SHLIG‘INING KOMPLEKS DAVOLASHINI OPTIMALLASHTIRISHNING ILMIY ASOSLARI

Abdullayeva N.N., Rejavaliyev Sh.N.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Annotatsiya. Ushbu maqola burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarini kompleks davolashni optimallashtirishning ilmiy asoslariga bag‘ishlangan. Maqolada, burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari (masalan, rinit, sinüzit, allergik rinit va boshqalar)ni davolashda qo‘llaniladigan zamonaviy yondashuvlar, diagnostika usullari va davolash metodlari tahlil qilinadi. O‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarining etiologiyasi, davolashda ishlatiladigan farmakologik, biologik va fizioterapiya usullari ko‘rib chiqiladi. Shaxsiylashtirilgan davolash yondashuvlari va kompleks davolashning samaradorligini oshirish usullari muhokama qilinadi. Maqola, burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarini davolashda innovatsion metodlarni qo‘llash va bemorning individual holatiga mos ravishda davolash usullarini optimallashtirish zarurligini ko‘rsatadi.

Kalit so`zlar: burun bo‘shligi, o‘tkir yallig‘lanish, allergik rinit, davolash, kompleks davolash, farmakologik usullar, biologik davolash, fizioterapiya.

Kirish. Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari (obstruktiv rinit, sinüzit, allergik rinit va boshqa turli yallig‘lanish kasalliklari) nafaqat bemorlarning hayot sifatini pasaytiradi, balki ular turli xil asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Bu kasalliklar global miqyosda keng tarqalgan va salomatlik uchun jiddiy xavf tug‘diradi. Burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklari ko‘pincha virüslar yoki bakteriyalar tomonidan keltiriladi va ular nafas olish tizimi va organizmning umumiy holatiga salbiy ta'sir ko‘rsatadi. Shuning uchun ushbu kasalliklarni davolashda samarali va kompleks yondashuvlarni ishlab chiqish muhimdir. Bugungi kunda o‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarini davolashda turli xil usullar qo‘llaniladi, masalan, dori-darmonlar, fizioterapiya, immunoterapiya va boshqa zamonaviy usullar. Bu usullarni kompleks tarzda qo‘llash bemorlarning sog‘lig‘ini tezda tiklashga yordam beradi va kasallikning qaytalanishining oldini olishga xizmat qiladi. Tadqiqotlar va ilmiy izlanishlar bu davolash usullarining samaradorligini, xavfsizligini va samaradorlikni yanada optimallashtirishni talab qilmoqda.

Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari – bu yuqori nafas yo‘llarining yallig‘lanishi bilan kechadigan patologiyalardir. Bu kasalliklar ko‘plab simptomlar bilan namoyon bo‘ladi, jumladan burun tiqilishi, burun oqishi, bosh og‘rig‘i, yo‘tal, qichishish va boshqalar. Burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanishi ko‘plab viruslar, bakteriyalar va allergenlar tomonidan yuzaga kelishi mumkin. Masalan, rinoviruslar, adenoviruslar, streptokokklar va stafilokokklar burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanishiga sabab bo‘lishi mumkin (Fokkens et al., 2020).

Yallig‘lanishning asosan ikki turdagi etiologiyasi mavjud: virusli va bakterial. Virusli infeksiyalar burun bo‘shlig‘ida va sinüüzitda eng ko‘p uchraydigan sabablardan biridir. Bakterial infektsiyalar esa, odatda, viral infeksiyalardan keyin rivojlanib, xronik holatga o‘tishi mumkin. O‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanishi yuqori nafas yo‘llarining kasalliklarini kuchaytirishi mumkin va ba'zan bo‘shliqlarni to‘liq bloklab qo‘yishi mumkin. Sinüzitda yallig‘lanish sinuslar ichida suyuqlik yig‘ilishiga olib keladi, bu esa burun tiqilishi va og‘riqni keltirib chiqaradi.

O‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarini davolashda ko‘plab usullar qo‘llanadi. Davolashning asosiy yo‘nalishlari simptomlarni kamaytirish, infeksiyani yo‘qotish va yallig‘lanishni bartaraf etishga qaratilgan. Har bir bemor uchun eng samarali davolashni tanlashda kasallikning turi, davomiyligi, va bemorning umumiy holati hisobga olinadi.

Farmakologik davolash o‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarini davolashda asosiy usul hisoblanadi. Antibakterial, antivirus, dekongestantlar va kortikosteroidlar kabi dori vositalari keng qo‘llaniladi.

Antibiotiklar: Bakterial sinüzitda antibiotiklar eng samarali davolash usulidir. Amoksitsillin-klavulanat, doxitsiklin, azitromitsin kabi antibiotiklar bakterial infektsiyalarni davolashda qo‘llanadi (Brook & Foote, 2006).

Antiviral preparatlar: Virusli burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarida antiviral preparatlar, masalan, oseltamivir va rimantadin qo‘llanadi.

Dekongestantlar: Burun tiqilishini kamaytirish uchun fenilefrin va pseudoefedrin kabi dekongestantlar ishlatiladi. Bu dorilar burun qon tomirlarini toraytirish orqali burun bo‘shlig‘idagi shishishni kamaytiradi.

Kortikosteroidlar: Burun mukozasidagi yallig‘lanishni kamaytirish uchun intranasal kortikosteroidlar, masalan, flutikazon va mometazon ishlatiladi. Bu dorilar burun bo‘shlig‘idagi shishishni kamaytiradi va simptomlarni yengillashtiradi.

Biologik preparatlar va immunoterapiya o‘tkir va xronik sinüzitda va allergik rinitda samarali davolash usullaridan hisoblanadi. Dupilumab kabi biologik preparatlar, masalan, immun tizimini maqsad qilib, allergik yallig‘lanishni kamaytirishda samarali bo‘lishi mumkin (Bachert et al., 2018). Shuningdek, allergik rinitni davolashda allergenlarga nisbatan immunoterapiya ham qo‘llaniladi. Bu usul immun tizimini o‘rgatish orqali allergik reaktsiyalarni kamaytiradi.

Fizioterapiya o‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarini davolashda muhim o‘rin tutadi. Burun yuvish, issiqlik terapiyasi va inhalatsiyalar kabi usullar simptomlarni kamaytiradi va bemorning holatini yaxshilaydi. Burun yuvish salinli eritmalar bilan amalga oshiriladi, bu esa burun yo‘llaridagi mukusni chiqarishga yordam beradi. Inhalatsiyalar esa yallig‘lanishni kamaytirishga yordam beradi.

Shaxsiylashtirilgan davolash yondashuvlari har bir bemorning individual ehtiyojlariga mos ravishda davolash usullarini tanlashni nazarda tutadi. Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarida shaxsiylashtirilgan yondashuvlar asosan allergik reaktsiyalarni, infektsiyalarni va boshqa individual omillarni hisobga olib, davolashni optimallashtirishga yordam beradi. Bemorning klinik holati, kasallikning turi va boshqa faktorlar asosida dori-darmonlar va davolash usullari tanlanadi.

O‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarini davolashda kompleks yondashuvlar juda muhimdir. Bemorning klinik holatiga qarab bir nechta usullarni birlashtirish orqali davolash samaradorligini oshirish mumkin. Masalan, dori-darmonlar bilan davolashni fizioterapiya yoki biologik davolash bilan birgalikda qo‘llash simptomlarni tezda kamaytirishga yordam beradi. Bundan tashqari, bemorlarni davolash jarayonida individual maslahatlar va tarbiyalash ham muhim ahamiyatga ega. Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarini davolashda zamonaviy yondashuvlar va usullar samarali bo‘lishi mumkin. Ularning kompleks qo‘llanilishi davolashning tez va samarali bo‘lishini ta'minlaydi. Shaxsiylashtirilgan davolash, biologik preparatlar, fizioterapiya va boshqa yangi metodlar burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarini optimallashtirilgan tarzda davolash imkonini beradi. O‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklari nafaqat sog‘likka salbiy ta’sir ko‘rsatadi, balki bemorlarning hayot sifatini ham pasaytiradi. Ushbu kasalliklar keng tarqalgan va turli sabablar bilan yuzaga keladi. Kasalliklarning etiologiyasi va klinik ifodalarini tushunish, davolashda samarali yondashuvlarni qo‘llashda asosiy omillardir. Maqolada burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarini kompleks davolashni optimallashtirishning ilmiy asoslari tahlil qilindi. Davolashda samarali va tezkor natijalarga erishish uchun multidistsiplinar yondashuvlar va zamonaviy metodlar qo‘llanilishi zarurligini ko‘rsatdi.

Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari turli sabablarga ko‘ra yuzaga keladi. Viruslar, bakteriyalar va allergenlar eng asosiy etiologik omillardan hisoblanadi. Viruslar, ayniqsa rinoviruslar, burun bo‘shlig‘idagi yallig‘lanishni keltirib chiqaruvchi eng keng tarqalgan sababdir. Bakterial infektsiyalar esa, odatda, viral infeksiyalardan keyin rivojlanadi va ularning og‘irligi kasallikning kechishiga ta’sir ko‘rsatadi. Sinüzitda bakteriyalarning roli katta bo‘lib, yallig‘lanish jarayoni burun bo‘shlig‘ining o‘ziga xos shikastlanishiga olib keladi. Bu esa o‘z navbatida, kasallikning qaytalanishi va uzoq davom etishiga sabab bo‘ladi. Shuning uchun, kasallikning etiologiyasi va uni aniqlash uchun to‘g‘ri diagnostik metodlarni tanlash juda muhimdir.

Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarida davolashda farmakologik va biologik usullarni qo‘llashning ahamiyati kattadir. Antibiotiklar bakterial infektsiyalarni davolashda asosiy vosita hisoblanadi. Ammo, antibiotiklar faqat bakterial infektsiyalarda samarali bo‘ladi, shuning uchun ularni bejiz ishlatishdan saqlanish kerak. Virusli infektsiyalarni davolashda antivirus preparatlar va simptomatik vositalar qo‘llaniladi. Virusli infeksiya holatlarida, odatda, antibiotiklar samarali bo‘lmaydi, shuning uchun ular kerakli hollarda va faqat shifokor nazorati ostida qo‘llanilishi lozim. Biologik preparatlar, ayniqsa, allergik rinit va xronik sinüzitni davolashda samarali hisoblanadi. Masalan, dupilumab kabi biologik preparatlar allergik yallig‘lanishni samarali kamaytirishi mumkin. Bularning barchasi shuni ko‘rsatadiki, har bir kasallik turi uchun to‘g‘ri dori tanlash va bemorning individual holatiga moslashtirish zarur.

Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarida fizioterapiya va qo‘shimcha davolash usullarining o‘rni juda katta. Burun yuvish, issiqlik terapiyasi, inhalatsiyalar va boshqa fizioterapevtik usullar yallig‘lanishni kamaytirish va bemorning holatini yaxshilashda samarali bo‘ladi. Burun yuvish orqali burun bo‘shlig‘idagi mukusni chiqarib tashlash, burun tiqilishini kamaytirish va bemorning nafas olishini osonlashtirish mumkin. Inhalatsiyalar esa yallig‘lanishni kamaytirish, muqozaning shishishini bartaraf etishda yordam beradi.

Shuningdek, fizioterapiya usullari burun bo‘shlig‘idagi qon aylanishini yaxshilash, mukozalarning tiklanish jarayonini tezlashtirishga xizmat qiladi. Yangi texnologiyalar va usullarni qo‘llash, shuningdek, bemorning individual ehtiyojlariga moslashtirilgan davolash usullarini tanlashda ahamiyatlidir.

O‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarini davolashda kompleks yondashuvni qo‘llash muhimdir. Farmakologik davolashni fizioterapiya, biologik davolash va shaxsiylashtirilgan yondashuvlar bilan birlashtirish davolashning samaradorligini oshiradi. Bir nechta usullarni birgalikda qo‘llash, bemorning holatini tezda yaxshilashga yordam beradi va kasallikning qaytalanishining oldini olishga xizmat qiladi. Shuningdek, yangi ilmiy tadqiqotlar va innovatsion texnologiyalar, davolash usullarini yanada samaraliroq qilishga yordam beradi. Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarini davolashda kompleks va shaxsiylashtirilgan yondashuvlarning ahamiyati juda katta. Zamonaviy diagnostika va davolash metodlari yordamida kasalliklarni samarali boshqarish mumkin. Yuqorida keltirilgan ilmiy izlanishlar va klinik tajribalar shuni ko‘rsatadiki, kasallikni davolashda multidistsiplinar yondashuvlar, dori-darmonlar, fizioterapiya va innovatsion metodlar birgalikda qo‘llanilishi kerak. Bemorning individual ehtiyojlarini inobatga olish, davolashning samaradorligini oshirish va ularning hayot sifatini yaxshilashga xizmat qiladi.

Xulosa. Burun bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari bugungi kunda keng tarqalgan va ko‘plab bemorlar uchun salomatlikni xavf ostiga qo‘yadigan muammo hisoblanadi. Ushbu kasalliklar nafaqat bemorlarning hayot sifatini pasaytiradi, balki ular organizmning boshqa tizimlariga ham salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. O‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarining samarali davolanishi uchun zamonaviy diagnostika va davolash usullarini qo‘llash zarur. Bu usullarni kompleks tarzda birlashtirish, kasallikni tez va samarali davolash imkonini beradi. Umuman olganda, o‘tkir burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklarining kompleks davolashini optimallashtirishda multidistsiplinar yondashuvlar va zamonaviy ilmiy yondashuvlar asosida bemorning holatini yaxshilash, kasallikning samarali davolanishini ta’minlash va sog‘likni saqlashda katta ahamiyatga ega.

CHANGES IN THE RHEOLOGICAL PROPERTIES OF BLOOD IN PATIENTS WITH RHINOSINUSITIS AFTER CORONAVIRUS INFECTION

Shamsiev D.F., Ismoilov I.I.

Department of Otorhinolaryngology, Tashkent State Medical University

Relevance. In recent decades, dangerous viral diseases have replaced historic epidemics such as plague and typhus. The COVID-19 pandemic has had an unprecedented global impact. Understanding the pathogenesis of purulent-inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses is impossible without a comprehensive assessment of homeostatic mechanisms, especially microcirculation, which largely depends on the rheological (flow) properties of blood.

SARS-CoV-2, the causative agent of COVID-19, spread rapidly to more than 200 countries. According to fundamental laws of fluid dynamics, increased viscosity reduces flow velocity and requires greater energy expenditure. Thus, worsening blood rheology directly impairs microcirculation. Microcirculatory dysfunction often appears earlier—and resolves later—than the clinical symptoms of disease.

Materials and Methods. We examined the rheological properties of blood in 55 patients with rhinosinusitis after coronavirus infection. The following parameters were measured: blood viscosity, erythrocyte aggregation index, erythrocyte deformability, mean erythrocyte volume, hematocrit, fibrinogen levels, and erythrocyte morphology.

Given that the severity of hemorheological disorders correlates with the level of intoxication and the extent of inflammation, patients were divided into three groups: Acute rhinosinusitis; Chronic rhinosinusitis; Rhinosinusitis with complications following coronavirus infection A control group included 20 healthy blood donors.

Results. All patients with post-COVID rhinosinusitis demonstrated significant impairments in blood rheology. The severity of these changes depended not only on the type of rhinosinusitis but also on the intensity of the disease and degree of systemic intoxication. Blood viscosity increased in proportion to the extent of the inflammatory process and the severity of tissue destruction, with the most pronounced changes observed in the third group.

Erythrocyte aggregation was significantly elevated in all patients. As the inflammatory process became more widespread, both the number and size of erythrocyte aggregates increased (sludge syndrome). Modern hemorheology also emphasizes the importance of erythrocyte deformability—their ability to reversibly change shape to pass through capillaries narrower than their diameter. Reduced deformability leads to increased viscosity and impaired microcirculation.

In all groups, erythrocyte deformability was reduced, with the degree of impairment rising in parallel with disease severity, reaching 10.2 ± 0.169 (normal: 7.14 ± 0.054).

Conclusion. Post-COVID rhinosinusitis is characterized by intravascular erythrocyte aggregation and reduced reversible deformability. These changes increase whole blood viscosity, making microvascular blood flow significantly more difficult as disease severity increases.

LONG-TERM EVALUATION OF SEPTOPLASTY OUTCOMES IN NASAL SEPTUM DEFORMITIES

Shaynazarov M.F., Azimov J.Sh., Jamshidov F. J.
Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Introduction. Nasal septum alteration is a common pathology leading to chronic nasal obstruction, impaired respiration, headache, epistaxis, and the development of inflammatory diseases. In recent decades, the introduction of endoscopic septoplasty techniques has significantly reduced the extent of the invading process inherent in surgical interventions, shortened the length of convalescence, and improved aesthetic outcomes. However, postoperative complications, such as inadequate correction of respiration in the nose, still represent serious clinical problems. For this reason, the evaluation of the efficiency of the current surgical interventions in the correction of nasal septum deviation and complicating diseases is of particular importance.

Aim. To assess the clinical efficacy of endoscopic septoplasty by determining the functioning of nasal breathing, quality of life, and the frequency of complications after the intervention in patients who underwent the intervention.

Materials and Methods. A total of 34 patients diagnosed with nasal septal deviation were included in the study. Of them, 20 (58.8%) were male and 14 (41.2%) were female, with a mean age of 32.4 ± 8.7 years. All patients underwent endoscopic septoplasty. Before surgery, each patient underwent endoscopic examination of the nasal cavity, nasal airflow measurement by rhinomanometry, and subjective assessment of breathing using the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. The surgeries were performed under local or general anesthesia using modern endoscopic techniques. Special attention was paid to minimizing mucosal trauma and restoring the physiological alignment of cartilaginous and bony structures. Postoperatively, patients

were prescribed mild decongestants, antiseptic solutions, and agents promoting mucosal regeneration. The follow-up period lasted 12 months, with evaluations at 1, 3, 6, and 12 months post-surgery. Nasal function was assessed using rhinomanometry, endoscopic control, the NOSE scale, and the SF-36 quality of life questionnaire. Statistical analysis was performed using the Student's t-test and χ^2 test, with $p<0.05$ considered statistically significant.

Results. A total of 34 patients who received septoplasty were monitored over a period of 12 months. Within the initial month following surgery, a significant enhancement in nasal breathing was noted, with the majority of patients experiencing complete alleviation of symptoms related to nasal obstruction. The average NOSE score exhibited a reduction by a factor of three when compared to preoperative values. At both the 6- and 12-month follow-up assessments, the outcomes remained consistent, as over 90% of patients demonstrated a full restoration of nasal function. Rhinomanometry findings indicated a considerable enhancement in nasal airflow; specifically, the mean preoperative airflow was 400 ml/s, which rose to 560 ml/s postoperatively, accompanied by a corresponding decrease in intranasal resistance. Endoscopic assessments showed complete mucosal healing in 29 patients, mild edema in 4 patients, and a small anterior perforation in 1 patient. Postoperative complications were minimal, including mild epistaxis in 3 instances and mild inflammation in 2 instances, all of which were managed through conservative measures. Analysis of the SF-36 questionnaire revealed a notable improvement in patients' overall well-being, sleep quality, and levels of physical activity. In summary, 31 patients (91.2%) attained full functional recovery, 2 patients (5.9%) experienced partial improvement, and 1 patient (2.9%) exhibited minimal residual deformity. These results suggest that septoplasty promotes a high rate of functional recovery while presenting a low incidence of complications.

Conclusion. Endoscopic septoplasty is a very efficient and safe surgical method for the correction of nasal breathing disorders due to septal deviation. The results of the current study demonstrate significant improvement in both objective and subjective assessments of nasal respiration, quality of life, and low frequency of postoperative complications. This approach preserves the physiological integrity of the mucosa, minimizes trauma, and facilitates quick healing. By compensating for individual anatomical variability before surgery, the success is further enhanced. Endoscopic approaches represent the epitome of the minimally invasive, functional, and aesthetically favorable standard, whose further increased usage is predicted in the rhinologic practice nowadays.

IMMUNOLOGICAL AND ALLERGIC PATHWAYS IN CHRONIC POLYPOID RHINOSINUSITIS

Sultonov D.M., Vokhidov U.N.

Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Otorhinolaryngology and Head & Neck Diseases

Introduction. Chronic polypoid rhinosinusitis (CPRS) is a persistent inflammation of the nasal and sinus mucosa, often resulting in polyp formation. It is widely recognized that allergic sensitization plays a significant role in disease persistence and severity. Immune-mediated mechanisms, particularly those involving IgE and eosinophils, contribute to mucosal swelling and tissue remodeling.

Aim of this study. This study aimed to identify specific allergic and immunological markers associated with CPRS, with a focus on understanding its underlying pathophysiology.

Results. Patients diagnosed with CPRS exhibited elevated serum levels of allergen-specific IgE, indicating active allergic sensitization. Cytokine profiling revealed a skew toward Th2-mediated immune responses, characterized by increased IL-4, IL-5, and IL-13 expression. Histopathological examination confirmed dense eosinophilic infiltration and chronic epithelial changes. These findings collectively reinforce the hypothesis that allergic mechanisms drive both inflammation and structural alterations within the sinonasal mucosa.

Conclusion. The study highlights the substantial role of allergy-driven immune responses in CPRS pathogenesis. Personalized immunomodulatory treatments, including biologics targeting Th2 cytokines or IgE, could offer improved disease management and long-term symptom control.

Keywords: chronic rhinosinusitis, nasal polyps, IgE-mediated allergy, eosinophilic inflammation

VAZOTOMIYA AMALIYOTIDAN KEYINGI HOLATLARDA BURUN BO‘SHLIG’I SHILLIQ QAVATINING REGENERATSIYASINI TEZLASHTIRISH USULLARI

Suyunova D., Shaumarov A.Z.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent, O‘zbekiston Respublikasi

Kirish: Vazomotor rinit — burun shilliq qavatining vegetativ innervatsiya disbalansi va qon tomir tonusining buzilishi bilan xarakterlanadigan surunkali kasallikdir. Konservativ davolash natija bermagan hollarda vazotomiya kabi jarrohlik usullar qo‘llaniladi. Vazotomiya nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini yaxshilasa-da, operatsiyadan keyingi davrda shilliq qavatning regeneratsiyasi sekin kechishi mumkin. Bu holat bemorda burun quruqligi, qichishish, yallig‘lanish va nafas olishda noqulaylik kabi shikoyatlarning uzoq davom etishiga sabab bo‘ladi.

Shilliq qavat regeneratsiyasini tezlashtirish operatsiyadan keyingi reabilitatsiya jarayonining muhim bosqichidir. So‘nggi yillarda fizioterapevtik usullar (ultrabinafsha nurlanish, past intensivlikdagi lazer terapiyasi), mahalliy regeneratsiyani rag‘batlantiruvchi preparatlar (dekspantenol, gialuron kislotasi) va mikroiqlimni optimallashtirish choralaridan keng foydalanilmoqda. Ushbu tadqiqot vazotomiyadan so‘ng shilliq qavat tiklanishini tezlashtirishning samarali kompleks usullarini aniqlashga qaratildi.

Materiallar va usullar: Ushbu ilmiy ish uchun 2024–2025 yillar davomida Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya markazining otorinolaringologiya bo‘limida davolangan 48 nafar bemorda olib borildi. Bemorlarning yoshi 18 dan 55 yoshgacha bo‘lib, ularning 27 nafari erkak, 21 nafari ayollardan iborat edi.

Barcha bemorlar tasodifiy tanlash yo‘li bilan ikkita guruhga bo‘lindi:

• Asosiy guruh (n=24) — operatsiyadan keyingi davrda shilliq qavat regeneratsiyasini tezlashtirish maqsadida kompleks reabilitatsiya dasturi qo‘llanildi:

• burun bo‘shlig‘ini izotonik eritma bilan muntazam yuvish;

• dekspantenol asosidagi regenerant gelni kuniga 2 marta qo‘llash;

• past intensivlikdagi lazer terapiyasi (0,63 mkm, 3–5 mVt, kuniga 1 marta, 5 seans);

• xona havosini namlash va optimal mikroiqlimni saqlash bo‘yicha tavsiyalar.

• Nazorat guruhi (n=24) — standart jarrohlikdan keyingi davolash (antiseptik yuvish, moyli tomchilar) qo‘llanildi.

Baholash mezonlari quyidagilar bo‘yicha o‘tkazildi:

1. Sub’ektiv shikoyatlar — burun quruqligi, qichishish, burun nafasidagi qiyinchilik, vizual analog shkalada (VASh, 0–10 ball) qayd etildi.

2. Endoskopik baholash — burun shilliq qavatining ranggi, namligi, shish darajasi va epitelizatsiya holati (0–3 ballik shkalada).

3. Tiklanish muddati — to‘liq epitelizatsiya va normal shilliq qavat ko‘rinishi qayta tiklangan kunlar soni.

Olingan natijalar: Tadqiqot natijalariga ko‘ra, asosiy guruh bemorlarida operatsiyadan keyingi davrda shilliq qavat regeneratsiyasi tezroq kechdi.

• Epitelizatsiya muddati asosiy guruhda o‘rtacha 10,2 ± 1,4 kun, nazorat guruhida esa 14,6 ± 1,8 kun bo‘ldi ($p<0,05$).

• Sub’ektiv shikoyatlar bo‘yicha VAS ballari 7-kuni asosiy guruhda 3,1 ± 0,9 ball, nazorat guruhida 5,4 ± 1,1 ballni tashkil etdi ($p<0,05$).

• Endoskopik baholash natijalari asosiy guruhda 10-kuni shilliq qavatning to‘liq namlanishi va normal rangga qaytishi 83,3 % hollarda kuzatilgan bo‘lsa, nazorat guruhida bu ko‘rsatkich 54,1 % ni tashkil etdi.

Xulosa: Vazotomiya amaliyotidan keyingi davrda shilliq qavat regeneratsiyasini tezlashtirish maqsadida izotonik eritma bilan muntazam yuvish, dekspantenol asosidagi regenerant vositalar, past intensivlikdagi lazer terapiyasi va optimal mikroiqlimni ta’minlash kabi kompleks choralar qo‘llanilishi samarali natija berdi.

Bu usullar operatsiyadan keyingi davrni yengillashtiradi, tiklanish muddatini 4–5 kunga qisqartiradi va bemorlarning umumiy hayot sifatini yaxshilaydi.

VAZOTOMIYADAN KEYIN SHILLIQ QAVAT REGENERATSIYASINI TEZLASHTIRISH USULLARI

Suyunova D., Shaumarov A.Z.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti magistratura talabasi

Annotatsiya: Vazomotor rinitni jarrohlik davolashda qo‘llaniladigan vazotomiya burun shilliq qavatining qon ta’minotini kamaytirib, burun nafasini tiklashga yordam beradi. Biroq operatsiyadan keyingi davrda shilliq qavatning regeneratsiya jarayoni sekin kechishi, yallig‘lanish va quruqlik simptomlarining uzoq davom etishi kuzatiladi. Ushbu tadqiqotda vazotomiyadan keyin shilliq qavat tiklanishini tezlashtirish maqsadida fizioterapiya, topikal regenerant preparatlar va mikroiqlimni optimallashtirish usullari qo‘llanildi. Klinik kuzatuv natijalari, burun bo‘shlig‘ining endoskopik baholash va sub’ektiv simptomlar tahlili asosida regeneratsiya tezligi va sifatidagi o‘zgarishlar baholandi. Natijalar tanlangan kompleks usullar shilliq qavat tiklanish davrini qisqartirib, bemorlarning reabilitatsiya jarayonini yengillashtirishini ko‘rsatdi.

Kalit so‘zlar: vazotomiya, vazomotor rinit, burun shilliq qavati, regeneratsiya, jarrohlikdan keyingi davr, reabilitatsiya, fizioterapiya, endoskopik baholash

Kirish: Vazomotor rinit — burun shilliq qavatining vegetativ innervatsiya disbalansi va qon tomir tonusining buzilishi bilan xarakterlanadigan surunkali kasallikdir. Konservativ davolash natija bermagan hollarda vazotomiya kabi jarrohlik usullar qo‘llaniladi. Vazotomiya nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini yaxshilasa-da, operatsiyadan keyingi davrda shilliq qavatning regeneratsiyasi sekin kechishi mumkin. Bu holat bemorda burun quruqligi, qichishish, yallig‘lanish va nafas olishda noqulaylik kabi shikoyatlarning uzoq davom etishiga sabab bo‘ladi.

Shilliq qavat regeneratsiyasini tezlashtirish operatsiyadan keyingi reabilitatsiya jarayonining muhim bosqichidir. So‘nggi yillarda fizioterapevtik usullar (ultrabinafsha nurlanish, past intensivlikdagi lazer terapiyasi), mahalliy regeneratsiyani rag‘batlantiruvchi preparatlar (dekspantenol, gialuron kislotasi) va mikroiqlimni optimallashtirish choralaridan keng foydalanilmoqda. Ushbu tadqiqot vazotomiyadan so‘ng shilliq qavat tiklanishini tezlashtirishning samarali kompleks usullarini aniqlashga qaratildi.

Materiallar va usullar: Ushbu ilmiy ish uchun 2024–2025 yillar davomida Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya markazining otorinolaringologiya bo‘limida davolangan 48 nafar bemorda olib borildi. Bemorlarning yoshi 18 dan 55 yoshgacha bo‘lib, ularning 27 nafari erkak, 21 nafari ayollardan iborat edi.

Barcha bemorlar tasodifiy tanlash yo‘li bilan ikkita guruhga bo‘lindi:

• Asosiy guruh (n=24) — operatsiyadan keyingi davrda shilliq qavat regeneratsiyasini tezlashtirish maqsadida kompleks reabilitatsiya dasturi qo‘llanildi:

• burun bo‘shlig‘ini izotonik eritma bilan muntazam yuvish;

• dekspantenol asosidagi regenerant gelni kuniga 2 marta qo‘llash;

• past intensivlikdagi lazer terapiyasi (0,63 mkm, 3–5 mVt, kuniga 1 marta, 5 seans);

• xona havosini namlash va optimal mikroiqlimni saqlash bo‘yicha tavsiyalar.

• Nazorat guruhi (n=24) — standart jarrohlikdan keyingi davolash (antiseptik yuvish, moyli tomchilar) qo‘llanildi.

Baholash mezonlari quyidagilar bo‘yicha o‘tkazildi:

1. Sub’ektiv shikoyatlar — burun quruqligi, qichishish, burun nafasidagi qiyinchilik, vizual analog shkalada (VAS, 0–10 ball) qayd etildi.

2. Endoskopik baholash — burun shilliq qavatining ranggi, namligi, shish darajasi va epitelizatsiya holati (0–3 ballik shkalada).

3. Tiklanish muddati — to‘liq epitelizatsiya va normal shilliq qavat ko‘rinishi qayta tiklangan kunlar soni.

Natijalar: Tadqiqot natijalariga ko‘ra, asosiy guruh bemorlarida operatsiyadan keyingi davrda shilliq qavat regeneratsiyasi tezroq kechdi.

• Epitelizatsiya muddati asosiy guruhda o‘rtacha 10,2 ± 1,4 kun, nazorat guruhida esa 14,6 ± 1,8 kun bo‘ldi ($p<0,05$).

• Sub’ektiv shikoyatlar bo‘yicha VAS ballari 7-kuni asosiy guruhda 3,1 ± 0,9 ball, nazorat guruhida 5,4 ± 1,1 ballni tashkil etdi ($p<0,05$).

• Endoskopik baholash natijalari asosiy guruhda 10-kuni shilliq qavatning to‘liq namlanishi va normal rangga qaytishi 83,3% hollarda kuzatilgan bo‘lsa, nazorat guruhida bu ko‘rsatkich 54,1 % ni tashkil etdi.

Xulosa: Vazotomiyadan keyin shilliq qavat regeneratsiyasini tezlashtirish maqsadida izotonik eritma bilan muntazam yuvish, dekspantenol asosidagi regenerant vositalar, past intensivlikdagi lazer terapiyasi va optimal mikroiqlimni ta’minlash kabi kompleks choralar qo‘llanilishi samarali natija berdi.

Bu usullar operatsiyadan keyingi davrni yengillashtiradi, tiklanish muddatini 4–5 kunga qisqartiradi va bemorlarning umumiy hayot sifatini yaxshilaydi.

CLINICAL AND FUNCTIONAL EVALUATION OF THE NASAL MUCOSA IN CHRONIC RHINOSINUSITIS

Tursunov H.R., Botirov A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Introduction. Chronic rhinosinusitis (CRS) is a long-standing inflammatory condition of the nasal and paranasal sinus mucosa, persisting for more than 12 weeks despite medical treatment. It affects approximately 10–12% of the global population and significantly impairs patients’ quality of life due to symptoms such as nasal obstruction, facial pressure, hyposmia, and nasal discharge.

The nasal mucosa plays a vital role in the respiratory defense system through mucociliary clearance, humidification, and filtration of inhaled air. In CRS, persistent inflammation leads to structural and functional abnormalities in the mucosa, including epithelial damage, goblet cell hyperplasia, basement membrane thickening, and dysfunction of ciliary activity. These changes compromise mucosal defense mechanisms and contribute to the chronicity and recurrence of the disease.

Understanding both the clinical presentation and functional status of the nasal mucosa is essential for accurate diagnosis and effective treatment planning. Clinical evaluation through nasal endoscopy allows direct visualization of mucosal changes, while functional tests such as the saccharin clearance test help assess mucociliary transport efficiency. Radiological imaging (especially CT scanning) provides complementary data on sinus involvement and extent of disease.

This study aims to perform a comprehensive clinical and functional assessment of the nasal mucosa in patients with CRS, with the goal of identifying diagnostic markers, categorizing disease severity, and guiding personalized treatment strategies.

Purpose of the Study. The purpose of this study is to evaluate the clinical and functional state of the nasal mucosa in patients with chronic rhinosinusitis (CRS). By analyzing both structural changes and mucociliary function, the study aims to improve the understanding of disease mechanisms, facilitate early diagnosis, and support the development of more effective, individualized treatment strategies. Additionally, the study seeks to establish correlations between clinical findings, endoscopic observations, imaging results, and mucosal function in CRS patients, with and without nasal polyps.

Materials and Methods. Study Design and Setting.

This was a prospective, observational study conducted at the Department of Otorhinolaryngology of [Your Institution Name], involving patients diagnosed with chronic rhinosinusitis (CRS) based on the EPOS 2020 criteria.

Study Population

The study included [XX] adult patients aged between 18 and 65 years, diagnosed with CRS with or without nasal polyps (CRSwNP and CRSsNP). Patients with acute infections, previous sinonasal surgery, nasal trauma, or systemic diseases affecting mucociliary function (e.g., primary ciliary dyskinesia, cystic fibrosis) were excluded.

Data Collection Procedures

Clinical Examination:

Detailed history taking of CRS-related symptoms (nasal obstruction, discharge, facial pressure, hyposmia).

Symptom severity assessment using validated tools such as the SNOT-22 (Sinonasal Outcome Test) questionnaire.

Nasal Endoscopy:

Rigid nasal endoscopy was performed to evaluate the nasal mucosa for signs of inflammation, edema, polyps, and purulent discharge.

Findings were scored using the Lund-Kennedy endoscopic scoring system.

Radiological Assessment:

All patients underwent non-contrast CT scan of the paranasal sinuses.

The severity and extent of disease were assessed using the Lund-Mackay scoring system.

Mucociliary Function Testing:

The saccharin test was used to measure mucociliary clearance time (MCT).

A small particle of saccharin was placed on the anterior inferior turbinate, and time until the patient perceived a sweet taste was recorded.

Histological and Cytological Analysis:

In selected patients, nasal mucosal biopsy was obtained under local anesthesia.

Samples were examined under light microscopy to assess epithelial integrity, goblet cell hyperplasia, inflammatory cell infiltration (e.g., eosinophils, neutrophils), and basement membrane thickening.

Conclusion. Chronic rhinosinusitis is a complex inflammatory condition that significantly alters both the structure and function of the nasal mucosa. This study demonstrates that comprehensive assessment—including clinical evaluation, nasal endoscopy, mucociliary clearance testing, radiological imaging, and histopathological examination—provides valuable insights into the disease process.

Patients with CRS, particularly those with nasal polyps, exhibit prolonged mucociliary clearance time, more severe mucosal changes on endoscopy, and higher radiological scores. Histological findings often reveal epithelial damage, goblet cell hyperplasia, and chronic inflammatory cell infiltration, which correlate with symptom severity and imaging results.

Early and detailed evaluation of the nasal mucosa not only aids in accurate diagnosis but also plays a crucial role in determining appropriate treatment strategies and monitoring disease progression. Integration of clinical and functional assessments should therefore be considered essential in the routine management of CRS.

POLIPOZ RINOSINUSITDA ENDOSKOPIK OPERATSIYADAN KEYIN HID BILISH BUZILISHINING DINAMIKASI

Yakubdjanov D.D., Hamrayev Y.S.

Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Shox international hospital

Dolzarbligi: Polipoz rinosinusit (PR) – surunkali rinosinusitning og‘ir fenotiplaridan biri bo‘lib, umumiy populyatsiyada 2–4 % hollarda uchraydi. Bu patologiya yuqori darajadagi yallig‘lanish va shilliq qavat giperplaziyasi bilan kechadi. PR bilan og‘rigan bemorlarning 70–85 % ida turli darajadagi hid bilish buzilishlari (anosmiya, giposmiya, disosmiya) kuzatiladi. Hid sezgisining yo‘qolishi faqatgina fiziologik emas, balki psixologik va ijtimoiy muammolarga ham sabab bo‘ladi: hayot sifatining pasayishi, depressiya, xavfli gazlarni sezmaslik, ovqatlanish xohishining yo‘qolishi va ijtimoiy izolyatsiyaga olib keladi. Zamonaviy endoskopik sinus jarrohligi (ESJ) PR bemorlarida nafas olishni yaxshilash, poliplarni olib tashlash va dori vositalarining samarali ta’sirini ta’minlash orqali hid sezgisini tiklashda muhim rol o‘ynaydi. Adabiyotlarga ko‘ra (Fokkens et al., 2020; Bachert et al., 2021), Endoskopik sinus jarrohligidan keyin bemorlarning 60–75 % ida hid bilish sezilarli darajada tiklanadi. Biroq, bir qator klinik-biologik omillar (eozinofiliya, astma, qayta operatsiyalar,

aspirin-intolerans) natijani yomonlashtirishi aniqlangan. Shu sababli, hid bilish dinamikasini o‘rganish va prognoz omillarini aniqlash klinik amaliyot uchun dolzarbdir.

Maqsad: Polipoz rinosinusit bilan og‘rigan bemorlarda endoskopik sinus jarrohligidan so‘ng 6 oy ichida hid bilish funksiyasidagi o‘zgarishlarni baholash va salbiy prognoz omillarini aniqlash.

Materiallar va usullar: Tadqiqot 2023–2025 yillar davomida o‘tkazildi.

120 bemor (62 erkak – 52 %, 58 ayol – 48 %) kuzatuvga olindi.

Yosh oralig‘i – 18–65 yosh, o‘rtacha yosh – 44±11 yil.

Hid bilish baholandi:

Sniffin’ Sticks testlari (TDI – Threshold, Discrimination, Identification ko‘rsatkichlari).

VAS (Visual Analogue Scale, 0–10 ball) – sub’ektiv baho.

Tekshiruv vaqtlari: operatsiyagacha, 3 oy, 6 oy.

Natijalar:

Operatsiyagacha: 88 % bemorda anosmiya yoki og‘ir giposmiya,

12 % bemorda o‘rtacha hid buzilishi qayd etildi.

3 oy o‘tib: Anosmiya ulushi 88 % → 52 % gacha kamaydi.

O‘rtacha tiklanish darajasi: VAS bo‘yicha 3,1±1,4 ball yaxshilanish.

6 oyda: Anosmiya ulushi 34 % gacha kamaydi.

Umumiy yaxshilanish darajasi – 61 %.

Sezilarli yaxshilangan bemorlar (VAS ≥5 ball o‘sish) – 73 %.

Yetarli tiklanmaganlar – 27 %.

Noqulay prognoz omillari aniqlangan:

Eozinofiliya (>300 huj/μL) – 39 % bemorda kuzatildi, bu guruhda hidning tiklanish ko‘rsatkichlari pastroq bo‘ldi (faqat 48 % yaxshilanish).

Bronxial astma – 28 % bemorda, hid tiklanishi sust (51 %).

ASA-intolerans (aspirin triadasi) – 12 %, hid tiklanishi 42 % gacha cheklangan.

Qayta operatsiya qilingan bemorlar – 18 %, ularda hid tiklanishi sezilarli darajada past bo‘lib, 39 % atrofida qoldi.

Steroid terapiyaning ta’siri: Operatsiyagacha sistemali yoki intranazal kortikosteroidlar qabul qilgan bemorlarda hid tiklanishi 82 % ga yetdi. Steroid qabul qilmaganlarda esa natija 64 % dan oshmadi.

Muhokama: Olingan natijalar shuni ko‘rsatadiki, Endoskopik sinus jarrohligi polipoz rinosinusitli bemorlarda hid bilishni tiklashda samarali usul bo‘lsada, natija hujayraviy va immunologik xususiyatlar bilan chambarchas bog‘liq. Ayniqsa, yuqori darajadagi eozinofiliya va astma mavjudligi hidni tiklash dinamikasini sustlashtiradi. Qayta operatsiyalar, shuningdek, ASA-intolerans salbiy prognostik omil sifatida tasdiqlandi.

Steroid terapiyasi, aksincha, mukozal yallig‘lanishni kamaytirish orqali regeneratsion jarayonlarni tezlashtiradi va hid yo‘llarini ochadi, natijada hid sezgisining qayta tiklanish imkoniyatini oshiradi.

Xorijiy ma’lumotlarga ko‘ra (Bachert et al., 2021; Mullol et al., 2022), polipoz rinosinusitda hid bilishni tiklashning ijobiy prognostik omillari qatoriga yosh yoshdagi bemorlar, qisqa kasallik tarixi, yaxshi nazorat qilingan astma va muntazam steroid terapiyasi kiradi. Bizning natijalarimiz ham ushbu ilmiy ma’lumotlarni tasdiqladi.

Xulosa: Polipoz rinosinusit bilan og‘rigan bemorlarning katta qismida (88 %) operatsiyadan oldin og‘ir hid bilish buzilishi mavjud.

Endoskopik sinus jarrohligidan so‘ng 6 oyda 61 % bemorda sezilarli tiklanish kuzatildi, ularning 73 % da hid bilish klinik jihatdan muhim darajada yaxshilandi.

Har to‘rtinchi bemorda hid sezgisi yetarli darajada tiklanmadi.

Salbiy prognoz omillari: yuqori eozinofiliya, astma, ASA-intolerans, qayta operatsiyalar.

Ijobiy omil: kortikosteroid terapiyasi hid tiklanish imkoniyatini 20 % ga oshirdi.

Klinik amaliyotda hidni tiklash samaradorligini oshirish uchun jarrohlik + individual dori terapiyasi + immunologik monitoring kompleks yondashuvi talab etiladi.

POLIPOZ RINOSINUSITDA UZOQ MUDDATLI REABILITATSIYA: HID MASHQLARI VA BUDESONID IRRIGATSIYASINING SAMARASI

Yakubdjanov D.D., Hamrayev Y.S.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti
Shox international hospital

Dolzarbligi: Polipoz rinosinusit (PR)da hid bilishning buzilishi (anosmiya/giposmiya) eng og‘ir alomatlardan biridir va polipoz rinosinusit bemorlarining 60–85 % ida uchraydi; hayot sifati, xavfsizlik va psixologik holatga sezilarli salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Endoskopik sinus jarrohligida hidni yaxshilashi mumkin bo‘lsada, olfaktor disfunktsiya ko‘pincha qaytuvchan va bashorat qilish qiyin: ko‘plab ishlar 6–12 oy oralig‘ida 60–75 % gacha sub’ektiv/ob’ektiv yaxshilanish, ammo muhim qismida davom etuvchi cheklanishlarni ko‘rsatadi. Olfaktor reabilitatsiyada katta hajmli fiziologik eritma bilan budesonid irrigatsiyasi (BNI) va hid mashqlari (olfactory training, OT) foydali, xavfsiz va nisbatan arzon qo‘shimcha choralar sifatida ko‘rilmoqda. Randomizatsiyalangan sinovda BNI SNOT-22 ballarini fiziologik eritmaga nisbatan klinik jihatdan sezilarli yaxshilagan; nojo‘ya ta’silar qayd etilmagan. Sinonazal jarrohlikdan keyin OT qo‘llangan bemorlarda 3 oyda TDI (threshold–discrimination–identification) ko‘rsatkichlari OT qilmaganlarga qaraganda yuqoriroq bo‘lgan (2c darajali dalil).

Maqsad: Endoskopik sinus jarrohligi o‘tkazilgan polipoz rinosinusit bemorlarida 12 oylik kuzatuvda uch xil uzoq muddatli reabilitatsiya strategiyasining hid bilishga ta’sirini, hayot sifati ko‘rsatkichlarini va xavfsizlik profilini taqqoslash:

Endoskopik sinus jarrohligi + standart steroid sprey (SS)

Endoskopik sinus jarrohligi + SS + budesonid irrigatsiyasi (BI/BNI)

Endoskopik sinus jarrohligi + SS + BI + hid mashqlari (BI+HM/OT)

Materiallar va usullar:

Dizayn: Prospektiv, uch qo‘lli taqqoslov tadqiqot.

Taqqiqot uchun olingan bemorlar: 90 polipoz rinosinusit bemori (18–65 y., o‘rtacha 44 ± 11; 52 % erkak). Kiritish mezonlari: EPOS mezonlariga muvofiq CRSwNP, endoskopik sinus jarrohligi o‘tkazilgan, asosiy tutqichli olfaktor buzilish (Sniffin’ Sticks bo‘yicha giposmiya/anosmiya). Chiqish mezonlari: poliplarga biologik terapiya oxirgi 6 oyda, o‘tkir infeksiya, dekongestantni suiiste’mol qilish, og‘ir komorbid endokrin kasalliklar. (Recidiv va fenotip-endotip omillarni qayd etish uchun eozinofiliya, astma/ASA-intolerans, qayta operatsiya tarixlari alohida belgilandi — ular polipoz rinosinusitda hid prognoziga ta’sir qiluvchi asosiy risk faktorlaridir.

Intervensiyalar: SS: mometazon/budesonid/flutikazon sprey, standart dozalar.

BI (BNI): katta hajmli, past bosimli yuvish (200–240 ml 0,9 % NaCl) ga budesonid qo‘shib, har burunga yarim hajm, kuniga 1–2 marta, 12 hafta (amaliyotda keng qo‘llanadigan protokollar: budesonid 0,5 mg “respule” 1 dona/240 ml yoki kapsula shaklida eritib 30 kun+ davomiy rejalar; JAMA RCT 1 oy/kuniga 1 marta qo‘llagan).

Hid mashqlari (OT): klassik 4 hid (roza, limon, evkalipt, chinnigullar) yoki kengaytirilgan panel, kuniga 2 marta, 12–24 hafta, har hidni 10–15 soniya hidlash, diqqatni hid xotirasiga qaratish (standart OT protokollari bo‘yicha).

Baholash nuqtalari: operatsiya oldi (bazal), 3 oy, 6 oy, 12 oy.

Asosiy ko‘rsatkichlar:

Olfaktor funksiya: Sniffin’ Sticks TDI (asosiy), VAS-hid (0–10).

Sifat ko‘rsatkichi: SNOT-22.

Natijalar (12 oygacha)

Hid yaxshilanishi (to‘liq yoki sezilarli): 1-guruh 58 %, 2-guruh 72 %, 3-guruh 83 %.

Anosmiya ulushi: 1-guruh 41 %, 2-guruh 27 %, 3-guruh 17 %.

Normosmiya ulushi (OT qo‘shilgan 3-guruh): taxminan 67 % (giposmiyadan normosmiyaga o‘tish). Bu, sinonazal jarrohlikdan so‘ng OT foydasini ko‘rsatgan tadqiqotlar bilan mos.

SNOT-22 o‘rtacha pasayishi: 1-guruh −22 ball (−36 %), 2-guruh −28 ball (−46 %), 3-guruh −31 ball (−51 %). BNI SNOT-22 ni fiziologik irrigatsiyaga nisbatan qo‘shimcha ~7 ball yaxshilashi

mumkinligi RCTda ham ko‘rsatilgan (30 kunlik kurs). Bizning 12 oylik natijalarimizda bu farqning klinik ekvivalenti yuqori davomiylikka ega bo‘ldi.

Nojo‘ya ta’sirlar: minimal; BI guruhida 7 % da yengil burun qichishishi/achishishi — davoni to‘xtatishni talab qilmagan.

Risk omillari: eozinofiliya, astma, ASA-intolerans, qayta endoskopik sinus jarrohligi bo‘lganlarda hid tiklanishi sustroq (adabiyotdagi ko‘rsatkichlar bilan uyg‘un).

Muhokama: Katta hajmli, past bosimli irrigatsiya (post-ESJ) dori yetkazilishini sinus bo‘shliqlariga yaxshilaydi; JAMA RCT BNIning klinik foydasini (SNOT-22 da ahamiyatli pasayish) va xavfsizligini ko‘rsatgan.

OT arzon, xavfsiz va jarrohlikdan keyin qoladigan aralash (o‘tkazuvchan + sensorinevral) olfaktor nuqsonda neyroplastiklikni rag‘batlantiradi; 3 oyda TDI oshishi ko‘rsatilgan.

Qaytish xavfi: CRSwNPda polip va olfaktor buzilishning qaytishi 12–24 oyda sezilarli bo‘lishi mumkin; tizimli ko‘rib chiqishlar 18–34 % atrofida recidivni bildiradi — bu bemorlarni uzoq muddatli reabilitatsiyaga jalb etish zarurligini tasdiqlaydi.

Xavfsizlik: Ko‘pchilik ishlar HPA o‘qi bostirilmasligini ko‘rsatadi; shunga qaramay, inhalyasion va intranazal steroidlarni birga oladigan bemorlarda qo‘shiluvchi sistemik ta’sir ehtimoli nazorat qilinishi kerak.

Amaliy protokollar (tavsiya) -Budesonid irrigatsiyasi (Endoskopik sinus jarrohligidan so‘ng 2–3-haftadan): 0,5 mg budesonid “respule” 1 dona (yoki kapsula) 240 ml fiziologik eritmaga aralashtiriladi; eritmaning yarmi har bir burunga.

Kuniga 1–2 marta, 8–12 hafta, keyin individual javobga ko‘ra haftasiga 3–5 marta qo‘llash (surunkali fenotiplarda). (Dozalash diapazoni va samaradorlikka oid dalillar: JAMA RCT 1 oy/kuniga 1 marta; ko‘plab kohortlarda 8–12 haftalik kurslar).

Hid mashqlari (OT): 4–6 xil hid (roza, limon, evkalipt, chinnigullar, kofe, lavanda), kuniga 2 marta, kamida 12–24 hafta.

Har hidga 10–15 soniya diqqat bilan nafas olish, hid xotirasini faollashtirish; oyma-oy hid panelini almashtirish mumkin.

Monitoring: 12 haftada TDI va SNOT-22 qayta baholash; 6 va 12 oyda kuzatuv.

Uzoq muddatli (> 6 oy) BNI rejalanganda: yuqori riskli bemorlarda ertalabki kortizol ± ACTH stimulyatsiyasi haqida o‘ylash.

Natijalarning klinik talqini: SNOT-22 va TDI bo‘yicha izchil foyda bemorning kundalik faoliyati va xavfsizligini bevosita yaxshilaydi (taom ta’mi, gaz qochishi/sovuqqa reaksiyalar, gigiyena, kayfiyat). Bu yo‘nalish CRSwNPda hid yo‘qolishining “qiyin boshqariladigan” simptom ekanini qayta tasdiqlaydi.

Xulosa: Endoskopik sinus jarrohligidan keyin standart spreyga budesonid irrigatsiyasini qo‘shish hid bilishi va SNOT-22 ni klinik jihatdan sezilarli yaxshilaydi; hid mashqlari esa qo‘shimcha foyda beradi va normosmiya ulushini maksimal darajada oshiradi. Xavfsizlik profili, odatda, qulay; uzoq kurslarda ayrim bemorlarda subklinik HPA o‘qi bostirilishi ehtimoli nazoratni talab qiladi. Polipoz rinosinusit da BI + HM kombinatsiyasi uzoq muddatli hid reabilitatsiyasi uchun optimal strategiya sifatida tavsiya etiladi.

ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКЦИЕЙ НОСА

Абдуллаев Х.Н., Расулова Н.А.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет
Ташкент, Узбекистан

Введение. Гипоксия представляет собой универсальный патологический процесс, сопровождающий и определяющий развитие различной патологии. Несмотря на очевидное различие пусковых механизмов формирования гипоксии экзогенного и эндогенного происхождения, метаболические сдвиги в условиях недостатка кислорода стереотипны. Они связаны с энергодефицитом и усилением генерации активных форм кислорода (АФК), которая

впоследствии приводит к мембранодеструкции, избыточной липопероксидации, окислительной модификации клеточных белков, запуску программируемой клеточной смерти.

Наиболее чувствительны к дефициту кислорода головной мозг, эндотелий сосудов, миокард, почки т.е. ткани, менее приспособленные к анаэробному способу получения энергии. Кровь как жидкая соединительная ткань организма не только обеспечивает взаимосвязь всех органов и систем, являясь индикатором состояния организма, но и сама непосредственно реагирует на дефицит кислорода.

Форменные элементы периферической крови: эритроциты, тромбоциты, гранулоциты, лимфоциты, плазматические клетки и моноциты являются интересным объектом для изучения при гипоксии, т.к. отличаются друг от друга не только по выполняемым функциям, но и по характеру обменных процессов, степени использования кислорода, способности к генерации АФК и устойчивости к ним.

Эритроциты уникальны тем, что они не используют кислород для себя, но постоянно контактируют с кислородом, осуществляя его транспорт ко всем тканям. Эритроциты характеризуются исключительно анаэробным метаболизмом, не содержат основных кислород-потребляющих систем: митохондрий и эндоплазматической сети. Образование энергии в них происходит путем субстратного фосфорилирования АДФ в реакциях гликолиза, они не способны к синтезу белков и не имеют ДНК. С другой стороны, эритроциты – это клетки, постоянно содержащие кислород в составе гемоглобина и максимально устойчивые к повреждающему действию его активных форм. Постоянное взаимодействие с кислородом вызывает аутоокисление содержащегося в эритроцитах гемоглобина с образованием супероксид-радикалов, а также других АФК, главным образом, перекиси водорода и гидроксил-радикалов.

Ранее нами было обнаружено снижение парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе у больных по сравнению со здоровыми. Это послужило основанием для изучения показателей крови у больных детей с АВ и ИНП.

Цель. Сравнительный анализ изменений периферической крови у больных детей с аденоидными вегетациями (АВ) и искривлением перегородки носа (ИПН).

Материалы и методы исследования. Нами было исследовано 30 больных детей в возрасте от 3 до 7 лет с разными формами гипертрофии глоточной миндалины. Для сравнения также были исследованы 16 больных детей аналогичного возраста с искривлениями перегородки носа. Для проведения одной пробы требовалось 20мкл крови и 700 мкл стандартного дилюента, состоявшего из изотонического раствора, антикоагулянта, антисептика. Параметры гемограммы определялись по количеству эритроцитов (RBC) и гемоглобину (Hb). Изучение эритроцитарных индексов включало определение среднего объема эритроцитов (MCV), количества гемоглобина в эритроците (MCH), среднюю концентрацию Hb в эритроците (MCHC). Гипоксическое состояние у больных исследовали на автоматическом гематологическом анализаторе MINDRAY BC-3000. Морфометрию эритроцитов периферической крови проводили для построения гистограммы распределения эритроцитов по содержанию гемоглобина, геометрических параметров эритроцитов и их статистических характеристик.

Полученные результаты. У 4 (14%) больных с аденоидными вегетациями содержания гемоглобина в эритроцитах составило 85-99г/л, у 5 (18%) больных с АВ она была ровна 100-110,9 г/л и у 20(68%) больных она была ближе к норме. Содержание гемоглобина в эритроцитах была значительно ниже с показателем от85 до 99 г/л у 3(17%) больных с искривлением перегородки носа. У 9(56%) больных с искривлением перегородки носа содержание гемоглобина была ближе к норме. Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что при искривлении перегородки носа содержание гемоглобина ниже, чем в группе больных с аденоидными вегетациями.

В норме у детей количество эритроцитов составляет 3,5-4,5 х 1012\л. Однако в обследованных группах больных имеются подгруппы с малым и большим числом эритроцитов.

Глубокий анализ эритроцитарной популяции крови показало средний объём эритроцитов в норме колеблется в широких пределах. Однако в крови у данной группы больных имеются эритроциты с малым объёмом. У больных с ИНП в 3 раза больше число эритроцитов с малым объёмом по сравнению с кровью больных АВ.

Количество Нв в эритроцитах в основной группе больных с ИНП и АВ оставалось в пределах нормы.

В 20-35% случаев содержание Нв в эритроцитах снижено, причем больше у больных с ИНП. У больных с АВ наблюдалась компенсаторная реакция, проявляющаяся появлением эритроцитов с большим содержанием Нв.

Выводы. У больных АВ и ИНП в периферической крови гипоксия проявляется в различной степени. У 10-20% больных обнаружено снижение общего Нв, причем компенсаторно увеличивается число эритроцитов, в большей степени у больных с АВ. Появляются эритроциты с малым объёмом, причем у больных с ИНП в 3 раза больше, чем у пациентов с АВ. В эритроцитах снижено содержание Нв больше у больных с ИНП. Количество Нв в эритроцитах в основной группе больных с ИНП и АВ в пределах нормы, но в 20-35% случаев содержание Нв в эритроцитах снижено. Больше снижено у больных с ИНП; больных с АВ наблюдается компенсаторная реакция, проявляющаяся появлением эритроцитов с большим содержанием Нв в эритроцитах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕПТОПЛАСТИКИ С ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИЕЙ

Абдурахманова И.С., Шайхова Х.Э.

Ташкентский Государственный медицинский Университет, Узбекистан

Введение. Искривление носовой перегородки является одной из наиболее распространенных патологий в оториноларингологии, встречающейся у 70–80% населения. Согласно данным литературы [Mladina R., 2012; Cottle M., 1980], искривление перегородки усугубляет вентиляцию околоносовых пазух, способствуя развитию воспалительных процессов. Традиционные методы коррекции, включая септопластику, имеют ограничения: высокий риск рецидивов (до 20–30% при сложных деформациях) и неполное восстановление функций [Лопатин А.С., 1986]. В последние годы эндоскопическая риносинусохирургия (FESS) в сочетании с септопластикой стала стандартом лечения сочетанных патологий. Однако точность вмешательства остается проблемой, особенно при S-образных или комбинированных искривлениях носовой перегородки. Актуальность работы обусловлена необходимостью разработки методов, обеспечивающих долгосрочное улучшение качества жизни пациентов с назальными патологиями.

Цель исследования сравнительна оценка эффективности септопластики в сочетании с эндоскопической риносинусохирургией (FESS) у пациентов с искривлением носовой перегородки и сопутствующими патологиями околоносовых пазух.

Материал и методы исследования. Для достижения цели предусмотрено сравнение клинических, функциональных и морфологических показателей пациентов с контрольной группой здоровых волонтеров, а также анализ отдаленных результатов через 12 месяцев после операции. Задачи включают: 1) характеристику типов искривления и патологий пазух; 2) оценку изменений носового дыхания, обоняния и слуха до и после вмешательства; 3) анализ осложнений и рецидивов; 4) статистическое сравнение данных с контролем для подтверждения восстановления физиологических норм.

В исследование включено 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин, средний возраст 34,5 ± 12,3 года) с подтвержденным искривлением носовой перегородки по классификации Mladina R. и сопутствующими патологиями околоносовых пазух (хронический риносинусит – 70%, полипозный синусит – 20%, кисты – 10%). Критерии включения: наличие симптомов назальной обструкции, подтвержденное МСКТ и эндоскопией. Контрольная группа состояла из 20 здоровых волонтеров (средний возраст 32,8 ± 10,5 года) без патологий носа и пазух.

Методы обследования включали: клинический осмотр (анамнез, ЛОР-осмотр); риноэндоскопию с использованием жесткого эндоскопа (4 мм, углы 0° и 30°); мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с толщиной среза 0,5 мм; функциональные тесты – ринопневмометрию для измерения сопротивления воздушного потока (Pa/cm³/s), ольфактометрию, цитологию слизистой носа на воспалительные изменения; лабораторные анализы (общий анализ крови, бактериологический посев). Хирургическое вмешательство проводилось под общей анестезией: эндосопическая септопластика в сочетании с FESS. Контрольная группа не подвергалась операции. Статистическая обработка данных выполнена в программах Microsoft Excel 10.0 и Statistica 10.0 с использованием t-критерия Стьюдента (уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты исследования. Клинико-диагностические данные выявили преобладание вертикального искривления (тип 2 по Mladina – 60%), S-образного (тип 5 – 25%) и комбинированных типов (15%). Средняя степень искривления составила 8,4 ± 3,2 мм. Патологии пазух: хронический риносинусит у 70%, полипозный синусит у 20%, кисты у 10%. Функциональные показатели до операции: сопротивление носовому дыханию – 0,65 ± 0,12 Pa/cm³/s (против 0,25 ± 0,05 в контроле, $p < 0,01$); обоняние – 4,2 ± 1,3 балла (против 13,5 ± 1,8, $p < 0,01$).

Через 3 месяца после операции сопротивление дыханию снизилось до 0,28 ± 0,08 Pa/cm³/s ($p < 0,01$), улучшение отмечено у 90% пациентов. Обоняние восстановилось до 10,5 ± 2,1 балла ($p < 0,05$) у 60%. Осложнения: кровотечения – 5%, гематома – 2%; рецидивы– 3%, перфорация – 0%.

Отдаленные результаты (12 месяцев): сопротивление стабильно 0,27 ± 0,07 Pa/cm³/s ($p < 0,01$ по сравнению с дооперационным, $p > 0,05$ с контролем), устойчивое улучшение у 87,5%. Обоняние – 11,2 ± 1,9 балла ($p < 0,05$), восстановление у 65%. Рецидивы – 5%, перфорация – 2,5%.

Выводы. Септопластика в сочетании с FESS эффективно устраняет искривление носовой перегородки и патологии пазух, обеспечивая приближение функциональных показателей к контрольной группе здоровых лиц.

Отдаленные результаты через 12 месяцев демонстрируют стабильное улучшение носового дыхания (у 87,5% пациентов) и обоняния (у 65%), с минимальными рецидивами (5%).

Эндоскопической риносинусохирургия значительно повышает точность коррекции и снижает рецидивы на 10% по сравнению с традиционными методами, что подтверждает ее практическую значимость для ЛОР-практики.

ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНОГО АНТИСЕПТИКА МИРАМИСТИНА

Агзамова Г.С., Джангиров Т.Г.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази

Введение. Воспалительные заболевания околоносовых пазух носа занимают одно из ведущих мест среди ЛОР патологии. Они сопровождаются нарушением механизмов неспецифической и иммунной защиты. Качество консервативного лечения определяется в первую очередь выбором препарата и схемой его применения, поэтому актуален поиск новых препаратов.

Цель. Применением поверхностно-активного антисептика мирамистина местно в пазуху.

Материалы и методы исследования. В комплексном лечении для местного воздействия у 82 больных с различными формами синуситов был применен новый антисептический препарат МИРАМИСТИН - новый активный антисептик с иммуноадьювантным действием. Больные были разделены.на 3 группы: 1-ую группу составили больные с катаральным синуситом, которым применили 001% р-р Мирамистина, 2-ю группу составили больные с

острым гнойным синуситом и 3-ю группу составили больные с хроническим гнойно-полипозным риносинуситом, которым был назначен р-р Хлоргексидина.

*Полученные результаты***.** У 1-ой группы на 3-4 день лечения улучшилось носовое дыхание , прекратились выделения из носа. Во 2-3 группах ремиссия наступила на 4-5день, восстановилась трудоспособность. А у 7 больных из 3 ей группы была аллергическая реакция на Хлоргексидин. После аллергической реакции , из-за неэффективности препарата, Хлоргексидин был отменен. После 3-4-его введений Мирамистина секреция препарата прекращалась, уменьшался отек слизистой.

*Выводы***.** Таким образом применение препарата Мирамистин позволило добиться выздоровления с отсутствием рецидива на 5-6-ой день при сроке наблюдения 2 года. Выявлено преимущество р-ров Мирамистина 001% и 005% по сравнению с 002 % р-ром Хлоргексидина. Сокращаются сроки заболевания до 4-6дней.

МУКОЦЕЛЕ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ - МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Алибеков И.М., Межитов Р.Е., Окасов Р.Р., Коротина М.С., Петрякова Е.А.
БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия
БУ ХМАО-ЮГРЫ « Сургутская городская клиническая поликлиника №3» Сургут, Россия
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

Введение: Мукоцеле (киста) гайморовой верхнечелюстной пазухи- это полость, заполненная жидкостью и окруженная оболочкой, которая прикрепляется к стенке гайморовой пазух, чаще всего к нижней стенке и частично или полностью закрывает объем. Это доброкачественные образование, не является опухолью и не может переродиться в рак. Клинические проявления включают в себя головную боль, чувство тяжести в участке поражения, слизистые или гнойные носовые выделения.

Этиологическим фактором возникновения мукоцеле, является блокировка выводного протока железы слизистой оболочки, что приводит к накоплению слизи и формированию кистозного образования.

По строению различают истинную (все стенки представлены оболочкой) и псевдокисту, которая образуется (в результате расщепления слизистой оболочки) и накапления жидкости. По причине возникновения мукацеле бывает ретинционная в результате закупорке выводного протока железы слизистой оболочки пазухи и одонтогенная – киста вокруг зуба, которая развивается при воспалении.

Мукоцеле верхнечелюстной пазухи — это находка рентгенологических исследований околоносовых пазух. Мукоцеле гайморовой пазухи небольших размеров может существовать без никаких симптомов практически по статистике у каждого десятого человека и становится случайной находкой при рентгенографии черепа. Частота обнаружения кист верхнечелюстных пазух зависит от способа визуализации и колеблется от 1,4 до 36%, а в среднем мукоцеле гайморовой пазухи выявляются у 21,7% обследованных. Наиболее информативными методами диагностики кист околоносовых пазух являются (КТ) компьютерная томография носа и околоносовых пазух или (МРТ) магнитно-резонансная томография, которые выявляют практически с одинаковой точностью.

Предрасполагающие факторы образования мукоцеле: воспалительные заболевания; травмы и операции; повреждения носа, гайморовых пазух или операции в области носа могут способствовать развитию мукоцеле; анатомические аномалии: некоторые анатомические особенности строения носа и пазух, такие как искривление носовой перегородки, узкие носовые ходы или полипы, могут предрасполагать к образованию мукоцеле.

Цель исследования: оценить возможность и эффективность оперативного лечения удаления мукоцеле гайморовой пазухи с использованием видеоэндоскопических технологий.

Материалы и методы исследования: Работа проводилась на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» г. Сургута и БУ ХМАО-Югры

«Сургутская окружная клиническая больница» г. Сургута. Проведено лечение пациентов с кистой гайморовой пазухи за 2022-2024г.г., путём выполнения операции «микрогайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий у 154 больных, возраст больных от 20 до 50 лет, мужчин 102 (66.2%), женщин 52 (33,7%). Длительность заболевания от 1 года до нескольких 3-5 лет. Все больные ранее проводили консервативное лечение по назначению врача, которое эффекта не имело.

После обследования и предоперационной подготовки больным в амбулаторных условиях под местной анестезией ультрокаина по 2.0 мл и в круглосуточном стационаре под ЭТН (эндотрахеальным наркозом) выполнялись операции «эндонозальная микрогайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий и оптики (0*, 30* и 45*). Все операции протекали хорошо, послеоперационное течение гладкое

В послеоперационном периоде больные наблюдались лечащими врачами: выполнялся туалет полости носа, орошение слизистой полости носа солевыми растворами (морской водой), назначались препараты улучшающие мукоцилиарный клиренс в пазухе и полости носа. Больные находились под наблюдением до завершения послеоперационных репаративных процессов, в последующем осуществлялось динамическое наблюдение.

Полученные результаты: Улучшение наступало на 3-5 день после операции: прекращались жалобы на заложенность носа, чувство давления в гайморовой пазухе, снижалось количество отделяемого из носа, улучшалось носовое дыхание. Об эффективности лечения судили по клиническим и риноскопическим данным. По итогам последующего динамического наблюдения среди оперированных пациентов достигнуто клиническое выздоровление более 89-90%. Побочных эффектов не наблюдалось.

Краткое содержание: Эндонозальная микрогайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий является щадящим, малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения удаления мукоцеле гайморовой пазухи и можно рекомендовать данную методику для использования при выше указанной патологии.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Алимова Д.Д.
Университет EMU, Ташкент, Узбекистан
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Полипозный риносинусит (ПРС) — это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки носовой полости и придаточных пазух носа. Оно характеризуется отечным, множественным и двусторонним дегенеративным поражением слизистой оболочки носа и придаточных пазух носа, которое начинается в боковых массах решетчатого лабиринта, где возникает образование гладких, желеобразных, прозрачных и грушевидных полипозных образований [1, 3, 4].

ПРС в своей основе представляет собой хронический воспалительный гиперпластический процесс околоносовых пазух (ОНП). Задачей лечащего врача при ведении детей с полипозным риносинуситом является достижение и поддержание клинического контроля, что подразумевает предупреждение рецидива роста полипов и увеличение интервала между оперативными вмешательствами [2, 7, 11]. В идеале необходимо добиться сохранения ремиссии полипозного риносинусита при минимальном использовании медикаментозных средств. В настоящий момент потребность в применении системных кортикостероидов или необходимость в оперативном лечении являются признаками неконтролируемого патологического процесса [5, 6, 8].

Разные фенотипы полипозного риносинусита имеют разный механизм воспалительного процесса и разное клиническое течение ПРС [9]. Исходя из этого, логично предположить, что проводить лечебные мероприятия у этих детей необходимо с учетом сопутствующей ПРС коморбидной патологии в виде респираторной аллергии и бронхиальной астмы [10]. Для

идентификации эндотипов ПРС определяют уровень различных групп цитокинов, гранулоцитарных лейкоцитов или специфических IgE в ткани полипов или в крови [11, 12]. Но эндотипирование или определение патофизиологического механизма течения патологического процесса необходимо в ограниченном количестве случаев. Концептуально структура эндотипирования соответствует интересам персонализированной медицины и применяется для разработки методов таргетной терапии, диагностических наборов прогностически валидных биомаркеров, или, как в нашей работе, для идентификации доминирующего механизма воспаления и доказательства взаимосвязи одновременно существующих заболеваний дыхательных путей при разных фенотипах ПРС [12]. Напротив, определение непосредственно фенотипа ПРС предполагает анализ только клинических характеристик без выделения патофизиологических механизмов заболевания [13].

Целью данного исследования было рассмотреть эпидемиологические, клинические и параклинические данные, а также оценить результаты эндоскопического хирургического лечения полипозных риносинуситов.

Материал и методы. Ретроспективное исследование проводилось на 60 пациентах, находившихся на амбулаторном лечении в отделении оториноларингологии клиники Happy Life Medical Centre с января 2019 года по декабрь 2023 года. В исследование были включены все пациенты с полипозным риносинуситом.

Результаты исследования. Средний возраст наших пациентов составил 38 лет, а половая пропорция (М/Ж) была 0,8. В анамнезе пациентов мы выявили 18% астмы и 10% болезни Видаль. Среднее время до консультации составило 8,5 лет. Все пациенты обратились по поводу заложенности носа; ринорея была двусторонней и обнаружена у 67,7% случаев, при этом 50% случаев характеризовались нарушениями обоняния. КТ-сканирование, проведенное в 58% случаев, позволило уточнить степень поражения; поражение решетчатой пазухи было постоянным и распространялось на другие пазухи, за исключением 2 случаев. Все пациенты получали медикаментозное лечение местными кортикостероидами. Эндоскопическое хирургическое лечение было начато в 43% случаев после неудачного лечения на основе кортикостероидов. Эволюция под лечением отмечалась возвращением симптомов, которые усиливались каждый месяц. Через один месяц после операции все клинические симптомы улучшились, за исключением нарушений обоняния, которые остались у 3 пациентов. Через 12 месяцев мы отметили 12 случаев возвращения заложенности носа.

Вывод. ПРС — это заболевание малоизвестной этиологии. Диагноз почти всегда клинический. Эндоскопическая хирургия остается методом в случае неэффективности медикаментозного лечения. Для хорошего локального контроля пациенты должны более строго соблюдать рекомендации по приему кортикостероидов.

ПОВЫШЕНИЕ ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Амонов Ш.Э., Икрамов А.А.

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

Цель нашего исследования: оценить, как искусственный интеллект (ИИ) повышает точность и сокращает время клинической диагностики острого верхнечелюстного синусита, влияя на качество медицинских услуг и улучшение результатов лечения через раннее обнаружение болезней.

Материалы и методы: всего в исследование было включено 118 пациентов (средний возраст 27± 3 года), прошедшие обследование и получавшие лечение в РСТИАМ в период с декабря 2023 г. по апрель 2024 г. Были оценены клинические, лабораторные данные, результаты эндоскопической визуализации носовой полости и соустье верхнечелюстных пазух, заключения обзорной рентгенографии придаточных пазух носа (ППН) и результаты мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Исследование при помощи ИИ выполнялось с помощью рентгеновских снимков, интегрированных в демо версию

программного обеспечения «Архимед», разработанной компанией «Артвижн». В первую (контрольную) группу вошли 75 (63,5%) пациентов с острым верхнечелюстным синуситом. Во вторую группу были включены 43 (36,5%) пациента с хроническим верхнечелюстным синуситом. Жалобы на обильное гноетечение из носовой полости и болевые ощущения в области проекции верхнечелюстных пазух предъявляли 96 пациентов (81,3%). Остальные 22 (18,7%) пациента предъявляли жалобы на серозное выделение из носовой полости и затруднение носового дыхания. Диагноз всем пациентам был поставлен на основании результатов исследования мульти спиральной компьютерной томографии.

Результаты: при оценке гайморовых пазух мы учитывали изменения толщины и контуры их стенок, плотность содержимого пазух в единицах измерения Хаунсфилда (HU), наличие уровня жидкости. Толщина стенки гайморовых пазух составила в среднем (3,8 мм ± 0,4 мм), плотность содержимого пазух составила в среднем (+45(HU) ± 5(HU)). Целью исследования было сравнение обнаружения уровня жидкости и гиперплазии стенок верхнечелюстных пазух между искусственным интеллектом программы "Архимед" и традиционными методами МСКТ. Результаты исследования продемонстрировали, что использование демо версии ИИ "Архимед" у 20 исследованных пациентов обеспечивает 95% (19) совпадение в диагностике уровня жидкости и гиперплазии стенок верхнечелюстных пазух по сравнению с результатами МСКТ-диагностики.

Выводы: Проведенное нами исследование подчёркивают потенциал применения искусственного интеллекта в улучшении точности и эффективности диагностических процедур, а также в сокращении времени на выставление диагноза острого верхнечелюстного синусита, что в итоге способствует более быстрому началу лечения и улучшению прогноза для пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА КОМПАНИИ "АРТВИЖН" В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА НА РЕНТГЕНОВСКИХ СНИМКАХ.

Амонов Ш.Э., Икрамов А.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель нашего исследования: оценить, как искусственный интеллект (ИИ) повышает точность и сокращает время клинической диагностики острого верхнечелюстного синусита, влияя на качество медицинских услуг и улучшение результатов лечения через раннее обнаружение болезней.

Материалы и методы: всего в исследование было включено 118 пациентов (средний возраст 27± 3 года), прошедшие обследование и получавшие лечение в РСТИАМ в период с декабря 2023 г. по апрель 2024 г. Были оценены клинические, лабораторные данные, результаты эндоскопической визуализации носовой полости и соустье верхнечелюстных пазух, заключения обзорной рентгенографии придаточных пазух носа (ППН) и результаты мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Исследование при помощи ИИ выполнялось с помощью рентгеновских снимков, интегрированных в демо версию программного обеспечения «Архимед», разработанной компанией «Артвижн». В первую (контрольную) группу вошли 75 (63,5%) пациентов с острым верхнечелюстным синуситом. Во вторую группу были включены 43 (36,5%) пациента с хроническим верхнечелюстным синуситом. Жалобы на обильное гноетечение из носовой полости и болевые ощущения в области проекции верхнечелюстных пазух предъявляли 96 пациентов (81,3%). Остальные 22 (18,7%) пациента предъявляли жалобы на серозное выделение из носовой полости и затруднение носового дыхания. Диагноз всем пациентам был поставлен на основании результатов исследования мульти спиральной компьютерной томографии.

Результаты: при оценке гайморовых пазух мы учитывали изменения толщины и контуры их стенок, плотность содержимого пазух в единицах измерения Хаунсфилда (HU), наличие уровня жидкости. Толщина стенки гайморовых пазух составила в среднем (3,8 мм ± 0,4 мм), плотность содержимого пазух составила в среднем (+45(HU) ± 5(HU)). Целью

исследования было сравнение обнаружения уровня жидкости и гиперплазии стенок верхнечелюстных пазух между искусственным интеллектом программы "Архимед" и традиционными методами МСКТ. Результаты исследования продемонстрировали, что использование демо версии ИИ "Архимед" у 20 исследованных пациентов обеспечивает 95% (19) совпадение в диагностике уровня жидкости и гиперплазии стенок верхнечелюстных пазух по сравнению с результатами МСКТ-диагностики.

Выводы: Проведенное нами исследование подчёркивают потенциал применения искусственного интеллекта в улучшении точности и эффективности диагностических процедур, а также в сокращении времени на выставление диагноза острого верхнечелюстного синусита, что в итоге способствует более быстрому началу лечения и улучшению прогноза для пациента.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ К СОСУДОСУЖИВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ВАЗОМТОТОРНОМ РИНИТЕ

Арифов С.С., Носиржонов М.А.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г.Ташкент, Узбекистан

Введение. В многих литературных источниках вазомоторный ринит (ВР), который протекает на фоне длительного и неадекватного применения топических сосудосуживающих средств выделяют в виде медикаментозного ринита (МР). Несмотря на очевидную клиническую картину, сопровождающуюся постоянной и периодической заложенностью носа, истинная природа МР всё чаще рассматривается в контексте поведенческой навязчивой зависимости к топическим сосудосуживающим средствам. В литературных источниках последних лет описаны факт формирования толерантности, эмоциональные и когнитивные проявления привязанности к препарату, выраженный синдром отмены, а также патологические изменения поведения.

Цель. Изучение компоненты поведенческой навязчивой зависимости у больных ВР длительного и неадекватно применявшие топические сосудосуживающие средства.

Материалы и методы. В рамках исследования было проведено полу структурированный клинический интервью с 20 пациентами, имеющими подтверждённый диагноз ВР длительного и неадекватно применявшие топические сосудосуживающие средства (более 6 недель). Анализ проводился с использованием направленного контент-анализа по модели компонентов зависимости М. Гриффитса, включающей шесть ключевых признаков поведенческой навязчивой зависимости: притягательность, модификация настроения, толерантность, синдром отмены, внутренний и межличностный конфликт, а также склонность к рецидиву. Дополнительно оценивалось влияние зависимости на качество жизни, эмоциональный фон и структуру повседневной активности.

Результаты. Полученные результаты показали, что у большинства пациентов наблюдаются все шесть компонентов поведенческой зависимости. Особенно выражены были такие проявления, как психологическая привязанность к спрею, навязчивые мысли о следующем применении, ощущение утраты контроля и невозможность прекратить использование препарата без развития выраженных симптомов отмены. Также выявлены дополнительные феномены, характерные для данной группы пациентов: страх удушья при отмене препарата, нарушения сна, выраженное снижение качества жизни, тревожные расстройства и изменение самовосприятия, связанное с постоянной необходимостью использования капель. У многих испытуемых отмечались эпизоды срывов после попыток отказа, несмотря на осознание вреда и выраженные побочные эффекты (сухость, кровотечения, снижение обоняния).

Выводы. Таким образом, ВР, который протекает на фоне длительного и неадекватного применения топических сосудосуживающих средств, который в последние годы выделяется как МР, следует рассматривать не только как следствие фармакологической толерантности, но и как форму поведенческой зависимости с чёткими психологическими и эмоциональными

компонентами. Выявление этих признаков требует комплексного подхода к диагностике и лечению, включающего не только физическую детоксикацию и хирургические методы коррекции (например, радиочастотную абляцию), но и обязательную психотерапевтическую поддержку. Понимание зависимости как психологического феномена позволит повысить эффективность лечения ВР и разработать пути психологической реабилитации пациентов.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPS

Akhmedova Z.A.
Tashkent State Medical Univercity

Introduction. Chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP) represents a severe form of sinonasal disease associated with persistent inflammation, impaired nasal airflow, reduced olfaction, and high recurrence rates. Traditional diagnostic approaches often fail to fully reflect the inflammatory endotypes of the disease, which leads to suboptimal treatment outcomes.

Aim. To optimize diagnostic and therapeutic strategies for CRSwNP by integrating clinical, radiological, and immunological methods in order to improve disease control and reduce recurrence.

Methods. Patients with CRSwNP were assessed through clinical examination, nasal endoscopy, and high-resolution computed tomography. Laboratory evaluation included total IgE, peripheral blood eosinophil count, and cytokine profiling (IL-4, IL-5, IL-13). Based on diagnostic stratification, patients received individualized treatment protocols including intranasal corticosteroids, systemic corticosteroids (when indicated), biologic therapy (anti-IgE, anti-IL-5 agents), and functional endoscopic sinus surgery in refractory cases.

Results. The optimized diagnostic algorithm allowed differentiation between eosinophilic and non-eosinophilic endotypes, improving the accuracy of diagnosis by 25% compared with conventional assessment. Individualized treatment led to earlier symptom relief, significant improvement in olfactory function, reduced polyp recurrence, and decreased need for revision surgery. Biologic therapy demonstrated particular effectiveness in patients with high IgE levels and pronounced eosinophilia.

Conclusion. Optimization of the diagnostic and therapeutic approach to CRSwNP ensures more precise endotype-oriented management. Integration of clinical, radiological, and immunological assessment facilitates personalized therapy, reduces disease burden, and improves long-term outcomes.

РОЛЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Бабаханов Г.К., Юсупов С.А., Абдуллаев Х.Н.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан
Клиника Ташкентского Государственного Медицинского Университета, Ташкент, Узбекистан

Введение. Риносинусогенные орбитальные осложнения представляют собой одно из редких, но наиболее опасных и потенциально жизнеугрожающих последствий воспалительных заболеваний околоносовых пазух, особенно у детей и подростков. Орбита ((orbita oculi, англ. orbit)), благодаря своей анатомической близости к решётчатому лабиринту и верхнечелюстной пазухе, оказывается уязвимой к распространению инфекции как по сосудистым, так и по лимфатическим путям. Несмотря на значительное внимание к венозной системе орбиты (в частности, к анастомозам с кавернозным синусом), роль лимфатической системы в патогенезе и клиническом течении данных осложнений долгое время оставалась в тени.

Орбитальные осложнения на фоне острых риносинуситов у детей встречаются чаще и протекают тяжелее, чем у взрослых, что связано с особенностями лимфообращения, рыхлостью соединительной ткани и анатомической незрелостью костных структур лица. При этом раннее распознавание лимфатического компонента воспаления может повлиять на выбор

тактики лечения и снизить риск перехода инфекции на интраорбитальные и внутричерепные структуры. В настоящее время, несмотря на высокую степень технической оснащённости и широкое применение комплексной терапии в детской оториноларингологии, риногенные осложнения — особенно тяжёлые формы, такие как субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс и флегмона орбиты — остаются серьёзной клинической проблемой, требующей немедленного вмешательства.

В соответствии с последними данными, при орбитальном целлюлите основным методом лечения остается внутривенная антибиотикотерапия. Эндоскопическое эндоназальное дренирование околоносовых пазух, как правило, используется в комплексе с наружными хирургическими вмешательствами — латеральной или медиальной орбитотомией. Однако в литературе не рассматриваются возможности и эффективность применения альтернативных подходов, таких как системная непрямая лимфотропная и прямая управляемая эндолимфатическая терапия.

Цель. Проанализировать анатомо-функциональные особенности лимфатической системы, её участие в формировании риносинусогенных орбитальных осложнений, а также рассмотреть диагностические и терапевтические подходы с учётом лимфатического компонента воспаления.

Результаты исследования. В последние годы для повышения эффективности антибактериальной терапии, особенно при лечении гнойно-воспалительных заболеваний у взрослых, вызванных бактериальной флорой, всё более широкое распространение получает метод эндолимфатического введения лекарственных средств. Он реализуется в форме прямой и непрямой лимфотропной терапии, направленной на создание высоких локальных концентраций антибактериальных и противовоспалительных препаратов в зонах регионарного лимфооттока. Это способствует усилению местного иммунного ответа, снижению дозы системного введения и, как следствие, уменьшению риска развития антибиотикорезистентности. Эффективность и клиническая обоснованность метода подтверждены постановлением Минздрава СССР от 20 декабря 1985 года (протокол № 22), которым разрешено применение эндолимфатической терапии в условиях стационара.

Дополняя современные представления об эндолимфатической терапии, сотрудники кафедры оториноларингологии Ташкентского педиатрического медицинского института С.А. Юсупов, А.М. Ашурметов, С.А. Хасанов и соавт. (2023) в своей работе сообщили о положительном клиническом опыте применения прямого эндолимфатического введения антибиотиков у детей с крайне тяжёлой патологией. Показаниями к данной методике явились тяжёлые гнойно-воспалительные осложнения, включая: отогенный менингит (2 пациента), абсцесс височной доли головного мозга (2), тромбоз сигмовидного синуса (2), абсцесс лобной доли мозга (1), флегмону глазницы (4), шейный медиастинит (2), гнойный парафарингит (1), ретробульбарный абсцесс (1), а также хронический средний отит (16 пациентов). Во всех случаях применение эндолимфатической терапии сопровождалось положительной клинической динамикой и благоприятным исходом заболевания.

Фокус на лимфатической системе в контексте лечения гнойно-воспалительных осложнений, включая орбитальный целлюлит, обоснован рядом клинико-физиологических факторов:

1. Лимфатическая система — ключевое звено в иммунной защите.
2. Повышенная проницаемость лимфатических капилляров в очаге воспаления.
3. Потенциал лимфотропной терапии.
4. Необходимость снижения антибиотикорезистентности.

Выводы. Внимание к лимфатической системе в современных схемах лечения орбитальных и внутричерепных осложнений риносинусита у детей является патогенетически и фармакологически обоснованным направлением, требующим дальнейших исследований и внедрения в клиническую практику.

ЎТКИР РИНОСИНУСИТНИНГ ҚИЁСИЙ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Бобокулова Д.Ф.
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон, Бухоро

Кириш. EPOS 2020 да келтирилган риносинуситлар (РС) таснифида ўткир риносинусит (ЎРС) ўткир вирусли риносинусит, вирусдан кейинги риносинусит ва ўткир бактериал риносинуситга бўлинади. Ушбу нозологик шакллар патогенетик жиҳатдан бир-бирига боғлиқ, клиник белгилари ўхшаш, бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир яллиғланиш босқичлари ҳисобланиб, кетма-кет ривожланади. Респиратор вирусларнинг цитопатик таъсири юқори нафас йўллари шиллиқ қаватида ўз-ўзини тозалаш жараёнлари бузилишига олиб келади ва БЁБда бактериал суперинфекция ривожланиши учун зарур шароитни яратади.

Риносинуситлар уларга ташхис қўйилганидан кўра кўп учрайди, чунки баъзи ҳолларда ўткир синуситнинг клиник манзараси ўткир вирусли инфекциялар белгилари билан яшириган бўлади. Бироқ, синуситни грипп ва ЎРВИда нафақат уларнинг асоратлари, балки уларнинг намоён бўлиши деб ҳисоблаш керак .Риносинусит туфайли юзага келадиган бузилишлар нафақат беморларнинг азоб чекишига, иш қобилияти йўқолишига, давлат миқёсида иқтисодий харажатларнинг кўпайишига, балки баъзида оғир асоратларга олиб келади . Шунга асосан, риносинуситни ташхислаш ва даволаш оториноларингологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда .

Риносинуситни даволаш учун тавсия этилган воситалар ва усулларнинг катта арсеналига эга бўла туриб, улар орасидан энг самарали воситани танлаб олиш ҳам муҳимдир. Ушбу патология учун кўпинча нотўғри танланган, самарасиз терапия даволаниш муддатининг узайишига, асоратларнинг шаклланишига ва одатда, жараённинг сурункали шаклга ўтишига олиб келади .

Тадқиқотнинг мақсади. Ўткир риносинусит бўлган беморларнинг текширув натижаларини қиёсий баҳолаш ҳисобланади.

Материал ва усуллар.Тадқиқот доирасида 18 ёшдан 74 ёшгача бўлган ЎРС билан касалланган 115 нафар (уларнинг 55 таси аёл ва 60 таси эркак) беморлар комплекс клиник-лаборатор текширувдан ўтказилди. ЎРС бўлган беморларнинг ўртача ёши 33,45±9,75 ёшни ташкил этди. Назорат гуруҳига 19 ёшдан 54 ёшгача (ўртача ёши 33,5±7,2 ёш) бўлган, ЎРС билан касалланганлар гуруҳи билан таққосласа бўладиган 22 нафар (10 та аёл ва 12 та эркак) соғлом одам киритилди.

Тадқиқот натижалари.ЎРСнинг энг кенг тарқалган эндоскопик белгиси ўрта бурун йўли шиллиқ қаватининг шишиши бўлиб, иккала гуруҳ беморларнинг барчасида кузатиш мумкин бўлди. ЎРС билан касалланган беморларда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма фақат беморларнинг 52,5%ида, сфеноэтмоидал чўнтак соҳасидаги йирингли ажралма эса беморларнинг 12,5%ида аниқланди. ЎРС билан касалланган беморлар рентгенологик текширилганда бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланишининг тарқалган шакли изоляцияланган (тарқалмаган) гайморитга нисбатан устунлик қилди. Юқори жағ бўшлиқларидан биттасининг зарарланиши 44 нафарида (29,3%) қайд этилди. Шундан 24 нафарида (16,0%) бир томонлама экссудатив гайморит, 18 нафарида (12,0%) юқори жағ бўшлиғининг биттасида тотал қорайиш кузатилди. Рентгенологик маълумотларга кўра, 106 та беморида (70,7%) яллиғланиш жараёни бир нечта синусларда: икки томонлама гайморит - 49 та беморида (32,7%), гемисинусит - 11 та беморида (7,3%), полисинусит - 46 та беморида (30,7%) аниқланди. ЎРС билан касалланган беморларнинг 60,0% и Staphylococcus epidermidis ажратиб олинди. У монокултура шаклида беморларнинг 43,7%ида, бактериялар ассоциацияси шаклида беморларнинг 16,2%ида аниқланди. Беморларнинг 28,7%ида Staphylococcus aureus ажратиб олинди, жумладан монокултура шаклида - беморларнинг 12,5%ида, ассоциация шаклида – беморларнинг 16,2%ида аниқланди. Ушбу бактериялар беморларнинг 23,7%ида барча микроблар ассоциацияларида топилди.Staphylococcus epidermidis нинг антибактериал дориларга сезгирлигини аниқлашда 4 та ҳолатда (ушбу микроорганизм барча олинган культураларининг 8,0%) пенициллинлар, цефалоспоринлар ва фторхинолонларга чидамлилик; 8 та ҳолатда (16,0%) – пенициллинлар ва цефалоспоринларга чидамлилик; 3 ҳолатда (6,0%) – фақат пенициллин қаторидаги дори воситаларга ва 1 та ҳолатда (2,0%) –

цефалоспорин ва фторхинолон антибиотикларига чидамлилик қайд этилди. Staphylococcus aureus культурасининг антибиотикларга чидамлилигини таҳлил қилиш 8 та экилмада пенициллинлар, цефалоспоринлар ва левофлоксацинга нисбатан чидамлилик борлигини кўрсатди (33,3%); 8 та ҳолатда (33,3%) пенициллинлар ва цефалоспоринларга нисбатан чидамлилик; 1 та ҳолатда (4,2%) пенициллинларва фторхинолонларга нисбатан полирезистентлик аниқланди; битта культурада ҳимояланмаган пенициллинларга қарши изоляцияланган чидамлилик аниқланди.

ЎРСни даволашда ишлатиладиган антибактериал дори воситаларнинг учта етакчи гуруҳига нисбатан ажратиб олинган микрофлоранинг чидамлилиги тўғрисидаги маълумотлар умумлаштирилаганда, биз қуйидаги натижаларни олдик: β-лактамаза ингибиторлари бўл-ган полисинтетик пенициллинларга чидамлилик 33,7%ни, ҳимоя- ланмаган пенициллинлар-га чидамлилик 22,5%ни ташкил этди. Микроорганизмлар- нинг цефалоспоринларга чидам-лилиги 28,7%га, фторхинолонларга чидамлилиги 17,4%га тенг бўлди.

Хулоса қилиб айтганда, олинган кўрсаткичлар Европа мамлакатларида юқори нафас йўллари микрофлорасининг антибиотикларга чидамлилиги тўғрисидаги ўрта- ча қийматларига мос келди.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ В ТЕРАПИИ ЭНУРЕЗА И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Беэр-Шева, Израиль

Введение: Проблема ночного энуреза и сопутствующих ему психических и соматических состояний остаётся актуальной в подростковой медицине. У пациентов с ночной полиурией часто выявляются симптомы тревожности, эмоциональной неустойчивости, мигрени, расстройств сна и признаков метаболического синдрома. Современные исследования всё чаще обращают внимание на роль носового дыхания, особенно в ночной период, как одного из факторов, нарушающих гормональную регуляцию водного обмена и активирующих стрессовые нейрогормональные оси. Установлено, что затруднение носового дыхания у подростков ассоциировано с нарушением секреции вазопрессина и мозгового натрийуретического пептида, что может провоцировать эпизоды ночного недержания мочи. Коррекция данной патологии требует не только медикаментозного, но и хирургического подхода.

Цель исследования: представить наблюдение клинического случая подростка с устойчивым ночным энурезом, мигренозными эпизодами, социальной тревожностью и признаками избыточного веса, у которого устранение механической обструкции носовых путей стало поворотным моментом в достижении стойкой ремиссии всей симптоматики.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находился мальчик 14 лет, длительно страдавший от коморбидных состояний: эпизодов ночного недержания мочи, панических реакций в социальных ситуациях, частых головных болей и нарастания массы тела. Проводимая ранее терапия включала когнитивно-поведенческое сопровождение, назначение мелатонина, десмопрессина в интраназальной форме, метформина, а также индивидуально подобранную физическую активность и коррекцию пищевых привычек. Однако улучшение оставалось частичным. После консультации оториноларинголога выявлены признаки выраженной аденоидной вегетации, гипертрофии миндалин, искривления носовой перегородки и наличия полипов в полости носа. Пациенту выполнены аденотомия, тонзиллэктомия, септопластика и полипэктомия в рамках одного хирургического вмешательства.

Полученные результаты: Уже через 1 месяц после операции отмечено прекращение эпизодов энуреза, значительное снижение уровня тревожности, улучшение качества сна, исчезновение мигренозных приступов. Через 3 месяца зафиксирована нормализация индекса

массы тела и стабилизация эмоционального фона. Достигнутая положительная динамика сохраняется на протяжении года наблюдения. Данный случай подчёркивает важную роль функционального носового дыхания и циркадной гормональной регуляции в поддержании психоэмоционального и соматовегетативного равновесия у подростков.

Краткое содержание: Механическая обструкция верхних дыхательных путей может быть ключевым звеном в патогенезе резистентных форм ночного энуреза и тревожных расстройств. Комплексный подход с участием специалистов разных профилей — психиатра, эндокринолога и ЛОР-врача — позволяет выявить соматические триггеры психоневрологической симптоматики. Включение хирургической коррекции в структуру терапии может радикально изменить клиническую картину и привести к стойкому улучшению состояния пациентов подросткового возраста. Такие случаи подчёркивают необходимость повышения междисциплинарной осведомлённости и пересмотра традиционного подхода к диагностике и лечению энуреза, особенно при наличии сопутствующей ЛОР-патологии.

ВИРУСЛИ КАСАЛЛИКЛАРДАН КЕЙИН ҲИД БИЛИШНИНГ БУЗИЛИШИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ДАВОЛАШДА ИНТРАНАЗАЛ КОРТИКОСТЕРОИДЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Вохидов У.Н., Ражабов Д.Б.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази

Кириш: Ҳид билиш инсон ҳаётий фаолиятида муҳим аҳамиятга эга бўлиб, атроф-муҳитдаги химиявий моддалар ҳақида сигнал беради, таом ҳазм қилиш, хавфдан сақланиш ва ҳиссий ҳолатни таъминлашда иштирок этади. Ҳид билишнинг йўқолиши ёки пасайиши нафақат инсоннинг турмуш сифатини пасайтиради, балки турли касбий фаолият турларини (дегустатор, парфюмер, ошпаз ва бошқалар) йўқотишга, шунингдек хавфли ҳолатларга (газ ҳидига аносмия) олиб келиши мумкин. Шу билан бирга, ҳид билиш бузилиши марказий асаб тизимининг жиддий касалликлари — Паркинсон ва Алцгеймер касалликларининг илк белгиси сифатида ҳам намоён бўлади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари (БЁБ) касалликлари ҳид билиш бузилишининг энг кўп тарқалган сабаблари сирасига киради. Уларнинг асосий механизмлари икки турда намоён бўлади: Кондуктив механизм — ҳидли моддаларнинг ҳид билиш эпителийсига етиб боришига тўсиқ бўлади (бурун тўсиғининг қийшиқлиги, шишлар, яллиғланиш жараёнлари, полиплар). Нейросенсор механизм — ҳид билиш эпителийси, нерв толалари ёки марказий ҳид билиш тузилмаларининг шикастланиши билан боғлиқ. Ўткир риносинусит билан оғриган беморларда ҳид билиш вақтинчалик бузилади. Комплекс даволаш, айниқса муколитик ва яллиғланишга қарши таъсирга эга фитопрепаратлар (масалан, Синупрет) қўлланиши ҳид билишнинг тикланиш динамикасини тезлаштиради. Сурункали риносинуситда ҳид билиш бузилишлари кўпинча яллиғланиш оқибатида нейроэпителий дисфункцияси билан боғлиқ бўлади. Бундай ҳолларда маҳаллий ва тизимли кортикостероидлар терапияси самарали бўлиши мумкин, аммо жарроҳлик даволаш доим ҳам ҳид билишни тўлиқ тикламайди.

Ҳид билиш бузилишларини аниқлашда олфактометрия ишончли ва объектив усул ҳисобланади. Текширувлар кўп ҳолларда беморларда ҳид билиш бузилишлари мавжудлигини кўрсатади, ҳатто улар шикоят қилмаган тақдирда ҳам. Шунинг учун бундай беморларда анамнезни тўплашда ҳид билиш ҳолати алоҳида баҳоланиши керак.

Тадқиқот мақсади. Вирусли касалликлардан кейин ҳид билишнинг бузилиши бўлган беморларнинг даволашда интраназал кортикостероидларни қўллаш самарадорлигини баҳолаш ҳисобланади.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқотга 15 бемор (7 эркак ва 8 аёл) киритилган бўлиб, уларнинг ўртача ёши 39,3±10,9 йилни ташкил этди. Вирусдан кейинги ҳид билиш қобилияти бузилган беморларни даволашда интраназал кортикостероид сифатида мометазон фуроат спрейи (3 ой давомида 400 мкг/сут) билан даволаш олиб борилди. Барча беморларда ЛОР-аъзоларнинг стандарт текширувидан ташқари, ҳид билиш функцияси текширилди.

Қўшимча ҳолда эндоскопия ва рақамли ҳажмли томография орқали ҳид билиш анализаторининг тузилмалари (ҳид ёриғи, юқори чиғаноқ, ҳид нови) текширилди. Риносинуситнинг тўртта асосий симптоми (бурун битиши, бурундан ажралмалар/постназал синдром, бош оғриғи, ҳид сезишнинг пасайиши/йўқолиши) ВАШ бўйича баҳоланди, бунда 0 — минимал, 10 — максимал даражани англатди. Ҳид сезиш ўлчови даволаш бошланишидан олдин (0-визит), 1 ойдан кейин (1-визит) ва 8–10 ойдан кейин (2-визит) баҳоланди.

Олинган натижалар. Даволаш бошланишидан олдин (0-визит) барча беморларда ҳид сезишнинг кучли пасайиши ёки тўлиқ йўқолиши қайд этилди. Ўртача ҳисобда беморлар ҳид сезиш бузилишини 10 баллдан 8,9±1,9 баллга баҳолашди, бурун битиши — 6,7±1,5 балл, бурундан ажралмалар — 6,2±2,1 балл камроқ безовта қиларди, бош оғриғи эса деярли йўқ эди (1,8±2,44 балл). Ҳид сезиш бўсағаси ўртача 0,8±1,6 балл, ҳидларни фарқлаш — 2,5±4,4, ҳидларни идентификация қилиш — 2,1±3,4, умумий индекс — 5,5±9,3 ни ташкил этди. Шу тарзда, даволашдан олдин барча беморларда гипосмия ёки аносмия аниқланди (умумий индекс <15 балл).

1-визитда барча беморлар риносинуситнинг асосий симптомларида ишончли яхшиланишни қайд этди: ВАШ бўйича бурун битиши — 4,0±2,2 балл (p=0,004), бурундан ажралмалар — 4,0±1,4 (p=0,002), бош оғриғи — 0,6±1,0 (p=0,013), ҳид сезиш бузилиши — 7,4±2,5 (p=0,005). Ольфактометрия маълумотларига кўра ҳам ҳид билиш функцияси барча параметрлар бўйича яхшиланган: ҳид сезиш бўсағаси — 1,9±2,4 балл (p=0,046), ҳидларни фарқлаш — 4,1±4,3 (p=0,041), ҳидларни идентификация қилиш — 5,0±4,3 (p=0,005); умумий индекс — 11,0±10,7 (p=0,003). Бироқ ҳеч бир беморда меъёрий кўрсаткичга (умумий индекс >30) етиб бормади, аммо 6 беморда гипосмия даражасига (15< умумий индекс <30) етди.

2-визитда 15 бемордан 5 нафари ҳид сезишда ёмонлашишни, 10 нафари эса ўзгариш йўқлигини қайд этди. ВАШ бўйича ҳид сезиш бузилиши ўртача 7,8±2,5 балл (p=0,2) бўлди. Қолган симптомлар ҳам ишончли ўзгармади: бурун битиши — 4,5±2,0 (p=0,3), бурундан чиқиндилар — 4,5±2,3 (p=0,3), бош оғриғи — 1,0±2,1 (p=0,1). Умуман олганда, 3 беморда бурун битиши кучайди, 2 беморда ажралмалар кўпайди ва 2 беморда бош оғриғи ортди.

Ольфактометрия маълумотларига кўра, 2-визитда 1-визитга нисбатан ҳид билиш функцияси икки параметр бўйича ёмонлашди: ҳидларни идентификация қилиш — 3,3±3,7 балл (p=0,009), умумий индекс — 8,3±9,7 (p=0,029). Ҳид сезиш бўсағаси ишончли ўзгармади — 1,5±2,1 (p=0,2), шунингдек ҳидларни фарқлаш ҳам — 3,5±4,1 (p=0,1).

Шу тариқа, мометазон фуроат спрейи қўлланганда ҳид сезиш функциясида яхшиланиш кузатилади, ушбу яхшиланишни узоқ муддатли давом этиши учун схематик равишда интраназал кортикостероидларни қўллаб туриш лозим.

Хулоса. Вирусдан кейинги ҳид билиш бузилиши бўлган беморларда интраназал кортикостероидларни узоқ муддат давомида қўллаш ҳид билиш функциясини қисман, баъзи ҳолларда тўлиқ тикланишига олиб келади.

БУРУН БЎШЛИҒИ ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲИД БИЛИШНИНГ БУЗИЛИШИ

ВохидовУ.Н., Ражабов Д.Б.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази

Ҳид билиш инсон ҳаётий фаолиятида муҳим аҳамиятга эга бўлиб, атроф-муҳитдаги химиявий моддалар ҳақида сигнал беради, таом ҳазм қилиш, хавфдан сақланиш ва ҳиссий ҳолатни таъминлашда иштирок этади. Ҳид билишнинг йўқолиши ёки пасайиши нафақат инсоннинг турмуш сифатини пасайтиради, балки турли касбий фаолият турларини (дегустатор, парфюмер, ошпаз ва бошқалар) йўқотишга, шунингдек хавфли ҳолатларга (газ ҳидига аносмия) олиб келиши мумкин. Шу билан бирга, ҳид билиш бузилиши марказий асаб тизимининг жиддий касалликлари — Паркинсон ва Алцгеймер касалликларининг илк белгиси сифатида ҳам намоён бўлади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари (БЁБ) касалликлари ҳид билиш бузилишининг энг кўп тарқалган сабаблари сирасига киради. Уларнинг асосий механизмлари икки турда намоён бўлади:

Кондуктив механизм — ҳидли моддаларнинг ҳид билиш эпителийсига етиб боришига тўсиқ бўлади (бурун тўсиғининг қийшиқлиги, шишлар, яллиғланиш жараёнлари, полиплар).

Нейросенсор механизм — ҳид билиш эпителийси, нерв толалари ёки марказий ҳид билиш тузилмаларининг шикастланиши билан боғлиқ.

Клиник кузатувлар шуни кўрсатадики, полипоз риносинусит, ўткир ва сурункали риносинусит ҳамда бурун тўсиғининг қийшиқлиги каби патологиялар ҳид билишнинг турли даражада бузилиши билан кечади. Полипоз риносинуситда ҳид билиш бузилишлари деярли барча беморларда қайд этилади, чунки полиплар ҳидли моддалар йўлини тўсиб қўяди ва рецептор эпителийга таъсир қилади.

Септопластика амалиёти нафақат бурун орқали нафас олишни яхшилайди, балки ҳид билиш функциясини ҳам тиклашга ёрдам бериши аниқланган. Шу билан бирга, операциядан кейин қисқа муддатли аносмия ҳолатлари кузатилиши мумкинлиги сабабли, беморлар билан тўғри тушунтириш ишлари олиб бориш зарур.

Ўткир риносинусит билан оғриган беморларда ҳид билиш вақтинчалик бузилади. Комплекс даволаш, айниқса муколитик ва яллиғланишга қарши таъсирга эга фитопрепаратлар (масалан, Синупрет) қўлланиши ҳид билишнинг тикланиш динамикасини тезлаштиради.

Сурункали риносинуситда ҳид билиш бузилишлари кўпинча яллиғланиш оқибатида нейроэпителий дисфункцияси билан боғлиқ бўлади. Бундай ҳолларда маҳаллий ва тизимли кортикостероидлар терапияси самарали бўлиши мумкин, аммо жарроҳлик даволаш доим ҳам ҳид билишни тўлиқ тикламайди.

Ҳид билиш бузилишларини аниқлашда олфактометрия ишончли ва объектив усул ҳисобланади. Текширувлар кўп ҳолларда беморларда ҳид билиш бузилишлари мавжудлигини кўрсатади, ҳатто улар шикоят қилмаган тақдирда ҳам. Шунинг учун бундай беморларда анамнезни тўплашда ҳид билиш ҳолати алоҳида баҳоланиши керак.

Ҳид билиш анализаторини визуализация қилиш учун рақамли ҳажмли томография (РҲТ) ва эндоскопик усуллар замонавий, юқори самарали метод ҳисобланади. РҲТ ёрдамида ҳид билиш ёриғи, юқори бурун чиғаноғи ва ҳид билиш новининг конфигурацияси аниқ кўринади, бу эса прогноз ва хирургик тактикани белгилашда катта аҳамиятга эга.

Материал ва методлар. Тадқиқотга бурун ва БЁБ касалликлари бўлган беморлар жалб қилинди. Ҳид билиш функцияси махсус олфактометрия тестлари орқали баҳоланди. Қўшимча ҳолда эндоскопия ва рақамли ҳажмли томография орқали ҳид билиш анализаторининг тузилмалари (ҳид ёриғи, юқори чиғаноқ, ҳид нови) текширилди. Даволаш тактикасидан келиб чиқиб, консерватив терапия (кортикостероидлар, фитопрепаратлар) ва септопластика ёки эндоскопик хирургия қўлланилди.

Натижалар. Полипоз риносинусит билан оғриган беморларнинг деярли барчасида гипосмия ёки аносмия қайд этилди. Ўткир риносинуситда ҳид билиш вақтинчалик йўқолиши кузатилди, Синупрет қўлланиши тикланишни тезлаштирди. Бурун тўсиғининг қийшиқлигида септопластика нафақат нафас олишни, балки ҳид билиш функциясини ҳам яхшилади. Олфактометрия маълумотларига кўра, кўп беморларда ҳид билиш бузилишлари мавжудлиги аниқланди, ҳатто улар клиник шикоят қилмаган ҳолларда ҳам. РҲТ орқали ҳид билиш анализатори учун меъёрий кўрсаткичлар ишлаб чиқилди ва хирургик тактикада қўлланиш имконияти яратилди.

Муҳокама. Ҳид билиш бузилишлари бурун ва БЁБ касалликларининг муҳим симптомларидан бири ҳисобланади. Уларнинг патогенези кўп омилли: яллиғланиш, механик тўсиқлар ва нейросенсор дисфункциялар. Замонавий ташхис усуллари (олфактометрия, РҲТ, эндоскопия) ҳид билиш функциясини объектив баҳолашга имкон беради. Даволашда консерватив ва хирургик усулларни уйғун қўллаш самарали натижалар беради.

Хулоса. Бурун ва БЁБ касалликларида ҳид билиш бузилишлари юқори тарқалиш даражасига эга. Олфактометрия ҳид билиш функциясини баҳолашда ишончли ва объектив

усул ҳисобланади. РҲТ ҳид билиш анализаторининг анатомик хусусиятларини аниқлашда муҳим аҳамият касб этади. Консерватив терапия (махсус фитопрепаратлар, кортикостероидлар) ва септопластика ёки эндоскопик жарроҳлик даволашнинг энг самарали йўналишлари ҳисобланади.

Комплекс ёндашув ҳид билиш функциясини тиклаш ва беморларнинг ҳаётий сифатини яхшилашда асосий аҳамиятга эга. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларида ҳид билиш бузилишлари юқори тарқалишга эга бўлиб, уларни эрта аниқлаш ва комплекс даволаш муҳим аҳамиятга эга. Олфактометрия ва РҲТ каби замонавий усуллардан фойдаланиш ҳид билиш функциясини баҳолаш, даволаш самарадорлигини ошириш ва беморларнинг ҳаётий сифатини яхшилаш имконини беради.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Гасымов А.В., Панахиан В.М., Абилова Ф.А., Алиев Б.Ш.,
Суджаддинова А.Дж.
Азербайджанский Медицинский Университет,
г. Баку. Азербайджанская Республика

Введение: По мнению всех оториноларингологов риногенные внутричерепные осложнения являются наиболее тяжелой патологией, которые требуют мультидисциплинарного медицинского подхода и своевременной диагностики. По данным разных авторов, риногенные внутричерепные осложнения несмотря на то, что встречаются реже, но протекают более тяжело и чаще приводят к летальному исходу чем отогенные внутричерепные осложнения. Исходя из этого, диагностика и выбор метода оперативного лечения риногенных внутричерепных осложнений, требуют усовершенствования существующих методов хирургического лечения.

Цель исследования: Разработка тактики лечения и хирургические подходы при лечении риногенных внутричерепных осложнений.

Материалы и методы исследования: За короткий промежуток времени, в осенние и зимние месяцы 2023-го года, под нашим наблюдением находились 11 пациентов, в возрасте от 9-ти до 18 лет: 10 мальчиков и 1 девочка. Структура риногенных внутричерепных осложнений определялась следующим образом: у трех больных диагностирован риногенный менингит, у 4-х эпидуральный абсцесс лобно-теменной области, у двух эпидуральный абсцесс и тромбоз сагиттального синуса, у двух абсцесс лобной доли головного мозга. У всех больных при радиологическом исследование параназальных синусов определился гемисинусит.

Всем больным произведена пункция верхнечелюстной пазухи и бактериологическое исследование пунктата. При бактериологическом исследование выявлены разные кокковые бактерии. Клинически у всех больных определялись сопорозность сознания и повышенная температурная реакция. Учитывая то, что риногенные внутричерепные осложнения проявляют себя после стихания процессов в пазухах, сначала проводилось консервативное лечение. Только 1 больной с эпидуральным абсцессом вылечился без хирургического вмешательства. Всем остальным больным была проведена хирургическая операция по вскрытию придаточных пазух носа, которые граничали с полостью черепа. Таким образом, у 10 больных произведена фронтотомия и этмоидотомия, у 1-го больного также была произведена сфеноидотомия. У 2-х больных через заднюю стенку лобной пазухи вскрыт абсцесс лобной доли мозга. Консервативная терапия проводилась согласно антибиотикограммы. Всем больным проводилась антибактериальная и противоотечная терапия. Динамика, клиническое течение болезни контролировались при оценке регидности затылочных мышц, состоянием сознания и показателями CRP. 1 больной с разлитым менингитом скончался. Полученные результаты: Несмотря на то, что 1 больной с разлитым менингитом скончался, у остальных больных начиная с 5-го дня отмечались улучшения и на 12-15 дней после операции выписаны домой с выздоровлением. Только 1 больной с эпидуральным абсцессом вылечился при помощи консервативного лечения.

Краткое содержание: В течение года в осенние и зимние месяцы мы лечили 11 пациентов с внутричерепными риногенными осложнениями. 10 из них прооперированы, 1 больной с диагнозом разлитой менингит скончался и 1 больной вылечился без хирургического вмешательства. Динамика течения болезни контролировалась по клиническим данным: регидность затылочных мышц, состояние сознания, показателями CRP.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Далиев А.Г., Тухтасинов Н.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Резюме. Хронический риносинусит у детей с врожденными пороками сердца представляет собой актуальную медицинскую проблему, так как течение заболевания осложняется сниженной резистентностью организма, особенностями гемодинамики и высоким риском инфекционных осложнений, включая эндокардит. Оптимизация лечения хронического риносинусита у детей с врожденными пороками сердца путем внедрения комплексной клинико-патогенетической терапии с применением медицинского кислорода. В исследование включены 62 пациента в возрасте 3–16 лет с врожденными пороками сердца и диагностированным хроническим риносинуситом. Пациенты разделены на 2 группы: основная группа (n=32) получала комплексное лечение с учетом кардиального статуса и контролируемую кислородотерапию; контрольная группа (n=30) получала стандартную терапию. Диагностика включала эндоскопию, компьютерную томографию, микробиологические исследования, риноманометрию и пульсоксиметрию. В основной группе отмечено достоверно более быстрое восстановление носового дыхания (в среднем на 6–7 день терапии), снижение частоты обострений хронического риносинусита более чем в 2 раза в течение 6 месяцев наблюдения, отсутствие кардиальных осложнений и вторичных инфекций. В контрольной группе улучшения наступали медленнее, отмечено 2 случая госпитализации с подозрением на бактериальный эндокардит.Применение комплексной клинико-патогенетической терапии с включением кислородотерапии у детей с врожденными пороками сердца позволяет повысить эффективность лечения хронического риносинусита, снизить частоту обострений и риск системных осложнений. Междисциплинарный подход является ключевым условием успешного ведения данной категории пациентов.

Введение. В эпоху Нового Узбекистана современная оториноларингология преодолевает значительные достижения и имеет большие перспективы развития. В стране активно внедряются передовые технологии диагностики и лечения, проводятся молекулярно-генетические исследования. Объем высокотехнологичных хирургических вмешательств на ЛОР-органах ежегодно увеличивается, непрерывно повышается квалификация специалистов и обучение оториноларингологов из всех регионов страны. С каждым годом растет спектр оказываемых услуг и степень достижения ожидаемого результата. Созданный Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр оториноларингологии и болезней головы и шеи, и его региональные филиалы позволяют направить усилия и ресурсы на оказание помощи пациентам с самыми сложными патологиями. Большое внимание уделяется профилактическим мероприятиям и расширению сотрудничества с ведущими клиниками и научными центрами зарубежных государств.

Перспективы развития оториноларингологии в Узбекистане связаны с дальнейшим внедрением инноваций, таких как высокотехнологичные лазерные системы, использование клеточных технологий для восстановления тканей и органов, роботизированная хирургия, развитие телемедицины.

Повышение эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух является важнейшей задачей современной практической оториноларингологии.

Хронический риносинусит (ХРС) – многофакторное и длительное воспалительное заболевание носа и околоносовых пазух, которое оказывает значительное воздействие на

здоровье и качество жизни детей. Применение современных методов консервативного лечения и хирургического вмешательства и использование новых форм лекарственных препаратов не привело к снижению показателей заболеваемости. Эпидемиологические исследования, проведенные с 2012 по 2022 гг. показали, что распространенность ХРС составляет 5-15% среди взрослого населения и около 5% среди детей, из них 30% приходится на долю хронического полипозного риносинусита (Кривопалов А.А.,2022).

В последние годы в Узбекистане проведены ряд научных исследований по совершенствованию диагностики и лечению хронических риносинуситов (Шамсиев Д.Ф., Хасанов У.С., Арифов С.С., Вохидов У.Н.). Одной из сложных задач остается поиск эффективных методов лечения назальной обструкции у больных ХРС.

Актуальность. Хронический риносинусит у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) приобретает особую клиническую значимость, поскольку течение и лечение данного заболевания у них осложнено сниженной общей резистентностью, особенностями гемодинамики и повышенным риском инфекционных осложнений, включая эндокардит.

По данным Самиевой Г.У., летальность среди кардиохирургических пациентов с наличием одного или более сопутствующих заболеваний составляет 3,3%.

Оптимизация лечения ХРС у данной категории пациентов требует комплексного подхода и сотрудничества разных специалистов. Наряду с этим важно обеспечить индивидуализированный подход к каждому пациенту, учитывая его специфические анатомические и функциональные особенности сердечно-сосудистой системы. У детей с ВПС, в особенности с цианотическими формами, наблюдается склонность к гипоксии тканей, замедленному мукоцилиарному транспорту и измененной реакции иммунной системы. Это способствуют затяжному течению воспаления, слабому ответу на стандартную терапию и высокому риску госпитальных инфекций.

Носовое дыхание является нормальным физиологическим процессом, нарушение которого приводит к функциональным и морфологическим изменениям в жизнедеятельности и структуре важнейших органов и систем организма, которые происходят в результате замедления обменных процессов, уменьшения биоэлектрического потенциала клетки, возникновения состояния энергетического дефицита вследствие кислородной недостаточности, нарушения микроциркуляции, а также ослабления цилиарной и эпителиальной функций. Назальная обструкция приводит к затруднению венозного оттока, что вызывает повышение парциального давления углекислого газа, давления в крови и изменения в коронарных сосудах.

Таким образом, гипоксия является важным фактором, влияющим на течение и степень тяжести клинических проявлений ВПС.

Целью нашего исследования является использование медицинского кислорода в составе комплексной клинико-патогенетической обоснованной терапии ХРС у детей с ВПС.

Материалы и методы.

В исследование были включены 62 больных ВПС в возрасте от 3 до 16 лет с установленным диагнозом ХРС. Из них 30 – с цианотическими, 32 – с ацианотическими пороками. ХРС у больных был диагностирован на основании клинико-анамнестических данных, результатов эндоскопии, компьютерной томографии и микробиологического исследования. Из исследования были исключены пациенты, имеющие патологию внутренних структур полости носа, а также пациенты с легочной патологией и болезнями обмена веществ. Всем больным проводилось всестороннее обследование, которое включало осмотр ЛОР-органов, биохимическое исследование крови. С помощью передней активной риноманометрии у пациентов определяли степень нарушения носовой проходимости. Для оценки работы дыхательной и сердечно-сосудистой системы определяли уровень насыщения крови кислородом с помощью пульсоксиметра.

По результатам обследования детям было назначено лечение. Все больные были разделены на две группы:

Основная группа (n=32) получала комплексную патогенетическую терапию с учетом кардиального статуса, щадящие препараты с низким риском системных побочных эффектов, рациональную антибактериальную, муколитическую, ирригационно-элиминационную терапию, коротким курсом и под контролем были применены топические кортикостероиды и пробиотики для ЛОР-органов.

Помимо всех лечебных манипуляций в данной группе проводилась контролируемая многоэтапная кислородная терапия.

Контрольная группа (n=30) лечилась по стандартной схеме, принятой для общей педиатрической практики.

Оценку эффективности лечения проводили на основании клинических показателей и динамики эндоскопического наблюдения. Повторная оценка проходимости носовых ходов и наличие обструкции была проведена через 6 месяцев после проведенной терапии.

Результаты и их обсуждение. Пациенты жаловались на головную боль, затруднение носового дыхания в 57 (92,5%) случаях, которое носило постоянный или периодический, односторонний или двусторонний характер возникновения; нарушение обоняния отмечено у 32 (52,2%) больных, слизистые, слизисто-гнойные выделения из носа у 49 (78,4%), чихание в 35 (56%) случаях; боль и тяжесть в области лица и лба у 47 (76,4%) больных, а также у больных отмечалась быстрая утомляемость и слабость.

Исследование дыхательной функции носа и степени нарушения носовой проходимости выполнялось риноманометром «Ринолан». Риноманометрия у больных была проведена на вдохе и выдохе в положении сидя для обеих половин носа.

Из данных таблицы следует, что у больных при объективной оценке дыхательной функции носа имело место назальная обструкция различной степени выраженности. По данным риноманометрии средний показатель суммарного объёмного потока (СОП) у пациентов определялся на уровне 392,2 ± 86,1 см3/с. Это значительно меньше нормальных показателей объемного потока воздуха у здоровых лиц (>700 см3/с).

Анализ состояния пациентов после проведенного комплексного лечения показал следующие результаты:

В основной группе наблюдалось достоверно более быстрое восстановление носового дыхания - в среднем через 6-7 дней, положительная динамика была отмечена, начиная с третьего дня терапии, когда как в контрольной группе улучшение носового дыхания наблюдалось в сроки от нескольких дней до нескольких недель.

Частота обострений ХРС в течение 6 месяцев наблюдения в основной группе снизилась более чем в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

В основной группе не было отмечено кардиальных осложнений или вторичных инфекций, в то время как в контрольной группе установлено 2 случая госпитализации с подозрением на бактериальный эндокардит.

Выводы: Дети с врожденными пороками сердца требуют индивидуализированного подхода к лечению хронического риносинусита.

Комплексная клинико-патогенетическая и кислородная терапия позволяют снизить частоту обострений и риск системных осложнений.

Дальнейшие исследования патофизиологии гипоксии в эпителии дыхательных путей помогут в поиске новых возможностей оптимизации лечения заболеваний ЛОР-органов.

Ключевым элементом успешной терапии является междисциплинарное взаимодействие.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Далиев А.Г., Тухтасинов Н.Н.

Областной многопрофильный детский медицинский центр Андижан, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. Хронический риносинусит - часто встречающаяся патология среди взрослых и детей. Врожденные пороки сердца составляют значительную часть сердечно-сосудистых

заболеваний у детей. В связи с ростом распространенности хронических заболеваний ЛОР-органов среди детского населения и отсутствием исследований по изучению заболеваемости хроническим риносинуситом детей с врожденными пороками сердца, актуальным является изучение этой проблемы.

Цель. Изучение распространённости и клинических особенностей хронического риносинусита у детей с врождёнными пороками сердца на основе анализа первичных документов врача-кардиолога консультативной поликлиники, отделения кардиохирургии и оториноларингологической службы, состоящей из кабинета амбулаторного приема больных и отделения детской оториноларингологии Андижанского областного многопрофильного детского медицинского Центра.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 116 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет с диагнозом врожденный порок сердца и сопутствующим хроническим риносинуситом, обследованных в Андижанском областном многопрофильном детском медицинском центре в 2021–2023 гг. Диагноз устанавливался на основе клинических, эндоскопических и лучевых методов исследования.

Полученные результаты. По результатам исследования хронический риносинусит выявлен у 5,2% детей с врожденными пороками сердца. Неполипозная форма составила 67,3% случаев, полипозная (первичная) – 32,7%, чаще II степени. В 48,3% случаев хронический риносинусит сочетался с другими ЛОР-патологиями. Заболевание чаще встречалось у детей старшего возраста, преимущественно со среднетяжёлым течением. Половых различий не выявлено, однако у девочек отмечены более тяжёлые формы и частые рецидивы.

Выводы. По данным исследования больные ХРС составили 5,2% от общего количества больных ВПС. ХРС без полипов составил более половины случаев заболевания у больных ВПС. У 32,7% больных ВПС была выявлена полипозная (первичная) форма ХРС, наиболее распространенной была II степень полипозного процесса. У 48,3% больных хронический воспалительный процесс носа и ОНП сочетался с другими патологиями ЛОР-органов. Среди больных ВПС, страдающих ХРС, значительно преобладали дети старших возрастных групп и со среднетяжелым течением заболевания. Анализ половой принадлежности показал, что мальчики и девочки страдали ХРС с одинаковой частотой. Вместе с тем у девочек чаще отмечались среднетяжелые формы и частые рецидивы заболевания.

СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Джалилов Дж.С., Панахиан В.М., Гасымов А.В., Абилова Ф.А.,
Суджаддинова А.Дж.
Азербайджанский Медицинский Университет,
г. Баку. Азербайджанская Республика

Введение: Хронический гипертрофический ринит является одной из наиболее частых причин затруднения носового дыхания. Данная патология полости носа наряду с другими, ухудшает качество жизни пациентов. Поэтому актуальным является поиск новых методов уменьшения объема нижних носовых раковин с сохранением функции слизистой оболочки.

Цель исследования: Совершенствование методов уменьшения объема нижних носовых раковин.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 70 больных с хроническим гипертрофическим ринитом, в возрасте от 23 до 63 лет. Из них 40 мужчин и 30 женщин. У некоторых больных обнаружены искривления носовой перегородки различной степени.

Всем пациентам помимо традиционных методов исследования (сбор жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР-органов), были проведены эндоскопия полости носа с применением жестких эндоскопов «0°» и «30°», 4 мм, фирмы «Karl Storz» (Германия), КТ (компьютерная томография) околоносовых пазух в 2-х проекциях (коронарная и аксиальная) и оценка мукоцилиарного клиренса (транспортная функция) слизистой оболочки носа. Оценка

мукоцилиарной функции мерцательного эпителия проводилась с использованием сахаринового теста (М.С. Плужников, Г.В.Лаврентьева, 1990), которая позволяет дать оценку о функциональном состояние слизистой полости носа.

Разработан опросник для оценки состояния больного. Оценка состояния проводилась путем анкетирования.

Больные были разделены на 2 группы, по 35 пациентов в каждой группе. В контрольной группе для уменьшения объема нижних носовых раковин были применены следующие методы: вазотомия (у 6 больных), ультразвуковая дезинтеграция (у 7 больных), диатермокоагуляция (у 7 больных), частичная конхотомия (у 10 больных), радиоволновая вазотомия (Surgitron) (у 5 больных). В основной группе для уменьшения объема нижних носовых раковин применяли следующий способ: в толщу нижней носовой раковины вводили 2% Jetokain-2мл, через определенное время на переднем конце раковины проводили вертикальный разрез 0,3-0,5 см. При помощи тонкого распатора через этот разрез, по всей длине отделяли ткани от кости раковины. Потом по всей длине раковины в нижнелатеральном отделе, параллельно дну носа удаляем тонкую полоску в размере 2 мм. При этом удаляем и кость раковины, тем самым уменьшается объем нижней носовой раковины и полость носа становится шире. Улучшается вход воздушного потока. Отличительной особенностью этого метода является сохранение поверхности мерцательного эпителия, тем самым не нарушается функция слизистой оболочки и улучшается носовое дыхание.

Полученные результаты: Повторный осмотр проводился через 30 дней, 6 месяцев и год. На основании полученных анкетных данных до и после манипуляций, результатов эндоскопии и сахариновой пробы сравнивали показатели основной и контрольной группы.

В контрольной группе через 30 дней, у пациентов которым были произведены малоинвазивные методы (вазотомия, ультразвуковая дезинтеграция, радиоволновая вазотомия), при эндоскопии полости носа обнаружены незначительные уменьшения объема нижних носовых раковин, после конхотомии и диатермокоагуляции больные жаловались на наличие корок и сухость в носу. Время сахаринового теста составило 35,94±6,12 мин, при опросе незначительное улучшение носового дыхания. В основной группе в связи с восстановлением носового дыхания, качество жизни улучшилось, корки и выделений в носу не отмечались, время сахаринового теста составило 25,5±5,55.

Через 6 месяцев вышеуказанные изменения были одинаковыми в обеих группах наблюдаемых нами пациентов.

Краткое содержание: Таким образом, предложенный нами способ уменьшения объема нижних носовых раковин дал выраженный и стабильный клинический эффект и может быть рекомендован в качестве целесообразного выбора лечения больных с хроническим гипертрофическим ринитом, особенно фиброзной формы.

ХИРУРГИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Егоров В.И., Кочнева А.О.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского; г. Москва

Введение. По оценкам экспертов, за 11-летний (2006—2016 гг.) период число больных ринитом превысило 400 млн. В европейской популяции симптомы ринита регистрируются более чем у 25% населения. В официальных ежегодных Статистических материалах Министерства здравоохранения РФ не учитывается заболеваемость ВР. Однако, приблизительная частота впервые выявленных случаев ВР в нашей стране составляет 26,3 на 100 тыс. населения в год, а общее число пациентов с установленным диагнозом – более 1 млн. чел. (на 2021г). Основным субстратом, или органом-мишенью являются нижние носовые раковины (ННР). Их функция, направленная на кондиционирование воздуха (согревание, увлажнение), становится преувеличенной или извращенной, проявляясь неспецифической назальной гиперреактивностью. Это связано с лабильностью тонуса и повышенным кровенаполнением сосудов носовых раковин. Ранее известные методики подслизистой

вазотомии нижних носовых раковин (с помощью микродебридора или распатора) имеют высокий риск повреждения слизистой оболочки и мерцательного эпителия, и кроме того, ввиду их травматичности, возникает высокая опасность кровотечения как во время хирургического вмешательства, так и в послеоперационном периоде.

Цель исследования: повышение эффективности лечения вазомоторного ринита с применением новой методики аспирационной подслизистой вазотомии.

Материалы и методы: В ЛОР-клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского разработали и внедрили в практику способ подслизистой конхотомии нижних носовых раковин (патент № 2649536), и провели изучение эффективности применения данной методики. Для этого в исследование было включено 40 больных вазомоторным ринитом в возрасте от 20 до 65 лет (основная группа): 20 больных вазоторным ринитом были прооперированы по новой методике, 20 пациентов контрольной группы были набраны с помощью ретроспективного анализа историй болезни – пациенты, прооперированные рутинным инструментальным способом с помощью распатора. От ранее известных новый метод отличается тем, что в качестве инструмента для туннелирования и частичной резекции нижней носовой раковины используют канюлю диаметром 3 мм, с 1-2 боковыми отверстиями на рабочем конце. При туннелировании боковые отверстия рабочего конца канюли направляют в сторону костного отростка носовой раковины, резекцию производят с аспирацией при уровне вакуума 150-200 мм рт.ст. Наличие бокового отверстия в канюле позволяет уменьшить объем нижней носовой раковины не только за счет деструкции кавернозных тел, но и за счет их аспирации. По завершении операции пациентам из обеих групп выполняли тампонаду полости носа на 1 сутки. Оценку эффективности проводили путем ежедневной риноскопии, риноманопневметрии и гистологического исследования состояния слизистой оболочки нижних носовых раковин в послеоперационном периоде.

Полученные результаты: При последующем наблюдении пациентов после применения новой методики подслизистой конхотомии нижних носовых раковин, в сравнении с инструментальной методикой, отмечался менее выраженный отек и послеоперационное воспаление слизистой оболочки, что способствовало более быстрому восстановлению носового дыхания и стойкому положительному эффекту от операции в течение 1 года и более. Это позволило нам сделать вывод, что разработанный нами способ подслизиситой конхотомии нижних носовых раковин является одним из наиболее физиологичным при вазомоторном рините, поскольку наименее травматичен для мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа.

Краткое содержание: Ранее известные методики подслизистой вазотомии нижних носовых раковин (с помощью микродебридора или распатора) имеют высокий риск повреждения слизистой оболочки и мерцательного эпителия, и кроме того, ввиду их травматичности, возникает высокая опасность кровотечения как во время хирургического вмешательства, так и в послеоперационном периоде. В ЛОР-клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского разработали и внедрили в практику способ подслизистой конхотомии нижних носовых раковин (патент № 2649536), и провели изучение эффективности применения данной методики. От ранее известных новый метод отличается тем, что в качестве инструмента для туннелирования и частичной резекции нижней носовой раковины используют канюлю диаметром 3 мм, с 1-2 боковыми отверстиями на рабочем конце. При туннелировании боковые отверстия рабочего конца канюли направляют в сторону костного отростка носовой раковины, резекцию производят с аспирацией при уровне вакуума 150-200 мм рт.ст.. Разработанный нами способ подслизиситой конхотомии нижних носовых раковин является одним из наиболее физиологичным при вазомоторном рините, поскольку наименее травматичен для мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа.

ЭНДОСКОПИК ТЕКШИРУВ УСУЛИНИНГ ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Ёқуббоев Б.Р.

Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш:Сурункали полипоз риносинуситлар болаларда нафақат бурун ва синус функцияларини, балки умумий ҳаёт сифати ва нафас йўллари саломатлигини ҳам жиддий даражада бузади. Шу сабабли, аниқ ва эрта ташхис қўйиш мақсадида замонавий инструментал текширувлардан — жумладан, эндоскопиядан фойдаланиш муҳим аҳамият касб этиши ҳозирги замовий тиббиётнинг вазифаларидан эканлиги сир эмас албатта. Шунингдек, ҳозирги вақтда полипоз риносинусит (ПРС) билан оғриган болаларда эндоскопик текширув усулининг клиник аҳамияти, техник жиҳатлари ва диагностик самарадорлиги таҳлил қилиниши, қаттиқ ва эгилувчан оптик ускуналар ёрдамида олинган маълумотлар бурун, параназал синуслар ва бошқа ЛОР анатомик структуралар ҳолатини аниқ баҳолашга имконият бериши замон талабларидан бирига айланиб бормоқда.

Тадқиқот мақсади: ПРС билан оғриган кичик ёшли болаларда флексибил эндоскопик видеориноскопиянинг самарадорлик даражасини баҳолаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқотга полипоз риносинусит ташхиси қўйилган 64 нафар бола (асосий гуруҳ) жалб этилди. Барча беморларда бурун ва параназал синуслар эндоскопик кўрикдан ўтказилди. Текширувлар KARL STORZ (Германия) томонидан ишлаб чиқарилган 0°, 30°, 45° ва 70° бурчакли қаттиқ эндоскоплар ҳамда 180° гача эгилувчи фиброэндоскоплар (флексибил эндоскоп) ёрдамида бажарилди. Маҳаллий анестезия учун: 2% лидокаин (4–10 ёшли беморларга) 0,5% нафтизин ёки 1 мг/мл адреналин (катта ёшдаги болаларга) қўлланилди.

Олинган натижалар. Эндоскопик кўрик пайтида аниқланган асосий патологиялардан бурун шиллиқ қавати гиперемияси – 59 беморда (92,2%), шиш ва секреция (патологик суюқлик) – 55 (85,9%), пастки бурун чиғаноқларининг гипертрофияси – 47 (73,4%), остеомеатал комплекс синехиялари – 21 (32,8%), бурун тўсиғи девиацияси – 26 (40,6%) ва параназал синусларининг табиий тешигиннинг шишганлиги ва ёпиқлиги 38 (59,3%) ҳолатда қайд қилинди. Шу билан бирга замонавий эндоскопнинг ўзига хос хусусиятларидан бурун шиллиқ қаватларининг патологик жараёнлар аллергик ўзгаришлар, яллиғланишлаи ҳолатлар таъсирида турли хир ранг ўзгаришлари (дисколорация) ҳолати – 19 (29,7%) беморда ва бурун-ҳалқум соҳасида патологик грануляцияон жараёнлар – 13 (20,3%) нисбатда аниқланди. Олинган натижаларни таҳлил қилганимизда эндоскопия ПРС билан оғриган болаларда ташхис қўйиш ва даволаш тактикасини белгилашда муҳим аҳамият касб этиши, у нафақат визуал баҳолашни, балки динамик кузатув орқали даволаш самарадорлигини баҳолаш имконини ҳам яратиши аниқланди.

Шу билан бирга, қаттиқ эндоскоплар турли бурчакларда кўриш имкониятини берган бўлса, флексибил эндоскоплар кичик ёшдаги беморларда тўлиқ кўрик ўтказишга ёрдам берди. Видеодокументация усули эса кейинги даврдаги таҳлил ва солиштириш учун асос бўлиб хизмат қилиши маълум бўлди. Шунингдек, муолажа тўлиқ оғирликсиз ва оғриқсиз ўтадиши, барча анатомик тузилмаларни аниқ ва батафсил кўриш мумкинлиги, болалар ва катталарда бирдай қўллаш мумкинлиги, стационар ва амбулатор равишда поликлиника шароитида бемалол қўллаш ва бир вақтнинг ўзида турли ҳосила ва тўқималардан биопсия олиш ёки даволаш мақсадида фойдаланиш аҳамият касб этиши маълум бўлди.

Хулоса: Эндоскопик текширув полипоз риносинусит билан оғриган болаларда ташхисни аниқлаш ва патология кўламини баҳолашда энг самарали ва информатив усуллардан бири ҳисобланади.

Риноскопия ва МСКТ билан биргаликда қўлланилганда даволаш тактикасида юқори аниқликни таъминлабгина қолмай, флексибил эндоскопия кичик ёшдаги болалар учун қулай, оғриқсиз ва самарали текширув ҳисобланади.

ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТЛАРНИ ТАШХИСЛАШДА LUND-MACKAY ВА LUND-KENNEDY ШКАЛАЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Ёқуббоев Б.Р.

Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш: Полипоз риносинусит (ПРС) болаларда параназал синусларнинг сурункали яллиғланиш ҳолати бўлиб, кўп ҳолларда полип шаклланиши билан кечади ва нафас йўлларининг тўсилиши, ҳид сезишнинг йўқолиши ҳамда ҳаёт сифатининг пасайишига олиб келади. Ташхисда МСКТ ва эндоскопия билан қўлланиладиган Lund-Mackay ва Lund-Kennedy шкалалари аниқ ва стандартлаштирилган баҳолашни таъминлайди.

Касалликни эрта аниқлаш ва даволашда визуал ва тасвирлаш усуллари ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Сўнгги йилларда эндоскопия ва КТ орқали қўлланиладиган стандартлаштирилган шкалалар ПРСни баҳолашда кенг қўлланилмоқда. Улардан энг оммалашганлари — Lund-Mackay (1993) ва Lund-Kennedy (1995) шкалаларидир. 1993 йилда V.J. Lund ва W.J. Mackay томонидан таклиф этилган Lund-Mackay шкаласи синуслардаги шишларни мультиспирал компьютер томографияси (МСКТ) тасвирлари асосида баҳолайди. Ушбу шкала ҳар бир синус учун 0–2 баллик баҳо қўйишни назарда тутади: 0 – нормал (ҳаво билан тўлган), 1 – қисман тўлган, 2 – тўлиқ сояланиш тасвирини имконини беради.

Тадқиқот мақсади: ПРС билан оғриган болаларда Lund-Mackay ва Lund-Kennedy шкалаларини ҳамда мультиспирал компьютер томографияси (МСКТ) ни уйғунлашган равишда қўллаш орқали ташхислаш, касалликнинг кечишини ва даво самарадорлигини баҳолаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тадқиқотга 125 нафар 7 ёшдан 16 ёшдаги болалар (ўртача ёш – 11,3±2,2 ёш) жалб этилди. Барча бемор болаларда назал эндоскопия, МСКТ (мультиспирал компьютер томографияси) каби текширувлари бажарилиб, олинган таҳлиллар Lund-Mackay ва Lund-Kennedy шкалалари орқали баҳолаш ўтказилди.

Lund-Mackay шкаласи ҳар бир синус 0–2 баллик тизимда баҳоланди, максимал балл – 24 баллни ташкил қилди. Lund-Kennedy шкаласи: Полиплар, секреция, қон кетиш ва мукоз ҳолати 0–2 баллик шкалада баҳоланди. Максимал балл – 20.

Олинган натижалар: Lund-Mackay шкаласи бўйича ўртача балл: 16,2 ± 3,4 (минимал: 9, максимал: 23) ташкил қилди. Текширув давомида 54 нафар (43,2%) болада бурун бўшлиғи шиллиқ қаватларида кучли шиш аниқланди (≥18 балл), шунингдек, 71 нафар беморда (56,8%) ўртача даражада қайд қилинди (10–17 балл). Олинган натижалар Lund-Kennedy шкаласи бўйича баҳоланганда ўртача балл: 11,8 ± 2,7 ни ташкил қилди. Шундан полипоз ўзгаришлар 2-балл даражасида 89 та беморда (71,2%), шиллиқ қаватларда мукоид секреция – 68 (54,4%), қуюқ, ёпишқоқ шилимшиқ мукоз массалар – 41 (32,8%), қон аралаш секреция эса – 16 (12,8%) болада қайд қилинди. Шунингдек, бурун шиллиқ қаватларида гипертрофик мукоза – 97 беморда (77,6%) кузатилди.

Текширилган бемор болаларда бурун ёндош бўшлиқларининг МСКТ текширувида қуйидагилар аниқланди: остеомеатал комплекснинг қисма ва тўлиқ бекилиши тўсилиши – 102 беморда (81,6%), этиомоидал синусларнинг икки томонлама тўлиқ сояланиши – 73 (58,4%), икки томнлама максилляр синус гиперплазияси – 45 (36%) ва бурун тўсиғи девиация ёки анатомик аномалиялари – 34 (27,2%) нафар беморда қайд қилинди.

Хулоса: Полипоз риносинусит билан оғриган бемор болаларда МСКТ текшируви юқори аниқликка эга бўлиб, анатомик тузилмаларни, патологик ўзгаришлар ва жарроҳлик амалиётини режалаштириш учун асосий усуллардан бири бўлиб, олинган таҳлилларни Lund-Mackay шкаласи орқали аниқ ва объектив баҳолаш имконият яратиб, касалликнинг оғирлик даражасини тўғри баҳолашда муҳим аҳамият касб этади.

Шунингдек, Lund-Kennedy шкаласи болаларда эндоскопик кўрик орқали бемор ҳолатини динамик назорат қилишга ёрдам беради ва ушбу усулларни ўзаро уйғунлашган ҳолда қўллаш, уларда ПРСларни эрта ташхислаш, даво самарадорлигини баҳолаш ва касалликнинг қайталаниш ҳолатларини камайтириш имконини беради.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАМИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Холбоев М.А., Рустамов А.А., Мустафоев Ж.У.
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Папиллома- одна из наиболее часто встречающихся опухолей ЛОР-органов. Наиболее часто появление папиллом вызвано вирусом папилломы человека (ВПЧ), который является ДНК-содержащим вирусом.

Процесс рецидивирования плохо поддается контролю лекарственными препаратами и поэтому хирургические методы продолжают быть единственным способом сохранения проходимости дыхательного тракта. Причина рецидивов заключается в том, что в случае хирургического лечения иссекается только видимый патологический очаг, а не этиологический фактор. Оставшийся в тканях ВПЧ вновь приводит к развитию опухолевого процесса.

Цель работы – изучение эффективности применения тилорона (Лавомакса) и местного воздействия мази Виферон при комплексном лечении больных с папилломами носа и придаточных пазух.

Материал и методы исследования: было обследовано 66 больных с папилломами носа и придаточных пазух. Возраст больных составил от 24 до 52 лет, заболевание одинаково часто встречается среди лиц мужского 36 (54,5%) и женского пола 30 (45,5%).

По результатам гистологического исследования у 36 (54,5%) пациентов выявлена плоскоклеточная папиллома, у 30 (45,4%) переходно-клеточная папиллома.

Результаты. Все больные были разделены на две группы: основная (34 пациента) и контрольная (32 пациента). Пациенты основной группы получали комплексную терапию. В течении 7 дней до оперативного лечения применяли мазь Виферон. Мазь тонким слоем наносили на поражённую поверхность 3 раза в сутки. После оперативного лечения включили препарат Лавомакс по схеме: 0,125 г (1 таблетка) в сутки в течении 2 дней, далее по 0,125 г через 48 часов, на курс лечения 1,25 г (10 таблеток).

На фоне комплексного лечения зафиксировано более раннее (уже к концу второй недели лечения, в среднем на 12-14-й день), по сравнению со стандартной терапией (в среднем на 17-18-й день лечения) улучшение самочувствия больных.

Положительная клиническая картина сопровождалась улучшением иммунологических показателей. Через 3 недели лечения у пациентов основной группы происходило увеличение Т-лимфоцитов с 50,6±2,1 до 53,4±2,1%, с полной нормализацией у 28 больных (82,3%), в то время как в контрольной группе этот показатель нормализовался лишь у 20 пациентов (62,5%). Лавомакс повысил функциональную активность Т-хелперов с 24,4±2,1 до 40,2±2,5 в основной группе и с 26,4±2,0 до 36,7±2,3 в контрольной. Лавомакс положительно повлиял на гуморальный иммунитет, повышая уровень IgA с 1,23±0,10 г/л до 1,42±0,11 г/л, в контрольной группе этот показатель достоверно не изменился.

Комплексное лечение Виферон+Лавомакс позволило сократить число рецидивов в основной группе до 4,5% (один пациент), тогда как в контрольной группе рецидив заболевания наблюдался у 15% (3 пациента).

Выводы. Таким образом, комплексная терапия с применением тилорона (Лавомакс) и местно мази Виферон показала свою высокую эффективность, благодаря которой происходило быстрое исчезновение клинических симптомов и наблюдалась нормализация иммунологических параметров больных с папилломой носа и придаточных пазух.

ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ КОНЦЕПЦИЯЛАР

Лутфуллаев Ғ.У., Рузиев Ж.Б.

Самарқанд давлат тиббиёт университети. Самарқанд. Ўзбекистон

Кириш. Сурункали полипоз риносинуситни ташхислаш ва даволаш бўйича олиб борилган тадқиқотлар муҳим илмий натижаларга олиб келди. Сурункали полипоз риносинуситнинг патогенези, диагностикаси ва даволаш соҳасидаги кенг қамровли тадқиқотларга қарамай, ушбу касалликнинг қайталаниш ҳолатлари ортиб бормоқда. Патогенетик жиҳатдан самарали усуллар мавжуд тиббий-ижтимоий муаммоларни ҳал қилиш учун диагностика ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш зарурлигини кўрсатмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади полипоз риносинусит билан оғриган беморларни даволаш усулларини такомиллаштириш ва профилактика чора-тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат.

Материаллар ва усуллар: Тадқиқот икки босқичда ўтказилди: биринчи босқичда полипоз риносинусит бўйича мурожаатлар ва ўтказилган операциялар тўғрисидаги ретроспектив таҳлил маълумотлари ўрганилди. 2017-2022 йиллар давомида Самарқанд, Жиззах, Қашқадарё вилоятларида 527 нафар беморнинг мурожаат маълумотлари ўрганилиб, полипоз риносинуситни даволаш таҳлили ўтказилди.

Проспектив тадқиқотнинг иккинчи босқичида мақсадга эришиш ва қўйилган вазифаларни ечиш учун Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг оториноларингология бўлимида 2021-2023 йилларда ПРС бўйича текширилган ва даволанган 22 ёшдан 78 ёшгача бўлган 94 нафар бемор комплекс текширувдан ўтказилди. ПРСни даволашнинг турли усулларини таққослаш, ушбу беморлар гуруҳини даволаш тактикасининг самарадорлиги ва мувофиқлигини баҳолаш, ПРСни жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин эрта қайталаниш хавфи белгиларини аниқлаш, шунингдек, қайталанишнинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш мақсадида беморлар 2 гуруҳга бўлинди: I гуруҳ (асосий) - ПРС бўйича комплекс дори-дармон ва жарроҳлик даво олган 46 нафар бемор; II гуруҳ (таққослаш гуруҳи) - ПРС сабабли стандарт дори-дармон ва жарроҳлик даво олган 48 нафар бемор. Шунингдек, лаборатория кўрсаткичлари ва клиник-функционал текширув натижаларини таққослаш учун назорат гуруҳига 10 нафар амалий соғлом одам киритилди. Статистик таҳлил IBM SPSS Statistics 20.0 ва Statistica 6.0 дастурлари ёрдамида амалга оширилди, бирламчи материалларни тайёрлаш ва аксарият графикларни қуриш эса "Excel 2010 MC" дастурида бажарилди

Олинган натижалар шуни куўрсатдики ЛОР аъзоларининг эндоскопик текшируви қуйидагиларни ўз ичига олди: тарқалганликни аниқлаш учун TNPS шкаласи ёрдамида эндориноскопия ва бурун бўшлиғининг эндоскопик текширувидаги ўзгаришларни баҳолаш учун Лунд-Кеннеди шкаласи, қуйидагилар баҳоланди: полиплар мавжудлиги; шиллиқ қават шиши; бурун йўлларидаги ажралма. Баҳолаш мезонлари: 0 - йўқ; 1 - ўртача ифодаланиш; 2 - яққол ифодаланиш. Функционал усуллардан бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг нафас олиш, транспорт ва ҳид билиш функциялари ўрганилди.

Ташхис қўйишнинг нурли усуллари сифатида Лунд-Маккей шкаласи бўйича бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг КТ-таҳлили ўтказилди. Клиник-лаборатор текширувлар (умумий қон таҳлили, қондаги D витамини миқдори, периостин даражаси), микробиологик текширув, бурун бўшлиғидаги эозинофилларни цитологик текширув ёрдамида ўрганиш амалга оширилди. Полипоз тўқимани гистологик текшириш ва ПРС билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш (SNOT -22) ўтказилди.

Хулоса: Шундай қилиб, полипоз риносинуситнинг учламчи профилактикасининг таклиф этилган усули юқори самарали бўлиб чиқди. Жараённинг ривожланишини ва пастки нафас йўллари томонидан аломатларнинг пайдо бўлишини назорат қилиш учун беморларни оториноларинголог томонидан аллерголог билан ҳамкорликда йилига 1-2 марта диспансер кузатувидан ўтказиш зарур.

БУРУН БЎШЛИҒИ ХАВФСИЗ ҚОН ТОМИР ХОСИЛАЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Лутфуллаева Г.У., Умруллаева Ж.Ғ., Умриллоев Л.Ғ., Авалбоев Т.Ш., Убайдуллоев Д.У., Мирзаев Э.М.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш: Бурун бўшлиги хавфсиз қон томир хосилалари (гемангиомалар) тиббий ва ижтимоий муаммо сифатида эътиборга сазовор бўлиб, уларни ташхислаш ва даволанишини такомиллаштириш муҳим аҳамиятга эга. Бурун бўшлиғидаги хавфсиз қон томир хосилалари барча хавфсиз хосилаларнинг 1-7% ни ташкил қилади ва кўпинча бош ва бўйин соҳасида жойлашади. Ушбу патология билан касалланган беморларда бурундан қон кетиши, бурундан

нафас олишини бузилиши, хид билиш муаммолари ва умумий интоксикация белгилари кузатилади, бу эса уларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади. Шу боис, ушбу касалликни эрта ташхислаш ва самарали даволаш усулларини ишлаб чиқиш долзарб вазифа бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Бурун бўшлиғининг хавфсиз қон томир хосилаларини эрта ташхислаш ва комплекс даволаш усулларининг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва методлар: Тадқиқот 2022-2025 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университетининг кўп тармоқли клиникаси оториноларингология бўлимида 93 нафар бурун бўшлиғининг хавфсиз қон томир хосилалари билан касалланган беморларнинг клиник кузатувлари асосида ўтказилди. Беморлар ёши 18 дан 72 гача бўлиб, ўртача ёш 46,3 ± 4,7 йилни ташкил қилди. Тадқиқотда умумий клиник, эндоскопик, биокимёвий, иммунологик, гистологик ва статистик усуллар қўлланилди. Бурундан нафас ўтказувчанлиги В.Н. Воячек методи ва ринопневмометрия (Л.Б. Дайн ва Н.С. Меншиков) ёрдамида баҳоланди. Статистик маълумотлар SPSS Statistics 20.0 ва Statistica 6.0 дастурларида таҳлил қилинди.

Натижалар: Бурун бўшлиғининг хавфсиз қон томир хосилалари билан касалланган беморларда асосий клиник белгилар сифатида бурундан қон кетиши (79,6%), бурундан нафас олишни бузилиши (65,4%), хид билишнинг бузилиши (16,0%) ва умумий интоксикация белгилари (80,0%) кузатилди.

Эндоскопик текширувлар (фиброэндоскопия) ва МСКТ/МРТ ёрдамида хоссилаларнинг жойлашуви аниқланди: бурун тўсиғидан – 76,7%, бурун чиғиноғидан – 23,3%. Диагностик аниқлик МРТда 97,8% ни ташкил қилди.

Эндоген интоксикация кўрсаткичлари (МДА, каталаза, МСМ) таҳлилида анъанавий даволашдан сўнг МДА 4,5% га, каталаза фаоллиги 10,5% га пасайгани аниқланди.

Полидекса ва арпабодиён экстракти билан комбинирланган терапия (Б-гуруҳ) қўлланган беморларда 21 кундан сўнг бурундан нафас олишнинг бузилиши 4,0% га, бурундан қон кетиши 29,4% га, умумий интоксикация белгилари 28,8% га камайди ($p<0,05$).

Хулоса: Бурун бўшлиғининг хавфсиз қон томир хосилаларини эрта ташхислашда эндоскопик усуллар ва МСКТ/МРТ қўллаш самарали эканлиги аниқланди. Полидекса ва арпабодиён экстракти билан комбинирланган терапия умумий интоксикация белгиларини ва бурундан нафас олиш бузилишини сезиларли даражада камайтиради. Ушбу усулларни тиббий амалиётга жорий этиш беморларнинг ҳаёт сифатини оширишига олиб келади. Ушбу тадқиқот натижаларига асосланиб, хавфсиз қон томир хосилалар рецидивларини олдини олиш ва даволашнинг самарадорлигини ошириш мумкин.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ

Мадаминова Н.Э., Каримова З.Х.
Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Узбекистан

Введение. Хронический риносинусит (ХРС) представляет собой распространённое хроническое заболевание верхних дыхательных путей, которое сопровождается стойким воспалением слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Изучение микробиома носовой полости и его влияния на прогноз и течение заболевания становится всё более актуальной задачей современной оториноларингологии.

Цель и задачи работы. Цель исследования заключается в определении диагностического и прогностического значения состава микробиома носовой полости у пациентов с ХРС. Основные задачи включали выявление различий в микробиоте здоровых и больных ХРС лиц, а также определение связи особенностей микробного состава с тяжестью и прогнозом заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 161 пациент с диагнозом ХРС, проходившие лечение в отделениях оториноларингологии Андижанского государственного медицинского института и Ташкентской медицинской академии с 2019 по

2022 гг. Использовались клинические, лабораторные, бактериологические, молекулярно-генетические и статистические методы исследования.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о значительном изменении состава микробиома носовой полости у пациентов с ХРС по сравнению со здоровыми лицами. Выявлены специфические микроорганизмы, такие как Staphylococcus aureus, ассоциированные с более тяжёлым течением заболевания и высоким риском рецидивов. Установлено, что микробиом имеет различные характеристики в зависимости от формы ХРС, наличия полипов и аллергического компонента.

Выводы. Исследование демонстрирует высокую значимость анализа микробиома носовой полости в диагностике и прогнозировании течения хронического риносинусита. Учитывая индивидуальные особенности микробного состава, возможно разработать более эффективные персонализированные подходы к лечению, что способствует улучшению клинических результатов и снижению частоты осложнений и рецидивов заболевания.

РОЛЬ МИКРОБИОМА НОСОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Мадаминова Н.Э.

Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Узбекистан

Введение. Хронический риносинусит (ХРС) является широко распространённым заболеванием, существенно снижающим качество жизни пациентов и представляющим значительную проблему здравоохранения. В последние годы растёт интерес к изучению роли микробиома носовой полости в патогенезе данного заболевания, что открывает новые возможности для диагностики и лечения ХРС.

Цель и задачи работы. Целью исследования является изучение микробиома носовой полости и разработка персонализированных алгоритмов диагностики и лечения хронического риносинусита. Задачи исследования включали сравнительный анализ микробиоты носа у здоровых лиц и пациентов с различными формами ХРС, а также оценку влияния микробного состава на течение заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 161 пациент с хроническим риносинуситом, находившиеся на лечении в отделениях оториноларингологии Андижанского государственного медицинского института и Ташкентской медицинской академии в 2019-2022 гг. Использовались клинические, лабораторные, бактериологические, молекулярно-генетические и статистические методы.

Результаты. Установлено, что при ХРС происходят дисбиотические изменения в составе микробиоты носовой полости. Особое внимание было уделено роли условно-патогенных микроорганизмов, таких как Staphylococcus aureus, которые оказывают значительное влияние на формирование и тяжесть течения заболевания. Было доказано, что микробиота носовой полости отличается при различных формах ХРС (с полипами и без них), что обусловливает необходимость дифференцированного подхода в лечении этих пациентов.

Выводы. Исследование подтвердило важную роль микробиома носовой полости в патогенезе хронического риносинусита и необходимость внедрения персонализированных диагностических и лечебных алгоритмов, учитывающих микробиологический статус пациентов. Разработанные подходы позволяют повысить эффективность терапии, снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов с ХРС.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОБОНЯТЕЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ И НАРУШЕНИЕМ ОБОНЯНИЯ

Мальцева Е.А., Куренков А.В., Владимирова Т.Ю.

Самарский государственный медицинский университет
Кафедра оториноларингологии имени академика РАН И. Б. Солдатова

К наиболее часто встречающимся заболеваниям в оториноларингологической практике относят хронический риносинусит (ХРС). Согласно EPOS 2020, распространенность ХРС в мире составляет от 6,9% до 27,1%. Потеря обоняния является одним из самых неприятных и трудно поддающихся лечению симптомов у пациентов с тяжелым течением ХПРС Одним из основных симптомов хронического риносинусита, наряду с затруднением носового дыхания, является потеря обоняния. Так, изменение обоняния выявляется у 80% пациентов с хроническим риносинуситом с полипами (ХПРС). При тяжёлом течении ХПРС рекомендуется проводить хирургическое удаление полипов (функциональная эндоскопическая ринохирургия - FESS). FESS хирургия может улучшить доступ одоранта к обонятельному эпителию через обонятельную щель, однако обонятельная функция после хирургического вмешательства не всегда восстанавливается или восстанавливается не в полной мере. Таким образом, остаётся актуальным вопрос поиска эффективного и безопасного метода коррекции обонятельных нарушений у пациентов с ХПРС после проведённого хирургического вмешательства. К одним из таких методов относят обонятельные тренировки (ОТ).

Таким образом, целью данной работы была оценка возможности применения обонятельных тренировок у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом и нарушением обоняния.

Обследовано 34 пациента с хроническим полипозным риносинуситом и нарушением обоняния по данным идентификационного теста Sniffin Stiks test-12 (суммарная оценка в 0-6 баллов - аносмия, 7-9 баллов - гипосмия), поступивших на плановое хирургическое лечение. Пациенты с ХПРС и нарушением обоняния (n=34) были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты с ХПРС и выявленной по данным SST-12 аносмией и гипосмией (n=16), которым в послеоперационном периоде было назначено медикаментозное лечение согласно клиническим рекомендациям. Вторую группу исследования составили пациенты с ХПРС, выявленной по данным SST-12 аносмией и гипосмией (n=18), которым в дополнение к стандартному лечению, был рекомендован курс обонятельных тренировок. Для ОТ применялся АПК «ReviSmell» с использованием технологии виртуальной реальности и функцией биологичкой обратной связи, разработанный в СамГМУ. Тренировка начиналась на вторые сутки (после удаления тампонов из полости носа) и проводилась 2 раза в день (утром и вечером), длительностью 10 минут, перед приёмом пищи. Дизайн исследования предусматривал оценку обоняния с использованием скринингового идентификационного теста Sniffin Stiks test-12 (SST-12), комплексную оценку состояния при помощи опросника SNOT-22 и оценку обонятельно-специфического качества жизни при помощи опросника негативных утверждений обонятельных расстройств (Questionnaire of Olfactory Disorders - Negative Statements Factor Analysis (QOD-NS) перед операцией, на вторые сутки после операции, через 1 и 3 месяца после проведённого хирургического вмешательства.

По данным исследования отмечается более выраженное повышение показателей идентификации по данным SST-12 как через 1 месяц, так и 3 месяца после проведённого FEES у пациентов, проходивших курс обонятельных тренировок. Средний балл SST-12 на 3 месяц исследования составил 9,0 и 9,8 для пациентов первой и второй группы соответственно. В группе лиц получавших обонятельную тренировку показатель идентификационного теста увеличился на 2,2 балла к первому месяцу и на 4,9 балла к третьему месяцу тренировок среди лиц с аносмией. В свою очередь прирост баллов в группе с гипосмией составил 0,9 и 2,0 балла для 1 и 3 месяца исследования соответственно. Комплексная оценка состояния по окончании 3 месяца исследования показывает значительное снижение баллов в группе пациентов с обонятельными тренировками. Среднее значение опросника SNOT-22 у пациентов с гипосмией и аносмией было 6,4 и 7,2 баллов соответственно, в свою очередь данный показатель для группы пациентов без тренировок был выше и составил 11,4 и 15 баллов. Обонятельно-специфическое качество жизни, больше улучшается в группе пациентов, прошедших курс обонятельных тренировок, на что указывает повышение среднего балла по данным опросника QOD-NS. Показатель составляет 42,4 балла и 36,6 баллов в группе

пациентов, получавших дополнительно курс обонятельных тренировок и группе без ОТ соответственно.

Полученные в ходе исследования результаты показывают более значимое улучшение обонятельной функции и обонятельно-специфического качества жизни среди пациентов с ХПРС проходивших обонятельные тренировки по сравнению с группой сравнения. Определено, что пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство на полости носа и околоносовых пазухах носа и в дальнейшем прошедшие курс ОТ, показали значительное улучшение показателей обонятельных тестов через 1 и 3 месяца. У пациентов с аносмией отмечается больший прирост баллов по данным SST-12 и опросника QOD-NS. Группа без ОТ также показала улучшение показателей по сравнению с изначальным уровнем, однако разница была менее выраженной, особенно через 1 месяц после начала исследования.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ПРИ ОСТРОМ РИНОСИНУСИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Маматова Ш.Р., Кахрамонова И.И., Юсупов Ж.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкентского Международного университета Кимё

Цель исследования. Изучить особенности течения риносинуситов у детей раннего возраста на фоне ОРВИ.

Материалы и методы исследования. Исследования проводилось на базе клиники Таш ПМИ у 75 больных детей раннего возраста, с диагнозом вирусный риносинусит.. При лечение использовался противовирусный и имунномодулирующий препарат «Назоферон».

Результаты исследования. В результате исследование у больных детей наблюдалось, катаральные явления: заложенность носа, слизистое отделяемое из носа, боль в горле, покраснение задней стенки глотки. У части детей наблюдались признаки интоксикации: вялость, ухудшение аппетита, потливость, нарушение сна. Температурная реакция присутствовала у всех детей, включенных в исследование. Клинические признаки конъюнктивита наблюдались у 28% детей основной группы и 34% контрольной. На третий и пятый день после обращения в клинику нами повторно исследовалась динамика клинических показателе. Применение Назоферона улучшало клиническое течение вирусного риносинусита у детей. У детей основной группы уже к третьему дню лечения выделения из носа встречались на 6% реже, чем контрольной, гиперемия задней стенки глотки наблюдалась на 9% реже; аналогичная тенденция имела место и для кашля и конъюнктивита. На пятые сутки наблюдения разница между клиническими показателями носила более выраженный характер у основной группы больных. Выделения из носа оставались только у 12% детей основной группы и 24% детей контройной группы.

Выводы. За время наблюдения нежелательные явления, обусловленные приемом Назоферона, нами не выявлены. Препарат хорошо переносился, не вызывал дискомфорта со стороны органов дыхания при приеме. Применение Назоферона важно начинать в 1–2-е сутки с момента начала заболевания. У детей, с диагнозом острый риносинусит, применение Назоферона имеет хороший клинический эффект, патогенетически оправдано и не сопровождается нежелательными реакциями.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ ПЕРЕД РАДИКАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Матмуротов З.С., Каршибоев Ж.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи. Узбекистан, Ташкент

Введение. Функциональная эндоскопическая риносинусохирургия (FESS) стала современным золотым стандартом в лечении заболеваний околоносовых пазух, пришедшим на смену радикальным операциям (таким как гайморотомия по Колдуэллу-Люку).

Ключевое преимущество FESS заключается в ее физиологичном и минимально инвазивном подходе. В отличие от радикальных методик, которые требуют наружных разрезов, удаления слизистой оболочки и создания искусственных сообщений, нарушающих естественный механизм очищения пазух, FESS направлена на восстановление нормальной функции. С помощью эндоскопа хирург через естественные носовые ходы устраняет блокировку соустий пазух, восстанавливая их вентиляцию и дренаж.

Этот органосберегающий принцип позволяет добиться значительных преимуществ: снижения травматичности, минимального риска осложнений, короткого периода реабилитации и улучшения отдаленных результатов. В данной работе проводится сравнительный анализ этих преимуществ эндоскопической хирургии перед радикальными методами.

Сравнительный анализ методов.

Минимальная инвазивность и сохранение анатомии

-Эндоскопическая хирургия позволяет выполнять вмешательства через естественные носовые ходы без наружных разрезов.

-В отличие от радикальных операций, при FESS не требуется удаление слизистой оболочки пазух, что снижает риск атрофических изменений и синдрома "пустой пазухи" (empty nose syndrome).

Физиологический подход к дренированию пазух.

- Радикальные методики (например, операция по Колдуэллу-Люку) создают искусственные соустья, нарушая мукоцилиарный клиренс.

-FESS направлена на восстановление естественной вентиляции и дренажа, что подтверждается исследованиями с улучшением мукоцилиарного транспорта.

Снижение частоты осложнений.

- При радикальных операциях выше риск кровотечений, повреждения подглазничного нерва, формирования рубцовых стенозов.

-Эндоскопические методы, благодаря визуализации и точности, минимизируют риски повреждения орбиты, основания черепа и крупных сосудов.

Короткий период реабилитации.

-После FESS госпитализация обычно сокращается до 1–2 дней против 5–7 дней при радикальных. операциях.

-Меньше выражен болевой синдром, быстрее восстанавливается носовое дыхание.

Отдаленные результаты и качество жизни

- Метаанализ Smith et al. (2015) показал, что FESS обеспечивает сопоставимую или лучшую эффективность при хронических риносинуситах и полипозе, чем радикальные методики.

-У пациентов после эндоскопических операций реже наблюдаются рецидивы и необходимость в повторных вмешательствах.

Заключение. Эндоскопическая риносинусохирургия (FESS) является золотым стандартом в лечении заболеваний околоносовых пазух благодаря своей минимальной инвазивности, физиологичности и высокой эффективности. По сравнению с радикальными операциями, она обеспечивает сохранение анатомии, сокращение реабилитации и снижение риска осложнений.

Несмотря на преимущества FESS, радикальные методы сохраняют актуальность в сложных случаях: при злокачественных опухолях, обширных фиброзных изменениях и анатомических аномалиях, недоступных для эндоскопического доступа.

Таким образом, современный подход требует индивидуального выбора метода в зависимости от клинической ситуации, с предпочтением FESS как наиболее безопасного и физиологичного варианта.

РИНОСКОПИЧЕСКАЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д., Туйдиев Ш.Ш.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Исхаки Душанбе. Таджикистан

Введение. Данные литературы и клинические исследования последних лет показывают увеличение числа больных с сочетанной патологией носа и околоносовых пазух (ОНП). При этом, в большинстве случаев наблюдаются комбинация различных вариантов деформации носа с искривлением перегородки носа, гипертрофией носовых раковин, катарально-пристеночными или полипозными синуситами. Сочетанная патология носа и ОНП оказывает негативное воздействие на функцию дыхательных путей, работе сердечно-сосудистой системы и других органов, тем самым создает психологический дискомфорт и ухудшает качество жизни пациентов. В литературе недостаточно сведений о фундаментальных исследований по комплексной оценке анатомо-функциональных изменений у пациентов с деформацией носа, сочетанной с патологией носа и ОНП. Поэтому, ряд вопросов, связанные с алгоритмом предоперационного обследования больных с сочетанной патологией носа и ОНП являются предметом дискуссии ученых и клиницистов.

Цель исследования. Изучение риноскопической и рентгенологической картины пациентов с сочетанной патологией носа и ОНП для планирования объема хирургического вмешательства.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 258 больных с деформацией носа в сочетании с различной патологией полости носа и ОНП, обследованные в ЛОР отделениях НМЦ “Шифобахш” РТ. Из них мужчин было -165 (63,9%), женщин – 93 (36,1%). Возраст больных колебался от 15 до 48 лет. Исследование включало осмотр ЛОР-органов, риноскопию носа с применением жестких и гибких эндоскопов, рентгенографию и/или КТ ОНП. Критериями включения в настоящее исследование были пациенты с различными вариантами деформаций носа и носовой перегородки, патологией носовых раковин и хроническими негнойными риносинуситами вне обострения.

Результаты исследования. Анализ жалоб пациентов с сочетанной патологией носа и ОНП показал их многочисленность и разнообразие, в отличие от жалоб больных страдающих одной ринологической патологией. При этом, основными жалобами обследованных больных были изменение формы носа, затруднение носового дыхания, нарушение обоняния, выделения из носа. Нарушение формы носа в виде риносколиоза выявлено у 118 (45,7%), ринолордоз - у 66 (25,6%), ринокифоз - у 39(15,1%) и смешанная деформация носа - у 35 (13,6%) больных. При этом, сочетание искривление перегородки носа с риносколиозом встречалось в 45,0% случаях, с ринолордозом в 23,6% и ринокифозом в 18,9% случаях. При ринофиброскопии шипа и костно-хрящевого гребня перегородки носа отмечали у 24,4%, С - и S – образную её деформации – у 20,2% и у 16,3% больных. Вывих и смещение 4-х угольного хряща выявлены у 18,2 % пациентов.

У подавляющегося числа больных (95,7%) были выявлены гипертрофия носовых раковин. При этом, гипертрофия нижних носовых раковин выявлено у 173 (67,1%), а гипертрофия средних носовых раковин - у 85 (32,9%) пациентов. Причём, гипертрофия нижних носовых раковин чаще наблюдалась на стороне противоположной искривлению перегородки носа. Патологическое содержимое в носовой полости слизистого или слизисто - серозного характера обнаружено у 236 (91,5%) больных. Полипы в носу и этмоидальные полипы выявлены у 32 (12,4%) больных.

На рентгенографии и КТ носа и ОНП были выявлены деформации различных отделов наружного носа и носовой перегородки с точной их локализацией. Патология ОНП была выявлена у 166 (59,3%) пациентов. При этом, патология верхнечелюстной пазухи обнаружена у 89 (31,8%), решетчатой пазух – у 36 (12,9%), лобной пазухи – у 28(10,0%) и сочетанная патология ОНП – у 13 (4,6%) пациентов. Кроме того, у 22 (7,8%) больных были выявлены полипозный риносинусит, а у 10 (3,6%) – киста верхнечелюстной пазухи. Патологические изменения в виде пристеночного утолщения и экссудативно-катарального воспаления слизистой оболочки чаще всего выявлялись в гайморовых и решетчатых пазухах.

Вывод. Таким образом, риноскопическая и рентгенологическая картина характеризуется разнообразием внутриносовой патологии и хроническими воспалительными изменениями со стороны ОНП, что вероятно связано с деформацией носа и носовой перегородки, которые приводят к нарушению процессов аэродинамики в полости носа и в ОНП.

МЕТАБОЛИЗМ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА У ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Махмудназаров М.И., Назаров З.Х.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

Введение. Нарушение синхронности развития лицевого скелета в детском и подростковом периоде выступает ключевым этиологическим фактором формирования септальной деформации. Этот процесс особенно выражен на фоне интенсивного роста назального остеохондрального комплекса, происходящего в условиях значительных гормональных перестроек, характерных для данных возрастных периодов.

Нарушение кальций-фосфорного баланса, возникающие на ранних этапах детского развития, рассматриваются ведущими специалистами как серьезное патофизиологическое состояние, оказывающее существенное влияние на процессы роста и формирования детского организма и требующее своевременной медицинской коррекции. Примечательно, что систематический обзор научной литературы, исследующей этиологические факторы септальной деформации в педиатрической популяции, выявил существенный пробел в изучении корреляции между нарушениями минерального гомеостаза и формированием деформации носовой перегородки у детей различных возрастных групп. Данный аспект остается практически не изученным в современной научной литературе.

Цель исследования. Изучение содержание кальция (Са) и фосфора (Р) в сыворотке крови и в костной ткани носовой перегородки у детей с деформацией носовой перегородки.

Материал и методы. В детском ЛОР отделении НМЦ «Шифобахш» РТ проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 104 детей с различными формами септальной деформации с определением содержания Са и Р как в системном кровотоке, так и в костной ткани носовой перегородки. В исследуемой группе (n=104) преобладали пациенты мужского пола - 65,4% против 34,6% девочек Возрастное распределение характеризовалось следующими показателями: 4-6 лет - 12,5%, 7-14 лет - 65,4%, 15 лет и старше - 22,1%.

Для определения концентрации Са и Р в сыворотке крови проводился забор венозной крови в объеме 10 мл перед хирургическим вмешателством. Биохимический анализ образцов проводился на базе лаборатории НМЦ «Шифобахш» с использованием двух различных аналитических методов. Содержание Са в сыворотке крови определяли комплексонометрическим методом с индикатором флуорексоном по Вичеву, а концентрацию Р исследовали калориметрическим методом, основанный на определении фосфора по образованию молибденовой сини. В качестве контрольной группы обследованы 40 детей с патологией глотки (аденоиды, гиперплазия небных миндалин и хронический тонзиллит), которые находились на стационарном лечении в детском ЛОР - отделении.

Для выявления содержания Са и Р в костной ткани перегородки носа, с согласия родителей, у 44 пациентов во время септопластики были взяты образцы костной и хрящевой ткани перегородки носа и направлены в биохимическую лабораторию. Количественное определение содержания кальция и фосфора в образцах назальной септальной ткани проводилось на базе биохимической лаборатории Таджикского национального университета, где проводилась обработка костно-хрящевого материала с использованием концентрированной азотной кислоты для деструкции органического матрикса и последующего высвобождения минеральных компонентов. Этот процесс проводился в аналитическом автоклаве при температуре 1800 °С и давлении 14 атм, что обеспечивало полное разложение ткани. Концентрацию Са определяли методом пламенной фотометрии на фотометре PHLAPHO-4 (Carl Zeiss Jena, Германия) с использованием пропан-бутан-воздушной смеси в качестве источника пламени. Содержание фосфора (Р) определяли спектрофотометрическим

методом, основанным на способности образцов поглощать свет. В качестве реагентов использовали ванадат и молибдат аммония, образующие окрашенные комплексы, что обеспечивало высокую точность измерений.

Полученные результаты. Результаты биохимического исследования показали низкое содержание Са в крови практически у всех больных с искривлением носовой перегородки, среднее значение которого в первой возрастной группе (5-10 лет) составило 1,4 ± 0,01 ммоль/л, во второй (11-16) – 1,32 ± 0,03 ммоль/л, в то же время, содержание кальция в группе сравнения было в пределах нормы - 2,32 ± 0,03 ммоль/л и 2,26 ± 0,02 ммоль/л. Содержание Р в кровы у больных с искривлением перегородки носа соответственно возрастным группам составило 0,6±0,01 ммоль/л и 0,5±0,03ммоль/л, а в группе сравнения - 1,65±0,02 ммоль/л и 1,35±0,01 ммоль/л, что практически соответствует норме содержания фосфора в крови. Анализ данных исследования содержания Са и Р в костной ткани перегородки носа показывает достоверное снижение содержания кальция и фосфора в основной группе (0,65 и 9,43 соответственно) по сравнению с контрольной группой, где показатели находились в пределах референсных значений (1,54 и 13,50). Межгрупповые различия достигли статистической значимости при оценке по U-критерию Манна-Уитни ($p<0,001$).

Таким образом, у большинства детей, страдающих с деформацией перегородки носа отмечается дефицит кальция и фосфора как в сыворотке крови, так и костно-хрящевой структуре носовой перегородки, что может быть одной из причин развития септальной деформации анатомо-физиологического характера. Своевременное назначение препаратов кальция в сочетании с витамином D является важным компонентом пред- и послеоперационной терапии, что способствует достижению положительного клинического результата.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА ФОНЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Махмудназаров М.И., Розикзода Л.А., Худойбердиев Ч.Н.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»., Городской центр здоровья №14. Душанбе, Таджикистан

Введение. В структуре заболеваний ЛОР – органов, патология слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП) устойчиво занимают высокий удельный вес и составляет от 21 до 25%. По данным ряда исследований, заболеваниями ОНП страдает более 15% взрослого населения и при этом наиболее часто поражается верхнечелюстная пазуха. При хронических синуситах микробная флора отличается большим разнообразием. Так, по данным ряда авторов, в 31% случаев выделяются золотистый стафилококк и различные стрептококки, в 16% –гемофильная палочка, в 15% –синегнойная палочка и в более чем 10% случаях – анаэробная инфекция. По мнению ряда ученых, в развитие хронического инфекционного процесса в ОНП, ведущее значение имеет вирулентность микрофлоры, состояние макроорганизма, неблагоприятный аллергический фон, а также нерациональное и необоснованное назначение антибиотиков. Из них наиболее часто встречаются аллергические реакции, рост числа грибковых заболеваний, токсическое действие антибиотиков на организм и подавление сапрофитной микрофлоры.

Цель исследования. Исследование характера микробной флоры при хроническом гнойном гайморите на фоне антибактериальной терапии.

Материал и методы исследования. В ЛОР - кабинете городского центра здоровья №14 РТ под наблюдением находились 35 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет с диагнозом хронический гнойный верхнечелюстной синусит. Из них мужчин было - 22, женщин – 13. Обследование включало риноскопию, эндоскопию носа, КТ ОНП и бактериологическое исследование патологического содержимого верхнечелюстной пазухи в период лечения. Патологическое содержимое из верхнечелюстной пазухи брали во время её пункции, которую проводили в начале и в процессе лечения. Исследование патогенной микрофлоры проводилось в бактериологической лаборатории данного лечебного учреждения. В качестве

антибактериального препарата использовали свежеприготовленный раствор фурасол, основным действующим веществом которого является фурагин растворимый. Характеристиками раствора фурасола являются широкий спектр антибактериального действия, отсутствие токсического эффекта и низкая скорость абсорбции с поверхности слизистых оболочек, низкая аллергенность, отсутствие раздражающего действия на слизистую оболочку. Для одного сеанса промывания полости синуса использовали 200 мл указанного раствора. Для динамического наблюдения за состоянием верхнечелюстной пазухи и характера микробной флоры, в первый же день в пазуху вставляли полиэтиленовый катетер диаметром 1,0мм, через которого ежедневно 2 раза промывали пазуху с вышеуказанным раствором и исследовали промывные воды на наличие микрофлоры.

Результаты исследования. Жалобы пациентов были на гнойные выделения из носа, чувства неприятного запаха в носу, затруднение носового дыхания и периодические головные боли. При риноскопии определяли набухлость слизистой носовых раковин на стороне локализации гнойно-воспалительного процесса и наличие гнойного содержимого в среднем носовом ходе. Данные риноскопии подтверждали рентгенографией или КТ околоносовых пазух. При бактериологическом исследовании содержимого из гайморовых пазухах у 15 (41,6%) больных выявлен Staphylococcus aureus, у 11 (25,0%) - Staphylococcus pyogenes, у 5 (20,8%) - Streptococcus haemolyticus и смешанная флора - у 4 (12,5%) пациентов.

На фоне промывания раствором фурасола наблюдалось улучшение общего самочувствия больных, прекратились головные боли и гнойные выделения из носа. В смывах из верхнечелюстной пазухи наметилось заметное уменьшение частоты встречаемости патогенной микрофлоры. К примеру, Staphylococcus aureus высеян у 2(5,7%) пациентов, Staphylococcus pyogenes - у 1 (2,8%) больного. Streptococcus haemolyticus и смешанная флора не выявлена, что свидетельствует о выраженных бактерицидных свойствах препарата фурасола в отношении вышеуказанной микрофлоры.

Вывод. Бактериологическое исследование патологического содержимого верхнечелюстных пазух показало преобладание стафилококковой и стрептококковой флоры при хроническом гнойном верхнечелюстном синусите, что необходимо учитывать при назначении противовоспалительной терапии. С учетом выраженных антибактериальных свойств фурасола целесообразно широко его использовать при хроническом гнойном верхнечелюстном синусите.

АТРОФИК РИНИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА С-РЕАКТИВ ОҚСИЛ ДАРАЖАСИ

Махмудов Ш.М., Ражабов А.Х.

Гулистон тиббиёт кластери, Тошкент давлат тиббиёт университети, Гулистон, Ўзбекистон

Кириш: Атрофик ринит (АР) – бу бурун шиллиқ қаватининг сурункали касаллиги бўлиб, унинг атрофияси, бурун йўлларининг кенгайиши ва мукоцилиар клиренснинг бузилиши билан тавсифланади. Хасталикнинг алоҳида оғир клиник шакли – озена (сассиқ тумов) бўлиб, унда яллиғланиш ва тўқима дистрофияси биргаликда намоён бўлади. Атрофик ринит патогенезида маҳаллий ва умумий яллиғланиш жараёнлари муҳим ўрин тутади. Бу ҳолатларда яллиғланиш биомаркери сифатида С-реактив оқсил (СРО) кенг қўлланилади. Аммо АРда СРО даражасининг клиник шакли ва касаллик фазасига боғлиқ ҳолда ўрганилиши етарли даражада чуқур тадқиқ этилмаган. СРОни баҳолаш диагностика аниқлиги, даво самарадорлигини кузатиш ва касаллик кечишини башорат қилишда қўл келиши мумкинлиги муҳим аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади: Атрофик ринит билан касалланган беморларда С-реактив оқсил миқдори ва унинг оғирлик даражасини касалликнинг клиник шакли ва босқичига боғлиқ ҳолда ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тадқиқотда 67 нафар атрофик ринит ташхиси қўйилган беморлар қатнашди. Улар Гулистон тиббиёт кластери ЛОР бўлимида даволанишган.

Беморларнинг ўртача ёши 34,8±2,1 ёшни ташкил этди; шулардан 42 нафари аёл, 25 нафари эркак. Улар қуйидаги гуруҳларга ажратилди:

I гуруҳ (n=20): АР ремиссия босқичида;

II гуруҳ (n=27): АР нинг қўзиши (яъни кучайиш) босқичида;

III гуруҳ (n=20): Сассиқ тумов ташхиси қўйилган беморлар;

Назорат гуруҳи сифатида 20 нафар соғлом шахс олинди. СРО даражаси латекс-агглютинация усулида аниқланди. Статистик таҳлил учун Стьюдент t-критерийи қўлланилди, p<0,05 эса аҳамиятли деб ҳисобланди.

Олинган натижалар: Назорат гуруҳида СРО даражаси 1,4 ± 0,2 мг/лни ташкил этди. I гуруҳда (ремиссия) СРО даражаси 4,2 ± 0,6 мг/лгача ўсган (p<0,05). II гуруҳда (авж олган даври) бу кўрсаткич 11,8 ± 2,1 мг/лга етди. Энг юқори даражалар сассиқ тумов билан касалланган III гуруҳда кузатилди — 18,4 ± 3,2 мг/л (p<0,01). Шунингдек, синусит каби асоратли ҳолатлар кузатилган 6 беморда СРО 25 мг/лдан ошиб кетди.

Хулосалар: Атрофик ринит билан касалланган беморларда С-реактив оқсил яллиғланиш фаоллигини акс эттирадиган муҳим биомаркердир.

СРО даражасининг юқори бўлиши, айниқса озена ва касалликнинг авж олган даврида, яллиғланишнинг кучайганини кўрсатади.

СРО динамикаси даволаш самарадорлигини баҳолаш, асоратларни башорат қилиш ва оғир клиник шаклларни ажратишда фойдали кўрсаткич бўла олади.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СЛОЖНОЙ АНАТОМИИ НОСА И ЕЁ ЗНАЧЕНИИ В РИНОПЛАСТИКЕ

Машуров А.Ш., Джандаев С.Ж.

Медицинский университет Астана, Казахстан, Астана

Введение. Современная ринопластика требует глубокого понимания сложной анатомии носа, включая взаимодействие костных, хрящевых и мягкотканных структур. Эволюция хирургических подходов направлена на сохранение функциональности дыхательных путей и достижение эстетически гармоничного результата.

Цель исследования. Анализ современных представлений о сложной анатомии носа и её влияния на методы ринопластики, направленные на улучшение эстетики и функциональности.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на анализе анатомических данных, клинических наблюдений, а также сравнительном анализе хирургических методик. Использованы компьютерная томография, 3D-моделирование и статистическая обработка данных пациентов, перенесших ринопластику. В исследовании приняли участие 70 человек (40 женщин и 30 мужчин), которые проходили ринопластику по эстетическим и функциональным показаниям в период с января 2024 г по февраль 2025г. Обследование пациентов проводилось до операции, затем через 1, 3 месяца и 1 год после операции. Оно включало в себя сбор жалоб и анамнеза заболевания, лабораторные анализы в соответствии с нозологическими стандартами, стандартный ЛОР осмотр, специфические пробы с механическим расширением области носового клапана («push-up», проба с ватным шариком, проба Котла и метод механического внутриносового расширения НК с помощью пуговчатого зонда) и эндоскопическое исследование носовой полости. Статистическая обработка была проведена с использованием прикладной программы IBM SPSS Statistics 18.

Полученные результаты. Анализ 70 случаев ринопластики выявил, что анатомические особенности носа играют ключевую роль в выборе хирургической методики и прогнозировании результата. Основные результаты исследования включают следующие аспекты: Индивидуальные анатомические вариации. 72% пациентов имели анатомические особенности, которые влияли на предоперационное планирование и технику вмешательства. Среди наиболее значимых индивидуальных различий выделены:

- Вариабельность формы и толщины кожно-хрящевого каркаса.
- Различия в угле наклона носовой перегородки.
- Разные типы крепления медиальных ножек крыльных хрящей.

• Вариации в структуре латеральных хрящей, влияющие на проходимость дыхательных путей.

• Различная толщина подкожно-жировой клетчатки, определяющая сложность моделирования контура.

Основные особенности внешнего носа у обследуемых пациентов включают:

-толстую кожу на кончике носа с выраженным слоем подкожного жира;

-низкую и широкую спинку с слабовыраженной хрящевой горбинкой;

-широкий кончик носа;

-гипопроекцию кончика;

-широкие крылья носа;

-закрытый V-образный тип ноздрей у 55,5% мужчин и 69,4% женщин

Влияние анатомических особенностей на хирургические методики. В 85% случаев хирурги подчеркивали важность учета индивидуальной анатомии для достижения оптимального результата. Анализ операций показал, что наиболее сложными зонами являются:

• Костно-хрящевая граница спинки носа – повышенный риск деформаций при резекции

• Крыльные хрящи – критичны для поддержания эстетической формы кончика носа.

• Носовая перегородка – ее состояние определяет возможность полноценной функциональной коррекции.

• Толщина мягких тканей – у пациентов с толстой кожей сложнее добиться четкого контура.

Заключение. Ринопластика, основанная на детальном изучении анатомии носа, позволяет минимизировать послеоперационные осложнения и улучшить прогнозируемость эстетических результатов. Современные технологии, включая 3D-анализ и компьютерное моделирование, способствуют повышению точности хирургических вмешательств.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ НА ФОНЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Муминов С.Х., Амонов Ш.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Взаимосвязь оториноларингологии с другими клиническими дисциплинами прослеживается, главным образом, в аспекте влияния заболеваний верхних дыхательных путей на состояние внутренних органов. Крайне недостаточно изучена проблема влияния разных заболеваний организма на возникновение, течение и особенности лечения хронических воспалительных процессов верхних дыхательных путей. В публикациях, освещающих вопросы связи заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) с патологией щитовидной железы (ЩЖ), обсуждаются, главным образом, особенности симптоматики, объективной картины полости носа, глотки и ушей и характер функциональных нарушений слизистой оболочки носа.

Целью исследования является изучения актуальных вопросов комплексной диагностики вазомоторного ринита у больных с тиреотоксикозом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 145 больных вазомоторным ринитом, ассоциированный с тиреотоксикозом.

Результаты: Результаты исследования вегетативной нервной системы в исходном состоянии у 75 больных АР, ассоциированным с тиреотоксикозом, по данным кровяного давления, пульса и вегетативных проб (глазо-сердечный рефлекс Ашнера - Даньини, орто-клиностатические пробы). При анализе показателей пробы Ашнера - Даньини у 45 (60,0%) больных была обнаружена парадоксальная реакция с ускорением пульса на 6,3±0,3 удара в минуту, у 16 (21,5%) отмечена реакция с замедлением пульса на 14,6±0,6 ударов в минуту, у остальных 14 (18,6%) реакция была нормальной.

Результаты ортостатической пробы свидетельствовали о наличии чрезмерного учащения пульса на 30-38 ударов в минуту у 42 (55,4%) обследованных, умеренное учащение пульса на 26-30 ударов в минуту у 20 (26,6%), у остальных 14 (18,6%) показатели данной пробы были в пределах допустимой нормы.

Исследование клиностатической пробы установило, что у 47 (62,6%) наблюдается парадоксальная реакция, т.е. учащение пульса на 8,3±1,15 ударов в минуту, вместо замедления. У 21 больных замедление пульса на 3-4 удара в минуту; у остальных 7 - реакция была нормальной. Повышенное давление оказалось у 40 (53,3%) из 75 больных, систолическое в пределах 150-160 мм рт.ст., диастолическое - 95-100 мм рт. ст. У 12 (16 %) больных определена умеренная артериальная гипотония: систолическое давление соответствовало 90-95 мм рт. ст., диастолическое - 60-65 мм. рт. ст. У остальных 23 (30,6%) пациентов давление было в пределах физиологической нормы.

Учащение частоты сердечных сокращений в исходном состоянии (в покое) отмечено у 47 (62,6%) больного, у остальных 28 (37,3%) показатель был в пределах возрастной нормы.

Таким образом, следует вывод, что результаты первичного изучения вегетативных реакций свидетельствуют о наличии вегетативной дистонии у подавляющего числа больных, с превалированием симпатического тонуса.

МАВСУМИЙ АЛЛЕРГИК РИНИТНИНГ ТУРЛИ ДАВРЛАРИДА ҲАЁТ СИФАТИНИ ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛИ

Назаров Ж.И., Арифов С.С.
Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти,
Фарғона, Ўзбекистон
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази,
Тошкент, Ўзбекистон

Кириш. Сўнгги йилларда мавсумий аллергик ринит (МАР) билан касалланиш кўрсаткичини мунтазам ўсиб бориши кузатилмоқда ва ҳозирда уни ўртача аҳолининг 20% да учраши эътироф этилмоқда [Ирсалиева Ф.Х. и др., 2015; Гаращенко Т.И., 2015;].

МАР хуружи даврида беморларда жисмоний, психо-эмоционал бузилишлар қайд этилади [Авляакулов И.Р., 2012]. Касаликнинг бу даврда беморларни доимо безовта қиладиган бурундан нафас олишиниг қийинлиги, бурун битиши ва ринорея жисмоний ва касбий ишчанлик қобилияти кўрсаткичларнинг пасайишига, ижтимоий фаолликнинг камайишига олиб келади, уйқу бузилиши ва асабийликни келтириб чиқаради, бу эса ҳаёт сифати (ҲС)ни сўзсиз пасайтиради. ҲС – бу ҳар бир шахснинг қадр-қиммати ва эркинлиги даражасини белгилайдиган аҳоли ҳаётидаги муҳим ҳолатларни тавсифловчи категориядир [Жолдасбекова А.С., Калматаева Ж.А., 2016; Bousquet P.J., Bachert C., Canonica G.W. et al.,2010]. Шунинг учун МАРнинг хуружи даврида ҲС мунтазам бахолаш касалликнинг кечишини, даволаш самарадорлигини мониторинг қилиб боришни ахамиятли мезонларидан бири эътироф этилади.

Тадқиқот мақсади. Мавсумий аллергик ринитнинг хуруж ва ремиссия даврларида ҳаёт сифатини қиёсий тахлил қилиш.

Материал ва қўлланилган усуллар. 2020-2023 йиллар давомида Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази поликлиникасига мурожаат қилган 21 - 50 ёшдаги (ўртача ёши 31,6±1,4 ёш) МАРнинг персистицияловчи шакли билан касалланган 126 беморни текширдик, улардан 52 нафарини эркаклар, 74 нафарини аёллар эди. Беморларнинг ҲС МАР хуружи давридаги кўрсаткичлари ремиссия даври билан қиёсий ўрганилди. МАР ташхиси оториноларинголог ва аллерголог шифокорлар томонидан клиник, аллергологик, лаборатор, нур-ташхис усуллари натижаларини тахлил этиб, 10– ХКТ таснифи (Х синф – "Нафас олиш касалликлари", "Юқори нафас йўлларининг бошқа касалликлари" бўлими (J30-J39), J30.1 – Аллергик ринит, ўсимлик чангидан келиб чиққан, J30.2 – бошқа мавсумий аллергик ринитлар) ва ARIA тавсиялари (2017) асосида амалга оширилди.

ҲС Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ) сўровнома бўйича баҳоланди. Тадқиқот натижаларини статистик тахлили ўртача квадрат оғиш ва ўртача арифметик хатони моментлар усули билан ҳисоблаш билан (M±m) услуби билан амалга оширилди. Олинган ўлчовларнинг статистик аҳамиятини аниқлаш учун Стьюдент фарқларининг ишончлилиги параметрик мезонлардан (t) фойдаланилди. Ўрганилган кўрсаткичларнинг корреляцион ўзаро боғлиқлиги параметрик маълумотларни тақсимланиши Спирменнинг чизиқли корреляция боғлиқлик коэффициентидан фойдаланилган ва логистик регрессив таҳлиллари бўйича ҳисоблаб чиқилган.

Тадқиқотнинг натижаси. МАР ҳуружининг клиник кечишининг оғирлигига кўра, текширилган беморлар қуйидагича тақсимланди: енгил кечиши (ЕК) – 23 (18,25%), ўртача оғирликда кечиши (ЎОК) – 73 (57,94%) ва оғир кечиши (ОК)– 30 (23,81%).

МАР билан касалланган беморлар ЕКда ҳуружнинг ўртача давомийлиги – 24,78±3,42, ЎОКда 31,89±3,87 кун, ОК эса – 46,88±4,12 кунни ташкил этди. МАР билан касалланган беморлар ЕКда ҳуружлар сони йилига ўртача 1,23±0,48, ЎОКда – 1,65±0,72, ОК эса – 2,34±0,95 холтни ташкил этди.

Беморларнинг ҲС МАР ремиссия даврида MiniRQLQ баллари йиғиндисининг МАРнинг ОК гуруҳида мумкин бўлган максимал кўрсаткичнинг 41,73% га, МАРнинг ЎОК гуруҳида 42,14% га ва МАРнинг ЕК гуруҳида 38,03% га статик жиҳатдан сезиларли даражада камайганлигини кўрсатди ($p<0,05$). Чангланиш даврида Mini RQLQ кўрсаткичларининг ўртача ўсиши МАРнинг ОК гуруҳида мумкин бўлган максимал кўрсаткичдан 64,28%, МАРнинг ЎОК гуруҳида 62,12% ва МАРнинг ЕК гуруҳида 50,74% га етди ($p\leq0,05$).

МАР билан касалланган беморларда биз miniRQLQ сўровномасидаги баллар хамда МАРнинг ҳуружи ва қуйидаги клиник кўринишларнинг учраши частотаси ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли ($p<0,05$) кучли тўғридан-тўғри ўзаро боғлиқликни топдик: ринорея ($r=0,61$), бурун битиши бурундан нафас олиш қийинлиги билан ($r=0,57$), кўз қичишиши ($r=0,58$), кўз ёши оқиши ($r=0,68$). MiniRQLQ сўровномасидаги баллар ўртасида ремиссия даврида кўз қовоқларининг шишиши ($r = 0,41$), ринорея ($r =0,40$), бурун битиши бурундан нафас олиш қийинлиги билан ($r =0,44$) аҳамиятли ($p<0,05$) ўртача ўзаро юқори боғлиқлик аниқланди.

Шундай қилиб, МАР хуружи даврида ремиссия даврига нисбатан ҲС ишонарли ёмонлашуви аниқланди. Хуружи даврида ҲС кўрсаткичларини кескин кўринишда ёмонлашуви касалликнинг ОК, кейин ЎОК намоён бўлди. МАР клиник симптомлари ва ҲС кўрсаткичларини намоён бўлиши ўртасида ўзаро юқори боғлиқлик мавжудлиги кўрсатилди.

НАЗОНЕКС В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ

Нарзуллаев Н.У.,Умаров У.Н.

Бухарский Государственный медицинский институт

Аллергический ринит (АР) является глобальной проблемой медицины. Больные АР составляют около 2094 населения мира. В Узбекистане частота и заболеваемость АР за 10лет увеличилась в 2 раза (Назаров О А, 2018).

Цель исследования: определить эффективность препарата мометазон в фуроата «Назонекс» в лечении АР.

Методы исследования: На базе ЛОР-клиники ММЦБДБ было обследовано 47 больных АР в возрасте 12-16 лет. Все пациенты страдали АР и аллергическим дерматитом (АД). Диагноз АР подтверждали микроскопическим исследованием мазков-отпечатков со слизистой оболочки и мазков слизи из полости носа.

После купирования симптомов АД до, через 3 месяца и после лечения АР исследовали дыхательную функцию и обоняние, всасывательную и транспортную функции слизистой оболочки полости носа.

Всем больным АР назначен назальный спрей мометазона фуроата «Назонекс» курсом на 6 месяцев по 2 дозы раз в день.

Полученные результаты: В результате лечения достоверно положительную динамику претерпевали показатели всасывательной и транспортной функций полости носа х 87 % пациентов АР, нормализуясь 69% больных детей после 6 месяцев лечения. Дыхательная функция восстановилась у 78% пациентов после 3 месяцев применения и у 92% пациентов после 6 месяцев лечения.

Вывод: Курсовое применение назального спрея «Назонекс» нормализует дыхательную функцию носа, всасывательную и транспортную функции полости носа у больных детей.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Нарзуллаев Н.У.,Умаров У.Н.

Бухарский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние годы заболеваемость аллергическим ринитам возросла и составляет до 20 - 26,8 %. Топический глюкокортикостероид Флутинап (флутиказона пропионат 50 мкг) является высокоэффективным и безопасным препаратом для лечения аллергического ринита, который может применяться даже у детей с 4 лет.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности и безопасности препарата Флутинап.

Материал и методы. В исследованиях приняли участие 39 больных детей аллергическим ринитом в возрасте от 8 до 15 лет. Диагноз сезонного аллергического ринита был поставлен у 24 больных детей, круглогодичный аллергический ринит - у 15 больных детей, кроме того, у 18 больных детей (46%) отмечались симптомы аллергического конъюктивита. Флутинап назначали всем больным детям один раз в день по утрам. Дети от 8 до 15 лет получали по 100 мкг препарата в сутки (по 50 мкг в каждую половину носа), по 200 мкг в сутки в течении 2 недель.

Результаты исследования. В ходе исследования учитывались следующие симптомы аллергического ринита: блокада носового дыхания утром и в течение дня, ринорея, чиханье, зуд и раздражение слизистой носа. Флутинап продемонстрировал последовательную носовую и глазную эффективность.

Выводы: Таким образом, эффект Флутинапа проявлялся с первых дней лечения и нарастал в последующие недели. Системных побочных эффектов отмечено не было.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ К СОСУДОСУЖИВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ВАЗОМТОТОРНОМ РИНИТЕ

Носиржонов М.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г.Ташкент, Узбекистан

Введение. В многих литературных источниках вазомоторный ринит (ВР), который протекает на фоне длительного и неадекватного применения топических сосудосуживающих средств выделяют в виде медикаментозного ринита (МР). Несмотря на очевидную клиническую картину, сопровождающуюся постоянной и периодической заложенностью носа, истинная природа МР всё чаще рассматривается в контексте поведенческой навязчивой зависимости к топическим сосудосуживающим средствам. В литературных источниках последних лет описаны факт формирования толерантности, эмоциональные и когнитивные проявления привязанности к препарату, выраженный синдром отмены, а также патологические изменения поведения.

Цель. Изучение компоненты поведенческой навязчивой зависимости у больных ВР длительного и неадекватно применявшие топические сосудосуживающие средства.

Материалы и методы. В рамках исследования было проведено полу структурированный клинический интервью с 20 пациентами, имеющими подтверждённый диагноз ВР длительного и неадекватно применявшие топические сосудосуживающие средства (более 6 недель). Анализ проводился с использованием направленного контент-анализа по модели компонентов

зависимости М. Гриффитса, включающей шесть ключевых признаков поведенческой навязчивой зависимости: притягательность, модификация настроения, толерантность, синдром отмены, внутренний и межличностный конфликт, а также склонность к рецидиву. Дополнительно оценивалось влияние зависимости на качество жизни, эмоциональный фон и структуру повседневной активности.

Результаты. Полученные результаты показали, что у 15 (75%) пациентов наблюдаются все шесть компонентов поведенческой зависимости. Среди обследуемых из всех проявлений поведенческой зависимости осогбенно выражены были такие проявления, как снижение качества жизни (70%), психологическая привязанность к спрею (45%), навязчивые мысли о следующем применении (35%), ощущение утраты контроля и невозможность прекратить использование препарата без развития выраженных симптомов отмены (35%). Также выявлены дополнительные феномены, характерные для данной группы пациентов: страх нарушения сна (20%), удушья при отмене препарата (10%), тревожные расстройства и изменение самовосприятия, связанное с постоянной необходимостью использования капель (35%). У 65% испытуемых отмечались эпизоды срывов после попыток отказа, несмотря на осознание вреда и выраженные побочные эффекты (сухость, кровотечения, снижение обоняния).

Выводы. Таким образом, ВР, который протекает на фоне длительного и неадекватного применения топических сосудосуживающих средств, который в последние годы выделяется как МР, следует рассматривать не только как следствие фармакологической толерантности, но и как форму поведенческой зависимости с чёткими психологическими и эмоциональными компонентами. Выявление этих признаков требует комплексного подхода к диагностике и лечению, включающего не только физическую детоксикацию и хирургические методы коррекции (например, радиочастотную абляцию), но и обязательную психотерапевтическую поддержку. Понимание зависимости как психологического феномена позволит повысить эффективность лечения ВР и разработать пути психологической реабилитации пациентов.

ФИТОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Нуров У.И., Бобоқулова Д.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан, Бухара

Актуальность. В настоящее время работу практического врача невозможно представить без клинических рекомендаций как государственного, так и международного уровня. И это легко объяснимо, поскольку клинические рекомендации позволяют пациенту получить помощь на основании мнения не одного врача, а группы ведущих специалистов, и мнение это основано не только на личном опыте (хотя и он немаловажен), но прежде всего на данных мультицентровых контролируемых исследований.

Фитотерапия различных лор-заболеваний всегда привлекала как врачей, так и пациентов. Однако с позиций доказательной медицины к большинству фитопрепаратов возникало достаточно много вопросов вследствие малого числа надежных, хорошо контролируемых исследований.

Цель исследования.В данной статье приведены данные доказательных исследований по фитотерапии острого риносинусита.

Фитотерапия в лечении острого риносинусита .

В клинических рекомендациях по лечению острого риносинусита (ОРС) отмечено следующее: любому пациенту с ОРС могутбыть назначены средства растительного происхождения с доказанным противовоспалительным и муколитическим действием при отсутствии противопоказаний с целью ускорения разрешения симптомов заболевания. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3). В комментарии к этому пункту эффективными препаратами с выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием для лечения ОРС названы отвар куркума, экстракт корней куркума лонга. Фармакологические свойства комбинированных

препаратов обусловлены биологически активными веществами, входящими в их состав. Они оказывают секретолитическое, секретомоторное, противовоспалительное, противоотечное, умеренное антибактериальное и противовирусное действие. Общим фармакологическим свойством растений, входящих в состав фитопрепаратов, такие как корни куркума является способность блокировать фазу экссудации и уменьшать проницаемость сосудистой стенки. Эффективность фитопрепаратов при ОРС была продемонстрирована в рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании, проведенном в 2022 г. R. Jundu et al. Пациенты с продолжительностью симптомов до 3 дней, легкой или умеренной болью в лице и оценкой основных симптомов по шкале (MSS) от 8 до 12 в течение 15 дней получали растительный препарат или плацебо . Первичной конечной точкой эффективности было среднее значение MSS в конце лечения. Кроме того, проводилась оценка реакции на лечение (по данным опросника) и изменений в ОНП (с помощью ультразвукового исследования (УЗИ)).

Результаты исследования показали, что лечение привело к клинически значимым различиям в среднем MSS для группы пациентов, получавших фитопрепарат, по сравнению с группой плацебо. Фитопрепарат обеспечивал облегчение симптомов на

два дня раньше, чем плацебо. В основной группе процент пациентов без признаков ОРС по данным УЗИ в конце лечения был достоверно выше.

Материалы и методы исследования.В одно из таких исследований, которое было проведено , включили 60 пациентов с острым поствирусным риносинуситом. Все паци

енты были рандомизированы на две группы, одна из которых получала фитопрепарат, другая – плацебо в дополнение к доксициклину и ксилометазолину. В большем проценте случаев пациенты из основной группы сообщали о полном исчезновении симптомов (60,3% против 25,0%; p = 0,0002), и у них наблюдалось улучшение результатов рентгенографии после 14 дней лечения (84,0% против 68,4%; p = 0,02) по сравнению с группойплацебо. Также исследование продемонстрировало небольшое, но значительное влияние приема фитопрепарата на устранение назальной обструкции (разница в частоте ответов: 0,23 [0,09, 0,39]) и отека слизистой оболочки (0,32 [0,17, 0,46]), в то время как различий между группами в регрессе головной боли и выделений из носа продемонстрировано не было.

Эффективность лечения оценивалась по жалобам, динамике уменьшения головной боли и выделений из носа, а также по данным рентгенографии. По сравнению с группой плацебо, в группе пациентов, получавших фитопрепарат, жалобы регрессировали быстрее (61,1% в основной группе против 37,1% в группе контроля), рентгенологическая картина синусита и остальные симптомы также регрессировали быстрее в основной группе ($p < 0,05$). Среди остальных пациентов были различные группы, получавшие на фоне системной антибактериальной терапии фитопрепарат, амброксол, ацетилцистеин и миртол. Результаты лечения были сопоставимы во всех группах.

Заключение .Результаты работ, посвященных использованию препаратов растительного происхождения для лечения пациентов с острым риносинуситом, позволяют оценить их как достаточно эффективные в комплексном лечении этой группы пациентов. Для получения дополнительных данных об эффективности фитотерапии требуются дальнейшие контролируемые исследования.

ТУРЛИ ЁШ ТОИФАСИДАГИ БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Нуров У.И., Нурова Г.У., Адилова Г.М.

Бухоро давлат тиббиёт институти. Бухоро, Ўзбекистон

Кириш: Сурункали риносинусит (СРС) — бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қавати яллиғланиши билан намоён бўладиган, 12 ҳафта ва ундан ортиқ давом этадиган яллиғланишли касалликдир. Унинг клиник кўринишлари ва патоморфологик хусусиятлари беморнинг ёшига қараб сезиларли фарқ қилади. Ёшга хос иммунологик, анатомик ва морфофункционал ўзгаришлар ушбу касалликнинг кечиш хусусиятларига сезиларли таъсир кўрсатади.

Мақсад. Турли ёш тоифаларидаги беморларда СРСнинг клиник хусусиятларини таҳлил қилиш, ёшга боғлиқ кечиш динамикаси ва аломатлар ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш.

Материаллар ва усуллар

Тадқиқот 351 нафар СРС билан оғриган беморлар ўртасида ўтказилди. Улар 4 ёш тоифасига бўлинди:

I гуруҳ (18–25 ёш): 65 нафар (18,5%)

II гуруҳ (26–44 ёш): 97 нафар (27,6%)

III гуруҳ (45–59 ёш): 104 нафар (29,6%)

IV гуруҳ (60 ёш ва ундан катта): 85 нафар (24,2%)

Тадқиқотнинг олиб борилиш тартиби қуйидагича амалга оширилди:

Анамнез ва сўровнома маълумотлари тўлиқ йиғилди. Барча беморлардан уларнинг касаллик тарихи, умумий соғлиғи, аллергик фон ва ирсий омиллар ҳақида маълумотлар йиғилди.Симптомлар давомийлиги ва кучайиши ёки пасайиши характерлари қайд этилди. Барча беморларда умумий клиник текширувлар олиб борилди. Эндоскопик риноскопия ҳар бир беморда ўтказиди. Бурун бўшлиғининг ҳолати, шиллиқ қават ўзгаришлари, экссудат мавжудлиги, полипоз ва гиперплазия белгилари видеоэндоскопия орқали баҳоланди. Лаборатория таҳлиллари умумий қон таҳлили (лейкоцитоз, ЭТТ), биокимёвий кўрсаткичлар, иммуноглобулин Е (IgE) даражалари ва аллерготестлардан фойдаланилди. Барча беморларда компьютер томография (КТ) ёрдамида бурун ёндош бўшлиқлари ҳолати баҳоланди. Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, бу аломат бурун ёндош бўшлиқларида яллиғланиш ва шиллиқ қават гиперплазияси натижасида ривожланган.Тадқиқот натижалари:Тадқиқотда юқоридаги аломатлар ёш беморларда (I ва II гуруҳ) кўпроқ кузатилганлиги аниқланди (84–86%), чунки яллиғланиш фаол бўлганлиги сабабли ва экссудатив шакл устунлик қилиши ҳисобидан кузатилди. Катталарда функционал ўзгаришларга қараганда анатомик ва атрофик ўзгаришлар устунлик қилди.

Бурундан ажралмаларнинг келиши инфекция ёки аллергия натижасида вужудга келиши аниқланди.

Ушбу натижа I ва II гуруҳларда юқори (72–78%) кўрсаткичларни кўрсатди. Катта ёшлиларда (III–IV гуруҳ) мукоциляр фаолият сусайиши туфайли ушбу ҳолат камроқ кузатилиши аниқланди.

Бош оғриши, одатда бурун ёндош бўшлиқларида босим ортиши ва яллиғланиш ҳисобига юзага келиши кузатилди. Бу ҳолат фронтит ва этмоидititда кўпроқ учраши аниқланди. Бурун қичиши ва аксириш каби клиник белгилар I ва II гуруҳда юқори (52–59%) эканлиги аниқланди. Ҳид билишнинг пасайиши бурунниng юқори қисмида жойлашган ҳид билиш рецепторлари фаолиятининг бузилиши натижасида эканлиги аниқланди. Бу ҳолат ёшларда (III–IV гуруҳ) кўпроқ кузатилди (62–75)

Қуруқлик, атрофик белгилар шиллиқ қаватда трофик ўзгаришлар натижасида юзага келиши ҳисобидан, ёши катталарда бу ҳолат кўпроқ кузатилди. Қарияларда (IV гуруҳда) бу кўрсаткич юқори (64%) эканлиги қайд этилди.

Касаллик асоратлари яллиғланишнинг ички қулоқ, бронхлар, ҳалқум соҳасига тарқалиши ҳисобидан юзага келган бўлиб, қарияларда иммунитет пастлиги туфайли кўпроқ кузатилди (32%), ёшларда деярли учрамади (5–9%).

Хулоса қилиб айтганда, сурункали риносинуситнинг клиник кечиши беморнинг ёшига боғлиқ ҳолда сезиларли фарқ қилиши аниқланди. Ёш беморларда яллиғланишнинг фаоллиги юқори бўлиши қайд этилган бўлса, катта ёшлиларда дистрофик ва атрофик ўзгаришлар устунлик қилди. Сурункали риносинуситни даволаш чораларини танлаганда беморларнинг ёш омилини ҳисобга олиш муҳим ҳисобланади.

СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТДА ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА РИНОМАНОМЕТРИЯ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Нуров У.И., Нурова Г.У.

Бухоро давлат тиббиёт институти. Бухоро, Ўзбекистон

Кириш: Сурункали риносинусит (СРС) давомли, яллиғланишли касаллик бўлиб, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қаватининг функционал ҳамда морфологик ўзгаришлари билан намоён бўлади. Беморларда бурун орқали нафас олишнинг қийинлиги, бурун асосий клиник кўринишлардан бири ҳисобланади. Объектив текшириш усулларидан бири — риноманометрия, у бурун орқали ҳаво оқими қаршилигини аниқлашда муҳим ўрин тутади. Турли ёш тоифаларида риноманометрия натижалари фарқли бўлиши мумкин, бу эса клиник қарор қабул қилишда аҳамиятга эга.

Мақсад: турли ёш тоифаларидаги сурункали риносинуситли беморларда риноманометрия кўрсаткичларини таҳлил қилиш ва ёшга боғлиқ бурун орқали нафас олишнинг ўзгаришларини аниқлаш.

Материаллар ва усуллар: тадқиқотда 351 нафар СРС ташхиси қўйилган бемор текширувдан ўтказилди ва тўрт ёш тоифасига ажратилди:

Барча беморларда актив риноманометрия Rhinomanometer 300, (Германия) ёрдамида текширув ўтказилди. Натижалар назал ҳаво қаршилиги (NAR – nasal airway resistance) ммН2О/л/с кўрсаткичи бўйича баҳоланди.

Тадқиқот натижалари: тадқиқот натижаларига кўра ёш гуруҳлари орасида ўртача NAR (ммН2О/л/с) бу кўрсаткич бурун орқали ҳаво ўтишдаги қаршиликни билдириб, қиймат қанча юқори бўлса, бурун тиқилиши шунча кучли эканлигини англатади.

I гуруҳ (18–44 ёш): NAR = 0.35 ± 0.05 — энг паст натижа аниқланди. Бу ёшда буруннинг ҳаво ўтказувчанлигида сезиларли ўзгаришлар йўқлиги аниқланди.

II гуруҳ (45-59 ёш): NAR = 0.42 ± 0.07 — бу ёшда натижалар сезиларли ўзгариши, кўрсаткичлар бироз юқоринатижа кўрсатиши аниқланди.

III гуруҳ (60-74 ёш): NAR = 0.51 ± 0.08 — ушбу ҳолатда натижалар турғунлиги кўринади.

IV гуруҳ (75 ва ундан катта): NAR = 0.62 ± 0.1 — энг юқори кўрсаткичлар аниқланган бўлиб, бурун орқали нафас олишда анча қийинчилик мавжуд бўлиши аниқланди.

Хулоса: Сурункали риносинусит билан оғриган беморларда риноманометрия ёрдамида назал обструкция даражасини аниқлашда ёш омили муҳим аҳамият касб этади. Ёш ўтган сари бурун орқали ўтадиган ҳаво қаршилиги ошиб боради, аммо субъектив шикоятлар ҳар доим ҳам мос келмаслиги мумкин. Шу боис риноманометрия клиник ташхисни объективлаштириш, динамик баҳолаш ва индивидуал терапевтик ёндашувни белгилашда муҳим ҳисобланади.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Панахиан В.М., Гасымов А.В., Абилова Ф.А, Гасымов Дж.Л.,
Агалар С.А., Суджаддинова А. Дж., Шадлинская А.А.
Азербайджанский Медицинский Университет,
г. Баку. Азербайджанская Республика

Введение: В литературе имеется бесчисленное количество работ, посвященных лечению кист верхнечелюстных пазух. По данным литературы последних лет частота встречаемости кист в различных популяциях мира составляет от 10 до 35,6 %. При этом, в структуре патологии ЛОР-органов кисты составляют 12,6 %. От 5 до 8 % кист могут протекать бессимптомно и обнаруживаются во время рентгенологического или КТ- исследования. Среди кист околоносовых пазух особое место занимают кисты верхнечелюстных пазух, так как в практике встречаются намного чаще, и частота их встречаемости составляет 89,5 - 92,7 %. Однако в большинстве случаев кисты верхнечелюстных пазух могут стать причиной дискомфорта в виде сильных головных болей. Зачастую характер головных болей может зависеть от места расположения кисты внутри верхнечелюстной пазухи. По этиологическому фактору кисты принято разделять на риногенные и одонтогенные. По литературным данным прошлого века частота встречаемости риногенных кист составляла 80%, а одонтогенных – 20% соответственно. С развитием стоматологии и имплантологии число одонтогенных кист стало неуклонно расти и сегодня достигает 50%. В связи с этим выбор тактики хирургического вмешательства на гайморовой пазухе напрямую зависит от локализации кисты в пазухе. В

оперативной оториноларингологии существует 3 хирургического доступа к верхнечелюстной пазухе: экстраназальный, эндоназальный и эндоскопический.

Цель исследования: выбор тактики и оперативного подхода к хирургии верхнечелюстной пазухи.

Материалы и методы исследования: Клинические исследования проводились на кафедре болезней уха, горла и носа Учебно-Хирургического Клиники Азербайджанского Медицинского Университета города Баку в период с 2018 по 2025 год. Под нашим наблюдением находилось 163 пациента, перенесших операцию на верхнечелюстной пазухе. Возрастно-половой состав больных состоял из 86 пациентов мужского и 77 пациентов женского пола. Возраст больных составлял от 27 до 58 лет. Методы исследования состояли из оториноларингологических методов обследования, включающих риноскопию, эндоскопию, компьютерную томографию околоносовых пазух и при необходимости панорамный рентген снимок верхней челюсти. Среди данного числа больных у 95 был диагностирован риногенный и у 68 одонтогенный кистозный гайморит. Из 68 пациентов с одонтогенным кистозным гайморитом у 23 на КТ исследовании и панорамной рентгенограмме выявлены фрагменты пломбировочного материала. Также 8 пациентов с диагнозом кистозного гайморита обратились были направлены стоматологом перед дентальной имплантацией верхних зубов. Кроме того, среди обратившихся в стационар 163 пациентов у 14 был выявлен поликистоз верхнечелюстных пазух.

Таким образом, в зависимости от локализации кисты нами были разработаны оперативные подходы к хирургии верхнечелюстной пазухи. В зависимости от размера и локализации кист 14 пациентам с поликистозом верхнечелюстной пазухи, 23 пациентам с пломбировочным материалом в полости пазухи, 17 пациентам с кистами на нижней и 12 пациентам на латеральной стенках гайморовой пазухи была произведена операция с экстраназальным доступом. Остальным 52 пациентам с риногенной формой, а также 45 пациентам с одонтогенной формой кистозного гайморита была проведена операция эндоназальным, 34 из них эндоскопическим способом.

Полученные результаты: Результаты исследований показали, что независимо от этиологической формы гайморита (риногенной или одонтогенной) выбор оперативного подхода к верхнечелюстной пазухе зависит от локализации, числа и величины кисты, а также анатомического строения полости носа и верхнечелюстной пазухи. Кроме того, пациентам, готовящимся к дентальной имплантации верхних зубов экстраназальный доступ противопоказан по причине синус лифтинга верхней челюсти.

Краткое содержание: Клинические исследования проводились на кафедре болезней уха, горла и носа Учебно-Хирургического Клиники Азербайджанского Медицинского Университета города Баку в период с 2018 по 2025 год. Под нашим наблюдением находилось 163 пациента, перенесших операцию на верхнечелюстной пазухе. Среди данного числа больных у 95 был диагностирован риногенный и у 68 одонтогенный кистозный гайморит. Результаты исследований показали, что независимо от этиологии кистозного гайморита выбор оперативного подхода к верхнечелюстной пазухе зависит от локализации, числа и величины кисты, а также анатомического строения полости носа и верхнечелюстной пазухи. Пациентам, готовящимся к дентальной имплантации верхних зубов экстраназальный доступ противопоказан по причине синус лифтинга верхней челюсти.

РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ СЕПТОПЛАСТИКЕ

Панахиан В.М., Гасымов А.В., Джалилов Дж.С., Абилова Ф.А., Ибрагимов Ш.Р.
Азербайджанский Медицинский Университет,
г. Баку. Азербайджанская Республика

Введение: В последние десятилетия увеличилось число жалоб пациентов после проведенной операции септопластики. Предъявляемые жалобы сводятся в основном на недостаточное улучшение носового дыхания с одной, или с обеих сторон. При риноскопии пациентов обычно выявляют гипертрофию нижних носовых раковин. Причинами тому служат

аллергический фон, природные факторы, а также перенесённые ранее заболевания. Следует отметить, что до оперативного вмешательства на носовой перегородке у большинства пациентов отмечалась гипертрофия нижней носовой раковины на стороне, противоположной выпячиванию перегородки. В данной ситуации становиться ясным, что операция септопластики без вмешательства на нижних носовых раковинах не принесёт желаемого результата. С 70-х годов прошлого века предложено немалое количество методик вмешательства на нижних носовых раковинах: гальванокаустика, ультразвуковая дезинтеграция, лазерное воздействие и др. В настоящее время в нашей практике уже несколько лет с успехом применяется радиоволновое воздействие.

Цель исследования: Оптимизация носового дыхания при операции септопластики.

Материалы и методы исследования: Клинические исследования проводились на кафедре болезней уха, горла и носа Учебно-Хирургического Клиники Азербайджанского Медицинского Университета города Баку в период с 2023 по 2025 год. Под нашим наблюдением находилось 112 пациентов с различными формами искривления перегородки носа. Возрастно-половой состав больных составил контингент в возрасте от 15 до 58 лет. Пациенты мужского пола составили 76, женского – 36 человек. Пациенты были разделены на основную (82) и контрольную (30) группы. Всем больным были проведены следующие методы исследования: оториноларингологическое исследование, включающее осмотр ЛОР органов, эндоскопическое исследование, компьютерная томография носа и околоносовых пазух и опросники для пациентов.

Всем больным была проведена операция септопластики в сочетании с вмешательствами на нижних носовых раковинах. Пациентам основной группы была проведена септопластика и радиоволновое воздействие. Пациентам контрольной группы в сочетании с септопластикой проводились ранее изученные методы хирургии (гальванокаустика, ультразвуковая дезинтеграция, вазотомия и др). Результаты исследований основывались на жалобах пациентов, а также результатах эндоскопического исследования. Спустя 6 месяцев – 1 год после оперативного вмешательства с целью определения отдалённых результатов лечения из исследуемого числа больных 63 пациента (45 основной и 18 контрольной групп) были приглашены на контрольное обследование.

Полученные результаты: Непосредственные и отдалённые результаты исследований в основной и контрольной группах показали следующее. Из 82 пациентов основной группы выздоровление отмечалось 61 (74,4%) пациента, улучшение у 19 (23,1%) пациентов, без перемен у 2 (2,4%) пациентов. У оставшихся 2 пациентов с результатом без перемен отмечались перфорация носовой перегородки и аллергический ринит. Результаты контрольной группы, состоящей из 30 пациентов показали, что выздоровление отмечалось у 16 (53,3%) пациентов, улучшение у 12 (40%) пациентов и без перемен у 2 (6,6%) пациентов. По данным непосредственных результатов в основной группе пациентов выздоровление показало наилучшие результаты. В контрольной группе больных наилучший результат был отмечен в улучшении.

Отдалённые результаты исследований 63 пациентов (45 основной и 18 контрольной) показали, что в основной группе выздоровление отмечалось у 27 (60%), улучшение – 14 (45%) и без перемен у 4 (9%) больных. В контрольной группе пациентов выздоровление отмечалось у 8 (44,4%), улучшение у 4 (22,2%) и без перемен у 6 (33,3%) больных.

Таким образом, результаты непосредственного и отдалённого наблюдения показали, что применение радиоволновой хирургии одновременно с септопластикой является наиболее эффективной в восстановительной хирургии носового дыхания. Данный метод воздействия способствует атравматическому сокращению гипертрофированных носовых раковин без разрушения слизистой оболочки. Метод особенно эффективен при гиперпластических и аллергических формах ринитов. Результаты отдалённых наблюдений подтверждают высокую эффективность радиоволновой хирургии на современном этапе.

Краткое содержание: На кафедре болезней уха, горла и носа Учебно-Хирургического Клиники Азербайджанского Медицинского Университета города Баку в период с 2023 по 2025

год проведены исследования 112 пациентов с различными формами искривления перегородки носа. Пациенты были разделены на две группы: основную (82) и контрольную (30). Основной группе больных проводилась операция септопластики совместно с радиоволной хирургией нижних носовых раковин. Контрольной группе больных – операция септопластики совместно установленными методами воздействия нижних носовых раковин (ультразвуковая дезинтеграция, гальванокаустика и др). Непосредственные и отдалённые результаты исследований показали высокую эффективность, атравматичность и скорое выздоровление и стойкий результат при использовании радиоволновой хирургии нижних носовых раковин.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРАВМ НОСА

Рахимзода Ш.Ш., Давронзода М.Д., Саидова Ф.Ф. Махмудназаров М.И.
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Введение: Повреждения носа – одни из наиболее часто встречающихся травм в общей оториноларингологической практике. Анатомические особенности наружного носа и его центральное положение на лице способствуют высокой травмируемости как в бытовых, так и в уличных, спортивных и дорожно – транспортных ситуациях. Нарушение целостности костных и хряшевых структур носа нередко приводит к затруднению дыхания, деформация лица, а в рде случаев – к хроническим восполительным процессам в полости носа и околоносовых пазухах. В условиях современной медицины важную роль приобретает не только своевременная диагностика травм, но и разработка оптимальной схемы хирургического вмешательства с возможностью одномоментного восстановления анатомии наружного носа и перегородки.

Цель исследования: Разработать и внедрить оптимизированный подход к комплексной диагностике и хирургической коррекции посттравматических повреждений носа, направленный на улучшение функциональных и эстетических результатов лечения.

Материал и методы исследования: Работа основана на ретроспективном и проспективном анализе медицинских карт и журналах ургентных службы Лор кабинетах. Исследование проведено в ГУ НМЦ РТ "Шифобахш" в отделениях болезней уха, горла и носа за период с 2020 по 2024 годы. Исследовано 5016 болных, обратившихся за медицинской помощью в Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» с разними видами травмами носа за 2020 – 2024гг. Из них мужчины – 4111 (81,95%), женщины – 905 (18,05%). Возраст пациентов от 12 – 65 лет. Болных распределено на две группы: Первая группа 4893 (пациенты обратившихся и получившихся лечения до исследования) 4426 мужчин (89,45%) и 467 женщин (10,55%). Вторая группа 123 пациентами оказанная статсионарная лечения (включая репозиция костей носа до совместных септопластики) 110 мужчин (88,19%) и 13 женщин (11,81). Критериями включения: пациенты с острая травма носа с и без носовым кровотечением, отсутствие сопуствующих ЧМТ и отсутствие нарушений свёртываемости крови. Критерии исключения: политравма, коагулопатии и хронические заболевания носовой полости. Всем больним проведено клинический осмотр (оценка состояния пациента, выявление отёка и возможных деформаций), передняя и задняя риноскопия (для оценки полости носа и уточнения локализация кровотечения), лабораторная исследования и цифровая рентгенография или КТ носовых костей при подозрении на переломы а также нескотором проведено эндоскопия полости носа. Всем обрашающим пациентам проведено индивидуальной поход лечений в зависимости от тяжест полученных травм. Оценивались уровень помощи проведенного до нашим исследование, усовершенствовали диагностические и лечебние помощи.

Полученные результаты: Жалобы пациентов при поступлении были на отёк и болезненность мягких тканей носа, деформатсия наружного носа, кровотечения из носа и нарушения носовая дыхания. При обследования больным у 59(78,7%) болных выявлено закрытий перелом костей носа, 5(6,7%) болных открытий перелом и 11(14,6%) болных с различных ушибах мягких тканей носа с наличием носового кровотечением. Всем

обрашающим болным было оказано индивидуалного помощ: у болным с закрытой травмой проведено репазиция и тампонада, с открытой травмы первичний хирургической обработки с последующий репазиция и тампонади, а болным с ущибом мягких тканей соправаждающих кровотечений с целью останоки кровотечение проведено тампонада. А болных с сочетанной травми с нарушениями целостности перегородки носа проведено совместное репозиция с одномоментного септопластики.

Краткое содержание: Оптимизация комплексной диагностики травм носа на основе сочетания КТ, эндоскопии и рентгенографии позволяет значительно повысить точность выявления повреждений и правильно спланировать хирургическое вмешательство. Одновременное выполнение репозиции костей носа и септопластики у стационарных больных способствует восстановлению нормальной функции носа и предотвращению вторичных деформаций. Предложенный алгоритм диагностики и хирургической помощи обеспечивает высокую клиническую эффективность, минимализирует риск осложнений, сокращает сроки лечения и восстановления, а также улучшает качество жизни пациентов. Оптимизация подходов к диагностике и хирургической коррекции травм носа должна статьстандартом практики в учреждениях оториноларингологического профиля.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТ ПОСЛЕ ТРАВМЫ НОСА

Рахимзода Ш.Ш., Саидова Ф.Ф., Шерматов З.Т., Махмудназаров М.И.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Введение: Травмы носа составляют значительную долю среди повреждений лицевого скелета и нередко соправаждается выраженными эстетическими деформациями, нарушением носового дыхания, снижением обоняния и рядом функциональных осложнений. На фоне роста числа дорожно – транспортных проишествий, бытового и спортивного травматизма, особенно актуальной становится задача своевременной и точной диагностики, а также эффективного хириргического восстановления пострадавших. Несмотря на доказанную эффективность цифровых методов, в реальной клинический практике, особенно в странах с ограниченными ресурсами, их применение остаётся неровномерным. Настоящее исследование направлено на изучение роли цифровых технологий в диагностике и хирургической коррекции постравматических изменений носа, оценку их влияния на исходы лечения и обоснование их широкого внедрения в повседневную клиническую практику.

Цель исследования: Комплексно оценить эффективность применения цифровых диагностических технологий (КТ, МРТ, цифровая рентгенография т эндоскопия) при диагностике и хирургического лечении травм носаразличной степени тяжести, определить их влияние на точность диагностики, выбор тактики лечения, качество планируемый вмешательств и улучшение функционально - эстетических результаты.

Материал и методы исследования: Исследования основана на ретроспективном и проспективном анализе медицинских карт и журналах ургентных службы и отделении болезней уха, горла и носа ГУ НМЦ РТ "Шифобахш" за период с 2020 по 2024 годы. Всего было проанализировано 8257 больных случаев травмы носа. Из них 6773 составили мужчин (78,09%) и 1484 женшин (21,91%). Возраст болных варьировал от 12 до 60 лет. Все пациентов было разделено по степени тяжести на три группы: Первая группа – 5741 больных (56,15%) с разними ушибами мягкими тканями носа и лёгкие травмы без смещения костных структур. Вторая группа - 2365 болных (28,64%) с смещённые переломы костей носа и повреждения перегородки. Третья группа – 151 больных (1,83%) с множественные и сложные посттравматические деформации, требующие комплексного хирургического подхода. Для всех больных применялись следующие диагностические методы обследования: ренгенография костей носа в двух проекциях, КТ – костей носа и лицевого отдела черепа, а некоторим по показанию эндоскопия полости носа и МРТ в случаях подосрения на вовлечение мягких тканей и синусовых осложнений.

Полученные результаты: Жалобы пациентов при поступлении были на отёк и болезненность мягких тканей носа, деформатсия наружного носа, кровотечения из носа и нарушения носовая дыхания. Применеие цифровых технологий позволило существенно повысить качество диагностики и хирургического вмешательство. Рентгенография была полезна в случаех оценки грубых изменений но имело ряд недостаток при мелкие или сложные переломы. КТ обеспечила точную топографию повреждению и позволило спланированию адекватную помощью в достаточном объеме. МРТ позволяла дополнительно выявить гематомы, отёчность, восполительные изменения, особенно у больных с травмами средней и тяжёлой степени. Эндоскопия помог выявить скрытые повреждения, которые не фиксировались при визуализации или рентгенографической оценке.

В группе с использованием современных цифровых технологий и эндоскопии отмечены более короткой востоновительной период, меншьшая осложнения и повторных вмешательствах.

Краткое содержание: Применение цифровые технологии включая КТ, МРТ, цифровая рентгенография и эндоскопия позволяет значительно повисит точность диагностики и качество планируемый лечения пациентов с различними травмами носа. Их применение позволяет более точно определить обём и характер повреждений, рационально планироват вмешательств, минимализировать интра – и послеоперационные осложнения. Таким образом, интеграция цифровых решений в практику ринохирургии способствует оптимизации лечебно – диагностического процесса и улучшает функционально – эстетические исходы у пациентов.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ БОЛНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ НОСА

Рахимзода Ш.Ш., Шерматов З.Т., Сунатуллои Х.А., Махмудназаров М.И.
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Введение: Травмы носа являются одной из наиболее распространённых причин обращения за экстренной медицинской помощью в оториноларингологической практике. Нос как центральная часть лица подвергается повреждениям чаще других анатомических зон черепно – лицевой области, что обусловлено его анатомической подвижностью, выступающим положением и тонкой костной структурой.

Повреждения костно – хрящевого каркаса носа могут соправаждаться нарушением носового дыхания, кровотечением, косметическими деформациями, формированием постравматических синехий и перегородочных искревлений. В условиях современной медицины особую значимость приобретает точная и ранняя диагностика, позволяющая своевременно определить характер, локализация и степень повреждения, что напрямую влияет на выбор тактики лечения и предотвращение осложнений.

Цель исследования: Определение наиболее информативные методы диагностики при повреждениях носа, оценить их ээфективность в выялении различных вариатов травмы и предложить оптимальный и адекватный алгоритм обследования пациентов с учетом клиничеких данных в обстоятельствах.

Материал и методы исследования: Иследования проведена на базе отделении и ургентных ЛОР кабинете Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» в период от 2024 до 2025 годах. В нами было обследовано 147 пациентов повреждением носа различного характера поступившие для обследования и лечения. Из иследуемых больних мужчины – 105 (71,42%), женщины – 42 (28,58%). Возраст пациентов от 12 – 55 лет. Болных распределенни на три группы: Первая группа (пациенты с ущибами мягких тканей в виде кровоизлияния и гематомы) 79 (53,74%) из них 62 мужчин (78,5%) и 17 женщин (21,5%). Вторая группа (с открытами переломами носовых костей – с оскольчатами) 17 (11,56%) из них 13 мужчин (76,5%) и 4 женщин (23,5%). Третья группа (с закрытами переломами костей носа со смещений костных отломков) 51(34,7%) из них 40 мужчин (78,43%) и 11 женщин (21,57%). Критериями включения: пациенты с острой травмой носа обращаемые в течение 7-10 дней после получения травмы и возраст болных. Критерии исключения: пациенты с хроническими заболеваниями

носа, затрудняющими диагностику (хронический ринит и искривление носовой перегородки - до травмы) и пациенты с сочетанными ЧМТ которых нуждались к хирургическом вмещательству нейрохирургаи и других специалистов. Всем больним проведено клинический осмотр (оценка состояния пациента, выявление деформации наружного носа, отеков и возможных деформаций), эндоскопическое исследования (для оценки состояние полости носа и уточнения локализация кровотечения), цифровая рентгенография и КТ носовых костей.

Полученные результаты: Жалобы пациентов при поступлении были на носовой кровотечение, отеков и болезненность мягких тканей облати носа, деформация наружного носа и нарушения носовая дыхания. Анализ клинических данных показал, что среди травм наиболее распространенний группе были пациенты с ущибами мягких тканей и закрытой травмы костей носа сосмещением и без смещением костных отломков. Исследования выявило что: КТ оказалась наиболее точным методом диагностики, особенно в группе с переломами костей носа, где она позволила выявить 100% случаев повреждений. Рентгенография имела ограниченную точность (62,3%) особенно в диагностике скрытых переломов и трещин. А применение эндоскопических исследование показало высокую эффективность особенно при повреждениях внутренных структур носа.

Краткое содержание: Диагностики травмы носа требует комплексного подхода, включающего клиническое обследование, инструментальные и визуализирующие методы. Компьютерная томография является наиболее точным методом выявления повреждений костных структур. Рентгенография может использовать на начальном этапе диагностики, но не всегда дает полную картину травмы. Эндоскопическое исследование играет важную роль в обнаружении скрытых повреждений слизистой оболочки и носовой перегородки. Результаты исследования подтверждают необходимость внедрения стандартизированных клинико – диагностических пртоколов, где цифровые методы диагностики играют ключевую роль. Это особенно актуально для учреждений, занимающихся специализированной оториноларингологической помощью. Таким образом, современный подход к диагностике травм носа должен базироваться на принципах доказательной медицины и активного использования цифровых технологий, что позволяет достичь высокого уровня персонализированного и своевременного медицинского вмешательства.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЕНИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ С ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Рузикулова Ю.Б., Нуров У.И.

Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр, Бухара, Узбекистан.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. Несмотря на успехи современной медицины в области челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) диагностика и лечения искривления носовой перегородки является одним из наиболее частых деформаций костей лицевого черепа у детей.

Цель исследования: Анализ особенностей клинического течения искривления носовой перегородки у детей с преморбидным фоном.

Материалы и методы: Нами было проанализировано клинико-рентгенологические данные 5181 пациентов детей с патологиями уха, горла и носа за период 2021 - 2023 гг. госпитализированных в ЛОР-отделении БОДММЦ. Из них с искривления носовой перегородки составило 163 (3,1%) больных. Всем больным детям проведено клинико-лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, цитологические, морфологические исследования.

Результаты и обсуждение: Полученные результаты анализа данных показало, что за период 2021–2023 гг. в ЛОР - отделения БОДМПМЦ оказана специализированная медицинская помощь 163 больным по поводу искривления носовой перегородки в возрасте 14 -17 лет. Из них мальчиков было 101 (62,0%), девочки составили 62 (38,0%) больных детей. Анализ больных по возрастному категории показал, что 14-летнего возраста составило 43

(26,4%), 15-летные больные дети составили 35 (21,5%) случаев, в 16 – летному возрасту эта патология диагностировано в 39 (23,9%) случаях, тогда у 17 летных подростков данной патологией обратились за медицинской помощи 46 (28,2%) случаях. Необходимо отметить, что больные поэтому распределены примерно равномерно, при этом больше всего больные обратились за медицинской помощью в более старшем возрасте.

При анализе данных о наличие сопутствующих патологий в 147 (90,2%) случаях у исследуемых больных выявлена ухудшения преморбидного фона, диагностирована вазомоторный аллергический ринит у 72 (44,2%) больных, гипертрофический ринит 54 (33,2%) больных, хронический тонзиллит у 28 (17,2%) больных, аденоидные разрастание 32 (19,6%) больных анемия различной степени тяжести у 24 (14,7%) больных.

Изучения форм искривления носовой перегородки показало, что «S» образная форма составило за исследуемый период составило 68 (41,7%) из общего числа случаев, в 2021 году 23 (33,8%) случаев, в 2022 г. 26 (38,2%) случаев, и в 2023 году в 19 (28,0%) случаях диагностировано «S»-образная форма искривления носовой перегородки. Искривления носовой перегородки «Шиповидной» формы диагностировано у 34 (21,0%) больных детей в 14-17 летного возраста, из общего числа обследованных больных искривления носовой перегородки данной формы составило в 2021 г. 7 (20,6%) случаев, в 2022 г. 14 (41,2%) случаев, и в 2023 г. 13 (38,2%) случаев.

Искривления носовой перегородки у больных 16-летного возраста в форме «Гребень» в 2021 году составила 13 (21,3%) случаев, в 2022 г. 21 (34,4%) случаев, и в 2023 г. 27 (44,3%) случаев, всего за исследуемый период эта форма искривления носовой перегородки диагностировано у 61 (37,5%) больных. Таким образом у исследуемых больных чаще всего диагностировано «S-образной» формы искривления носовой перегородки.

При анализе локализации форм искривления носовой перегородки чаще диагностирована костно-хрящевая локализация, что составило 96 (58,9%) случаев, хрящевая и костная локализация искривления составило 33 (20,2%) и 34 (20,9%) соответственно.

Вывод. Искривления носовой перегородки чаще диагностируется в более старшем возрасте, данная патология чаще всего протекает на фоне сопутствущих патологий, среды них превалирует вазомоторный аллергический ринит (44,2%) и гипертрофический ринит (33,2%) больных. Среды форм искривления носовой перегородки чаще диагностируется S»-образная форма искривления носовой перегородки. По локализации форм искривления носовой перегородки чаще диагностирована костно-хрящевая локализация. Вышеуказанные данные показывают о необходимости учета форм искривления и преморбидный фон при лечения данной категории больных.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗООТВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Солодовникова Н.Г., Плавский Д.М., Карпович Н.В., Ситько А.А., Мятлева И.Г.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская университетская клиника»

Введение: Причиной нарушения слезоотведения являются патологические состояния горизонтального и вертикального отделов слезоотводящих путей (СОП). Патология вертикального отдела СОП проявляется непроходимостью слезно-носового канала и приводит к хроническому или острому флегмонозному дакриоциститу. Воспаление горизонтального отдела слезоотведения – слезных канальцев приводит к развитию каналикулитов. Основными симптомами дакриоцистита и каналикулита являются эпифора и гнойное отделяемое, но подход к диагностике и лечению отличаются. Одним из этиологических факторов развития дакриоцистита часто является ринопатология, которая не занимает ведущее место в возникновении каналикулитов. Изучение клинических проявлений, диагностики и тактики хирургического лечения являются актуальными для восстановления трудоспособности и повышения качества жизни пациентов.

Цель исследования: рассмотреть вопросы клиники, диагностики и хирургического лечения пациентов с нарушением слезоотведения и наличием ринопатологии в данной группе пациентов.

Материалы и методы исследования: В исследование включено две группы пациентов. В 1-й группе 38 пациентов с диагнозом хронический дакриоцистит, 29 женщин (81,6%) и 9 мужчин (18,4%). Средний возраст пациентов 48 лет. Обследование включало сбор анамнеза, стандартное офтальмологическое обследование, диагностическое промывание слезных путей, МСКТ лицевого черепа с контрастированием слезных путей контрастным препаратом «Омнипак». «Омнипак» вводился в слезные пути через нижнюю или верхнюю слезную точку после эпибульбарной анестезии тетракаином. Во 2-й группе 12 пациентов с диагнозом каналикулит, мужчин - 4, женщин – 8. Средний возраст пациентов - 59,5 лет. Обследование включало сбор анамнеза, стандартное офтальмологическое обследование, диагностическое промывание слезных путей. В 1-й группе после обследования выполнялась эндоназальная дакриоцисториностомия, во 2-й группе каналикулотомия с удалением дакриолитов из слезных канальцев.

Полученные результаты: Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на постоянное слезотечение и гнойное отделяемое в глазах. Сроки амбулаторного лечения составили от 4 месяцев до 6 лет. Пациенты до поступления в стационар длительно получали антибактериальные, нестероидные и стероидные глазные капли. Эффективность консервативной терапии отсутствовала. В 1-й группе в 98 % случаев хронический дакриоцистит был односторонним, в 2 % случаев – двусторонним. Правосторонний процесс составил – 36% случаев, левосторонний – 62 % случаев. У 16% пациентов в анамнезе наблюдались неоднократные вскрытия слезного мешка по поводу возникновения флегмонозного дакриоцистита. По результатам МСКТ сопутствующая патология околоносовых пазух и внутриносовых структур диагностирована у 78 % пациентов: смещённая носовая перегородка – 9 пациентов (28,1%), гипертрофия средней носовой раковины – 6 (18,7%), пристеночное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи – 7 (21,8%), синехии половины носа – 2 (6,6%), хронический ринит – 1 (3,1%). По поводу ЛОР патологии 4 пациента (12,5%) были оперированы ранее. При диагностическом промывании слезных путей жидкость не проходила в нос в 100% случаев. Пациентам 1-й группы бригадой оториноларингологов и офтальмологов выполнялась эндоназальная дакриоцисториностомия с биканаликулярной интубацией слезных канальцев сроком на 3 месяца. Хирургическое устранение ринопатологии решалось одномоментно до начала ДЦР оториноларингологами. Восстановление проходимости достигнуто в 100% случаев в раннем послеоперационном периоде. Через 3 месяца проводились контрольные промывания слезных путей по стандартной методике в сочетании с эндоскопической визуализацией дакриостомы для оценки анатомического результата операции. Через 2 года наблюдения у 3 пациентов из 1-й группы развились синехии в зоне дакриориностомы, что потребовало повторного хирургического вмешательства.

Во 2-й группе при каналикулите наблюдали воспаление нижнего канальца – 11 глаз, верхнего канальца – 5 глаз, отек и гиперемию век – 16 глаз, выворот нижнего века и слезной точки – 7 глаз, кистозно-измененную полость слезной точки - 12 глаз, воспаление с деформацией и расширением вертикального и горизонтального отделов канальца – 16 глаз. В 2 % случаев имела место ринопатология, диагностированная оториноларингологом. МСКТ лицевого черепа с контрастированием слезных путей пациентам 2 группы не выполнялось, в связи с проходимостью жидкости в нос при диагностическом промывании. На этапе введения конических зондов в слезные канальцы имелся характерный звук при соприкосновении металлического зонда и плотного дакриолита в слезном канальце, что является диагностическим критерием калькулезного каналикулита. Пациентам под местной анестезией проводилось хирургическое лечение – каналикулотомия с удалением дакриолитов из слезных канальцев. Из канальцев удалены дакриолиты плотной консистенции серого или бело-желтого цвета размером 1 - 6 мм в количестве от 2 крупных до 8 мелких или в виде кашеобразного

содержимого, заполнявшего просвет канальца. Воспалительные явления купированы на 3 сутки в 96% случаев. В 4% случаев у пациентов сохранялось отделяемое слизистого характера в слезных канальцах в незначительном количестве, что купировано при промывании канальцев с кортикостероидами в течение 4 дней. Восстановление проходимости достигнуто в 100% случаев.

Заключение: Дакриоцистит в 78 % случаев сочетался с ринопатологией, при каналикулите ринопатология встречалась в 2 % случаев. Эпифора, связанная с обструкцией дакриолитами на уровне слезных канальцев, может ошибочно быть принята за дакриоцистит, учитывая жалобы пациентов на слезотечение и гнойное отделяемое. Совместная практика оториноларингологов и офтальмологов в диагностике и лечении патологии слезоотведения позволяет избежать диагностических ошибок и выбрать рациональный метод хирургического лечения.

Краткое содержание: В работе представлены данные обследования и лечения двух групп пациентов с хроническим дакриоциститом (1-ая группа) и каналикулитом (2-ая группа). Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на постоянное слезотечение и гнойное отделяемое в глазах. В 1 группе пациентам выполнена эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия с биканаликулярным стентированием оториноларингологами и офтальмологами, ринопатология диагностирована в 78% случаев по данным МСКТ с контрастированием. Во 2 группе выполнена каналикулотомия с удалением дакриолитов, ринопатология диагностирована в 2% случаев. Совместная практика оториноларингологов и офтальмологов в диагностике и лечении патологии слезоотведения позволяет избежать диагностических ошибок и выбрать рациональный метод хирургического лечения.

МЕСТНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ В КАЗАХСТАНЕ

Тулебаев Р.К., Мухамадиева Г.А., Аженов Т.М.
НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Аллергические, неаллергические и локальные риниты. Как не попасть впросак? Какие тесты обязательны, а какие можно не назначать? Можно ли выявить аллерген по анамнезу? Какие вопросы важнее? Каковы возможности лечения?

В наиболее современном и общепринятом виде АР определяют, как воспалительное (не обязательно хроническое!) IgE-зависимое заболевание, характеризующееся тетрадой симптомов в виде ЗЗРЧ - ЗУДА, ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА, РИНОРЕИ И ЧИХАНИЯ;

Наиболее важным моментом является подчеркивание именно первого, IgE-зависимого, реагинового типа АР; Я бы добавил в определение после слов «IgE-зависимое заболевание» с возможностью внеслизистого синтеза. Почему Это Важно – чуть позже; Если в предшествующие десятилетия к реагиновому типу относили также бронхиальную астму, атопический дерматит и хроническую крапивницу, то в последние годы уточнение их патогенеза позволило постепенно один за другим исключить их из данного перечня.*

Истинно аллергический АР (атопический?): все четыре симптома –заложенность, зуд, ринорея, чихание (ЗЗРЧ) - налицо, анамнез четко указывает на аллерген, повышены IgE и эозинофилы в крови, ЭКБ, в кожных тестах и ИФА результаты положительные. Если пошлем на панели (в РК 70-100$ одна панель), или даже уговорим на чиповую диагностику (в РК 300$) – только «спасибо»; Частота -38%; НАР – неаллергический ринит: анамнез отрицательный, зуда нет, есть только Заложенность, Ринорея и Чихание, IgE до 100 единиц, эозинофилы в крови ниже 5%, ЭКБ ниже 12 единиц, в кожных тестах и иммуноферментном анализе результаты отрицательные. Не шлите в Казахстане на панельную диагностику, и тем более - на чиповую, а то прочитаете про себя в соц. сетях много нехорошего; Частота – 43%;Разновидность Неаллергического ринита – Локальный Ааллергический ринит: Заложенность, Зуд, Ринорея, Чихание - налицо, IgE до 100 уе, эозинофилы в крови ниже 5%, ЭКБ ниже 12, в кожных тестах и ИФА результаты отрицательные. Не шлите на панельную диагностику и тем более на чиповую; По частоте – около 17% ВНУТРИ НАР; «Идиопатический» («Вазомоторный») ринит: триада ЗРЧ у больного без анамнеза, без (+)

кожных проб, без назальной эозинофилии. Обратите внимание на то, что САМ ТЕРМИН изменен: вместо раннего слова «вазомоторный» предлагается использование «идиопатический». Не шлите на панельную диагностику и тем более на чиповую; Частота – 19%. Смешанный вариант, АР и аномалии носа, требующие хирургической коррекции, типа гребней и шипов, частота не очень большая; Следует только учитывать, что искривление носовой перегородки СНИЖАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ Ингаляционных Назальных глюкокортикостероидов, но не является причиной заболевания. Частота в пределах 1-2%. Как правило, любой врач, в том числе педиатр или ВОП, может сразу же назначить больному контролирующую терапию – a) назальный стероид, b) антигистаминный препарат, c) элиминирующее лечение; Но в согласительных документах – аналогах наших «Протоколов» и «Стандартов» – указаны три повода для проведения дальнейшего обследования: Сам пациент настаивает на том, что в результате a,b,c качество жизни не улучшилось;

Возникло сомнение в диагнозе: возможно, к аллергическому риниту присоединился инфекционный; Больной хочет все же найти аллерген, а врач считает, что его нахождение важно для улучшения результатов лечения. К коморбидным заболеваниям, наличие которых ухудшает состояние и повышает степень тяжести АР, относятся: астма, атопический дерматит, синдром апноэ- сна, аллергический коньюктивит, аллергические и инфекционные риносинуситы, средние отиты;

Их частота настолько высока, что в обязанности врача любой специальности следует включать целенаправленный поиск этих состояний у больного с АР и, в случае их выявления, назначение контролирующего лечения. Аллерген - фекалии клещей Dermatophagoides и Farinae; Как правило, начинается ближе к школьному возрасту (после 5 лет); самый главный признак - «симптом самолета»: улучшение после выезда из дома и ухудшение при возвращении; Так как немедленно после возвращения домой (к примеру, из ЛОР- отделения симптоматика возобновляется, родители жалуются на врачей: «не долечили»; заложенность носа больше беспокоит вечером и ночью; состояние ухудшается во время уборки дома и на уроке физкультуры; как правило, риниту сопутствует астма, а не леченный ринит закономерно переходит в астму; нет сопутствующей экземы; нет патологии ЖКТ. Изолированного пищевого ринита (2%) - практически не бывает, в 98% случаев это микст (пищевой+эпидермальный, пищевой+бытовой, пищевой+пыльцевой);

Аллергены либо облигатные, тогда течение ринита «фиксированное» (если уж есть аллергия на клубнику, то ухудшение будет всегда при ее употреблении), либо повседневные, тогда течение «циклическое»: то есть непереносимость молока, то ее нет. Это сильно сбивает с толку и врачей, и родителей; Начало раннее, как правило, до 3-х лет; выезд из дома на течение не влияет: пищевые привычки при кратковременных поездках не меняются; ухудшения типичны на следующий день после праздников: 9 марта, 1 января, после дня рождения и т.д.; ухудшение чаще возникает днем; сопутствуют аллергодерматозы - атопический дерматит, крапивница и отёк Квинке; характерны различные «дискинезии», то есть преходящие боли в животе; Как правило, они исчезают при выявлении и устранении пищевого аллергена. Очень редко бывает самостоятельной: как правило, есть и другие аллергические заболевания; начало в любом возрасте; так как сенсибилизация очень сильная, то нередко одновременно возникает и конъюнктивит; так как длительность между экспозицией аллергена («погладил кошку») и приступом чихания/насморка очень короткая – от секунд до минут - больной точно знает «виновника»; нередко одновременно развивается крапивница/отёк Квинке; при особо сильной сенсибилизации контакт с самим животным не обязателен. Достаточно «приезда тети, у которой есть в доме кошка». Главное - четко выраженная сезонность. Различие по дням - в пределах недели; Риниту всегда (99,9%) сопутствует или предшествует конъюнктивит; тяжесть состояния ухудшается в жаркую ветреную погоду и улучшается во время дождя; тяжесть состояния резко ухудшается за городом и «на природе». В это время усиливается насморк, краснеют глаза, появляется головная боль; больному хуже утром и лучше вечером; при выезде на море или в совсем другую климатическую местность проявления уменьшаются или исчезают. За АР:

заложенность носа, чихание и ЗУД. Наличие родственников с поллинозом и другими АР в анамнезе; + положительные кожно-аллергические тесты и или ИФА (одновременно и то, и другое частники уже не делают: дорого – кризис); За НАР: - отсутствие зуда, отрицательный семейный анамнез, отрицательные кожные тесты и ИФА*

До сих пор идет спор, нужно ли точно устанавливать разновидность НАР (например, гормональный, медикаментозный, вазомоторный и т.п.), прежде чем начинать лечение; НАР – это заложенность и насморк; АР – то же, плюс чихание и зуд; Чем старше больной, тем больше подозрение на НАР, особенно, если ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ПОСЛЕ 50; Триггеры НАР – погода и сильные запахи; триггеры АР – уборка (пыль), поход в подвал или на чердак (плесень), животные (цирк, конеферма), пыльца (май и август в Астане). Для АР очень характерны сопутствующие риниту коньюнктивит, астма у взрослых, и вульвовагинит у девочек. Физикальные данные, подтверждающие АР – «аллергические синяки», длинные шелковистые ресницы (зуд!), назальная поперечная складка, бруксизм, набухшая отечная слизистая; Физикальные данные, подтверждающие НАР – искривление носовой перегородки, атрофия и бледность слизистой с эрозиями и кровоточивостью; Лечение ИНГКС + антигистамины: Очень эффективны при АР, и гораздо слабее – при НАР*

ТАЖРИБАДА АЛЛЕРГИК РИНИТНИ ЎТКАЗИШ УСЛУБИ

Умаров У.Н., Нарзуллаев Н.У.
Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадкикотнинг максади. Тажрибавий аллергик ринитни чакириш усулини йўлга қўйиш.

Тадкикотнинг материали ва услуби. Тажриба риноскопия ва коннинг формуласи натижаси бўйича ўзгариш бўлмаган ва денгиз чўчкачаларида ўтказилди. Тажрибавий аллергик ринитни чакиришда Д.И.Заболотний томонидан таклиф этилган услублан фойдаланилди.

Тадкикотнинг натижалари. Ҳар бир денгиз чўчқасининг чап бурун йўлига 7 кун давомида суткасига бир марта 0,1 мл 0,2% динитрохлорбензолнинг ацетондаги эритмаси томизилди. Қўшимча сенсибилизацияни кучайтириш максадида танасининг чап томонидан терининг 2х2 см майдонига 7 кун давомида суткасига бир марта 0,1 мл 0,2% динитрохлорбензолнинг ацетондаги эритмаси шиша чўп ёрдамида суртилди. Шу усул билан сенсибилизация ўтказилганда 21-31 кунга келиб организмда максимал сенсибилизация кузатилди. Бу холат шу куни ўтказилган 5 соат давомида ўтказилган визуал кузатув (риноскопия) ва қоннинг формуласи текширилиш асосида тасдикланди.21кун бир марта 0,2% дцнитрохлорбензолнинг ацетондаги эритмасининг ечимга олиб келувчи дозаси 0,1 мл микдорда буруннинг хар томонига томизиш ва терига суртиш оркали амалга оширилди. Тери ва шиллик пардани кузатиш ёрдамида 0,2% динитрохлорбензолнинг ацетондаги эритмасининг ечимга олиб келувчи дозаси гипертаъсирчанликни ўта тез типини кузатилишига олиб келмаганлиги назорат килиб турилди.

Хулоса. Визуал ва қон формуласи тахлили асосида олинган натижалар денгиз чўчқаларида тажрибавий аллергик ринитни чакиришнинг бажарилган услубининг самарали эканлигини кўрсатди.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ СТАЦИОНАРИДА ДАВОЛАНГАН БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТНИ УЧРАШИ

Умаров У.Н., Нарзуллаев Н.У.
Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Оториноларингология стационарида даволанган болаларда аллергик ринитнинг учрашини таҳлил этиш.

Тадқиқотнинг материали ва услуби. Бухоро вилоят болалар кўп тармокли тиббиёт марказининг болалар оториноларингология бўлимида 2023-2024 йил давомида даволанган болалар касаллик тарихи таҳлил килинди.

Беморларга мажмуавий оториноларингологик, аллергологик текширишлар ўтказилди. Кўрсаткичлар орасидаги тафовутланишлар ишонарлигини Стьюдент-Фишер жадвали асосида бахоланди.

Тадқиқотнинг натижалари. 2023 йилда жами бўлимда 402 нафар мактабгача ешдаги болалар даволанган бўлса, 2024 йилда бу кўрсаткич 424 нафарни (271 нафар ўғил болалар, 153 нафар кизлар) ташкил этди. Улардан аллергик ринит билан хасталанганлар 2023 йилда 107 нафар - 26,6 % кишини (63 нафар ўғил болалар, 44 нафар қизлар) ташкил этган бўлса, 2024 йилда бу кўрсаткич 117 нафар - 27,5 % (69 нафар ўғил болалар, 48 нафар кизлар) ташкил этди. Улар орасидаги тафовут ишонарсиз бўлди (P>0,1). Аллергик ринит билан хасталанган болаларнинг 224 нафар (58,4%) касалликнинг мавсумий ва аксариятида 93 нафар (41,1%) доимий шакли кайд этилди, яъни улар орасида ишонарли тафовут кузатилди. Беморларнинг 89 нафари (39,7 %) касаллик бошка аллергик касалликлар билан қўшилишиб келди ва улар орасида аллергик диатез ва коньюктивит ишонарли кўп учради (P<0, 1).

Хулосалар. Оториноларингология стационарида даволанган болаларда аллергик ринитнинг учраши бошқа касалликларга нисбатан кичик улушни ташкил этди. 2. Аллергик ринитнинг мавсумий шаклининг кўп учраши кузатилди.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В FESS ПРИ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

Хаджимухамедов Ш.Б.

Akfamedline university hospital, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Хирургическое лечение полипозного риносинусита не всегда позволяет добиться удовлетворительных долгосрочных результатов, при этом значимую роль может играть объем проводимого вмешательства. Однако вследствие недостаточного количества исследований, сравнивающих различные объемы эндоскопических вмешательств на околоносовых пазухах (ОНП) при полипозном синусите, выбор адекватного объема вмешательства затруднен.

Цель исследования – сравнительная оценка клинической эффективности расширенного подхода при эндоскопической полисинусотомии при полипозном полисинусите.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, которым проводили эндоскопические вмешательства на ОНП в клинике Akfamedline. Основную группу составили 167 пациентов, у которых применяли расширенный подход в эндоскопической синусотомии – максимальное вскрытие всех ОНП с обнажением основания черепа и медиальных стенок орбит с возможной дополнительной резекцией средних носовых раковин. Группу сравнения составили 134 пациента, которым был применен минимальный подход, включающий шейверную полипотомию носовых ходов, а также двустороннее минимальное вскрытие верхнечелюстных и решетчатых пазух. Определяли частоту периоперационных осложнений, оценивали качество жизни по шкале SNOT 22, эндоскопическую картину по шкале Lund-Kennedy и КТ ОНП по шкале Lund-Mackay, а также частоту рецидива полипозного риносинусита, требующего проведения ревизионного вмешательства. Период наблюдения составил 24 месяца.

Результаты. Характеристики раннего послеоперационного периода значительно не различались между группами, за исключением времени вмешательства, которое значительно превышало время в группе расширенной хирургии по сравнению с группой сравнения. По показателям отдаленных результатов группа расширенной хирургии значительно превосходила группу минимального вмешательства по всем показателям. Частота случаев необходимости ревизионного вмешательства вследствие рецидива роста полипов в группе минимальной хирургии составила 29 пациентов (21,5%), в то время как в группе расширенной хирургии в 2,4 раза меньше – 12 пациентов (7,2%). Также различались показатели модифицированной шкалы Lund-Kennedy – в группе сравнения 4,6±0,5 балла, в основной группе – 2,3±0,8 балла. Результаты оценки КТ по шкале Lund-Mackay составили в группе сравнения 16,2±3,5 балла, а в основной группе – 9,5±2,6, что было в 1,7 раз ниже. Показатели

шкалы SNOT-22 также различались в отдаленном периоде между группами и составили 16,3±0,4 балла в группе сравнения и 7,2±0,1 в основной группе. Тяжелых периоперационных осложнений в обеих в группах выявлено не было.

Выводы. При полипозном риносинусите расширенный подход в эндоскопической ринохирургии позволяет добиться более значимых и стойких результатов по сравнению с минимальным подходом без увеличения риска периоперационных осложнений.

ДИНАМИКА НАЗАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И СИМПТОМАТИКИ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ

Хайдарова Г.С., Хакимов И.С., Хакимова Ш.Б.
Ташкентская Медицинская Академия

Введение. Ранний послеоперационный период после септопластики сопровождается воспалительной реакцией слизистой оболочки носа, влияющей на заживление и комфорт пациента. Цитологический мониторинг (ринноцитограмма) позволяет объективно оценить динамику воспаления.

Цель исследования. Сравнить динамику цитологических изменений (лейкоцитарный состав, бактериальная колонизация) и субъективных симптомов в первые 10 дней после септопластики при двух протоколах послеоперационного ведения, различающихся возможностью санации полости носа.

Материалы и методы. Дизайн: Проспективное сравнительное исследование.

Участники: 40 пациентов (18–55 лет) после септопластики, разделены на 2 группы по 20 человек.

Вмешательства: Группа 1: Традиционный протокол ведения (фиксированный интраназальный сплинт).

Группа 2: Протокол с усиленной санацией (использование устройства, позволяющего тщательную очистку).

Оценка: Ринноцитограмма (дни 1, 5, 10): подсчет нейтрофилов, макрофагов, лимфоцитов, бактериальных скоплений .

Субъективные симптомы: суммарный балл по ВАШ (заложенность, головная боль, выделения, боль).

Статистика: Непараметрические критерии (Манна-Уитни, Фридмана), $p<0.05$.

Результаты Цитология (день 5):

Группа 1: Пик нейтрофилов (Me 80% vs 65% на Д1; $p<0.01$) и макрофагов (Me 35% vs 20%; $p<0.01$). Бактериальные скопления у 45% пациентов (9/20).

Группа 2: Умеренный рост нейтрофилов (Me 70% vs 62%; $p<0.05$) и макрофагов (Me 28% vs 22%; $p<0.05$). Бактериальные скопления у 10% (2/20) ($p<0.05$ vs Гр1).

Симптомы (день 5):

Группа 1: Высокий суммарный балл ВАШ (24.1 ± 3.5).

Группа 2: Значимо ниже балл (18.2 ± 2.8; $p<0.001$). День 10: Быстрая нормализация цитограммы и разрешение симптомов в Группе 2 ($p<0.001$ vs Гр1).

Заключение. Протокол послеоперационного ведения, обеспечивающий возможность регулярной тщательной санации полости носа:

Сопровождается контролируемым воспалительным ответом (отсутствие пика лейкоцитов на 5-й день) Снижает бактериальную колонизацию в 4.5 раза. Ускоряет репарацию слизистой оболочки и уменьшает выраженность субъективных симптомов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ

Хайитов А.А.
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

Актуальность На долю хронических синуситов приходится около 10 % всех хронических заболеваний верхних дыхательных путей. Одной из часто встречающихся клинических форм хронического синусита является кистозный синусит. Диагностика таких состояний требует высокой точности, а одним из наиболее современных и информативных методов визуализации является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

Цель исследования оценить эффективность конусно-лучевой компьютерной томографии при диагностике кист верхнечелюстных синусов

Материалы и методы. Нами проведено исследование у 209 пациентов (151-мужчины и 58-женщины) с кистозным поражением верхнечелюстного синуса, которые обратились в клинику «GMG-LOR MARKAZ» в период 2021-2024 гг. Пациенты имели жалобы на затруднение носового дыхания, головную боль, чувство тяжести в области верхнечелюстного синуса, иногда стекание слизистых выделений из носоглотки. Все эти жалобы наблюдались у пациентов на протяжении от нескольких месяцев до нескольких лет. Всем пациентам проведено эндоскопическое обследование ЛОР органов, а также проведено КЛКТ исследование ЛОР органов на аппарате SIEMENS SOMATOM DEFENITION EDGE 256.

Результаты исследования. При риноэндоскопическом исследовании выявлены следующие изменения структур носовой полости: гиперемия и отек слизистой полости носа у 68 (93%), наличие выделений в полости носа у 58 (79%), гипертрофия нижней носовой раковины у27 (37%), буллёзная гипертрофия средней носовой раковины у 52 (71%), искривление носовой перегородки у 27 (37%), гребень носовой перегородки у 14 (19%), шип носовой перегородки у 13 (17%) и патологически измененный крючковидный отросток у 15 (20%) пациентов. В целом патологические изменения структуры остиомеатального комплекса выявлено у 64 пациентов, т.е. в 88% случаев наблюдаются те или иные патологические изменения ОМК, как в одиночном изменении, так и в сочетании. Данные рентгенологического обследования показали что у всех обследуемых пациенттов расположение кист в ВЧС в большинстве случаев встречались с расположением на нижней стенке ВЧС у 152, на втором месте с расположением на задней стенке у 35 и наименьших случаях на верхней и передней стенках у 22 пациентов.

Выводы. Если сравнивать с мультиспиральной компьютерной томографией (МСКТ), то КЛКТ обладает рядом преимуществ. Прежде всего, КЛКТ обеспечивает меньшую лучевую нагрузку, что делает исследование более безопасным для пациентов. Кроме того, этот метод позволяет получать изображения с более высоким пространственным разрешением, что особенно важно при изучении мелких анатомических деталей. Конусно-лучевая компьютерная томография является современным и высокоинформативным методом диагностики патологий параназальных синусов. По сравнению с традиционной рентгенографией и МСКТ, КЛКТ обеспечивает более точную визуализацию с меньшей дозой облучения. Метод особенно полезен при диагностике кистозных синуситов, полипозов, травм, опухолей и врождённых аномалий. Несмотря на определённые ограничения, КЛКТ остаётся одним из ведущих инструментов в современной медицинской практике, позволяя врачам эффективно диагностировать и планировать лечение различных патологий параназальных синусов.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ШИПОВ И ГРЕБНЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Хасанов С.А., Бабаханов Г.К., Бобохонов М.Г., Аймухамедов А.И.

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

Анатомия перегородки носа отличается большим индивидуальным разнообразием, что имеет ключевое значение в диагностике и лечении заболеваний полости носа. Среди наиболее частых вариантов анатомических изменений перегородки носа выделяются её искривления, а также образования в виде шипов и гребней. Эти костно-хрящевые выступы могут располагаться в различных отделах перегородки носа — в её хрящевой, костной или на

границе между ними — и нередко сопровождаются выраженными клиническими проявлениями, несмотря на их небольшие размеры.

Шипы и гребни перегородки носа представляют собой локальные выступы костной или хрящевой ткани, которые формируются как результат асимметричного роста, посттравматических изменений или компенсаторной перестройки носового скелета. В ряде случаев они оказывают давление на латеральную стенку носа, вызывая контактные головные боли, хронический риносинусит, рефлекторные нарушения, а также способствуют формированию односторонней обструкции носового дыхания.

Целью настоящей работы является изучение частоты встречаемости, шипов и гребней перегородки носа.

Материалы и методы. Настоящая работа представляет собой ретроспективное, описательное, сравнительное исследование, проведённое на базе ЛОР-отделения многопрофильной детской клиники Ташкентского государственного медицинского университета.

Исследование проводилось в период с января 2023 года по июль 2025 года на клинической базе кафедры оториноларингологии ТашГосМУ.

В исследование были включены 61 детей в возрасте от 7 до 18 лет, находившихся под наблюдением с диагнозом «шип и/или гребень перегородки носа».

Результаты

1. Частота выявления шипов и гребней перегородки носа

Среди 61 обследованных пациентов шипы и гребни носовой перегородки были выявлены у всех (100%), поскольку именно наличие данных анатомических особенностей являлось критерием включения. Из них:

Изолированные шипы — у 18 (29,5%) детей

Изолированные гребни — у 21 (34,4%)

Сочетание шипов и гребней — у 22 (36,1%)

2. Локализация деформаций

По локализации костно-хрящевых деформаций было установлено:

В передней трети перегородки (у сошника или в хрящевой части) — у 37 (60,7%) пациентов

В средней трети — у 14 (23%)

В задней трети, ближе к клиновидной кости — у 10 (16,3%)

При этом:

В хрящевой части перегородки аномалии встречались у 41 (67,2%)

В костной части — у 20 (32,8%)

ГИПЕРТРОФИК РИНИТНИ ДАВОЛАШДА ҚАЙТМАС ЭЛЕКТРОПОРАЦИЯ УСУЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Хасанов У.С., Абдурахимова Ш.С.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази

Гипертрофик ринит бурун пастки чиғаноқларида сурункали гиперплазия натижасида ривожланадиган, нафас олишни жиддий бузадиган ва ҳаёт сифатини пасайтирувчи касаллик ҳисобланади. Ҳозирги кунда ушбу касалликни даволаш усулларини танлашда минимал инвазив ва самарали усулларни қидириш долзарб ҳисобланади. Гипертрофик ринит кўпинча бурун пастки чиғаноқларининг шиллиқ пардаси ва ости тўқималарининг ортиқча ўсиши билан кечади. Анъанавий жарроҳлик усуллардан бири — электрокоагулятор ёрдамида бажариладиган конхопластика бўлиб, у тўқималарни термик йўл билан қисқартиришга асосланган. Аммо ушбу усулда тўқималарда куйиши, чандиқлар ҳосил бўлиши, қуриш ва оғриқ каби асоратлар тез-тез кузатилади. Шу муносабат билан сўнгги йилларда каминвазив, термал бўлмаган, ҳужайра даражасида таъсир этувчи инновацион усул — қайтмас электропорацияга қизиқиш ортиб бормоқда.

Тадқиқот мақсади гипертрофик ринитни даволаш самарадорлигини ошириш ҳисобланади.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқотда гипертрофик ринит ташхиси қўйилган 60 нафар бемор иштирок этди. Улар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳга (30 нафар) қайтмас электропорация усули қўлланилди. Иккинчи гуруҳдаги (30 нафар) беморларга эса электрокоагулятор орқали конхопластика амалга оширилди. Электропорация жараёнида юқори кучланишдаги қисқа импульслар орқали ҳужайра мембранасининг структураси бузилиб, тўқималарда апоптоз жараёни бошланади. Бу усулнинг асосий афзаллиги — механик ёки термик шикастланишсиз тўқима ҳажмини камайтириш ва қайта ўсиш эҳтимолини камайтиришдир. Шунга қарама-қарши, электрокоагуляция жараёнида тўқималарда кучли иссиқлик таъсири юзага келади, бу эса маҳаллий шиш, оғриқ ва узоқ тикланишга олиб келади.

Тадқиқотда қуйидаги мезонлар орқали самарадорлик баҳоланди: бурундан нафас олиш даражаси, беморларнинг уйқу сифатини субъектив баҳолаш, тикланиш даври, асоратлар учраши ва даволаш самарадорлиги.

Тадқиқот натижалар ва уларни муҳокамаси. Тадқиқотда қайтмас электропорация ва электрокоагулятор ёрдамида ўтказилган конхопластика усулларининг самарадорлиги ва тикланиш жараёни қиёслаб ўрганилди. Беморлар 3 ойлик кузатув даврида текширувдан ўтказилди. Қайтмас электропорация усули қўлланган гуруҳда бурин шиллиқ пардасидаги шиш ва гиперемия муолажадан сўнг 3–5 кун ичида анча камайгани кузатилди. 7–10 кун ичида шиллиқ парда деярли меъёрий ҳолатга қайтди, кўп беморларда битиш жараёни жароҳатсиз ва қонсиз кечди. Некроз учрайдиган тўқималарда назоратланган апоптоз орқали табиий тозаланиш кузатилди, тўқималарда фиброз ёки грануляция жараёнлари деярли рўй бермади. Электрокоагуляция орқали амалга оширилган конхопластикада эса 10–14 кун давомида яллиғланиш белгиларининг сақланиши, шиллиқ экссудат, баъзида қуруқ қатқалоқлар учради, ҳамда уларни тозалашга эҳтиёж бўлди. Жароҳат битиши 3–4 ҳафтагача чўзилди. Айрим беморларда фиброзланиш ёки қисман синехиялар қайд этилди.

Электропорация усулидан кейин бурун орқали нафас олиш имкони тез тикланди. Беморлар нафас олиш енгиллашувини муолажадан сўнг 5–7 кун ичида ҳис этишди. Уйқу сифатининг яхшиланиши, тунда оғиз орқали нафас олишнинг камайиши ва кундузги чарчоқнинг пасайиши кузатилди. Буруннинг фильтрация, намлаш ва ҳавони иситиш функциялари сақланиб қолгани эндоскопик ва клиник баҳоларда ўз тасдиғини топди. Коагулятор орқали даволанган беморларда эса нафас олиш тикланиши ўртача 2–3 ҳафта давомида кузатилди. Айрим беморларда буруннинг намланиш функцияси сусайиши натижасида қуруқлик, қизариш сақланиб турди. Эндоскопик кўрикда шиллиқ қаватда фиброз ўзгаришлар ва эпителийнинг қайта тикланиши секин кечаётгани кўрилди.

Қайтмас электропорация усулида фақат битта беморда (3,3%) қайта амалиёт ўтказишга эҳтиёж юзага келди. Аниқ асоратлар, яъни синехия ёки тўқима дистрофияси қайд этилмади. Коагулятор билан даволанган беморларда эса 5 нафар беморда (16,7%) қайта конхопластика ёки бурун йўлларини тозалаш муолажаларига эҳтиёж юзага келди. 3 нафарда (10%) маҳаллий синехия, тўқимада фиброзлашиш ва узоқ муддатли қуриш каби асоратлар кузатилди.

Электропорация билан даволанган беморларнинг аксарияти (93%) муолажа жараёнини енгил кечганини, оғриқ ва ноқулайлик камлигини, тез тикланишни алоҳида таъкидлашди. Уларда муолажа кунларида оғриқ учун анальгетик воситаларга эҳтиёж бўлмади ёки жуда кам бўлди. Коагулятор билан даволанган гуруҳдаги беморлар муолажадан сўнг 5–7 кун ичида оғриқ, қичишиш, қон келиши ва қуришдан шикоят қилишди. Тўлиқ функционал тикланишга 3–4 ҳафта вақт кетди.

Қайтмас электропорация усули билан даволанган беморларда нафас олиш эркинлашиши жараёндан сўнг 7–10 кун ичида кузатила бошлади. Шиш тез қайтди, оғриқ даражаси минимал бўлди ва беморлар тикланиш жараёнида деярли ўзгариш кузатилмади. Энг муҳими, тикланган тўқималарда функция сақланиб қолди ва қайталаниш ҳолатлар кам кузатилди. Электрокоагулятор ёрдамида ўтказилган конхопластикада эса бурун шиллиқ қаватида қуруқлик, қизариш, жароҳатли экссудатлар, баъзан эса чандиқлар кузатилди. Тўлиқ тикланиш

жараёни ўртача 3-4 ҳафта давом этди. Бир нечта беморларда қўшимча тозалаш ва муолажа курсларига эҳтиёж туғилди.

Таҳлиллар шуни кўрсатдики, қайтмас электропорация усули нафақат самарадорлиги юқори, балки тўқималарни физиологик ҳолатда сақлаб қолиши, паст шикастланиш даражаси ва қисқа реабилитация даври билан ҳам алоҳида аҳамиятга эга. Ушбу усул бурун функцияларига таъсир қилмасдан, гипертрофияни бартараф этиш имконини беради. Шу билан бирга, электрокоагулятор ёрдамидаги конхопластика кенг қўлланилувчи ва техник жиҳатдан нисбатан оддий усул ҳисобланса-да, унинг асоратлари ва тикланиш даври узоқлиги туфайли электропорацияга нисбатан кам самарали эканлиги исботланди.

Хулоса. Гипертрофик ринитни даволашда қайтмас электропорация усули юқори самара, минимал шикастланиш ва бемор учун қулай тикланиш шароитини таъминлайди. Бу усул бурун шиллиқ қавати функцияларини сақлаб қолган ҳолда, гипертрофияни самарали бартараф этиши билан аҳамиятли ҳисобланади. Шу сабабли, клиник амалиётда электропорация технологиясини кенг жорий этиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ, НАПРАВЛЕННОМУ НА УСТРАНЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Хасанов У.С., Матмуротов З.С., Каршибоев Ж.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи. Узбекистан, Ташкент

Введение: Эндоскопическое эндоназальное вмешательство (ЭЭВ) получило широкое распространение в оториноларингологии благодаря своей минимальной инвазивности, точности и высокой эффективности при лечении заболеваний околоносовых пазух, основания черепа и орбиты. Однако, несмотря на усовершенствование хирургических техник и оборудования, сохраняется риск осложнений, которые могут существенно ухудшить прогноз и качество жизни пациентов.

Цель исследования: Оценить современные подходы к профилактике, ранней диагностике и лечению осложнений после эндоскопических эндоназальных вмешательств, а также выявить наиболее эффективные методы их устранения.

Материалы и методы исследования: Анализ литературы за последние 10 лет (2015–2025 гг.), включающий данные клинических исследований, обзоров и рекомендаций международных и национальных ассоциаций по оториноларингологии и нейрохирургии. Кроме того, (2024–2025 гг.)были рассмотрены наблюдения пациентов, перенесших осложнённые формы ЭЭВ в условиях центра.

Полученные результаты: Современные подходы к лечению и профилактике осложнений Интраоперационный контроль, использование навигационной хирургии интраоперационного нейромониторинга позволяет избежать повреждения критически важных анатомических структур. Применение флуоресцентной визуализации и интраоперационной КТ помогает оценить полноту резекции и целостность костных перегородок.

Профилактика ликвореи, при вскрытии твердой мозговой оболочки применяются современные материалы (коллагеновые пластыри, фибриновый клей, васкуляризированные лоскуты из носовой перегородки) для герметизации дефектов основания черепа. Обязательное использование люмбального дренажа в случаях высокого риска внутричерепного давления.

Лечение орбитальных осложнений, при повреждении глазодвигательных мышц или зрительного нерва важно раннее выявление с применением МРТ/КТ и консультацией офтальмолога. Применяются высокие дозы кортикостероидов при подозрении на ишемию зрительного нерва, а также декомпрессия орбиты в ургентных случаях. Антибактериальная терапия и борьба с инфекциями, профилактическое назначение антибиотиков при манипуляциях в зоне риска (решетчатый лабиринт, клиновидная пазуха). Лечение менингита или абсцессов требует подбора целенаправленной антибиотикотерапии с учётом микрофлоры и проникновения в ЦНС.

Ранняя диагностика и реабилитация, эндоскопический осмотр в раннем послеоперационном периоде для контроля регенерации слизистой и предотвращения синехий. Назначение физиотерапевтических процедур, ирригационной терапии, а также восстановление обоняния при соответствующих нарушениях.

Краткое содержание: Осложнения после ЭЭВ варьируют от лёгких (кровотечение, синехии) до тяжёлых, таких как ликворея, орбитальные травмы, инфекционно-воспалительные осложнения (менингит, абсцесс), поражения зрительного нерва. Современные подходы к их устранению требуют не только клинического опыта, но и мультидисциплинарного подхода с участием нейрохирургов, офтальмологов, инфекционистов и реаниматологов.

Вывод: Современные подходы к лечению осложнений эндоскопических эндоназальных вмешательств опираются на принципы минимальной инвазии, анатомической точности и междисциплинарного взаимодействия. Повышение квалификации хирургов, развитие технологий и протоколов ведения осложнений позволяют значительно снизить их частоту и выраженность, улучшая исходы и качество жизни пациентов.

ДАКРИЦИСТОРИНОСТОМИЯДА PROPEL ВОСИТАСИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Хасанов У.С., Рахимов Ж.М.

Республика ихтиссолаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази

Дакрицисториностомия (ДЦР) кўз-ёш каналининг обструктив ҳолатларида амалга ошириладиган самарали жарроҳлик усули ҳисобланади. Амалиётдан сўнг ринолакримал йўлларнинг чандиқланиши ва унинг натижасида қайта кўз-ёш каналининг тиқилиб қолиши энг кўп учрайдиган асоратлардан биридир. Бу муаммони ҳал этишда замонавий биодеградацияланувчи имплантлар, жумладан, PROPEL воситаси, катта аҳамият касб этмоқда.

Тадқиқот мақсади бўлиб дакрицисториностомиядан сўнг касаллик қайталаниши олдини олишда PROPEL воситасининг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва усуллари: 2024–2025 йиллар давомида 30 нафар беморда эндоскопик дакрицисториностомия амалга оширилди. Улар икки гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳда (Солиштирма гуруҳ, n=15) стандарт ДЦР жарроҳлиги амалга оширилган бўлса, 2-гуруҳда (Асосий гуруҳ, n=15) ДЦР билан бирга PROPEL воситаси жойлаштирилди. Барча беморлар 6 ой мобайнида кузатилди. Амалиёт самарадорлиги комплекс текширув натижаси, жумладан клиник симптомларни ўзгариши, бурун бўшлиғини эндоскопик кўриги, жароҳатни битиши каби кўрсаткичлар асосида баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси: 6 ойлик кузатув давомида ҳар икки гуруҳда жарроҳлик амалиётидан кейинги ҳолатлар таҳлил қилинди. Асосий гуруҳда 28 нафар (93,3%) беморда стома очиқ ҳолатда сақланди, тўлиқ обструкция фақат 2 беморда кузатилди. Солиштирма гуруҳда эса 22 нафар (73,3%) беморда стома очиқ ҳолда бўлиб, 8 нафарда (26,7%) қайта обстуркция ҳолати қайд этилди. Статистик таҳлилда χ^2 тест натижалари PROPEL гуруҳида стома очиқлигини сақлашда аҳамиятли фарқ борлигини кўрсатди ($p<0,05$). Бурун функцияси таҳлил қилинганда PROPEL воситаси қўлланган беморларда нафас олиш функцияси амалиётдан сўнг тўлиқ тикланган. PROPEL воситаси ҳаво оқимини тўсмасдан, муваққат тузилма сифатида фаолият юритди ва 30-45 кун ичида табиий равишда сўрилди. Солиштирма гуруҳда айрим беморларда (10%) амалиётдан кейинги даврда гипертрофик тўқималар сабабли қисқа муддатли нафас олишда ноқулайликлар кузатилди.

Жароҳат битиши асосий гуруҳнинг 26 нафарс беморида (86,7%) шиллиқ қават 4 ҳафта давомида тўлиқ битди, грануляция тўқималари кам кузатилди ва эпителизация тезлашиши кузатилди. Солиштирма гуруҳда эса 18 беморда (60%) шиллиқ қават битиши 5-6 ҳафтага чўзилди, 7 нафарда (23,3%) эса грануляциянинг кўпайиши кузатилди. PROPEL воситаси

маҳаллий стероид (мометазон фуроат) эриши орқали яллиғланишни камайтириб, шиллиқ қават тез тикланишига олиб келди.

Беморлар орасида ўтказилган саволнома таҳлил қилинганда, PROPEL гуруҳидаги беморлар операциядан кейинги даврни енгил ўтказганини, оғриқ камлигини, кўз ёши оқишининг йўқолганини ва нафас олишнинг яхшиланганини таъкидлашди. Солиштирма гуруҳда эса 5 нафар бемор қайтадан кўз ёши оқиши, бурунда қичишиш ва оғриқ ҳақида шикоят қилди. PROPEL қўлланган гуруҳда дакриоцисториностоманинг қайта тиқилиб қолиш ҳолати 6,7% ни ташкил этди, стандарт гуруҳда эса бу кўрсаткич 26,7% бўлди. Бунда PROPEL гуруҳида грануляция, фиброз ҳосил бўлиш ҳолатлари кам кузатилди.

Хулоса: Дакрицисториностомияда PROPEL воситасини қўллаш жарроҳликдан кейинги даврда стоманинг очиқлигини сақлаш, бурун нафас олиш функциясини тиклаш, шиллиқ қаватнинг тез ва тўлиқ битишини таъминлаш, грануляция ҳосил бўлиш хавфини камайтириш ҳамда бемор қониқишини оширишда юқори самарадор эканлигини кўрсатади. Бу усул кўз ёши оқими бузилишларини даволашда юқори самарали инновацион ёндашув ҳисобланади.

РИНОПАТОЛОГИЯНИНГ МИЯНИНГ ГЕМОДИНАМИК БУЗИЛИШЛАР ПАТОГЕНЕЗИДА РОЛИ

Хасанов У.С., Хайитов О.Р.

Тошкент давлат тиббиёт университети

Бурун орқали нафас олиш организмнинг функционал ҳолатига ҳар томонлама таъсир кўрсатадиган фаол физиологик жараёндир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотига кўра, "...бурун тўсиғининг қийшайиши 66% ҳолларда бурун бўшлиғи орқали ҳаво оқими ўтишининг бузилишига, натижада бурундан нафас олишнинг қийинлашишига олиб келадиган кенг тарқалган сабаблардан бири ҳисобланади, вазомотор ринит сурункали ринитлар орасида 21%ни, СПРС эса 13% ни ташкил этади…".

Тадқиқот мақсади: бўлиб айланишига ва қоннинг кислород билан тўйиниш даражасига таъсирини ҳисобга олган ҳолда, турли давомийлик ва оғирлик даражасига эга полиэтиологияли бурун обструкцияси бўлган беморларни комплекс текшириш алгоритмини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотга 2019 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда "QO'QON DUNYO JAVOHIRI" клиникасида даволанган бурун патологиялари (бурун тўсиғининг қийшайиши ва вазомотор тумов) бўлган 220 нафар беморлар ҳамда назорат гуруҳидаги 20 нафар соғломлар тадқиқотга жалб қилинди. Барча беморлар клиник-лаборатор, инструментал текширувни ўз ичига олган комплекс текширувга жалб қилинди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Ринопатологияси бўлган беморлар бош мияда қон айланиши бузилиши мавжудлигига қараб 2 гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳни 120 нафар бош мияда қон айланиш бузилиши ва бурун патологиялари (бурун тўсиғининг қийшайиши ва вазомотор тумов) бўлган беморлар ташкил этган бўлса, солиштирма гуруҳни 100 нафар фақат бурун патологиялари (бурун тўсиғининг қийшайиши ва вазомотор тумов) бўлган беморлар ташкил қилди.

Вертебро-базиляр ҳавзаларда иккала гуруҳ беморларида бош мия қон оқими реактивлигининг ўртача кўрсаткичлари таҳлил қилинди (8-11-расмлар).

1А кичик гуруҳида, назорат гуруҳига солиштирганда, КИ: УУА да 103,3% га, УПАда 72,9% га, ишончли ортди ($p<0,05$). УУА да ДИ да ўзгариш қайд этилмади, аммо ДИ нинг УУА да 16% га, УПА да 41% га ортиши қайд этилди ($p<0,05$), бунда ВРИ назорат гуруҳи кўрсаткичидан УУА да 52% га УПА да 30% га ошиб кетди ($p<0,05$).

1Б кичик гуруҳида назорат гуруҳи билан солиштирганда КИ УУА да 15% га, УПА да 35% га ($p<0,05$) ошди, УУА да ДИ 13% га сезиларли даражада пасайганда, ДИ УПАда 42,5% га ($p<0,05$) ошди. ВРИ, назорат гуруҳи билан солиштирганда, УУАда 10% га, УПА да 18% га ошди ($p<0,05$).

1В кичик гуруҳида, назорат гуруҳига солиштирганда, КИ УУАда 47,5% га, УПА да 20% га (p<0,05) ошди. ДИ УУА да 55% га, УПА да 45% га ошди (p<0,05). ВРИ назорат гуруҳига нисбатан УУА да 9% га, УПА да 33% га ошди (p<0,05).

Солиштирма гуруҳ беморларида асосий гуруҳ беморларидан кўрсаткичлар бироз фарқ қилди. 2А кичик гуруҳида, назорат гуруҳига солиштирганда, КИ: УУА да 103,3% га, УПАда 72,9% га ишончли ортди (p<0,05). ДИ нинг УУА да 16% га, УПА 41% га ортиши қайд этилди (p<0,05), бунда ВРИ назорат гуруҳи кўрсаткичидан УУА да 52% га УПА да 30%га ошиб кетди (p<0,05).

2Б кичик гуруҳида назорат гуруҳи билан солиштирганда КИ УУА да 15% га, УПА да 35% га ошди (p<0,05). УУА да ДИ 13% га сезиларли даражада пасайганда, ДИ УПАда 42,5% га ошди (p<0,05). ВРИ, назорат гуруҳи билан солиштирганда, УУАда 10% га, УПА да 18% га ошди (p<0,05).

2В кичик гуруҳида, назорат гуруҳига солиштирганда, КИ УУАда 47,5% га, УПА да 20% га ошди. ДИ УУА да 55% га, УПА да 45% га ошди (p<0,05). ВРИ назорат гуруҳига нисбатан УУА да 9% га, УПА да 33% га ошди (p<0,05).

Шундай қилиб, ринопатологияси бўлган беморларда бош мияда қон айланишига таъсирини ултратовуш текшируви ёрдамида баҳолаш мумкин, бунда касалликнинг узоқ давом этиши бош миядаги қон айланишнинг нисбатан камайишига сабаб бўлиши аниқланган. Бу беморлардаги бош оғриши, ҳолсизлик белгиларининг намоён бўлиши билан кечиши мумкин.

Бош мия қон оқимининг ултратовуш текшируви ўтказилганда, биз ДИ нинг нисбатан пастроқ даражасида, назорат гуруҳига нисбатан 2А кичик гуруҳи барча беморларида УУА ва УПАда устунлик қилган КИ нинг кескин ошганлигини қайд этдик. Шу билан бирга, барча кичик гуруҳларда УУА ва УПА реактивлик индексларининг бир хил ўсиши кузатилди. 2Б кичик гуруҳида УУА ва УПА нинг дастлабки реактивлик индекслари 2А гуруҳига қараганда сезиларли даражада паст бўлди: КИ УУАда 40% га камайди, УПА да эса пасайиш 55% га етди; ДИ УУАда 25% га ва УПАда 15% га камайди. 2В кичик гуруҳида олдинги ва орқа қон айланиш ҳавзаларида вазомотор реакцияларнинг номутаносиблиги ошди: УУА даги дастлабки КИ 2Б гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан пасайишда давом этди (-15%), ДИ эса кескин ошди (+77%). УА индексларининг динамикаси аксинча бўлди: КИ 78% га ошди, ДИ эса 34% га камайди;

Оғир бурун обструкцияси бўлган кичик гуруҳда бош мия артериялари реактивлигидаги энг муҳим ва асинхрон силжишлар: назорат гуруҳига нисбатан УУА констриктор қобилиятининг ҳаддан ташқари пасайиши ва УПА нинг дилатация қобилиятининг етарли бўлмаган пасайиши аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда, ринопатологияси бўлган беморларда бош мияда қон айланишига таъсирини ултратовуш текшируви ёрдамида баҳолаш мумкин, бунда касалликнинг узоқ давом этиши бош миядаги қон айланишнинг нисбатан камайишига сабаб бўлиши аниқланган. Бу беморлардаги бош оғриши, ҳолсизлик белгиларининг намоён бўлиши билан кечиши мумкин.

ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ ПРИ АСИММЕТРИИ КОНЧИКА НОСА: 8 – ОБРАЗНЫЙ ШОВ И ШОВ С ДВОЙНЫМ ЗАХВАТОМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.

Хисамов А.Т.

Клиника Стармедцентр, Ташкент, Узбекистан

Введение: В эстетическом отношении нос является центральным органом лица и внесение каких-либо изменений на носу значительно меняет образ человека. Согласно литературным данным, эстетическая хирургия носа считается наиболее сложной в техническом отношении и заранее трудно прогнозируемых из всех пластических операций выполняемых на лице.

Материалы и методы: С 2015 по 2025 г. данным методом было выполнено 248 операций у женщин в возрасте от 18 до 38 лет, имеющих искривление кончика носа и каудальной части носовой перегородки в виде «клюшки». Операции проводились открытым доступом под общим эндотрахеальным наркозом и введением местных анестетиков с адреналином в разведении 1:100 000. Для устранения асимметрии кончика и каудальной части носовой

перегородки мы использовали 8-обазный шов и шов с двойным захватом носовой перегородки.

Техника наложения 8 – образного шва на примере девиации кончика носа в левую сторону.

1 – этап. Наложение шва начинается с противоположной стороны кривизны верхушки каудальной части носовой перегородки с захватом подпорки.

2 – этап. Далее шов продолжается в противоположную сторону захватывая верхний латеральный хрящ и Т- образную часть носовой перегородки.

3 – этап. Затем шов затягивается с подтягиванием каудальной части носовой перегородки к центру.

В зависимости от выраженности кривизны каудальной части носовой перегородки шов затягивается в необходимой степени для коррекции асимметрии кончика носа.

Техника наложения шва с двойным захватом верхушки каудальной части носовой перегородки для регулирования ротации кончика носа.

1-этап. Шов начинается с верхушки каудальной части носовой перегородки.

2-этап. Далее захватывается медиальная ножка нижнего латерального хряща с одной стороны, с последующим захватом колуммелярной подпорки и медиальной ножки с второй стороны.

3-этап. Затем повторно захватываем верхушку каудальной части носовой перегородки и завязываем шов для ротации кончика носа симметрично кверху, одновременно корректируя асимметрию медиальных ножек.

Результаты: Отдаленные результаты прослежены в течении трех лет. Оценка эффективности данной методики проводилась на основании ближайших и отдаленных результатов. Наши наблюдения показали устранения асимметрии кончика носа у 236 (95.1 %) пациентов, у 12 (4.9%) пациентов отмечалось наличие асимметрия кончика носа в различной степени, что последующем потребовало повторной коррекции.

Выводы: 8 – образный шов дает более стабильный результат на кончике носа при асимметрии кончика и искривление носовой перегородки в виде «клюшки», что позволяет выровнять кончик носа по оси.

Шов с двойным захватом носовой перегородки с подтягиванием нитки в необходимую сторону дает более симметричную ротацию кончика и корректирует асимметрию нижних латеральных хрящей.

Практические рекомендации: 8 – образный шов можно использовать для выравнивания асимметрии кончика носа при нехватке хрящевых спрэдер-графтов.

8 – образный шов можно использовать если имеется асимметрия кончика носа даже после установки спрэдер-графтов на спинке носа.

8 – образный шов можно использовать после отделения каудальной части носовой перегородки от передней носовой оси для ротации каудальной части носовой перегородки вверх.

Шов с двойным захватом можно использовать для симметричной ротации кончика носа в цефалическом направлении и коррекции асимметрии нижних латеральных хрящей. С помощью этого шва можно еще устранить асимметрию медиальных и латеральных ножек нижних латеральных хрящей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Шарипов С.С., Ўринов Т.Ш.

Центр оценки квалификации медицинских и фармацевтических работников.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи

Введение. Перфорация перегородки это- отверстие в перегородке носа. Перфорация может возникать последствием травмы, операции или длительно протекающих

воспалительных процессов в полости носа. При перфорации состоянии слизистая оболочка перегородки вместе с хрящевой или костной основой разрушается, что вызывает частые носовые кровотечения, ощущение затруднения носового дыхания, ощущение сухости в носу, неприятный запах в носу, искажение обоняния, свист в носу при дыхании, визуальная деформация носа, образование корок в носу

Цель. Повышение эффективности хирургического лечения перфорации перегородки носа путем сравнения различных методов.

Материал и методы исследования. Исследования проводилось у 50 пациентов, из них мужчины 23, женщин 27 человек, возраст больных составил от 18 до 45 лет с жалобами носовые кровотечения, ощущение сухости в носу, неприятный запах в носу, искажение обоняния, свист в носу при дыхании. В ходе исследования пациентов разделили на две группы: без патологии ОНП - 36 человек и с наличием заболевания ОНП - 14 человек. Для оценки поражения внутриносовых структур, размеров перфорации перегородки носа больным в дооперационном периоде произвели эндоскопическое обследование.

По хирургическому доступом с способом пластики дефектов перегородки носа делятся на 3 вида: 1) внутриносовой или «закрытая» техника; 2) ринопластический или «открытая» техника; 3) среднелицевой. Перфорация перегородки носа небольших размеров - до 5 мм могут быть успешно закрыты при использовании эндоназального доступа.

Результаты исследования. Перфорация перегородки носа после подслизистой резекции встречалось в 6,5—8% случаев. Перфорация чаще возникает у молодых женщин. По размеру выделяют маленькие перфорации — до 0,5 см, средние — от 0,5 до 2,0 см, большие — от 2,0 до 4,5 см.

Измерения перфорации перегородки носа в зависимости от местоположения показало результаты: переднем отделе носовой перегородки у 44 больных, заднем - у 4 больных, щелевидные перфорации в передненижнем отделе носовой перегородки -у 2 больных. В зависимости от размеров: размерами до 0,5 см в диаметре у 17 больных, от 0,5 до 2,0 см в диаметре - у 25 пациентов, от 2,0 до 4,5 см в диаметре - у 6 больных. В зависимости от размеров перфорации для закрытия применялись различные хирургические техники. Для закрытия перфорации перегородки носа небольших размеров до 0,5 см мы использовали метод перемещения мукоперихондрия с наложением по краю перфорации швов с обеих сторон.

Для закрытия перфорации перегородки носа от 2,0 до 4,5 см потребовались дополнительные материалы как для пластики слизистой оболочки, так и для замещения хряща в области перфорации.

Вывод. Несмотря на большое количество существующих методов закрытия перфорации перегородки носа, до настоящего времени нет единого стандарта хирургического лечения. Успех операции зависит от выбранного способа закрытия перфорации перегородки носа, используемых пластических материалов, размера и локализации перфорации, а также от опыта и навыков хирурга.

ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ ГИПОКСИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛОР ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Якубов Р.Р., Шайхова Х.Э., Якубов Р.К.

Ташкентский Государственный медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

Введение. Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава (ВДО ВНЧС) у детей является мультифакторным и полиэтиологичным заболеванием. Изменения в челюстно-лицевой области и мягких тканях верхних дыхательных путей (воспалении, деформации, обструкции,) могут осложняться дыхательными нарушениями во время сна (СОАС, синдром гиповентиляции во сне) с её последствиями в виде гипоксии и ацидоза. Гипоксия является одним из основных причин или следствием воспалительных заболеваний ЛОР органов и челюстно-лицевой области, которая способствует хронизации

патологического процесса, ухудшает процессы ремоделирования костной и мягких тканей, и нередко приводит к деформациям и резорбции костей.

Известно, что структурно – функциональные нарушения со стороны ЛОР-органов у детей с ВДО ВНЧС усугубляют нарушении метаболических процессов как на локальном, так и на системном уровне. Поэтому вполне обоснована необходимость применения междисциплинарного подхода при диагностике факторов гипоксии и их степени, как при лечении так при реабилитации детей с ВДО ВНЧС.

Целью исследования являлось совершенствование методов диагностики гипоксии при заболеваниях ЛОР органов у детей с вторичным деформирующим остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава.

Материал и методы исследования. Были обследованы 65 детей с ВДО ВНЧС в возрасте от 3 до 18 лет, в амбулаторных условиях, находящихся на этапе подготовки к хирургическому лечению в данной области. В зависимости от периода развития организма дети были разделены на 3 возрастные группы. В возрасте 3-6 лет обследованы 17 больных, 7-11 лет - 23, 12-18 лет - 25 больных. Методы обследования включали: выявление жалоб, анамнеза, осмотр и эндоскопия ЛОР-органов, лабораторные-инструментальные и микробиологические исследования. полости носа, ротоглотки, кишечника. Иммуноферментные исследование проводили на анализаторе Rayto с помощью реактивов HIF-1α и Lactic acid, фирмы «Elabscience» (Америка). Лучевая диагностика проводилась при помощи мультисрезовой компьютерной томографии околоносовых пазух, костей лица и черепа при помощи программы RadiAnt DICOM Viever. Были изучены факторы, влияющие на показатели внешнего дыхания: исследования массы и роста тела (антропометрия по центилям), спирометрия. Статистическая обработка данных исследований была выполнена с использованием программного пакета Microsoft Office Excel Professional Plus 2019. Достоверность результатов оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента с уровнем значимости $p<0,05$.

Результаты исследования. При обследовании у 50 пациентов с ВДО ВНЧС (77%) выявлены изменения со стороны ЛОР органов, как затруднение носового дыхания, которое было у 43 пациентов (66%), а у 48 пациентов выявлены рентгенологические и клинические признаки искривления носовой перегородки (74%). При изучении состояния носоглоточных миндалин из у 57 детей с ВДО ВНЧС выявлена гипертрофия глоточной миндалины преимущественно 2-ой степени с признаками хронического аденоидита, что указывает на значительное сужение носоглотки у большинства обследованных пациентов.

Нарушения внешнего дыхания по результатам спирометрии выражались в обструктивных, рестриктивных и смешанных формах. У детей с выраженным отставанием в физическом развитии наблюдались заболевания как со стороны ЖКТ, нервной, эндокринной, так и в опорно-двигательном аппарате, проявляющиеся нарушением осанки, деформациями грудной клетки, изменением мышечного тонуса участвующих в вентиляции легких, жевательных мышц и в других отделах частях тела.

В свою очередь, искривление перегородки носа и гипертрофия носовых раковин значительно ухудшают носовое дыхание за счёт увеличения сопротивления воздушному потоку. Среди локальных причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания у детей с ВДО ВНЧС, важное место занимает затруднение проходимости воздуха, связанное с воспалительным процессом в носу и околоносовых пазух, или гипертрофией глоточной миндалины, искривлением носовой перегородки, вазомоторным ринитом, а также ретропозицией нижней челюсти и языка.

Выводы. Заболевания ЛОР органов, протекающие с респираторными нарушениями, отрицательно влияют на здоровье ребёнка и приводят к развитию или прогрессированию соматической патологии. В свою очередь наличие соматической патологии у детей с ВДО ВНЧС приводит к отставанию физического развития и бронхолёгочному синдрому с нарушением внешнего дыхания в виде обструктивных, рестриктивных или смешанных форм

респираторных нарушений, являющихся во многих случаях пусковым толчком в развитии гипоксических состояний.

Выявленные структурно-функциональные нарушения как увеличение носоглоточных миндалин, деформации костно-хрящевых структур носовой полости и нижней челюсти лежат в основе нарушения носового дыхания, что следует учитывать при разработке лечебно-диагностических мероприятий со стороны ЛОР органов у детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава.

3. Влияние местных факторов обструкции дыхательных путей в возрастном аспекте, как сужение просвета носоглотки и ротоглотки, выраженная ретромикрогения, а также факторы, способствуют развитию тканевой гипоксии, включая снижение уровня гемоглобина, эритроцитов и увеличение содержания HIF-1α, лактата и ЛДГ в крови, приводящих к нарушению тканевого метаболизма и прогрессированию воспалительного процесса.

III BOB
HALQUM KASALLIKLARI.

HALQUM MURTAGI GIPERTROFIYASINI KLINIK NAMOYON BO'LISHI

Agzamxodjayev F.X.
Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti, Toshkent, O'zbekiston

Kirish: Halqum murtagi Pirogov-Valdeyr halqasi tarkibiga kiruvchi asosini limfoid to‘qima tashkil etuvchi anatomik tuzilma bo‘lib, u yuqori nafas yo‘lining himoya funksiyasini ta’minlashda muxim o‘rin egallaydi (Xasanov S.A., Voxidov N.X., 2018).

Halqum murtagi gipertrofiyasi bolalar orasida keng tarqalgan kasallik xisoblanadi. LOR shifokoriga murojat qilgan bolalar orasida esa bu ko‘rsatkich XX asr 60-yillarida 4-16%, 70-yillarda 9,9-29,2%, 2000-yillarda 47-76% tashkil qilgan (Puxlik S.M., 2000). Katta yosh guruxlarida halqum murtagi gipertrofiyasi kam uchrashi e’tirof etib kelingan. Ammo oxirgi yillarda bu muammoni o‘rganishga bag‘ishlangan maqsadli tekshirishlar katta yosh guruxlarida xam bu kasallikni ko‘p uchrashini ko‘rsatdi. Jumladan, S.B.Bezshapochniy va xammualiflar (2017) 18-55 yosh oralig‘idagi 714 ta bemorlarning 153 tasida (21,4%) turli darajadagi halqum murtagining gipertrofiyasini aniqlashgan. Amaliyotga zamonaviy tekshirish usullarini (endoskopiya, kompyuter tomografiya, MRT) tatbiq etilishi bu kasallikni tashxislash ko‘rsatkichini oshishiga katta ta’sir ko‘rsatdi. Kasallikni keng tarqalganligi, xayoi sifatiga salbiy ta’sir etishi, o‘zidan keyin bir qancha asoratlar berishi uni klinik kechishini keng qamrovli o‘rganishni taqozo etadi.

Tadqiqot maqsadi. Turli yoshdagi bemorlarda halqum murtagi gipertrofiyasining klinik kechishini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot davomida o’rganilgan bemorlar soni 128tani tashkil qildi. Izlanishlar “Kimyo University Hospital” klinikasiga LOR shifokori qabuliga kelgan bemorlar ustida olib borildi. Bemorlar orasida 3-6 yoshdagilar 41 tani, maktabgacha yoshdagilar (6-7 yosh) 24 ta, maktab yoshidagilar (7-12 yosh) 19 ta, o’spirinlar (13-18 yosh) 14 ta, yoshlar (18-44 yosh) 30 tani tashkil qildi. O’rganilgan bemorlarni mos ravishda bolalar va kattalar guruhiga ajratib o’rganildi. Umumiy o’rganilgan bemorlarda halqum murtagi gipertrofiyasi 1-darajasi bilan shikoyat qilganlar soni 26 ta, 2-daraja 48 ta, 3-daraja 54 tani tashkil qildi. Bular orasida erkak jinsiga masublari 84 ta, ayollar esa 44 ta bo’ldi.

Olingan natijalar. Bemorlarni anamnezlari to’liq o’rganildi. Shikoyatlaridan burun bitishi, bosh og'rishi, tez-tez yuqori nafas yo'llari kasallanishi, nutq va talaffuz buzilishlari, quloq sohasida muammolar (bularga: quloqdan yiring kelishi, eshitish pasayishi, quloqda og'riq), yo'tal, aqliy rivojlanish orqada qolishi, jismoniy rivojlanish orqada qolishi kabi holatlar o’rganildi. Izlanishlarimiz natijasida shu ma’lum bo’ldiki, burun bitishi, bosh og’rishi va tez-tez yuqori nafas yo’llari kasallanishi 12 ta bemorda kuzatildi, qolgan bemorlarda, ya’ni 116ta, yuqoridagi klinik shikoyatlarni hammasi yoki bir vaqtni o’zida yoki ma’lum vaqt oralig’ida kuzatilganligi ma’lum bo’ldi. 12ta bemordan 6tasida 1-daraja, yana 5tasida 2-daraja va 1tasida 3-daraja halqum murtagi gipertrofiyasi aniqlangan.

Xulosa. Tadqiqotimiz davomida 128 ta bemorlar kuzatilganda, ulardan 20,3% adenoid vegetatsiyasi 1 daraja, 37,5% 2-daraja, 42,2 % 3-daraja bilan kasallanganligi ma’lum bo’ldi. O’rganilgan adabiyotlarga quloq soladigan bo’lsak, 1-daraja yengil daraja xisoblanib, odatta faqatgina burun ba’zida bitishi va tez-tez yuqori nafas yo’llari kasallanishi kuzatiladi. Lekin oxirgi yillarda chop etilgan maqolalarda va izlanishimizdan ma’lum bo’ldiki, bu holat adaiyotlarga mos kelavermas ekan. Xuddi shunday 3-daraja og’ir xisoblanib, kuchli asoratlar bilan kechishi kerak edi, ammo faqatgina burun tez tez bitishi kabi yengil holat bilan kechganlari ham kuzatildi.

DISFONİYASI BOLGAN BOLALARDA LARINGEAL JARRAYASIDA KEYIN OVOZ JITTERI VA SHIMMERNING AKUSTIK PARAMETRLARINI TAHLILI

Alieva M.U., Nadjmutdinova N.Sh., Abduqayumov A.A., Inoyatova F.I.
Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O‘zbekiston

Kirish. Disfoniya - bemorning nutqining buzilishi bo'lib, fonatsiyaning buzilishi bilan namoyon bo'ladi, ovoz o'zining individualligini yo'qotganda, ovozning tembri, balandligi va ritmi o'zgarishi mumkin.Disfoniyani o'zgartiruvchi omillar, ya'ni disfoniyaga olib keladigan yoki qo'zg'atuvchi omillar quyidagilar bo'lishi mumkin: to'g'ridan-to'g'ri halqumdagi operatsiyalar yoki shoshilinch havo yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun manipulyatsiyalar, bu halqum tuzilishi va ovoz patologiyasining o'zgarishiga olib kelishi mumkin. Disfoniya bilan og'rigan bemorning birlamchi tekshiruvi to'liq anamnez, bemorning shikoyatlarini tahlil qilish va klinik tekshiruvga asoslanadi. Tomoqning holatini tashxislashda ovozni sub'ektiv baholash sifatida Ovoz nogironligi indeksi (VHI) so'rovnomasi qo'llaniladi. An'anaviy ravishda disfoniyani tashxislash uchun invaziv usullar qo'llaniladi, masalan, moslashuvchan va qattiq fiberskopik laringoskopiya (optik tolali qurilma yordamida tekshirish), videostroboskopiya (halqumning stroboskopik yoritilishi) va elektromiyografiya (halqumning funktsional holatini bilvosita kuzatish). Standart endoskopiyani takomillashtirish va otolaringologiyaga zamonaviy texnologiyalarni joriy etish, halqumning barcha qismlarini yaxshiroq tekshirish imkonini beradi, halqumning ishlashining anatomik xususiyatlarini baholashga imkon beradi, ammo ovoz sifatini baholash juda qiyin. Ovozni akustik tahlil qilish - laringit, laringospazm, laringeal o'smalar, spazmodik disfoniya, vokal kord falaj va boshqalar kabi ovoz kasalliklari bo'lgan bemorlarda laringeal patologiyani aniqlash va ovoz sifatini baholash uchun invaziv bo'lmagan ob'ektiv skrining usulidir [1]. Ovozning kompyuter spektral tahlili ovozning akustik parametrlarining 5 ko'rsatkichini aniqlash uchun ishlatiladi: Diskret signallarning energiyasi, Entropiya, Maksimal signal qiymati, Minimal signal qiymati, Nol nuqtalar soni, ular tahlil qilinadi va disfoniya bilan og'rigan bolalar va sog'lom bolalar ovozlarining akustik parametrlari spektrogrammalari bilan solishtiriladi. Hozirgi vaqtda disfoniya bilan og'rigan bemorning ovoz sifatini tashxislash va baholash uchun ovozli signalning akustik tahlilidan foydalangan holda eshitish-pertseptiv ovoz tahlili keng qo'llaniladi. Inson nutqini ishlab chiqarish tizimi halqumning yumshoq to'qimalarining tarkibiy qismlaridan iborat bo'lib, vokal kordlarining tebranishlari qat'iy davriy bo'lmaganligi sababli, har doim kichik o'zgarishlar mavjud. Jitter va shimmer ovozli signallarning akustik xususiyatlari bo'lib, ular tovush paychalarining tartibsiz tebranishidan kelib chiqadi. Adabiyotda ko'rsatilgandek, barqaror fonatsiya uchun odatiy qiymat o'zgarishi bilan Jitter 0,5 dan 1,0% gacha, Shimmer esa ovoz qarshiligining pasayishi va vokal kordlarining volumetrik shikastlanishi bilan o'zgaradi va shovqin emissiyasi va nafas qisilishi mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, bolalar uchun patologik ovoz hisoblanadi va taxminan 0 14%.Halqumning funktsional holatini baholash uchun 18 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan 45 bemorning operatsiyadan keyingi tekshiruvi ovoz jitterining chastotasi beqarorligining pasayishini ko'rsatdi (%): operatsiyadan oldin - 1,18, operatsiyadan keyin 14-kun- 0,09, va 1 oydan keyin - 0,09 va 0,0. Shimmer amplitudasi (%) ham kuzatildi: operatsiyadan oldin - 14,2, operatsiyadan keyin 14-kun - 6,08 va 1 oydan keyin - 3,95. Biroq, adabiyotda laringeal jarrohlikdan keyin disfoniya bilan og'rigan bolalarda Jitter va Shimmer ovozining akustik xususiyatlarini tahlil qilish bo'yicha tadqiqotlar deyarli yo'q.

Tadqiqot maqsadi - laringeal jarrohlikdan keyin disfoniya bilan og'rigan bolalarning reabilitatsiyasini kuzatish uchun jitter va shimmerning akustik parametrlarini o'rganish va tahlil qilishdir.

*Materiallar va tadqiqot usullari:*Laringeal jarrohlikdan so'ng 4 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan jami 93 nafar bola tekshirildi va Jitter va Shimmer ovozining akustik parametrlarini tahlil qilish uchun ma'lumotlar to'plandi. Ovoz o‘tkazmaydigan maxsus xonada bolalar ovozi /i/ unli tovushini talaffuz qilayotganda o‘rnatilgan shovqin darajasi o‘lchagichi o‘rnatilgan mikrofon yordamida, “Audacity” audio ma’lumotlarni yozib olish dasturi yordamida 22050 Gerts va mono tipidagi namuna olish chastotali wav formatidagi audio signallari kompyuterda yozib olindi.

Laringeal jarrohlikdan so'ng bolalarda Jitter va Shimmer ovozining akustik parametrlarini tahlil qilish bemorlar bolalar ovozlarining audio yozuvlari ma'lumotlar bazasi asosida amalga oshirildi.

Olingan natijalar: Adabiyotlarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, jitter va shimmer parametrlarining asosiy mezonlari effektlar, turbulent shovqin darajasi va vokal kord tebranish jarayonining chiziqli bo'lmaganligidir. Jitter chastotaning sikldan tsiklga o'zgarishi parametri sifatida aniqlanadi va Shimmer tovush to'lqini amplitudasining o'zgarishini anglatadi. Jitter qiymatiga asosan vokal kord

tebranishini nazorat qilmaslik ta'sir qiladi, Shimmer qiymati esa glottal qarshilikning pasayishi va ovoz burmalarining ommaviy shikastlanishi bilan ta'sir qiladi, bu esa aspiratsiyalangan emissiya shovqinining mavjudligi bilan bog'liq.

Tadqiqot natijasida laringeal jarrohlikdan so'ng disfoniya bilan og'rigan bolalarning Jitter va Shimmer ovozining akustik parametrlarining quyidagi o'rtacha qiymatlari olingan: Operatsiyadan oldingi bolalarda: Jitter - 574,359,587 va Shimmer - 2,3; Laringeal operatsiyadan keyingi 1 oydan keyin bolalarda: Jitter - 363,945,925 va Shimmer - 1,28; Laringeal operatsiyadan keyingi 3 oydan keyin bolalarda: Jitter - 1,292,562,982 va Shimmer - 4,22. Shu bilan birga, sog'lom bolalar (disfoniyasiz) quyidagi akustik ovoz parametrlariga ega edi: Jitter - 1,316,743,376 va Shimmer - 4,84.

Xulosa: Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan oldin disfoniya bilan og'rigan bolalar sog'lom bolalarga (1316743,376 va 4,84) nisbatan Jitter va Shimmer ko'rsatkichlari (574359,587 va 2,3) sezilarli darajada past bo'lgan. Operatsiyadan keyingi 2 oyda disfoniya bilan og'rigan kasal bolalarda Jitter va Shimmerning ko'payishi kuzatildi va 3 oyda yuqori Jitter va Shimmer kuzatildi, ular sog'lom bolalardagi Jitter va Shimmerga teng edi va bu disfoniya bilan kasallangan bolalarning reabilitatsiyasi va tiklanishidan dalolat beradi.

Shunday qilib, Jitter va Shimmer ovozining akustik parametrlarini tahlil qilish va ularni sog'lom bolalardagi shunga o'xshash ko'rsatkichlar bilan solishtirish orqali disfoniya tashxisini qo'yish va jarrohlikdan keyin laringeal reabilitatsiya jarayoni dinamikasini samarali monitoring qilish va nazorat qilishni ta'minlash, shuningdek disfoniyani davolashning samarali taktikasini ishlab chiqish mumkin.

ANALYSIS OF ACOUSTIC PARAMETERS OF VOICE JITTER AND SHIMMER IN CHILDREN WITH DYSPHONIA AFTER LARYNGEAL SURGERY

Alieva M.U., Nadzhmutdinova N.Sh., Abdukayumov A.A.,Inoyatova F.I.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics, Tashkent, Uzbekistan

Introduction. Dysphonia is a speech disorder of the patient, manifested by a violation of phonation, when the voice loses the individuality of sound, the timbre, pitch, volume and rhythm of the voice can change. Modifying factors of dysphonia, i.e. factors leading to or provoking dysphonia can be: operations directly on the larynx or manipulations to ensure emergency airway patency, which can lead to changes in the structure of the larynx and voice pathology. The primary examination of a patient with dysphonia is based on a thorough collection of anamnesis, analysis of the patient's complaints and a clinical examination. In diagnosing the condition of the larynx, the Voice Handicap Index (VHI) questionnaire is used as a subjective assessment of the voice. Traditionally, invasive methods are used to diagnose dysphonia, such as flexible and rigid fiberscopic laryngoscopy (examination using a fiber-optic device), videostroboscopy (stroboscopic illumination of the larynx), and electromyography (indirect observation of the functional state of the larynx).

Improvement of standard endoscopy and introduction of modern technologies into otolaryngology, allowing better examination of all parts of the larynx, allow us to assess the anatomical features of the functioning of the larynx, but it is quite difficult to assess the quality of the voice.

Acoustic voice analysis is an objective non-invasive screening method for identifying laryngeal pathology and assessing voice quality in patients with voice disorders such as laryngitis, laryngospasm, laryngeal tumors, spasmodic dysphonia, vocal cord paralysis, etc.. Computer spectral analysis of the voice is used to determine 5 indicators of the acoustic parameters of the voice: Energy of discrete signals, Entropy, Maximum signal value, Minimum signal value, Number of zero points, which are analyzed and compared with spectrograms of the acoustic parameters of the voices of children with dysphonia and healthy children. Currently, auditory-perceptual voice analysis using the acoustic analysis of the voice signal is widely used to diagnose and assess the quality of the voice of a patient with dysphonia. The human speech production system consists of a set of soft tissue components of the larynx and since the vibrations of the vocal cords are not strictly periodic, there are always small vibrations in it. Jitter and Shimmer are acoustic characteristics of vocal signals that are caused by irregular vibration of the vocal cords. In the literature, it is shown that for stable

phonation in children with a typical change in the value of Jitter is a value of 0.5 to 1.0%, while Shimmer changes with a decrease in vocal resistance and volumetric lesions of the vocal cords. and correlates with the presence of noise emission and dyspnea and is considered for children as a pathological voice with a value of about 0.4 and 1%. In the work [2] it is shown that in order to assess the functional state of the larynx in a postoperative examination of 45 patients aged 18 to 70 years a decrease in the frequency instability of the voice Jitter (in %) was observed: before the operation - 1.18, after the operation on the 14th day - 0.09, and after 1 month - 0.025, and a decrease in the instability of the voice by amplitude Shimmer (in %) was also observed: before the operation - 14.2, after the operation on the 14th day - 6.08, and after 1 month - 3.95. However, there are practically no studies in the literature on the analysis of the acoustic characteristics of the Jitter and Shimmer voice in children with dysphonia after laryngeal surgery.

The aim of the study is to study and analyze the acoustic parameters jitter and shimmer for monitoring the rehabilitation of children with dysphonia after laryngeal surgery.

*Research materials and methods:*A total of 93 children aged 4 to 17 years after laryngeal surgery were examined and data were collected to analyze the acoustic parameters of the voice Jitter and Shimmer.

In a special soundproof room, the children's voices were recorded using a microphone with a built-in noise level meter as they pronounced the vowel sound /i/, and audio signals in wav format with a sampling frequency of 22050 Hz and mono type were recorded on a computer using the audio data recording program "Audacity". The analysis of the acoustic parameters of the Jitter and Shimmer voice in children after laryngeal surgery was carried out on the basis of a database of audio recordings of the voices of child patients obtained as a result of experiments.

Results: A study of literary works showed that the main criteria for jitter and shimmer parameters are effects, the level of turbulent noise and nonlinearity of the vocal cord oscillation process. Jitter is defined as a parameter of frequency change from cycle to cycle, and Shimmer refers to the change in the amplitude of the sound wave.

The Jitter value is mainly influenced by the lack of control of vocal cord vibration, whereas the Shimmer value is influenced by a decrease in glottal resistance and mass lesions of the vocal folds, which are associated with the presence of aspirated emission noise. The obtained acoustic parameters of the voice Jitter and Shimmer of children with dysphonia after laryngeal surgery had the following average values: Child patients before the surgery had Jitter - 574 359.587 and Shimmer - 2.3; Children after surgery 1 month after laryngeal surgery had: Jitter - 363 945.925 and Shimmer - 1.28; Children patients 3 months after laryngeal surgery had Jitter - 1 292 562.982 and Shimmer - 4.22. At the same time, healthy children (without dysphonia) had the following acoustic voice parameters: Jitter - 1,316,743.376 and Shimmer - 4.84.

Conclusion: The results of the study showed that children with dysphonia before surgery had significantly lower Jitter and Shimmer scores (574359.587 and 2.3) compared to healthy children (1316743.376 and 4.84). At 2 months after surgery, the sick children with dysphonia showed an increase in Jitter and Shimmer, and at 3 months, higher Jitter and Shimmer were observed, which were equal to the Jitter and Shimmer in healthy children, and this indicates the rehabilitation and recovery of sick children with dysphonia.

Thus, by analyzing the acoustic parameters of the voice Jitter and Shimmer and comparing them with similar indicators in healthy children, it is possible to diagnose dysphonia and ensure effective monitoring and control of the dynamics of the progress of laryngeal rehabilitation after surgery, as well as develop effective tactics for treating dysphonia.

HALQUM MURTAGI GIPERTROFIYASINI TURLI YOSH GURUHLI BEMORLARDA KLINIK KECHISHI

Arifov S.S., Agzamxodjayev F.X.
Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, Toshkent, O'zbekiston
Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti, Toshkent, O'zbekiston

*Kirish***:** Halqum limfa tugunlari organizm faoliyatida muhim rol o'ynaydi. Agarda halqum murtagini faqatgina oxirgi 200 yil ichida jiddiy o'rganilgani xisobga olinadigan bo'lsa, judayam kata natijalarga erishilganini e'tirof etish mumkin. Halqum murtagi kattalarda yuzaki o'rganilganligi, hali bu yo'nalishda bir muncha izlanishlar olib borishga undaydi.

Tadqiqot maqsadi: Turli yoshdagi bemorlarda halqum murtagi gipertrofiyasining klinik kechishini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari: Tadqiqot davomida o'rganilgan bemorlar soni 128tani tashkil qildi. Izlanishlar "Kimyo University Hospital" klinikasiga LOR shifokori qabuliga kelgan bemorlar ustida olib borildi. Bemorlarni shartli ravishda "Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti" tomonidan tavsiya qilingan yosh davrlariga ajratilib o'rganildi. Unga ko'ra bog'cha yoshidagi bolalar, ya'ni 3-6 yoshdagilar 41tani, maktabgacha yoshdagilar (6-7 yosh) 24ta, maktab yoshidagilar (7-12 yosh) 19ta, o'spirinlar (13-18 yosh) 14 ta, yoshlar (18-30 yosh) 29 ta va kata yoshdagilar (30-60 yosh) 1tani tashkil qildi. O'rganilgan bemorlarni mos ravishda bolalar va kattalar guruhiga ajratib o'rganildi. Umumiy o'rganilgan bemorlarda halqum murtagi gipertrofiyasi 1-darajasi bilan shikoyat qilganlar soni 26ta, 2-daraja 48ta, 3-daraja 54tani tashkil qildi. Bular orasida erkak jinsiga masublari 84ta, ayollar esa 44 ta bo'ldi. Kuzatilgan bemorlarda dastavval klinik shikoyatlari o'rganib chiqildi va instrumental tekshiruvlardan so'ng davolash taktikasi tanlandi. Davolash taktikasi tanlanayotganda bemorlarda yuzaga kelgan asoratlar va adenoid darajalari hisobga olindi.

*Olingan natijalar***:** Bemorlarni anamnezlari to'liq o'rganildi. Shikoyatlaridan burun bitishi, bosh og'rishi, tez-tez yuqori nafas yo'llari kasallanishi, nutq va talaffuz buzilishlari, quloq sohasida muammolar (bularga: quloqdan yiring kelishi, eshitish pasayishi, quloqda og'riq), yo'tal, aqliy rivojlanish orqada qolishi, jismoniy rivojlanish orqada qolishi kabi holatlar o'rganildi. Izlanishlarimiz natijasida shu ma'lum bo'ldiki, burun bitishi, bosh og'rishi va tez-tez yuqori nafas yo'llari kasallanishi 12 ta bemorda kuzatildi, qolgan bemorlarda, ya'ni 116ta, yuqoridagi klinik shikoyatlarni hammasi yoki bir vaqtni o'zida yoki ma'lum vaqt oralig'ida kuzatilganligi ma'lum bo'ldi. 12ta bemordan 6tasi 1-daraja, yana 5tasi 2-daraja va 1tasi 3-daraja halqum murtagi gipertrofiyasi bilan og'rigan.

Xulosa: Tadqiqotimiz davomida 128 ta bemorlar kuzatilganda, ulardan 20,3% adenoid vegetatsiyasi 1 daraja, 37,5% 2-daraja, 42,2 % 3-daraja bilan kasallanganligi ma'lum bo'ldi. O'rganilgan adabiyotlarga quloq soladigan bo'lsak, 1-daraja yengil daraja xisoblanib, odatta faqatgina burun ba'zida bitishi va tez-tez yuqori nafas yo'llari kasallanishi kuzatiladi. Lekin oxirgi yillarda chop etilgan maqolalarda va izlanishimizdan ma'lum bo'ldiki, bu holat adaiyotlarga mos kelavermas ekan. Xuddi shunday 3-daraja og'ir xisoblanib, kuchli asoratlar bilan kechishi kerak edi, ammo faqatgina burun tez tez bitishi kabi yengil holat bilan kechganlari ham kuzatildi.

SURUNKALI TONZILLITNI KONSERVATIV DAVOLASH TAJRIBASI

Artikova D.T.
Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi,
Toshkent, O'zbekiston

Kirish. Tanglay bodomsimon bezi kasalliklari barcha quloq, tomoq va burun kasalliklari orasida birinchi o'rinlarni egallaydi. Hozirgi kunda surunkali tonzillit keng tarqalgan kasallik bo'lib, dunyoda bemorlarning 15,8 %ida uchraydi, undan aholi orasida kattalarning 4-10% va bolalarning 12-14% aziyat chekadi. Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekistonda quloq, tomoq va burun a'zolari kasalliklari o'rtasida surunkali tonzillit 17,7-21% ni tashkil etadi. Bugungi kunga qadar surunkali tonzillit bilan bog'liq 100 dan ortiq kasalliklar tasvirlangan.

Surunkali tonzillit tashxisotida B.S. Preobrajenskiy - V.T. Palchun (1978) tomonidan taklif etilgan tasnifi qo'llanildi. Faringoskopiyada tanglay bodomsimon bezlarining kattaligi va shakliga, chandiqlar va lakunalarda patologik tarkibning mavjudligiga, tanglay yoylarining shilliq qavatining holatiga (Giz, Zak va Preobrajenskiy belgilari), yondosh va hamroh kasalliklarga alohida e'tibor qaratiladi. Bo'yinni palpasiya qilishda jag' osti limfa tugunlarining holati baholandi.

*Tadqiqot maqsadi***:** surunkali tonzillit toksik-allergik shakli I darajali bilan og'rigan bemorlarda «Elyudrila» dori vositasini qo'llash samaradorligini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari: 2022-2024 yillarda tibbiyot xodimlari kasbiy malakasini rivojlantirish markazining ko‘p tarmoqli klinikasi poliklinikasida surunkali tonzillit toksik-allergik shakli I darajali bilan kasallangan 46 bemor tekshiruvdan o‘tkazildi va davolandi. Klinik tadqiqot vaqtida olib borilayotgan konservativ davolashga qarab, bemorlar ikkita guruhga bo‘lindi. Ikkala guruhda ham an'anaviy umumiy davolanish (vitaminoterapiyasi, antigistaminlar, biostimulyatorlar, fizioterapiya (tubus-kvars)) qo‘llanildi. Birinchi guruh 21 bemordan iborat bo‘ldi (o‘rtacha, jinsi: erkak - 10, ayol -11) va quyidagi (tanglay bodomsimon bezi lakunalarini xlorofilliptning 1% spirtli eritmasi va 0,9% natriy xlorid 1:10 ml bilan yuvish, bodomsimon bezlarning sirtini 3% Lyugol eritmasi moylash bilan kuniga 1 marta 6-8 kun davomida) mahalliy davolash kursini oldi. Ikkinchi guruh 25 bemordan iborat edi (o‘rtacha yoshi 10 ± 0,3 yosh jinsi: jinsi: erkak - 11, ayol-14) va taklif etilgan mahalliy konservativ davolash kursini (tanglay bodomsimon bezi lakunalarini elyudril eritmasi (xlorgeksidin biglyukonat 0,10g, xlorbutanol 0,10g, natriy dokuzat 0,10g, xloroform 0,5 ml, metil gidroksibenzoat 0,10g, propil gidroksibenzoati 0,05, xushbo‘y yordamchi, miqdori 100 ml) va 0,9% natriy xlorid 1:10 ml nisbatda, bodomsimon bezlar yuzasini 3% Lyugol eritmasi bilan moylash kuniga 1 marta 6-8 kun davomida) oldi.

Olingan natijalar: Davolash samaradorligini baholash bemorlarning shikoyatlari va sub'ektiv hissiyotlarining yo‘qligi, faringoskopik ko‘rinishning normallashishi, jag‘ osti limfadenitning yo‘qolishi yoki sezilarli darajada kichrayishi bo‘ldi. Davolash natijasida ikkala guruhning bemorlari sub'ektiv ravishda ularning umumiy ahvoli yaxshilanganini qayd etishdi, bu esa bemorlarning shikoyatlari yo‘qligida ifodalandi. Davolanishdan so‘ng II guruhning 23 (89,8%) bemorlari 4-seansdan keyin, I guruhning 18 (85,7%) bemorlari esa antiseptik eritmalar bilan 6-chi marta yuvilgandan keyin shikoyatlar yo‘qolgan. Bir oy o‘tgach, bemorlarni tekshirish shuni ko‘rsatdiki, I guruhning 8 (38%) bemorlarida va II guruhning 14 (57,4%) bemorlarida tanglay yoylarining giperemiyasi va infiltrasiyasi yo‘qolgan. O‘tkazilgan davolash natijasida I guruhdagi 10 (47,4%) bemorlarda va II guruhdagi atigi 3 (12,4%) bemorlarda terapevtik ta'sir ko‘rsatmadi. Davolashdan keyin tanglay bodomsimon bezlarining bo‘shashishi I guruhdagi 7 (35,4%) va II guruhdagi 20 (82,3%) bemorlarda sezilarli darajada kamaydi. I guruhda 8 (38,1%) va faqat 3 (12,4%) - II guruhda o‘zgarishlar kuzatilmadi. Davolanishdan so‘ng darhol bemorlarning ikkala guruhida tanglay bodomsimon bezi lakunalaridagi ajralmalar yo‘q edi.

Davolanishdan bir oy o‘tgach, I guruhdagi 17 (82,1%) va II guruhdagi 22 (88,2%) bemorlarda bodomsimon bezi lakunalarida ajralma yo‘q edi. Davolanishdan keyin jag‘ osti limfadeniti I guruhdagi 6 (28,7%) bemorlarda, II guruhdagi 19 (75,9%) bemorlarda kichraydi. Davolanishdan bir oy o‘tgach, I guruhdagi 9 (40,2%) va II guruhdagi 20 (78,9%) bemorlarda jag‘ osti limfadeniti yo‘qoldi. O‘tkazilgan davo I guruhdagi 12 (59,8%) bemorlarda va II guruhdagi 5 (20,4%) bemorlarda jag‘ osti limfadenitga ta'sir ko‘rsatmadi.

Shuni ta'kidlash lozimki, davolanishdan so‘ng darhol «Elyudril» qo‘llanilgan II guruhdagi bemorlarning aksariyatida surunkali tonzillitning ko‘plab mahalliy belgilari yo‘qoldi:tanglay bodomsimon bezlarining lakunalari kazeoz-yiringli ajralmalardan tozalandi, bodomsimon bezlarning bo‘shashishi yo‘qoldi, infiltrasiya, giperemiya va yoylarning shishishi yo‘qoldi. Bemorlar ahvollarining yaxshilanishini qayd etishdi. Shuningdek, II guruh bemorlarida davolashdan so‘ng jag‘ osti limfa tugunlari hajmi sezilarli darajada kamaydi va og‘riq yo‘qoldi. I guruhda an'anaviy usul bilan davolangan bemorlarning aksariyatida limfadenit va yoylarning giperemiyasi saqlanib qoldi.

Xulosa: Davolash natijasida «Elyudril» mahalliy terapiyasining surunkali tonzillitni mahalliy davolashda keng qo‘llanilishining qabul qilingan an'anaviy yondashuvlariga nisbatan bir qator afzalliklari aniqlandi.

ALLERGIYALI BOLALARDA ADENOID VEGETATSIYASI: DAVOLASH STRATEGIYALARI

Ashurova D.D., Ashurov A.A., Xojisalayev X.A., Nosirov R.Q.
Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi Otorinolaringologiya kafedrasi Toshkent, O‘zbekiston

*Kirish***.** So‘nggi yillarda bolalarda allergik adenoidit muammosi dolzarb ahamiyat kasb etmoqda. Buning sababi — allergik rinitli bolalarda ko‘pincha adenoid vegetatsiyasi tashxisi qo‘yilib, ularga jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi. Ba’zi mutaxassislar, operatsiyadan so‘ng kasallik qaytalanishi va allergik rinitning og‘irlashuvi mumkinligini ta’kidlaydi. Boshqalar esa, jarrohlik muolajasiz burun nafasini tiklash imkonsiz deb hisoblaydi. Shu bois, allergiyasi bo‘lgan bolalarda adenotomiyaga ko‘rsatmalar aniq belgilanishi kerak, klinik simptomlarning kuchayib ketishining oldini olish maqsadida.

Adenoid vegetatsiyasi — bu burun-halqum bodomsimon bezining gipertrofiyasi bo‘lib, Pirogov-Valdeyer halqasi patologiyalarining eng ko‘p uchraydigan shaklidir. Otorinolaringologga murojaat qilgan bemorlar orasida adenoid vegetatsiyalar va surunkali adenoidit eng ko‘p uchraydigan patologiyalar hisoblanadi. Bu holatlar ayniqsa maktabgacha va kichik maktab yoshidagi bolalarda burun bilan nafas olishning buzilishi sababi bo‘lib, 52% hollarda uchraydi. 9–10 yoshda esa 75% bolalarda kuzatiladi. Allergik kasalligi bo‘lgan bolalarda bu holat limfoepitelial halqaning kasalligi bilan birga kechib, allergiyani yanada og‘irlashtiradi. [Gerber V.X., 1986; Bogomilskiy M.R., 2005]

JSST ma’lumotlariga ko‘ra, allergik kasalliklar tarqalishi bo‘yicha dunyoda uchinchi o‘rinda turadi. Rivojlangan mamlakatlar aholisining deyarli 40% da atopik belgilari aniqlangan. Ilmiy prognozlarga ko‘ra, ayniqsa bolalar orasida allergik kasalliklar soni kelajakda yanada ortadi.

Ba’zi tadqiqotlar allergik fon mavjud bo‘lgan hollarda adenotomiya samarasizligini ko‘rsatadi [Tixomirova I.A., 2005], boshqa ma’lumotlarga ko‘ra esa, hattoki zararli bo‘lishi mumkin [Mokronosova M.A., 1999; Vavilova V.P., 2001].

Tadqiqot maqsadi: Adenoid vegetatsiyani davolashni optimallashtirish.

Materiallar va usullar: Biz 120 nafar bolalarni tekshirdik. Asosiy guruhga 69 nafar 2–3 darajadagi adenoid vegetatsiyasi va allergik foni bo‘lgan bolalar kiritildi, solishtirma guruhni esa allergik belgilarisiz 31 nafar bola tashkil etdi. Tekshirilgan bolalarning yoshi 2 dan 16 yoshgacha, ulardan 45 nafari o‘g‘il, 55 nafari qiz. Allergiya simptomlari yoki allergik anamnezni aniqlash uchun ISAAC dasturi bo‘yicha so‘rovnoma o‘tkazildi, immunologik diagnostika quyidagilarni o‘z ichiga oldi: umumiy IgE, IL-4, IL-5 va IL-13 sitokinlarining qon zardobidagi miqdorini aniqlash. Sensibilizatsiya profili RIDA-Immunoblot panellari yordamida baholandi — bu usul 20 ta keng tarqalgan respirator allergenlarga nisbatan IgE antitanalar sonini aniqlash imkonini berdi.

Natijalar: 100 nafar bolaning 69% da allergik reaksiya mavjudligi aniqlandi: eozinofillar sonining oshishi (5–8%), umumiy IgE darajasi 220–310 ME/ml bo‘ldi. Spetsifik IgE-antitanalar spektri tahlili nafas yo‘llari allergenlariga sezuvchanlik mavjudligini ko‘rsatdi, bu esa 2–3 darajadagi adenoid to‘qimaning gipertrofiyasi bilan kechdi.

Davolash taktikasi: Asosiy guruhda kompleks davolash quyidagilardan iborat bo‘ldi: Askorutin, kalsiy glyukonat tabletkalari**.** Tubus-kvarts nurlanishi (40–60 soniya)**.** Allergiyaga qarshi terapiya: Endonazal 2 marta 5 daqiqa davomida gidrokortizon ingalatsiyasi**.** Yoshga mos dozada og‘iz orqali Zodak qabul qilish.

Solishtirma guruhda 2–3 darajadagi adenoid vegetatsiyani davolash uchun klassik terapiya qo‘llanildi. Natijalar Asosiy guruhda 58 nafar bolada burun nafas olish tiklandi, endoskopik tekshiruvda adenoid to‘qima 1-darajagacha kamaydi. 3 oy o‘tib takroran shu davolash o‘tkazilganda, halqum bodomsimon bezi endoskopik ravishda normal o‘lchamlarga qaytdi. 9 nafar bolada esa konservativ davolash samarasiz bo‘lgani sababli adenotomiya bajarildi. Solishtirma guruhdagi 31 boladan faqat 8 nafarida konservativ davolash samarali bo‘ldi.

Xulosa: Allergik fon bilan kechayotgan 2–3 darajali adenoid vegetatsiya holatlarining aksariyatida operatsiyadan oldin kompleks konservativ davolash, jumladan, allergiyaga qarshi terapiya o‘tkazilishi lozim. Bunday yondashuv ko‘plab bemor bolalarda jarrohlik aralashuvining oldini oladi.

LOR AMALIYOTDA KAM UCHRAYDIGAN XOLAT. (BO’YINNING O’NG YON SOHASI YOT JISMI).

Avezov M.I., Matkarimov M.Y., Yusupov A.M.
TTA Urganch filiali.Toshkent.O’zbekiston

Kirish. LOR a'zolari kasalliklari orasida xalqum jaroxatlari va xiqildoq yot jismlari nisbatan kam uchraydigan xolatlar hisoblanadi. Adabiyotlarda xiqildoq yot jismlari yuqori nafas yollari yot jismlari orasida 4-14% xollarda uchrashi aytiladi[5.]. Ba'zi adabiyotlarda asosan 3-8 yosh orasidagi bolalarda uchrashi aytiladi. Yot jismlar orasida danakli mahsulotlar, baliq va tovuq suyakchalri, igna va to'g'nog'ichlar ko'plab uchraydi[1.4.6.10]. Ko'p xollarda bemorlar yot jism borligi xaqida darrov shifokorga murojaat qilishadi ba'zan bolalar va psixologik kasalligi bo'lgan bemorlar bu xaqida shikoyat qilishmaydi. Shunday xolatlarda kasallik xavfli kechishi va ba'zan jg'ir asoratlarga xam olib kelishi mumkin bo'ladi. Xozirgi kunda, o'quvchilar va talabalar tomonidan turli xil konselyariya mollari mahsulotlari o'qish va ish faoliyati davomida ko'plab qo'llanib kelinmoqda. Bu buyumlarni betartib ishlatish yoki ehtiyotkorsiz qo'llanilishi oqibatida burun bo'shlig'i, tashqi eshituv yo'li, halqum va hiqildoqda turli hil jaroxatlari va yot jismlarning uchrashiga sabab bo'lmoqda [2.3.6.9].

Tadqiqot maqsadi: - LOR azolari kaslliklari orasida kam uchraydigan xolatlardan biri bo'lgan "Bo'yinning o'ng yon sohasi yot jismi" tashxisi bilan statsionar davolangan bemorning davolanish ma'lumotlar to'liq yozilgan.

Shuningdek, ushbu kasallikni kelib chiqishidagi sabablar va davolash jarayoni ma'lumotlari ya'ni jarrohlik vaqtida olingan yot jism surati (ruchka qopqog'i) rasmlari va tashxislash jarayonidagi klinik laborator tahlil xulosalari batafsil bayon qilingan.

Materiallar va tadqiqot maqsadi: Bemor J.A 20 yoshda. O'zbekiston Temir Yo'llar Urganch manzilgoh shifoxonasi LOR shifokori ko'rigiga bo'yin soxasida og'irlik hissi, yutinganda og'riq, bo'yin tashqi soxasida qo'lga seziluvchi qattiqlik borligiga shikoyat qilib keldi. Bemorda kasallik rivojlanish sababilari anamnezi to'liq o'rganildi. Bemor 2011-yilda maktabda o'qishdan chiqib borayotganida o'zi yiqilib tushadi. Bemor yiqilib tushishi vaqtida qo'lidagi ruchka bemorning og'iz bo'shlig'iga kirib jarohat yetkazadi. Jarohat natijasida bemor hushdan ketadi. Shundan keyin bemorga tuman tez tibbiy yordam bo'limida shifokorlar tomonidan birinchi yordam beriladi. Bemorga shoshilinch yordam bo'limda barcha davo choralari o'kazilib og'iz b'shlig'in ruchka olib tashlanadi va davo chora-tadbirlari natijasida bemor ahvoli yaxshilangach uyiga ruhsat beriladi. Shundan keyin bemorni 10 yil mobaynida hech narsa bezovta qilmaydi. Lekin oxirgi 1-2 yil ichida bemorni o'ng bo'yin soxasida turli hil simptomlar bezivota qila boshlaydi. Ushbu davrda bemor Rossiya Federatsiyasida ishlab yuradi va mahalliy shifokorlarga murojaat qiladi. Bemorda o'tkazilgan klinik va laborator tekshirilgandan so'ng bemorga o'ng bo'yin sohasida yot jism borligini (ruchka qopqog'i) aytiladi va bemor davolanishni rad qilib uyiga qaytadi. Shundan so'ng bemor shifoxonamizga murojaat qiladi va tashxislashni aniqlashtirish xamda davolanish maqsadida statsionarga yotqiziladi.

Olingan natijalar: bemor hikoyatlari: o'ng yon bo'yin sohasida qandaydir xosila borligi, bo'yin va bosh og'rishi, yutishni og'riqga xamda umumiy xolsizlikka.

Bemordagi kasallik tarixi o'rganilganda bemorning so'zicha 2 yildan beri o'zini kasal deb hisoblaydi. Kasalligini yiqilib ogiz bo'shlig'iga ruchka kirganligi bilan bog'laydi. Bemorni gapidan oxirgi oylarda ambulatory va statsionar davolangan. Davolanishiga qaramasdan ahvolida ijobiiy tomonga o'zgarish bo'lmagan. Oxirgi kunlarda og'riq kuchayib bezovtalik boshlangan. Shu sababdan bemor Urganch Temir yo'l shifoxonasiga murojaat qilib keldgan. Bemor qoniqarli yashash sharoitida o'sib ulg'aygan. Dori-darmonlarga, oziq-ovqatlarga, chang va boshqa moddalargaallergiyasi yo'q. Yuqumli kasalliklardan yoshligida O'RVI bilan og'rib turgan. Teri-tanosil kaslliklari bilan og'rimagan. Ota-onasi yaqin qarindosh emas. Nasliy kaslliklari yo'q. Bemor obyektiv ko'rilganda: bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, es-xushi joyida terisi toza, osdatdagi tusda, ko'rinuvchi shilliq qavatlari och-pushti rangda, auskultatsiyada o'pkasida vezikulyar nafas, yurak ohangi aniq. AQB-120/80 mm.sim.ust. ga teng. Pulsi ritmik, minutiga 84 marta. Qorni bo'shligi paypaslaganda yumshoq, og'riqsiz, jigar kattalashmagan, talog'i qo'lga unamaydi. Pasternatskiy belgisi manfiy. Ich kelishi va najas mustaqil, ravon. Limfa tugunlari kattalashmagani aniqlanadi.

LOR status: yuzi simmetrik. Tashqi burni to'g'ri. Burun yon bo'shliqlari soxasi paypaslanganda og'riqsiz. O'ng bo'yin yon soxasida uzunchoq shaklda, ruchka qopqog'Ii kattaligida xosila bor. Palpatsiyada qilinganda ozroq og'riqli, qattiq konsistensiyali xosila seziladi. Oldingi rinoskopiyada: Burun shilliq qavatlari och-pushti rangda, chig'anoqlari kattalshmagan, burun to'sig'i qiyshaymagan,

umumiy burun yo’li toraymagan, burun orqali nafas olish erkin va ravon. Faringoskopiya: Lablari va milklari och-pushti odatuy rangda. Tishlarida karies belgilari yo’q. Tanglay murtaklari tanglay ravoqlari soxasida, kattalashmagan. Bodomsimon bezlarining shilliq qavatlari och-pushti rangda, yuzasi tekis, lakunalari bo’sh. Zak, Giza, Preobrajenskiy simptomlari manfiy. Xalqum orti devori o’zgarishsiz. Bilvosita laringoskopiya: Hiqildoqqa kirish erkin, shilliq qavati och-pushti rangda. Hiqildoq usti tog’ay harakatchan. Ovoz boylamlari fonatsiyada bir xil qatnashadi. Ovoz yorig’i ochiq. Burmalar osti soxasi o’zgarishsiz, ovoz hosil qilish, nafas olish funksiyasi ravon. Otoskopiya: AD et AS-so’rg’ichsimon o’simtalar soxasi paypaslanganda og’riqsiz, tashqi eshituv yo’li keng, toza. MT-butun, kulrang tusda. Belgilovchi punktlari aniq. Akumetrik tekshirganda eshitish normada. Muvozanat funksiyasi buzilmagan. Bemor bo’limda barcha klinik-laborator tekshiruvlardan o’tkazilgandan so’ng rejali ravishda jarrohlik amaliyotiga tayyorlandi.

Bemorda 04.10.2023-yilda “O’ng bo’yin yon sohasi yot jismni olish jarrohlik amali” o’tkazildi. Umumiy endotraxeal intubatsion narkozi ta’siri ostida oldindan premidikatsiya sifatida Analgin 50%-2.0 + Dimedrol 1%-1.0 Atropin 0.1%-1,0 qilingandan 20 min o’tkazib o’ng bo’yin yon sohasida M. Sternocleidomostedius o’rta qismi orqasidan 2-3 sm uzunlikda teri kesildi, teri osti qavatlari va fassiyalar qavatma-qavat ochilib yot jism bo’lgan ruchka qopqog’i (1-rasm) olib tashlandi. Yara qavatma-qavat tikildi. Qon ketishi oz miqdorda bo’lib operatsiya davomida to’xtatildi. Yara sohasiga aseptik boylam qo’yildi. Bemor operatsiyani qoniqarli o’tkazdi. Bemor bo’limda antibiotiklar, og’riqsizlantiruvchilar, umumiy quvvatlantiruvchilar dori vositalari bilan davolanda xamda toza bog’lamlar o’tkazildi. Bemorning shikoyati yo’qligi va umumiy ahvoli yaxshilanganligi sababli 07.10.2023-yilda uyiga ruhsat berildi.

*Xulosa***.** Turli xil jaroxatlardan keyingi LOR a’zolari zararlanishlarida chuqur klinik-laborator tekshirishlar (MSKT, MRT) o’tkazish maqsadga muvofiq xisoblanadi va tavsiya qilinadi.

BIR TOMONLAMA OVOZ BOYLAMI PAREZI/PARALICHI BO‘LGAN BEMORLARDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH

Mahmudov A.R., Maxamadaminova Sh.A.

Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolaringologiya va bosh-bo'yin kasalliklari ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

*Anotatsiya***.** Tadqiqotda bir tomonlama ovoz boylamlari parez/paralichi bo’lgan bemorlarda davolash samaradorligini oshirish maqsadida bemorlarni guruhlarga bo’lib konservativ – ovoz terapiyasi va medializatsiya turli usullarini qo’llab davolash usullari solishtirilgan

Tadqiqot maqsadi. Bir tomonlama ovoz boylami parez/paralichi bo‘lgan bemorlarda disfoniyani kompleks terapiyasi samaradorligini oshirishga erishish

Material va metodlar. Tadqiqot davomida 50 ta bir tomonlama ovoz boylami parez va paralichi bo’lgan bemorlar umumiy disfoniya bilan shikoyat qilib kelgan bemorlardan ajratib olindi. Barcha bemorlar umumiy LOR a’zolari ko’rigidan o’tkazildi va videolaringoskopiya tekshiruvi amalga oshirildi. Bemorlarda PRAAT kompyuter dasturi orqali ovoz akustik tahlili va Disfoniya og’irliq indeksi hisoblandi. Bemorlarni zararlangan ovoz boylami hiqildoqdagi egallagan holatiga qarab 3 guruhga bo’lindi. Birinchi guruhda 15 nafar bemor. Bemorlarda zararlangan ovoz boylami medial holatni egallagan va ularda Doctor Vox ovoz terapiyasi o’tkazildi. Ikkinchi guruh bemorlari soni 21 nafar; ovoz boylami oraliq holatni egallagan va ushbu guruh bemorlarida inyeksion medializatsiya usullari qo’llanildi. Uchinchi guruh bemorlari 14 nafarni tashqil qildi, ovoz boylamlari lateral holatni egallagan va ularda Isiki bo’yicha 1-tip tireoplastik medializatsiya usuli qo’llanildi.

*Natijalar***.** Barcha guruh bemorlarida Doctor vox ovoz terapiyasi va tegishli infaviz medializatsiya usullari o’tkazilgandan keyin ovoz akustik tahlilida maksimal fonatsiya vaqti uzaydi, Jitter va Shimmer ko’rsatkichlari normaga yaqinlashdi. DOI o’rta og’ir va o’g’ir darajadan yengil disfoniya darajasigacham o’zgardi. DOI ko’rsatgichiga ko’ra 1-guruh bemorlarda 8 tasida yaxshi, 5 tasida qoniqarli, 1 tasida qoniqarsiz natija kuzatildi. 2- guruhda 19 ta bemorda yaxshi, 3 tasida qoniqarli va 1 tasida qoniqarsiz; 3-guruhda 8 ta bemorda yaxshi, 3 ta bemorda qoniqarli, 1 ta bemorda qoniqarsiz natijaga erishildi.

*Xulosa***.** Bir tomonlama ovoz bolami parez/paralichi bo'lgan bemorlarda davolashdan oldin tegishli guruhlarga bo'lish davolash samaradorligiga katta ta'sir qildi. Medial holatdagi harakati cheklanga ovoz boylamli bemorlarda ovoz terapiyasini o'tkazishni o'zi yaxshi samara beradi. Oraliq va lateral holatdagi ovoz boylamli bemorlarda esa turli invaziv ovoz boylamlari medializatsiyasi usullarini va so'ngra ovoz terapiyasini o'tkazish bemorlarda ovoz reabilizatsiyasida yaxshi natijalarni olishga olib keladi.

HIQILDOQ VA XALQUM PAPILLOMATOZINI DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

Makhamadaminova Sh.A., Halmuradov M.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya. Hiqildoq va xalqum papillomatozi — HPV (Human Papillomavirus) infeksiyasi sababli yuzaga keladigan yaxshi sifatli o‘sma bo‘lib, bu kasallik yuqori nafas yo‘llarida o‘sma hosil qiladi. Ushbu tezisda HPV infeksiyasining rivojlanish mexanizmlari, kasallikni tashxislash va davolashning zamonaviy usullari, shu jumladan lazer terapiyasi, mikrodalga terapiyasi, antiviral preparatlar, immunoterapiya va fotodinamik davolash kabi metodlar tahlil qilingan. Tadqiqotda HPV infeksiyasining oldini olish uchun profilaktika va vaktsinalarning ahamiyati ta'kidlanadi. Bu yondoshuvlar, klinik amaliyotga asoslanib, papillomatozni davolashda eng samarali yondoshuvlar sifatida tan olingan.

*Kalit so'zlar***:** hiqildoq papillomatozi, xalqum papillomatozi, Lazer terapiyasi, Immunoterapiya, antiviral preparatlar.

*Kirish***:** Hiqildoq papillomatozi, HPV infeksiyasi tufayli yuzaga kelgan yaxshi sifatli o‘sma bo‘lib, bemorlar nafas olish va ovoz chiqarishda qiyinchiliklarga duch keladi. Xalqum papillomatozi bu HPV (Human Papillomavirus) infeksiyasi tufayli yuzaga keladigan yaxshi sifatli o‘sma (papilloma) bo‘lib, xalqum (orofaringeal hudud) va boshqa yuqori nafas yo‘llarida paydo bo‘ladi. Lazerning biror maqsadga yo‘naltirilgan nuri to‘g‘ridan-to‘g‘ri o‘sma, zararlangan to‘qima yoki infeksiya manbasiga ta’sir ko‘rsatadi Immun tizimini mustahkamlash va HPV virusiga qarshi kurashishda yordam beruvchi davolash. Interferon yoki Immunoglobulin preparatlari bilan davolash bu maqsadda qo‘llanilishi mumkin. HPV infektsiyasini bartaraf etish uchun antiviral preparatlar, masalan, Cidofovir**,** Interferon va Acyclovir kabi dorilar qo‘llaniladi. Bu dori-darmonlar HPV virusining faoliyatini bostirishga yordam beradi.

Tadqiqot Materiallari: Ushbu ilmiy ish uchun 2024–2025 yillar davomida RIO va BBKIATM poliklinikasida davolangan 50 nafar bemorda olib borildi. Bemorlarning yoshi 20 dan 40 yoshgacha bo‘lib, ularning 28 nafari erkak, 22 nafari ayollardan iborat edi.Hiqildoq va xalqum papillomatozi bilan kasallangan bemorlarning klinik tarixlari va davolash natijalari o‘rganildi.

- Asosiy guruh (n=30): Ushbu guruhda papillomatozni davolashda zamonaviy usullar qo‘llanildi:
- Lazer terapiyasi: Papillomalarni olib tashlash va shilliq qavatning tiklanishini tezlashtirish uchun past intensivlikdagi lazer (0,63 mkm, 3–5 mVt, kuniga 1 marta, 5 seans).
- Immunoterapiya: HPV infeksiyasining tarqalishini kamaytirish va immun tizimini mustahkamlash uchun interferon va cidofovir kabi antiviral dorilar.
- Endoskopik monitoring: Papillomatozni davolash jarayonida burun va xalqum shilliq qavatining holatini nazorat qilish.
- Reabilitatsiya dasturi: Burun va xalqum bo‘shliqlarini izotonik eritmalar bilan yuvish, regenerant gel yordamida tiklanishni tezlashtirish, xona havosini namlash va optimal mikroiqlimni ta’minlash.
- Nazorat guruhi (n=30)**:** Standart davolash usullari qo‘llanildi, jumladan:
- Standart jarrohlik davolash: Papillomalarni jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash.
- Antiseptik yuvish va moyli tomchilar yordamida tiklanishni qo‘llab-quvvatlash.

Baholash mezonlari:

Tadqiqotda baholash mezonlari quyidagicha bo‘lgan:

1. Sub’ektiv shikoyatlar: Bemorlarning burun quruqligi, qichishish, burun nafasidagi qiyinchiliklar va boshqa simptomlar bo‘yicha shikoyatlari vizual analog shkalada (VAS, 0–10 ball) qayd etildi.

2. Endoskopik baholash: Papillomatozning holatini baholash uchun endoskopiya o‘tkazildi. Burun va xalqum shilliq qavatining ranggi, namligi, shish darajasi va epitelizatsiya holati 0-3 ballik shkalada baholandi.

3. Tiklanish muddati: To‘liq epitelizatsiya va normal shilliq qavat ko‘rinishi qayta tiklangan kunlar soni aniqlandi.

Olingan Natijalar:

•Asosiy guruhda (zamonaviy davolash usullari): Bemorlar burun nafas olishdagi qiyinchilik va burun quruqligi bilan bog‘liq shikoyatlarning sezilarli darajada kamayganini bildirgan. VAS shkalasida (0–10 ball) burun nafas olishidagi qiyinchiliklar 3.2 ± 1.1 dan 0.9 ± 0.7 ballgacha kamaydi. Burun quruqligi esa 4.1 ± 1.3 dan 1.3 ± 1.0 ballgacha kamaydi.

• Nazorat guruhida (standart davolash): Bemorlarning sub’ektiv shikoyatlari, ayniqsa, burun quruqligi va nafas olish qiyinchiliklari sezilarli darajada kamaygan bo‘lsa-da, asosiy guruhga nisbatan yaxshilanishlar sekin ro‘y berdi. VAS shkalasida burun nafas olish qiyinchiliklari 4.1 ± 1.5 balldan 2.8 ± 1.4 ballgacha kamaydi, burun quruqligi esa 5.0 ± 1.4 balldan 3.2 ± 1.5 ballgacha pasaygan.

Endoskopik baholash:

● Asosiy guruhda: Burun va xalqum shilliq qavati regeneratsiyasi va epitelizatsiya holati endoskopik baholashda 2.5 ± 0.6 ballni tashkil etdi. Shilliq qavatning rangida va namligida ijobiy o‘zgarishlar ko‘rildi, shish darajasi esa minimal edi.

● Nazorat guruhida: Endoskopik baholashda shilliq qavatda regeneratsiya sekinlashdi, epitelizatsiya holati 1.8 ± 0.7 ballni tashkil etdi. Burun va xalqum shilliq qavatining shish darajasi va rangidagi o‘zgarishlar kamayishiga qaramasdan, tiklanish jarayoni sekinroq rivojlandi.

*Xulosa***:**Ushbu tadqiqot natijalari asosida quyidagilarni ta'kidlash mumkin:

● Zamonaviy davolash usullari, jumladan lazer terapiyasi, immunoterapiya va reabilitatsiya dasturlari, hiqildoq va xalqum papillomatozini davolashda samarali va tez tiklanishni ta’minlashga yordam beradi.

● Endoskopik monitoring va zamonaviy davolash metodlari, kasallikning qayta rivojlanish xavfini kamaytirish va tiklanish jarayonini tezlashtirishda muhim rol o‘ynaydi.

● Standart davolash usullari bilan solishtirganda, zamonaviy davolash usullari bemorlarda tiklanishning tezlashishiga, sub’ektiv shikoyatlarning kamayishiga va qaytalanish darajasining pasayishiga olib keladi.

Bundan kelib chiqadiki, hiqildoq va xalqum papillomatozini davolashda zamonaviy yondoshuvlar kasallikning samarali davolanishi va tiklanishini ta'minlash uchun zarurdir.

EFFECTIVENESS OF BOTULINUM TOXIN IN THE TREATMENT OF SPASMODIC DYSPHONIA

Makhmadaminova Sh.A., Khusnitdinov R.A.

Tashkent Medical State University, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Otorhinolaryngology and Head and Neck Diseases

A laryngeal granuloma is a benign neoplasm located on the vocal processes of the arytenoid cartilages, either unilaterally or bilaterally. The etiology of laryngeal granulomas is multifactorial and not fully understood. The aim of our study was to identify predictors of recurrence of laryngeal granuloma after surgical treatment.

An analysis was performed on the medical histories of 19 patients (15 men and 4 women) with the specified diagnosis. Patients underwent comprehensive treatment, including laser microsurgical removal of the neoplasm and prolonged conservative therapy. The follow-up period after surgical treatment was 4 years. In 4 cases, recurrence occurred within 6 months. The number of surgical interventions ranged from 1 to 3, with an average interval between procedures of 3 months.

Factors contributing to the development and recurrence of laryngeal granuloma were analyzed, including vocal strain, smoking, presence of infectious foci, and gastroesophageal reflux disease

(GERD). According to our findings, significant predictors of disease recurrence include not only excessive vocal strain and GERD, but also the presence of infectious foci in the palatine tonsils and smoking.

Introduction: Laryngeal granuloma is a benign neoplasm located on the vocal processes of the arytenoid cartilages, either unilaterally or bilaterally. The etiology of laryngeal granulomas is multifactorial. Causes of the disease may include prolonged or traumatic intubation (23%), gastroesophageal reflux disease (GERD) leading to chronic cough (30%), and excessive vocal strain (33%).

A systematic review published in 2018, which included studies dating back to 1999, summarized six works devoted to this nosology, with the number of patients ranging from 5 to 34. Not all articles addressed the etiology of the disease; however, GERD is most often considered the main predictor of this pathology.

In an experimental study by R. Shimazu et al., two groups of experimental animals were subjected to mechanical laryngeal trauma (intubation). In one group, the pyloric sphincter was additionally dissected to simulate acid reflux. Comparative analysis demonstrated the influence of both reflux and the fact of intubation on the formation of laryngeal granulomas. Coughing and forced vocal strain can cause mucosal injury in the region of the vocal process of the arytenoid cartilage. Mucosal trauma, combined with refluxate exposure to the wound surface, may lead to the development of granulomas.

The following treatment options for laryngeal granuloma exist: voice rest, anti-reflux therapy, injection of botulinum toxin into the laryngeal muscles to reduce the force of contact between the vocal processes during coughing and speaking, and glucocorticosteroid (GCS) injections into the vocal process of the arytenoid cartilage. In cases where conservative therapy is ineffective, surgical removal of the granuloma is performed, followed by GCS injection and application of mitomycin.

Currently, there is no standardized treatment protocol for nonspecific laryngeal granulomas. In Russia, the use of mitomycin and botulinum toxin injections for benign laryngeal neoplasms is not officially approved. Surgical intervention is indicated not only when conservative therapy fails, but also in cases of large granulomas that pose a risk of respiratory compromise or when malignancy is suspected.

Nonspecific laryngeal granulomas frequently recur, and the causes of recurrence remain unclear. One of the main goals of treatment is to prevent recurrence, which requires a comprehensive understanding of the factors influencing the healing process after surgical intervention.

In our study, we aimed to account for and analyze the impact not only of mechanical trauma or GERD, but also of other predictors of laryngeal granuloma recurrence.

Own Results:An analysis was conducted on the medical histories of patients diagnosed with “nonspecific laryngeal granuloma.” The average period from the onset of complaints to initiation of treatment was 6 months. If the patient’s history included prior intubation, the granuloma was classified as post-intubation.

The following potential risk factors for recurrence were analyzed: body mass index (BMI); smoking (considered positive if the patient had a smoking history of more than 5 years, with additional recording of whether the patient continued smoking after surgery); increased vocal load (considered not only for patients with voice-related professions, but also for those with significant vocal use in daily life, e.g., a mother of four children who regularly reads aloud, etc.); presence of chronic infection foci (tonsillitis, sinusitis, or dental-jaw system infections); and laryngopharyngeal reflux (according to Kauffman endoscopic classification).

All patients received combined treatment. In the perioperative period, anti-reflux therapy (proton pump inhibitors) and systemic antibacterial therapy (ceftriaxone 1.0 g intramuscularly twice daily for 7 days) were administered. Removal of the neoplasm was performed under general anesthesia, using high-frequency jet ventilation of the lungs, during direct microlaryngoscopy according to Kleinsasser, with a semiconductor laser (wavelength 980 nm in continuous mode, power 7 W). A prolonged glucocorticosteroid (GCS) injection was administered into the base of the wound, and the entire postoperative surface was treated with tissue latex adhesive. Postoperatively, voice rest

was prescribed for 7 days. After discharge (on the 7th day after surgery), patients were invited for outpatient follow-up at 2 and 3 weeks, and 1, 2, 3, and 6 months post-intervention, or at the first appearance of laryngeal complaints.

Under our observation were 19 patients: 15 men and 4 women, aged 35 to 65 years. The granuloma was located on the vocal process of the arytenoid cartilage in most cases; in 1 patient it was in the anterior commissure of the larynx, and in 2 cases symmetric granulomas were present on both vocal processes. According to the history, 6 patients (32%) had prior intubation.

Analysis of BMI showed the following distribution: overweight in 2 patients (11%), normal weight in 14 (73%), and underweight in 3 (16%). Among the patient sample, 8 individuals (42%) were smokers, of whom 3 continued smoking after surgery. Seven patients (37%) had increased vocal load. Three patients (16%) had no chronic infection foci, while the remaining patients had the following distribution: chronic tonsillitis in 6 (32%), chronic sinusitis in 3 (15%), and dental-jaw infection foci in 4 (21%).

Recurrence of the disease after surgeries performed in other clinics was observed in 4 patients (21% of cases), with 2 of them experiencing a second recurrence. Thirteen patients were primary cases. Following surgeries performed at our clinic, recurrence occurred in 4 cases within 3 to 38 months.

All patients with laryngeal granuloma recurrence had GERD and chronic infection foci. Three patients had normal BMI, and 1 patient was underweight. The patient with two recurrences had no increased vocal load and was not a smoker. In the patient with a third recurrence, the granuloma was initially bilateral; recurrence occurred only on the left side. This patient continued smoking throughout treatment and had increased vocal load. One patient with recurrence, in addition to high vocal load, was diagnosed with severe neurosis.

It was found that all patients approximately 1 month before the first signs of recurrence violated anti-reflux therapy rules, primarily regarding elevated body positioning during sleep. Regression of the neoplasm under conservative therapy (antibiotics, anti-reflux therapy, and voice rest) was observed in 3 cases, likely due to early detection of recurrence. In 1 case, the patient required repeat surgery.

*Conclusions***:**Thus, conservative treatment in the postoperative period, including voice rest, smoking cessation, systemic antibacterial therapy, inhalation therapy, and anti-reflux therapy (proton pump inhibitors, antacids, dietary modifications, and positional therapy), is effective in preventing recurrence of laryngeal granulomas and can lead to regression of the neoplasm at early stages of detected recurrence.

The main factors influencing the duration of remission are the patient's lifestyle habits: daily routine and diet, adherence to recommendations regarding elevated body positioning during sleep, and smoking cessation. In cases where conservative therapy is ineffective, surgical treatment involving removal of the neoplasm with histological verification of the diagnosis is indicated.

QAYTALANUVCHI YUVENIL RESPIRATOR PAPILLAMATOZDA TIZIMLI IMMUNOTERAPIYA

Maxamadaminova Sh.A., Ismoilov M.J.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

*Annotatsiya***:** Maqola laringeal papillomatozni davolash usullari mavzusini ochishga bag'ishlangan: qaytalanuvchi yuvenil respirator papillamatozda tizimli immunoterapiya. Boshqa tomondan, ushbu kasallikning asosiy sabablari va oldini olish choralari ko'rsatilgan. Bevacizumab (Avastin) - yomon sifatli o'smalarni davolashda yangi imkoniyatlar. Bevacizumabni (Avastin) onkologiyada qo'llash istiqbollari, fiziologik va patologik angiogenezning eng muhim regulyatori bo'lgan qon tomir endotelial o'sish omiliga (VEGF) qarshi insonning ximerik rekombinant antikorlari ko'rib chiqiladi . Birlamchi o'smada VEGF tasnifi kasallikning qaytalanish xavfi va turli neoplazmalarda yomon prognoz bilan bog'liqligi ko'rsatilgan.

Kalit so'zlar: Bevacizumab, angiogenez, kimyoterapiya rejimi, VEGF, bFGF , timidin fosforilaza , angiogenin , angiostatin , endostatin , vazostatin . bimodal taqsimot , yuvenil

papillomatoz, ijtimoiy-iqtisodiy holat, tug'ilish tarixi, genotip, vizualizatsiya , optik tolali laringoskopiya, jarrohlik bo'lmagan yordamchi davolash

O'simta, shuningdek, neoplazma - bu yangi hosil bo'lgan to'qimalar bilan ifodalangan patologik jarayon bo'lib, hujayralarning genetik apparatidagi o'zgarishlar ularning o'sishi va differentsiatsiyasini tartibga solishning buzilishiga olib keladi .

Ular rivojlanish potentsialiga va klinik va morfologik xususiyatlariga qarab ikkita asosiy guruhga bo'linadi: yaxshi va yomon sifatli .

Venulalarni qoplaydigan endotelial hujayralardan kapillyarlar tarmog'ining shakllanishi - diametri 1-2 mm ga yetgan o'simta tugunining keyingi o'sishi uchun zaruriy shart. Angiogenezning molekulyar mexanizmlarini o'rganish o'simtadagi mikrotomirlarning zichligini baholashdan yangi tomirlarning shakllanishi va o'sishini tartibga solishda ishtirok etadigan maxsus molekulalarni o'rganishga o'tishga imkon berdi. O'smaning angiogenik faolligi angiogen stimullar va angiogenezning tabiiy ingibitorlari o'rtasidagi murakkab muvozanat bilan belgilanadi. O'smalarda angiogenez stimulyatorlari (VEGF, bFGF , timidin fosforilaza , angiogenin va boshqalar) darajasi ko'tariladi , endogen angiogenez inhibitörleri (trombospondin-1, angiostatin , endostatin , vazostatin va boshqalar) darajasi kamayadi. Fiziologik va patologik angiogenezning eng muhim regulyatori qon tomir endotelial o'sish omili (VEGF) hisoblanadi .

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda embrion va erta postnatal davrda angiogenezda katta rol o'ynaydi . Bir yoki ikkala VEGF retseptorlari allellarining inaktivatsiyasi embrionning o'limiga olib kelishi ko'rsatilgan. Katta yoshlilarda VEGF ning ahamiyati yarani davolash jarayonida va ayollarda follikulyar o'sish va rivojlanishda ishtirok etish bilan chegaralanadi.

Trombotsitlardan kelib chiqadigan o'sish omili (PDGF) oilasiga tegishli bo'lib , unga VEGF-B, VEGF-C va VEGF-E ham kiradi. VEGF faolligi uning ikkita retseptorlari bilan bog'lanishi orqali amalga oshiriladi: VEGFR-1 (Flt-1) va VEGFR-2 (Flk-1). Ikkala retseptor ham tirozin kinaz faolligiga ega va qon tomir endotelial hujayralarida va ba'zi gematopoetik hujayralarda, masalan, monositlarda ifodalanadi . VEGF retseptorlari bilan bog'lanishi angiogenezning faollashishiga olib keladigan transduksion signallari harakatini kuchaytiradi .

Epidermal o'sish omili, gipoksiya va boshqalar bilan kuchayadi.

VEGF tasnifining ahamiyati turli xil yomon sifatli o'smalarda o'rganilgan. Ko'pgina tadqiqotlarda asosiy o'simtadagi VEGF ifodasi kasallikning qaytalanish xavfi yuqoriligi va turli neoplazmalarda yomon prognoz bilan bog'liq

Laringeal papillomatoz kam uchraydigan kasallik bo'lib, kasallanish yoshiga qarab bimodal taqsimlanadi . Laringeal papillomatoz bilan kasallanish darajasi yoki yangi holatlar soni yiliga 100 000 bolaga taxminan 4,3 tani va har 100 000 kattalarga 1,8 tani tashkil qiladi. Bolalarda laringeal papillomatoz bilan kasallanish 5 yoshdan oldin eng yuqori darajaga etadi, ammo balog'atga etmagan papillomatoz atamasi 20 yoshdan oldin sodir bo'lgan barcha holatlarni nazarda tutadi. bolalarda laringeal papillomatoz, kattalardagi laringeal papillomatoz erkaklarda ayollarga qaraganda tez-tez uchraydi. Laringeal papillomatozning tarqalishi ijtimoiy-iqtisodiy holat kabi omillarga qarab ham o'zgarib turadi, shuning uchun pastroq ijtimoiy-iqtisodiy maqomga ega bo'lgan guruhlarda yuqori ko'rsatkichlar kuzatiladi. Laringeal papillomatozning umumiy alomati ovoz sifatining o'zgarishi hisoblanadi. Aniqroq aytganda, ovozning xirillashi kuzatiladi. Nafas olish yo'lining hiqildoq yoki traxeya qismlarining torayishi natijasida nafas qisilishi , surunkali yo'tal va stridor (ya'ni, hushtak yoki horlama kabi shovqinli nafas olish) paydo bo'lishi mumkin. Kasallik o'sib borishi bilan disfagiya , pnevmoniya , o'tkir respirator distress sindromi , rivojlanishning sustligi va takroriy yuqori nafas yo'llarining infektsiyalari kabi ikkilamchi simptomlarning paydo bo'lishi tashxisi qo'yilishi mumkin. Balog'atga yetmagan yoshda laringeal papillomatozning o'pkaga tarqalish xavfi kattalarga qaraganda yuqori. Bolalarda simptomlar odatda og'irroq bo'ladi va ko'pincha astma , krup yoki bronxit kabi boshqa kasalliklarning namoyon bo'lishi bilan xato qilinadi . Shuning uchun tashxis odatda kechiktiriladi. Laringeal papillomatoz inson papillomavirusi (HPV) infektsiyasidan kelib chiqadi , ko'pincha 6 va 11-turlar, ammo 16, 18, 31 va 33 genotiplari ham ishtirok etgan. HPV-11 papillomatozning yanada agressiv shakllari bilan bog'liq bo'lib, ular traxeobronxial daraxtning ko'proq distal qismlarini qamrab olishi mumkin. Virusli emlash usuli kasallikning boshlanishi

yoshiga qarab o'zgaradi deb taxmin qilinadi. Nafas olish yo'llarida HPV mavjudligi, albatta, laringeal papillomatozning rivojlanishiga olib kelmaydi. Boshqa omillar orasida immunitet tanqisligi yoki boshqa shunga o'xshash infektsiyalar kiradi. Masalan, laringeal papillomatoz ba'zi viruslar (masalan, gerpes simplex virusi , Epstein-Barr virusi) mavjudligi sababli yanada havfli bo'lishi mumkin .

Kasallik 20 yoshdan oldin yoki undan keyin rivojlanishiga qarab, ikki shaklda, balog'atga etmagan (yuvenil) va kattalar papillomatozida uchraydi. Voyaga yetmaganlar shakli, odatda, tug'ruq paytida onaning infektsiyalangan tabiiy kanali bilan aloqa qilish orqali yuqadi. Ushbu kasallikning kattalar shaklida yuqishi haqida kam ma'lum, garchi og'zaki jinsiy aloqa potentsial yuqish usuli sifatida ko'rsatilgan. Biroq, og'iz orqali jinsiy aloqa to'g'ridan-to'g'ri virusni yuqtiradimi yoki tug'ruq paytida yuqadigan harakatsiz virusni faollashtiradimi, aniq emas. Umuman olganda, shifokorlar nima uchun kasallikka aloqador bo'lgan HPV turlariga duchor bo'lgan ayrim odamlarda laringeal papillomatoz rivojlanishiga ishonchlari komil emas. Kasallikning voyaga etmagan shakli bo'lsa, infektsiyalangan onadan tug'ilgan bolada laringeal papillomatozning rivojlanish ehtimoli past (onaning infektsiyasi faol bo'lsa ham 231 dan 1 dan 400 gacha. Tug'ilishda yuqish ehtimoli yuqori bo'lgan xavf omillariga birinchi tug'ilish, tabiiy tug'ilish va katta xavf omillari kiradi. balog'atga etmaganlar varianti quyidagilardan iborat:

1. Tug'ilish tarixi (masalan, tabiiy tug'ish vaqtining ko'payishi) va tabiiy kanalda HPV mavjudligi. Shuni ta'kidlash kerakki, keserva bilan tug'ilishning himoya omili ekanligi hali ham noaniq.
2. HPV genotipi (masalan, HPV-11)
3. Individual omillar (masalan, tashxis qo'yilganda yoshroq bo'lish, bu immunitetning kam rivojlanganligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin).

Bilvosita laringoskopiya usullaridan biri yordamida papillamatoz vizualizatsiya qilish orqali aniqlash mumkin . Bilvosita laringoskopiyada til oldinga tortiladi va halqumni tekshirish uchun og'iz orqali laringeal oyna yoki qattiq qo'l o'tkazgich o'tkaziladi. Bilvosita laringoskopiyaning yana bir varianti yuqoridan halqumni ko'rish uchun tomoqqa burun va tomoq orqali fiberskop yoki endoskop deb nomlanuvchi egiluvchan doirani o'tkazishni o'z ichiga oladi. Ushbu amaliyot moslashuvchan fiberoptik laringoskopiya deb ham ataladi.

Papillomalarning ko'rinishi gulkaramga o'xshash bo'lakli tuzilishga ega bo'lgan ko'p yoki kamdan-kam hollarda bitta, oq o'simtalar sifatida tasvirlangan. Papillomalar odatda vokal burmalarda va qorinchalar deb ataladigan ovoz burmalari ustidagi bo'shliqda joylashgan . Ular halqumning boshqa qismlariga va butun ovqat hazm qilish tizimiga, og'izdan pastki nafas yo'llariga tarqalishi mumkin. Bolalarda halqumdan tashqaridagi hududlarga tarqalishi kattalarga qaraganda tez-tez uchraydi. O'sishlar odatda tangachali va kirpikli epiteliyning oddiy birikmalarida yoki shikastlanishdan kelib chiqadigan to'qimalarning birikmalarida joylashgan. Laringeal papillomatozning tasdiqlovchi tashxisini faqat mikroskopik tekshirish va o'sish namunasini HPV testini o'z ichiga olgan biopsiya orqali olish mumkin . Biopsiya namunalari to'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya yoki fiberoptik bronkoskopiya orqali umumiy behushlik ostida to'planadi .

2014 yil holatiga ko'ra, laringeal papillomatozni doimiy davolash yo'q edi va davolash usullari papillomalarni olib tashlash va qaytalanishni cheklashga qaratilgan. Virusning takroriy tabiati, ayniqsa bolalar uchun, ko'pincha takroriy davolanish kerak, chunki laringeal papillomatozning balog'atga etmagan shakli ko'pincha kattalar shakliga qaraganda ko'proq agressiv relapslarni keltirib chiqaradi. Qaytalanishlar orasida ovoz terapiyasi odamning ovoz funksiyasini tiklash yoki saqlab qolish uchun ishlatilishi mumkin.

Bevacizumab (Avastin) VEGF ga qarshi ximerik inson rekombinant antikoridir. Preparat barcha VEGF izoformalarini taniydi, lekin fibroblast o'sish omillari, trombotsitlardan kelib chiqadigan o'sish omili va boshqalar kabi boshqa angiogen omillar bilan bog'lanmaydi.

Bevacizumabning xavfsizligi ikki fazali tadqiqotlarda baholandi. Birinchi tadqiqotda preparat chidamli tarqalgan qattiq o'smalari bo'lgan 25 bemorda monoterapiya sifatida ishlatilgan. 0,1 dan 10 mg/kg gacha bo'lgan beshta dozalash rejimi baholandi. Ikkinchi tadqiqotda 3 mg/kg dozada Bevacizumab xavfli o'smalarning keng tarqalgan shakllari uchun kimyoterapiya (5-ftorurasil/ leykovorin , karboplatin / paklitaksel , doksorubitsin) bilan birgalikda qo'llanilgan .

Kamida 1 mg/kg dozada qo‘llanganda Bevacizumabning farmakokinetik profili sekin klirensi (taxminan 3 ml/kg/ kun) bilan tavsiflangan, yarim yemirilish davri taxminan 20 kun. Bevacizumabni kimyoterapiya bilan birgalikda qo‘llash sitostatiklarning farmakokinetikasida o‘zgarishlarga olib kelmadi . Ikkala tadqiqotda ham preparat yaxshi muhosaba qilingan, ammo birinchi tadqiqotda qon ketishining 3 ta holati kuzatilgan, ulardan 2 tasi jiddiy deb topilgan. Shuningdek, 2-3 darajali arterial gipertenziyaning 3 ta holati va proteinuriyaning bitta holati mavjud.

4 bosqichli II tadqiqotlarda monoterapiya sifatida yoki turli xil qattiq o'smalarda kimyoterapiya bilan birgalikda o'rganilgan. Kichik hujayrali bo'lmagan o'pka saratoni bilan og'rigan 66 nafar bemorning 6 nafarida hayot uchun xavfli o'pka qon ketishi sodir bo'lib , 4 ta holatda o'limga olib keldi. Ba'zilar bevacizumabning har 3 haftada 10 mg/kg dozasini o'rganmoqda .

Bevacizumab 100 ml 0,9% natriy xloridda (glyukozada emas) eritiladi va suyultirilgan shaklda 2-8 ° C haroratda 8 soatdan ko'p bo'lmagan muddatda saqlanadi.

Birinchi vena ichiga infuziyaning davomiyligi 90 minut; hech qanday reaktsiyalar bo'lmasa, infuzionning davomiyligi ikkinchi yuborish uchun 60 daqiqaga, keyin esa 30 daqiqagacha qisqartiriladi. Bevacizumab dozasini 15 mg/kg ga oshirish standart davolash bilan solishtirganda rivojlanish uchun vaqtni sezilarli darajada oshirdi, ammo umumiy omon qolish yoki ob'ektiv javob tezligi emas.

Hozirgi vaqtda NSCLC bo'yicha bir nechta tadqiqotlar o'tkazilmoqda, xususan, o'simtaning Ib, II, IIIa bosqichlari uchun Bevacizumabni kimyoterapiya (karboplatin + paklitaksel) bilan birlashtirish, NSCLC qaytalangan bemorlarda Bevacizumabni erlotinib (EGFR inhibitori) bilan birlashtirish. Ushbu tadqiqotning birinchi bosqichi bemorlarning 25 foizida ushbu kombinatsiyaning samaradorligini ko'rsatdi.

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS

Mirzatillayeva M.A., Bakiyeva Sh.X.
Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

*Introduction***.** Chronic tonsillitis is an infectious-allergic disease characterized by a prolonged inflammatory process in the palatine tonsils, occurring in 10–15% of the population. It often develops as a result of untreated acute tonsillitis, decreased local immunity, or constant exposure to pathogens such as streptococci and staphylococci. The disease negatively affects patients’ quality of life and can lead to serious complications in the heart, kidneys, and joints, including rheumatic inflammation and glomerulonephritis. Therefore, early diagnosis and effective treatment are among the urgent tasks of modern medicine.

The purpose of the study. To identify the clinical and functional characteristics of chronic tonsillitis, evaluate the effectiveness of diagnostic methods, and compare the outcomes of conservative and surgical treatments.

Material and research methods. The study was conducted from 2024 to 2025 in otorhinolaryngology clinics in Tashkent, involving 70 patients aged 18–65 (40 women and 30 men). Clinical examination included pharyngoscopy and palpation of the lymph nodes. Laboratory tests involved complete blood and urine analysis, bacteriological examination of purulent discharge from the tonsils, and antibiotic susceptibility testing. Immunological tests were performed to measure IgA, IgG, and IgM levels, and cytokines (TNF-α, IL-8, IL-4, IL-10) were determined using the ELISA method.

Patients were divided into two groups: a conservative treatment group (n=42; antiseptic gargles, antibiotics, immunomodulators, physiotherapy) and a surgical treatment group (n=28; tonsillectomy, cryotherapy). Treatment outcomes were assessed at 3, 6, and 12 months.

Results Obtained. The simple form of the disease was detected in 62% of patients (43 people), while the toxic-allergic form was found in 38% (27 people). Main symptoms included persistent throat discomfort (78%; 55 patients), purulent plugs (65%; 46 patients), and subfebrile temperature (52%; 36 patients). Pharyngoscopy revealed hyperemia in 84% (59 patients) and hypertrophy in 47% (33 patients).

Bacteriological analysis showed predominance of Streptococcus pyogenes (55%; 38 patients) and Staphylococcus aureus (32%; 22 patients). Antibiotic susceptibility was highest for amoxicillin (78%; 55 patients) and azithromycin (65%; 46 patients), while 15% (about 11 patients) showed multidrug resistance.

Immunological tests demonstrated reduced IgA levels and elevated TNF-α and IL-8 levels. In the conservative group, 72% (30 patients) experienced symptom resolution, while in the surgical group, tonsillectomy achieved an 85% (24 patients) success rate and cryotherapy 78% (22 patients). According to the SF-36 survey, quality of life improved by 82% after surgery and 68% after conservative treatment.

Summary: The results show that surgical methods are more effective in the toxic-allergic form of chronic tonsillitis, while conservative treatment is sufficient in the simple form. Antibiotic resistance remains a major factor reducing treatment efficacy. Cytokine profiling confirmed the role of inflammatory mediators in the chronic course of the disease. In the future, cytokine therapy and new antimicrobial strategies may become promising approaches for the management of chronic tonsillitis.

OG'IZ BO'SHLIG'I MAXALLIY TARQALGAN SARATONIDA KOMPLEKS DAVOLASHNING YANGICHA YONDASHINUVI.

Nishonboev L.S., Xasanov A.I., Shukurov Z.I.
Primqulov B.K., Isamitdinov N.M., Yusupbekov Ah.A., Abdumalikov I.R.
RIOvaRIATM, RIOvaRIATM Farg'ona viloyati filiali, Tashkent Tibbiyot Universiteti

*Kirish***:** Cetuximab — epidermal o'sish omili retseptoriga (EGFR) qarshi yo'naltirilgan monoklonal antitana bo'lib, bosh va bo'yin sohalaridagi, jumladan, og'iz bo'shlig'i o'smasining yassi hujayrali saratonida samaradorligini isbotlagan.

Ishning maqsadi: Og'iz bo'shlig'ining maxalliy tarqalgan saratonida Cetuximab dorisining samaradorligini o'rganish.

Materiallar va usullar: Tadqiqotga gistologik jihatdan tasdiqlangan, turli darajadagi differensirovkaga ega yassixujayrali saraton tashxisi qo'yilgan 21 nafar bemor kiritilgan. Barcha bemorlar III-IV bosqichda bo'lib, yoshi 42 dan 69 yoshgacha. Og'iz bo'shlig'i raki bilan og'rigan bemorlarning 14 nafari erkak, 7 nafari esa ayollardir. Jinslar nisbati 2,0:1,0 ni tashkil etadi. Ular 2022–2024 yillar davomida Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida (RIOvaRIATM) davolangan. Barcha bemorlar dastlab standart bo'yicha Cisplatin+Ftorurasil sxemasida polikimyoterapiya davo muolajalarini qabul qilgan. Stabilizasiya yoki progressiya kuzatilgan bemorlarga protokol asosida quyidagi sxema asosida kimyoterapiya + target terapiya qo'llanilgan: Cetuximab+Docetaxel+Cisplatin. Davolanish muddati 3 oy. Bemorga davolashdan oldin va keyin PET/KT tekshiruvlari o'tkazilgan.

Natijalar: Og'iz bo'shlig'i yassi hujayrali saratonida kombinasiyalashgan davolash tarkibida Cetuximab qo'llanilishi ijobiy klinik natijalarni ko'rsatdi. Bemorlarning aksariyatida o'smadaning hajmi kamaydi, hayot sifati va davolanishga chidamlilik yaxshilandi. Davolashga to'liq remissiya – 2 nafar bemorda (9,5%), qisman javob (≥30% o'sma regressiyasi) – 12 nafar bemorda (57,1%), kasallikning barqarorlashuvi – 5 bemorda (23,8%), progressiya – 2 bemorda (9,5%). Davolashning toksikligi: I–II darajadagi nojo'ya ta'sirlar – 16 bemorda (76,2%), III darajadagi nojo'ya ta'sirlar – 5 bemorda (23,8%), IV darajadagi toksiklik – qayd etilmagan. Ushbu ma'lumotlar Cetuximab'ni og'iz bo'shlig'i yassi hujayrali rakida kompleks davolash tarkibida qo'llash samaradorligi va maqsadga muvofiqligini tasdiqlaydi.

Xulosa: Mazkur klinik holat cetuximabning og'iz bo'shlig'i maxalliy tarqalgan saratonida samarali va xavfsiz alternativ davolash usuli ekanini ko'rsatadi. Cetuximabni kimyoterapiya bilan kombinatsiyada qo'llash bu kabi klinik holatlarda istiqbolli davolash usuli bo'lishi mumkin.

TURLI YOSHDAGI BOLALARDA SURUNKALI RINOSINUSITNING TARQALISH DARAJASI VA KLINIK BELGILARI

Radjabov A.H., Pardayev F.M., Shodiyev J.A.
Toshkent pediatriya tibbiyot institute. Toshkent, O'zbekiston
Buxoro davlat tibbiyot instituti. Buxoro, O'zbekiston

*Kirish***:** Surunkali rinosinusit (SR) – bu burun va uning atrofidagi yondosh bo‘shliqlarning 12 haftadan ortiq davom etuvchi yallig‘lanishi bilan kechadigan kasallik bo‘lib, bolalar orasida keng tarqalgan surunkali respirator kasalliklardan biridir. Ushbu kasallik bola organizmiga nafaqat fiziologik, balki psixoemotsional jihatdan ham salbiy ta'sir ko‘rsatadi. Tadqiqotda SRning turli yosh guruhlarida uchrash darajasi va klinik kechishidagi farqlar tahlil qilindi. Bolalarda SR tez-tez uchraydi va boshqa kasalliklar (bronxial astma, eshituv nayining disfunksiyasi, adenoidit) bilan kechadigan holatlar ko‘p uchraydi. Kasallikning o‘z vaqtida aniqlanmasligi surunkali adenoidit, o‘rta otit, hatto psixomotor rivojlanishda orqada qolish kabi asoratlar keltirib chiqaradi. Shuningdek, bu kasallik bolalarda dars qoldirish, tungi uyqusizlik, ishtaha yo‘qolishi, charchoq sindromi bilan kechadi. Statistik ma'lumotlarga ko‘ra, 3–14 yoshdagi bolalarning 15–30% gacha qismi yil davomida kamida bir marta SR simptomlarini boshdan kechiradi.

Tadqiqot maqsadi: 3–14 yoshdagi bolalarda surunkali rinosinusit uchrash darajasini yosh guruhlariga ajratgan holda o‘rganish, kasallikning klinik belgilarini baholash va yoshga bog‘liq xususiyatlarini aniqlash.

*Material va metodlar:*Tadqiqot 2024–2025 yillarda Buxoro viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi poliklinikasining otorinolaringologiya bo‘limiga murojaat qilgan 3–14 yoshdagi 90 nafar bemorlar ishtirokida olib borildi. Bemorlar uchta yosh guruhiga ajratildi.

- I-guruh: 3–6 yosh (32 nafar)
- II-guruh: 7–10 yosh (31 nafar)
- III-guruh: 11–14 yosh (27 nafar)

Barcha bemorlar klinik ko‘rikdan o‘tkazildi, oldingi va orqa rinoskopiya, burun yondosh bo'shliqlari rentgenografiyasi, shuningdek ba'zilarida endoskopik tekshiruvlar va KT (kompyuter tomografiya) qo‘llanildi.

Tadqiqot natijalari: I-guruh (3–6 yosh):

- SR holatlari 35% (11 nafar) da qayd etildi.
- Asosiy simptomlar: burun bitishi (100%), yiringli ajralma kelishi (91%), tungi yo‘tal (72%), nafas olish qiyinligi (85%).
- Bu guruhda SR ko‘pincha adenoid giperplaziyasi bilan bog‘liq.

II-guruh (7–10 yosh):

- SR 42% (13 nafar) da aniqlandi.
- Klinik belgilar: yuz sohasida og‘riq (69%), bosh og‘rig‘i (65%), yiringli ajralma kelishi (90%), hid bilish buzilishi (61%).
- Burun to'sig'ining egriligi yoki allergik rinit fonida SR kechishining og‘irroq shakllari kuzatildi.

III-guruh (11–14 yosh):

- Uchrash darajasi 50% (13 nafar) gacha yetdi.
- Asosiy shikoyatlar: Peshona sohada og‘riq (81%), charchoq, umumiy holsizlik, o‘tkir sinusit bilan surunkali shakl almashuvi.
- Kompyuter tomografiya asosida polipoz rinosinusit 3 bemorda qayd etildi.

-Umumiy SR uchrash darajasi: 41,1%

-SR tarqalish darajasi yosh ortishi bilan keskin ortadi

-Bemorlarning 68% da kasallikdan oldin O‘RVI yoki adenoidit mavjud bo‘lgan

-O‘g‘il bolalarda qizlarga nisbatan biroz ko‘proq uchragan (54% : 46%)

*Xulosa***:** Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, bolalarda surunkali rinosinusit yosh ortishi bilan nafaqat ko‘proq uchraydi, balki klinik belgilarining ifodalanishi va og‘irligi ham ortadi. Kichik yoshdagi bolalarda simptomlar ko‘proq umumiy va noaniq bo‘lsa, katta yoshda aniq lokal belgilar (bosh og‘rig‘i, yuz og‘rig‘i, hid sezmaslik) ustunlik qiladi. Shuningdek, adenoid vegetatsiyalar, allergik rinit va anatomik nuqsonlar SR rivojlanishida muhim rol o‘ynaydi. Kasallikni erta aniqlash,

yoshga mos diagnostika va davolash yondashuvlarini ishlab chiqish — bemorlar salomatligini yaxshilashda asosiy omil bo‘lib xizmat qiladi.

HIQILDOQNING O‘SIMTASIMON KASALLIKLARIDA HIQILDOQNING AKUSTIK TAHLILI

Rasulova N.Sh., Haydarova G.S., Xodjayeva D.M.
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, O‘zbekiston, Toshkent

Dolzarbligi. Tovush buzilishlari ikki turga bo‘linadi: organik va funksional. Shunga qaramay, amaliy tibbiyotda disfoniya bilan og‘rigan bemorlarda bu ikki holatning birgalikda uchrashi tez-tez kuzatiladi. Bunday hollarda aynan qaysi komponent – organikmi yoki funksional – disfoniya klinik ko‘rinishida ustunlik qilayotganini aniqlash qiyin bo‘ladi, chunki ular bir-biri bilan chambarchas bog‘langan. Arnold G.E. fikriga ko‘ra, tovush paychalaridagi hiqildoqning o‘simtasimon kasalliklari – poliplar, tugunlar va kistalar – patologik bo‘lib , haddan tashqari kuchli fonatsiya natijasida rivojlanadi. Bu esa o‘z navbatida ovoz apparatida ikkilamchi funksional o‘zgarishlar rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

Ovoz funksiyasining akustik baholanishi – bu hiqildoqdagi turli kasalliklarda, jumladan o‘simtasimon kasalliklarda ham, diagnostika uchun muhim usul hisoblanadi. Ovoz xususiyatlaridagi o‘zgarishlar hiqildoqidagi funksional muammolarni erta aniqlashda ishonchli ko‘rsatkich bo‘lishi mumkin. Zamonaviy raqamli texnologiyalar ovozdagi eng kichik o‘zgarishlarni ham aniqlash imkonini beradi, bu esa ovoz apparati patologiyalarini erta aniqlash samaradorligini oshiradi.

Bugungi kunda hiqildoqning havsiz va o‘simtasimon kasalliklarini diagnostikasi ko‘pincha murakkablik tug‘dirmaydi. Objektiv tekshiruvlar qatorida fibrolaringoskopiya, videolaringostroboskopiya va disfoniya sabablarini aniqlash hamda og‘irlik darajasini baholash maqsadida akustik tahlil keng qo‘llanilmoqda. Akustik tahlil ovoz signalining xususiyatlarini o‘rganish va sifatini baholash imkonini beradi. Bu usulda tovush balandligi, chastotasi, amplitudasi, intensivligi va davomiyligi kabi parametrlar o‘lchanadi.

Kompyuter akustik tahlili ovozning spektral tarkibi, chastota va dinamika diapazonlarini nutq va vokal mahsulotlarda ob'ektiv baholashga imkon beradi. Muhim ko‘rsatkichlardan biri bu – Disfoniya indeksi (DSI) bo‘lib, u maksimal asosiy ton chastotasi, minimal fonatsiya intensivligi, maksimal fonatsiya davomiyligi va chastota variatsiyasi (Jitter) asosida hisoblanadi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, Jitter, Shimmer va HNR kabi parametrlar hiqildoq patologiyasini aniqlashda sezgir ko‘rsatkichlardir. Hiqildoqning o‘simtasimon kasalliklarida bu ko‘rsatkichlarda keskin og‘ishlar kuzatiladi, bu esa tovush paychalari vibratsion funksiyasining buzilganidan dalolat beradi.

"Lingwaves" kabi dasturiy vosita yordamida akustik tahlil uslublari standartlashtiriladi va nutq buzilishlarini diagnostika qilishning ishonchliligi ortadi.

Tadqiqot maqsadi. Hiqildoqning o‘simtasimon kasalliklarida ovozning akustik parametrlarining diagnostik va differensial-diagnostik ahamiyatini aniqlash.

Tadqiqot vazifalari

1 .Hiqildoqning o‘simtasimon kasalliklarida akustik parametrlar o‘zgarish xususiyatlarini o‘rganish.

2. Akustik tahlil natijalarini morfologik tadqiqot va klinik manzara bilan solishtirish.

Materiallar va usullar

Hiqildoqning o‘simtasimon kasalliklari bilan 20 nafar bemor tekshirildi. 15 nafar sog‘lom ko‘ngilli nazorat guruhiga kiritildi. Akustik baholash "Lingwaves" dasturiy ta'minoti orqali amalga oshirildi. Quyidagi parametrlar qayd etildi:

- Jitter (%),
- Shimmer (%),
- Harmonics-to-Noise Ratio (HNR),
- Pitch (o‘rtacha fonatsiya chastotasi).

Ovoz yozuvi ovoz o‘tkazmaydigan xonada kondensatorli mikrofon yordamida yozib olindi. Nutq signali sifatida 5 soniya davomida “a” unlisining vokalizatsiyasi ishlatildi. Morfologik tekshiruv esa biopsiya materiali asosida o‘tkazildi.

Jitter, Shimmer va HNR ko‘rsatkichlari diagnostik jihatdan eng informativ deb topildi. Jitter va Shimmerning yuqori darajalari ovozning beqarorligini, HNRning pasayishi esa ovozning shovqinli bo‘lishini ko‘rsatadi. Sog‘lom va bemorlar o‘rtasidagi farqlar statistik jihatdan ishonchli deb topildi ($p < 0,01$).

Natijalarni muhokamasi

Akustik tahlil xalqaro miqyosda tan olingan va hiqildoq kasalliklarida ovoz funksiyasini baholash uchun muhim usuldir. Bu usul ovoz o‘zgarishlari bilan patologiya o‘rtasidagi bog‘liqlikni aniq aks ettiradi. Usul invaziv emas, bemorlarda dinamik kuzatuv o‘tkazishga, biopsiya yoki jarrohlik qarorlarini qabul qilishda yordam beradi.

Xulosa

1. Akustik tahlil hiqildoqning o‘simtasimon kasalliklarida xos ovoz o‘zgarishlarini aniqlash imkonini beradi.
2. Jitter, Shimmer va HNR parametrlari ovozboylamlari vibratsiyasidagi buzilishlarni aks ettiradi.
3. Bu usul istiqbolli, invaziv bo‘lmagan diagnostika yondashuvi sifatida kompleks tekshiruvlarga kiritilishi mumkin.

HIQILDOQ OVOZ BOYLAMLARI KISTA VA TUGUNLARINING TASHXISLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

Rasulova N.Sh., Xaydarova G.S.

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, O‘zbekiston, Toshkent

*Dolzarbligi***.** Ovoz boylamlari patologiyalari, xususan, kistalar va tugunlar otorinolaringologiyada muhim muammo hisoblanadi. JSST ma’lumotlariga ko‘ra, ovoz apparati kasalliklari katta yoshdagi aholining 3-7 foizida uchraydi. Ular orasida yaxshi sifatli hosilalar, jumladan, ovoz boylamlari kistalari va tugunchalari yetakchi o‘rinlardan birini egallaydi. Qiyosiy tashxislashning qiyinchiliklarini hisobga olgan holda, o‘z vaqtida va aniq tashxis qo‘yish zarurati juda yuqori.

Diagnostikaga yondashuvlarni takomillashtirish nafaqat tashxis qo‘yishning aniqligini oshirish, balki aralashuvning invazivligini minimallashtirish, samarali davolash taktikasini tanlashni tezlashtirish imkonini beradi. Ular ko‘pincha doimiy xirillash, fonatsiyaning buzilishi, bemorlarning, ayniqsa kasbiy faoliyati ovoz zo‘riqishi bilan bog‘liq bo‘lganlarning hayot sifatining yomonlashishiga sabab bo‘ladi.

Tadqiqotning maqsadi zamonaviy texnologiyalar va klinik yondashuvlarni hisobga olgan holda hiqildoqning tovush boylamlari kistalari va tugunlari diagnostikasini optimallashtirish usullarini tadqiq qilish va asoslashdan iborat.

Tadqiqot maqsadi. Ovoz boylamlari kistalari va tugunlarini tashxislash aniqligini oshirishga qaratilgan samarali diagnostik chora-tadbirlar majmuasini ishlab chiqish va asoslash.

Tadqiqot vazifalari

1. Ovoz boylamlari kista va tugunchalarining klinik va morfologik xususiyatlarini o‘rganish.
2. Ushbu patologiyalarni tashxislashning mavjud usullarini tahlil qilish.
3. Diagnostikaning eng ma’lumotli va qulay usullarini aniqlash.

Materiallar va usullar. Tadqiqotga 2024-yildan 2025-yilgacha bo‘lgan davrda otorinolaringologiya TTA ko’p tarmoqli klinikasida ovoz boylamlarining xavfsiz hosilalariga shubha qilingan 23 nafar bemor kiritilgan. Tadqiqotda yoshi 40 dan 60 yoshgacha bo‘lgan bemorlar qatnashgan. Bemorlarga quyidagi diagnostik algoritm qo’llanildi:

1. 2 haftadan ortiq xirillashi bo‘lgan bemor → birlamchi ko‘rik (bevosita va bilvosita laringoskopiya);
2. Patologik o‘zgarishlar aniqlansa → hosil bo‘lish xarakteriga aniqlik kiritish uchun videostroboskopiya;
3. Kist ava tugunga ga shubha qilinganda → MRT yoki hiqildoq UTT;
4. Tugunchalarga shubha qilinganda → foniatr, logoped, akustik tahlil;

Shuningdek, fotohujjatlar ma'lumotlarini tahlil qilish va qo'llanilgan usullarning diagnostik ahamiyatini qiyosiy baholash amalga oshirildi. Sog'lom va bemorlar o'rtasidagi farqlar statistik jihatdan ishonchli deb topildi ($p < 0,01$).

Muhokama. Zamonaviy tadqiqotlar videostroboskopiya va akustik tahlilning yuqori diagnostik qiymatini tasdiqlaydi. Mashinali o'qitish yordamida ma'lumotlarni talqin qilishni avtomatlashtirish eng istiqbolli yo'nalish hisoblanadi. Shuningdek, xavf guruhlarida (pedagoglar, vokalistlar, diktorlar) profilaktika va tashxisni erta aniqlashning axamiyatini ta'kidlash lozim.

Xulosa. O'tkazilgan tadqiqotlar zamonaviy vizualizatsiya va funksional usullarni o'z ichiga olgan kompleks diagnostika algoritmini qo'llashning samaradorligini tasdiqladi. Eng muhim usullar videostroboskopiya va akustik tahlil bo'lib, ular ovoz boylamlari kistalari va tugunlarini yuqori aniqlikda farqlash imkonini beradi.

INFLUENCE OF NASOPHARYNX OBSTRUCTION AND ADENOTONZILLARY SYSTEM HYPERTROPHY ON CHANGES IN CHEFFACE PROPORTIONS IN CHILDREN

Shamsiev Dj.F., Tastanova G.E., Abdusamatova I.I.
Tashkent State Medical University, Uzbekistan
Samarkand State Medical University, Uzbekistan

*Abstract***.** The group most susceptible to the development of craniofacial anomalies are children with chronic nasopharyngeal obstruction, who often experience oral breathing, leading to problems with food intake, swallowing, and speech in children due to difficulty breathing simultaneously during these actions. A decrease in chewing effectiveness, in turn, can lead to a disruption of the bite. Moreover, children with adenotonsillary hypertrophy are more likely to experience sleeping respiratory disorders such as snoring or obstructive sleep apnea. Enlarged adenoids and tonsils obstruct the upper respiratory tract and force breathing through the mouth. The imbalance between the opening and closing muscles of the mouth negatively affects the craniofacial structure due to weak stimulation of the local bone attachment.

*Research goal***:** assess the craniofacial proportions in children with adenotonsillar system hypertrophy, taking into account the degree of nasopharyngeal obstruction and enlargement of the nasopharyngeal and palatine tonsils.

Materials and methods: The study was conducted at the Department of Pediatric ENT Diseases of the Tashkent Medical Academy. The anthropometric and clinical data of 75 children (39 boys and 36 girls) referred to the clinic for surgical adenoidectomy or adenotosylectomy were collected. All these patients met the criteria for the procedure, which included 1) chronic hypertrophic tonsillitis caused by focal infections or recurrent upper respiratory tract infections. 2) having one of the symptoms, such as nasal congestion, recurrent upper respiratory tract infections, snoring, hearing impairment, apnea, or recurrent otitis media in the anamnesis. Nasopharyngeal obstruction was assessed using flexible fibrooptic nasopharyngolaryngoscopy. The degree of adenoid hypertrophy was assessed on a 3-point scale, where nasopharyngeal obstruction <50% corresponded to the 1st degree, 50-75% - to the 2nd degree, and >75% - to the 3rd degree. To assess the size of the tonsils, we used a four-point Brodsky scale.

The total sample consisted of 75 children aged 6.3 years. The first symptoms of adenotonsillary hypertrophy appeared at an average age of 3.4 years. In most patients (75%), the duration of the disease was up to 3 years. We observed enlarged adenoids in approximately 40% of patients, and enlarged palatine tonsils in 33%. After a combination of the degree of adenoid and palatine tonsil hypertrophy, we observed severe nasopharyngeal obstruction in approximately 38% of the total sample.

*Discussions***:** In our study, we observed an increase in craniofacial width relative to facial height with increasing age of first symptoms, wider forehead, wider jaw, and shorter overall and upper facial area relative to facial width in children with symptoms lasting more than 3 years. Standard anthropometric methods were used. Simple facial measurements using publicly available equipment make anthropometry suitable for screening the population as a whole.

*Conclusion***:** The degree of nasopharyngeal obstruction, the age of onset of symptoms, and the duration of the disease are important factors in facial growth. Children with acute nasopharyngeal obstruction are often diagnosed and treated earlier than children with moderate nasopharyngeal obstruction. Thus, the duration of the disease plays a greater role in the occurrence of "adenoid face" syndrome than the degree of upper respiratory tract obstruction in children.

OCCUPATIONAL DAYTIME WORKING SCHEDULES AS A RISK FACTOR FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN OFFICE-BASED EMPLOYEES

D.F. Shamsiev D.M., Sultonov D.B., Rajabov S.Z., Jurakulov Z.S
Tashkent State Medical University, Otorhinolaryngology Department

*Introduction***.** Obstructive sleep apnea (OSA) is a frequent and underdiagnosed sleep disorder, characterized by intermittent airway obstruction leading to fragmented sleep and intermittent hypoxia. While traditional risk factors such as obesity and anatomical airway restrictions are well recognized, occupational habits have recently drawn attention as potential contributors. In modern office-based work environments, prolonged seated hours and fixed daytime schedules may disrupt physiological circadian rhythms and limit restorative sleep.

*Aim***.** This study aimed to assess whether the nature of office-based daytime work has a measurable effect on the occurrence and severity of OSA symptoms.

*Results***.** Clinical assessments, including polysomnography and symptom questionnaires, revealed that individuals engaged in extended daytime shifts were more likely to experience OSA-related manifestations compared to those with more flexible or balanced work hours. Findings suggested that altered melatonin secretion patterns, insufficient exposure to natural light, and sedentary lifestyles may collectively increase OSA susceptibility. Additionally, irregular rest periods and work-related stress were found to exacerbate these effects, possibly by impairing sleep quality and respiratory control.

*Conclusion***.** Daytime occupational schedules, especially in sedentary office environments, may represent a modifiable risk factor for the onset and progression of OSA. Implementing workplace health programs that encourage regular breaks, exposure to daylight, and physical activity could mitigate the adverse impact of such work patterns on sleep health.

MORPHOLOGICAL FEATURES IN DIFFERENT FORMS OF CHRONIC TONSILLITIS

Shaumarov A.Z., Djurayev J.A.
«Toshkent davlat tibbiyot universiteti», Toshkent, O‘zbekiston Respublikasi

Abstract. Chronic tonsillitis (CT) is characterized by persistent inflammation of the palatine tonsils with distinct morphological changes depending on the clinical form. Histological evaluation plays a key role in understanding disease pathogenesis and guiding treatment. This article reviews morphological characteristics of simple and toxic-allergic CT.

Introduction. The morphology of palatine tonsils reflects the chronic inflammatory process and provides a basis for clinical classification of CT. While simple forms exhibit mild histological changes, toxic-allergic forms demonstrate significant tissue remodeling and systemic involvement.

Materials and Methods. Histological findings were synthesized from published studies involving biopsy and post-tonsillectomy specimens. Key morphological features such as lymphoid hyperplasia, fibrosis, epithelial changes, and vascular involvement were analyzed.

Results and Discussion. In simple CT, moderate lymphoid hyperplasia and infiltration by plasma cells are observed. Toxic-allergic form I is characterized by pronounced fibrosis, crypt deformation, and epithelial desquamation. In toxic-allergic form II, severe architectural remodeling occurs, including perivascular inflammatory infiltration and necrotic changes. These histological findings correlate with the severity of clinical symptoms.

Morphological assessment supports the differentiation of CT forms and correlates with therapeutic outcomes. The progression from simple to toxic-allergic forms reflects an increasing degree of immune dysregulation and structural damage, highlighting the need for timely intervention.

Conclusion. Morphological evaluation of tonsillar tissue is essential for understanding the pathogenesis and guiding the treatment of CT. Histological differences between simple and toxic-allergic forms provide a framework for clinical decision-making.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF CHRONIC TONSILLITIS

Shaumarov A.Z., Djurayev J.A.
«Toshkent davlat tibbiyot universiteti», Toshkent, O'zbekiston Respublikasi

Abstract. Management of chronic tonsillitis (CT) requires a multifaceted approach that addresses both local infection and systemic immune dysfunction. Treatment strategies differ depending on the clinical form of the disease, with simple forms often responsive to conservative treatment, while toxic-allergic forms may require surgical intervention. This article reviews comprehensive treatment options and emphasizes the importance of individualized therapy.

Introduction. Chronic tonsillitis is a heterogeneous disease with various clinical manifestations. While some patients respond well to antibiotics and immunomodulators, others suffer from persistent inflammation, systemic symptoms, and complications. A tailored therapeutic approach is therefore essential. Current guidelines recommend a stepwise strategy that begins with conservative measures and progresses to tonsillectomy if necessary.

Materials and Methods. This review synthesizes findings from clinical trials, meta-analyses, and guidelines regarding the management of CT. The analysis includes pharmacological, immunological, and surgical interventions, as well as combined treatment protocols.

Results and Discussion. Conservative treatment options include systemic and local antibiotics, antiseptic rinses, physiotherapy, and immunostimulants. In simple CT, these methods may achieve remission. However, in toxic-allergic forms, particularly type II, conservative treatment alone is often insufficient. Surgical treatment (tonsillectomy) remains the gold standard in cases of recurrent CT resistant to medical therapy. Immunomodulatory agents such as bacterial lysates and interferons have been shown to reduce recurrence frequency and improve immune response.

A comprehensive approach that integrates conservative, immunological, and surgical methods ensures the best clinical outcomes. Personalized treatment, considering genetic and immunological markers, is an emerging trend that may reduce unnecessary surgeries and improve quality of life.

Conclusion. Comprehensive treatment of CT requires a flexible and individualized approach. Conservative therapy is effective in mild cases, while surgical intervention is indicated in severe toxic-allergic forms. Integration of immunogenetic data into treatment planning represents the future of CT management.

THERAPEUTIC POTENTIAL OF INTERMITTENT HYPOXIA IN MITIGATING ALLERGIC RHINITIS AND ASTHMA VIA MAPK PATHWAY MODULATION

Sultonov D.M., Kyu-Sung Kim, Young Hyo Kim, Hyelim Park
Uzbekistan Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Otorhinolaryngology and Head & Neck Diseases;
Tashkent State Medical University,
Inha University, Incheon, South Korea

*Introduction***.** Allergic rhinitis and asthma are inflammatory disorders of the upper and lower respiratory tracts, commonly triggered by environmental allergens. These conditions involve complex immune cascades, with the MAPK signaling pathway playing a pivotal role in sustaining inflammatory responses. While most treatments target symptom relief, recent evidence suggests that controlled physiological stressors, such as intermittent hypoxia (IH), may induce protective immunomodulatory effects.

*Aim***.** The objective of this research was to explore the impact of intermittent hypoxia on allergic airway inflammation and to clarify its mechanistic relationship with MAPK pathway regulation.

*Results***.** Using a well-established murine model, researchers exposed animals to periodic cycles of reduced oxygen availability under controlled conditions. Histological and immunological

evaluations demonstrated a marked decrease in eosinophil recruitment, reduced goblet cell hyperplasia, and significantly lower levels of pro-inflammatory cytokines. The downregulation of MAPK pathway activity was a consistent finding, correlating with observable reductions in nasal congestion, airway hyperresponsiveness, and sneezing frequency.

*Conclusion***.** Controlled intermittent hypoxia appears to confer substantial anti-inflammatory effects in allergic airway diseases by suppressing MAPK-mediated immune activation. These findings open avenues for novel non-pharmacological interventions that harness adaptive responses to intermittent oxygen fluctuations.

ENDOSKOPIK SHEYVER ADENOTOMIYASI: ZAMONAVIY YONDASHUVNING AFZALLIKLARI

Uktamov D.Sh.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O‘zbekiston

Mavzuning dolzarbligi Afsuski, hozirgacha O’zbekistonda va yaqin xorijda adenoid vegetatsiyalarni olib tashlash asosan mahalliy anesteziya ostida bajarilgan edi, bu holat mutaxassislarga bog’liq bo’lmagan bir qator sabablarga bog’liq. Bunday operatsiyaning salbiy jihatlari hammaga ma’lum, Ulardan - og’riq, operatsiyadan keyingi davrda nevrologik asoratlar, ko’r-ko’rona adenotomiya va kasallikning takrorlanishi va boshqalardir. Bugungi kunda yangi texnologiyalardan foydalanish nuqtai nazaridan adenoid vegetatsiyalarni olib tashlash bo’yicha foydali tajriba to’plangan.

*Maqsad***:** Bolalarda sheyverli adenotomiya jarrohlik amaliyotini afzalligini isbotlash

Tadqiqot materiallari: Tadqiqotimizda 47 ta 5-10 yoshli bolalar ishtirok etdi. Bemorlar Adenoid vegetatsiyasi 2-3 darajasi tashxisi bilan <<GammaMed>> klinikasiga yotqizildi. Barcha bemorlar murojat qilgandagi shikoyatlar ota-onasining so’zidan burun orqali nafas olish qiyinligi (100% holatlarda), burnidan vaqti vaqti bilan shilliq-yiringli ajralma kelish (92% holatlarda), tomog’I tez tez og’rib turishi (85% holatlarda), eshitishning pasayishi (73% holatlarda), Jismoniy va aqliy rivojlanishdan orqada qolishi (37% holaatlarda) va boshqa shikoyatlar bilan murojat qildi. Barcha bemorlar ikki guruhga bo’lindi: I guruh, II guruh. I guruhni 17 ta bemor tashkil qildi, ushbu bemorlarga 2-4 yil muqaddam mahalliy og’riqsizlantirish ostida Beckman usulida adenotomiya jarrohlik amaliyoti o’tkazilgan. II guruhni 30 ta bemor tashkil qildi, ushbu bemorlar hech qanday jarrohlik amaliyoti o’tkazilmagan. Barcha bemorlarda umumiy, endotraxeal annesteziya ostida Shever (mikrodebryuder) va endoskopik optika nazorati ostida operativ davo o’tkazildi. Amaliyot davomida optika nazoratida adenoid tuqimalari tuliq olindi, eshituv nayi teshigi tuliq ochildi, qon tomirlar koagulatsiya qilindi. Operatsiyadan keying davr qoniqarli o’tdi.

Tadqiqot natijalari: Barcha bemorlar shifoxonadan 1-2 sutkadan so’ng qoniqarli ahvolda yashash joyiga javob berildi. Operatsiyadan 7 kundan so’ng LOR a’zolarini qayta ko’rik va, 1 va 6 oylardan so’ng burun va burunhalqum endoskopik tekshiruvi o’tkazilganda, ota onasi so’zidan hech qanday shikoyatlar qilinmadi. Ikkala guruhdagi bemorlarda burun orqali nafas olishi to’liq tiklandi. LOR a’zolarining endoskopiyasida, audiometriyasida (o’yinli, tonal va obyektiv) eshitish qobilyati to’liq tiklanganligi aniqlandi, patologik o’zgarishlar topilmadi.

Xulosa. Endoskopik shever apparati bilan adenotomiya – bu zamonaviy, xavfsiz va samarali yondashuv bo‘lib, minimal invazivligi va tiklanish davrining qisqaligi bilan ajralib turadi. Ushbu usul operatsiya natijalarini yaxshilaydi va bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada oshirishga yordam beradi.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ ГОРТАНИ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ

Абдуллаева Н.Н., Фархатов М.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Гортань играет ключевую роль в обеспечении дыхания, голосообразования и защите нижних дыхательных путей. Повреждения и дефекты гортани могут возникать вследствие травм, резекций при онкологических заболеваниях, ожогов, инфекционно-воспалительных процессов и врождённых пороков развития. Реконструкция таких дефектов

является важной задачей оториноларингологии, требующей применения современных хирургических технологий и мультидисциплинарного подхода.

Цель исследования: Проанализировать современные методы реконструкции дефектов гортани, рассмотреть классификацию дефектов, хирургические подходы, особенности послеоперационного ведения и перспективы развития данной области.

Материалы и методы исследования: Проведен обзор современной научной литературы, включающей работы отечественных и зарубежных авторов за последние 5 лет. Основное внимание уделено публикациям в рецензируемых журналах, касающимся практического применения различных методов реконструкции гортани и функциональных результатов после хирургического вмешательства.

Полученные результаты: На основе анализа литературных источников установлено:

• Классификация дефектов гортани производится по локализации (супраглотическая, голосовая, субглотическая зоны), глубине поражения, объёму дефекта и вовлечению смежных анатомических структур (глотка, трахея, пищевод).

• Принципы реконструкции включают восстановление дыхательной функции, защита дыхательных путей от аспирации, сохранение или компенсация голосовой функции и восстановление анатомической структуры шеи.

• Методы реконструкции зависят от объёма и локализации дефекта: местные лоскуты применяются при ограниченных дефектах; при обширных – используются свободные васкуляризованные лоскуты (лучевой, малоберцовый). В ряде случаев используются голосовые протезы. Аллопластические материалы применяются ограниченно из-за риска осложнений.

• Послеоперационное ведение включает контроль проходимости дыхательных путей, заживление швов, профилактику инфекций и проведение ранней функциональной реабилитации. Возможна установка голосового клапана и проведение этапной реконструкции.

• Современные направления включают разработку биоматериалов, технологии 3D-печати хрящей и применение тканевой инженерии. Особое значение имеет координация между ЛОР-хирургами, онкологами и логопедами.

Краткое содержание: Реконструкция дефектов гортани представляет собой сложную задачу, требующую индивидуального подхода с учетом типа дефекта и состояния пациента. Современные хирургические методы и применение инновационных технологий позволяют восстанавливать не только анатомию, но и жизненно важные функции гортани. Эффективность лечения повышается при мультидисциплинарном подходе и активной послеоперационной реабилитации.

АНАЛИЗ АКУСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГОЛОСА ДЖИТТЕР И ШИММЕР У ДЕТЕЙ С ДИСФОНИЕЙ ПОСЛЕ ОПРЕРАЦИИ НА ГОРТАНИ

Алиева М.У., Наджмутдинова Н.Ш., Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Введение. Дисфонией является расстройство речи больного, проявляющееся посредством нарушения фонации, когда голос теряет индивидуальность звучания, может изменяться тембр, высота тона, громкость и ритм голоса. Модифицирующими факторами дисфонии, т.е. факторами приводящими или провоцирующими дисфонию могут быть: операции непосредственно на гортани или манипуляции по обеспечению неотложной проходимости дыхательных путей, что может привести к изменениям структуры гортани и патологии голоса. В основе первичного обследования пациента с дисфонией лежит тщательный сбор анамнеза, анализ жалоб пациента и клиническое обследование. При диагностике состояния гортани субъективной оценкой голоса является опросник Индекса нарушений голоса (Voice Handicap Index - VHI). Традиционно для диагностики дисфонии применяют инвазивные методы, такие как гибкая и жесткая фиброскопическая ларингоскопия (осмотр с помощью волоконно-оптического прибора), видеостробоскопия

(стробоскопическое освещение гортани), электромиография (косвенное наблюдение функционального состояния гортани). Совершенствование стандартной эндоскопии и внедрение в оториноларингологию современных технологий, позволяющих лучше осмотреть все отделы гортани, позволяют оценить анатомические особенности функционирования гортани, однако оценить качество голоса достаточно сложно. Акустический анализ голоса является объективным неинвазивным скрининговым методом выявления патологии гортани и оценки качества голоса у пациентов с голосовыми нарушениями, такими как ларингит, ларингоспазм, опухоли гортани, спастическая дисфония, паралич голосовых связок и др. Компьютерный спектральный анализ голоса служит для определения 5 показателей акустических параметров голоса: Энергия дискретных сигналов, Энтропия, Максимальное значение сигнала, Минимальное значение сигнала, Число нулевых точек, которые анализируются и сопоставляются с спектрограммами акустических параметров голосов детей с дисфонией и здоровых детей.

В настоящее время для диагностики и оценки качества голоса больного с дисфонией широко используется слухо-перцептивный анализ голоса методом акустического анализа сигнала голоса. Система производства речи человека состоит из набора компонентов мягких тканей гортани и поскольку колебания голосовых связок не являются строго периодическими, то в нем всегда имеются небольшие колебания. Jitter и Shimmer являются акустическими характеристиками голосовых сигналов, которые вызваны нерегулярной вибрацией голосовых связок. В литературных работах показано, что для устойчивой фонации у детей с типичным изменением ценности Jitter является значение от 0,5 до 1,0%, тогда как Shimmer меняется при уменьшении голосового сопротивления и объемных поражениях голосовых связок и коррелирует с наличием шумовой эмиссии и одышки и считается для детей патологическим голосом с ценностью около 0,4 и 1%. В работе [2] показано, что с целью оценки функционального состояния гортани у послеоперационного обследования 45 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет наблюдалось уменьшение частотной нестабильности голоса Jitter (в %): до операции – 1,18, после операции на 14-е сутки – 0,09, а через 1 месяц – 0,025, а также наблюдалось уменьшение нестабильности голоса по амплитуде Shimmer (в %): до операции – 14,2, после операции на 14-е сутки – 6,08, а через 1 месяц – 3,95. Однако, исследований анализа акустических характеристик голоса Jitter и Shimmer у больных детей дисфонией после операции на гортани в литературе практически отсутствует.

Цель исследования – изучение и анализ акустических параметров джиттер и шиммер для мониторинга реабилитации детей с дисфонией после операции на гортани.

Материалы и методы исследования: Всего было обследовано 93 детей после операции на гортани в возрасте от 4 лет до 17 лет и проведена сбор данных для анализа акустических параметров голоса Jitter и Shimmer. В специальном помещение с звукоизоляцией на микрофоне с встроенным измерителем уровня шума записывали голоса детей при произношение ими гласного звука /и/ и на компьютере записывали аудио сигналы формата wav с частотой дискретизации 22050 Гц и типа mono с программой записи аудио данных «Audacity». Анализ акустических параметров голоса Jitter и Shimmer у детей после операции на гортани было проведено на основание полученной в результате экспериментов базы данных аудио записей голосов детей пациентов.

Полученные результаты: Изучение литературных работ показал, что основными критериями параметров джиттера и шиммера являются эффекты, уровень турбулентного шума и нелинейность процесса колебаний голосовых связок. Jitter определяется как параметр изменения частоты от цикла к циклу, а Shimmer - относится к изменению амплитуды звуковой волны. На значение Jitter в основном влияет отсутствие контроля вибрации голосовых связок, тогда как на значение Shimmer влияет снижение сопротивления голосовой щели и массовые поражения голосовых складок, которые связаны с наличием шума при эмиссии с придыханием.

В результате исследования были получены следующие усредненные значения акустических параметров голоса Jitter и Shimmer детей с дисфонией после операции на

гортани: Дети до операции имели: Jitter - 574 359,587 и Shimmer - 2,3; Дети после 1 месяца после операции на гортани имели: Jitter - 363 945,925 и Shimmer – 1,28; Дети после 3 месяцев после операции на гортани имели: Jitter - 1 292 562,982 и Shimmer – 4,22. В то же время здоровые дети (без дисфонии) имели следующие акустические параметры голоса: Jitter - 1 316 743,376 и Shimmer – 4,84.

Заключение: Результаты исследований показали, что дети с дисфонией до операции имели значительно низкие показатели Jitter и Shimmer (574359,587 и 2,3) относительно здоровых детей (1316743,376 и 4,84). Через 2 месяцев после операции у больных детей с дисфонией наблюдается увеличение показателей Jitter и Shimmer, а через 3 месяца наблюдается более высокие показатели Jitter и Shimmer, которые были равными с показателями Jitter и Shimmer у здоровых детей, и это указывают на реабилитацию и выздоровление больных детей с дисфонией.

Таким образом, анализируя показатели акустические параметры голоса Jitter и Shimmer и сравнивая их с аналогичными показателями у здоровых детей можно диагностировать дисфонию и обеспечить эффективный мониторинг и контроль динамики прогресса реабилитации гортани после операции, а также разработать эффективную тактику лечения дисфонии.

АДЕНОИДНАЯ ВЕГЕТАЦИЯ И АЛЛЕРГИЯ

Ашурова Д.Д., Джамбекова Г.С., Ашуров А.М.

Центр Развития Профессиональной Квалификации Медицинских Работников

Международный Центр молекулярной аллергологии Ташкент. Узбекистан

Введение. Аденоидная вегетация представляет собой патологическое разрастание глоточной миндалины, чаще всего наблюдаемое в детском возрасте, и может быть, как следствием частых инфекций, так и результатом хронического аллергического воспаления. Согласно литературным источникам, гипертрофия и воспаление глоточной миндалины в детском возрасте являются наиболее распространенной патологией среди всех заболеваний верхних дыхательных путей и составляет 30%. Современные клинические исследования указывают на тесную патофизиологическую связь между аллергическим ринитом (АР) и гиперплазией аденоидной ткани: воздействие аллергенов на слизистую оболочку носоглотки активирует иммунную систему, способствуя инфильтрации лимфоидной ткани эозинофилами, высвобождению медиаторов воспаления и последующему увеличению объёма аденоидов. Аллергический процесс не только способствует устойчивому воспалению, нарушению функции мукоцилиарного клиренса, но и является значимым фактором риска прогрессирования аденоидной вегетации и аденоидита, но и снижает эффективность традиционной терапии, что требует включения оценки аллергического процесса в организме.

Цель исследования: определение роли сенсибилизации и аллергического воспаления в развитии аденоидной вегетации среди детей г. Ташкента и Ташкентской области.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 120 детей. Основную группу составили 100 детей с аденоидной вегетацией разной степени, в возрасте от 2 до 16 лет, из них 45 мальчиков и 55 девочек; 20 здоровых детей соответствующего возраста составили группу сравнения.

Для выявления симптомов аллергии или указания их наличия в анамнезе проведено анкетирование по программе ISAAC. Диагностика включала общеклинические и ринологические исследования, лабораторные исследование, определение иммунологическая диагностика включала определение уровней общего IgE, цитокинов IL-4, IL-5 и IL-13 в сыворотке крови. Профиль сенсибилизации определяли с использованием панелей RIDA-иммуноблот, позволяющих определить количество IgE-антител к 20 наиболее распространенным респираторным аллергенам.

Полученные результаты: из обследованных 100 детей в 69% случаев выявлено наличие аллергической реакции, повышение количество эозинофилов (5-8%), повышенный уровень

общего IgE (220-310 МЕ/мл). Анализ спектра специфических IgE-антител показал наличие сенсибилизации к респираторным аллергенам у более чем половины обследованных детей, что сопровождалось гипертрофией аденоидной ткани 2 – 3 степени.

Таким образом, носоглоточная миндалина гипертрофируется в большинстве случаев за счет аллергического процесса в организме. Для определения аллергической направленности ребенка при сборе анамнеза целесообразно применение опросника, что позволит активно выявлять больных детей с аденоидной вегетацией с последующим, их дальнейшего аллергообследованием и совместным лечением у аллерголога для предупреждения прогрессирования аденоидной вегетации.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ МИКРОХИРУРГИИ ГОРТАНИ: МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ И УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ГОРТАНИ.

Болаткан А.К., Карымсакова С.Ж

Кафедра оториноларингологии, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Достоинствами эндоларингеальных микрохирургических вмешательств являются: проведение операций под визуальным контролем с соблюдением онкологических принципов, легкое течение послеоперационного периода, его небольшая продолжительность, отличные функциональные результаты. Реабилитация после микрохирургических операций на гортани направлена на восстановление голосовой функции и улучшение качества жизни пациента. Выбор методов реабилитации зависит от характера вмешательства и индивидуальных особенностей пациента.

Цель исследования. Определить методы восстановления голосовой функции после микрохирургии гортани и важность фонопедической реабилитации.

Методы исследования. В данной статье рассмотрено несколько основных методов восстановления голосовой функции после микрохирургии гортани, также затронуты вопросы послеоперационной противовоспалительной терапии после микрохирургических вмешательств по поводу доброкачественных новообразований голосовых складок, надгортанника и хронического ларингита.

Из всех методов местной терапии в послеоперационном периоде для профилактики воспалительных состояний гортани ингаляционная терапия находится на первом месте. Основным преимуществом ингаляционного способа лечения является возможность достижения быстрого и эффективного лечебного действия с применением небольшой дозы лекарственного препарата при значительном снижении системного эффекта. Во время ингаляции происходит быстрое всасывание лекарственных препаратов с депонированием его в подслизистом слое. Создается высокая концентрация лекарственного средства непосредственно в очаге воспаления. Применение увлажняющих ингаляций позволяет уменьшить дискомфорт в послеоперационной области и кашель, а также ускорить процессы реэпителизации голосовых складок. Особенно актуально в послеоперационном периоде местное лечение муколитическими препаратами (Карбоцистеин 750 мг 3р/д 7-10 дней), снижающими вязкость секрета в просвете гортани, препятствующих образованию налетов фибрина и корок. При большом объеме операции с риском развития отека гортани в послеоперационном периоде рекомендовано назначение глюкокортикостероидов: Дексаметазон 4-8 мг 1р/д. При жалобах пациента на сухой непродуктивный кашель назначают противокашлевые препараты (Преноксдиазин 100мг 3р/д - 5-7 дней) для предотвращения травмирования раневых поверхностей голосовых складок резким смыканием. Наличие у пациента гастроэзофагеальной рефлюксной болезни требует обязательного назначения противорефлюксной терапии по согласованию с гастроэнтерологом, чаще всего назначают ингибиторы протонной помпы (Омепразол 20 мг 1р/сутки не менее 1месяца) и антацидные препараты.

Особое место в послеоперационном лечении пациентов занимает лекарственный форез, который оказывает противовоспалительный, спазмолитический, десенсибилизирующий эффект и нейровегетативное нормализующее действие, особенно в сочетании с лекарственным препаратом.

При наличии у пациентов функционального гипертонусного компонента дисфонии проводят фонопедические занятия, целью которых является уменьшение напряжения мышц шеи, релаксацию, формирование дыхательной «опоры», удлинение фонационного выдоха, устранение дисбаланса мышечного тонуса, чрезмерного фонационного давления, перевод речи с «твердой» на «мягкую» атаку. Это способствует уменьшению травматизации краев голосовых складок, позволяет избежать кровоизлияний, вследствие повышенной ломкости сосудов и усиления их проницаемости.

При выявлении у пациентов преобладания клиники гипотонусного и гипо-гипертонусного расстройства коррекцию начинают с сочетания дыхательных упражнений и мягких голосовых упражнений на «придыхательной» атаке с постепенным переходом к голосовым упражнениям, направленным на активизацию голосовых мышц и улучшение смыкания голосовых складок. Курс фонопедии может быть дополнен электростимулирующей терапией. Применение этого метода стимулирует кровообращение, улучшает трофику тканей, способствует мышечной релаксации и снятию спастических напряжений, что ускоряет репаративные процессы в местах операции и способствует нормализации физиологии гортани.

Результаты. Всем пациентам необходимо проводить послеоперационное лечение в зависимости от преобладающего типа воспалительного процесса и его выраженности.

Риски отсутствия фонопедической реабилитации:

1.Замедленное восстановление: Пациенты, не участвовавшие в фонопедических занятиях, могут испытывать более длительный период восстановления голосовой функции и сохраняются признаки дисфонии на протяжении длительного времени.

2. Повышенный риск осложнений: Отсутствие специализированных упражнений может привести к развитию рубцовых изменений и хронических нарушений голоса.

Мониторинг течения послеоперационного периода необходимо проводить ежедневно первые трое суток, затем на 7,14,21,30 сутки после операции, в дальнейшем через 2-3 мес.

После эндоларингеальных микрохирургических вмешательств пациентам необходимо соблюдать щадящий физический режим, избегать подъема тяжестей, посещения бани и сауны в течение 1 месяца, длительного пребывания на улице в холодное время года.

Выводы. Таким образом, послеоперационная противовоспалительная терапия и курс фонопедической реабилитации позволяют значительно улучшить голосовую функцию: повысить звучность и громкость голоса. Включение фонопедических упражнений в программу реабилитации после микрохирургии гортани является ключевым фактором для эффективного восстановления голосовой функции и улучшения качества жизни пациентов. Своевременное начало голосовосстановительного лечения позволяет нормализовать физиологию гортани, ускорить репаративные процессы, предотвратить развитие осложнений, сократить сроки восстановления голоса.

УСТРАНЕНИЕ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ КАК ПОВОРОТНЫЙ МОМЕНТ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Беэр-Шева, Израиль

Введение: Обструктивное апноэ сна (ОАС) — широко распространённое, но часто недооценённое расстройство, оказывающее значительное влияние на качество жизни и психическое здоровье. Помимо кардиометаболических последствий, синдром вызывает

выраженную фрагментацию сна, гипоксию, десинхронизацию циркадных ритмов и снижение чувствительности к терапии антидепрессантами. Всё больше данных указывает на прямую связь между ОАС и формированием терапевтически резистентной депрессии (ТРД), особенно у пациентов с избыточной массой тела. В таких случаях стандартная психофармакотерапия оказывается неэффективной до устранения первопричинного соматического триггера. Одним из возможных решений становится хирургическая коррекция нарушенной проходимости верхних дыхательных путей во время сна, особенно если пациент отказывается от применения CPAP-терапии.

Цель исследования: демонстрация клинического случая мужчины с длительно текущей резистентной депрессией и ожирением на фоне нераспознанного синдрома обструктивного апноэ сна, в лечении которого ключевым фактором достижения стойкой ремиссии стала комплексная операция на структурах ротоглотки, а также сопутствующая метаболическая и поведенческая терапия.

Материалы и методы исследования: Пациент 44 лет, находившийся на амбулаторном наблюдении по поводу большой депрессии с частыми рецидивами, несмотря на смену трёх групп антидепрессантов и длительную психотерапию. ИМТ при поступлении — 30,9. Из жалоб — выраженная дневная сонливость, астения, когнитивное снижение, полная утрата мотивации. На приёме сопровождался супругой, которая указала на громкий храп и эпизоды остановки дыхания во сне. Сомнологическое обследование подтвердило наличие выраженного обструктивного апноэ с индексом апноэ-гипопноэ >20. Пациент отказался от респираторной поддержки (CPAP). После мультидисциплинарной консультации рекомендована комбинированная увулопалатофарингопластика с коррекцией носовой перегородки и мягкого нёба. Операция выполнена бригадой ЛОР-хирурга и челюстно-лицевого специалиста. Дополнительно назначена программа метаболического восстановления: диета средиземноморского типа, физическая активность, приём метформина (до 2000 мг/сут), фенофибрата (145 мг/сут), комплекса антиоксидантов и нутриентов (омега-3, витамин D, магний, коэнзим Q10).

Полученные результаты: Уже через 4 недели после операции пациент отметил улучшение сна, исчезновение утренней головной боли, снижение тревоги, повышение бодрости и возвращение интереса к деятельности. Через 3 месяца была зафиксирована устойчивая ремиссия по аффективной симптоматике. По шкале MADRS — снижение баллов с 34 до 6. Индекс массы тела снизился до 24,7. Объективные параметры сна — нормализованы. Впервые за несколько лет пациент полностью отказался от антидепрессантов. Повысился уровень социальной активности и трудовой мотивации. Результаты сохраняются спустя год наблюдения. Врачами отмечено полное восстановление циркадного режима сна, снижение инсулинорезистентности и нормализация липидного спектра.

Краткое содержание: Приведённый случай подчёркивает необходимость диагностики ОАС у пациентов с резистентной депрессией, особенно при наличии ожирения и анамнестических указаний на храп и неэффективность медикаментозной терапии. При отказе от CPAP-терапии хирургическое восстановление проходимости дыхательных путей может служить ключевым компонентом выздоровления. Включение ЛОР-специалиста и эндокринолога в команду сопровождения таких пациентов повышает эффективность лечения и способствует достижению стойкой ремиссии. Метаболическая и сомнологическая реабилитация должны рассматриваться как составная часть терапии аффективных расстройств у данной категории больных.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: РОЛЬ САНАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОЧАГА В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОГО ОРОФАЦИАЛЬНОГО НЕВРОПАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Беэр-Шева, Израиль

Введение: Устойчивый к лечению болевой синдром в области рта и лица — нередкая проблема у женщин молодого и среднего возраста. Особенно сложным является ведение пациентов с жалобами на жжение, сухость, неприятный запах изо рта, ощущение инородного тела при отсутствии выраженной соматической патологии в зоне жалоб. Такие случаи нередко классифицируются как «синдром жжения полости рта» (СЖПР), реже — как идиопатическая орофациальная невропатия. Тем не менее, в патогенез подобных состояний всё чаще рассматривается вклад нейровоспаления и системного метаболического дисбаланса. Одновременно с этим, актуализируется роль хронической оториноларингологической патологии как потенциального триггера персистирующего орофациального дискомфорта. Установлено, что хронический тонзиллит и риносинусит, особенно в сочетании с метаболическим воспалением при ожирении, могут формировать устойчивое патологическое возбуждение в тригеминальной системе и провоцировать вторичные психоневрологические расстройства, включая СЖПР, галитоз и тревожные расстройства.

Цель исследования: представить клинический пример женщины с длительно протекающим болевым синдромом в полости рта, галитозом, ожирением и резистентностью к психофармакотерапии, где ключевым терапевтическим вмешательством стала хирургическая санация хронического воспалительного процесса в ротоглотке и околоносовых пазухах.

Материалы и методы исследования: Пациентка 29 лет более трёх лет наблюдалась у психиатра по поводу соматоформного болевого расстройства и у стоматолога — с диагнозом СЖПР. Лечение включало антидепрессанты, противосудорожные препараты, местные средства, витаминотерапию — без стойкой клинической динамики. Отмечалось прогрессирующее ожирение, выраженная социальная тревожность, нарушение сна. При целенаправленном анамнезе выяснилось наличие хронического тонзиллита с детства и частых рецидивов синусита. После консультации оториноларинголога выполнены: двусторонняя тонзиллэктомия, эндоскопическая санация околоносовых пазух, системная антибактериальная терапия.

Полученные результаты: Через 2 месяца после вмешательства пациентка отметила исчезновение жжения и дискомфорта в полости рта, исчезновение неприятного запаха, значительное снижение тревожности и улучшение социального функционирования. Также началось устойчивое снижение массы тела — за полгода потеряно 20 кг, восстановлен менструальный цикл. На фоне снижения веса и воспалительного фона уменьшились проявления нейровегетативной дисфункции. Объективно — стабильная ремиссия в течение 12 месяцев наблюдения.

Краткое содержание: Представленный случай подчёркивает необходимость комплексной соматической оценки пациентов с болевыми и сенсорными жалобами в ротовой полости. При наличии хронической ЛОР-патологии у пациентов с СЖПР и галитозом, особенно в сочетании с ожирением, устранение воспалительных очагов может быть критически важным условием достижения психосоматической ремиссии. Повышение настороженности специалистов первичного звена и кооперация психиатров с оториноларингологами позволяют расширить диагностический поиск и повысить эффективность терапии резистентных форм орофациального болевого синдрома.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИДА ОВОЗ ФУНКЦИЯСИНИ АКУСТИК БАҲОЛАШНИНГ КЛИНИК АҲАМИЯТИ

Вохидов У.Н., Шерназаров О.Н.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-буйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази

Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмалари (ҲХЎ) оториноларингология амалиётида кенг учрайдиган патология бўлиб, овоз функциясининг турли даражада бузилиши билан кечади. Улар орасида овоз бурмалари полиплари, папилломалар, Рейнке шиши ва кисталар энг кўп тарқалган турлар ҳисобланади. ҲХЎ айниқса овоз-нутқ фаолияти билан боғлиқ касб

вакилларида касбий қобилиятни йўқотиш хавфини келтириб чиқаради. Замонавий клиник амалиётда овоз функциясини баҳолашда объектив, ноинвазив ва тезкор усуллардан бири — овознинг акустик таҳлили ҳисобланади.

*Мақсад***.** Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда овоз функциясини объектив баҳолашда акустик таҳлилнинг клиник аҳамиятини аниқлаш ва унинг даво самарадорлигини баҳолашдаги ролини ўрганиш.

Ларингохирургия жадал ривожланганлиги туфайли овоз аппаратининг объектив таҳлилини таъминлай оладиган услубни ишлаб чиқиш зарурати туғилди. Овоз бузилишларини ташхислаш, даволаш натижаларини режалаштириш ва кузатишда қўлланиладиган компьютер спектрографияси ёрдамида ўтказиладиган электроакустик текширувларнинг ишлаб чиқилган объектив усуллари товуш сигналини таҳлил қилишда муҳим ютуқ бўлди.

Овоз товуш сигнали бўлиб, ҳиқилдоқнинг овоз ҳосил қилиш функцияси ҳақида муҳим маълумот беради. Бу махсус компьютер дастурлари ёрдамида ҳиқилдоқнинг турли касалликларида унинг спектрал таҳлилини ўтказиш имконини беради. Замонавий компьютерларнинг математик ҳисоблашларга асосланган дастурий таъминоти реал вақт режимида товуш сигналлари параметрларини таҳлил қилиш, ўзгартирилган товушнинг рақамли натижаларини ҳужжатлаштириш, физиологик жараёнларнинг физик маълумотлар билан боғлиқлигини аниқлаш, сигнал тузилишини статистик таҳлил қилиш имконини беради. Акустик сигнал маълум алгоритмлар - спектрал таҳлил, чизиқли башорат, кепстрал ишлов ва бошқалар ёрдамида қайта ишланади. Овознинг акустик таҳлили сўнгги ўн йилликда фониатрия амалиётида бир қатор сабабларга кўра кенг тарқалди. Биринчидан, у овоз параметрларини миқдорий баҳолашни таъминлайди. Иккинчидан, акустик таҳлил овоз функциясини текширишнинг ноинвазив усулидир. Учинчидан, бу усул ўтказилаётган даволаш самарадорлигини баҳолашда фойдали бўлиши мумкин. Ва ниҳоят, овозни акустик таҳлил қилиш учун кўп сонли самарали ва фойдаланиш осон бўлган компьютер тизимлари пайдо бўлди. Овоз аппарати касалликларининг асосий белгиси турли даражада намоён бўлган, ҳатто афониягача бўлган дисфония (хириллаш) ҳисобланади. Ҳиқилдоқнинг органик касалликларида хириллашнинг пайдо бўлиши овоз бурмаларининг анатомик шикастланиши билан боғлиқ, функционал бузилишларда эса овоз бурмалари мушаклари тебранишининг тартибсизлиги билан боғлиқ бўлиб, улар овоз спектрида компьютер ёрдамида миқдорий жиҳатдан аниқланадиган турбулент шовқинлар мавжудлиги билан кечади. Вақт ва частота соҳаларида товушни визуал таҳлил қилиш учун мўлжалланган акустик таҳлил тизимлари етарлича. Энг кўп қўлланиладиганлари: Multi-Dimensional Voice Program (KayPentax, АҚШ), HngWAVES (WEVOSYS, Германия), Praat (Лингвистика институти, Амстердам университети, Голландия), Sonogram Visible Speech (Сунъий интеллект тадқиқот маркази, Германия), Speech Filing System (Фонетика ва тилшунослик факультети, Лондон университет коллежи, Англия), Speech Analyzer (SIL Int., АҚШ), Speech Studio (Laryngograph Ltd, Англия), WaveSurfer (STT, Швеция), WEDW Edit 20 Waveform Program (Speech Research Lab, Делавер штати университети, АҚШ) ва бошқалар. Ҳиқилдоқ патологиясида овоз функциясини баҳолаш учун асосий акустик параметрлар қуйидагилардир: асосий тон частотаси (F_0), овоз интенсивлиги (кучи), асосий тон частотасининг тасодифий ўзгариши (титраш (jitter)), амплитудасининг тасодифий ўзгариши (тебраниш (shimmer)), гармоника/шовқин нисбати (Harmonics-to-Noise Ratio (HNR)), овознинг тон ва динамик диапазони, максимал фонация вақти (МФВ), С/3 коэффициенти.

Материал ва усуллар. Текширувга турли клиник шаклдаги ҲХЎ бўлган беморлар киритилди. Беморлар операция олди ва кейинги даврда баҳоланди. Акустик таҳлил “Praat”, “lingWAVES” ва “Dr. Speech” дастурий комплекслари ёрдамида амалга оширилди. Қуйидаги параметрлар ўрганилди:

- Асосий тон частотаси (F0)
- Jitter – асосий тон частотасининг тасодифий ўзгариши
- Shimmer – амплитуда ўзгарувчанлиги
- Гармоника/шовқин нисбати (HNR)

- Максимал фонация вақти (МФВ)
- Овознинг тон ва динамик диапазони

Натижалар ва муҳокама. Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда овоз бузилиши сабабларининг 60–70 % ни ташкил қилади. Турли муаллифлар маълумотларига кўра, ҲХЎ таркибида полиплар 39–68 %, папилломалар — 24–59 %, Рейнке шиши — 5,5 %, кисталар — 5 %, ноаниқ гранулёмалар — 3 % ни ташкил қилади. Ҳар қанча кўплаб ишлар овоз пайларининг хавфсиз ўсмага ўхшаш ҳосилаларга бағишланган бўлса-да, ҳозиргача уларнинг клиник кузатишлар ва гистологик тузилишини ўрганиш асосида бир хил терминология мавжуд эмас. Хусусан, типик тугунчалар турли номлар билан аталади: хонандалар тугунчалари, тугунли ларингит, тугунли хордапатия, оқсилли псевдоўсма, болалар амалиётида — бақириқчи болалар тугунчалари ва ҳ.к. Ҳажман каттароқ ҳосилалар эса полиплар, фибромалар, ангиофибромалар деб аталади. Овоз пайлари фонация пайтида турли механик зўриқишларга учрайди. Шу билан бирга, овоз пайларининг ўрта учдан бир қисмида максимал зўриқиш ва максимал ёпилиш содир бўлади. Овоз пайларини ортиқча зўриқтириш — ортиқча овоз юкламаси, бақириш, нотўғри овоз чиқариш (қаттиқ овоз ҳужуми) натижасида — эҳтимол, овоз пайларининг ўрта учдан бир қисмида ортиқча механик зўриқиш ва шикастланишга олиб келади. Шу тариқа, дисплазияланган тўқимада овоз пайларининг хавфсиз ўсмага ўхшаш ҳосилалари шаклланади.

Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда F0 меъёрга нисбатан пасайиши аниқланди, бу эса овоз бурмалари тебраниш частотасининг пасайганини кўрсатди. Jitter ва Shimmer кўрсаткичлари меъёрдан юқори бўлиб, овоз сигналининг барқарорлиги бузилганини тасдиқлади. HNR қийматининг пасайиши овоз сигналининг турбулент шовқинлар билан ифлосланганини кўрсатди. МФВ қисқариши фонацион нафас самарадорлигининг пасайганини аниқлади. Операциядан сўнг ва фонопедик даволашдан кейин аксарият беморларда F0, jitter, shimmer, HNR ва МФВ кўрсаткичлари сезиларли даражада яхшиланди, кўп ҳолларда меъёр қийматларига яқинлашди. Акустик таҳлил овоз функцияси ҳолатини миқдорий баҳолаш имконини беради ва перцептив баҳолаш билан қўшиб қўлланилганда клиник қарор қабул қилишда юқори ишончлиликка эга. Бу усулнинг ноинвазивлиги ва тезкорлиги уни ҲХЎ диагностикасида, операция олди ва кейинги мониторингда, шунингдек реабилитация жараёнида қўллашга имкон беради.

Хулоса. Овознинг акустик таҳлили ҲХЎ бўлган беморларда овоз функцияси бузилишини аниқлашда ва даво самарадорлигини баҳолашда ишончли диагностик восита ҳисобланади. Бу усул объективлик, ноинвазивлик ва қайта-қайта ўтказиш имконияти билан афзал. Клиник амалиётда уни перцептив баҳолаш ва функционал текширувлар билан биргаликда қўллаш тавсия этилади.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АБСЦЕССТОНЗИЛЛЭКТОМИИ ПО ДАННЫМ НАШЕЙ КЛИНИКИ

Гасымов А.В., Панахиан В.М., Абилова Ф.А., Гусейнова М.А.,
Шадлинская А.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, Учебно-Хирургическая Клиника, кафедра «Болезней Уха, Горла и Носа», г. Баку. Азербайджанская Республика

Введение: Паратонзиллярный абсцесс - это острое инфекционно-гнойное поражение околоминдаликового пространства, как следствие острого тонзиллита. По мнению некоторых авторов паратонзиллит является острым воспалением мелких слюнных желез Вебера, находившихся в паратонзиллярном пространстве. При ангине перифокальная отечность приводит к активности инфекции в железах Вебера и как следствие возникает паратонзиллярный абсцесс. Учитывая то, что паратонзиллярный абсцесс может привести к грозным осложнениям, таким как парафарингеальная флегмона и абсцесс, медиастенит, тонзиллярный сепсис, требует пристальное внимание к лечению и предупреждению повторного паратонзиллярного абсцесса. С другой стороны, после неоднократного

перенесенного паратонзиллярного абсцесса, сама тонзиллэктомия из-за рубцов технически усложняется и опасность кровотечения увеличивается.

Изменения структуры здравоохранения и экономические аспекты, требуют иной подход к лечению паратонзиллярного абсцесса.

Цель исследования: Нашей целью является разработка тактики лечения паратонзиллярного абсцесса, который предупреждает повторный рецидив паратонзиллярного абсцесса и увеличивает эффективность хирургического лечения хронического тонзиллита.

*Материалы и методы исследования***:** Под нашим наблюдением в течение одного года находились 547 больных с хроническим тонзиллитом, которым произведена двухсторонняя тонзиллектомия. Из них 301 пациента мужчины и 246 женщин, в возрасте от 2-х до 56 лет. У 23-х больных паратонзиллярный абсцесс возник как осложнение хронического тонзиллита, среди них 14 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 7-ми до 56 лет. У всех больных которые поступили в стационар, в анамнезе два и более случаев паратонзиллярного абсцесса в год. Нужно отметить, что до операции больным не проводилось вскрытие абсцесса, несмотря на выраженный тризм жевательных мышц, который затрудняет визуализацию операционного поля при тонзиллэктомии. Надо отметить, что абсцесстонзиллэктомия в предыдущие годы произведена в единичных случаях и не каждый год. Последний год абсцесстонзиллэктомия составил 4,2% от всех случаев тонзиллэктомии, проведенный в период наблюдения. После абсцесстонзиллэктомии ниша небной миндалины промывалась асептическими растворами (разведенные хлоргексидином, бетадином и перикисью водорода 3%) после чего новыми инструментами произведена тонзиллэктомия с другой стороны. Надо отметить, что на стороне паратонзиллярного абсцесса практически не отмечается кровотечение.

Полученные результаты: Ранний послеоперационный период больными переносится относительно легко, малоболезненно по сравнению с обычной тонзиллэктомией. Во время выздоровления какие-либо особенности и различия по сравнению с обычной тонзиллэктомией не отмечаются. Учитывая психоэмоциональное состояние больных, в послеоперационном периоде, болевой синдром переносится легко, из-за сильной болезненности в дооперационном периоде.

Краткое содержание: Под нашим наблюдением находились 547 больных, которым проводилась тонзиллэктомия, из них у 23 больных диагностирован паратонзиллярный абсцесс и произведена абсцесстонзиллэктомия. Послеоперационный период у больных с абсцесстонзиллэктомией проходил более гдадко, малоболезненно и с другой стороны абсцесстонзиллэктомия сводит к минимуму вероятности повторения паратонзиллярного абсцесса.

NO-ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ.

Егоров В.И., Беляева А.П., Мустафаев Д.М., Голубовский Г.А.
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г.Москва, Россия

Введение. Паратонзиллярный абсцесс — острое гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки, развивающееся преимущественно как осложнение острого или хронического тонзиллита. Заболевание характеризуется выраженной клинической картиной: интенсивной односторонней болью в горле, асимметрией мягкого неба и фебрильной лихорадкой, тризмом жевательной мускулатуры. Однако, последний признак встречается не всегда и является необязательным, поэтому не стоит опираться на наличие или отсутствие тризма. Паратонзиллярный абсцесс занимает одно из ведущих мест в структуре ургентной оториноларингологической патологии, особенно среди лиц молодого, трудоспособного возраста.

Традиционные методы лечения включают хирургические: вскрытие абсцесса или абсцесстонзиллэктомия, с последующей антибактериальной и местной терапией. Однако, даже при своевременном вмешательстве сохраняется риск рецидивов и осложнений, что

обусловливает необходимость поиска новых эффективных методов послеоперационного ведения.

Актуальность исследования. В последние годы особое внимание уделяется немедикаментозным методам лечения, в частности, физическому воздействию на воспалительные процессы. Одним из перспективных направлений является применение оксида азота (NO) — эндогенного газа, обладающего широким спектром биологической активности. NO играет ключевую роль в регуляции микроциркуляции, обладает антибактериальным действием, стимулирует репаративные процессы и модулирует иммунный ответ.

Экзогенное введение NO, полученного с помощью воздушно-плазменного аппарата, открывает новые возможности в лечении гнойно-воспалительных заболеваний. В связи с этим изучение эффективности NO-терапии в комплексном лечении паратонзиллярного абсцесса представляет значительный научный и практический интерес.

Цель исследования. Целью работы является Улучшение результатов лечения больных с паратонзиллярным абсцессом на основе использования современного комплексного подхода с применением NO-терапии.

Материалы и методы. Пациентам с рецидивирующим паратонзиллярным абсцесссом проводилась абсцесстонзиллэктомия с удалением небной миндалины на противоположной стороне, затемпри помощи специального манипулятора произведена обработка раны холодным газовым потоком (NO) в течение 1 минуты на область тонзиллярных ниш в послеоперационном периоде. При гистологическом исследовании было описано наличие хронического воспаления как в миндалине на стороне поражения, так и на противоположной, что обосновывает удаление обеих миндалин во время абсцесстонзиллэктомии. Пациентам с впервые возникшим паратонзиллярным абсцессом проводилось вскрытие абсцесса с последующим разведением краев раны, промывание полости и обработка эндогенным оксидом азота при помощи санационного катетера в течении 1 мин. Оценивались гиперемия ротоглотки, асимметрия мягкого неба, болевой синдром, площадь налета фибрина, а также общий и биохимический анализы крови, температура тела и общее состояние пациента, шкала боли ВАШ.

Результаты. Предварительные данные показали значительное уменьшение воспалительных явлений уже после первых процедур NO-терапии, после вскрытия абсцесса, так и после удаления миндалин.

Заключение. Терапия оксидом азота является перспективным методом в комплексном лечении паратонзиллярного абсцесса. Полученные данные свидетельствуют о ее высокой эффективности в уменьшении воспаления, ускорении заживления и улучшении общего состояния пациентов.

НАШ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РОНХОПАТИИ

Егоров В.И., Кочнева А.О.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Введение. Ронхопатия - хроническое заболевание с различной этиологией, характеризующееся вибрацией мягкого неба во время акта сна и его соприкосновением с задней стенкой глотки. Вибрация возникает на границе твердого и мягкого неба, далее распространяясь на всю толщу неба и язычка. Данная патология возникает при увеличении объёма, расслаблении и растяжении мышц мягкого неба, следовательно, для устранения данного дефекта, проводятся мероприятия, направленные на их истончение, подтягивание и уплотнение. Всё ныне существующие варианты хирургического лечения храпа можно отнести к одному из двух способов. Первый - травматизация тканей различными методами (гальванокаустика, криовоздействие, лазерная деструкция, склерозирование раствором спирта), вызывающее рубцевание, что приводит к истончению, подтягиванию и уплотнению

мягкого неба. Второй - иссечение свободного края мягкого неба и язычка. Однако многие способы вмешательства отличаются достаточно высокой травматичностью и, как следствие, выраженным послеоперационным болевым синдромом. В связи с этим ведется поиск новых более щадящих технологий для хирургического лечения данной патологии. Мы разработали и внедрили в практику новый способ хирургического лечения ронхопатии, основанный на контролируемой деструкции мягкого неба и язычка в строго определённых местах и на необходимую глубину, результатом которого является прогнозируемое равномерное рубцевание тканей, приводящее к решению проблемы храпа без косметического дефекта и нарушения функции мягкого неба.

Цель: повышение эффективности хирургического лечения ронхопатиис помощью применения нового способа, включающего хирургическое вмешательство в области язычка, небных дужек и слизистой оболочки мягкого неба, которое выполняют с помощью монополярногоэлетрокоагулятора.

Материалы и методы исследования: В ЛОР-клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с проходит исследование эффективности применения нового способа хирургического лечения ронхопатии. С помощью нового способа пролечено 25 больных (мужчин) в возрасте от 35 до 65 лет с жалобами на храп и наличием признаков ронхопатии.Всем пациентам было проведено хирургическое вмешательство: 5 пациентампод местной анестезией (поверхностная и инфильтрационная), в сидячем положении и 20 под общей анестезией в лежачем положении. В режиме коагуляции, проводят резекцию язычка на границе средней и верхней трети,коагулируют края передних небных дужек до основания, при этом ширина области прижигания составляет 3-5мм, отступя на 5 мм от основания язычка, после чеговыполняют точечную коагуляциюмягкого небапутем внедрения конца насадки элетрокоагуляторанав глубину тканей на 2-4 мм, диаметром 2 мм, отступя от перехода твердого неба в мягкое 5 мм, в трех точках: по средней линиимягкогонеба, и на середине расстояния между средней линией и продолжения условных вертикальных линий, проходящих через основание передних небных дужек. После правильно выполненной вышеописанной манипуляции слизистая оболочка мягкого неба, его дужек и язычка покрывается мелкими ранами, на которых быстро образуются фибриновые наложения. Результатом такой процедуры является локальное воспаление тканей, как на поверхности, так и в глубине мягкого неба. Всем пациентам давали соответствующие рекомендации на 10-14 дней, пока не заканчивается воспалительный процесс и выписывали из стационара на 2ый сутки после вмешательства. Исследование динамики боли в послеоперационном периоде, оцениваемой по 10 балльной визульно-аналоговой шкале, показало, что наблюдалось некоторое возрастание болевого синдрома на 2ые сутки, однако, уже на 4-5ые сутки отмечалось значительное уменьшение болезненности, а через 7 дней с момента выполнения операции у пациентов боли практически стихали.

Результаты. Динамика наблюдения показала, что по мере исчезновения воспаления и развития рубцов мягкое небо, дужки и язычок истончаются, уплотняются и подтягиваются, что приводит к исчезновению их вибрации (т.е. храпению). Данный способ лечения хорошо переносился больными, что способствало сокращению сроков стационарного лечения и реабилитации пациентов.

Краткое содержание. Многие способы вмешательства отличаются достаточно высокой травматичностью и, как следствие, выраженным послеоперационным болевым синдромом. В связи с этим ведется поиск новых более щадящих технологий для хирургического лечения данной патологии. Мы разработали и внедрили в практику новый способ хирургического лечения ронхопатии, основанный на контролируемой деструкции мягкого неба и язычка в строго определённых местах и на необходимую глубину, результатом которого является прогнозируемое равномерное рубцевание тканей, приводящее к решению проблемы храпа без косметического дефекта и нарушения функции мягкого неба. Динамика наблюдения показала, что по мере исчезновения воспаления и развития рубцов мягкое небо, дужки и язычок истончаются, уплотняются и подтягиваются, что приводит к исчезновению их вибрации (т.е.

храпению). Данный способ лечения хорошо переносился больными, что способствало сокращению сроков стационарного лечения и реабилитации пациентов.

ДЕКАНЮЛЯЦИЯ ПАЦИЕНТОВ

Инкина А.В.
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Введение. Деканюляция после трахеостомии— это важный этап в восстановления пациента, правильная оценка состояния пациента перед этой процедурой критически важна для обеспечения его безопасности.

Цель исследования. Разработать простой в практическом применении, безопасный алгоритм удаления трахеостомической трубки.

Материалы и методы исследования. Деканюляция проведена 55 пациентам с трахеостомой, из них 33 (60%) мужчин, 22 (40%) женщин в возрасте от 22 до 71 года, средний возраст 56 лет. Наиболее частой причиной наложения трахеостомы было угнетение сознания вследствие отека головного мозга при черепно-мозговой травме или инсульте (96%).

Полученные результаты. Успешно деканюлирован 51 пациент (92,7%). Причинами отказа от проведения деканюляции явилась тяжелая дисфагия с трансларингеальной аспирацией у 3 пациентов (5,4%); у 1 пациента (1,8%) выявлен рубцовый стеноз подскладкового отдела гортани, который потребовал выполнения реконструктивной операции.

Краткое содержание. На основании собственного опыта мы предлагаем простой протокол подготовки взрослых пациентов, находящихся в сознании и на самостоятельном дыхании (более 48 часов) к проведению деканюляции, состоящий из 3 пунктов для оценки состояния пациента: 1) оценка эффективности кашлевого рефлекса; 2) оценка эффективности глотания; 3) оценка проходимости дыхательных путей. При этом следует переходить к оценке результатов исследования последующего пункта только после получения положительных результатов исследования предыдущего пункта протокола.

-Оценка эффективности кашлевого рефлекса: необходимо убедиться, что пациент способен самостоятельно очищать дыхательные пути от секрета. Если пациент требует санации с помощью отсоса более 3 раз в сутки, это указывает на недостаточную способность к самостоятельному откашливанию, и является противопоказанием для деканюляции.

-Оценка эффективности глотания: способность пациента безопасно глотать без аспирации важна для предотвращения риска попадания пищи в дыхательные пути. На первом этапе необходимо опросить пациента о возможности приема пищи различной консистенции. Если при глотании не происходит изменения голоса, нет поперхивания и кашля, можно считать функцию глотания удовлетворительной и переходить к следующему пункту оценки состояния пациента. Если есть сомнения в эффективности глотания, рекомендуем провести тест с метиленовым синим. При подтверждении трансларингеальной аспирации, рекомендуем выполнить фиброоптическую эндоскопическую оценку глотания или рентгеноскопию акта глотания. При инструментальной оценке дисфагии от 5-8 по шкале аспирации в соответствии с критериями Rosenbek (PAS) деканюляция противопоказана.

-Оценка проходимости дыхательных путей: сначала необходимо оценить дыхание и голос пациента при закрытом наружном отверстии трахеомической трубки. Если голос звучный и дыхание остается свободным, необходимо перевести больного на трахеостомическую трубку меньшего диаметра и закрыть пробкой ее наружное отверстие в течение как минимум 2 суток с активным динамическим наблюдением. Если у пациента при проведении этого теста нет звучного голоса, имеются проявления респираторного дистресса, рекомендуем эндоскопический осмотр дыхательных путей. При отсутствии патологии во время эндоскопического осмотра, трахеостомическую трубку можно уменьшить и закрыть ее наружное отверстие. При отсутствии нарушения дыхания при проведении данного теста в течение как минимум 2 суток, можно приступать к самой процедуре деканюляции. Пациентам, которые не проходят тест на определение эффективности дыхательной функции, имеющих

дисфонию, трахеомаляцию, паралич гортани, признаки стеноза или пневмонии, деканюляция не показана.

После успешной деканюляции важно обеспечить надлежащий уход за трахеостомой и наблюдение за пациентом, чтобы предотвратить возможные осложнения, такие как образование трахеального свища. Наличие аварийного оборудования и постоянный врачебный контроль в первые 48 часов после деканюляции также являются важными мерами для обеспечения безопасности пациента.

Заключение. Данные о проведенной деканюляции 55 пациентам, с высоким процентом успешных случаев, подчеркивают эффективность предложенного протокола. Однако важно продолжать исследовать и развивать стандарты деканюляции, чтобы улучшить результаты и минимизировать риски для пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «ЭКОФЛОН» В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Инкина А.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Введение. Вопросы восстановления опорного каркаса дыхательных путей в результате рубцового стеноза остаются нерешенными до настоящего времени. Продолжается поиск материалов, способных воссоздать утраченный хрящевой каркас гортани и трахеи.

«Экофлон» по химическому составу – синтетический материал политетрафторэтилен. Имплантаты изготавливают путем порошкового спекания. В результате получается пористая структура, предполагающая возможность врастания соединительнотканной капсулы внутрь имплантата. Важное достоинство этого материала – доступность изготовления индивидуальных имплантатов. Имплантаты из «Экофлона» в большей степени соответствуют требованиям биосовместимости и минимизации влияния на прилежащие ткани. «Экофлон» обладает рядом положительных для пластики качеств: плотностью, эластичностью, хорошей приживляемостью, биоинертностью. Имплант легко выкроить сообразно имеющемуся дефекту, не вызывает реакции организма на инородное тело (от развития грануляций и рубцов вокруг импланта до полного его отторжения). Материал долго хранится, после вскрытия упаковки возможна повторная стерилизация.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с дефектами скелета гортани и трахеи за счет применения импланта «Экофлон».

Материалы и методы исследования. В исследуемую группу были включены 5 пациентов в возрасте от 24 - 36 лет (мужчины) с хроническими постинтубационными рубцовыми стенозами гортани и трахеи. У всех пациентов на начальном этапе лечения имелась рубцовая атрезия просвета гортанно-трахеального отдела протяженностью от 1,5 - 3,0 см и трахеостома. После выполнения этапных реконструктивно-пластических вмешательств на гортани и трахее – ларинготрахеопластики с иссечением рубцовой ткани, редрессацией хрящей гортани и трахеи и дальнейшим формировании воссозданного просвета дыхательных путей на Т-образной трубке, у всех пациентов имелся обширный ларинготрахеальный дефект со значительным нарушением каркаса гортани и шейного отдела трахеи. Таким образом, в исследуемую группу включены пациенты с обширной ларинготрахеостомой, т.е. имеющие дефект стенки гортани и трахеи без стеноза полости. Всем пациентам выполнено пластическое полное или частичное закрытие ларинготрахеального дефекта с использованием материала «Экофлон». Мы использовали выполненные производителем по нашему заказу арочные импланты «Экофлон» толщиной 2,5 мм. Операция по ушиванию ларинготрахеального дефекта в общих чертах сводилась к следующему: под местной анестезией выполняли разрез, окаймляющий ларинготрахеальный дефект, отступя от его края около 1,0 см. Кожу, окружающую ларинготрахеостому, отсепаровывали, затем поворачивали эпидермисом внутрь и ушивали отдельными швами. Таким образом формировалась внутренняя выстилка просвета гортани и трахеи. По размеру имеющегося дефекта выкраивали имплант, перфорировали его и подшивали с опорой на сохранившиеся боковые фрагменты дуги перстня или полуколец

трахеи, дополнительно тщательно фиксируя его к сформированной внутренней выстилке отдельными швами во избежание провисания мягких тканей в просвет дыхательных путей, а также с целью лучшего приживления импланта. Сверху имплант укрывали дополнительно сформированным мышечным или мышечно-фасциальным лоскутом из окружающих тканей. На окончательном этапе операции выполняли кожную пластику имеющегося раневого дефекта. Из-за обширных размеров дефекта закрыть его сопоставлением краев кожи после предварительной их мобилизации не удавалось, поэтому во всех случаях прибегали к использованию местноперемещенных кожных лоскутов.

Полученные результаты. В раннем послеоперационном периоде учитывали состояние операционной зоны, степень выраженности реактивных явлений, положение и фиксацию импланта. В отдаленном периоде оценивали просвет и состояние хрящевого каркаса гортани и трахеи, дыхательную функцию. Из объективных методов мы ориентировались на эндоскопические данные.

Случаев инфицирования в послеоперационном периоде не наблюдалось. Послеоперационный период протекал без осложнений — миграции, обнажения и отторжения имплантата не было, во всех случаях рана зажила первичным натяжением, сформированный просвет дыхательных путей оставался стойким. Прослеженные нами в течение 6 месяцев отдаленные результаты операции с использованием импланта «Экофлон» свидетельствуют о стойком сохранении сформированного просвета.

Краткое содержание. Применение «Экофлона» дает возможность изготовления импланта необходимой формы и позволяет добиться восстановления опорного скелета гортани и трахеи. «Экофлон» не вызывает реакции отторжения и хорошо приживляется.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО РЕЖУЩЕГО ИНСТРУМЕНТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Инкина А.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Введение. Хирургическое лечение хронических рубцовых стенозов гортани и трахеи до сих пор является серьезной проблемой здравоохранения. Количество таких больных не уменьшается, а лечение подобных поражений сложно, длительно и не всегда успешно. Исследование способов рассечения тканей во время хирургического вмешательства для улучшения результатов заживления раны и профилактики рецидивов стеноза может иметь серьезное значение в повышении качества лечения пациентов.

За последние годы проведено множество исследований с целью поиска оптимального режущего инструмента в хирургии гортани и трахеи. Мы сравнили заживление ран после этапных реконструктивно-пластических операций на полых органах шеи в зависимости от способа воздействия на ткани. Анализ заживления ран после реконструктивно-пластических операций может внести значительный вклад в оптимизацию лечения.

Цель исследования. Сравнительный анализ заживления ран после воздействия на ткани обычным скальпелем, ультразвуковым скальпелем и радионожом при проведении реконструктивно-пластических операций на полых органах шеи.

Материалы и методы исследования. Всего пролечено 55 пациентов с хроническими рубцовыми стенозами гортани и трахеи, из них 33 (60%) мужчин, 22 (40%) женщин. Пациенты были в возрасте от 22 до 71 года, средний возраст составил 46 лет. Распределение по этиологии было следующим: постинтубационные (48%); посттравматические (26%); посттрахеостомические (16%); смешанные (9%); прочие (9 %). По уровню поражения изменения локализовались на уровне вестибулярного, складкового, подскладкового отделов гортани, гортаннотрахеальном, шейном (выше и ниже трахеостомы), встречались грануляции, деформации и общеравномерное сужение просвета, ограниченные рубцы.

Из 55 обследованных больных у 28 человек (50,9%) был выявлен 1 уровень поражения, у 25 человек (45,5%) 2 уровня стеноза, и у 2 (3,6%) больных 3 уровня стеноза. При 1 уровне поражения преобладали изменения в гортани (47,6%) и гортаннотрахеальном отделе (33,2%),

у троих пациентов этой группы наблюдалась полная атрезия гортаннотрахеального отдела. При двухуровневом поражении чаще всего встречалось сочетанное поражение гортаннотрахеального и шейного отдела трахеи (ниже стомы)- 35,6% и локализация изменений в гортани и шейном отделе трахеи (выше стомы) - 23,1%.

Выполнены операции: ларинготрахеопластика и ушивание ларинготрахеального дефекта. Применялись следующие виды хирургического воздействия на ткани: обычный скальпель; ультразвуковой скальпель (ультразвуковой хирургический аппарат «ЛОРА-ДОН», Россия) и радионож «Curis» (Sutter, Германия). Выделено 2 группы пациентов: 1- после ларинготрахеопластики (n=26); 2- после ушивания ларинготрахеального дефекта (n=37). Характер заживления послеоперационной раны оценивали на основании динамического визуального наблюдения за послеоперационной областью, при этом выделено несколько исходов заживления: первичное заживление, частичное расхождение швов и полное расхождение швов с последующим вторичным заживлением.

Полученные результаты. Первичное заживление раны после ларинготрахеопластики с использованием радионожа достоверно чаще ($p<0,001$), чем при использовании скальпеля (75,0% и 43,3% соответственно). При этом в случае применения скальпеля частичное расхождение швов происходит практически в половине операций (43,3%). Из всех использованных способов резания тканей частичное расхождение швов происходит реже всего при применении радионожа (25,0%). При этом в случае использования скальпеля частичное расхождение швов (43,3%) отмечается достоверно чаще ($p<0,001$), чем при использовании радионожа. Полное расхождение швов, как наиболее тяжелый исход заживления, наблюдалось редко во всех случаях. заживление раны после пластики дефекта гортани и/или трахеи первичным натяжением наиболее часто происходит при использовании радионожа и ультразвукового скальпеля (77,2% и 66,6%). При использовании обычного скальпеля кожная рана заживает первичным натяжением в 60% случаев. Частичное расхождение швов и образование свищей при использовании радионожа наблюдается в 22,8%. Полное расхождение швов (11,1%) чаще всего происходит при использовании УЗС, что достоверно чаще ($p<0,05$), чем при рассечении тканей обычным скальпелем. Наилучшие результаты по заживлению раны получены в случае использования радионожа. При сравнении радионожа со скальпелем и УЗС первичное заживление происходит достоверно чаще - $p<0,001$ и $p<0,01$ соответственно.

Краткое содержание. Проведенный анализ данных по заживлению ран после операций по восстановлению просвета гортани и трахеи позволил найти оптимальный хирургический инструмент для каждого вида вмешательства.

Заключение. При выполнении реконструктивно-восстановительных вмешательств на гортани и трахее оптимальным режущим инструментом является радионож, для уменьшения кровоточивости тканей при выкраивании больших и сложных лоскутов целесообразно использовать радионож.

РОЛЬ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ VEGF-A В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗЕ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Казимов Б.Б., Хамракулова Н.О.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Ангиофиброма носоглотки (ювенильная назофарингеальная ангиофиброма) представляет собой редкую доброкачественную сосудистую опухоль, характеризующуюся выраженной склонностью к местно-деструктивному росту и высокой васкуляризацией. Особое внимание исследователей привлекает сосудистый эндотелиальный фактор роста А (VEGF-A) - ключевой регулятор ангиогенеза и сосудистой проницаемости. VEGF-A играет центральную роль в патогенезе ангиофибромы носоглотки, определяя интенсивность неоваскуляризации и степень васкуляризации опухоли. Повышенная экспрессия данного фактора коррелирует с агрессивностью роста новообразования и риском развития осложнений.

Цель исследования. Систематизировать современные знания о роли анамнестических факторов VEGF-A в диагностике и прогнозировании течения ангиофибромы носоглотки для оптимизации клинической практики о риска рецидивирования.

Материалы и методы. В исследование включены 80 пациентов с основным диагнозом АН, которых обследовались и лечились в ЛОР-отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского института, 20 взрослых составили контрольную группу практически здоровых лиц. Пациенты были в возрасте от 12 до 25 лет (18,3±2,5 года). В исследуемой группе отмечалось значительное преобладание мужского пола - 79 пациентов (98,75%), тогда как женский пол был представлен лишь 1 случаем (1,25%).

Результаты. Медицинская эффективность анамнестических факторов VEGF-A в диагностике и прогнозе ангиофибромы носоглотки в первую очередь заключалось диагностической эффективности , для этого одной из первых задач улучшение диагностики, чтобы достичь цели мы обратили внимание на сокращение времени до установления диагноза с 8,2±3,1 до 3,4±1,2 месяцев ($p<0,001$), повышение точности стадирования с 76% до 94% ($p<0,001$), а также на снижение количества диагностических ошибок с 23% до 6% ($p<0,01$). Оптимизация лечебной тактики заключается персонализированному подход к выбору метода лечения в 89% случаев, снижение частоты неполной резекции с 18% до 7% ($p<0,05$) и улучшение планирования предоперационной эмболизации. Прогностическая эффективность показала предикция рецидивов таким выявление группы высокого риска рецидива: чувствительность 94,2%, специфичность 89,6% и раннее выявление рецидивов: в среднем на 4,2±1,8 месяца раньше клинических проявлений. Снижение частоты рецидивов с 12% до 4% благодаря персонализированному наблюдению, оптимизация послеоперационного мониторинга дифференцированные схемы наблюдения в зависимости от генетического риска, сокращение частоты контрольных обследований у пациентов низкого риска на 40% и интенсификация наблюдения у пациентов высокого риска.

Выводы. Исследование генетических маркеров у 45 пациентов с ангиофибромой носоглотки в сравнении с 20 практически здоровыми мужчинами позволило установить статистически значимые различия в распределении аллельных вариантов, что подтверждает роль генетических факторов в патогенезе заболевания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГОЛУБОГО ЛАЗЕРА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГОРТАНИ

Калиолдина Д.С., Тогузбаева Д.Е.

Введение: Доброкачественные новообразования гортани, включая полипы, папилломы и узелки голосовых складок, широко распространены и значительно ухудшают качество жизни пациентов. Среди современных методов хирургического лечения особое место занимают лазерные технологии, обеспечивающие минимальную инвазивность и высокую точность воздействия. На сегодняшний день ,несмотря на активное применение голубого лазера в ведущих ЛОР-центрах Европы и США, в Казахстане и странах СНГ системных исследований по его клинической эффективности не проводилось, а также представлены единичные сообщения, освещающие эффективность и безопасность применения голубого лазера при таких новообразованиях, что обусловливает актуальность данного исследования.

Научная новизна: Научная новизна состоит в комплексной оценке клинической эффективности и профиля безопасности инновационного голубого лазера в сравнении с традиционными методами лечения доброкачественных новообразований гортани. Впервые будут систематизированы данные о воздействии голубого лазера на ткани гортани и голосовую функцию.

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность применения голубого лазера при лечении доброкачественных новообразований гортани.

Задачи исследования:

1. Сравнить клиническую эффективность применения голубого лазера и традиционных хирургических методов лечения.

2. Проанализировать безопасность использования голубого лазера, включая осложнения и побочные эффекты.

3. Оценить влияние голубого лазера на функциональное состояние голосового аппарата до и после операции.

4. Разработать рекомендации по внедрению голубого лазера в клиническую практику оториноларингологов.

Методы исследования: Проспективное клиническое исследование, включающее эндоскопическую диагностику, фониатрические и фонетографические тесты, анализ голосовой функции, а также статистический анализ полученных данных.

Объем исследования: Исследование охватит 100 пациентов с доброкачественными новообразованиями гортани, разделенных на две группы: основную (лечение голубым лазером) и контрольную (традиционные хирургические методы).

Критерии оценки:До/после операции:

Голосовые шкалы: VHI-10, GRBAS.Акустика: Jitter (%), Shimmer (dB), HNR (дБ).

Клинические параметры: длительность операции, гемостаз, отёк, время восстановления, осложнения.

Инструменты анализа: Статистика: t-критерий Стьюдента, χ^2, ANOVA, ROC-анализ (SPSS/R).

Объем исследования: Исследование охватит 100 пациентов с доброкачественными новообразованиями гортани, разделенных на две группы: основную (лечение голубым лазером) и контрольную (традиционные хирургические методы).

Объекты исследования: Пациенты с доброкачественными новообразованиями гортани.

Единицы наблюдения: Клинические показатели эффективности лечения, безопасность процедуры, голосовые характеристики пациентов.

Предмет исследования: Эффективность и безопасность применения голубого лазера в лечении доброкачественных новообразований гортани.

Результаты исследования: Результаты исследования позволят определить перспективность внедрения голубого лазера в рутинную практику, улучшить лечебные исходы, снизить частоту осложнений и ускорить восстановление голосовой функции пациентов. Будут подготовлены клинические рекомендации по использованию голубого лазера для практикующих врачей-оториноларингологов.

Заключение: Голубой диодный лазер представляет собой инновационный инструмент, сочетающий высокую точность, гемостатический контроль и минимальное повреждение тканей. Его применение при доброкачественных образованиях гортани открывает перспективы улучшения хирургических результатов и качества жизни пациентов. Проведение первого клинического исследования в Казахстане позволит обосновать его внедрение в стандарт медицинской помощи и сформировать научную базу для последующих разработок.

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ МЕТОДОМ ТЕРМАЛЬНОГО ВЕЛДИНГА: ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИОННОГО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Карабаев Х.Э., Низамова Э.С., Улугов Ж.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Введение. В настоящее время существует большое разнообразие различных методов тонзиллкэтомии, в основе работы большинства из которых лежат различные варианты физического воздействия на ткани; каждый из методов имеет свой набор преимуществ и недостатков, выбор того или иного метода тозиллэктомии напрямую зависит от многих факторов (возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний) , а эффективность его оценки стоит проводить по определенным критериям, как в отношении хирурга, так и в отношении пациента. Не смотря на широкий выбор методов, техника тонзиллэктомии до сих пор не совершенна.

Цель исследования. Изучить особенности течения операционного и послеоперационного периода у больных после тонзиллэктомии с использованием термального велдинга.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на 15 пациентах с диагнозом «хронический тонзиллит, токсико- аллергическая форма, 2 степени», которым была выполнена тонзиллэктомия с использованием метода термального велдинга. Оценивались такие параметры, как время хирургической дисекции, объём кровопотери, интенсивность послеоперационной боли (оценивалась с помощью ВАШ, а также по потребности в обезболивании). Для каждого пациента была составлена клиническая карта, в которой были отражены данные анамнеза, лабораторной диагностики, включающей в себя рутинные предоперационные анализы, а также результаты мазков из зева и ЭХОКГ, выполненных на этапах предварительного консервативного лечения.

Полученные результаты: Метод термального велдинга сокращает время хирургической диссекции – в среднем она составляет по 6-7 минут для удаления одной нёбной миндалины;

Уменьшает объём интраоперационной кровопотери . Не смотря на то, что подсчитывать объём кровопотери сложно, так как в основном во время операции использует аспиратор, а содержимое мерного стакана включает в себя не только кровь, но и физиологический раствор, который использовался для промывания нёбных миндалин; Снижает до минимума риск ранних и отдалённых послеоперационных кровотечений; Как и другие методы удаления с помощью физического воздействия метод термального велдинга приводит к возникновению выраженной послеоперационной боли, которая достигает пика к 7 дню послеоперационного периода.

Заключение. В работе проводится анализ литературных данных, данных исследований, посвященных хирургическому лечению хронического тонзиллита. Также приведены результаты собственного исследования на пациентах, которым была выполнена тонзиллэктомия с применением метода термального велдинга, описан принцип работы прибора и его технические характеристики, проведена оценка эффективности метода , особенности течения интра – и послеоперационного периода.

ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕССНИ УЧРАШ ЧАСТОТАСИНИ ТИЗИМЛИ ТАҲЛИЛИ

Қосимов Қ.Қ., Усманова Н.А.

Андижон давлат тиббиёт институти, Узбекистан

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш мақсадида амалий тадбирлар амалга оширилмоқда. Касалликларни самарали даволаш, жумладан оториноларингологик касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича турли изланишлар олиб борилмоқда.

Тадқиқот мақсади бўлиб паратонзилляр абсцесс бўлган беморларни комплекс текширув натижалари таҳлили ҳисобланади.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотга 2021-2023 йиллар давомида Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг оториноларингология бўлимида паратонзилляр абсцесс ташхиси билан даволанган 140 нафар беморлар тадқиқотга жалб қилинди. Барча беморларда комплекс оториноларингологик, эндоскопик, умумий клиник, иммунологик, биокимёвий, бактериологик ва бошқа тадқиқотлар ўтказилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Паратонзилляр абсцесс бўлган беморларни ёши ва жинси бўйича таҳлил қилинганда, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ёш бўйича классификациясига асосан, 18-44 ёш бўлган беморлар 42 нафарни, 45-59 ёш бўлган беморлар 67 нафарни, 60-74 ёш бўлган беморлар 30 нафарни ташкил қилди. Юқоридагилардан кўриниб турибдики, паратонзилляр абсцесс билан касалланган беморлар асосан меҳнатга лаёқатли ёшда бўлди.

Паратонзилляр абсцессни тарқалганлиги бўйича таҳлил қилинганда, беморларнинг 55%ида ўнг томонлама, 37%ида чап томонлама, 8%ида эса икки томонлама патологик жараён бўлганлиги аниқланди.

Паратонзилляр абсцесснинг локализация бўйича жараённи таҳлил қилинганда, асосан супратонзилляр (олдинги-юқори), орқа, пастки ва ён томонлама (латерал) абсцесс кечаётганлигига баҳо берилди. Жумладан, беморларнинг 77,5%ида супратонзилляр абсцесс, 16,5%ида орқа паратонзилляр абсцесс, 3%ида пастки паратонзилляр абсцесс, 3%ида ён томонлама паратонзилляр абсцесс борлиги аниқланди. Шундай қилиб, мурожаат қилган беморлар орасида асосан супратонзилляр ва орқа паратонзилляр абсцесс устунлик қилиши исботланди.

Паратонзилляр абсцесснинг шишли, инфильтратив ва абсцесслашган шакллари фарқланади. Уларнинг кечиши ҳам бир-биридан фарқ қилади. Касалликнинг ривожланишига сабаб бўлувчи этиологик омиллар ҳам кўп ҳисобланади. Уларни аниқлаш касалликни кечимини, уни даволаш тактикасини тўғри танлашда муҳим роль ўйнайди.

Паратонзилляр абсцесс ташхис билан мурожаат қилган беморларнинг кўпчилиги паратонзилляр абсцесснинг абсцесслашган шаклида мурожаат қилишди. Умумий кўрикда аниқланишича, беморларнинг 111 нафарида паратонзилляр абсцесснинг абсцесслашган шакли, 25 нафар беморда паратонзилляр абсцесснинг инфильтратив шакли бўлганлиги аниқланди. Фақатгина 4 нафар беморда паратонзилляр абсцесснинг шишли шакли бўлганлиги аниқланди.

Касалликнинг ривожланишига сабаб бўлувчи этиологик омиллар таҳлил қилинганда, беморларнинг 59 нафарида одонтоген, 62 нафарида тонзиллоген, 12 нафарида травматик, 7 нафарида касалликнинг гематоген омиллар сабабли ривожланганлиги аниқланган.

Шундай қилиб, *хулоса* қилиш мумкинки, паратонзилляр абсцесснинг тарқалиши ва учраши ўзига хос бўлиб, касалликни даволаш чоралари кўришда ушбу хосликни инобатга олиш зарур.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ

Маматова Т.Ш., Махамадалиев Э.Ю., Тухтапулатов А.Б.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Ташкентская городская детская хирургическая больница № 2

Введение: Паратонзиллярный абсцесс – это гнойное воспалительное заболевание околоминдаликовых клетчатки развивающийся как осложнение после перенесённых ангин, этиологическими факторами которого могут быть как микробы, так и вирусы. Последние годы ПА участились и в детском возрасте.

Возможно, этому способствует частое подверженнее детей острым респираторным заболеваниям. Основным субъективным осушением у больных ПА является сильная боль горле, из – за которого дети отказываются от глотания пищи за счет которого наблюдается интоксикационный синдром. Несмотря на существующие методы диагностики и лечения ПА особенно в детском возрасте до настоящего времени нет единого метода лечения. В этой связи оптимизация методов диагностики и лечение ПА у детей остаётся актуальной.

Цель исследования: Оценить клинические особенности, методы диагностики и результатов лечения пациентов с паратонзиллярным абсцессом.

Материал и методы исследование: Под наблюдением в детский ЛОР отделении 2 – ГДХКБ находились 156 больных детей ПА в возрасте от 4 до 17 за период 2022 – 2024 гг. У 104 детей ПА впервые, у 52 повторный. Всем больным в стационаре проведены как клинико – лабораторные, так же (аппаратное с помощью) УЗИ исследование для определения стадии воспалительного процесса, и выбора тактики лечение. С целью оценки тяжести заболевания пользовались определением лейкоцитарного индекса интоксикации. В зависимости от результатов обследования больного назначали метод лечение в комплексе с медикаментозные.

Результаты исследование: Из общего числа обследованных детей у 104 детей ПА были впервые, у 52 повторный. У всех детей симптом интоксикации был выражен в средней степени. Группы больных детей впервые заболевших ПА лечили традиционным методом (пункция – вскрытия абсцесса и дренирование) в комплексе с дезинтоксикационный терапией. У повторно заболевшим детям находясь в стационаре проводили абсцесстонзиллэктомию, которою дети переносили удовлетворительно.

Дни нахождении в стационаре сократились на 3 дня что придаёт экономическую значимость.

Выводы:На основании полученных результатов для адекватного выбора и оптимизации диагностики лечение ПА у детей:

1) Считаем целесообразным проведение УЗИ нёбной миндалины, определение ЛИИ.

2) С целью профилактики развития повторного ПА, его осложнений с учитывая общего состояния больного можно проводить абсцесстонзиллэктомия.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Маматова Ш.Р., Уракова У.Э.

Ташкентский медицинский университет, Узбекистан

Актуальность: Статья посвящена проблеме хронического тонзиллита. Широкая распространенность заболевания, а также высокий риск осложнений со стороны жизненно-важных органов делают эту проблему особенно актуальной. В статье подробно описаны факторы, способствующие формированию очага хронического воспалениях миндаликовой ткани.

Цель исследования: цель – оценить эффективность (Тонзилотрен) при наблюдении детей с хроническим тонзиллитом.

Материалы и методы исследования. Исследования проводилось на базе клиники Таш ПМИ у 55 больных детей дошкольного возраста, с диагнозом хронический тонзиллит. При лечение использовался гомеопатическое лекарственное средство «Тонзилотрен».

Результаты исследования. В результате исследование у больных детей наблюдалось, положительная динамика уже на 3-й день: уменьшение неприятного запаха изо рта и боли в горле. В этой группе быстрее улучшалось состояние небных дужек и миндалин, а также снижались явления лимфаденита. Мониторинг состояния пациентов на протяжении 6 месяцев показал, что рецидивы хронического тонзиллита возникали в 2,9 раза реже. Исследование подтвердило положительное влияние гомеопатическое лекарственное терапии на воспалительные симптомы: улучшение общего самочувствия 14%, снижение болевого синдрома 9% и изменения структуры миндалин по данным ультразвука 13%.

Выводы. За время наблюдения нежелательные явления, обусловленные приемом Тонзилотрена, нами не выявлены. Препарат хорошо переносился, не вызывал дискомфорта со стороны органов дыхания при приеме. Применение Тонзилотрена важно начинать в 1–2-е сутки с момента начала заболевания. У детей, с диагнозом хронический тонзиллит, применение Тонзилотрена имеет хороший клинический эффект, патогенетически оправдано и не сопровождается нежелательными реакциями.

Препарат Тонзилотрен, применяемый в составе комплексной терапии (перорально и парентерально), повышает эффективность лечения у пациентов с впервые установленным диагнозом «хронический тонзиллит, компенсированная форма», сокращая сроки терапии и снижая количество рецидивов в течение 6 месяцев.

РОЛЬ КОЛЛАГЕНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Махамадаминова Ш.А., Шарипов У.А.

Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий амалий тиббиет маркази, Узбекистан

Подготовка раны к пластике стомы у пациентов с хроническим стенозом гортани и трахеи часто требует тщательной предоперационной оценки и хирургического планирования для минимизации осложнений и обеспечения оптимальных результатов. Ключевыми аспектами являются: устранение инфекции, лучевая нагрузка и наличие предшествующих хирургических вмешательств, таких как трахеостомия или Т-образные дренажи.

Коллагеновые инъекции — это введение препаратов с коллагеном (чаще всего I и III типа) в лечении хронических стенозов гортани и трахеи, хотя и не является основным методом, может играть вспомогательную роль в улучшении результатов лечения, особенно в комплексной терапии. Коллаген способствует регенерации тканей путем стимуляции фибробластов, нормализуют микроциркуляцию и кислородный обмен, улучшает синтез собственной соединительной ткани. Все эти процессы являются важным аспектом для заживления ран при реконструктивных операциях у больных с хроническими стенозами гортани и трахеи.

Материал и методы исследования. В период с 2023 по 2025 год в ЛОР-центре проходили обследование и лечение 15 пациентов с диагнозом хронический стеноз гортани и трахеи. Среди них — 11 мужчин (73,3 %) и 4 женщины (26,7 %). Возраст пациентов варьировал от 17 до 52 лет, в среднем составляя $34{,}5 \pm 9{,}2$ года. Все пациенты находились в трудоспособном возрасте, что подчёркивает высокую социальную и профессиональную значимость данной патологии.

У всех пациентов в анамнезе имелось тяжёлое дорожно-транспортное происшествие. В остром периоде травмы они находились в состоянии комы в отделениях реанимации по месту жительства, где получали искусственную вентиляцию лёгких в течение 30–50 суток. На 11–15-е сутки пребывания в реанимации всем пациентам была выполнена трахеостомия. После выхода из комы и восстановления функций жизненно важных органов проводилась деканюляция (удаление трахеостомической канюли), и пациенты были выписаны домой под амбулаторное наблюдение.

Результаты исследования. Ориентировочно через месяц после деканюляции — что соответствует фазе ремоделирования (созревания) рубцовой ткани — у пациентов стали постепенно проявляться симптомы нарастающей одышки и дыхательной недостаточности. При проведении обследования во всех случаях был выявлен циркулярный постинтубационный стеноз гортани и трахеи. В связи с выраженной степенью стеноза пациентам повторно выполнялась трахеостомия.

Во всех случаях в нашей клинике пациентам проводился комплекс диагностических исследований, включающий бронхоскопию, эндоскопию гортани, компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Целью обследования было определение тактики ведения и объёма предстоящего реконструктивно-хирургического вмешательства.

В до- и послеоперационном периоде всем пациентам назначалась комплексная коллагеновая терапия, направленная на оптимизацию процессов регенерации тканей. Необходимость такого подхода была обусловлена тем, что все пациенты перенесли несколько этапов хирургического лечения до достижения полного восстановления топографо-анатомического каркаса дыхательной трубки, голосовой функции, а также косметического состояния кожи в области оперативного вмешательства — на шее.

Особое значение качественная регенерация тканей приобретает при последующей пластике ларингостомы, где крайне важны достаточный кожный тургор, отсутствие грубых рубцов и хорошая васкуляризация тканей. Соблюдение этих условий создаёт благоприятные предпосылки для одномоментных реконструктивных операций с хорошим функциональным и эстетическим результатом.

Выводы. Таким образом, коллагеновая терапия является важным компонентом комплексного ведения пациентов с хроническим стенозом гортани и трахеи. Она способствует ускоренному заживлению тканей, снижению риска развития фиброзных осложнений, улучшению трофики и васкуляризации в зоне оперативного вмешательства, что, в свою

очередь, положительно влияет на качество и исход реконструктивных хирургических вмешательств, включая пластику ларингостомы.

БЕВАЦИЗУМАБ (АВАСТИН) В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК: ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Махамадаминова Ш.А., Исмоилов М.Ж.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность. Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) — редкое доброкачественное, но рецидивирующее заболевание дыхательных путей, вызываемое ВПЧ типов 6 и 11, с преимущественным поражением гортани и голосовых складок.

Цель. Оценить роль бевацизумаба (Авастин), моноклонального антитела против VEGF, в качестве адъювантной терапии РРП, с акцентом на эффективность при внутрилезионном и системном применении.

Методы. Анализ публикаций, серий наблюдений и клинических случаев, описывающих применение бевацизумаба у пациентов с РРП.

Результаты. Внутрилезионное введение бевацизумаба способствует снижению частоты рецидивов, удлинению интервалов между операциями и улучшению голосовой функции. Системное применение эффективно при лёгочных формах заболевания.

Вывод. Бевацизумаб представляет собой перспективное дополнение к хирургическому лечению РРП, особенно при выраженном или трудно поддающемся лечению поражении голосовых складок.

Ключевые слова: рецидивирующий респираторный папилломатоз, бевацизумаб, VEGF, голосовые складки, внутрилезионная терапия, ангиогенез

Введение. Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся формированием папиллом в дыхательных путях. Эти новообразования чаще всего локализуются в гортани, особенно на голосовых складках. Возбудителем являются вирусы папилломы человека (ВПЧ) низкого онкогенного риска — 6 и 11 типы. Клиническая картина варьирует от охриплости до угрожающей жизни обструкции дыхательных путей. Основным методом лечения остаётся хирургическое удаление, однако высокая частота рецидивов ограничивает его эффективность.

Ангиогенез играет ключевую роль в росте папиллом, при этом в ткани очагов значительно повышен уровень экспрессии сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF). Бевацизумаб, гуманизированное моноклональное антитело к VEGF-A, изначально применяемое в онкологии, в последние годы привлекает внимание ЛОР-специалистов как средство дополнительной терапии РРП.

Материалы и методы. Проведён качественный обзор литературы по базам данных PubMed, MEDLINE и Embase по июнь 2025 года. Включались клинические исследования, наблюдательные серии и описания случаев применения бевацизумаба (внутрилезионно и системно) у взрослых и детей с подтверждённым РРП. Основные изучаемые параметры: частота рецидивов, длительность ремиссии, интервалы между хирургическими вмешательствами, качество голоса, побочные эффекты.

Результаты. Внутрилезионное введение

Наиболее широкое применение бевацизумаб получил в виде инъекций непосредственно в область папиллом под контролем микроларингоскопии. Используемая доза составляла 5–10 мг на голосовую складку каждые 2–4 недели.

У взрослых пациентов с глоттической формой РРП наблюдалось >80% уменьшение объёма папиллом после 2–4 инъекций.

В отдельных случаях повторная хирургия не требовалась в течение ≥6 месяцев.

Улучшение голосовой функции по шкале GRBAS (среднее снижение с 3,5 до 1,0).

Видеостробоскопия выявила снижение васкуляризации и восстановление мукозной волны.

У пациентов с поражением передней комиссуры достигнуто значительное сохранение фонационной функции.

Системное введение

У пациента с папилломатозом с распространением на лёгкие по данным КТ применялся бевацизумаб внутривенно в дозе 10 мг/кг каждые 3 недели:

После 3 введений отмечено частичное регрессирование очагов на КТ.

Субъективно — снижение кашля, улучшение физической выносливости.

Побочные эффекты отсутствовали, при регулярном мониторинге не выявлено протеинурии или артериальной гипертензии

Детская популяция

У детей применялись меньшие дозы (например, 4 мг на складку каждые 2 недели). Наблюдалась умеренная положительная динамика, однако часто требовалось длительное поддерживающее лечение.

Обсуждение. Роль VEGF в патогенезе РРП подтверждена многочисленными гистохимическими и молекулярными исследованиями. Подавление ангиогенеза с помощью бевацизумаба позволяет контролировать рост папиллом, уменьшить частоту рецидивов и снизить нагрузку на голосовой аппарат.

Внутрилезионное применение является наиболее безопасным и эффективным, особенно при локализованных поражениях. Системная терапия показана при генерализованных формах, особенно при поражении трахеи и лёгких, но требует внимательного мониторинга побочных эффектов. Следует подчеркнуть, что бевацизумаб не обладает противовирусной активностью, поэтому его нельзя рассматривать как средство полной эрадикации ВПЧ.

Необходимы крупные рандомизированные исследования для разработки унифицированных схем дозирования и определения длительности терапии.

Заключение. Бевацизумаб является эффективным адъювантным средством лечения РРП, особенно при поражении голосовых складок. Он позволяет значительно сократить количество операций, улучшить голосовую функцию и продлить периоды ремиссии. Его применение, особенно интралезионное, хорошо переносится и может рассматриваться как компонент стратегии органосохраняющего лечения РРП.

АКУСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГОЛОСА ПАЦИЕНТОВ С УЗЕЛКАМИ ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК

Махамадаминова Ш.А., Эргашева Н.И.

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан

Аннотация. Исследование посвящено применению акустического анализа голоса у пациентов с певческими узелками. Акустический анализ представляет собой неинвазивный метод диагностики, позволяющий измерять объективные параметры голоса, такие как джиттер, шиммер, соотношение гармоник и шума (HNR) и другие показатели, отражающие качество смыкания голосовых связок. У больных с певческими узелками наблюдаются характерные изменения в голосе, включающие охриплость и присутствие шумового компонента, что выражается в изменении акустических параметров.

Ключевые слова: акустический анализ голоса, певческие узелки, голосовые расстройства, диагностика, джиттер, шиммер, соотношение гармоник и шума (HNR), объективные параметры голоса

Цель исследования. Основная цель работы — выявление специфических акустических маркеров, позволяющих проводить раннюю диагностику и оценивать эффективность лечебных мероприятий, таких как голосовая терапия или хирургическое вмешательство. Данный обзор посвящён исследованию акустических характеристик голоса у пациентов с голосовыми узелками, основное внимание уделяется методикам измерения таких параметров, как вариабельность периода основного тона (PPQ), вариабельность амплитуды (APQ) и

отношение шум/тон (NHR). Особое место в обзоре занимает сравнительный анализ акустических показателей у детей с голосовыми узелками и контрольной группы, а также рассмотрение перспектив использования новых индексов, таких как Acoustic Voice Quality Index (AVQI), для диагностики голосовых расстройств в русскоязычной популяции.

Методика исследования. В ряде исследований проводился сравнительный анализ акустических характеристик голоса у пациентов с голосовыми узелками и контрольной группы. У 35 пациентов с голосовыми узелками и 32 детей без дисфонии были проанализированы параметры голоса с использованием программы Multi-Dimensional Voice Program (MDVP).

Основные этапы исследования

1. Сбор голосовых образцов при определённом уровне громкости (более 80 дБА).
2. Измерение основных акустических параметров:

● Периодическая нестабильность (PPQ), отражающая вариабельность периода основного тона;

● Амплитудная нестабильность (APQ), характеризующая изменения амплитуды;

● Отношение шум/тон (NHR), показывающее долю шумовой составляющей в голосовом сигнале.

3. Рассчитывались чувствительность и специфичность каждого параметра для предсказания наличия голосовых узелков.

Ниже представлена таблица с сравнительными данными показателей, полученными у детей с голосовыми узелками и у нормальных испытуемых:

Дополнительные методики. Помимо анализа PPQ, APQ и NHR, исследователи используют параметры jitter и shimmer, которые позволяют оценить динамику колебаний голосовых складок. Эти параметры традиционно применяются для объективной оценки голосовых нарушений, однако они лишь косвенно описывают физиологическое состояние голосовых складок, что требует применения более современных методов анализа, учитывающих нелинейность процесса колебаний.

Для повышения точности диагностики также применяются методы мел-частотного кепстрального анализа, которые позволяют выделить признаки, характерные для патологических изменений голосового сигнала. Например, анализ показал, что точность классификатора на основе мел-частотных кепстральных коэффициентов составляла 83,8 %, что существенно выше по сравнению с 60,4 % для параметров, получаемых в системе lingWaves.

Клиническая оценка акустических параметров у детей с голосовыми узелками

Исследования акустического анализа голоса у детей выявили, что при наличии голосовых узелков наблюдается значительное увеличение показателей PPQ, APQ и NHR. При этом изменение данных параметров свидетельствует о нарушении периодичности и амплитудной стабильности голоса, что напрямую связано с неравномерной вибрацией голосовых складок.

Клинические данные и интерпретация

При исполнении упражнений на фоновой громкости более 80 дБА, дети с голосовыми узелками демонстрируют следующие изменения:

● PPQ и APQ – увеличение вариабельности периода и амплитуды, что указывает на неспособность голосового аппарата стабильно поддерживать равномерное колебание.

● NHR – существенное увеличение отношения шум/тон, что является свидетельством присутствия дополнительных шумовых компонентов в спектральном составе голоса.

Данные показатели позволяют врачам-логопедам и оториноларингологам оценивать степень выраженности патологических изменений и корректировать лечебные мероприятия, в том числе проводить голосовую реабилитацию. Особенно важно отметить, что высокое значение специфичности NHR (93,75 %) делает его предпочтительным параметром для мониторинга эффективности проводимых лечебных процедур.

Заключение. Обзор представленных данных позволяет сделать следующие выводы:

Аккустический анализ голоса является объективным, количественным и неинвазивным методом, который широко используется для диагностики и контроля эффективности лечения при голосовых нарушениях, в том числе у пациентов с голосовыми узелками.

При наличии голосовых узелков наблюдается значительное увеличение показателей PPQ, APQ и NHR, что свидетельствует о нарушении вибрации голосовых складок и ухудшении контроля над параметрами голоса. Сравнительный анализ различных методик показал, что современные методы, такие как мел-частотный кепстральный анализ и комплексный индекс AVQI, обеспечивают более высокую точность диагностики по сравнению с традиционными методами, такими как система lingWaves.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА НА ФОНЕ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Муминов Л.Л.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение: Хронический фарингит является распространённым воспалительным заболеванием глотки, имеющим полиэтиологическую природу. В последние годы растёт число исследований, посвящённых роли ларингофарингеального рефлюкса (ЛФР) в патогенезе хронических заболеваний верхних дыхательных путей. ЛФР представляет собой заброс желудочного или дуоденального содержимого в полость гортани и глотки, что приводит к химическому повреждению слизистой оболочки. В отличие от гастроэзофагеального рефлюкса, при ЛФР заброс происходит преимущественно в дневное время, в вертикальном положении, и может протекать без выраженной изжоги, что затрудняет диагностику.

Цель исследования: Оценить клинические особенности течения хронического фарингита у пациентов с подтверждённым ЛФР.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 42 пациента (27 женщин и 15 мужчин, средний возраст — 44 ± 6 лет) с хроническим фарингитом, у которых с помощью фиброларингоскопии и 24-часовой pH-метрии диагностирован ЛФР. Оценивались жалобы, анамнестические данные, эндоскопическая картина, а также динамика симптомов на фоне лечения.

Полученные результаты: У пациентов с ЛФР хронический фарингит имел следующие особенности:

- Жалобы на першение, ощущение «кома» в горле, периодическое покашливание, утреннюю охриплость и заложенность в горле — у 85,7 % обследованных.
- Локальная гиперемия выражена умеренно, слизистая задней стенки глотки часто бледная с участками отёка и утолщения.
- Признаки гранулёзного и бокового фарингита выявлены у 64,3 % больных.
- Характерный симптом — утренний кашель, усиливающийся после пробуждения, у 78,6 % пациентов.
- Обострения чаще возникали после обильного ужина, употребления алкоголя, острой и жирной пищи, а также при приёме пищи перед сном.
- Сопутствующие признаки ЛФР включали охриплость, дисфонию, ощущение инородного тела в гортани, гиперсаливацию.

Полученные данные подтверждают, что хронический фарингит при ЛФР отличается атипичной клинической картиной с минимальными воспалительными изменениями, но выраженными субъективными жалобами, связанными с химическим повреждением слизистой.

Краткое содержание: ЛФР является значимым этиопатогенетическим фактором хронического фарингита, определяющим особенности его течения. Диагностика требует комплексного подхода с использованием эндоскопии, функциональных методов исследования и анализа клинической картины. Эффективное лечение включает коррекцию рефлюкса, модификацию образа жизни, диетотерапию и местное противовоспалительное воздействие.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕСПИРАТОРНОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАПИЛЛОМАТОЗА

Наджимутдинова Н.Ш., Алиева М.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Узбекистан

*Актуальность.*структуре доброкачественных опухолей у детей папилломы составляют 15,9-57,5%, чаще встречается ювенильный папилломатоз (87%), который проявляется в первые пять лет жизни (flint p. Et.al., 2014).

Диагностические ошибки на догоспитальном уровне ювенильного респираторного папилломатоза продолжают составлять 30-35% случаев, а у госпитализированных пациентов 22,4-35%. Неправильно установленный диагноз РРП приводит к ошибкам в их ведения (от 2 до 8 мес.).

Материал и методы исследования. Нами обследовано 92 ребенка с РРП. Гендерное распределение показало незначительное превалирование мальчиков - 55,4% (51), девочек было - 45,6% (41). Возраст первичного обращения: 1-3 года – 50,0% (46), 3-6 лет – 41,3% (38), старше 6 лет – 8,7% (8). Проведены исследования: эндоскопические – фиброларингоскопия с видеофиксацией, pH глотки, ПЦР вирус Эпштейн Бара (в слюне), ПЦР Helicobacter pylori (в слизи глотки), качественное и количественное определение вируса ВПЧ (ПЦР ДНК).

Результаты исследования: жалобы на изменение голоса – 100% (92) постоянная, одышка – 84,8% (78). При ларингоскопии при первичном обращении – распространённый процесс выявлен – в 34,8% (32), умеренно распространенный – 46,7% (43), ограниченный процесс – 26,8% (17). При распространенном и умеренно распространенном процессе у всех больных наблюдалась одышка, при этом по Деркай распространенность характеризовалась следующими баллами: 29,45±3,05 – распространенный процесс, 8,5±2,3 – при умеренно распространённом процессе, 4,1±0,7 баллов при локальном процессе.

При обследовании детей выявлено: ДНК ВПЧ идентифицирован в 86,9% (80) случаев, вирус Эпштейн Барра (EBV) у 61,9% (57) больных, Helicobacter pylori в слюне (ПЦР ДНК) - 27,2% (25), ларингофаренгеальный рефлюкс (pH <4) - 88,0% (81). Так же выявлена вирусная нагрузка при идентификации ВПЧ

Выводы. Показатели уровня вирусной нагрузки ВПЧ и ниличия вирус Эпштейн-Барра (EBV) находятся в прямой взаимосвязи и имеют сильную корреляционную связь. Так же взаимозависимы показатели клинических данных и вирусной нагрузки ВПЧ, свидетельствующее о том, что чем выше количественный показатель ВПЧ и определен вирус Эпштейна-Барра (EBV), тем тяжелее течение РРП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАСТОЙКИ ПРОПОЛИСА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Нуров У.И., Икрамова Ф.С., Алимова Ш.А.

Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистон

Введение. Лечение хронических аденоидитов является актуальной проблемой ринологии детского возраста. Медицинская и социальная значимость обусловлена как приростом до 60% за последнее десятилетие заболеваемости и связанными с нею экономическими затратами, так и ролью глоточной миндалины в формировании мукозального иммунитета, обеспечивающего защиту не только носоглотки, но и слизистой оболочки полости носа, ринотубарной зоны и околоносовых пазух.

Цель. Оценить клиническую эффективность комплексной терапии хронических аденоидитов у детей с использованием настойки прополиса.

Материалы и методы. Нами было обследовано 70 детей, обратившихся в Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр ЛОР-отделение.

Результаты и их обсуждение. В группе I закончили лечение с результатом «выздоровление» 22 пациентов (73,3%), «улучшение» – 8 человека (26,7%). В группе II

выздоровление было достигнуто у 10 человек (25%), улучшение – у 28 (70%), без эффекта – у 2 (5%) - у этих детей рецидив наступил в срок менее 2-х недель после выписки. По непосредственным результатам у пациентов, получавших прополисную настойку: доля выздоровлений в 2,58 раза больше, чем при традиционном методе.

Динамика наиболее значимых субъективных симптомов - заложенности носа, выделений из носа, стекания слизи в носоглотку, заложенности уха, храпа при различных видах лечения уже ко второму визиту большинство детей I группы их родители отмечали существенное улучшение по всем симптомам, в то время, как в группе II отчетливые положительные сдвиги появлялись только к 3-4-му визитам (5-7 дню). На третий день (2 визит) заложенность носа имелась у меньшего количества детей группы I, а выраженность ее уменьшилась в 2 раза, к 3-му и 4-му визитам количество жалующихся и выраженность жалобы сокращалось каждый раз вдвое, сходя на нет в 5-му визиту. В группе II ко 2-3-му визитам этот показатель существенно не изменился ни количественно, ни качественно. Выраженность жалобы достоверно уменьшилась вдвое только к 4-му визиту, и еще вдвое к 6-му визиту.

Дети группы I показали в лучшую динамику ко 2-му визиту в 1,5 раза, к 3 и 4-му визитам в 2,7 раза, к 5-му – в 4 раза, чем в группе II. Через 2 недели от начала лечения показатели отличались в 17 раз.

Характерным показателем эффективности настойки прополиса является отделяемое в носоглотке и в полости носа. Если при первичном обращении при эндоскопии в носоглотке определяли преимущественно гнойное отделяемое (49%), а в 22% случаев отделяемое отсутствовало при наличии выраженного отека ГМ, то уже через двое суток ко второму визиту картина кардинально менялась: количество пациентов с гнойным отделяемым сокращалось в 2,7 раза до 18,4% , а количество детей со слизистым отделяемым резко возрастало, при этом и количество детей с отсутствием отделяемого в носоглотке и отека ГМ тоже сокращалось в 2,3 раза (до 9,5%).

В группе II у большинства пациентов в первый месяц полученный результат был стабилен, но уже в течение полугодия стала прослеживаться отрицательная динамика. Рецидив отмечен у 13-х детей (32,5%), 8 девочек и 24 мальчиков. В возрасте от 2-х до 5 лет были 26 детей, и еще 6 – в возрасте 10-12 лет, что повидимому связано для младших детей с сохранением больших размеров аденоидов, а для старших – с увеличением ОНП и поздней возрастной редукцией аденоидных вегетаций. Кроме того, у 2-х детей в возрасте трех лет, несмотря на проведенную аденотомию, произошел рецидив заболевания.

Важным показателем лечения было состояние и степень гипертрофии АВ. Наметившаяся ко 2-му контролю (через 3 месяца) медленная редукция ГМ у детей группы I оказалась стабильной, и уже через год ГМ достигла среднего показателя 1,51±0,11 степени, независимо от возраста, что говорит о состояв-шемся разрыве порочного круга «гнойный аденоидит – гнойный риносинусит». Через 2 года ГМ сократилась до 1,42±0,32 степени, через 3 и более – 1,36±0,48. Изначально мы ставили своей целью санировать ЛОР-органы у этих детей и подготовить их на оперативное лечение. По анализу отдаленных результатов у большинства из них было отмечено уменьшение ГМ и прекращение обострений ХА, РС, отитов. Это позволило отказаться от хирургической тактики и продолжить динамическое наблюдение. В течение 3-х лет после лечения аденотомия была предложена 13, и выполнена 12 детям (1-му из них - аденотонзиллотомия), что составило 6,3%.

У детей, получавших стандартное лечение, размер аденоидных вегетаций также уменьшался, однако недостаточно, а повторные эпизоды РС на фоне сохраняющихся явлений ХА в последующем вели к аденотомии, которая была выполнена у 13 детей (32.5%) в течение 1-го года наблюдения.

Вывод. Использование комплексном лечение настойки прополиса при хроническом аденоидита с риносинуситом у детей сокращает длительность лечения на 40%, повышает его эффективность в 4 раза и увеличивает долю выздоровлений 3 раза по непосредственным и в 4 раза по отдаленным результатам по сравнению с традиционным лечением.

СУРУНКАЛИ АДЕНОИДИТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА БУРУНҲАЛҚУМ МИКРОБИОТИ

Нуров У.И., Икрамова Ф.С., Алимова Ш.А.
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Кириш. Сўнги йилларда болалар орасида бурунҳалқум лимфа тўқималарининг доимий яллиғланиши кенг тарқалган ЛОР-аъзолари касалликларидан бири ҳисобланади. Бурунҳалқум лимфа тўқималари яллиғланишининг тез-тез қайталаниши ўрта қулоқда асоратлар ривожланишига ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бу асосан болалар орасида бурунҳалқум микробиотининг ўзига хос хусусиятлари, шунингдек микроорганизмларнинг юқори вирулентлиги ва инвазивлиги туфайли намоён бўлмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: сурункали аденоидит билан оғриган болаларда бурунҳалқум микробиотини ўрганишдан иборат.

Тадқиқот материали ва текшириш усуллари. Ушбу тадқиқот Бухоро вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР-бўлими ва поликлиникасида ҳамда BUKHARA LOR MED CENTRE клиникасида олиб борилди. Изланиш давомида барча беморларда бурунҳалқумдан суртма олиниб бактериологик текшириш ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқотга жалб қилинган 154 нафар бемор болаларда бурунҳалқумдан суртма олиниб бактериологик текшириш олиб борилди. Беморлар ва уларнинг ота-онаси сўзидан аниқланган шикоятлар, анамнез маълумотлари, шунингдек оториноларингологик текширув натижалари ва кенг қамровли инструментал ва лаборатор таҳлил натижалари, шу жумладан ҳалқум муртаги юзасидан олинган суртмани бактериологик текшириш асосида биз турли этиологияли аденоидитнинг болаларда намоён бўлиш сабаблари ўргандик.

Бурун-ҳалқум муртаги юзасидан олинган суртмани бактериологик текширилганда энг кўп аниқланган микроорганизм Staphylococcus aureus бўлиб, 26,6% беморда аниқланди. Кейинги ўринда Streptococcus pneumoniae 21,7% беморда ва Haemophilus influenzae 17,2% беморда аниқланди. Klebsiella pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Pseudomonas species ва Streptococcus pyogenus каби бошқа микроорганизмлар кам учради, мос равишда 5,9%, 2%, 3.2% ва 2% ни ташкил қилди.

Шунингдек, икки ва уч турдаги бактериялардан иборат микроорганизмлар ассоциацияси ҳам қайд этилди. Staphylococcus aureus ва Streptococcus pneumoniae комбинацияси 4% беморда, Staphylococcus aureus ва Streptococcus pyogenus ҳам биргаликда 4% беморда учради. Staphylococcus aureus ва Acinetobacter baumannii, шунингдек, Haemophilus influenzae ва Streptococcus viridans комбинацияси мос равишда 5,8% ва 4% беморда аниқланди. Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae ва Streptococcus viridans каби учта микроорганизмлар биргаликда учраши 4% беморда қайд этилди.

Хулоса. Шундай қилиб, болалар орасида сурункали аденоидитни Staphylococcus aureus (26,6%), Streptococcus pneumoniae (21,7%), Haemophilus influenzae (17,2%), Klebsiella pneumoniae (5,9%), Moraxella catarrhalis (2%), Pseudomonas species (3,2%) и Streptococcus pyogenus (2%) каби микроорганизмлар келтириб чиқариши аниқланди.

ОВОЗДАГИ ЎЗГАРИШЛАР БИЛАН НАМОЁН БЎЛАДИГАН ҲИҚИЛДОҚНИНГ ХАВСИЗ ЎСМАЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСОТИ

Саломов Қ.М.
Тошкент тиббиёт университети
Тошкент, Узбекистан

Мавзунинг долзарблиги. Ҳиқилдоқ хавсиз усмалари овоз ўзгаришларига олиб келади ва уларнинг учраши охирги йилларда кўпроқ учрамоқда. Ҳиқилдоқ хавсиз ўсмаларни ташхислаш ва даволаш хозирги вақтдаги оториноларингология сохаси долзарб муоммолардан бири хисобланади. Овоз ўзгаришларига олиб келадиган сабабларни икки гурухга бўлиш мумкин. Булар органик ва функционал. Функционал дисфония бу ҳиқилдонинг ўзига бирорта органик ўзгариш кузатилмайди, фақат унинг функциясида ўзгариш кузатилади. Органик дисфония

деганда ҳиқилдоқдаги бирор бир органик ўзгариш хисобига овоз ўгариши кузатилади. Бу органик ўзгаришга асосан хиқилдоқнинг хавсиз ўсмалари киради, булар асосан овоз бойлами кистаси, полипи, ҳиқилдоқ кистаси ва бошқалар. Овоз ўзгаришлари нафақат инсонлар ўртасидаги муносабатларга тасир қилибгина қолмай балки касбий фаолиятида хам қийинчиликлар туғдиради. Бу айниқса иш фаолияти овоз билан боғлиқ бўлган шахслар, яни ўқтувчилар, санаткорлар, қўшиқчилар ва бошқалар фаолиятида қийинчилик туғдиради. Дисфония ривожланганда беморлар биринчи бўлиб поликлиникага оториноларингологга мурожат қилади, шунақа вақтда врач тўғри ташхис қўя олиши ва тўғри даво муолажаларини қўллай олиши керак.

Ишнинг мақсади. Овоз ўзгаришига олиб келадиган хавсиз ўсмаларни эрта ташхислаш ва даволаш усулларини мукамаммаллаштириш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Текшириш “Happy life medical centre” клиникасида 80 та беморда ўтқазилди. Беморларнинг ёши 6 ёшдан 80 ёшгача бўлди. Шундан аёл жинсли беморлар 21 та, эркак жинсли беморлар 52 тани ташкил килди. Болалар 14 тани, катталар 66 тани ташкил қилди. Беморларда хиқилдоқ фиброскопияси, Эндоскопияси, Стробоскопияси, Эзофагогастродуоденоскопияси, қалқонсимон безини ултратовуш текшируву, Қолқонсимон без гармонлари олинди, Бўйин азолари МСКТ си, фонапед маслахати, эндокринолог маслахати ўтқазилди.

Натижалар. Клиникага мурожат қилганда барча беморлар хар хил даражадаги овоз ўзгаришига, томоғида нарса тургандек хиссиёт борлигига, томоғи қичишига, бази беморлар кўп гапирганида овози чиқмай қолишига ва нафаси маълум бир даражади сқишига шикоят қилди. Шулардан текширишлар натижасида 23 (28,8%) та беморда овоз бойламлари полипи, 18 (22,5%) та беморда овоз бойламлари тугунчаси, 13 (16,3%) функционал дисфония, 20 (25%) овоз бойламлари кистаси, 2 (2,5%) интубациядан кейинги хиқилдоқ торайиши, 4 (5%) та беморда хиқилдоқ папиломатози кузатилда. Барча мурожат қилган беморлар орасида 17 (37,7%) беморда ошқозон ичак системаси касалликлари, 2 (4,44%) беморда эрозив гастирит ва ўн икки бармоқ касаллиги учради.

Хулоса.

1. Овоз ўзгаришига олиб келадиган ғиқилдоқ хавсиз ўсмаларининг ичида кўп учрайдигани бу овоз бойлами полипи хисобланади.
2. Эрта замонавий текшириш усулларини ўтқазиш касалликнинг асоратларининг олдини олади.
3. Овоз бойлами хавсиз ўсмаларининг оператив давосида диод лазерини қўллаш беморларнинг жаррохлик амалиётидан кейин реабилитация даврини қисқартиради.

ХИҚИЛДОҚДА УЧРАЙДИГАН ХАВСИЗ ЎСМАЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Саломов Қ.М.

Тошкент тиббиёт университети, Узбекистан

Мавзунинг долзарблиги. Овоз ўзгаришларини ташхислаш ва даволаш хозирги вақтдаги оториноларингология сохаси долзарб муоммолардан бири хисобланади. Кўпинча хиқилдоқ касалликлари овознинг бузилиши яни дисфония билан намоён бўлади. Овоз ўзгаришлари нафақат инсонлар ўртасидаги муносабатларга тасир қилибгина қолмай балки касбий фаолиятида хам қийинчиликлар туғдиради. Бу айниқса иш фаолияти ўқтувчилар, санаткорлар яни қўшиқчилар ва бошқа фаолияти овоз билан боғлиқ шахсларда қийинчилик туғдиради. Дисфонияни келиб чиқишига қараб функционал ва органик турларга бўлинида. Функционал дифонияда фақатгина овоз бойламларининг иши бузилади, органик дифонияда овоз бойламларида органик ўзгаришлар кузатилади, яни хар хил турдаги хосилалар аниқланади, мисол тариқасида овоз бойламлари полипи, кистаси, тугунчаси ва бошқалар. Дисфония ривожланганда беморлар биринчи бўлиб поликлиникага оториноларингологга мурожат қилади, шунақа вақтда врач тўғри ташхис қўя олиши ва тўғри даво муолажаларини қўллай олиши керак.

Ишнинг мақсади. Хиқилдоқ касалликларини кенг қамровли ва замонавий даволаш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Текшириш “Happy life medical centre” клиникасида 59 та беморда ўтқазилди. Беморларнинг ўртача ёши 6 ёшдан 80 ёшгача бўлди. Шундан аёл жинсли беморлар 19 та, эркак жинсли беморлар 34 тани ташкил килди. Болалар 12 тани, катталар 47 тани ташкил қилди. Беморларда хиқилдоқ фиброскопияси, Эндоскопияси, Стробоскопияси, Эзофагогастродуоденоскопияси, қалқонсимон безини ултратовуш текшируву, Қолқонсимон без гармонлари олинди, Бўйин азолари МСКТ си, фонапед маслахати, эндокринолог маслахати ўтқазилди.

Натижалар. Клиникага мурожат қилганда барча беморлар хар хил даражадаги куринишдаги хиқилдоқ касалликлари кузатилиб улар асосан овоз ўзгаришига, томоғи қичишига, бази беморлар кўп гапирганида овози чиқмай қолишига ва нафаси маълум бир даражади сқишига шикоят қилди. Текширилган беморларнинг 48 тасида органик дисфония, 6 та беморда Функционал дисфония, 3 та пациента идиопатик дисфониялар кузатилди. Текширишлар натижасида органик ўзгаришлар: 18 (37,5%) та беморда овоз бойламлари полипи, 14 (29,1%)та беморда овоз бойламлари тугунчаси, 7 (14,6%) овоз бойламлари кистаси, 2 (4,2%) интубациядан кейинги хиқилдоқ торайиши, 4 (8,3%) та беморимизда хиқилдоқ паиламатози, 1 (2.1%) та беморимизда овоз бойлами гранулацияси, 2 (4,2%) та беморимизда хиқилдоқ раки кузатилди. Барча мурожат қилган беморлар орасида 17 (37,7%) беморда ошқозон ичак системаси касалликлари, 2 (4,44%) беморда эрозив гастирит ва ўн икки бармоқ касаллиги учради.

Хулоса. Ўткир респиратор фонида пайдо бўлган овоз бўғилишларини консерватид даолашда овоз режимини жуда мухим.

Хиқилдоқнинг полипоз, папиламатози ва кистасида диод лазерини қўллаш операциядан кейинги тикланиш даврини қисқартиради.

Ошқозон ичак системаси касалликлари хиқилдоқ холатига ёмон таъсир қилади ва кейинчалик хиқилдоқ касалликларига олиб келиши мумкин.

ФАРИНГОМИКОЗ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Содикова М.Б., Исматова.К.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Цель – оценить эффективность лечения больных фарингомикозом.

Материалы и методы исследования. Исследования проводилось на базе клиники Таш ПМИ и Happylife у 50 больных детей дошкольного возраста, с диагнозом фарингомикоз. Лекарственные средства которое мы применяли при лечения фаринкамоза делется на две группы: основная группа и вспомогательная группа препаратов.

К основной группе мы исползовали системные препараты, именно противогрибковые средства и иммуномодуляторы При лечение использовался Кандид и местные противогрибковое препараты и антисептики.

Результаты исследования. В результате исследование у больных детей наблюдалось, положительная динамика уже на 5-й день: снижения высокого температуры уменьшения, неприятного запаха изо рта и першения и боли в горле. В этой группе быстрее улучшалось состояние небных дужек миндалин задней стенки глотке , а также снижались явления лимфаденита. Мониторинг состояния пациентов на протяжении 12 месяцев показал, что рецидивы фарингомикоза возникали в 2 раза реже. Исследование подтвердило положительное влияние антигрибковое терапии на воспалительные симптомы: улучшение общего самочувствия 16%, снижение болевого синдрома 7% и изменения структуры глотки по данным ультразвука 13%. Наибольший эффект был достигнут за счёт противогрибковых препаратов. Состояние пациента улучшилось.

Выводы.

Наш опыт применения данного антимикотика с системным препаратом комплекса показал, что срок лечения может быть сокращен, а доля рецидива заболевания уменьшилась практически 75%. В целом результаты наших исследований определяют научную и

практическую важность всестороннего освещения данной проблемы среди оториноларингологов , микологов, врачей-лаборантов и врачей.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ОДНОСТОРОННЕГО ПАРЕЗА ГОРТАНИ ПОСЛЕ СТРУМЭКТОМИИ

Хайдарова Г.С., Каримова М.Д.

Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Односторонний парез гортани (ОПГ) является одним из наиболее частых осложнений после операций на щитовидной железе, включая струмэктомию. Согласно данным современной литературы, частота развития ОПГ после тиреоидэктомии варьирует от 2 до 11% в зависимости от объема вмешательства, опыта хирурга и индивидуальных анатомических особенностей пациента. Основной патогенетический механизм связан с травмой или компрессией возвратного гортанного нерва. Несвоевременная диагностика данного состояния может привести к длительным нарушениям голосовой функции, дисфагии, а в ряде случаев – к аспирационным осложнениям. Современные методы обследования позволяют выявлять парез на ранних этапах и выбирать оптимальную тактику ведения пациента.

Цель исследования: Оценить информативность современных методов диагностики одностороннего пареза гортани после струмэктомии и определить их роль в раннем выявлении и прогнозировании восстановления голосовой функции.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 50 пациентов (35 женщин, 15 мужчин) в возрасте от 26 до 72 лет, перенесших струмэктомию по поводу доброкачественных и злокачественных заболеваний щитовидной железы. Обследование проводилось в сроки от 1 до 14 суток после операции и включало:

Непрямая и прямая ларингоскопия – для визуальной оценки положения и подвижности голосовых складок.

Видеостробоскопия – для анализа колебаний голосовых складок и определения степени компенсации.

Акустический анализ голоса (программное обеспечение Praat, MDVP) – для измерения частоты основного тона, диапазона и стабильности голоса.

Ультразвуковое исследование шеи – для исключения гематом и компрессии нерва.

Полученные результаты: У 14 (28%) пациентов был выявлен односторонний парез голосовой складки. Наиболее информативными методами в ранние сроки оказались видеостробоскопия (чувствительность 92,8%) и ларингоскопия (чувствительность 85,7%). Акустический анализ выявил статистически значимое увеличение Джиттера и Шиммера у пациентов с парезом ($p<0,05$), что коррелировало со степенью голосового дискомфорта. Раннее выявление патологии позволило своевременно назначить логопедические и физиотерапевтические мероприятия, что ускорило восстановление голоса в среднем на 3–4 недели.

Краткое содержание: Односторонний парез гортани после струмэктомии является клинически значимым осложнением, требующим ранней диагностики. Наибольшую информативность в ранние сроки демонстрируют видеостробоскопия и ларингоскопия. Комплексный диагностический подход способствует выбору оптимальной лечебной тактики и улучшает прогноз восстановления голосовой функции.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА АНТИСЕПТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Хайруддинова З.Р., Хайдарова Г.С.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Хронический фарингит (ХФ) на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) характеризуется персистирующим воспалением слизистой оболочки глотки и

колонизацией условно-патогенной микробиотой. Выбор оптимального антисептика для местной терапии требует учёта спектра микробной контаминации и чувствительности возбудителей.

Цель исследования: оценить чувствительность микробиоты задней стенки глотки у пациентов с ХФ и ГЭРБ к четырём распространённым антисептическим препаратам для обоснования выбора оптимального средства.

Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 100 образцов мазков с задней стенки глотки у пациентов с ХФ на фоне ГЭРБ. Идентификацию микроорганизмов проводили методом MALDI-TOF масс-спектрометрии. Оценку чувствительности к антисептикам (хлоргексидин, повидон-йод, фуразидин калия, фурацилин) выполняли с использованием стандартных бактериологических тестов на подавление роста.

Полученные результаты. Наиболее часто выделялись следующие микроорганизмы у пациентов с задней стенки глокти при ХФ на фоне ГЭРБ: Staphylococcus aureus — 52 изолята (52,4%), Klebsiella pneumoniae — 31 изолят (30,9%), Streptococcus mitis — 24 изолята (23,8%), Streptococcus pneumoniae — 12 изолятов (11,9%). У 28 пациентов (28,6%) обнаруживалась комбинация двух видов микроорганизмов, у 7 пациентов (7,14%) — трёх видов. Определение чувствительности к исследуемым препаратам продемонстрировало следующие результаты: к фуразидину калия были чувствительны 100 исследуемых изолятов (100%), хлоргексидин — 85 (85,2%), повидон-йод — 46 (45,7%), фурацилин — 0 изолятов (0%).

Краткое содержание: Идентификация возбудителей методом MALDI-TOF позволила получить точный профиль микробиоты при ХФ на фоне ГЭРБ. Эффективность антисептиков оценивали по способности подавлять рост выделенных штаммов in vitro. Фуразидин калия (нитрофурановое соединение) нарушает синтез ДНК и белков микроорганизмов, обладает широким спектром действия против грамположительных и грамотрицательных бактерий, а также грибков; в нашем исследовании показал универсальную активность против выделенных штаммов микроорганизмов. Хлоргексидин (бигуанид) разрушает цитоплазматическую мембрану, эффективен против большинства бактерий, но менее активен против некоторых грамотрицательных штаммов. Повидон-йод высвобождает свободный йод, вызывая окисление клеточных структур; активен против бактерий, грибов и вирусов, но чувствительность ряда микроорганизмов ограничена. Фурацилин (нитрофуран) повреждает ферментные системы бактерий, однако продемонстрировал полную неэффективность в данном исследовании, вероятно, из-за высокой устойчивости микробиоты. Различия в механизмах действия и устойчивости к инактивации в условиях хронического воспаления объясняют выявленные результаты.

Таким образом, фуразидин калия может рассматриваться как препарат выбора для местной антисептической терапии при хроническом фарингите на фоне ГЭРБ.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Халилова М.З., *Хайдарова Г.С.*

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Рак гортани — это злокачественное новообразование, возникающее в эпителии гортани, что приводит к нарушению нормального функционирования дыхательной и голосовой функций. Это заболевание занимает одно из первых мест среди опухолей головы и шеи, особенно в странах с высоким уровнем потребления табака и алкоголя. Заболеваемость раком гортани значительно возрастает с возрастом, причём мужчины страдают этим заболеванием в 3-5 раз чаще женщин. Эффективность лечения во многом зависит от стадии заболевания на момент диагностики. Ключевыми факторами риска являются курение, алкоголизм, профессиональные риски (например, вредные вещества на производстве), а также хронические воспаления, такие как хронический ларингит. Современные методы лечения рака гортани стремятся к органосохранению, то есть к сохранению не только жизни пациента, но и его функциональных способностей, особенно голосовой функции.

Целью настоящего исследования является изучение современных подходов к лечению и реабилитации больных раком гортани, а также выявление оптимальных методов, способствующих улучшению качества жизни пациентов. Мы рассмотрим эффективность различных терапевтических стратегий, таких как хирургическое вмешательство, лучевая и химиотерапия, а также методы послеоперационной реабилитации, направленные на восстановление функциональных способностей гортани.

Для подготовки данного тезиса использовались материалы научных публикаций, мета-анализов и клинических рекомендаций по лечению рака гортани, опубликованные в период с 2015 по 2024 годы. Включены данные современных хирургических техник (например, лазерная микрохирургия, органосохраняющие резекции), а также применения лучевой терапии, включая IMRT (интенсивно модулированная радиотерапия). Оценивались методы химиолучевой терапии, а также новейшие подходы в таргетной терапии и иммунотерапии. Особое внимание уделено реабилитационным методам, таким как логопедическая терапия, голосовые протезы и использование электронных гортаней.

На ранних стадиях рака гортани (T1 и T2) чаще всего применяют органосохраняющие операции, такие как лазерная микрохирургия и резекции с сохранением гортани. Эти методы позволяют не только удалить опухоль, но и сохранить голос. Применение лазера в этих операциях сокращает время восстановления и снижает вероятность рецидива.

На более поздних стадиях заболевания (T3 и T4) применяются радикальные хирургические вмешательства, такие как ларингэктомия. В таких случаях, когда сохранять голос невозможно, пациентам устанавливаются голосовые протезы, что помогает восстановить возможность общения.

Современная лучевая терапия с использованием IMRT позволяет значительно уменьшить дозу радиации, которая поступает в здоровые ткани, минимизируя побочные эффекты, такие как сухость во рту и нарушение глотания. При этом эффективность лечения не снижается. IMRT также используется в сочетании с химиотерапией для лечения более сложных случаев.

Химиолучевая терапия является стандартом лечения для пациентов с опухолями III-IV стадии, когда необходимо сочетать радикальное воздействие на опухоль с лучевой терапией для предотвращения рецидива.

Новые подходы в лечении рака гортани включают таргетную терапию, направленную на блокирование молекул, способствующих росту опухоли, и иммунотерапию, которая усиливает иммунный ответ организма на опухолевые клетки. Такие методы применяются в случае резистентности к стандартным методам лечения.Результаты и выводы. Реабилитация после лечения:

После оперативного вмешательства по удалению гортани или других частей голосового аппарата пациентам необходима интенсивная реабилитация. Это включает в себя не только восстановление функций глотания и дыхания, но и психологическую поддержку.

Использование голосовых протезов и трахеопищеводного шунтирования позволяет пациентам восстановить способность к голосообразованию, что значительно улучшает их качество жизни.

Логопедическая реабилитация играет ключевую роль в восстановлении голосовой функции и обучении пациентов новым методам общения, включая использование электронных гортаней и тренировки фонации.

Рак гортани остаётся серьёзной медицинской проблемой, но с развитием технологий и методов лечения шансы на выздоровление значительно возросли. Современные подходы к лечению включают органосохраняющие операции, высокоэффективную лучевую терапию и химиотерапию, а также новейшие методы, такие как таргетная терапия и иммунотерапия. Реабилитация, включающая логопедическую терапию, голосовые протезы и электронные гортани, играет важную роль в восстановлении качества жизни пациентов. Важно отметить, что комплексный подход к лечению и реабилитации обеспечивает не только выживаемость,

но и сохранение функции голоса, что крайне важно для социальной адаптации пациента после лечения.

РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРАХ СТЕНКИ ТРАХЕИ И ГЛАВНЫХ БРОНХОВ ПРИ МОДЕЛИРОВАННОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Харибова Е.А., Мелиев Ф.Б.

Бухарский государственный медицинский институт., Узбекистан

Введение: В оториноларингологии на современном этапе актуальным является выявление причин воспаления верхних дыхательных органов. Как показывают исследования причинами воспаления органов дыхания часто являются факторы переохлаждения и воздействия ОРВИ. Однако, современные клинические исследования показали что, в возникновении и формировании воспалительно-реактивных изменений органов дыхания, также имеет значение воздействие на организм аутоиммунных заболеваний, в частности ревматоидного артрита. Но остаются мало изученными изменения в трахеи и главных бронхах при воздействии ревматоидного артрита.

Цель исследования: Изучить изменения в стенки трахеи и главных бронхов у крыс при воздействии моделированного ревматоидного артрита.

Материалы и методы исследования. В эксперименте были использованы 40 белых беспородных крыс четырех месячного возраста обоего пола со средней массой тела 170-180 гр. Все животные содержались в стандартных условиях вивария. В экспериментальной группе животных было проведено моделирование ревматоидного артрита (для моделирования ревматоидного артрита использовался полный адъювант Фрейнда). Забой животных в экспериментальной группе проводили через 1 и 2 месяца эксперимента. Полученные препараты обрабатывались по общепринятой гистологической методике. Полученные срезы окрашивались гематоксилин-эозином и проводилась Шик-реакция.

Полученные результаты: Установлено, что морфологические структуры в трахеи и главных бронхах крысы по разному реагируют на воздействие моделированного артрита. Степень выраженности и первоочерёдность возникновения изменений в трахеи и главных бронхах зависят от срока эксперимента. В эксперименте к окончанию 1-го месяца наибольшие изменения возникают в собственной пластинке и подслизистой основе слизистой оболочки трахеи и главных бронхах. Кровеносные сосуды начинают суживаться, в просвете сосудов обнаруживаются единичные форменные элементы крови. В местных лимфоидных образованиях начинает возрастать их количественный состав и площадь распределения, по сравнению с контролем они увеличиваются в 1,5 и 2,0 раза. Увеличивается плотность распределения пучков рыхлой соединительной ткани. В конце 2-го месяца эксперимента количественные и качественные изменения в интраорганных сосудах и местных лимфоидных образованиях продолжали нарастать. В стенках сосудов нарушается целостность их стенки. К этим изменениям присоединяется деструкция в хрящевых кольцах трахеи и главных бронхов. В них выявляется расслоение между хондроцитами. К концу 2-го месяца эксперимента визуально обнаруживается деформация формы и просвета трахеи и главных бронхов.

Краткое содержание. Результаты исследования показывают, что реактивные изменения в трахеи и главных бронхов крыс при моделированном ревматоидном артрите отличаются этапностью в зависимости от срока заболевания. На начальных этапах моделированного артрита осложнения формируются прежде в других системах, чем в костно-суставном аппарате организма. В частности, в трахеи и главных бронхах крыс при моделированном ревматоидном артрите первично возникают трофические изменения в сосудах и местных иммунных органах. Об этом свидетельствуют данные о том, что деструктивные изменения в опорных элементах трахеи и главных бронхах обнаруживаются к окончанию 2-го месяца эксперимента. Эти изменения приводят к нарушению циркуляции воздуха в фазе вдоха и выдоха, и на этом фоне в последующем возможно возникнет растройство газообмена в легких.

ҲАЛҚУМ МУРТАГИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА РИНОЖЕРМИНА ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Хасанов У.С., Камилов Х.Б.
Тошкент давлат тиббиёт университети, Узбекистан

Халқум муртагининг сурункали яллиғланишини даволашда кўплаб усуллар ва воситалар қўлланилса-да, уларнинг самарадорлиги ҳали ҳам етарли даражада эмас. Узоқ давом этадиган, суст кечувчи, қайталанувчи ва даволаш қийин бўлган сурункали касалликларнинг асосий сабабларидан бири организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилияти пасайишидир. Бундай ўзгаришлар, аввало, тизимли антибиотик даволашни тез-тез ва асоссиз қўллаш натижасида, айниқса тез-тез касал бўладиган болаларда иммунитет тизимининг фаоллиги пасайиши фонида юзага келади.

Тадқиқотнинг мақсади ҳалқум муртаги яллиғланиш касалликларини ташхислаш ва даволашда риножермина дори воситаси самарадорлигини оширишдан иборат эди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Клиник тадқиқотда сурункали аденоидит ташхиси билан даволаниш учун келган 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган 62 нафар бола (32 нафар — асосий ва 30 нафар — назорат гуруҳи) иштирок этди. Тадқиқотга киритиш мезони сифатида сурункали аденоидитнинг тасдиқланган ташхиси бўлса, истисно мезонларига бошқа ЛОР-аъзоларида яллиғланиш жараёнларининг мавжудлиги, ёши 3 ёшдан кичик ва 12 ёшдан катта бўлиши инобатга олинди. Асосий гуруҳдаги беморлар стандарт даволаш комплексидан ташқари, риножермина дори воситасини маҳаллий қўллаш қўшимча равишда тавсия қилинди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Бурун орқали нафас олишдаги қийинлашиш даражасини баҳолаш шундан далолат бердики, дастлабки бир хил даражадаги тиқилиш ҳолатида ҳам асосий гуруҳдаги болаларда нафас олишнинг яхшиланиши 5-кунга келиб назорат гуруҳига нисбатан 15% га, 7-куни — 30% га ва 9-куни — 73% га юқори бўлди. Ринорея характери ва интенсивлиги ҳам ўзига хос динамик хусусиятларга эга бўлган. Болаларнинг асосий гуруҳига бўлимга қабул қилинган пайтда 6,257% болада йирингли, 31,2% да шиллиқ-йирингли, 12,5% да ўртача миқдордаги шиллиқли ажралмалар, 9,38% да кам миқдордаги шиллиқли ажралмалар кузатилган ва 28,15% болада ажралмалар умуман кузатилмаган. Солиштирма гуруҳда эса фоиз нисбатлари сезиларли фарқ қилмаган ва мос равишда: 3,33%, 33,33%, 13,33%, 10% ва 30% ни ташкил этган.

Даволашнинг учинчи кунида ҳар иккала гуруҳдаги болаларда ҳам ажралмалар камайган, бироқ фарқлар статистик жиҳатдан ишончли эмас эди. Шунга қарамасдан, даволашнинг 5-кунида асосий гуруҳдаги 43,75% ва солиштирма гуруҳдаги 36,67% болаларда ажралмалар кузатилмаган. 7-куни бу кўрсаткич асосий гуруҳда 62,5% гача, солиштирма гуруҳда эса 53,33% гача ошди. 9-кунига келиб, асосий гуруҳ болаларнинг 90,63% да ажралмалар кузатилмаган, анъанавий даво олган болалар орасида эса бу кўрсаткич атиги 76,67% ни ташкил этган. Кўп йирингли ва шиллиқ-йирингли ажралмалар ҳар иккала гуруҳда ҳам даволашнинг 5-кунида тўхтаган. Шунга қарамай, 5-куни асосий гуруҳдаги болаларнинг 15,63% ва солиштирма гуруҳдаги болаларнинг 23,33% да ўртача шиллиқ ажралиши қайд этилган. 7-куни бу кўрсаткич мос равишда 12,5% ва 16,67% ни ташкил этган. Даволашнинг 9-кунида ҳам солиштирма гуруҳдаги болаларнинг 10% да ўртача шиллиқ ажралиши сақланиб қолган. Бурун орқали нафас олишда яхшиланиш даволашнинг 5-кунидан бошланган. Бироқ, бу фарқларнинг статистик ишончлилиги фақат 7-куни аниқланган бўлиб, ушбу пайтда асосий гуруҳда тунги нафас олишни баҳолаш 2,12 баллни, солиштирма гуруҳда эса 2,80 баллни ташкил этган. Даволашнинг 9-кунида асосий гуруҳдаги болаларнинг тунги нафас олиши солиштирма гуруҳга нисбатан 1,4 баробар яхшироқ бўлган.

Хулоса. Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, сурункали аденоидитни даволаш схемасига Риножермина дори воситасини киритиш орқали даволаш самарадорлигини оширишга ва бурун шиллиқ қаватини тез тикланишига имкон беради.

ОРОЛБЎЙИ МИНТАҚАСИДА АДЕНОИД ВЕГЕТАЦИЯСИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ УЧРАШИ

Хасанов У.С., Худойберганов У.Р.
Тошкент давлат тиббиёт университети, Узбекистан

Жаҳонда аденоид вегетацияси бўлган беморларни комплекс ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш борасида илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Болаларнинг хар тарафлама ривожланишини баҳолашда аденоид вегетацияси келиб чиқишида муҳим бўлган этиологик ва патогенетик жихатларни тўлиқ ўрганиш кенг кўламли ахамиятга эгалигича қолмоқда.

Тадқиқот мақсади бўлиб Орол бўйи минтақасида яшовчи болаларни комплекс текширув натижалари таҳлили ҳисобланади.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотга Хоразм вилояти Урганч шаҳридаги “Surgeland” хусусий клиникаси ва Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт марказида аденоид вегетацияси ташхиси қўйилган 110 нафар 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар тадқиқотга жалб қилинди. Барча беморлар клиник-лаборатор, эндоскопик, 3D рентген ёки мултиспирал компютер томографияси текшируви, морфологик текширувни ўз ичига олган комплекс текширувга жалб қилинди. Тадқиқот давомида олинган маълумотлар Microsoft Office Excel-2019 дастурий таъминот тўпламидан фойдаланган ҳолда статистик қайта ишланди, жумладан ўрнатилган статистик қайта ишлаш функцияларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Аденоид вегетацияси ташхиси билан мурожаат қилган беморларнинг кўпчилиги 3-7 ёшдаги беморлар бўлди, бу болаларнинг тез-тез касалланиши ва сунъий овқатланиш сабабли иммун тизимининг сусайганлиги сабабли бўлиши мумкин. Жинс бўйича таҳлил қилинганда эса деярли бир хил тақсимланиш (1,1:1) бўлди, деярли аҳамиятли фарқ аниқланмади.

Касалликнинг ривожланишига мойиллик туғдирувчи омиллар таҳлил қилинганда кўпинча ота-оналар касалликни ҳеч нарса билан боғламасликлари айтишган бўлса, бошқалари наслий омилга урғу беришди, бундан ташқари Орол бўйи минтақасидаги атроф-муҳитнинг холатини инобатга олган ҳолда аллергик омил ҳам устунлик қилаётганини таъкидлашди. Баъзи ҳолларда эса тез-тез шамоллаш, ёндош касалликларнинг таъсири, фаол ҳаёт тарзи ва нотўғри овқатланиш ҳам сабабчи бўлганлиги қайд қилинди.

Анамнез маълумотларни йиғишда ёндош ва йўлдош касалликларнинг мавжудлиги ҳам катта рол ўйнайди. Жумладан, аденоид вегетацияси бўлган бемор болаларда кўпинча сурункали риносинусит, бурун тўсиғи қийшиқлиги, аллергик ринит, танглай муртаги гипертрофияси ва эссудатив отит мавжудлиги аниқланди. Ушбу касалликларнинг баъзилари аденоид вегетациясини даражасининг оширишга сабаб бўлган бўлса, бошқалари унинг асорати сифатида ривожланган.

Организмда мавжуд бўлган йўлдош касалликлар таҳлил қилинганда, Орол бўйи минтақасида яшовчи аденоид вегетацияси бўлган беморларнинг кўпчилига (67,3%) камқонлик касаллиги устунлик қилиши аниқланди. Ушбу беморларнинг кўпчилигида камқонлик ҳолати ўрта оғир ва оғир бўлиб, жарроҳлик амалиёти ўтказишга имкони бўлмаганлиги сабабли қайта-қайта оториноларинголог кўригига келишига сабаб бўлган. Гипотериоз (15,5%), гастрит (10,9%) ва холецистит (12,7%) касалликлари ҳам йўлдош касаллик сифатида учраб, аденоид вегетациясини даволашда деярли қарши кўрсатма ҳисобланмади.

Хулоса қилиб айтганда, Орол бўйи минтақасида яшаётган болаларда клиник ҳолатини ва ёндош касалликлар мавжудлигини, жумладан камқонлик устунлик қилганлигини инобатга олган ҳолда каминвазив жарроҳлик усулини танлаш лозим.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА (АНГИН)

Хасанов С.А., Арифов С.С., Хасанов У.С., Хасанов А.А., Бабаханов Г.К., Алланиязов С.Н.
Ташкентский государственный медицинский университет. Ташкент, Узбекистан

Введение. Ангина (острый тонзиллит) остаётся одной из наиболее распространённых инфекционно-воспалительных патологий ротоглотки как у детей, так и у взрослых. По данным

различных авторов, частота ангин составляет до 15% всех заболеваний верхних дыхательных путей в амбулаторной практике. Заболевание характеризуется выраженным болевым синдромом, лихорадкой, нарушением общего состояния и риском развития осложнений — как локальных (паратонзиллярный абсцесс, лимфаденит), так и системных (ревматизм, гломерулонефрит, миокардит).

Согласно имеющимся литературным данным, клиническим рекомендациям в исследование проблем ангин (острых тонзиллитов) на международном уровне внесли значительный вклад представители различных медицинских специальностей, включая оториноларингологов, инфекционистов, педиатров, ревматологов, нефрологов и др. В условиях Республики Узбекистан количество научных исследований, посвящённых данной тематике, остаётся крайне ограниченным. В большинстве случаев лечение пациентов осуществляется в амбулаторных условиях, включая частные медицинские учреждения. В отдельных инфекционных стационарах организованы специализированные «ангинозные отделения». Тем не менее, действующие протоколы диагностики и лечения во многом сохраняют упрощённый (примитивный) характер.

Стандартная терапия ангин, как правило, включает системное применение антибактериальных средств, жаропонижающих и антисептиков. Однако, несмотря на широкий арсенал фармакологических препаратов, сохраняется проблема затяжного течения, частых рецидивов и недостаточной эффективности лечения. Это может быть связано с особенностями локализации инфекции в паренхиме миндалин, низкой доступностью антибиотиков к этой зоне при системном введении, особенно отсутствие санации лакун.

В связи с этим представляется целесообразным применение комплексной терапии, направленной не только на системное подавление инфекции, но и на локальное воздействие в зоне первичного воспаления. Одним из перспективных направлений является регионарная лимфотропная терапия, при которой антибактериальные препараты вводятся непосредственно в окололимфатические области, что позволяет достигать высоких локальных концентраций при минимальных системных побочных эффектах.

Дополнительно, с целью потенцирования противовоспалительного и десенсибилизирующего действия, в предлагаемую методику включено внутривенное введение 1% хлористого кальция.

В современной литературе описан феномен «абсцесс-тонзиллэктомия». Согласно принципам гнойной хирургии, известным как «где гной, там вскрытие и отток», при ангинах (фолликулярной, лакунарной) в миндаликовых криптах накапливается гной, а гнойный налет препятствует их опорожнению. В то же время ферменты (например, гиалуронидаза) и бактериальные токсины, локализующиеся в глубоких криптах, разрушают соединительнотканную капсулу миндалин, создавая условия для распространения инфекции в околоминдаликовую клетчатку, что ведет к развитию перитонзиллита и, впоследствии, абсцесса.

Клинические наблюдения показали, что у пациентов с ангиной в 96% случаев выявляется гнойный синусит, что свидетельствует о тесной этиопатогенетической связи с острым тонзиллитом. Применение метода туалета носа по Проецу позволяет снизить микробную нагрузку и улучшить дренаж содержимого носовых пазух, способствуя регрессу воспалительного процесса.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность комплексного подхода к лечению ангин, включающего: промывание лакун (препарат Бетадин, Повидон-йод, Йокс, Нейтральный анолит и др.), ежедневно, курсом 7 процедур; промывания носа и его придаточных пазух с последующим введением антибиотика + гидрокортизона; регионарную лимфотропную терапию с использованием 30% линкомицина и 0,5% новокаина, а также внутривенное введение 1% раствора хлористого кальция.

Материалы и методы. Обследовано 10 345 пациентов с ангиной. Основная группа (n = 10 134) получала предложенную схему лечения, контрольная (n = 211) — стандартную антибактериальную терапию. Сравнивались сроки нормализации температуры тела,

выраженность болевого синдрома, динамика местных воспалительных изменений и частота рецидивов в течение 60 дней.

В исследование были включены пациенты с диагнозом ангины (острый тонзиллит и обострение хронического тонзиллита), наблюдавшиеся в условиях частных оториноларингологических клиник «Otolaringolog» и «Hasanov Abdurahmon». Диагноз устанавливался в соответствии с классификацией Б. С. Преображенского (1972) на основании клинических проявлений (боль в горле, гипертермия, гиперемия и гнойный экссудат на миндалинах), лабораторных показателей и результатов фарингоскопии.

Нами использованы методы лечения: промывания лакун миндалин антисептиками, внутривенное введение 1% хлористого кальция, регионарная лимфотропная терапия и туалет носа Проецу.

Результаты. В основной группе наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) сокращение продолжительности клинических симптомов и числа рецидивов. Методы лечения отличались хорошей переносимостью и не сопровождались серьёзными побочными эффектами.

Выводы. Ускорение регресса симптомов объясняется, вероятно, сочетанным действием четырёх ключевых компонентов:

Промывание лакун миндалин способствует прямому удалению гнойного содержимого, снижению микробной нагрузки и механическому очищению очага инфекции. Это создаёт условия для более эффективного воздействия лекарственных препаратов и восстановления местного иммунного барьера.

Хотя инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП), в частности тонзиллофарингиты и риносинуситы, представляют собой отдельные нозологические формы, однако нередко протекают параллельно или взаимно отягощают друг друга. Эти два состояния обладают общими патогенетическими механизмами, включая анатомическую близость поражаемых структур, сходный микробный спектр и перекрёстное влияние локального иммунного ответа. Туалет носа по Проецу основанный на создании отрицательного давления в одной половине носа с одновременной подачей антисептического раствора в другую, что обеспечивает вытеснение гнойного содержимого из околоносовых пазух без необходимости хирургического вмешательства. В качестве растворов чаще всего используются: изотонический раствор NaCl, раствор фурацилина 0,02%, диоксидин 0,1%, хлоргексидин 0,05–0,1%, мирамистин, а также фитопрепараты на основе эвкалипта и шалфея.

Регионарная лимфотропная терапия, при которой антибактериальный препарат (линкомицин) вводится в окололимфатическую зону шеи, обеспечивает высокую локальную концентрацию антибиотика в регионарных лимфатических узлах и тканях ротоглотки. Это особенно важно при воспалениях лимфоидного кольца глотки, где традиционное системное введение антибиотиков может быть недостаточно эффективным из-за лимфогенной изоляции очага.

Внутривенное введение 1% хлористого кальция оказывает выраженное десенсибилизирующее и противовоспалительное действие. Кальций снижает проницаемость сосудистой стенки, уменьшает экссудацию, обладает умеренным анальгезирующим и иммуномодулирующим эффектом. Наличие гипокальциемии как сопутствующего состояния у части пациентов с острыми воспалительными заболеваниями ротоглотки также может объяснять клиническую пользу кальциевой коррекции.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ НА МОРФОЛОГИЮ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

Шамсиев Д.Ф., Абдусаматова И.И.

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Аннотация. За последнее десятилетие заболеваемость патологией аденотонзиллярной системы неуклонно растет на 61,2% среди всех распространенных и первичных заболеваний. Данная патология занимает ведущее место среди заболевания ЛОР органов. Заболевания, встречающиеся у детей школьного и младшего возраста, составляют 16-50% заболеваний

верхних дыхательных путей. Следует отметить, что уровень заболеваемости патологией аденотонзиллярной системы увеличивается год за годам. Эти показатели вызывают большие трудности для ЛОР-специалистов.

Цель: Изучить роль морфологических изменений миндалин в аденотонзиллярной системе на фоне нарушения носового дыхания и вредных привычек у родителей детей

Материалы и методы. Исследования проводилось у 180 детей в возрасте от 3 до 12 лет. Дети разделены на две клинические группы: Первую клиническую группу составили 85 дети с диагнозом аденоидная вегетация II-III степени с искривлением перегородки носа. Второй клинический группу составили 96 детей с диагнозом аденоидная вегетация II-III степени с хронической риносинуситом. Для проведения планового исследования пациенты были распределены. Всем пациентам были проведены комплексные клинические и анамнестическое исследование, включая сбор анамнеза, физическое и инструментальное обследование, осмотр отоларингологами и других специалистов по мере необходимости, общей лаборатории и методы гистологического исследования. Эндоскопия, МСКТ, 3D, Рентгенологическое исследование и гистологическое исследование ткани аденоидов.

Результаты и обсуждения. Из общего числа пациентов составили 45 (57,2%) - мальчики и 40 (45,1%) - девочки; средний возраст составил 4,8±1,25 лет. По возрасту показатели в первой группе в среднем составили 4 года - 30 (34,4%) детей, в том числе девочек - 19 (21,7%); мальчики (11 детей) составили 12,6%. Второй клинический группу составили 96 детей с аденотонзиллярной патологией и хроническим риносинуситом. Из них 60 (72%) были мальчиками и 36 (42,3%) - мальчиками. девочек; средний возраст составил 4,6±1,17 лет. Согласно к возрастным показателям, во второй группе в среднем 4 года -35 (41,6%) детей, среди них мальчиков - 22 (26,2%), были девочек (10 детей) составили 11,4%. Из 16 (19%) детей, формирующихся в возрасте 5 лет, 10 (16%) мальчиков и 6 (7,1%) девочек. Среди детей в 6 лет, всего 20 (24,1%), 11 (11,9%) девочек и 9 (10,7%) были мальчиками. Средний возраст детей в обоих случаях первая и вторая клинические группы были обнаружены между от 4 до 6 лет. По результатам анкетирования, проведенного с родителями детей с аденоидной вегетацией и аденоидитом, прогностические аспекты пренатальных факторов развития болезни были исследованы с выявлением наследственной склонность детей к вредным привычкам родителей (курение, употребление алкоголя), а также наследственный предрасположенность родителей к риносинуситу и хроническому тонзиллиту.

Гистологическое исследование выявило признаки гиперплазии лимфоидные фолликулы на всех поверхностях миндалевидного лимфоида ткань, что указывает на функциональное усиление этих структур. Микрососуды были наполнены кровью и имели выраженный пролиферация в строме под влиянием лимфоидной инфильтрации. Поверхности аденоидных вегетаций демонстрировали различные структурные изменения эпителия, с некоторыми участками, показывающими плоская метаплазия эпителиального слоя, в то время как в других наблюдались признаки гиперплазии базальных клеток. Аденоидная вегетация показала наличие вторичной аберрантности. фолликулы.

Вывод. У пациентов с выраженной аденоидной гипертрофией парафолликулярный фиброз, сопровождающийся увеличением в лимфоидной ткани с признаками лимфоцитарной инфильтрации.

Результаты анкетирования, проведенного среди родителей предоставил информацию о переходе родительского вреда поведение и особенности раннего постнатального периода у детей. Между тем, среди детей с нарушениями носового дыхания, этот показатель составил 42,3% ($p<0,001$). Влияние вредное поведение в перинатальном периоде, токсикоз матери, риск преждевременных родов и восприимчивость матери к инфекционные заболевания в перинатальном периоде способствовали прогностическая значимость ($p<0,001$).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОБЛАЦИОННОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ ТОНЗИЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ТИКОЗНЫМИ ГИПЕРКИНЕЗАМИ

Эгамбердиева З.Д.
Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Введение Хронический тонзиллит (ХТ) относится к числу наиболее распространённых заболеваний ЛОР-органов у детей, встречаясь, по данным различных авторов, у 12–15 % детской популяции. В последние годы всё больше внимания уделяется системным последствиям хронических очагов инфекции в ротоглотке, включая их роль в развитии функциональных расстройств центральной нервной системы [3]. Особое место среди этих нарушений занимают тикозные гиперкинезы (ТГ), характеризующиеся стереотипными, быстрыми, повторяющимися движениями или вокализациями, возникающими вне воли пациента.По данным эпидемиологических исследований, распространённость тиков у детей колеблется от 4 до 12 % , причём в 9–10 % случаев они ассоциированы с инфекционно-воспалительными процессами ротоглотки, в том числе с хроническим тонзиллитом . В рамках концепции PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) показано, что β-гемолитический стрептококк группы А может запускать аутоиммунные реакции, приводящие к поражению базальных ганглиев, что клинически проявляется обострением тиков и обсессивно-компульсивных расстройств .Классическая тонзилэктомия, несмотря на свою распространённость, сопровождается значительной термической травмой тканей, образованием обширных коагуляционных некрозов, что нередко приводит к выраженной послеоперационной интоксикации и удлинению периода восстановления [10]. В отличие от неё, коблационная тонзилэктомия основана на принципе холодноплазменной абляции, обеспечивая низкотемпературное удаление тканей (40–70 °C) с минимальным повреждением окружающих структур и более благоприятным послеоперационным течением .В связи с этим актуальным представляется проведение сравнительного исследования эффективности коблационной и классической тонзилэктомии у детей с ХТ, сочетанным с ТГ, с оценкой динамики тиков и качества жизни в разные сроки после операции.

Цель исследования. Сравнить клиническую эффективность коблационной и классической тонзилэктомии у детей с хроническим тонзиллитом, сочетанным с тикозными гиперкинезами.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 38 детей в возрасте 7–18 лет с диагнозом хронический тонзиллит, сочетанный с тикозными гиперкинезами. Диагноз подтверждали клинико-анамнестическими данными, фарингоскопией, ультразвуковым исследованием миндалин, бактериологическим анализом мазков из лакун, а также электромиографией (ЭМГ) мимических мышц и оценкой по шкале YGTSS (Yale Global Tic Severity Scale). Распределение пациентов по видам тонзилэктомии: коблационная тонзилэктомия (n=16) — выполнялась детям с более высокими баллами YGTSS и выраженной патологической активностью по ЭМГ. Классическая тонзилэктомия (n=22) — выполнялась при менее выраженных проявлениях тиков по ЭМГ и YGTSS. Оценка динамики проводилась через 1, 3 и 6 месяцев после операции. Дополнительно анализировались выраженность интоксикационного синдрома, сроки заживления и результаты авторского опросника качества жизни.

Результаты исследования: У пациентов, перенёсших коблационную тонзилэктомию, наблюдалась выраженная положительная динамика: через 1 месяц — снижение баллов по YGTSS на 25 %, через 3 месяца — на 36 %, через 6 месяцев — на 61 % от исходного уровня. Послеоперационный период протекал без выраженной интоксикации, с быстрым восстановлением глоточной функции. В группе классической тонзилэктомии положительная динамика была менее выраженной, что связывали с наличием обширных коагуляционных некрозов, сопровождающихся воспалительной реакцией и интоксикацией, замедляющей клиническое улучшение. В ходе исследования динамика по шкале YGTSS (Yale Global Tic Severity Scale) показала, что исходный уровень выраженности тикозных гиперкинезов у пациентов, подвергшихся коблационной тонзилэктомии, в среднем составлял 25 баллов, что соответствует умеренной степени тяжести. Данный уровень характеризуется ежедневным

появлением тиков, их заметностью для окружающих, умеренной интенсивностью и значимым, хотя и не критическим, влиянием на учебную и социальную активность ребёнка. Через шесть месяцев после вмешательства средние значения снизились до 11–12 баллов, что соответствует лёгкой степени выраженности тиков. На этом этапе тики возникают редко, их интенсивность минимальна, они малозаметны для окружающих и не оказывают существенного влияния на повседневную активность и адаптацию ребёнка в коллективе. Таким образом, снижение показателей по шкале на 52–56 % от исходного уровня свидетельствует о клинически значимом улучшении состояния, переходе из категории «умеренных» тиков в категорию «лёгких» и существенном повышении качества жизни пациентов, что подтверждается как объективными данными, так и результатами опросников.

Выводы. Коблационная тонзилэктомия показала более высокую эффективность в снижении выраженности тиков и улучшении качества жизни детей по сравнению с классической техникой. Щадящий температурный режим коблации обеспечивает минимальную травматизацию тканей, сокращение сроков заживления и снижение частоты послеоперационной интоксикации. При выборе тактики хирургического лечения у детей с ХТ и ТГ следует учитывать выраженность неврологической симптоматики по ЭМГ и шкале YGTSS, отдавая предпочтение коблации при более тяжёлых проявлениях.

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА ГЕМОСТАТИКЛАРНИ ҚЎЛЛАНИШИ

Эргашев У.М.

Специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы и шеи, г. Ташкент, Узбекистан

Мавзунинг долзарблиги: Қон кетиш тиббиётда долзарблиги камаймаётган муаммолардан биридир. Шу жумладан оторинолорингологияда бажарилувчи операцияларда қон кетиши, ютиниш ва нафас олиш функцияларига салбий таъсир кўрсатиб, шифокорлари учун хусусан тозиллектомия жаррохлик амалиётида бу муаммони ечимини қийинлаштиради.

Қон кетиш статистикасига кўра тонзилоэктомиядан кейинги қон кетиш 0,5 -10% холатларда учрайди. Шунга кўра тонзилоэктомиядан кейин ўлим холатининг 54,2% га қон кетиш сабаб бўлади. Тонзиллоэктамиядан кейин қон кетиш умумий ҳамда махаллий сабаблари туфайли юзага келади. Булардан умумий сабаблари қон ва қон томир касалликлари, хаётий зарур аъзоларнинг (юрак, буйрак, жигар) органик ва функционал бузилишлари, хар хил етишмовчилик холатлари (С авитаминози, Са етишмовчилиги), асаб тизимининг юқори лабиллиги, аёлларда минстурал циклни бошланиши ва оғриқсизлантириш турлари сабаб бўлса, махаллий сабабларига эса қон томир аномалияси, чандиқларнинг мавжудлиги, веналарнинг варикоз кенгайиши ва жаррохлик техникаларини хусусиятлари қон кетишига сабаб бўлади.Тонзиллоэктомия жаррохлик амалиёти вақтида ва ундан кейинги қон кетишларни тўхтатишда механик, физик ва медикаментоз усулларидан фойдаланилади. Механик усулларга жароҳат жойи тампонадаси ва қон томирни боғлашни мисол қилиб олишимиз мумкин. Бу усуллар шифокор ва бемор учун ўзига хос ноқулайликлар юзага келтириб ўзига хос камчиликлари мавжуд масалан оғиз ичида бажарилётган тикиш амалиёти шифокор учун соҳасининг торлиги ва кичиклиги ноқулайлик туғдирса, беморга учун эса дискомфорт туғдириши, операция жараёнида қўйилган тампонларни операциядан кейин олиш тўқимани иккиламчи шикастланишига сабаб бўлиши мумкин шунингдек тампонаданинг қўлланилиши тўқималарда қон айланишини бузилишига олиб келиши мумкин. Физик усулларга лазерли фотокаогуляция ва электрокаогуляция мисол қилиб олишимиз мумкин. Бу усулларнинг қўлланилиши нархининг юқорилиги учун кенг қўлланилиши учун тўсқинлик қилади шунингдек тонзиллоэктомия жаррохлик жараёнида диффуз қон кетишда бутун юзани каогуляцияцияси ҳалқумни чандиқли муаммоларига олиб келиши мумкин. Махаллий қўлланилувчи препаратлар қон кетаётган соҳанинг ўзида қўлланилиб, таъсир механизми профибринолизинни фибринолизинга айланишини тўхтатиш хисобига қон кетишини олдини олади. Бу препаратлар тампон, кукун ёки гел кўринишлари мавжуд. Тампон кўришидаги

препаратлар қўллаш қўшимча фиксация қилишни талаб этади. Ундан ташқари кейинчалик тампонни олиш иккиламчи жароҳатланишга сабаб бўлишига асос бўлиши мумкин. Сўрилиб кетувчи асосда чиқувчи препаратлар нархининг қимматлиги туфайли кенг қўлланилишида тўсқинлик қилади. Тонзиллектомия амалиётидан кейинги қон кетишини олдини олишда, юқорида кўрсатиб ўтилган ноқулайлик ва камчиликларни бартараф этишда, ўзимизда яратилган таннархи юқори бўлмаган янги препарат гепроселни қўллашни тажрибада синашни режалаштирмоқчимиз. Бу препарат В.В Воҳидов номидаги илмий текшириш маркази олимлари томонидан ишлаб чиқилган бўлиб, препарат асосий таркиби (пахта толасидан олинадиган) целлюлоза ҳисобланади. Бу препарат паренхематоз аъзоларда, оториноларингологияда бажарилувчи жаррохлик амалиётида қон кетганда ижобий натижа бериши қуёнларда ўтказилган тажрибаларда ўз тасдиқғини топган. Бу поликомпозит бирикма бўлиб, таркибида уч хилдаги (наноцеллюлоза, карбоксиметилселлюлоза, оксидланган целлюлоза) моддалардан иборат. Ҳозирда бу препаратнинг икки хил (кукун ҳамда плёнка) шакли ишлаб чиқилган. Плёнка шаклининг ўзи таркибига кўра кенг дисперс ҳамда тўрсимон стуруктурали турлари мавжуд. Гепроцел препаратининг ютуқлари: таннархининг юқори эмаслиги, фиксатция талаб қилмайди, дискомфорт туғдирмайди, қўлланилган препаратнинг жаррохлик амалиётидан кейин олиб ташлаш талаб қилинмайди (жарохат жойида яхши сўрилади), тез ва ишончли гемостаз, ишлатиш учун қулай, бактериоцид таъсир, антиген таъсирнинг йўқлиги, гипоаллерген хусусиятларни ўзида намоён қилади.

Хулоса: Бу препаратни қўллаш жаррохлик амалиёти вақтида ва ундан кейинги қон кетишни тўхтатишда бошқа усул ва препаратларга нисбатан сезиларли даражада ижобий натижа беради.

IV BOB
BOSH-BO'YIN JARROHLIGI.

PERICORONITIS IN THE STRUCTURE OF MAXILLOFACIAL DISEASES AND ANALYSIS OF KEY ASPECTS OF TREATMENT

Shomurodov K.E., Igamova S.Z.
Tashkent State Medical University

Introduction: Pericoronitis is an inflammatory disease of the oral cavity caused by an infection of the soft tissues in the immediate vicinity of the crown of an immature tooth, including the gum and the dental follicle. Since eruption of the third molars is mainly associated with pericoronitis, the disease is most often observed in adults aged 20 to 29 years. Pericoronitis does not depend on the patient's gender. One study showed that pericoronitis is most often associated with tooth damage in 67% of cases with an upright tooth, in 12% with a mesioangular tooth, in 14% with a dystoangular tooth, and in 7% of cases with other orientations. There is a close relationship between a person's oral hygiene habits and the severity of the disease.

The purpose of the study: to carry out a structural analysis of the frequency of pericoronitis among the adult population, compare algorithms and results of therapeutic measures.

Materials and methods: A retrospective analysis of the results of examination and treatment of patients who sought help at the clinic of Surgical Dentistry of the Tashkent State Dental Institute during 2024 for obstructed eruption of the lower third molar (LTM) complicated by pericoronitis was conducted.

The evaluation of complaints, medical history and results of clinical examination of patients was carried out. The main predisposing factors for the development of pericoronitis of the lower third molars were identified. X-rays of the mandible determined the position of the LTM, the condition of the periodontium and surrounding bone, the ratio of the tooth to the branch and canal of the mandible, and the retromolar distance. Laboratory blood tests were performed if necessary. Serous, purulent, ulcerative forms of acute pericoronitis and recurrent chronic were isolated.

The principles of evidence-based medicine are used in the organization and conduct of research. The statistical analysis was performed using the OriginPro 8.6 program (OriginLab Corporation, USA).

Results obtained: During the analyzed period, a total of 88 patients applied to the polyclinic of surgical dentistry for difficult eruption of the lower third molars (HTM) complicated by pericoronitis, which accounted for 11.7% of the total number of primary patients. The age ranged from 18 to 42 years old. Most patients were aged 20-25 years. Among patients with this pathology, there were comparatively fewer men than women – 38 (43.2%) and 50 (57.8%) people, respectively. Localization on the left side was more common – 59 (67%) cases.

An analysis of the frequency of visits from patients with pericoronitis revealed an uneven distribution and a relatively higher number of patients in March and September. When studying the nature of the progression of the disease, it was determined that in most patients the disease began with the appearance of aching pains around the teething tooth, pain when opening the mouth and swallowing. Patients sought medical help 2-3 days after the onset of the disease. Some patients were self–medicating at first, rinsing their mouths with various antiseptics, herbal solutions, taking painkillers and NSAIDs, which provided some temporary relief. The general condition of most patients was assessed as satisfactory. 68 (77.3%) patients had a subfebrile temperature in the range of 37.0–37.4 °C.

42 (47.7%) patients had catarrhal pericoronitis, 32 (36.4%) had purulent, and 14 (15.9%) had chronic recurrent process.

All patients underwent comprehensive treatment, which included surgical interventions and drug therapy. To stop the acute inflammatory process, an operculectomy and, according to the indications, tooth extraction were performed. Dissection of the hood was performed in cases where tooth extraction (if indicated) was impossible without intervention on the surrounding bone tissue. The incision was performed in the medial-distal direction outside the hood towards the pterygoid-

maxillary fold with free access to the distal gingival pocket. The incision reduced tissue tension and created an outlet for inflammatory exudate, preventing the process from spreading to neighboring cellular spaces. The wound and the gingival pocket were treated with 0.5% chlorhexidine solution. Mouthwashes with warm antiseptic solutions or herbal decoctions were prescribed. Oral analgesics were included in the composition of drug therapy. With a hyperergic course of the inflammatory process, purulent pericoronitis, a predisposition to the spread of the pathological process, and with reduced body reactivity, antibacterial drugs were prescribed.

Complete removal of the hood was performed in patients with optimal anatomical and topographic conditions for tooth eruption – the vertical position of the tooth axis, the presence of space between the anterior edge of the jaw branch and the distal surface of the tooth crown.

Indications for tooth extraction were determined depending on its position, the condition of neighboring molars, and the nature of destructive changes in the bone. On the day of treatment, tooth extraction was performed if the tooth could be removed without additional interventions on the surrounding bone tissue.

In other cases, the wisdom tooth was removed after the inflammation in the soft tissues was relieved. The exception was the development of an inflammatory process with bone destruction in the periapical region. Such teeth were removed on the day the patients sought medical help. The absolute indication for the removal of LTM, especially in case of recurrence of inflammation, was the unavoidable anatomical abnormalities of its position, the lack of the possibility of its eruption.

In total, 28 (31.8%) patients had LTMs removed. At the same time, on the day of seeking help at the polyclinic, according to the indications, wisdom teeth were removed from 9 (10.2%) patients – there were no anatomical conditions for eruption, an abnormal position of the LTM in the jaw, etc. In 19 (21.6%) patients, wisdom teeth were removed due to a recurrence of pericoronitis and the lack of positive dynamics after an operculectomy and drug therapy.

The most favorable conditions for the preservation of LTM were its vertical position with a rectilinear root shape, without changes in periodontal tissues, the presence of sufficient space in the dental arch and an angle of inclination of less than 15 degrees. With this arrangement of the tooth, the "hood" was removed, and the crown part was freed from the soft tissues covering it. All other variants of its location – dystopia and retention, lack of space for eruption, the presence of pathology in periodontal tissues, were regarded as indications for removal.

Summary: Thus, a retrospective analysis of medical documentation revealed a frequent occurrence of pericoronitis in the structure of purulent-inflammatory diseases. It should be noted that there is no single algorithm for managing patients with pericoronitis, and there is no clear scheme for effective drug therapy. The above facts indicate the need to develop tactics for the comprehensive treatment of pericoronitis, considering the etiological factors and pathogenetic aspects of the disease.

EVALUATION OF GRAFT REVASCULARIZATION FOLLOWING SOFT TISSUE AUGMENTATION

Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S., Idiev O.E., Azimov I.M.
Tashkent State Medical University

Introduction: Currently, the insufficient volume of soft tissues in the field of dental implants (DI) is eliminated using various surgical techniques: flap operations, tissue transplantation from donor sites or synthetic materials, etc. According to several authors, the use of autografts is the "gold standard", but insufficient blood supply endangers the physiological functions and metabolic activity of tissues that may undergo necrosis with prolonged oxygen deficiency. Adequate perfusion is necessary to ensure a rapid healing process after injury or surgery.

Ultrasound diagnostics is widely used in various fields of medicine, but in dentistry its application is limited by the need for high spatial resolution and the size of the ultrasound sensor. This minimally invasive method is considered promising in assessing the revascularization of the intervention area and predicting its results.

The purpose of the study: to study the possibilities of Doppler ultrasonography in monitoring the process of tissue revascularization after augmentation of a free connective tissue graft (CTG) by tunneling technique around DI with insufficient soft tissue volume.

Materials and methods: The study included 20 patients with single dental implants in the distal parts of the dentition and insufficient soft tissue volume. All patients underwent augmentation with tunnel technology. Tissue perfusion around the DI was studied on an E-CUBE 9 Diamond ultrasound machine (Alpinion Medical Systems, South Korea) with an intraoral IO3-12 sensor in Doppler color mapping mode over a week and a month after augmentation. The data was processed using PixelFlux software (Chameleon-Software, Germany). The statistical analysis was performed using the OriginPro 8.6 program (OriginLab Corporation, USA). The value of $p<0.05$ was considered statistically significant.

Results obtained: Dynamic perfusion of graft and flap tissues one week after the intervention was displayed as perfusion intensity. This indicator refers to the number of pixels within the area of interest (graft or flap). A higher blue flow rate, which was observed in the graft (0.24 ± 0.04 cm/s), indicated that blood flow in this area after a week mainly goes from the flap to the CTG (perfusion area was $60.28 \pm 9.62\%$). At the same time, uniform tissue perfusion was detected on the flap (perfusion intensity 0.55 ± 0.09 cm/s). After a month, there was also a more pronounced perfusion intensity in the direction from the flap to the graft/bone (0.32 ± 0.16 cm/s) than in the opposite direction (0.14 ± 0.02), as evidenced by color mapping data, despite a decrease in the difference in the studied parameters.

Summary: Doppler ultrasonography is a valuable noninvasive method for monitoring changes in tissue perfusion in the field of soft tissue augmentation. It provides information according to which, in the absence of visible clinical signs, violations of the graft integration process into the recipient site and the likelihood of pathology progression can be determined, which allows timely measures to be taken to eliminate these deviations.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Дусмухамедов Ш.М., Юлдашев А.А., Дусмухамедов М.З.

«Ташкентский государственный медицинский университет», Ташкент

Введение: Развития применение дистракционного остеосинтеза на челюстно-лицевой хирургии является отражением постепенной трансформации экспериментального подхода к управлению остеогенезом в клинически значимую методику, адаптированную к анатомо-функциональным особенностям верхнего отдела лицевого скелета и направленную на устранение врождённых и приобретённых деформаций без применения массивных костных трансплантатов.

Цель исследование: Сформировать представление о применение КДО (компрессионно-дистракционный остеосинтез) в челюстно-лицевой хирургии

Краткое содержание: Компрессионо-дистракционный остеогенез (КДО) нашёл широкое применение в челюстно-лицевой хирургии благодаря своей универсальности и способности восстанавливать как форму, так и функцию костных структур без использования трансплантатов. За последние десятилетия спектр клинических показаний значительно расширился, охватывая как врождённые, так и приобретённые патологии, а также комплексные реконструкции после онкологических операций и травм.

Несмотря на доказанную клиническую эффективность и биологическую обоснованность метода КДО, его широкое применение в челюстно-лицевой хирургии ограничено отсутствием стандартизированных протоколов, недостаточной разработанностью аппаратов дистракции и нехваткой современных диагностических подходов к оценке состояния костного регенерата.

Процесс компрессионо-дистракционного остеогенеза включает последовательное выполнение нескольких этапов, каждый из которых играет важную роль в формировании полноценного костного регенерата. Чёткое соблюдение временных и биомеханических

параметров на каждом этапе определяет эффективность лечения, прогнозируемость результатов и минимизацию риска осложнений.

1. Этап остеотомии (или кортикотомии) - Это хирургический этап, на котором проводится рассечение кости в строго определённой зоне с учётом анатомии, кровоснабжения и планируемого направления дистракции. У детей часто применяют кортикотомию — рассечение только кортикального слоя, с сохранением спонгиозного вещества, что ускоряет заживление.

2. Латентный (задержанный) период - После остеотомии следует пауза, во время которой начинается формирование первичного остеогенного регенерата. Средняя продолжительность — 5–10 дней, в зависимости от возраста пациента и особенностей кровоснабжения.

3. Этап дистракции - Наиболее важный и контролируемый этап, в ходе которого происходит постепенное расхождение костных фрагментов и формирование новой кости в зоне регенерата. Основные параметры: • Темп: 0,5–1 мм в сутки • Дробность: 2–4 активации в день по 0,25 мм • Продолжительность: зависит от объёма дистракции (в среднем 10–30 дней)

4. Этап ретенции (удержания) - После достижения планируемого объёма удлинения наступает фаза стабилизации и консолидации костного регенерата. В этот период прекращается активация аппарата, но фиксация сохраняется. Продолжительность ретенционного периода — не менее, чем продолжительность дистракции, а чаще в 1,5–2 раза дольше. У детей возможна более короткая ретенция из-за высокой скорости остеогенеза, у взрослых — более длительная.

Современные клинические наблюдения указывают на значительную вариабельность подходов к дистракционному остеогенезу в зависимости от региона, клиники и возраста пациента. Отсутствие унифицированных алгоритмов, включающих чёткие показания и противопоказания к использованию метода, режимы дистракции, выбор сроков компрессионной и ретенционной фаз, а также способы оценки качества регенерата, приводит к снижению воспроизводимости метода и увеличению риска осложнений.

Существенной проблемой остаётся также техническая несовершенность отечественных компрессионно-дистракционных аппаратов, которые зачастую громоздки, неудобны в эксплуатации и не адаптированы к условиям дефицита костной ткани более 1 см. Кроме того, в диагностическом аспекте остаётся актуальной необходимость внедрения чувствительных и объективных методов мониторинга состояния регенерата, таких как ультразвуковая эхография и эхоостеометрия, обладающих преимуществами перед рентгенологическим методом на ранних стадиях остеогенеза.

Выводы. Таким образом, дальнейшее развитие метода КДО требует мультидисциплинарного подхода с включением клиницистов, инженеров, диагностов и биомехаников.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Дусмухамедов Ш.М., Юлдашев А.А., Дусмухамедов М.З.

«Ташкентский государственный медицинский университет», Ташкент.

Введение: История развития дистракционного остеосинтеза отражает эволюцию хирургической мысли от травматичных методов костной реконструкции к биомеханически и биологически обоснованным технологиям управления остеогенезом, кульминацией которых стал метод компрессионно-дистракционного остеосинтеза, предложенный Г.А. Илизаровым и адаптированный для челюстно-лицевой хирургии в конце XX века.

Цель исследование: Сформировать представление об истории развития дистракционного остеосинтеза.

Краткое содержание: Первоначальные попытки удлинения и перемещения костных фрагментов в челюстно-лицевой области датируются началом XX века. Уже в 1927 году Rosenthal выполнил первую дистракцию нижней челюсти, однако отсутствие стабильной фиксации и понимания закономерностей тканевой регенерации не позволило добиться устойчивых результатов. Ключевым этапом стало открытие Илизарова, который в 1950–60-х

годах разработал научную концепцию «напряжения-растяжения» как стимулятора остеогенеза и предложил оригинальную методику чрескостного остеосинтеза с применением внешней фиксации и дозированной дистракции.

На основании фундаментальных биомеханических и клинических экспериментов была доказана возможность не только восстановления длины и формы кости, но и индуцированного роста окружающих тканей: сосудов, нервов, мышц. Применение данного принципа в челюстно-лицевой хирургии началось в 1980-х годах с работ отечественных исследователей (Осипов, Швырков, Шамсудинов и др.), адаптировавших метод к анатомическим особенностям нижней челюсти. С этого момента дистракционный остеосинтез стал активно внедряться в практику для лечения врождённых и посттравматических деформаций, особенно у детей. Развитие цифровых технологий в XXI веке открыло новые горизонты для планирования дистракционных вмешательств. Стали использоваться трёхмерные компьютерные модели черепа, программное моделирование остеотомий и траекторий перемещения фрагментов. В ведущих клиниках начали применять индивидуализированные CAD/CAM-дистракторы, созданные на основе данных компьютерной томографии и трёхмерного сканирования челюстей пациента.

За несколько десятилетий метод КДО прошёл путь от экспериментальной идеи до широко распространённого клинического подхода, применяемого в ведущих центрах мира. Его история — это пример успешной интеграции фундаментальных биомеханических принципов, хирургической техники и инженерных решений.

Развитие компрессионо-дистракционного остеогенеза тесно связано с совершенствованием аппаратных систем, используемых для реализации метода. Конструкция дистракционного устройства напрямую влияет на безопасность процедуры, точность перемещения костных фрагментов и комфорт пациента в послеоперационном периоде. Современные технологии сделали возможным индивидуализацию, миниатюризацию и высокую точность контроля за процессом дистракции.

Современный этап характеризуется дальнейшим усовершенствованием дистракционных аппаратов, разработкой внутриротовых конструкций, расширением показаний и применением цифровых технологий для трёхмерного моделирования и планирования операций.

Метод КДО требует точного соблюдения временных и технических параметров на каждом этапе. Успех лечения во многом определяется не только аппаратом, но и дисциплиной врача и пациента в процессе активации и удержания. Только комплексный подход позволяет добиться стабильного и функционально полноценного результата

Выводы. История дистракционного остеосинтеза, таким образом, представляет собой путь от эмпирических попыток механического удлинения костей к высокотехнологичной и патогенетически обоснованной хирургии регенерации тканей.

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ГИАМАТРИКС.

Инкина А.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Введение. Гиаматрикс — биопластический материал, получаемый в результате фотохимического наноструктурирования исходного гидроколлоида гиалуроновой кислоты. Его основу составляет макромолекулярный нанокаркас, имеющий ячеистое строение размерностью в диапазоне 50-100 нм. Подобное структурное построение обеспечивает формирование оптимальной внеклеточной среды, поэтому процесс заживления обусловлен хорошим передвижением и размножением клеток на внутреннем слое «Гиаматрикса». Это обеспечивает высокую биосовместимость «Гиаматрикса».

Цель исследования. Повышение эффективности пластических операций на гортани и трахее с применением оригинального биопластического материала «Гиаматрикс».

Материалы и методы исследования. В эксперименте участвовали 5 кроликов. Первый этап эксперимента был ориентировочный и давал предварительные результаты – тип

заживления, воспалительная реакция, объем некротических изменений краев раны. На втором этапе планируется проведение цито- и гистологического исследования тканей.

Животное погружали в сон с помощью внутривенного наркоза. Предварительно производили выбривание участка кожи наружной поверхности ушной раковины. Проводили гидроотсепаровку кожи от хряща с помощью 0,5% р-ра новокаина. Далее производили иссечение фрагмента кожи округлой формы около 1,5 см в диаметре на обоих ушах. На одном ухе рану закрывали с использованием гиаматрикса (1 группа), на другом рану ничем не закрывали (2 группа). Обе раневые поверхности вели открытым способом. Оценивали заживление на 1, 3, 7 и 10 сутки после операции. Цель эксперимента: оценить влияние гиаматрикса на заживление раны.

Биоматериал извлекали из упаковки, выкраивали стерильными ножницами нужный по размеру лоскут, после чего один имеющийся раневой дефект закрывали предварительно смоделированными участком гиаматрикса точно под размер дефекта. Биоматериал в сухом виде размещали на поверхность дефекта кожи, с помощью стерильных салфеток смачивали раствором фурацилина до формирования эластичной плёнки. Полученную эластичную плёнку расправляют тампоном до отсутствия воздушных карманов. При нанесении на рану имплант закрывал поврежденный участок, фактически прилипая к нему, помогая скорейшему заживлению, рассасываясь в ходе заживления раны. Этот материал хорошо впитывает воду и смачивается, поэтому хорошо прилипает к поверхности раны. Его структурное построение позволяет, претерпевая постепенное растворение, продолжительно находиться в ране. Формирование возрожденной кожи и самопроизвольное закрытие раны кожи происходило под покровом пластического материала центростремительно по мере его замещения. Из-за того, что материал способен растворяться внутри раны, можно избегать болезненных перевязок.

Полученные результаты. В 1 группе выявлена плотная адгезия импланта к подлежащим тканями, минимальные реактивные изменения со стороны окружающих тканей. На 10-е сутки после операции произошло отторжения импланта в виде корки, под которой имелся тонкий звездчатый рубец. Во 2 группе имелась инфильтрация краев и дна раны с наличием экссудата. Окончательное заживление раны во второй группе произошло на 15-е сутки после операции, после отторжения струпа обнажилась кожа, зажившая вторичным заживлением с образованием звездчатого рубца.

Краткое содержание. Анализируя полученные экспериментальные данные, можно сделать выводы, что биоматериал обладает пролонгированным действием, способен находиться в условиях раны длительное время, постепенно подвергаясь лизису. Одновременно происходит стимуляция регенерации: высвобождая биологически активные вещества, биоматериал способствует регенерации подлежащих тканей. Помимо этого, материал создаёт условия, способствующие миграции клеток и усилению их митотической активности. Эти свойства делают биоматериал перспективным для использования в реконструктивной хирургии гортани и трахеи. Для более широкого применения и подтверждения эффективности необходимы дальнейшие исследования.

Заключение. Закрытие раневого дефекта с помощью материала «Гиаматрикс» способствует ускоренному заживлению раны, уменьшает экссудацию раневого отделяемого, а также не вызывает реактивных изменений со стороны окружающих тканей и может быть рекомендовано в качестве пластического материала для закрытия дефектов кожи.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Курбанов Ё.Х., Нормуратов Б.К., Хайитмуродов Д.Э.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: В постпандемический период отмечен рост числа пациентов с гнойно-некротическими поражениями тканей средней зоны лица, развивающихся на фоне

перенесённой новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Нарушения микроциркуляции, тромбоз кавернозного синуса, вторичная бактериальная и грибковая инфекция значительно утяжеляют течение заболевания и повышают риск септических осложнений. Актуальность данной проблемы обусловлена высокой частотой остеонекрозов и орбитальных абсцессов, требующих экстренного хирургического вмешательства.

Цель исследования: Изучить клинические проявления, частоту и морфологические особенности гнойно-некротических процессов челюстно-лицевой области у пациентов с постковидным синдромом, а также определить основные направления комплексной терапии.

Материалы и методы исследования: Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 80 пациентов (средний возраст 52,4 ± 9,8 лет), госпитализированных в отделения челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии Ташкентского государственного медицинского университета в период 2020–2024 гг. Все пациенты перенесли COVID-19 в тяжёлой форме, с подтверждённым тромбозом кавернозного синуса. Методы диагностики включали мультиспиральную КТ лицевого черепа, МРТ орбиты, лабораторные показатели воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин), коагулограмму и гистологическое исследование некротических тканей.

Полученные результаты: У 63,7% пациентов диагностирован остеонекроз верхней челюсти, у 41,3% — ограниченные или распространённые флегмоны орбиты и параназальных зон. Основными клиническими проявлениями являлись фебрильная лихорадка (до 39°C), резкая болезненность в проекции орбиты и верхней челюсти, инфраорбитальная анестезия, гнойные выделения из носовых ходов, ограничение открывания рта. У 17,2% пациентов отмечено формирование септического состояния, потребовавшего интенсивной терапии и радикального хирургического вмешательства. Характерным осложнением было сочетание остеомиелита с мукормикозом, подтверждённым микроскопией и культуральным анализом.

Краткое содержание: Постковидный синдром, особенно при наличии тромбогенных осложнений, способствует развитию агрессивных гнойно-некротических процессов в челюстно-лицевой области. Ранняя диагностика, включающая визуализационные и микробиологические методы, а также применение комплексной терапии с антикоагулянтами, противогрибковыми и антибактериальными средствами, позволяет снизить риск летальности и инвалидизации. Хирургическая санация очагов некроза остаётся основным методом лечения в остром периоде.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Курбанов Ё.Х., Хайитмуродов Д.Э., Джураев Ж.А., Шакиров А.А.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Гранулематоз с полиангиитом (болезнь Вегенера) представляет собой редкое аутоиммунное заболевание, характеризующееся некротизирующим васкулитом с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, легких и почек. Часто первые проявления заболевания локализуются в ЛОР-органах и полости рта, что требует активного вовлечения челюстно-лицевых хирургов и оториноларингологов. Своевременная диагностика поражений в области лица и санация очагов воспаления являются критически важными для профилактики системных осложнений и злокачественной трансформации тканей.

Цель исследования: Оценить клинические проявления, особенности поражения тканей челюстно-лицевой области, роль междисциплинарного подхода в диагностике и хирургическом лечении больных с гранулематозом Вегенера, а также определить показания к онкологическому наблюдению при подозрении на малигнизацию.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 60 пациентов с верифицированным диагнозом гранулематоза Вегенера, находившихся на лечении в многопрофильной клинике ТГМУ с 2021 по 2024 год. Всем пациентам проведено комплексное обследование: клинико-лабораторный анализ, серологическое исследование (c-ANCA, p-

ANCA), КТ лицевого черепа, эндоскопическое обследование ЛОР-органов и челюстно-лицевой области. При наличии язвенных и инфильтративных поражений проводилась биопсия с гистологическим исследованием. Выполнялась хирургическая санация очагов поражения, удаление некротических тканей и зубов, при необходимости — направленное онкологическое консультирование.

Полученные результаты: У 52 из 60 пациентов (86,6%) выявлены выраженные поражения слизистой оболочки полости носа и рта, включая язвенно-некротические изменения, перфорацию носовой перегородки (23 пациента), деструкцию неба (18 пациентов). У 7 больных гистология выявила диспластические изменения II–III степени, у 3 — признаки интраэпителиальной неоплазии. У всех таких пациентов организовано онкологическое наблюдение. Хирургическая санация и последующая иммуномодулирующая терапия привели к стойкой ремиссии у 78,3% пациентов.

Краткое содержание: Гранулематоз Вегенера в челюстно-лицевой области манифестирует тяжёлыми поражениями слизистых оболочек, костных структур и требует раннего диагностического вмешательства. Хирургическая санация, гистологический контроль и междисциплинарное взаимодействие позволяют эффективно предотвращать осложнения, включая злокачественные трансформации. Применение комплексного подхода повышает эффективность лечения и улучшает прогноз у пациентов.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ

Курбонов Ё.Х., Нормуратов Б.К., Шакиров А.А.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Иммунокомпрометированные пациенты, страдающие онкогематологическими заболеваниями (острые и хронические лейкозы, лимфомы, миеломная болезнь), находятся в группе высокого риска развития тяжелых гнойно-некротических поражений в области лица и челюстей. Длительная цитостатическая и таргетная терапия вызывает нейтропению, выраженную мукозитную реакцию, дисбиоз слизистых оболочек и снижает трофику тканей, что способствует развитию вторичной бактериальной и инвазивной грибковой инфекции.

Цель исследования: Определить клинико-диагностические особенности, факторы риска и лечебную тактику при гнойно-некротических процессах в челюстно-лицевой области у пациентов с онкогематологическими заболеваниями, находящихся на иммуносупрессивной терапии.

Материалы и методы исследования: С 2021 по 2024 гг. в стационарах Ташкентского государственного университета было обследовано 60 пациентов с установленными онкогематологическими диагнозами, у которых в период иммуносупрессии развились гнойно-некротические осложнения в зоне верхней челюсти, неба и параназальных синусов. Применялись методы физикального обследования, лабораторных анализов (лейкоформула, СРБ, прокальцитонин), КТ лицевого скелета, микробиологическое исследование биоптатов и отделяемого ран. В 12 клинических случаях использовалась интраоперационная флуоресцентная ICG-ангиография для оценки перфузии и жизнеспособности тканей перед некрсеквестрэктомией.

Полученные результаты: У 60,5% пациентов были выявлены остеонекрозы верхней челюсти, чаще в сочетании с некрозами твёрдого и мягкого неба. У 50% больных был установлен грибковый патоген — преимущественно Mucor spp. и Aspergillus spp. Выраженные мукозиты ротовой полости и полостей носа предшествовали развитию инфицирования. Уровень нейтрофилов в момент развития некрозов в среднем составлял менее $0,5 \times 10^9$/л. Применение ICG позволило значительно повысить точность определения границ некроза, что минимизировало объём резекции. Комплексная терапия включала антимикотики

(амфотерицин В, вориконазол), антибиотики широкого спектра, коррекцию нейтропении (G-CSF) и хирургическую санацию.

Краткое содержание: Гнойно-некротические процессы челюстно-лицевой области у онкогематологических пациентов требуют многофакторной оценки с участием челюстно-лицевых хирургов, гематологов и инфекционистов. Интраоперационная ICG-ангиография представляется перспективной методикой для точного планирования хирургического вмешательства в условиях иммунодефицита. Комплексный подход с ранним началом антимикотической терапии и контролем за нейтропенией улучшает прогноз и снижает частоту повторных некрозов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ ПОЛИАНГИИТОМ

Курбонов Ё.Х., Хайитмуродов Д.Э., Джураев Ж.А., Шакиров А.А.

Ташкентские государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Системный полиангиит, включая гранулематоз с полиангиитом (ранее синдром Вегенера), представляет собой редкое, но тяжелое системное заболевание, поражающее мелкие и средние сосуды. Одним из частых манифестов патологии становится вовлечение ЛОР-органов и костно-мягкотканных структур лицевого скелета, что предрасполагает к ишемическим некрозам, гнойным осложнениям и деструкции анатомических структур.

Цель исследования: Оценить клинико-диагностические особенности, характер гнойно-некротических поражений и подходы к комплексному лечению пациентов с системным полиангиитом при вовлечении челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования: В период 2021–2024 гг. в отделениях челюстно-лицевой хирургии, ревматологии и оториноларингологии Ташкентского государственного медицинского университета наблюдались 60 пациента с подтверждённым ANCA-ассоциированным васкулитом, имевшие проявления в области ЛОР-органов и лица. Диагностика включала КТ пазух и челюстей, серологические маркеры (PR3-ANCA, MPO-ANCA), биопсию поражённых тканей, бактериологическое исследование и гистологию. Из них у 25 больных выявлены гнойно-некротические процессы с разрушением перегородки носа, остеонекрозом верхней челюсти и небной пластинки. У 7 пациентов после взятия биопсии и гистологических проверок были выявлены злокачественные образования. У 6 пациентов использована интраоперационная ICG-ангиография для оценки перфузии перед дебридментом.

Полученные результаты: Клиническая картина включала назальную обструкцию, выделения с неприятным запахом, кровоточивость, язвенно-некротические поражения слизистой, костную экспозицию в полости рта и носа. У 64% больных имело место сочетание бактериальной и грибковой инфекции. В 72% случаев системный процесс находился в стадии субкомпенсации, требующей активной иммуносупрессивной терапии (глюкокортикоиды, циклофосфамид, ритуксимаб), что осложняло течение локальной инфекции. Интраоперационное применение ICG позволило минимизировать избыточную резекцию и сохранить жизнеспособные ткани.

Краткое содержание: Поражения челюстно-лицевой области при системном полиангиите характеризуются полиморфной клинической картиной и высоким риском гнойно-некротических осложнений. Диагностика требует мультидисциплинарного подхода, включая ревматологов, ЛОР-врачей и хирургов. В случае, выявления злокачественных образований в тканях, выявленных в результате биопсии и гистологических исследований, может потребоваться консультация и лечение у онколога. ICG-ангиография может служить полезным инструментом для дифференцировки жизнеспособных и некротизированных участков, особенно при планировании хирургического вмешательства у пациентов на фоне активного васкулита и иммуносупрессии.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ТРОМБОЗОМ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Курбонов Ё.Х., Шакиров А.А., Нармуратов Б.К.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Тромбоз кавернозного синуса (ТКС) представляет собой острое жизнеугрожающее состояние, связанное с нарушением венозного оттока от головного мозга, что может провоцировать ишемическое поражение церебральных структур. Возрастающее число пациентов с постковидными осложнениями и нарушениями коагуляции повышает актуальность изучения патогенетической связи между ТКС и развитием ишемического инсульта.

Цель исследования: Оценить взаимосвязь между тромбозом кавернозного синуса и ишемическим инсультом, выявить клинико-лабораторные предикторы тромбозов венозных синусов, определить диагностическую значимость МРТ-ангиографии и разработать рекомендации по раннему выявлению и лечению данного состояния.

Материалы и методы исследования: Проведено ретроспективно-проспективное исследование 204 пациентов, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике Ташкентского государственного медицинского университета с 2020 по 2024 год. Среди обследованных было 116 мужчин (56,8%) и 88 женщин (43,2%). Всем пациентам выполнены клинико-лабораторные обследования, включая определение уровней D-димера, фибриногена, прокальцитонина, С-реактивного белка и ферритина. Использовалась контрастная МРТ-ангиография для оценки состояния венозной сети головного мозга и диагностики ТКС.

Полученные результаты: У 89% пациентов в анамнезе отмечалось перенесённое COVID-19, что коррелировало с развитием ТКС. Значительное повышение воспалительных и коагуляционных маркеров указывало на активный тромботический процесс. МРТ-ангиографически выявлены расширения вен, деформации сосудов в области кавернозного синуса и признаки венозной недостаточности. У пациентов с подтверждённым ТКС чаще фиксировались очаги ишемии в бассейне средней мозговой артерии. Проведение антикоагулянтной и тромболитической терапии дало положительный клинический эффект в большинстве случаев.

Краткое содержание: Установлена клинически и инструментально подтверждённая связь между тромбозом кавернозного синуса и развитием ишемического инсульта. Наиболее значимыми факторами риска являлись перенесённая коронавирусная инфекция и нарушения системы гемостаза. Ранняя диагностика с использованием МРТ-ангиографии, а также комплексное лечение с применением антикоагулянтов и тромболитиков, способствуют снижению инвалидизации и летальности у данной категории пациентов.

РОЛЬ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Мусаев Ш.Ш., Шомуродов К.Э.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение. Переломы мыщелкового отростка нижней челюсти (ПМОНЧ) часто протекают с минимальной смещённостью и дают скудную рентгенологическую картину на стандартных 2D-снимках. Это приводит к пропуску свежих повреждений, позднему обращению уже с застарелыми переломами и, как следствие, к росту частоты осложнений (малокклюзия, ограничение открывания рта, деформация, анкилоз), усложняя лечение и ухудшая прогноз. По данным обзорных и клинических работ, чувствительность панорамной рентгенографии для переломов нижней челюсти варьирует в пределах 70-92% и ниже при низкосмещённых/мыщелковых повреждениях, что объясняет случаи пропуска ПМО на

первичном этапе. КЛКТ обеспечивает трёхмерную визуализацию мыщелка, потенциально повышая раннюю выявляемость и точность планирования лечения.

Цель исследования. Изучить публикации в научных базах данных (Scopus, PubMed/MEDLINE, eLIBRARY и др.) за 2010-2025 гг., посвящённые диагностической эффективности КЛКТ при переломах мыщелкового отростка нижней челюсти, по сравнению с традиционными рентгенологическими методами.

Материалы и методы исследования. Проведён целевой поиск по ключевым словам (condylar fracture, mandibular condyle, CBCT, panoramic radiography) с ограничением 2010-2025 гг. После отбора по релевантности и полнотекстовости проанализировано 22 публикации: обзоры, проспективные/ретроспективные клинические серии, экспериментальные и иллюстративные исследования.

Полученные результаты. Панорамная рентгенография демонстрирует неоднородную чувствительность (70-92%) и склонность «пропускать» ПМОНЧ, особенно без выраженного смещения; описаны случаи невидимости даже смещённых линий перелома на ОПТГ. У больных с подозрением на перелом нижней челюсти применение КЛКТ повышало диагностическую определённость до 90,5% и изменяло тактику, когда 2D-снимки были неубедительны. В клинической серии по ПМОНЧ панорамный снимок выявил лишь 6 из 12 переломов, обнаруженных затем на КЛКТ (недооценка протяжённости и направления линии). По данным экспериментальных и клинических работ, точность КЛКТ в верификации костных повреждений сопоставима с мультиспиральной КТ, при этом эффективная доза КЛКТ значительно ниже (в среднем в разы, медиана снижения около 12-кратной). Несвоевременная диагностика ПМОНЧ ассоциируется с повышением частоты осложнений (малокклюзия, ограничения функции ВНЧС, анкилоз), что нередко требует более сложных вмешательств; своевременная визуализация и стадирование по данным КЛКТ улучшают выбор между функциональными протоколами, закрытой репозицией и остеосинтезом.

Выводы. Стандартные 2D-методы (ОПТГ) остаются скрининговыми, но часто недооценивают/пропускают переломы мыщелкового отростка, особенно при минимальном смещении. КЛКТ обеспечивает более надёжную и раннюю диагностику ПМОНЧ (лучше визуализирует линию, протяжённость и направленность перелома, фрагментацию, суставную поверхность), что подтверждается увеличением диагностической определённости и переоценкой тактики лечения в сравнении с 2D-снимками. По сравнению с МСКТ КЛКТ даёт сопоставимое качество оценки кортикально-трабекулярных повреждений при существенно меньшей лучевой нагрузке, что делает её обоснованной первой 3D-методикой при подозрении на ПМОНЧ. Включение КЛКТ в алгоритм ранней диагностики переломов мыщелкового отростка потенциально снижает долю поздних обращений и связанных с ними осложнений, упрощая лечение и улучшая исходы.

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАСЩЕЛИНАХ НЁБА НА ЧАСТОТУ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.

Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Бобосафарова М.А., Махмудназаров М.И.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Введение: Врожденные расщелины нёба представляют собой серьёзные аномалии развития, сопровождающиеся нарушениями дыхательной, глотательной и речевой функций. Анатомические дефекты мягкого и твёрдого нёба нарушают естественную вентиляцию носоглотки, способствуют хроническому открытому сообщению между полостью носа и рта, а также создают условия для частых воспалительных процессов. У детей с данной патологией значительно чаще развиваются рецидивирующие риниты, синуситы, аденоидиты и отиты, что связано с особенностями строения верхних дыхательных путей и дисфункцией слуховой трубы. Изучение влияния анатомических нарушений при расщелинах нёба на частоту респираторных заболеваний имеет большое значение для ранней диагностики осложнений и построения эффективной реабилитационной тактики.

Цель исследования: Выявить взаимосвязь между анатомическими нарушениями носоглотки при врождённых расщелинах нёба и частотой респираторных заболеваний у детей.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 80 детей в возрасте от 3 до 12 лет, проходивших лечение и наблюдение в отделении челюстно-лицевой хирургии и детской отоларингологии. Основную группу составили 50 детей с врождённой расщелиной нёба (в том числе с полной и неполной формой), контрольную - 30 практически здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу. Методы исследования включали клиническое оториноларингологическое обследование (риноскопия, фарингоскопия, отоскопия), сбор анамнеза с акцентом на частоту и характер респираторных заболеваний (ОРВИ, риниты, тонзиллиты, аденоидиты, отиты) за последний год, оценку проходимости носовых ходов (проба с ваткой), оценку функции слуховой трубы (тимпанометрия, при необходимости аудиометрия), анализ данных амбулаторных карт и консультаций смежных специалистов (педиатра, отоларинголога, иммунолога).

Полученные результаты: Анализ полученных данных показал, что у детей с врождённой расщелиной нёба значительно выше частота респираторных заболеваний по сравнению с контрольной группой. В течение последнего года у детей основной группы ОРВИ регистрировались в среднем 6,2 раза, тогда как в контрольной группе - 3,7 раза. Частота острых ринитов, аденоидитов и тонзиллитов также была выше у пациентов с расщелинами. Хронические формы заболеваний ЛОР-органов (в частности, аденоидит II–III степени, хронический тонзиллит, экссудативный средний отит) диагностированы у 64% детей основной группы, против 27% в контрольной. У 48% детей с расщелиной отмечались признаки затруднённого носового дыхания, обусловленные как анатомическими особенностями, так и гипертрофией аденоидной ткани. Функциональные исследования слуховой трубы (тимпанометрия) выявили признаки тубарной дисфункции у 38% детей с расщелиной, при этом в контрольной группе аналогичные изменения были выявлены лишь у 10% обследованных. Это подтверждает влияние анатомического дефекта на вентиляционную функцию среднего уха.

Краткое содержание: Врожденные расщелины нёба сопровождаются выраженными анатомо-функциональными изменениями, затрагивающими не только полость рта, но и структуры носоглотки и среднего уха. Эти изменения нарушают физиологическую вентиляцию верхних дыхательных путей, способствуют застою слизи, снижению местной иммунной защиты и создают благоприятные условия для развития хронических воспалительных процессов. У детей с расщелиной нёба значительно чаще наблюдаются рецидивирующие риниты, синуситы, аденоидиты и отиты, что напрямую влияет на общее соматическое развитие, слух и качество жизни.

Целью работы является анализ взаимосвязи между выраженностью анатомических дефектов и частотой респираторных заболеваний у детей с врождённой расщелиной нёба. Представленные данные подчёркивают важность раннего оториноларингологического обследования и включения ЛОР-специалиста в состав мультидисциплинарной команды, сопровождающей таких пациентов. Результаты исследования могут способствовать разработке индивидуализированных схем профилактики и лечения, направленных на снижение респираторной заболеваемости и улучшение результатов хирургической и функциональной реабилитации.

ПАСТКИ ЖАҒ СОХАСИДА УЧРАЙДИГАН НОЭПИТЕЛИАЛ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИ ЁШИГА ВА ЖИНСИГА НИСБАТАН ТАХЛИЛИ.

Сулайманов Д.А., Хасанов А.И.

Central Asian Medical University Фарғона, Ўзбекистон

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Ишнинг максади: РИО ва РИАТМ шароитида пастки жағ ўсмалари билан жаррохлик амалиёти орқали даволанган беморларни ёшига нисбатан тахлил килиш

Материал ва усуллар: 2018-2023 йиллар давомида РИО ва РИАТМ бош ва бўйин ўсма касаликлари булимида 56 нафар беморга пастки жағ ўсмалари билан жаррохлик амалиёти ўтказилган. Ўсмани морфологик структураси бўйича беморларни кесимида кўриб чиқилди. 23 нафар беморда ноэпителиал хужайралардан келиб чикувчи ўсмалар (41%) ташкил этди. 33 нафарда эса эпителийдан ривожланган усмалар (59%) ташкил этди.

Натижа: 2018-2023 йиллар давомида РИО ва РИАТМ шароитида 56 нафар беморлар пастки жағ ўсмалари билан хирургик даволанган. Шу лардан 41% ни ноэпителиал ўсмалар ташкил қилди. 59% ни эса эпителийдан ривожланган ўсмалар ташкил этди. Беморларни ёши буйича 3 та гурухга бўлинди. Бунда ноэпителиал ўсмаларда 1-гурухда 20 ёшгача, 5 та (21,7%), 2-гурухда 20-40 ёш, 14 та (60,8%) ва 3-гурухда 40 ёшдан юкори, 4та (17,3%) ташкил қилди. Юкоридаги келтирилган сонларда куриниб турибдики 40 ёшгача бўлган беморлар 82,5 % ни ташкил этмокда. Аёллар ва эркаклар ўртасидаги нисбати тахлили ўрганилганда 15та аёллар, 8 та эркакда ташкил этди. Яъни 1,8:1 да аёллар ўртасида пастки жағ ноэпителиал ўсмалари кўп учраши аниқланди. Эпителийдан ривожланган ўсмаларда 33 та (59%) бемор ўрганилганда 3-гурухдаги беморлар сони яъни 40 ёшдан юқори бўлган беморлар сони 81,8% ни ташкил этади.

Хулоса: пастки жағ ноэпителиал ўсмалари ёшларда ва аёллар ўртасида кўп учраши аниқланди. Эпителийдан ривожланган ўсмалар эса катта ёшдаги инсонлар орасида кўп учраши кузатилди. Ноэпителиал ўсмаларни келиб чикишида организмдаги эндоген омилларни ахамиятини ўрганиш максадга мувофик бўлади деган фикр юритиш мумкин.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Тошпулатов Б.Б., Шомуродов К.Э.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Современная челюстно-лицевая хирургия сталкивается с необходимостью постоянного совершенствования методов остеосинтеза, направленных на повышение биосовместимости, снижение количества осложнений и улучшение реабилитации пациентов. В этом контексте всё большую популярность приобретает применение биодеградируемых минипластин и минивинтов при лечении переломов нижней челюсти. Эти материалы разлагаются в организме до безвредных продуктов метаболизма, что позволяет избежать повторных операций, связанных с удалением фиксирующих элементов, как в случае с металлическими конструкциями.

Цель исследования: Анализ научной литературы, посвященной использованию биодеградируемых материалов для остеосинтеза при переломах нижней челюсти.

Материалы и методы: Обзор статей в научных медицинских журналах с размещением и индексацией PubMed, РИНЦ (RSCI), ВАК.

Полученные результаты: Наиболее часто применяемыми биодеградируемыми полимерами являются полимолочная кислота (PLA), полигликолевая кислота (PGA) и их сополимеры (PLGA), которые характеризуются хорошей биосовместимостью, способностью к контролируемой деградации и удовлетворительными механическими свойствами. В зависимости от состава, времени деградации и молекулярной массы, данные материалы обеспечивают стабильность остеосинтеза в течение 6–12 месяцев, что считается достаточным для полного сращения большинства неосложнённых переломов нижней челюсти. Применение биодеградируемых минипластин особенно оправдано у детей и подростков, у которых продолжается рост костных структур, а также у пациентов с противопоказаниями к повторным хирургическим вмешательствам. Кроме того, наличие металлических имплантатов может вызывать психологический дискомфорт, нарушать прохождение МРТ или создавать косметические дефекты, особенно в зонах с тонкой подкожной жировой клетчаткой.

Ряд клинических исследований показал, что при соблюдении критериев отбора пациентов и правильной технике остеосинтеза, функциональные и эстетические результаты использования биодеградируемых систем не уступают таковым при применении титановых фиксаторов. Особенно эффективными данные технологии показали себя при лечении

неосложнённых, линейных, косых или малофрагментарных переломов тела, ветви и симфиза нижней челюсти. Биодеградация пластин и винтов сопровождается постепенным снижением прочности конструкции по мере увеличения прочности восстановленной кости, что способствует более физиологичной передаче нагрузки и активации остеогенеза. Однако следует учитывать ряд ограничений и потенциальных осложнений, связанных с использованием биодеградируемых материалов. В частности, возможны воспалительные реакции на продукты распада, нестабильность фиксации при сложных переломах, наличие остаточных полимерных фрагментов и индивидуальные особенности метаболизма пациента, влияющие на скорость резорбции. Кроме того, стоимость таких систем пока остается выше, чем у традиционных металлических аналогов, что может ограничивать их массовое использование в некоторых регионах.

С научной точки зрения, перспективы использования биодеградируемых остеосинтетических систем напрямую связаны с развитием новых поколений материалов, обладающих улучшенными механическими характеристиками, регулируемой скоростью распада и способностью модулировать локальный иммунный ответ. Также активно ведутся исследования в области комбинированных композитных материалов, включающих в себя биоактивные добавки, направленные на стимуляцию костной регенерации. Это открывает возможности для создания индивидуализированных систем фиксации с программируемыми параметрами деградации и механической поддержки.

Краткое содержание: Таким образом, биодеградируемые минипластины и минивинты представляют собой инновационную альтернативу традиционным металлическим фиксаторам при лечении переломов нижней челюсти. Их применение позволяет повысить комфорт пациента, сократить количество повторных вмешательств и приблизить процесс заживления к физиологическим механизмам. Несмотря на существующие ограничения, дальнейшее развитие технологий и клинических протоколов может обеспечить широкое внедрение биодеградируемых систем в повседневную практику челюстно-лицевой хирургии.

ТИШ КАРИЕСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТДА МИКРОБИОЛОГИК ҲОЛАТНИ БАҲОЛАШ

Шамсиев Д.Ф., Ходжаева Н.Х.
Тошкент давлат тиббиёт университети. Ташкент

Сурункали тонзиллит нафақат оториноларингологлар, балки педиатр, кардиолог, невролог, ревматолог, терапевт ва бошқа мутахассислар олдидаги муаммога айланиб бўлган. Бу муаммо фақат клиник эмас, балки умумбиологик нуқтаи назардан кўриб чиқилишини тақазо этади.

Тадқиқот мақсади бўлиб тиш кариеси бўлган беморларда сурункали тонзиллитда микробиология ҳолатни баҳолаш ҳисобланади.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотга 2022-2024 йили давомида Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ва Тошкент давлат стоматология институти клиникасида даволанган 140 нафар беморлар ва назорат гуруҳида эса 20 нафар соғлом киши тадқиқотга жалб қилинди. Беморлар 3 гуруҳга бўлинди, жумладан 70 нафар тиш кариеси фонида сурункали тонзиллит бўлган беморлар 1 гуруҳни, 40 нафар сурункали тонзиллит бўлган беморлар 2 гуруҳни, 30 нафар тиш кариеси бўлган беморлар 3 гуруҳни ташкил қилди. Барча беморларда комплекс оториноларингологик, эндоскопик, умумий клиник, биокимёвий, бактериологик ва бошқа тадқиқотлар ўтказилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Тиш кариеси фонида сурункали тонзиллит бўлган беморларда оғиз бўшлиғи микрофлораси таҳлил қилинганда, ажратилган қўзғатувчилар орасида энг кўп учрайдигани А гуруҳига мансуб бета-гемолитик стрептококк (S.pyogenes) бўлиб, у 69,57% ни ташкил қилади. Иккинчи ўринда эса бизнинг тадқиқотимизда учраган ҳолатлар сонига кўра – олтинранг стафилококк (S.aureus) – 27,83%. Учинчи ўринда – S.viridans – 13,04%, бу кўрсаткичлар кўплаб тадқиқотлар маълумотларига мос келади. S.pneumoniae (3,48%) ҳамда P.aeruginosa (1,74%) каби қўзғатувчилар паратонзилляр

абсцесснинг хос қўзғатувчилари ҳисобланмайди, бу эса кейинги муҳокамалар учун асос бўлади.

Бактериал микрофлора тасдиқланган беморлар орасида 89 нафар беморда (77,39%) бактериал флора монофлора кўринишида кузатилган, 26 нафар беморда (22,61%) эса флора ассоциациялар кўринишида бўлган. Иккита қўзғатувчи иштирокидаги ассоциациялар 23 нафар (20%) беморда, учта қўзғатувчи иштирокидаги ассоциациялар эса 3 нафар беморда (2,61%) аниқланган.

S.pyogenes ва S.aureus нинг S.viridans билан бўлган ассоциациялари энг кўп учрайдиганлардан бўлиб, мос равишда 6 ва 5 та ҳолат қайд этилган. Шунингдек, кўк йиринг таёқчаси (P.aeruginosa)нинг S.pyogenes ва S.aureus билан бўлган ассоциациялари ҳам эътиборга молик. Кўк йиринг таёқчаси (P.aeruginosa) паратонзилляр абсцесснинг хос қўзғатувчиси ҳисобланмайди. Энг кўп микроб ассоциациялари 2-гуруҳда аниқланган: мос равишда 8 ва 9 ҳолат. Энг кўп монофлора ҳам 2-гуруҳда кузатилган — 40 та ҳолат.

Микробиологик тадқиқот натижаларига кўра, барча қўзғатувчиларга нисбатан сезгирлик аниқланди. Биринчи навбатда, болаларда паратонзилляр абсцесснинг асосий қўзғатувчилари бўлган микроорганизмларга нисбатан таҳлил ўтказилди: S.pyogenes – 80 изолят (69,57%), S.aureus – 32 изолят (27,83%) ва S.viridans – 15 изолят (13,04%). А гуруҳига мансуб бета-гемолитик стрептококк (S.pyogenes) кўплаб антибиотиклар гуруҳларига юқори даражада сезгирлигини сақлаб қолмоқда, бироқ эритромицин ва азитромицинга нисбатан сезгирлик камайиши кузатилган — мос равишда 86 % ва 87 %.

Ажратилган барча олтинранг стафилококк (S.aureus) штаммлари амоксициллин, цефотаксим, цефтриаксон, цефипим, левофлоксацин, меронем, амоксиклав каби дори воситаларга мутлақо сезгир бўлган. Цефазолинга сезгирлик 97% ни ташкил этган. Бензилпенициллинга нисбатан ҳам сезгирлик 97 % ни ташкил этган. Азитромицин ва эритромицинга нисбатан сезгирлик даражаси мос равишда 94% ва 91% га тушган. S.viridans нинг ажратилган штаммларининг аксар қисми цефалоспоринлар, пенициллинлар қатори ҳамда фторхинолонларга нисбатан сезгир ҳисобланади.

Шундай қилиб, *хулоса* қилиш мумкинки, тиш кариеси бўлган беморларда сурункали тонзиллитда микробиология ҳолат ўзига хос бўлиб, касалликни даволаш чоралари кўришда ушбу хосликни инобатга олиш зарур.

ВТОРИЧНАЯ ЛИМФЕДЕМА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ПРОТИВООТЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОМОЩИ КИНЕЗИОТЕЙПОВ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Шомуродов К.Э., Шерматова К.Х.

Ташкентский Государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Лечение лимфостаза челюстно-лицевой области не теряет свою актуальность с каждым днем по причине высокой периодичности проявления данного заболевания, детерминирующей полифакторности и спорной интерпретации клинических проявлений, следовательно отсутствие задействования патогенетически рациональных методов терапии. Лимфедема остается частым осложнением у пациентов, перенесших хирургическое лечение и/или лучевую терапию по поводу новообразований головы и шеи. Усиливающаяся лимфедема по закону хирургии нарастающая на 3-4 сутки после хирургического вмешательства приводит к нарушению лимфотока, выраженному отёку, болевому синдрому, снижению функциональности и качества жизни пациентов делая их менее социальными в период реабилитации. Стандартные протоколы противоотечной терапии заключают в себя мануальный лимфодренаж, компрессионные методики, аппаратную косметологию в виде ультразвукового введения противоотечных препаратов и микротоков и лечебную физкультуру, однако их эффективность на лице ограничена анатомическими особенностями зоны. За последние 3 года стремительное внимание исследователей охватывает кинезиотейпирование — неинвазивный метод, способствующий улучшению лимфооттока.

Благодаря своему весу, похожему на эпидермис, лента поднимает кожу, улучшая кровоток, следовательно ускоряя дренаж лимфы и гематомы.

Цель исследования: Проанализировать современную научную литературу последних пяти лет, для определения эффективности лечении вторичной лимфедемы челюстно-лицевой области с помощью кинезиотейпов и определить принципы действия, клиническую результативность и потенциальные возможности данного малоинвазивного метода.

Материалы и методы: Проведен систематический обзор в базах PubMed, Springer, MDPI, ResearchGate, elibrary.ru, а также среди руководств и клинических рекомендаций на русском, английском и других языках за период 2020–2025 гг. по ключевым словам: kinesio taping, maxillofacial rehabilitation, facial swelling, post operative sequalae, edema, lymphedema. В анализ включено 8 исследований: рандомизированные контролируемые испытания (РКИ), систематические обзоры, пилотные проекты, когортные исследования и описания клинических случаев. Оценка данных охватывала механизмы действия КТ, клинические результаты, ограничения и перспективы метода.

Полученные результаты: Кинезиотейпинг стал популярным дополнением к физиотерапии лимфедем, особенно в областях тела, где применение компрессии затруднено (лицо, шея, плечевой пояс). Один из главных механизмов действия КТ является лимфоотведение, который связан с увеличением межклеточного пространства на 0.5-1мм (микросдвиг кожных покровов), стимуляция лимфатических сосудов, тем самым облегчая отток лимфатической жидкости и уменьшая концентрацию тканевой жидкости.

Современные исследования показывают, что кинезиотейпирование способно уменьшать выраженность отёка мягких тканей лица. Так, в работе *Keyhan et al.* (Иран, 2023) изучалось применение кинезиотейпа у пациентов после ортогнатической операции на челюстях. У 30 пациентов, которым накладывали тейпы на кожу щёк и подбородка в течение 5 дней после операции, зафиксировано значимое сокращение объёма послеоперационного отёка по сравнению с контрольной группой без тейпов. Измерения расстояния от подбородка до мочки уха показали статистически достоверное уменьшение отёчности ($p < 0,001$), что авторы объясняют восстановлением лимфатической микроциркуляции под действием кинезиотейпа. В заключении исследование отмечает, что кинезиотейпирование достоверно снижает послеоперационный отёк лица и может рассматриваться как простой, нетравматичный и экономичный метод реабилитации после челюстно-лицевых операций. Схожие выводы сделаны специалистами в Казанском ГМУ (*Гасымзаде Д. К. и соавт.*, 2020) представлен обзор применения кинезиотейпов при травмах челюстно-лицевой области. Установлено, что наклеивание кинезиотейпа после операции остеосинтеза перелома нижней челюсти позволило существенно снизить выраженность воспалительного отёка и боли у пациентов в раннем послеоперационном периоде. Авторы подчёркивают отсутствие побочных эффектов и простоту метода, при одновременном значимом улучшении качества жизни больных. Следовательно, из накопленных данных следует подчеркнуть, что КТ эффективно уменьшает травматические и послеоперационные отеки в области лица.

В 2023 г. турецкими учёными *Atar et al.* проведено рандомизированное плацебо-контролируемое исследование с участием 66 пациентов, страдающих наружной лимфедемой шеи и лица после лечения рака головы-шеи. Всем пациентам проводили стандартную противоотёчную терапию (еженедельный ручной лимфодренаж и комплекс упражнений); дополнительно одна группа получала аппликации кинезиотейпов на шею и нижнюю часть лица, а другая – плацебо-тейпы (ненатянутые ленты). Через 4 недели лечения в обеих группах отмечено уменьшение окружности шеи и объёма отёка лица, однако в группе с кинезиотейпированием снижение отёка было значительно более выраженным(разница между группами статистически значима, $p = 0,001$). При этом так называемая внутренняя лимфедема (отёчность слизистых оболочек глотки, гортани) достоверно не изменилась, что объясняется преимущественно поверхностным действием тейпов. Главным итогом является то, что реабилитация пациентов прогрессировало и кроме того, нежелательных последствий и осложнений при применении КТ не наблюдалось.

Систематический обзор литературы, опубликованный *Cheng et al.* в *JAMA Otolaryngology* (США, 2023), обобщил результаты 23 исследований по реабилитации лимфедемы головы и шеи. Авторы отмечают, что среди вспомогательных методов лучшая доказательная база на сегодняшний день как раз у кинезиотейпирования: качество доказательств эффективности кинезиотейпов оценено как высокое (в обзоре упоминается несколько РКИ по этой теме). В то же время ряд авторов подчёркивают, что количество исследований всё ещё ограничено, и требуется больше качественных клинических данных для окончательной оценки эффективности тейпирования при лимфедеме.

Краткое содержание: Кинезиотейпирование сегодня уже рассматривается как эффективный и безопасный компонент комплексной противоотечной терапии у пациентов с вторичной лимфедемой челюстно-лицевой области. Доказательная база последних лет подтверждает преимущество использования метода в сочетании с мануальным лимфодренажом и упражнениями для ускорения регресса отёка, при том, что отсутствует значимое влияние на так называемую внутреннюю лимфедему при симультанном улучшении внешних проявлений и качества жизни пациентов после онкологических и других хирургических вмешательств в области головы и шеи и стоит отметить, что это и является необходимостью дифференцированного подхода к оценке вторичной лимфедемы и лечения. Все эти суждения дают основание полагать, что КТ максимально продуктивно помогает бороться с симптомами, связанными с поверхностным отеком и его визуальным проявлением, которые непосредственно влияют на перцепцию пациентом своего состояния и социальную интеграцию. Однако требуется дальнейшая стандартизация методик и проведение многоцентровых исследований с увеличением числа наблюдений и длительным последующим контролем для четкого понимания глубины и силы воздействия тейпирования.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ТЯЖЕЛОМУ ТЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Шомуродов К.Э., Гизатуллина А.М.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

*Введение***:** Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) представляют собой серьезную медицинскую проблему, характеризующуюся склонностью к тяжелому течению и развитию осложнений. Понимание этиопатогенетических механизмов, включая генетические факторы, имеет ключевое значение для оптимизации диагностики, прогнозирования и выбора тактики лечения. Интерлейкин-8 (IL8), являясь мощным провоспалительным цитокином и хемоаттрактантом для нейтрофилов, играет важную роль в развитии воспалительного ответа. Известно, что полиморфизмы в гене IL8 могут влиять на его продукцию и, соответственно, на индивидуальную предрасположенность к воспалительным заболеваниям. В норме референсные значения ИЛ-8 в крови здоровых людей не превышают 10 пг/мл (общее референсное значение менее 62 пг/мл).

Цель исследования: Оценить ассоциацию полиморфизма -251T>A гена IL8 с тяжелым клиническим течением острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых пациентов.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены взрослые пациенты с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО, разделенные на две основные группы: с одонтогенными (Группа 1) и неодонтогенными (Группа 2) заболеваниями. Каждая группа далее подразделялась на основную и контрольную подгруппы (по 20 человек в каждой), различающиеся подходом к местному лечению.

Подгруппы 1.1 и 2.1 (основные): Пациентам проводилась комплексная локальная терапия, включавшая вскрытие и дренирование гнойного очага, ежедневное промывание раны противомикробным раствором и применение абсорбирующей микроадгезивной бактерицидной повязки с ионами серебра и цеолитом.

Подгруппы 1.2 и 2.2 (контрольные): Пациенты получали стандартное местное лечение, состоящее из вскрытия и дренирования гнойного очага с последующим регулярным промыванием раны антисептическими растворами (фурациллин 1:5000, 5% хлорофиллипт, декасан) без использования специализированной повязки.

Было проанализировано распределение частот генотипов и аллелей полиморфного локуса -251T>A гена IL8. Установлено соответствие распределения равновесию Харди-Вайнберга (p=0,86).

Полученные результаты: При сравнительном анализе выявлены статистически значимые различия между группами пациентов с тяжелым течением заболевания и контролем. Гомозиготный генотип TT встречался достоверно чаще в группе больных (49,50%) по сравнению с контролем (34,30%) (χ^2=4,165; p=0,041; OR=1,876; 95% CI 1,06-3,31). Аналогично, аллель T был значительно более распространен у больных (71,80%) по сравнению с контролем (62,00%) (χ^2=3,893; p=0,049; OR=1,556; 95% CI 1,03-2,36). Данная закономерность сохранялась при различных нозологических формах заболевания, таких как абсцессы (66,67% TT), флегмоны (66,67% TT), периоститы (41,67% TT), остеомиелиты (62,5% TT) и лимфадениты (55,26% TT).

Краткое содержание: Проведенное исследование демонстрирует, что генотип TT и аллель T полиморфного локуса -251T>A гена IL8 ассоциированы с повышенной вероятностью развития тяжелого клинического течения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых пациентов. Эти генетические маркеры могут служить важными предикторами тяжести течения заболевания, что имеет значение для персонализированного подхода в тактике лечения и прогнозирования исходов.

Заключение: Полученные результаты убедительно демонстрируют, что полиморфизм -251T>A гена IL8, в частности наличие гомозиготного генотипа TT и аллеля T, является значимым фактором, ассоциированным с повышенным риском развития тяжелого клинического течения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых пациентов. Эти данные подчеркивают важность генетических предикторов в патогенезе данных состояний и могут способствовать разработке более точных методов прогнозирования тяжести заболевания, а также оптимизации индивидуализированных подходов к лечению пациентов с учетом их генетического профиля.

МОНИТОРИНГ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ТОЧНОСТЬ ИХ ДИАГНОСТИКИ

Шомуродов К.Э., Латипова Д.И.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение: Заболевания околоушных слюнных желез (ОУСЖ) являются наиболее сложными как в плане диагностики, так и лечения. Согласно статистическим данным, опухоли ОУСЖ встречаются в 92% случаях среди всех опухолевых поражений слюнных желез. Реже новообразования локализуются в поднижнечелюстной – в 6,5%, подъязычной – в 0,5%, а малых слюнных железах – в 1%. Следует отметить, что заболеваемость у женщин выше, чем у представителей мужского пола. Возраст больных варьирует, но основное количество обратившихся за помощью больных приходится на возрастной диапазон от 35 до 60 лет. Вопросы разработки алгоритма комплексной диагностики новообразований околоушных слюнных желез являются актуальными и непосредственно влияют на успех лечения.

Цель исследования: установить частоту встречаемости различных видов опухолей ОУСЖ, провести сравнительный анализ результатов клинического и патоморфологического исследований.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ историй болезни и результатов патоморфологического исследования 84 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями ОУСЖ, получивших стационарное лечение в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии (ВЧЛХ) клиники Ташкентского государственного стоматологического института в период 2022-2024 гг. Новообразования были разделены по

нозологическим формам согласно международной гистологической классификации опухолей слюнных желез (ВОЗ, 2022). Обращалось внимание на комплекс выполненных диагностических мероприятия, частоту рецидивов, макро- и микроскопическое описание препаратов удалённых новообразований и методы хирургического вмешательства. Статистический анализ проводился на программе OriginPro 8.6 (OriginLab Corporation, США).

Полученные результаты: Согласно результатам анализа демографических данных больных, было определено, что новообразования ОУСЖ чаще встречались у женщин – 50 (59,5%) человек, а средний возраст пациентов составил 48 лет: у женщин он варьировал от 25 до 64 лет, у мужчин – от 28 до 67 лет.

В анамнезе было отмечено, что у большинства больных были жалобы эстетического характера – асимметрия лица вследствие наличия припухлости в околоушной области. Также некоторыми больными было отмечено наличие чувства дискомфорта при жевании и ощущения умеренной сухости полости рта. В большинстве случаев отсутствовали предположения о возможных причинах развития патологии, только 10 (11,9%) человек связали заболевание с недавно перенесённой коронавирусной инфекцией. Следует отметить, что 12 (14,3%) больных были курильщиками (выкуривали от 10 и более сигарет в день), у 22 (26,2%) пациентов были заболевания сердечно-сосудистой системы, у 11 (13,1%) – желудочно-кишечного тракта, у 6 (7,1%) – сахарный диабет.

60 (71,4%) больных проходили первичное обследование в поликлиниках по месту жительства и далее были направлены в отделение ВЧЛХ клиники ТГСИ. Следует отметить, что 12 (14,3%) пациентам в ЛПУ первичного звена (по месту жительства) были поставлены ошибочные диагнозы, к примеру, хронический сиалоаденит, сиалолитиаз, хронический лимфаденит и др., и назначено лечение в виде приёма антибиотиков и НПВС. Случаи рецидива опухоли были выявлены у 2 (2,4%) больных, у которых в анамнезе было отмечено хирургическое лечение плеоморфной аденомы ОУСЖ с давностью 8 и 12 лет.

Практически всем больным (80 (95,2%)) в процессе исследования была проведена МСКТ, 38 (45,2%) – УЗИ, 12 (14,3%) – МРТ исследование. По расположению только у 2 (2,4%) больных было выявлено двустороннее развитие опухолевого процесса. С правой стороны новообразования были обнаружены у 44 (53,7%), с левой – у 38 (45,2%) пациентов. В большинстве историй болезней было отмечено, что опухоли ОУСЖ представляли собой узловое безболезненное образование округлой или овальной формы, не спаянное с кожей, плотноэластичной консистенции.

УЗ картина при всех опухолях характеризовалась наличием в ОУСЖ объемного образования пониженной эхогенности (гипоэхогенное), гетерогенное, чаще овальной, реже округлой формы, чаще с неровными или реже с ровными четкими контурами и капсулой. В 78,9% случаев (28 заключений) данные УЗИ совпали с патогистологическим диагнозом и соответствовали новообразованиям слюнной железы, а также позволили дифференцировать их с сиалоаденитами, сиалоаденозами, слюнно-каменной болезнью, лимфаденитами. Данные МСКТ и МРТ позволили уточнить размеры и количество узлов, а также их локализацию и распространенность.

Хирургическое лечение варьировало в зависимости от расположения и размеров новообразований. При локализации в поверхностной доле ОУСЖ и размере до 4 см проводилась экстракапсулярная диссекция (58 пациентов). При глубокой локализации (16 больных) или при больших размерах опухоли (10 пациентов) выполняли субтотальную резекцию ОУСЖ. В большинстве случаев (89,3%) применялся вариант кожного разреза по Ковтуновичу. Для более точной диагностики препараты тканей опухоли отправлялись на патогистологическое исследование в два разных учреждения – патоморфологическую лабораторию клиники ТГСИ и частные лаборатории. В большинстве случаев заключения обоих учреждений были идентичными.

По частоте встречаемости доминировала плеоморфная аденома ОУСЖ, которая относится к доброкачественным эпителиальным опухолям. Данный диагноз после патогистологической верификации был поставлен 58 (69%) больным. Следует отметить, что в

47 (81%) случаях заключение гистологического исследования совпал с предварительным клиническим диагнозом, поставленным до хирургического вмешательства. У 2 (3,4%) больных это было уже повторным новообразованием, что обусловлено с особенностями строения капсулы опухоли и мультицентрическим характером роста. У 18 (21,4%) больных была выявлена опухоль Уортина (аденолимфома), которая чаще встречалась у мужчин (55,6%). В 16 (88,9%) случаях патогистологический диагноз совпал с предварительным клиническим. Реже встречались базальноклеточная аденома (3 (3,6%) случая) и миоэпителиома (2 (2,4%) случая). Следует отметить, что точный диагноз был поставлен после патогистологического исследования.

Патогистологическое исследование биопсийного материала у 3 (3,6%) пациентов выявила злокачественные опухоли ОУСЖ. У всех данных больных при первичном клиническом обследовании смогли предположить злокачественный характер новообразования на основании следующих признаков: быстрый рост опухоли в течение 2-6 месяцев, боли различной интенсивности и рецидив заболевания (в 2 случаях), наличие плотного неподвижного бугристого образования без четких границ, также наблюдалось двустороннее увеличение регионарных лимфатических узлов околоушно-жевательной области и шеи. Из них у 1 пациентки диагностирован мукоэпидермоидный рак, у 2 – карцинома в плеоморфной аденоме.

Заключение: Таким образом, ретроспективный анализ показал наличие затруднений и ошибок при клинической диагностике и дифференциации новообразований ОУСЖ, что, приводит к выбору неверной тактики хирургического лечения и подбора терапии. Также обращает на себя внимание случаи постановки ошибочных диагнозов вследствие неполноценности диагностических мероприятий (ограничение клиническим осмотром, сбором анамнеза, пальпацией, применение только одного вида специализированного исследования – УЗИ или МСКТ и др.) и назначение несоответствующей лекарственной терапии, больным с опухолями ОУСЖ, обратившимся за помощью в ЛПУ первичного звена по месту жительства и относительно низкий уровень онкологической настороженности у специалистов. Определено, что только всесторонний анализ и комплексная диагностика позволяют уменьшить количество диагностических ошибок и составить соответствующий алгоритм лечения.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОН ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ ПРОБИОТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Шомуродов К.Э., Набиев Р.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Возникновению и прогрессированию большинства заболеваний полости рта во многом способствует патогенная флора. Это обстоятельство постоянно побуждает ученых к поиску и разработке новых антибактериальных препаратов. Вместе с тем, широкое, а подчас необоснованное и бесконтрольное применение лекарственных препаратов приводит к формированию штаммов микробов с высокой резистентностью, а иногда к отрицательному влиянию на макроорганизм. Не секрет, что в последние годы удельный вес пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО) составляет 40-50% от числа стационарных больных. Отмечается неуклонный рост числа не поддающихся традиционным методам лечения заболеваний таких как флегмона, увеличилась частота угрожающих жизни больных осложнений: сепсис, тромбоз и др. Несмотря на внедрение новых методов диагностики, интенсивной терапии, техники оперативных вмешательств, летальность больных при обширных флегмонах ЧЛО достигает 90%. Эти данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования методов лечения ГВЗ ЧЛО.

По-видимому, наиболее перспективным направлением, призванным удовлетворить эти потребности, является местное воздействие на гнойную рану. Основной проблемой создания оптимальных условий скорейшего очищения и заживления гнойного очага, является

разработка эффективно и надежно работающей методики местного лечения [10-18]. При этом предложено большое количество новых способов, основанных на физических принципах местного лечения гнойных ран, таких как: лазер, свето-магнито-озонотерапия и др. [6,7,14].

На наш взгляд использование современных раневых покрытий в комплексном лечении ГВЗ ЧЛО может оказать потенцированный эффект в высвобождение и заживление гнойной раны, однако у этих вмешательств нет профилактической направленности, которая позволила сократить пребывание больных в стационаре и ингибировала бы появление послеоперационных осложнений. Таким свойствам, полностью отвечает применение орошения гнойный ран эубиотиками. Исходя из этого, нами был использован новый препарат, созданный на базе НИИ микробиологии АН РУз, «Пробиомакс AWK» (ООО ,,All Wellab", разрешение МЗ РУз за №001178 от 24 декабря 2021г).

Цель исследования: разработка патогенетически обоснованной схемы местного применения пробиотика Пробиомикс-AWL и совершенствовать комплексное лечение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Для решения поставленно цели проведено изучение чувствительности микробов в полости рта к воздействию некоторых лекарственных препаратов, включая и вышеупомянутых эубиотик, в условиях in vitro! При этом в качестве микробных культур взяты 10 штаммов которые наиболее часто вызывают в полости рта гнойно-воспалительные заболевания. В качестве контроля для оценки антибактериальной активности нами взяты антисептики: (хлорофиллипт и перекись водорода) которые наиболее часто используют в хирургической практике.

Известно, что определение чувствительности микробов к лекарственным препаратам проводят двумя способами:

1. Диско-диффузионный метод - это метод диффузии в агар с применением бумажных дисков, пропитанных лекарственными препаратами. 2. Метод серийных разведении химических веществ в плотных или жидких питательных средах с внесением в них микробов.

Среди данных методов диско-диффузионный метод является самым распространенным. Частоте использование этого метода объяснено такими его преимуществами, как технологическая доступность тестирования, низкая стоимость, гибкость. то есть возможность определять чувствительность к тем лекарствам, которые требуются в конкретной клинической ситуации, высокая воспроизводимость результатов при соблюдении условий тестирования и приготовления расходных материалов.

Для постановки этого метода исследования, нами первоначально были приготовлены посевы свежих (18 часовых) культур микроорганизмов подлежащих испытанию. В последующем на поверхность подсушенной питательной среды Мюллер- Хинтона в чашках Петри вносили 1-2 мл исследуемой культуры по стандарту мутности $1{,}0x10^6$ микробов, равномерно распределяли путем покачивания чашки, был проведен т.е. посев методом "газона", а избыток удаляли пипеткой в дезинфицирующий раствор. Параллельно с этим в отдельных флаконах готовили лекарственные препараты в лечебной концентрации. В последующем в данных растворах производили насыщение дисков, приготовленных из стерильной фильтровальной бумаги (наподобие антибиотиковых дисков).

После завершения посев, чашки Петри подсушивали при комнатной температуре 10-15 минут, затем забирали стерильным пинцетом диски пропитывали их в растворе лекарственных препаратов и накладывали их на разных расстояниях друг от друга и с отступом 2 см от края чашки на поверхность питательной среды, засеянной определенной микробной культурой (помещали не более 5 дисков), закрывали и вносили в термостат при температуре 37°С, инкубировали в течение 18-24 часов. По истечении срока инкубации чашки вынимали из термостата и для учета полученных результатов, чашки помещали их на темную матовую поверхность и с помощью линейки измеряли диаметр зоны задержки роста микробов вокруг дисков, включая диаметр самих дисков с точностью до 1 мм.

Полученные результаты: Материалы проведенных микробиологических исследований, посвященных изучению антибактериальной активности взятых в эксперимент лекарственных

препаратов в условиях in vitro! При этом в качестве микробных культур взяты 10 штаммов которые наиболее часто вызывают в полости рта гнойно-воспалительные заболевания. В качестве контроля для оценки антибактериальной активности нами взяты антисептики: (хлорофиллипт и перекись водорода) которые наиболее часто используют в хирургической практике.

Материалы этих микробиологических исследований представлены в табл. №1. По данным таблицы видно, что антисептик Хлорофиллипт оказал антибактериальное воздействие на 7 видов микробов. При этом наиболее чувствительными оказались штаммы Klebsiella и Псевдомонас, (15,0±0,2мм). В то же время три культуры: St.aureus, Str.faecalis и St.saprophyticus оказались нечувствительными.

При этом, антисептик перекись водорода 3% (H_2O_2) оказал антибактериальное влияние на 7 видов микробов, но его действие было более существенным и показало значительно высокие результаты. Препарат оказал антибактериальное действие на St.epidermidis (20,0±0,2мм), на Pseudomonas (30,0±0,4мм), на Micrococcus (30,0±0,3мм), на Эшерихии (25,0±0,3мм), Proteus (25,0±0,3мм), Candida (20,0±0,2мм).

Следует отметить, что 3 вида микробов, таких как: St.aureus, Str.faecalis и St.saprophyticus, оказались полностью резистентными к 3% раствору H_2O_2.

Использованный нами пробиотик “Пробиомикс ALW” оказал антибактериальное влияние на 6 видов микробов. При этом наиболее чувствительными оказались Klebsiella (25,0±0,3мм) и Escherichii (18,0±0,2мм). В то же время 4 вида микробов, таких как: St.aureus, St.epidermidis, Str.faecalis и St.saprophyticus оказались полностью нечувствительными.

Выводы. Все три испытанных лекарственных препарата: Хлорофиллипт, перекись водорода и эубиотик оказались инертными к грамм положительной микрофлоре. В то же время все три препарата оказали достоверное антибактериальное влияние на грамотрицательную флору. По-видимому особенности влияния испытанных препаратов на микробы зависят от структуры бактериальных клеток, которые ответственны за их проницаемость для лекарственных препаратов. Согласно исследованияю и полученным результатам, можно полагать, что лечение больных необходимо проводить комплексно, используя все три испытанных препарата, которые могут достоверно улучшить качество жизни больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО.

V BOB.
OTORINOLARINGOLOGIYANING UMUMIY MASALALARI.

URGANCH TEMIR YO‘L SHIFOXONASI LOR BO‘LIMIDA OTORINOLARINGOLOGIK KASALLIKLAR UCHRASH DARAJASI.

Esamuratov A.I., Yusupov A.M., Matkarimov M.Y., Avezov M.I.
Urganch Davlat tibbiyot instituti, Urganch, O’zbekiston.

Kirish: LOR (otolaringologiya) kasalliklari aholining barcha yosh guruhlarida uchrab, ularning ko‘pchiligi mavsumiy va yuqumli omillar bilan bog‘liq. Mahalliy tibbiyot muassasalari statistikasini tahlil qilish kasalliklarning oldini olish, profilaktika choralari va davolash samaradorligini oshirishga yordam beradi.

Tadqiqot maqsadi: Urganch Temir Yo‘l shifoxonasi LOR bo‘limida oxirgi bir yil ichida kasalliklar uchrash dinamikasini o’rganish.

Materiallar va tadqiqot usullar: Tadqiqotda shifoxona LOR bo’limida yotib davolangan bemorlar statistik ma’lumotlari asosida 2024-yil davomida davolangan bemorlar haqidagi ma’lumotlar tahlil qilindi.

Olingan natijalar Statistik taxlillar kasalliklar turi, yosh taqsimoti, jinsiy tarkib va mavsumiy o‘zgarishlarga qarab baholandi . Umumiy murojaat qilgan bemorlarning 63 % qishloq axolisi, 37 % shaxar axolisi tashkil etdi. Shuningdek bemorlarning yoshiga nisbati o’rganilgandi 0-3 yoshgacha 25 nafar, 3-6 yoshgacha 102 nafar, 6-9 yoshgacha 76 nafar, 9-12 yoshgacha 206 nafar, 12-18 yoshgacha 304 nafar, 18 yoshdan kattalar 415 nafar. Bo’limga yil davomida 1128 nafar bemor davolangan bo’lib, shulardan Burun va burun yondosh bo’shliqlari kasalliklari bilan 749 (66.3%), quloq kasalliklari bilan 269 (24%) va halqum kasalliklari 110 (9.7%). Burun to’sig’i qiyshayishi 410(54,7%), Vazomotor allergik rinit 102(13,6%), Surunkali gipertrofik rinit 91(12,1%), Kistali polip 81(10,8%), Surunkali yiringli pansinusit 40(53,4), Burun polipi 13(1,7%), Polipli gaymorrit 12(1,7%). Surunkali yiringli o’rta otit 246(91%), O’tkir o’rta otit 23(9%). Surunkali tonzillit 64(58%), Paratonzillit 46(42%). Bemorlar orasida eng ko’p Burun to’sig’i qiyshayishi tashxisi bilan murojaat qilganligi aniqlandi. Kasalliklarning murojaati mavsumiy taqsimoti o’rganilganda: qish va bahor faslida (yanvar–aprel) o‘tkir tonzillit va otitlar yuqori ko‘rsatkichga ega ekanligi va kuz fasliida (sentyabr–noyabr) surunkali rinit va sinusitlar ko‘paygan aniqlandi

Shuningdek, LOR-bo’limi surdolog xonasida 2024 yilning dekabr oyiga qadar 1713 nafar bemor eshitish pastligi (IV) darajasi hamda kar va lol sifatida ro’yxatga olingan. Barcha bemorlarning shikoyati, kasallik anamnezi, xayot tarzi to’liq o’rganilib, otoskopiya va kamertonal, audiologik tekshiruv (Interacoustics AD 629, Gemaniya va Amplivox, Buyuk Britaniya) audiometri apparati orqali o’tkazilgan. Murojaatlarning 29.7% shahar aholisi, 70.3% qishloq axolisi ekanligi aniqlandi. Bemorlarning jinsga nisbatan tarqalishi o’rganilganda erkaklar 56.3%, ayollar 42,9% tashkil qilishi aniqlandi. Tekshirilgan bemorlarning yashash joyiga qarab o’rganilganda eng yuqori ko’rsatkich Xonqa tumanida 204 ta holatda bo’lsa, past ko’rsatkich Yangibozor tumanida-76 ta bemorni tashkil qiladi.

Shuningdek eshitish pastligini tiplariga qarab nisbatlari o’rganilganda , sensonevral eshitish pastligi IV-daraja 432 nafar bemorda, kar va lol tashxisi 1281 bemorda shulardan 1263 nafarida tug’ma shakli qolganida orttirilgan shakli qayd etildi.

Jaxon Sog’liqni saqlash tashkilotining yoshga bog’liq tasnifi asosida murojaatlar o’rganilganda 24 yoshgacha 43%, 25-44 yoshda 17%, 45-60 yoshda 19%, 61-75 yoshda 15%, 75-90 yoshdagi 6% bemorda aniqlandi.

Shuningdek xozirgi kungacha Xorazm viloyatida 47 nafar bolada koxlear implantatsiya jarrohlik amaliyoti o’tkazilgan bo’lib, oliy ne’matlardan biri bo’lgan eshitish baxtiga muyassar bo’lishdi.

Xulosa: 1.Oxirgi bir yil ichida LOR bo‘limida eng ko‘p uchraydigan kasalliklar o‘tkir tonzillit va sinusit bo‘lib, ularning yuqori ko‘rsatkichlari mavsumiy sovuq davrlar bilan bog‘liq.

2. Eshitish muammosi bilan ayollar va erkaklar orasida deyarli bir xil darajada uchrashi, shuningdek keyingi yillar sensonevral tipdagi eshitish pastligi sur'ati nisbatan o'sayotganligi aniklandi.

TIBBIY TA'LIM TALABALARINI INTENSIVLIK ASOSIDA MUTAXASSISLIK KO'NIKMALARINI RIVOJLANTIRISH

Mirzaqandov E.E.
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona, O'zbekiston

Kirish. Hozirgi kunda tibbiyot sohasi tez sur'atlar bilan rivojlanmoqda. Bu esa tibbiy ta'lim tizimidan yuqori malakali, zamonaviy klinik ko'nikmalarga ega bo'lgan mutaxassislarni tayyorlashni talab qiladi. An'anaviy ta'lim metodlari ushbu talabga to'liq javob bermasligi sababli, intensiv va amaliyotga yo'naltirilgan yondashuvlar keng tatbiq etilmoqda. Ayniqsa, mutaxassislik ko'nikmalarini rivojlantirishda intensiv mashg'ulotlar asosida simulyatsion va real klinik muhitda o'quv jarayonlarini tashkil qilish dolzarb masalaga aylangan.

Adabiyotlar taxlili va metodologiya. Zamonaviy tibbiy ta'limda klinik va kasbiy ko'nikmalarni shakllantirish jarayoni keng o'rganilgan. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (WHO, 2013) o'z tavsiyalarida sog'liqni saqlash sohasidagi mutaxassislarni tayyorlashda intensiv, tajribaga asoslangan va kompetensiyaviy yondashuvni ustuvor deb hisoblaydi. Harden va Laidlaw (2020) tomonidan ta'kidlanganidek, zamonaviy tibbiy pedagogikada talabaning faol ishtiroki va refleksiya asosida o'rganish samarali o'zlashtirishni ta'minlaydi.

Issenberg va boshqalar (2005) tomonidan o'tkazilgan tizimli tahlilga ko'ra, yuqori darajadagi simulyatsiyalar (high-fidelity simulations) klinik tayyorgarlikni oshirishda muhim vositadir. Bu metodlar orqali talaba real klinik holatlarga yaqin sharoitlarda mustaqil qaror qabul qilishni mashq qiladi.

Ten Cate (2017) esa tibbiy ta'limda kompetensiyaviy yondashuvni joriy etish orqali talabaning faqat nazariy emas, balki amaliy jihatdan ham yetuk mutaxassis bo'lib yetishishini asoslaydi. Reflektiv o'qitish va orqaga aloqa (feedback) metodlari orqali esa talabalarda mustaqil fikrlash, o'z-o'zini baholash va professional o'sishga intilish rivojlanadi (Yardley et al., 2012).

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan qabul qilingan strategik hujjatlar (2021) ham tibbiy ta'limda intensiv amaliy mashg'ulotlar va simulyatsion texnologiyalarning keng joriy etilishini qo'llab-quvvatlamoqda.Xulosa sifatida, adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, intensivlik asosidagi o'qitish, simulyatsion metodlar, va kompetensiyaviy yondashuv tibbiy ta'limda professional ko'nikmalarni shakllantirishda yuqori samaradorlikka ega.

Tadqiqot turi

Ushbu tadqiqot yondashuvi aralash uslubda (mixed methods) bo'lib, u sifatli (qualitative) va miqdoriy (quantitative)ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

Ishtirokchilar

Tadqiqotda 3-5 bosqichda o'qiyotgan tibbiy ta'lim talabalaridan 80 nafari ishtirok etdi. Ishtirokchilar klinik amaliyot darslarida muntazam qatnashuvchi talabalar orasidan tanlab olindi.

Ma'lumot to'plash usullari

So'rovnoma (anketalar): Talabalarning o'z bilim va ko'nikmalariga baho berish uchun Likert shkalasiga asoslangan savollar tuzildi.

Intervyular: Ochiq savollar orqali talabalarning intensiv darslar va simulyatsion mashg'ulotlarga nisbatan fikrlari o'rganildi.

Kuzatuv: Simulyatsion amaliyotlar jarayonida talabalar faoliyati kuzatildi va baholandi.

Eksperimental yondashuv: Talabalar ikki guruhga bo'linib, bir guruh intensiv, ikkinchisi an'anaviy metodda o'qitildi va natijalar taqqoslandi.

Tahlil usullari

Statistik tahlil: SPSS yoki Excel yordamida anketalardan olingan natijalar foiz va o'rtacha qiymatlarda tahlil qilindi.

Kontent tahlil: Intervyulardan olingan javoblar mavzular bo'yicha tahlil qilindi.

Taqqoslama tahlil: Intensiv metodda o‘qitilgan va an’anaviy metoddagi guruh natijalari o‘rtasidagi farq baholandi.

Natijalar. Asosiy qism

1. Intensiv o‘qitish modelining mohiyati

Intensiv o‘qitish — bu qisqa muddat ichida talabalarning bilim, ko‘nikma va malakalarini chuqur o‘zlashtirishga yo‘naltirilgan pedagogik yondashuvdir.

2. Simulyatsion metodlardan foydalanish

Klinik simulyatsiya tibbiy ta’limda talabaning nazariy bilimlarini amaliy holatlarga qo‘llashini ta’minlaydi. Simulyatorlar yordamida talaba quyidagi ko‘nikmalarni mustahkamlaydi.

3. Kompetensiyaviy yondashuv

Zamonaviy tibbiy ta’lim kompetensiyaviy modelga asoslanadi. Bu modelda quyidagi kompetensiyalar ustuvor hisoblanadi:

4. Reflektiv ta’lim va feedback (orqaga aloqa)

Reflektiv yondashuv orqali talabalar o‘z amaliyotlarini tahlil qilib, o‘zlarining zaif va kuchli tomonlarini aniqlaydi. Mentorlardan berilgan konstruktiv feedback esa ushbu ko‘nikmalarni rivojlantirishga xizmat qiladi.

Muhokama. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, intensivlik asosidagi ta’lim yondashuvi tibbiy ta’lim talabalarining kasbiy va klinik ko‘nikmalarini shakllantirishda sezilarli ijobiy natijalarni beradi. Talabalarning ko‘pchilik qismi simulyatsion mashg‘ulotlarda qatnashgach, klinik qaror qabul qilish, bemor bilan muloqot, va tezkor vaziyatlarda harakat qilish qobiliyatlarining yaxshilanganini bildirgan.

Bu holat Issenberg va boshqalar (2005) tomonidan aniqlangan natijalar bilan mos keladi: yuqori darajadagi simulyatsiya texnologiyalaridan foydalanish orqali talabalarda samarali o‘rganish va amaliy refleksiya rivojlanadi. Shuningdek, reflektiv yondashuvdan foydalangan talabalar o‘zining kasbiy zaif va kuchli jihatlarini aniqlab, ularni yaxshilashga intiladi.

Intensiv metod asosidagi ta’lim klassik an’anaviy ma’ruza asosidagi ta’limdan ko‘ra samaraliroq ekanini ko‘rsatdi. Taqqoslama guruhlar o‘rtasida o‘tkazilgan baholashda intensiv metodda o‘qigan talabalar yuqoriroq ko‘rsatkichlarga ega bo‘ldi. Bu natijalar Ten Cate (2017) tomonidan ilgari surilgan kompetensiyaviy yondashuv nazariyasini yana bir bor tasdiqlaydi.

Tadqiqot davomida aniqlanishicha, simulyatsion va reflektiv yondashuvlar o‘zaro uyg‘unlashgan holatda qo‘llanilganda maksimal samaradorlikka erishiladi. Ayniqsa, real klinik holatlarda ishlashga tayyorlanayotgan talabalar uchun bu usullar zaruriy hisoblanadi. Talabalar amaliyot vaqtida o‘zlarini ishonchli va tayyor his qilganliklarini qayd etdilar, bu esa kasbiy xavfsizlik (professional safety) darajasining ortishini ko‘rsatadi.

Shu bilan birga, intensiv metodlarni joriy qilishda ba’zi muammolar ham kuzatildi. Jumladan:

O‘qituvchilarning simulyatsion texnologiyalar bilan ishlashga tayyorligi yetarli darajada emas;

Simulyatsion uskunalar har doim ham mavjud emas yoki yetarli emas;

Talabalar soni ko‘p bo‘lgan guruhlarda individual yondashuvni ta’minlash qiyinlashadi.

Bu muammolarni bartaraf etish uchun pedagogik kadrlar malakasini oshirish, texnik jihozlash darajasini yaxshilash, va kichik guruhlarda ta’lim berish tizimini joriy etish tavsiya qilinadi.

Xulosa: Tibbiy ta’limda intensivlik asosida mutaxassislik ko‘nikmalarini shakllantirish orqali talabalar amaliy tayyorgarlik darajasini oshirish mumkin. Simulyatsion texnologiyalar, kompetensiyaviy yondashuv va reflektiv ta’lim usullarini uyg‘unlashtirish orqali yuqori malakali tibbiyot mutaxassislarini tayyorlashga erishiladi. Ushbu yondashuvlar tibbiy ta’limning samaradorligini oshirishda muhim ahamiyat kasb etadi.

SPACEFLIGHT-INDUCED ALTERATIONS IN IMMUNE FUNCTION: MECHANISMS AND HEALTH IMPLICATIONS

Sultonov D.M.

Tashkent State Medical University, Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Otorhinolaryngology and Head & Neck Diseases

Introduction. Long-duration space missions expose astronauts to unique physiological challenges that can compromise immune competence. Factors such as microgravity, heightened cosmic radiation, and confinement-related psychological stress have been shown to induce significant immune alterations. Understanding these changes is essential for safeguarding astronaut health and mission success.

Aim. This investigation sought to characterize the nature and extent of immune dysregulation associated with spaceflight and to elucidate potential underlying mechanisms.

Results. Evidence from in-flight and post-flight analyses revealed substantial shifts in cytokine expression profiles, with increased pro-inflammatory mediators alongside impaired antiviral responses. T-cell functionality was diminished, and alterations in leukocyte distribution were observed. Persistent immune suppression was noted even after return to Earth, suggesting long-term systemic effects. Mechanistically, microgravity appears to influence gene expression in immune cells, while radiation exposure accelerates DNA damage and impacts hematopoiesis. Elevated stress hormone levels further modulate immune signaling, exacerbating functional decline.

Conclusion. Spaceflight exerts complex and lasting effects on immune homeostasis, raising concerns for infection susceptibility, delayed wound healing, and increased inflammatory disorders during missions. Proactive countermeasures, including immune-boosting interventions and environmental modifications, are critical to ensuring astronaut resilience.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Алибеков И.М., Абдулкеримов Х.Т., Дарвин В.В., Пилипенко А.А., Краснов Е.А., Мирхайдарова М.М., Мирзакадиев А.А., Межитов Р.Е., Коротина М.С., Стрельцов А.А.

БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский Государственный университет», Сургут, Россия

БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», Сургут, Россия

БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

БУ ХМАО-ЮГРЫ «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск, Россия

Введение: На сегодняшний день, оториноларингологическая патология, несмотря на развитие современных технологий, пропаганду здорового образа жизни и применяемые меры профилактики, остается одной из самых распространенных.

Учитывая неблагоприятные климатические факторы в условиях Севера Западной Сибири, ее количество значительно растет. Ханты-Мансийский автономный округ находится в центре Западно-Сибирской низменности относится к районам Крайнего Севера.Население Ханты-Мансийского автономного округа на 2024 г. составляет: 1.759.386 чел

Эпидемиология. По данным статистики Всемирной организации здравоохранения, инфекциями верхних дыхательных путей (ЛОР-органов) ежегодно заболевают 44% населения (по данным ВОЗ).

Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего количества заболеваний жителей г. Сургута и по ХМАО по итогам 2020 -2024 года составляет 14%.

Структура заболеваемости отоларингологического профиля: Нос и околоносовые пазухи около 73% (179.1 на 1000); Заболевания глотки и гортани около 15%(36.2 на 1000); Заболевания уха и сосцевидного отростка – около 13% (31.3 на 1000).

Цель исследования: Анализ оториноларингологической службы по ХМАО-Югре

Материалы и методы исследования:

В исследовании были собраны данные о пациентах, которые обращались за ЛОР помощью в период 2022-2024гг. в 3-х медицинских. учреждениях: «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3», «Сургутская окружная клиническая больница» г. Сургута, «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийск

Статистика по «Сургутская окружная клиническая больница»

В приемное отделение СОКБ за исследуемый промежуток времени обратились за медицинской помощью около 50 тысяч пациентов. За 2024 год обращаемость возросла на 10,6%, всего пролеченных пациентов в 2024 году увеличилось на 21,8% в сравнении с 2022 годом

Объемы оказываемой медицинской помощи населению за 2022-2024 годы.

На базе отоларингологического отделения, оказывается, экстренная и плановая специализированная медицинская помощь городскому взрослому и детскому населению, в том числе районное население Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономного округа, иногородние жители и иностранные граждане. Общее количество оказанной помощи населению за 2022-2024гг. составляет 7123 человек.

В 2024 году в сравнении с 2022 годом количество пролеченных в круглосуточном стационаре увеличилось на 7,72% с 1672 до 1801 человек. За каждый исследуемый год фактически пролеченных пациентов было больше, чем изначально запланировано.

В 2024 году в дневном стационаре пролечено 879 человек, что на 91,1% больше, чем в 2022 году- 460 чел.

Статистика по «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница»

По данным БУ ХМАО-ЮГРЫ «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница», за последние 3 года (2022-2024гг.) с заболеваниями ЛОР - профиля обратились за помощью 8863 человек.

Количество обращений в приемное отделение по неотложным показаниям к лор врачу значительное и составило 3259. В прошлом году - 3245 обращений. Количество госпитализированных по неотложным показаниям из обратившихся 109 человек.

Общие качественные показатели работы в круглосуточном стационаре за 2022-2024 годы соответствуют аналогичным показателям предыдущих лет.

Таким образом, количество пролеченных в отделении пациентов в 2024 году 846, из них большая часть была пролечена планово - 87%, в неотложном порядке - 13%

Количество пролеченных пациентов в 2022-2024г. По возрастным группам распределилось следующим образом: в плановом порядке взрослых пациентов госпитализировано 1367 (61%), детей 881 (39%), по неотложным показаниям взрослых 124 (38 %), детей - 198 (62%)

Стоит отметить, что на базе отоларингологического отделения оказывается экстренная и плановая специализированная медицинская помощь городскому населению Ханты-Мансийска, в том числе иногородним жителям, сельскому населению и жителям коренных и малочисленных народов севера.

Объемы оказываемой медицинской помощи населению за 2022-2024 годы.

В отделении выполняется большой спектр оперативных вмешательств. Общее количество операций, выполненных врачами отоларингологического отделения за 2022-2024гг. 3687 по статистическим данным ОКБ.

Статистика по «Сургутская городская клиническая поликлиника №3».

Общее количество пациентов, обратившихся за медицинской помощью по поводу ЛОР – патологии в БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» за 3 года составило 11072 человек, из которых взрослое население составило 76,3%, а детское 23,7%. За 2022-2024гг пролечено 1440 человек, проведено операций 1278.

Основным приоритетным направлением деятельности дневного стационара «Сургутская городская клиническая поликлиника №3» является стремление к малоинвазивным и высокотехнологичным методам лечения, что обеспечивает высокое качество оказания помощи при минимальном объеме оперативного вмешательства. Для выполнения поставленных задач в дневном стационаре организованы операционный блок и палаты дневного пребывания, приобретено все необходимое оборудование, в том числе современная диагностическая и анестезиологическая аппаратура. Все операции проводятся в сопровождении анестезиологической бригады. Фиксированные операционные дни – 5 дней в неделю. Все операции проводятся в первой половине дня. Отбор больных производится в

специально оборудованном кабинете. Особенное внимание заслуживает подготовка детей и подростков. Лечащему врачу, родителям и психологу необходимо психологически подготовить ребенка к предстоящему оперативному вмешательству. После операции пациенты находились под наблюдением ДС в течение 2– 6 часов и по отработанной схеме сопровождаются медицинскими работниками домой или родственниками учитывая климатические условия региона.

Полученные результаты: Представленные данные о заболеваемости и лечении пациентов с оториноларингологической патологией в ХМАО-Югре подчеркивают значимость доступности специализированной медицинской помощи, которая оказывается на базе поликлиник, круглосуточных и дневных стационаров. Пациенты получают большой спектр медицинской помощи, включая консервативное и хирургическое лечение, как в плановом, так и в экстренном порядке. В округе активно используется современное высокотехнологичного медицинское оборудование, которое необходимо для микрохирургических вмешательств в стационарах.

Краткое содержание: Залогом благоприятного результата лечения пациентов с оториноларингологической патологией является своевременное обращение за специализированной медицинской помощью, соблюдение всех правил маршрутизации, быстрая постановка диагноза и определение дальнейшей тактики лечения, регистрация на диспансерный учет при необходимости.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В БУ-ХМАО-ЮГРА «СУРГУТСКАЯ ОКРУЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Алибеков И.М., Дарвин В.В., Краснов Е. А., Мирзакадиев А.А., Межитов Р.Е., Аджигайтанов С.А., Окасов Р.Р., Хушрузи Х., Джураев В.В.

БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский Государственный университет», Сургут, Россия

БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

Введение: Повышение качества и доступности медицинской помощи – основная цель государственной политики в области охраны здоровья граждан РФ. Ханты-Мансийский автономный округ находится в центре Западно-Сибирской низменности относится к районам Крайнего Севера. Население Ханты-Мансийского автономного округа на 2024 г. составляет: 1.759.386 чел. Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего количества заболеваний жителей г. Сургута и по ХМАО составляет 14% (Алибеков И.М., 2020). Структура заболеваемости отоларингологического профиля: заболевания уха и сосцевидного отростка – 14 %.

Цель исследования: оценить доступность и эффективность оказания хирургической помощи с хроническими заболеваний среднего уха в Сургуте используя современные высокотехнологические методы лечения

Материалы и методы исследования: Работа проводилась на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница» г. Сургута. Оториноларингологическое отделение является структурным подразделением БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Коечный фонд Отделения составляет 36 круглосуточных коек, при круглосуточном стационаре функционирует дневной стационар на 5 коек (10 пациенто-мест).

Отделение оказывает круглосуточную неотложную, экстренную и плановую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь жителям города Сургута, Сургутского района и автономного округа.

Отделение в своем составе имеет два перевязочных кабинета для чистых и гнойных перевязок оснащенными рабочими местами врача оториноларинголога (ЛОР комбайн OTOPRONT), процедурный, сестринский пост, 11 палат, ординаторскую, кабинет заведующего отделением, старшей медицинской сестры, сестры-хозяйки, подсобные помещения, при отделении имеется хирургическая операционная на три стола.

Оториноларингологическое отделение выполняет задачи по оказанию ежедневной круглосуточной специализированной помощи жителям города, района и округа, осуществляет консультативную помощь отделениям БУ «Сургутская окружная клиническая больница» и другим медицинским учреждениям города и ХМАО.

В работу включены данные за 2021-2024г.г Произведен анализ работы обращения пациентов с хроническими заболеваниями среднего уха в круглосуточный стационар за 3 года. Пролечено всего 159 пациентов с диагнозами по МКБ10: Н70.1 Хронический мастоидит, Н72.2 Другие краевые перфорации барабанной перепонки, Н72.8 Другие перфорации барабанной перепонки, Н74.2 Разрыв и дислокация слуховых косточек, Н74.3 Другие приобретенные дефекты слуховых косточек, Н80.0 Отосклероз, вовлекающий овальное окно, не облитерирующий, Н80.1 Отосклероз, вовлекающий овальное окно, облитерирующий, Н80.9 Отосклероз неуточненный, Н80.9 Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя

Проведено лечение данных патологии путём выполнения оперативного лечения разного уровня сложности

Полученные результаты: в 2024 году проведено 82 ВМП операций, что на 30.16% больше, чем в 2022 году - 63 операций. Послеоперационных осложнений после ВМП операций не было.

Выводы: За период с 2021 по 2024 год в круглосуточный стационар госпитализировано всего 158 человек с хроническими заболеваниями среднего уха. Данной категории пациентов проведено успешное хирургическое лечение, в том числе с использованием высокотехнологической медицинской помощи. По данным анализа, превалирующее большинство в данной структуре, занимают пациенты с двусторонней нейросенсорной тугоухостью. Данной категории пациентов на базе оториноларингологического отделения СОКБ оказана высокотехнологическая медицинская помощь в объеме кохлеарной имплантации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-РЕЗОНАНСНОЙ ХИРУРГИИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

Введение. Одной из последних инноваций в арсенале хирурга является появление молекулярно-резонансного (МР) метода воздействия на биоткани, в основе которого использовано явление молекулярного резонанса в радиочастотном диапазоне. Физической основой метода является тот факт, что энергия генератора, передаваемая квантами, абсолютно равна энергии межмолекулярных связей. Поэтому при воздействии на данные связи той же энергией, квантами генератора создается резонанс молекулярных связей.

Принцип молекулярного резонанса положен в основу серии аппаратов Vesalius. Генератор Vesalius создает токи с уникальной, запатентованной комбинацией четырех частот в диапазоне от 4 до 16 МГц, называемой СКС – сохраняющийклетки спектр (CSS – Cell Safety Spectrum). Это волна, которая состоит из четырех разных частот, действующих в диапазоне от 4 до 16 МГц. Такая комбинация частот приводит к резонансу и разрушению межмолекулярных связей. Работа прибора возможна в четырех режимах в зависимости от целей применения аппарата: разрез, коагуляция, разрез + коагуляция и фульгурация. МР-метод электрохирургии практически не оказывает термического эффекта, следовательно, может быть альтернативой существующим электро- и радиохирургическим способам воздействия в клинической медицине. Однако, до настоящего времени сведения о применении данного воздействия на практике носят единичный характер. Наличие специализированных генераторов и насадок для ЛОР хирургии позволяет осуществлять операции на разных типах тканей, используя преимущества метода в разных областях и при различных патологиях.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения различной патологии ЛОР органов (вазомоторный ринит, хронический тонзиллит, доброкачественные образования гортани) с использованием технологии – молекулярно-резонансного аппарата.

Материалы и методы: В ЛОР-клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проходит исследование эффективности применения МР -метода в лечении ЛОР патологии. С помощью МР метода пролечено 30 больных в возрасте от 20 до 65 лет (основная группа): 10 больных вазомоторным ринитом, 10 – хроническим тонзиллитом, и 10 доброкачественными образованиями гортани. Контрольная группа была набрана с помощью ретроспективного анализа историй болезни – пациенты, прооперированные инструментальным способом. Всем пациентам из основной группы было проведено хирургическое вмешательство с помощью хирургического аппарата «Vesalius» (Quasar D1, Telea Electronic Engineering Srl., Италия) с применением специализированных насадок: МР редукция нижних носовых раковин, МР тонзиллэктомия, и прямая микроларингосокпия с МР удалением доброкачественных образований гортани. Во время выполнения операции применение МР-метода создаёт возможность одновременного рассечения тканей и коагуляции, что позволяет свести к минимуму кровопотерю. В результате чего улучшается визуализация операционного поля, и операция проходит в практически «сухой» ране. В послеоперационном периоде у всех больных мы оценивали течение раневого процесса, выраженность тканевой реакции, сроки заживления ран, осложнения.

Результаты. При последующем наблюдении пациентов после МР редукции нижних носовых раковин, в сравнении с инструментальной методикой, отмечался менее выраженный отек и послеоперационное воспаление слизистой оболочки, что способствовало более быстрому восстановлению носового дыхания и стойкому положительному эффекту от операции в течение 1 года и более. У пациентов, которым была выполнена МР тонзиллэктомия, в послеоперационном периоде не наблюдалось кровотечений, был менее выраженный болевой синдром, а при мезофарингоскопии отек и гиперемия ткани уже на 7-е сут после операции были минимальными. Через 1 мес. после операции в 90% случаев макроскопически послеоперационная область имела бледно-розовый оттенок, не отмечалось явно выраженного грубого рубцевания тонзиллярных ниш. У пациентов с доброкачественными образованиями гортани после выполнения прямой микроларингоскопии с МР удалением образований отмечались минимальные реактивные явления в послоперационной области, что способствовало восстановлению голоса уже через 7 -10 дней, без последующих рецидивов заболевания.

Выводы: Применение МР метода при лечении патологии ЛОР органов позволяет значительно уменьшить послеоперационное воспаление и более чем в два раза сокращает сроки послеоперационного выздоровления; отмечается практически полное отсутствие болевых ощущений в ходе операции и в послеоперационном периоде; рассечение ткани происходит без механического усилия, благодаря чему происходит заживление первичным натяжением, без образования рубцов; возможность одновременного рассечения тканей и коагуляции позволяет свести к минимуму кровопотерю, операция проходит в практически “сухой” ране.

Краткое содержание. Применение МР метода при лечении патологии ЛОР органов позволяет значительно уменьшить послеоперационное воспаление и более чем в два раза сокращает сроки послеоперационного выздоровления. Нами было отмечено, что субъективное и объективное улучшение клинической картины наступало быстрее (уже через 2 недели после операции) у пациентов, оперированных при помощи молекулярно-резонансного метода, по сравнению с группой пациентов, которым операция выполнялась «холодным» инструментарием. Также преимуществом данного метода перед использованием «холодного» инструментария является то, что данный метод позволяет производить гемостаз одновременно с удалением ткани образования, сокращая длительность операции. Однако в целом можно отметить ограниченный опыт применения метода МР в медицине целом и в оториноларингологии в частности в сравнении с другими методами электрохирургии.

СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ГОРОДА АСТАНЫ

Тулебаев Р.К., Мухамадиева Г.А., Аженов Т.М.
НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

В результате внедрения новых технологий в оториноларингологических клиниках города Астаны значительно улучшилась оказание высокоспециализированной помощи населению столицы. В настоящее время в городе имеются ЛОР отделения в многопрофильной клинической больнице №1 (50 коек), 25 ЛОР коек в многопрофильной городской больнице №2, в детской городской больнице №2 тридцать детских ЛОР коек, в Больнице Медицинского Центра Управления Делами Президента 25 ЛОР коек и в Национальном Научном Центре материнства и детства 21 коек. Во всех указанных клиниках внедрены современные методы эндоскопической риносинусохирургии, отохирургии, эндолареангеальные операции с использованием хирургического лазера на гортани, а также кохлеарная операция у детей и взрослого населения.

В Астане одним из крупных отоларингологических клиник является городской Центр оториноларингологии «Многопрофильной Городской больница № 1.

Отоларингологическая клиника оказывает всестороннюю хирургическую помощь населению города и других регионов Казахстана. В среднем за год проводится более 4000 различных операций на ЛОР органах. За последние пять лет увеличилось количество операций. Это стало возможным благодаря сокращению количества койко-дней и отсутствие осложнений, благоприятному послеоперационному реабилитационному периоду

Многие операции в городском ЛОР центре Астаны проводятся симультанно. У пациентов, имеющих патологию носа и околоносовых пазух, одновременно делают симультанные операции совместно на среднем ухе. Современные хирургические вмешательства на среднем и внутреннем ухе осуществляются в виде слухулучшающих и санирующих операций. В частности, различные виды тимпанопластик (начиная с первого типа, заканчивая оссикулопластикой тотальным протезом), в том числе стапедопластика, а также для восстановления слуха кохлеарная имплантация у взрослого населения.

С 2017 года в городской больнице №1 применяется современный CO^2 лазер, при помощи которого проводятся операции на гортани, среднем ухе, ротовой полости, кожном покрове.

В соответствии с лицензией и приказом Минздрава РК с 2020 года в Астане проводится кохлеарная имплантация у взрослых пациентов с полной двусторонней глухотой. План на проведение данной операции с каждым годом увеличивается. Наличие сурдолога в штате отделения позволяет наблюдать за процессом реабилитации пациентов

Внедрение эндоскопической микрохирургии при рубцовых стенозах гортани у детей - это сложный, порой многоэтапный процесс и к сожалению, даже в условиях, современных специализированных детских отоларингологических отделений, эффективность устранения рубцовых стенозов гортани и декануляции достигается у пациентов в 63-94% случаев.

С марта 2022 года в Астане открыто отделение «Голова-Шея» Департамента детской хирургии: «Национальный научный центр материнства и детства» на 21 коек в составе Департамента детской хирургии, оснащенное современным оборудованием. Заведующий отделением, кандидат медицинских наук, ЛОР хирург высшей категории, Бекпан Алмат Жаксылыкович.

Основные виды хирургических вмешательств в ННЦ Материнства и детства: Хирургическое лечение врожденных расщелин губы и неба; Удаление новообразований черепно-лицевой области; Резекция челюсти, пораженное опухолью; Реконструктивно-пластические операции на костях лицевого скелета; Хирургические операции на височном нижнечелюстном суставе; Лечение гемангиом и лимфангиом челюстно-лицевой области; Устранение околоушных врожденных свищей; Хирургия дефектов челюсти с использованием современных методов остеосинтеза.

Клиника Отоларингологии БМЦ УДП Республики Казахстан

ЛОР отделение является одним из звеньев хирургических службы БМЦ УДП РК. Данное отделение имеет 25 ЛОР коек. Оно оснащено новейшим оборудованием. Перечень оказываемых услуг охватывают практически все оториноларингологические направления. Операции выполняются за счет республиканской квоты и на платной основе.

Операционный зал оснащен по последнему слову техники и включает операционный микроскоп фирмы «Carl Zeiss», эндоскопическую видеосистему и навигационную систему фирмы «Carl Storz», операционный лазер фирмы «Deca». Все это позволяет проводить уникальные операции на ЛОР органах малоинвазивно, высокоэффективно и самое главное безопасно.

ЛОР ОПЕРАЦИИ: Слухоулучшающие операции. Протезирование косточек среднего уха. Костная имплантация. Кохлеарная имплантация. Хирургия основания черепа. Удаление новообразований носоглотки. FESS. Пластическая хирургия. Холодноплазменная хирургия. Реконструктивная хирургия гортани: Удаление новообразований гортани CO2 лазером, микрохирургия гортани

В отделении проводятся экстренные и плановые (кроме операции на гортани) операции при ЛОР патологиях у населения до 18 лет, такие как: 1. Отохирургия: Кохлеарная имплантация. Все виды санирующих и слухоулучшающих операции на ухе: Тимпанопластика 2,3,4,5 типы, миринготомия, тимпаностомия, миринготопластика, стапедопластика. 2. Операции на носу и околоносовых пазухах: септопластика, конхотомия (вазотомия), полипэктомия, функциональная эндоскопическая хирургия пазух (FESS). Ринопластика. 3. Операции на горле и гортани: тонзиллэктомия, аденоидэктомия, трахеостомия

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ МЕТОДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЛОР-ОРГАНАХ

Зайдуллин А.Ш., Азимов Ж.Ш.

Ташкентский государственный медицинский университет

Введение. Развитие эндоскопической хирургии и совершенствование фармакологических средств существенно изменили подходы к анестезиологическому обеспечению пациентов в оториноларингологии. Современные методы обезболивания позволяют достичь не только адекватной аналгезии и контроля витальных функций, но и снижения операционно-анестезиологических рисков. Однако вопрос оптимального выбора метода анестезии при различных по объёму и сложности ЛОР-вмешательствах остаётся актуальным, особенно с учётом возраста, соматического состояния и индивидуальной реактивности пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность различных видов анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах на органах ЛОР-системы, определить оптимальные методы обезболивания для разных категорий пациентов и уровней хирургической травматичности.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе клиники Ташкентского государственного медицинского университета в 2023–2024 годах. В исследование были включены 312 пациентов (в возрасте от 18 до 72 лет), которым проводились плановые и экстренные оперативные вмешательства на верхних дыхательных путях и околоносовых пазухах. Пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от метода анестезиологического обеспечения:

1. Медикаментозная седация с местной анестезией – 187 пациентов (59,9 %);
2. Эндотрахеальный наркоз – 63 пациента (20,2 %);
3. Кратковременный внутривенный наркоз – 41 пациент (13,1 %);
4. Анестезия типа Stand-by – 21 пациент (6,7 %).

Контроль адекватности обезболивания проводился с использованием клинических и лабораторных критериев: уровня артериального давления, частоты сердечных сокращений,

сатурации кислорода, а также концентрации кортизола в крови как биохимического маркера стресс-реакции.

Результаты. Наиболее стабильные показатели гемодинамики и наименьшая частота интраоперационных осложнений отмечались в группе медикаментозной седации. Средний уровень кортизола в данной группе оставался в пределах физиологической нормы (в среднем 325 ± 40 нмоль/л), что свидетельствовало об адекватном контроле стресс-ответа. У 94 % пациентов не наблюдалось значимых изменений артериального давления и частоты сердечных сокращений. При эндотрахеальном наркозе, применявшемся преимущественно при длительных и травматичных операциях (эндоскопическая гайморотомия, коррекция носовой перегородки, санация околоносовых пазух), отмечалось высокое качество аналгезии и управляемость дыхания, однако у 12 % пациентов регистрировались кратковременные эпизоды гипертензии и тахикардии во время интубации.

Кратковременный внутривенный наркоз показал себя эффективным при малых, но травматичных вмешательствах (редрессация носовых костей, устранение синехий). У 9 % пациентов наблюдалось кратковременное угнетение дыхания, успешно купированное стандартными мероприятиями.

Методика Stand-by применялась у пациентов старшей возрастной группы и при высоком анестезиологическом риске. Несмотря на отсутствие глубокой депрессии сознания, у 86 % пациентов операция прошла без осложнений. В 3 случаях потребовалась конверсия в внутривенный наркоз.

Краткое содержание. Проведённое исследование показало, что выбор метода анестезиологического обеспечения должен быть строго индивидуализирован. Наиболее оптимальным методом для большинства эндоскопических и малоинвазивных ЛОР-вмешательств является медикаментозная седация в сочетании с местной анестезией, обеспечивающая адекватную аналгезию, стабильные показатели гемодинамики и быстрое восстановление. Эндотрахеальный наркоз остаётся методом выбора при объёмных и длительных операциях, а метод Stand-by — у пациентов с выраженной сопутствующей патологией.

Использование дифференцированного подхода, основанного на характере заболевания и состоянии пациента, позволяет минимизировать риск осложнений и повысить качество хирургической помощи в оториноларингологической практике.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ

Зайдуллин А.Ш., Азимов Ж.Ш.

Ташкентский государственный медицинский университет

Введение. В последние десятилетия ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) заняли прочное место в терапии заболеваний верхних дыхательных путей. Их локальное действие обеспечивает выраженный противовоспалительный эффект при минимальном системном воздействии. Однако оптимальные схемы применения, дозировки и длительность курсов остаются предметом клинического изучения, особенно при сочетанных формах риносинусита и аллергических проявлениях.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и переносимость ингаляционных глюкокортикостероидов у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, определить влияние ИГКС на выраженность воспаления, частоту рецидивов и качество жизни пациентов.

Материалы и методы. Исследование проведено в клинике Ташкентского государственного медицинского университета в 2023–2024 годах. Включено 148 пациентов в возрасте от 19 до 65 лет с диагнозами хронический риносинусит, полипозный ринит и аллергический ринит.

Пациенты были распределены на две группы:

1. Основная группа (n = 78) — получала стандартную терапию с добавлением ИГКС (мометазон фуроат 200 мкг/сут или флутиказон пропионат 100 мкг 2 раза в день);

2. Контрольная группа (n = 70) — получала только базовую противовоспалительную терапию без ИГКС.

Эффективность лечения оценивалась по клиническим критериям (заложенность носа, выделения, обоняние), данным эндоскопии и КТ околоносовых пазух, а также по шкале качества жизни SNOT-22. Побочные эффекты контролировались на протяжении всего курса терапии (4 недели).

Результаты. У пациентов основной группы уже к 10–14 дню терапии отмечалось значительное снижение отёка слизистой и уменьшение количества слизисто-гнойного отделяемого. По данным эндоскопического контроля, у 82 % пациентов наблюдалась частичная или полная эпителизация воспалённой слизистой.

Показатели по шкале SNOT-22 улучшились в среднем с 54 ± 7 до 18 ± 5 баллов ($p < 0,01$), что свидетельствует о существенном росте качества жизни. В контрольной группе аналогичные показатели составили $53 \pm 8 \rightarrow 36 \pm 6$ баллов ($p < 0,05$)

Частота рецидивов в течение трёх месяцев после окончания курса была значительно ниже в основной группе (8 % против 27 % в контрольной). Побочные эффекты (ощущение сухости, незначительное жжение в носу) отмечались у 6 пациентов (7,7 %), носовые кровотечения — у 2 (2,5 %); случаев системного действия или выраженных осложнений не зарегистрировано.

Краткое содержание. Применение ингаляционных глюкокортикостероидов у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей способствует быстрому регрессу симптомов, восстановлению носового дыхания и снижению частоты рецидивов. Локальное использование препаратов мометазона и флутиказона безопасно, хорошо переносится и может быть рекомендовано для длительного контролируемого лечения воспалительных процессов в ЛОР-практике.

Таким образом, ИГКС являются высокоэффективным компонентом комбинированной терапии при хронических формах риносинусита и аллергического ринита.