

ISSN 2181-337X

EURASIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY

Special Issue

2025



ejohns.scinnovations.uz



EURASIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY

SPECIAL ISSUE • 2025

ЕВРАЗИЙСКИЙ ЖУРНАЛ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ - ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК • 2025

Медицинский рецензируемый журнал
Medical reviewed journal

Авторы подтверждают, что не имеют
конфликта интересов
The authors declare that they have no
competing interests

Публикуемые материалы соответствуют
международно признанным этическим принципам
Published materials conforms to internationally accepted
ethical guidelines

Тематика журнала:
оториноларингология (ЛОР)
хирургия головы и шеи

Journal subject:
Otorhinolaryngology (ENT)
Head and Neck Surgery

Главный редактор: Вохидов Улугбек Нуридинович
Editor in chief: Vokhidov Ulugbek Nuridinovich

e-mail: ejohns@scinnovations.uz
<https://ejohns.scinnovations.uz>

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

The Journal is included in the List of Peer-reviewed Scientific Journals recommended for publication of principal scientific results of dissertations competing for scientific degree of Candidate of Science and scientific degree of Doctor of Science.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: <http://ejohns.scinnovations.uz>. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя — издательства «SCIENTIFIC INNOVATIONS».

The Editorial Board is not responsible for the content of advertising materials. Editorial opinion does not always coincide with the opinion of the authors. Only the articles prepared according to the authors' guidelines are accepted for publication. Submitting an article to the editorial board the authors accept the terms and conditions of the public offer agreement. Authors' guidelines and public offer agreement may be found on the web-site: <http://ejohns.scinnovations.uz>. Complete or partial reproduction of the materials is allowed only by written permission of the Publisher — «SCIENTIFIC INNOVATIONS» Publishing Group.

Журнал зарегистрирован Агентством информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан. Свидетельство о регистрации №1594 от 25.04.2022 г.

The journal is registered by the Agency for Information and Mass Communications under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan. Registration certificate No. 1594 dated April 25, 2022



Учредитель и издатель:
ООО «SCIENTIFIC INNOVATIONS»
Founder and Publisher:
«SCIENTIFIC INNOVATIONS» LLP
www.scinnovations.uz



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Вохидов Улугбек Нуридинович – д.м.н., доцент РСНПМЦОиБГШ (Узбекистан)

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Хасанов Улугбек Саидакрамович – д.м.н., профессор, РСНПМЦОиБГШ (Узбекистан)

Шамсиев Джахонгир Фазлитдинович – д.м.н., доцент, ТГСИ (Узбекистан)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

Султонов Достон Миркомилевич – к.м.н., РСНПМЦОиБГШ (Узбекистан)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

Tevfik Metin Onerci - Professor of Hacettepe University (Turkiye)

Desiderio Passali - Professor of Siena University (Italy)

Kwang Hyun Kim - Emirate professor of Seoul National University (South Korea)

Mahmut Tayyar Kalciglu - Professor of Istanbul Medical University (Turkiye)

Hesham Negm - Professor of Cairo University (Egypt)

Тулебаев Раис Кажкенович - д.м.н., академик, профессор (Казахстан)

Борисенко Олег Николаевич - д.м.н., профессор (Украина)

Накатис Яков Александрович - д.м.н., профессор СПбГУ (Россия)

Диаб Хассан Мохамад Али - д.м.н., профессор НМИЦО (Россия)

Гусейнов Назим Мамедович – д.м.н., профессор, АЗГИУВ (Азербайджан)

Насыров Вадим Аллаярович – д.м.н., профессор КГМА (Киргизия)

Мухаммадиева Гулмира Амантаевна - д.м.н., профессор (Казахстан)

Хасанов Саидакрам Аскарлович - д.м.н., профессор ТашПМИ (Узбекистан)

Азимов Мухаммаджон Исмоилович - д.м.н., профессор, ТГСИ (Узбекистан)

Шайхова Холида Эркиновна - д.м.н., профессор, ТМА (Узбекистан)

Маматова Толиха Шукуровна - к.м.н., доцент, ЦРПКМР (Узбекистан)

Жафаров Мурод Мирзохидович - д.м.н., профессор, ТМА (Узбекистан)

Боймуродов Шухрат Абдужалилович – д.м.н., профессор, ТМА (Узбекистан)

Абдуллаева Нигора Нусратовна - д.м.н., профессор, ТМА (Узбекистан)

Махамадаминова Шоира Абдувалиевна - д.м.н., ТМА (Узбекистан)

Амонов Шавкат Эргашевич - д.м.н., профессор, ТашПМИ (Узбекистан)

Бабаханов Гулимбай Кутлибаевич - д.м.н., профессор, ТашПМИ (Узбекистан)

Арифов Сайфитдин Саидазимович - д.м.н., профессор, ЦРПКМР (Узбекистан)

Бакиева Шахло Хамидуллаевна - д.м.н., доцент, ТМА (Узбекистан)

Хайдарова Гавхар Саидахматовна - д.м.н., доцент, ТМА (Узбекистан)

Вохидов Нуридин Хикматович – к.м.н., профессор, БухГМИ (Узбекистан)

Шарипова Азиза Умаровна – к.м.н., доцент, ТГСИ (Узбекистан)

Шарипов Санжар Саломович – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)

Джураев Жамолбек Абдукаххарович – д.м.н., доцент, ТМА (Узбекистан)

Каримова Наргиза Абдуллаевна – к.м.н., РСНПМЦОиБГШ (Узбекистан)

Агзамова Гулчехра Саидкаримовна – к.м.н., РСНПМЦОиБГШ (Узбекистан)

Матмуротов Зухроб Собиржанович – к.м.н., РСНПМЦОиБГШ (Узбекистан)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Маткулиев Хайитбой Маткулиевич - д.м.н., профессор, ТМА (Узбекистан)

Карабаев Хуррам Эсанкулович - д.м.н., профессор, ТашПМИ (Узбекистан)

Махкамова Нигора Эргашевна – д.м.н., доцент, ТГСИ (Узбекистан)

Гаффаров Суннатullo Амриллоевич - д.м.н., доцент, ЦРПКМР (Узбекистан)

Лутфуллаев Гайрат Умриллоевич - д.м.н., профессор, СамГМУ (Узбекистан)

Хушвакова Нилуфар Джуракуловна – д.м.н., профессор, СамГМУ (Узбекистан)

Насретдинова Махзуна Тахсиновна - д.м.н., профессор, СамГМУ (Узбекистан)

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич – д.м.н., профессор, ТГСИ (Узбекистан)

Ахмедов Алибек Баходирович – PhD, доцент, БухГМИ (Узбекистан)

Амонов Амин Шавкатович - д.м.н., ТашПМИ (Узбекистан)

EDITOR-IN-CHIEF:

Vokhidov Ulugbek Nuridinovich - DSc, Associate Professor, RSSPMCO&HND (Uzbekistan)

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF:

Khasanov Ulugbek Saidakramovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, RSSPMCO&HND (Uzbekistan)

Shamsiev Jakhongir Fazliddinovich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, TSDI (Uzbekistan)

EXECUTIVE SECRETARY:

Sultonov Doston Mirkomilovich - Candidate of Medical Sciences, RSSPMCO&HND (Uzbekistan)

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Tevfik Metin Onerci - Professor of Hacettepe University (Turkey)

Desiderio Passali - Professor of Siena University (Italy)

Kwang Hyun Kim - Emirate professor of Seoul National University (South Korea)

Mahmut Tayyar Kalcioğlu - Professor of Istanbul Medical University (Turkiye)

Hesham Negm - Professor of Cairo University (Egypt)

Tulebayev Rais Kajkenovich - Doctor of Medical Sciences, Academician, Professor (Kazakhstan)

Borisenko Oleg Nikolaevich - Doctor of Medical Sciences, Professor (Ukraine)

Nakatis Yakov Aleksandrovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, St. Petersburg State University (Russia)

Diab Hassan Mohamad Ali - Doctor of Medical Sciences, Professor NMICO (Russia)

Huseynov Nazim Mammadovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, AzGIUV (Azerbaijan)

Nasirov Vadim Allayarovich - Doctor of Medical Sciences, Professor of KSMA (Kyrgyzstan)

Muhammadiyeva Gulmira Amantaevna - Doctor of Medical Sciences, professor (Kazakhstan)

Khasanov Saidakram Askarovich - Doctor of Medical Sciences, Professor of TashPMI (Uzbekistan)

Azimov Mukhammadjon Ismoilovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, TSDI (Uzbekistan)

Shaykhova Kholida Erkinovna - Doctor of Medical Sciences, Professor, TMA (Uzbekistan)

Mamatova Tolikha Shukurovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor CRPIME (Uzbekistan)

Jafarov Murod Mirzokhidovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, TMA (Uzbekistan)

Boymurodov Shukhrat Abdujalilovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, TMA (Uzbekistan)

Abdullaeva Nigora Nusratovna - Doctor of Medical Sciences, Professor, TMA (Uzbekistan)

Makhamadaminova Shoirabduvalievna - Doctor of Medical Sciences, TMA (Uzbekistan)

Amonov Shavkat Ergashevich - Doctor of Medical Sciences, Professor, TashPMI (Uzbekistan)

Babakhanov Gulimbay Kutlibayevich - Doctor of Medical Sciences, Professor, TashPMI (Uzbekistan)

Arifov Sayfitdin Saidazimovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, CRPIME (Uzbekistan)

Bakieva Shahlo Khamidullaevna - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, TMA (Uzbekistan)

Khaydarova Gavkhar Saidakhmatovna - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, TMA (Uzbekistan)

Vokhidov Nuridin Khikmatovich - Candidate of Medical Sciences, Professor, BSMI (Uzbekistan)

Sharipova Aziza Umarovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, TSDI (Uzbekistan)

Sharipov Sanjar Salomovich - Doctor of Medical Sciences, TSDI (Uzbekistan)

Djuraev Jamolbek Abdulkahharovich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, TMA (Uzbekistan)

Karimova Nargiza Abdullayevna - Candidate of Medical Sciences, RSSPMCO&HND (Uzbekistan)

Agzamova Gulchekhra Saidkarimovna - Candidate of Medical Sciences, RSSPMCO&HND (Uzbekistan)

Matmurotov Zukhrob Sobirjanovich - Candidate of Medical Sciences, RSSPMCO&HND (Uzbekistan)

EDITORIAL COUNCIL:

Matkuliev Hayitboy Matkulievich - Doctor of Medical Sciences, Professor, TMA (Uzbekistan)

Karabaev Khurram Esankulovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, TashPMI (Uzbekistan)

Makhkamova Nigora Ergashevna - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, TSDI (Uzbekistan)

Gaffarov Sunnatullo Amrilloevich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, CRPIME (Uzbekistan)

Lutfullaev Gayrat Umrillaevich - Doctor of Medical Sciences, Professor, SamSMU (Uzbekistan)

Khushvakova Nilufar Djurakulovna - Doctor of Medical Sciences, Professor, SamSMU (Uzbekistan)

Nasretdinova Mahzuna Tahsinovna - Doctor of Medical Sciences, Professor, SamSMU (Uzbekistan)

Yuldashev Abduazim Abduvalievich - Doctor of Medical Sciences, Professor, TSDI (Uzbekistan)

Akhmedov Alibek Bahodirovich - Doctor of Philosophy (PhD), Associate Professor, BSMI (Uzbekistan)

Amonov Amin Shavkatovich - Doctor of Medical Sciences, TashPMI (Uzbekistan)

Абдуллаева Л.Ш., Ходжибеков М.Х., Ходжибекова Ю.М., Полатова Д.Ш., Паттохов А.Ш. РАДИОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КТ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ.....	7
Абдухоликова Г.А., Шарипова А.У. ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДЕЗИНТЕГРАТОРА.....	8
Арифов С.С., Носиржонов М.А. ПОКАЗАТЕЛИ ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ.....	9
Артикова Д.Т. ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ.....	10
Атоев О.О. РОЛЬ СЕПТОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ОБСТРУКЦИЕЙ НОСА.....	11
Балтабаев О.К., Махкамова Н.Э. СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА.....	12
Бекирова А.С., Якубджанов Д.Д. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМОКСИКЛАВА/ КЛАВУЛАНАТА И ЛЕВОФЛОКСАЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАЙМОРИТОВ.....	13
Буриева Д.Б. ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК ЛАРИНГИТ: ДИАГНОСТИКА, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА.....	14
Вохилов У.Н., Мухамедов Ш.Х., Курбанова С.Ю. МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РИНОСИНУСИТАХ.....	15
Гизатулина А. М., Хан Т.А., Хайриева М.Ш. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СВОЕВРЕМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	16
Журакулов С.З., Эргашев У.М. Умрзоков Ш.К., Раупов Б.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОТИТОВ С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ.....	17
Исмоилов И.И., Шамсиев Д.Ф. ИЗМЕНЕНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	18
Карабаев Х.Э., Низамова Э.С., Улугов Ж.Т. ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ МЕТОДОМ ТЕРМАЛЬНОГО ВЕЛДИНГА: ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИОННОГО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.....	19
Қурбонов Ж.А. ЎТҚИР РИНОСИНУСИТ: КЛИНИК КЕЧИМИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.....	20
Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Хаитмаматов Х. С., Туробов Х. Т., Улашов К.У. ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ.....	22
Лутфуллаев Г.У., Лутфуллаева Г.У., Эшкулов Ж.Б., Мингбоев А.А., Шеркобилов Ж.Ш. АУДИОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	24
Лутфуллаев Г.У., Сафарова Н.И., Мирзаев Э.М., Эгамназаров Н.С., Қўчқоров Ж.Б. ПОЛИПОЗ ЭТМОИДИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАНЛАРНИ ДАВОЛАШДА МАҲАЛЛИЙ ИММУНОМОДУЛЯТОРЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ.....	25
Лутфуллаев Г.У., Сафарова Н.И., Умриллоев Л.Г., Жалолов С. М., Юнусова М.Х. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	26
Лутфуллаев Г.У., Хамраев Ф.Х., Ньматов У.С., Шаймарданов О.И. ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ УША В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА, ТРЕБУЮЩАЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НА ФОНЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ.....	27
Мадаминаева Н.Э. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ	28
Маматова Т.Ш., Артикова Д.Т. ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЕ АБСЦЕССЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	29
Махаммадинаева Ш.А., Хуснитдинов Р.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОТУЛОТОКСИНА В ЛЕЧЕНИИ СПАЗМАТИЧЕСКОЙ ДИСФОНИИ.....	30
Миразизова Д.Р., Махкамова Н.Э. АНАЛИЗ СВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ СЫВОРОТОЧНОГО БИОМАРКЕРА ПРЕСТИНА И ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	32

Муминов С.Х. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ.....	33
Муминов С.Х. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ.....	34
Нуъмонов К.О. ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НОСА.....	35
Нуъмонов К.О., Йулдашев Ш.М. ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАМИ И РАНЕНИЯМИ УХА.....	36
Орифов С.С. РОЛЬ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ НАРУШЕНИИ СЛУХА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	37
Рузматов К.М., Шамсиев Д.Ф. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ.....	38
Усманова Н.А. ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС: ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ҚАРАШЛАР ВА МОЙИЛЛИК.....	40
Усмонхонов Ф.О. ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ.....	41
Хабибулаев Ш.З., Умрзоков Ш.К. ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА.....	42
Хамраев Ф.Х., Лутфуллаев Г.У., Ньматов У.С., Шаймарданов О.И. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ РАКА ГОРТАНИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	43
Хасанов У.С., Абдурахимова Ш.С. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН.....	44
Хасанов У.С., Камилов Х.Б. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ.....	45
Ходжаева Н.Х., Шамсиев Д.Ф. СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ.....	46
Хуснитдинов О., Агзамова Г.С., Хуснитдинов Р.А. СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.....	48
Эргашев А.А., Вохидов У.Н. МИКРОБИОЦЕНОЗ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ.....	49
Эргашев А.А., Вохидов У.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ.....	50
Эргашев У.М., Аллаёров С.М., Умрзоков Ш.К., Раупов Б.М. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА.....	51
Эргашев У.М., Аллаёров С.М., Умрзоков Ш.К., Раупов Б.М. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ.....	52
Юсупова С.Р., Хасанов У.С. ИККИ ТОМОНЛАМА ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ АТРЕЗИЯСИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА РОНТО БОЙЛАМАСИ САМАРАДОРЛИГИ.....	53
Якубов М.М. АТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ.....	55
Avezov M.I. OROL BO'YI XUDUDIDA YASHOVCHI ESHITISHI PAST BEMORLARNI SURDOLOGIYA XONASI ARXIV MA'LUMOTLAR ASOSIDA O'RGANISH (XORAZM VILOYATI MISOLIDA).....	57
Bakhadirova I.B., Arifov S.S. OTOTOXIC SIDE EFFECTS OF PLATINUM-BASED CHEMOTHERAPEUTIC DRUGS IN EXPERIMENTAL CONDITIONS.....	58
Djuraev J.A., Mirzaev S.P., Soatov I.O. YUQORI JAG' BO'SHLIG'I KISTALARINING TARQALISHI VA KLINIK KO'RINISHLARI.....	59
Djuraev J.A., Mirzaev S.P., Soatov I.O. YUQORI JAG' BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI.....	60
Ergashev J., Moon InSeok, Amonov Sh.A. NEW ENDOSCOPIC TRANSCANAL HYBRID METHOD OF LABYRINTHECTOMY: TECHNIQUE AND CASE REPORT.....	61
Khasanov U.S., Vokhidov U.N., Matmurov Z.S., Xudayberganov U.R. PRELIMINARY RESULTS OF TREATMENT OF PEDIATRIC ADENOTONSILLAR HYPERTROPHY WITH IRE (IRREVERSIBLE ELECTROPORATION).....	62

<i>Lutfullaev G.U., Ne'matov O.S., Umrilloev L. G., Xudoyberdiev J. B., Avalboev T. Sh., Ubaydullaev D. U.</i> BURUN BO'SHLIG'INING QON TOMIR O'SMALARI BO'YICHA RETROSPEKTIV TADQIQOT.....	63
<i>Lutfullaev G.U., Qobilova Sh.Sh., Xolboev M.A., Rustamov A.A., Mustafoev J.O'</i> BURUN, BURUN YON BO'SHLIQLARI VA BURUN-HALQUM XAVFSIZ O'SMALARIDA EKSSUDATIV O'RTA OTITNI KOMPLEKS DAVOLA SH.....	64
<i>Mirzaqandov E.E. Ro'zmatov Q.M.</i> SURINKALI ALLERGIK RINITDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR.....	65
<i>Mirzaqandov E.E. Ro'zmatov Q.M.</i> SURINKALI ALLERGIK RINIT XAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA, UCHRASH DARAJASI.....	66
<i>Mo'ydinov R.R. Ro'zmatov Q.M.</i> GIPERTROFIK VA POLIPOZ RINITDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR.....	67
<i>Mo'ydinov R.R. Ro'zmatov Q.M.</i> GIPERTROFIK VA POLIPOZ RINIT XAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA, UCHRASH DARAJASI.....	68
<i>Pardaev D.E., Khushbokov A.Ch.</i> HEMANGIOMA OF THE OUTER EAR (Clinical case from practice).....	69
<i>Pulatova B.J., Narziyeva M.I.</i> PASTKI JAG' SINGAN UMUMIY SURUNKALI PARODONTIT MAVJUD BEMORLARDA DAVOLASH USULINI TANLASH ALGORITMI.....	70
<i>Rasulova N.Sh., Haydarova G.S.</i> HIQILDOQ KASALLIKLARIDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINING DIAGNOSTIK BAHOLASH.....	71
<i>Yusupov Sh.Sh., Boymuradov Sh.A.</i> BURUN-YONOQ-KO'Z SOHALARI KOMPLEKSI JAROHATLARINI OLGAN BEMORLARNI DAVOLASHGA KOMPLEKS YONDASHUV.....	72
<i>Shaamuhamedova F.A., Mashrabjonova B.Q.</i> EARLY DIAGNOSIS AND EVALUATION OF TREATMENT EFFECTIVENESS FOR DISTAL OCCLUSION IN CHILDREN.....	74
<i>Shaamuhamedova F.A., Mashrabjonova B.Q., Sattarov J.A., Omonova M.X.</i> BOLALARDA ADENOIDNING RIVOJLANISHI VA UNING PRIKUSGA TA'SIRI.....	75
<i>Shodmonkulova G.R., Khaydarova G.S.</i> EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEARING IMPAIRMENT IN CAROTID ARTERY STENOSIS.....	76
<i>Sultanov D.M., Shamsiev D.F., Raupov B.M.</i> AFTER SURGICAL HISTOLOGIC EVALUATION OF NASAL POLYPS AND FREQUENCY OF OCCURRENCE VARIOUS TYPES OF NASAL POLYPOSIS IN UZBEKISTAN.....	77

РАДИОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КТ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

Абдуллаева Л.Ш.¹, Ходжибеков М.Х.², Ходжибекова Ю.М.¹, Полатова Д.Ш.¹,
Паттохов А.Ш.¹

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

²Ташкентская медицинская академия
Узбекистан

Цель исследования: Определить диагностическую ценность использования радиомики в дифференциации доброкачественных и злокачественных образований челюстей на МСКТ изображениях.

Материал и методы: Ретроспективно проведен радиомический анализ КТ изображений у 65 пациентов с гистологически и клинически верифицированными опухолями челюстей (28 доброкачественных и 37 злокачественных опухолей). Для текстурного анализа использовалась программа LIFEx 7.10 (C. Nioche, F. Orlhac etc.).

Результаты: При использовании теста Крускала-Уаллиса, 1 из 39 текстурных параметров - DISCRETIZED_AUC_CSH - показали статистически значимые различия между доброкачественными и злокачественными опухолями челюстей ($p < 0,05$). Из отобранного текстурного признака была построена предиктивная модель с использованием логистической регрессии. $PredDis = 1 / (1 + \exp(-1,02914 -$

$0,0044970 * DISCRETIZED_AUC_CSH))$. Вычисленные из модели значения регрессии путем логит-трансформации нормализовались в диапазоне от 0 до 1 и использовались как текстурные индексы гетерогенности.

Заключение: Текстурный анализ КТ-изображений позволяет неинвазивно предсказать доброкачественную или злокачественную природу опухолей верхней и нижней челюстей. Наибольшей прогностической точностью обладает текстурный индекс гетерогенности, вычисляемый из логистической текстурной модели. Текстурный анализ трансформирует стандартную компьютерную томографию в мультипараметрическое исследование, дополняя качественную оценку анатомических деталей визуализируемого образования количественным функциональным показателем, характеризующим внутриопухолевую пространственную гетерогенность.

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДЕЗИНТЕГРАТОРА*Абдухоликова Г.А., Шарипова А.У.**Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан*

Хронический тонзиллит - инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией.

Актуальность: Несмотря на изменение взглядов, на лечение и патогенез хронического тонзиллита, за последние 50 лет удаление миндалин остается одной из наиболее часто выполняемых отоларингологами хирургических операций.

Тонзиллэктомия (ТЭ) обычно назначается при наличии признаков декомпенсации. Техника удаления миндалин остается неизменной на протяжении десятилетий, изменяются лишь технические средства, с помощью которых производится операция. Основной задачей хирурга при ТЭ является полное удаление миндаликовой ткани с наименьшей травматичностью и кровопотерей. Известны следующие технические методы ТЭ: традиционные хирургические, шейверные, лазерные, криогенные, ультразвуковые, электрохирургические.

Цель исследования: был поиск оптимального метода удаления миндалин. Для достижения цели необходимо было решить следующие задачи: определение критериев отбора пациентов, проведение предоперационной подготовки и обследования, выбор оптимальных методов обезболивания, сравнение различных методик деструкции ткани, выполнение надежного интраоперационного гемостаза, профилактика осложнений, послеоперационный мониторинг.

Методы исследования: Ультразвуковой дезинтегратор - разновидность электрохирургии. Свое название она получила потому, что использует частоты в диапазоне от 250 КГц до 4 МГц. Применяется в дерматологической, стоматологической и гинекологической практике. Изменяя форму волны и мощность, можно произвести рассечение, коагуляцию ткани. В нашей работе использовался электрохирургический прибор ультразвукового дезинтегратора, работающий на частоте 50 Гц. У прибора 4 рабочих монополярных режима - три разные формы волны и фульгурационный ток. Формы волны следующие: фильтрованная волна, полностью выпрямленная и частично выпрямленная волна. Этим формам волн соответствуют чистый разрез (90% разрез и 10% коагуляция), одновременный разрез и коагуляция (50% и 50%) и гемостаз (90% коагуляция) соответственно. Поверхностное прижигание осуществляется искрой переменного тока (фульгурация). Преимуществами применения техники электрохирургии являются:

практически бескровное операционное поле, минимальная послеоперационная боль и быстрое заживление.

Результаты: В нашей работе мы имели возможность сравнить результаты работы обычными инструментами и с применением ультразвукового дезинтегратора. Идея была в том, чтобы совместить отсечение миндалин петлей с одновременной коагуляцией сосудов. В литературе нами был найден интересный способ совмещения аспиратора с электрокоагулятором. Применяв в качестве коагулятора, мы изготовили специальную насадку. Поскольку все операции мы стараемся проводить под наркозом, когда при хорошем освещении можно достичь необходимой визуализации, была решена проблема надежного гемостаза. По данным зарубежной литературы, частота послеоперационных кровотечений после ТЭ составляет от 2 до 12%. По нашим наблюдениям, за 2 года (112 операций) отмечался один случай кровотечения через час после операции. У пациента впоследствии была выявлена коагулопатия. Сравнительная оценка выраженности болевого синдрома проводилась по общепринятым критериям: необходимость приема обезболивающих препаратов, время начала приема твердой пищи, субъективная оценка по 5-балльной шкале (только у взрослых).

По всем параметрам у наших больных болевой синдром был ощутимо меньше выражен, а в отдельных случаях практически отсутствовал, когда операция производилась без использования скальпеля, только ультразвукового дезинтегратора. С целью профилактики послеоперационных осложнений мы применяем комплекс мероприятий в предоперационном периоде и в процессе послеоперационного мониторинга. С целью послеоперационного обезболивания нами применяется комбинация анальгетика (полусинтетического опиоида - рамала), антигистаминного препарата (димедрола) с церукалом в возрастной дозировке. Применяется также местная анестезия новокаином, которая дает неплохой результат в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы: Использование электрохирургических инструментов позволяет добиться оптимальных результатов в плане надежного гемостаза, наименьшей хирургической травмы, минимального болевого синдрома и гладкого течения послеоперационного периода. Важным звеном проведения хирургического лечения хронического тонзиллита нужно считать оптимально подобранные методы общего наркоза в сочетании с местными анестетиками и обезболивающими.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Арифов С.С., Носиржонов М.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Узбекистан

Введение: Вазомоторный ринит – хроническое заболевание, характеризующееся нарушением тонуса сосудов слизистой оболочки носа, что приводит к заложенности, ринорее и снижению качества жизни пациентов. Для облегчения симптомов вазомоторного ринита часто применяются сосудосуживающие препараты (деконгестанты), однако их длительное использование может вызвать тахифилаксию и в конечном итоге формированию лекарственного ринита. Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) является неинвазивным методом оценки микроциркуляции в слизистой оболочке носа и может быть использована для исследования влияния деконгестантов на гемодинамику.

Цель: Изучить состояние микроциркуляции слизистой оболочки носа у пациентов с вазомоторным ринитом.

Материалы и методы: В исследование включены 24 пациента с диагнозом вазомоторный ринит (ВР), разделенные на две группы по 12 человек: Первую группу составили пациенты ВР, регулярно использующие сосудосуживающие препараты более 6 месяцев; Во вторую группу были объединены пациенты ВР, не применяющие сосудосуживающие препараты. Возраст пациентов варьировался от 25 до 50 лет, средний возраст составил $37,5 \pm 7,2$ года. Соотношение мужчин и женщин было 1:1. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Для оценки микроциркуляции использовали лазерную доплеровскую флоуметрию с помощью анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-02» (Россия) в инфракрасном диапазоне ($\lambda=890$ нм). Измерения проводились в переднем отделе нижней носовой раковины с каждой стороны в течение 2 минут. Оценивались следующие параметры: показатель

микроциркуляции (ПМ) – среднее значение перфузии, выраженное в перфузионных единицах (ПЕ); коэффициент вариации (КВ) – показатель variability перфузии, отражающий степень гетерогенности кровотока. Статистический анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок; уровень значимости принят за $p < 0,05$.

Результаты: У пациентов первой группы ПМ составил $22,5 \pm 3,8$ ПЕ, КВ – $12,7 \pm 2,1\%$. Во второй группе эти показатели составили $18,3 \pm 2,9$ ПЕ и $9,5 \pm 1,8\%$, соответственно.

У пациентов ВР обеих групп изученные показатели имели достоверное отличие от контрольной группы ($p < 0,01$). Пациенты ВР, регулярно использующие сосудосуживающие препараты (первая группа), имели статистически значимо более высокие показатели ПМ и КВ ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами, не использующими эти препараты (вторая группа). Это свидетельствует о повышенной перфузии и большей гетерогенности кровотока в слизистой оболочке носа у первой группы.

Выводы: По результатам лазерной доплеровской флоуметрии длительное применение сосудосуживающих препаратов у пациентов с вазомоторным ринитом способствует увеличению перфузии крови микроциркуляторном русле и variability кровотока в слизистой оболочке носа. Это может оценено как развитие компенсаторных механизмов, направленных на поддержание адекватной перфузии тканей. Полученные результаты подтверждают о необходимости рационального применении деконгестантов при ВР.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ

Артикова Д.Т.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Узбекистан*

Введение: Хронический тонзиллит – это хроническое воспаление небных миндалин, возникающее в аллергизированном со сниженной реактивностью организме. Заболевание небных миндалин занимает одно из первых мест среди всех ЛОР заболеваний. Хронический тонзиллит в настоящее время является распространенным заболеванием, обнаруживается у 15,8% пациентов и им страдает 4-10% взрослого населения и 12-14% детей. По литературным данным, по Узбекистану хронический тонзиллит среди заболеваний ЛОР - органов составляет 17,7-21%. К настоящему времени описано свыше 100 заболеваний, связанных с хроническим тонзиллитом.

При диагностике хронического тонзиллита используют классификацию Б.С. Преображенского в модификации В.Т. Пальчуна (1978). Особое внимание при фарингоскопии уделяется величине и форме небных миндалин, наличию рубцов и патологического содержимого в лакунах, состоянию слизистой оболочки небных дужек (признаки Гизе, Зака, Преображенского). При пальпации шеи оценивается состояние подчелюстных лимфатических узлов.

Цель исследования: Оценить эффективность применения «Элюдрила» у больных с хроническим тонзиллитом токсико - аллергической формы I степени.

Материал и методы исследования: В ЛОР поликлинике многопрофильной клинической клиники Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников в период 2021 – 2023гг. было обследовано и пролечено 46 пациентов с хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формы I степени. В ходе клинического исследования в зависимости от проводимого консервативного лечения были созданы две группы. В обеих группах применялось традиционное общее лечение (витаминотерапию, антигистамины, биостимуляторы, физиотерапевтическое лечение (тубус-кварц)). Первая группа состояла из 21 больного (средний возраст $10 \pm 0,5$, по полу: муж.- 11, жен.-14)- получали местную терапию (промывание лакун небных миндалин 1% спиртовым раствором хлорфиллипта и 0,9% натрия хлорида 1:10 мл, смазывание поверхности миндалин 3% раствором Люголя 1 раз в день в течение 6-8 дней). Вторая группа 25 больных (средний возраст $10 \pm 0,3$, по полу: муж.- 10, жен.-11)- получавших предлагаемый способ местной консервативной терапии: промывание лакун небных миндалин раствором Элюдрила (хлоргексидин биглюконат 0,10г, хлорбутанол 0,10г, докюзат натрия 0,10г, хлороформ 0,5 мл, гидроксибензоат метила 0,10г, гидроксибензоат пропила 0,05г, ароматизированный эксципиент, количество 100мл) и 0,9% натрия хлорида в соотношении 1:10 мл, смазывание поверхности миндалин 3% раствором Люголя 1 раз в день в течение 6-8 дней.

Результаты исследования и их обсуждения: Оценкой эффективности проводимого лечения явилось отсутствие жалоб и субъективных ощущений больных, нормализация фарингоскопической картины, исчезновение или значительное уменьшение проявлений подчелюстного лимфаденита. В результате проведенного лечения больные обеих групп субъективно отмечали улучшение общего состояния, что выражалось в отсутствии жалоб больных. После проведенного лечения у 23 (89,8%) больных II группы уже после 4-го сеанса исчезли жалобы, тогда как у 18 (85,7%) больных I группы для этого потребовалось 6 промываний антисептическими растворами. Исследование больных через месяц показало, что гиперемия и инфильтрация краев небных дужек исчезли у 8 (38 %) больных I группы и у 14 (57,4%) II группы. Проведенное лечение не оказывало терапевтического действия в I группе у 10 (47,4%) больных, а во II группе только – у 3 (12,4 %). Разрыхленность небных миндалин после проводимого лечения значительно уменьшилась у 7 (35,4%) больных I-ой группы, и у 20 (82,3%) II-ой группы. Изменений не наблюдалось в I группе у 8 (38,1%) и лишь у 3 (12,4 %) - II группы. Непосредственно после лечения патологическое содержимое в лакунах небных миндалин отсутствовало в обеих группах больных. Через месяц после лечения у больных I группы – у 17 (82,1%), во II группе- у 22 человек (88,2%) не было отделяемого из лакун миндалин. Подчелюстной лимфаденит после лечения уменьшился в I группе у 6 (28,7%), тогда как во II группе- у 19 (75,9 %) больных. Через месяц после лечения подчелюстной лимфаденит отсутствовал в I группе у 9 (40,2%), а во II группе- у 20 (78,9%) . Проводимая терапия не оказывала никакого влияния на лимфаденит в I группе у 12(59,8 %) больных и во II группе- у 5 (20,4 %) больных.

Следует отметить, что у большинства больных II группы, получавших «Элюдрил», непосредственно после лечения купировались многие местные признаки хронического тонзиллита: лакуны небных миндалин очистились от казеозно-гнойных пробок, исчезла разрыхленность миндалин, явления инфильтрации, гиперемии, отека дужек отсутствовали. Больные отмечали улучшение самочувствия. Также у больных II группы подчелюстные узлы после проведенной терапии значительно уменьшились в размере, болезненность исчезла. Тогда как в I группе у большинства больных, леченных традиционным способом, сохранились лимфаденит и гиперемия дужек.

Выводы: В результате проведенного лечения установлено ряд преимуществ местной терапии «Элюдрил» по сравнению с принятыми традиционными к широкому применению его в местном лечении хронического тонзиллита.

РОЛЬ СЕПТОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ОБСТРУКЦИЕЙ НОСА

Атоев О. О.

Военно-Медицинская Академия Вооружённых Сил Республики Узбекистан
Узбекистан

В настоящее время пациенты с жалобами на затруднение носового дыхания составляют одну из основных категорий больных, обращающихся к врачу-оториноларингологу. Стандартный осмотр ЛОР-органов в амбулаторных условиях позволяет обнаружить анатомические дефекты в области наружного носа, установить различные деформации внутриносовых структур, такие как искривление перегородки носа, гипертрофия нижних или средних носовых раковин, наличие синехий в полости носа, полипозного процесса и т. д. Однако немаловажным аспектом при обследовании и последующем выборе оптимальной тактики ведения данных больных является объективная оценка состояния дыхательной функции носа.

Наиболее частой причиной обращения к ЛОР специалистам является нарушение носового дыхания, способствующее развитию множества патологических изменений верхних дыхательных путей (вазомоторный ринит, синуситы, нарушение функций слуховой трубы и т.д.) и оказывает негативное влияние на организм человека в целом. Множество анатомо-функциональных изменений способно привести к нарушениям носового дыхания, однако наиболее распространенной причиной является искривление перегородки носа и недостаточность носовых клапанов.

Общеизвестным методом хирургического лечения искривления перегородки носа является септопластика. Классическая подслизистая резекция перегородки носа, имея ряд недостатков, претерпевает в последнее время ряд изменений. Благодаря совершенствованию методов диагностики, отечественные и зарубежные исследователи активно изучают влияние состояния слизистой полости носа различных областей на носовое дыхание и совершенствуют методы хирургической редукции.

Материалы и методы исследования: Нами была изучена субъективная оценка функционального исхода септопластики. В исследование вошли 12 пациентов в возрасте 20-35 лет с диагнозом искривление носовой перегородки. Все были прооперированы в течение 2021 г. в ЛОР-отделениях Центрального военного клинического госпиталя Министерства обороны Республики Узбекистан и ТМА.

Объем хирургического лечения варьировал в зависимости от наличия сопутствующих патологий околоносовых

структур. Всем пациентам проводили септопластику с одномоментной редукцией измененной слизистой полости носа.

Все операции проводили под общей анестезией. Большинство пациентов являлись представителями вооруженных сил РУз.

В качестве оценки эффективности хирургического лечения применяли шкалу-опросник NOSE (Nasal obstruction symptom evaluation). Пациенты заполняли шкалу до операции и через месяц после проведенной септопластики.

Предлагаемая пациентам шкала NOSE содержит пять основных критериев: «затруднение носового дыхания», «заложенность носа», «носовая обструкция», «проблемы со сном», «недостаточность носового дыхания при физической нагрузке». Тяжесть того или иного симптома соответствует количеству баллов по каждому критерию: 0 баллов — отсутствие проблемы, 1 балл — незначительная проблема, 2 балла — умеренная проблема, 3 балла — существенная проблема, 4 балла — очень выраженная проблема. Каждый критерий пациент самостоятельно оценивал в баллах от 0 до 4 до и спустя месяц после операции. Оценку рассчитывали, как сумму баллов, умноженную на 5.

Все пациенты, перенесшие хирургическое лечение, субъективно отметили значительное улучшение носового дыхания. Анализ данных сопоставления баллов, набранных до и после операции по шкале NOSE, подтвердил количественное снижение баллов, и соответственно улучшение качества носового дыхания. Послеоперационное осложнение возникло в 2 случаях в виде формирования синехии полости носа. Однако осложнение своевременно купировано, рецидива в дальнейшем не наблюдалось.

Таким образом: согласно данным, полученным при анализе результатов опросника NOSE спустя месяц после проведенного лечения, количество баллов достоверно уменьшалось после операции, что говорит об улучшении носового дыхания. Выполнение септопластики с редукцией слизистой позволяет восстановить адекватное носовое дыхание и достичь лучших функциональных результатов, что особенно актуально при интенсивных физических нагрузках.

СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА*Балтабаев О.К., Махкамова Н.Э.**Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент,
Узбекистан*

Введение: У детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в 70% случаев отмечается патология среднего уха. Причина данных проблем заключается в дисфункции устья слуховой трубы из-за неправильного прикрепления мышцы, напрягающей небную занавеску. Устье слуховой трубы, которое располагается в полости носоглотки, при патологическом прикреплении мышцы, не полностью выполняет функцию своего открытия и, соответственно, плохо аэрирует барабанную полость. Нарушение функции устья слуховой трубы, а также воспалительные заболевания в полости носа и носоглотки приводят к хроническому воспалению в самой слуховой трубе, возникают средние катаральные отиты со снижением слуха.

Цель: Оценка состояния слуха детей, перенесших до и после операции по устранению расщелины нёба.

Материалы и методы: Для выполнения настоящего исследования были обследованы и пролечены 120 детей с диагнозом расщелины нёба различной степени в отделении оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии Республиканского многопрофильного медицинского центра республики Каракалпакии в период с 2022 по 2025 г. Возраст пациентов на момент оперативного вмешательства составил от 3 мес. до 2 лет 6 мес. Пациенты были разделены на 2 группы, основную группу (72 пациентов) составили дети с расщелиной нёба, оперированные до 1 года жизни (средний возраст в первой группе – 8 мес.), контрольную группу (48 пациентов) – дети с расщелиной нёба, оперированные в возрасте после 1 года жизни (средний возраст

– 1 год 8 мес.). Оценка состояния слуха проведена спустя 1 год после проведения вмешательств по устранению дефекта неба.

Результаты: Эндоскопические исследования носоглотки и слуховых труб показали превалирование атрофических процессов в области устья слуховых труб, её широкое зияние, что способствует более легкой и быстрой элиминации инфекции в среднее ухо. Частота экссудативного среднего отита (ЭСО) / дисфункции слуховой трубы, подтвержденная отоскопически и при помощи тимпанометрии, составила 25%. В остальных 75% случаях ЭСО / дисфункции слуховой трубы не выявлялись.

Факторами риска возникновения ЭСО являются полная расщелина нёба шириной >10 мм, оперативное вмешательство, проведенное после 1 года жизни. При выявлении ЭСО необходимо проведение консервативного лечения, при отсутствии положительной динамики в течение 4 мес. – решение вопроса о необходимости оперативного лечения в индивидуальном порядке.

Выводы: Осмотр ЛОР-врача и проведение необходимых дополнительных исследований слуха показаны всем детям без исключения после устранения расщелины нёба. Также мы рекомендуем проводить обязательное обследование у ЛОР-специалиста после каждого эпизода ОРВИ, но не реже 2 раз в год.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМОКСИКЛАВА/КЛАВУЛАНАТА И ЛЕВОФЛОКСАЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАЙМОРИТОВ

Бекирова А.С., Якубджанов Д.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Актуальность: В настоящее время острый гайморит является одной из наиболее распространенных форм синусита, занимающей ведущее место в структуре ЛОР-заболеваемости как среди взрослых, так и среди детей. Это заболевание характеризуется воспалением слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, что может приводить к значительному ухудшению качества жизни пациента. В последние годы наблюдается рост числа случаев резистентных форм гайморита, что связано с нерациональным применением антибиотиков и увеличением устойчивости патогенной микрофлоры.

Оптимальный выбор лекарственных средств для терапии острого гайморита остается одной из актуальных задач современной оториноларингологии. Неправильно подобранная терапия, несвоевременное назначение антибактериальных препаратов или их неадекватное применение часто ведут к увеличению сроков лечения, хронизации процесса, а также развитию серьезных осложнений, включая внутричерепные и орбитальные инфекции.

Основными возбудителями острого гайморита являются бактерии, среди которых наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, а также анаэробные микроорганизмы. В последнее время все большее значение приобретают ассоциированные бактериальные и вирусно-бактериальные инфекции, что требует комплексного подхода к терапии.

Антибактериальные препараты являются препаратами первой линии при лечении острого бактериального гайморита. Согласно современным клиническим рекомендациям, эмпирическая терапия должна учитывать локальные данные об антибиотикорезистентности и включать препараты с высокой эффективностью против основных возбудителей. Чаще всего применяются -лактамы: антибиотики (амоксциллин, амоксициллин-клавуланат), цефалоспорины II–III поколений (цефуроксим, цефподоксим, цефдиторен), а также макролиды (кларитромицин, азитромицин) у пациентов с аллергией на пенициллины. В случае высокой резистентности микроорганизмов или тяжелого течения заболевания могут применяться респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин).

Помимо антибактериальной терапии, важное место в лечении острого гайморита занимает симптоматическая и вспомогательная терапия, включающая использование местных деконгестантов, муколитиков, противовоспалительных и антигистаминных препаратов. Физиотерапевтические методы (ультразвуковая терапия, лазеротерапия, промывание носа солевыми растворами) также играют важную роль в ускорении выздоровления и предотвращении осложнений.

Таким образом, своевременная диагностика, рациональный выбор антибактериальных препаратов и комплексный подход к терапии позволяют существенно снизить риск хронизации заболевания и развития опасных осложнений.

Цель исследования: сравнить эффективность препаратов амоксиклава/клавуланата и левофлоксацина при лечении острого гайморита на основании клинического и микробиологического исследований

Материалы и методы исследования: всего было обследовано и проведено лечение 30 пациентам (от 18 до 45 лет) с острым гайморитом. С целью подтверждения диагноза каждому пациенту было произведено эндоскопическое обследование полости носа и околоносовых пазух, а также рентгенография околоносовых пазух. Кроме того, было проведено бактериологическое исследование промывной жидкости из полости носа до и после проведенного лечения с целью идентификации бактериальных культур. Исследование проводилось на базе Национального Медицинского Центра г.Ташкента.

Результаты и обсуждение: В ходе клинического обследования все пациенты предъявляли жалобы на головную боль, болезненность в области верхнечелюстных пазух, заложенность и обильные выделения из носа. Для оценки эффективности действия препаратов все пациенты были поделены на 2 группы по 15 человек. Первая группа принимала амоксиклав/клавуланат (Амоксиклав), вторая группа – левофлоксацин внутрь. По результатам проведенной антибактериальной терапии было отмечено выраженное клиническое и бактериологическое улучшение во всех 30 случаях. Однако в группе пациентов, принимающих Левофлоксацин, полная эрадикация возбудителей наблюдалась на 5-е сутки терапии, в то время как в группе пациентов, принимавших Амоксиклав, несмотря на положительный клинический эффект, полной микробиологической эрадикации не наблюдалось. При лечении Левофлоксацином у 3 пациентов наблюдались легкие побочные явления транзиторного характера (тошнота, головная боль). В группе больных, принимавших Амоксиклав, побочные эффекты наблюдались у 8 пациентов (диарейный синдром, тошнота, рвота, головные боли). У 3 пациентов наблюдалась выраженная крапивница.

Заключение: Антибактериальный препарат Левофлоксацин является эффективным антибиотиком при лечении острого гайморита. По результатам исследования, его клиническая и микробиологическая эффективность составила 100%. Все больные, которым проводилось лечение данным препаратом, отмечали удобство в применении препарата и хорошую переносимость. Таким образом, Левофлоксацин может успешно применяться в оториноларингологии при лечении острых гайморитов как в амбулаторно-поликлинических, так и стационарных условиях.

ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК ЛАРИНГИТ: ДИАГНОСТИКА, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА

Буриева Д.Б.

Термиз иқтисодиёт ва сервис университет
Ўзбекистон

Кириш: Ҳиқилдоқ касалликлари отоларингологийда кенг тарқалган бўлиб, улар орасида сурункали гиперпластик ларингит (СГЛ) муҳим ўрин тутди. Ушбу касаллик, айниқса, касбий хавф гуруҳларида кенг тарқалган бўлиб, маълумотларга кўра, унинг учраш эҳтимоли қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари орасида 8,4-10% ни ташкил этади (Morawski 2024). Жинс нуқтайи назаридан, эркалар аёлларга қараганда кўпроқ зарарланади, уларнинг ўзаро нисбати 2:1 га тенг (Кривопалов А. А. И др. 2021).

СГЛ нинг пайдо бўлиши ва ривожланишига кўплаб ташқи ва ички омиллар таъсир қилади. Улар қуйидагиларни ўз ичига олади: узоқ муддат совуқ ёки иссиқ ҳаводан нафас олиш, чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, ҳаводаги чанг ва кимёвий моддалар таъсири, овоз аппаратининг ортиқча зўриқиши, юқори ва пастки нафас йўллари касалликлари, эндокрин ва ошқозон-ичак тизими бузилишлари. Шуларга қарамай, айти пайтда, даволашда патогенетик механизмлар етарлича ҳисобга олинмагани сабабли терапия самарадорлиги пастлигича қолмоқда (Субботина М. В. 2021).

СГЛ – ҳиқилдоқ шиллиқ қавати гиперплазияси ва тузилиш ўзгаришлари билан характерланадиган патологик жараён бўлиб, малигнизация учунқулаймуҳитяратади. Тадқиқотларга кўра, гиперпластик ларингит барча ЛОР касалликларининг 10% ни ташкил этадиган 5% ҳолларда ҳиқилдоқ саратонига сабаб бўлиши мумкин. Шу сабабли, уни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш муҳим аҳамиятга эга.

СГЛ қуйидаги симптомлар билан намоён бўлиши мумкин: овоз ўзгариши (хириллаш, афония, бўғиқлик), томоқда ёт жисм ҳисси, узоқ давом этадиган, юқумли касалликлар билан боғлиқ бўлмаган йўтал, жисмоний фаолият пайтида нафас қисилиши.

Касалликни ташхислашнинг асосий муаммоси уни морфологик тасдиқлашнинг етишмаслигидир, бу эса самарасиз даволашга олиб келади. СГЛ саратон олди касалликлар қаторига киради ва онкологик хавф даражасига кўра обли-

гат (юқори хавфли) ва факультатив (камроқ хавфли) шакллarga бўлинади. Ҳавфли ўсмаларга айланиш эҳтимоли юқори бўлган шакллар қаторига папилломалар, фибромалар ва дискератозлар киради (Колянич Ж. В. 2019, Wang J., Li J. 2020).

Булардан ташқари ларинго фарингеал рефлюкс (ЛФР) ҳам асосий этиологик факторларга кириб, унда ошқозон шираси ҳиқилдоқ ва ҳалқумга кўтарилиши натижасида юзага келадиган ҳолат бўлиб, овоз аппаратига салбий таъсир кўрсатади (Baqir M. 2021). ЛФР диагностикаси мураккаб бўлиб, видеостробиоскопия, рН мониторинг ва гипофарингеал импеданс таҳлилларини ўз ичига олади. У профессионал овоз фойдаланувчилар учун айниқса жиддий муаммолар келтириб чиқариши мумкин.

ЛФР муҳитида ривожланган СГЛ ни эрта аниқлаш учун замонавий диагностика усуллари қўлланилади. Буларга эндоскопик текширувлар (NBI-эндоскопия, видеостробиоскопия), цитологик таҳлиллар (морфологик тасдиқ) ва акустик ва аэродинамик параметрлар таҳлили (овоз функциясини баҳолаш).

Консерватив даволаш самарасиз бўлганда, гиперплазияланган тўқималарни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ва биопсия ўтказиш тавсия этилади.

Профилактика чоралари. Ҳиқилдоқ касалликларининг олдини олиш учун қуйидаги чораларни кўриш зарур – чекиш ва спиртли ичимликлардан воз кечиш, овоз аппаратини муҳофаза қилиш ва овоз ҳимоя режимига риоя қилиш, ишлаб чиқаришда зарарли моддалар таъсирини камайтириш, хроник яллиғланиш жараёнларини ўз вақтида даволаш ҳамда овоз мутахассислари учун махсус тиббий кузатув.

Хулоса: Ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмалари ва саратон олди касалликларини эрта аниқлаш ва самарали даволаш – замонавий тиббиётда устувор йўналишлардан биридир. Комплекс ёндашув орқали малигнизация хавфини пасайтириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш мумкин.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РИНОСИНУСИТАХ

Вохидов У.Н., Мухамедов Ш.Х., Курбанова С.Ю.

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

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Инфекции ЛОР-органов относят к наиболее распространенным заболеваниям человека. Они имеют важное медицинское и социально-экономическое значение и характеризуются высокой частотой проявления, что связано с ограничением трудоспособности и являются частой причиной госпитализации. Воспалительный процесс в области верхних отделов дыхательных путей развивается при воздействии вирулентного возбудителя и несостоятельности местных и общих защитных ресурсов организма.

Цель исследования: заключается в изучении микробного пейзажа патологического материала при рецидивирующих риносинуситах.

Материал и методы. Было обследовано 58 человек. Материал для бактериологического исследования брали из полости носа с помощью стерильного ватного тампона под контролем передней риноскопии и высевали методом Гоулда на плотные питательные среды – питательный агар с дефибринированной кровью, желточно-солевой агар, среды Эндо и Сабуро.

Результаты: Микрофлора определялась у 94,2% обследованных при рецидивирующих воспалительных заболеваниях полости носа, преимущественно в виде монофлоры ($96 \pm 2,8\%$), микробные ассоциации встречались реже, чем в контрольной группе ($p \leq 0,001$).

Подавляющее большинство микроорганизмов было

представлено грамположительными аэробами ($90,7 \pm 4,2\%$), среди которых лидирующее положение занимали стафилококки (77,3%), стрептококки (22,7%) ($p \leq 0,001$). Самым распространенным при посеве из полости носа у обследованных был представитель нормальной микрофлоры – *Staphylococcus epidermidis* ($70,8 \pm 6,6\%$) ($p \leq 0,01$). Грамотрицательные неспорообразующие бактерии (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* spp.), которые являются факультативными анаэробами, встречались с одинаковой частотой (4,2%) в нетипичной для них среде обитания. У обследованных в 33,3% случаев был представлен монофлорой *Staphylococcus epidermidis* (100%). При исследовании мазка из околоносовых пазух отмечалось превалирование *Streptococcus* spp. Наименьший процент высеваемости наблюдался у *Staphylococcus epidermidis*.

Вывод: У пациентов с рецидивирующими риносинуситами определяется преимущественно грамположительная монофлора, представленная стафилококками (77,3%). Вероятно, такой видовой состав микрофлоры косвенно свидетельствует о снижении физиологических механизмов защиты слизистой оболочки полости носа, что создает предпосылки к развитию здесь вторичных инфекционно-воспалительных изменений.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СВОЕВРЕМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Гизатулина А. М., Хан Т.А., Хайриева М.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент
Узбекистан

Введение: Своевременное обращение за медицинской помощью при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области имеет критическое значение для предотвращения осложнений и сохранения здоровья пациента. Однако ряд психосоциальных факторов может препятствовать своевременному обращению к врачу.

Цель исследования: Определить и проанализировать основные психосоциальные факторы, влияющие на своевременное обращение за медицинской помощью при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования: Для проведения анализа были использованы данные актуальных научных публикаций и статистических исследований, касающихся психосоциальных факторов, влияющих на обращаемость за медицинской помощью при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области. Применены методы системного анализа, сравнительного исследования и статистического моделирования для выявления ключевых закономерностей и факторов, определяющих поведение пациентов.

Полученные результаты: Среди ключевых факторов, влияющих на своевременное обращение пациентов за медицинской помощью при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области, можно выделить:

- Психологические барьеры: страх перед болью, процедурами и возможными осложнениями. 35% пациентов откладывают визит к врачу из-за страха перед болью и процедурами

- Социальные факторы: уровень образования, социальный статус и поддержка со стороны семьи. Люди с низким уровнем образования реже обращаются за медицинской помощью (OR = 1,298 для мужчин и OR = 1,165 для женщин).

- Личный опыт и предубеждения в отношении медицинской помощи: 50% пациентов, имеющих негативный опыт взаимодействия с врачами, откладывают повторные визиты.

- Материальное положение: Неудовлетворенность финансовым состоянием увеличивает вероятность необра-

щения (OR = 1,319 для мужчин и OR = 1,301 для женщин).

- Оценка собственного здоровья: люди, считающие свое здоровье удовлетворительным, реже посещают врача (OR = 3,300 для мужчин и OR = 2,310 для женщин).

Интерпретация коэффициента шансов (OR)

Коэффициент шансов (OR) показывает вероятность возникновения события в группе с воздействием определённого фактора по сравнению с группой без воздействия. Он рассчитывается по формуле:

$$OR = (a*d)/(b*c)$$

Где:

- a – число случаев, когда фактор присутствует и наступает событие.

- b – число случаев, когда фактор присутствует, но событие не наступает.

- c – число случаев, когда фактора нет, но событие наступает.

- d – число случаев, когда фактора нет и событие не наступает.

Если $OR > 1$ – фактор увеличивает вероятность события.

Если $OR = 1$ – фактор не влияет на вероятность события.

Если $OR < 1$ – фактор снижает вероятность события.

Краткое содержание: Понимание и учет психосоциальных факторов, препятствующих своевременному обращению пациентов за медицинской помощью при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области, имеют важное значение для разработки эффективных профилактических стратегий. Выявленные барьеры, включая страх перед медицинскими процедурами, низкий уровень образования, неудовлетворенность материальным положением и негативный личный опыт, требуют целенаправленных мер для их преодоления. Внедрение образовательных программ, улучшение доступа к медицинской информации и повышение доверия к медицинскому персоналу могут способствовать увеличению своевременной обращаемости пациентов и снижению риска развития осложнений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОТИТОВ С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ

Журакулов С.З., Эргашев У.М., Ражабов Д.Б.

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

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) с холестеатомой является одной из наиболее серьезных оториноларингологических патологий, характеризующихся деструктивным поражением среднего уха, высоким риском внутричерепных и внутрикостных осложнений, а также стойким снижением слуха (House J.W., Brackmann D.E., 2020). Несмотря на развитие медицинских технологий, частота рецидивов после хирургического лечения ХГСО с холестеатомой остается высокой и достигает 10-30% в зависимости от метода операции (Marchioni D. et al., 2020). В последние годы активно развивается микроскопическая - эндоскопическая хирургия среднего уха, которая позволяет достичь высокой точности удаления патологических тканей и снизить травматичность вмешательства (Guo K. et al., 2021). Применение микроскопов и эндоскопов в сочетании с микрохирургическими инструментами позволяет минимизировать повреждение здоровых структур и снизить вероятность формирования рецидивирующих холестеатом (Tarabichi M. et al., 2018).

Несмотря на возможности современной техники применяемой в микрохирургии холестеатомы, риск повторного развития процесса и необходимость «second look»

операции остаётся актуальным в отохирургии. Кроме того, послеоперационная полость, которая в большинстве случаев требует применения различных материалов, представляет большие неудобства для слухулучшающей операции- тимпанопластики.

На сегодняшний день в хирургическом лечении холестеатомы мнение ученых расходятся. Определение алгоритма действий в выборе тактике лечения холестеатомы остается до сих пор актуальным. Кроме того, перспективными направлениями в лечении данной патологии являются лазерные технологии, роботизированная хирургия и 3D-навигация, способствующие повышению эффективности хирургических вмешательств (Vincenti V. et al., 2021).

Таким образом, оптимизация хирургического лечения ХГСО с холестеатомой является актуальной задачей современной медицины, требующей комплексного подхода, внедрения инновационных технологий и разработки персонализированных стратегий лечения, направленных на улучшение функциональных и анатомических результатов.

ИЗМЕНЕНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Исмоилов И.И., Шамсиев Д.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Актуальность: На смену чуме и тифу пришли опасные вирусы. COVID-19 оказывает беспрецедентное воздействие на сообщества во всем мире. Изучение патогенеза гнойно-воспалительных заболеваний носа и придаточных пазух невозможно без комплексного анализа различных факторов гомеостаза и прежде всего состояния микроциркуляции, которое в значительной степени зависит от реологических свойств крови.

Последующие исследования выявили новый штамм коронавируса - SARS-CoV-2, который является возбудителем острого инфекционного заболевания Coronavirus disease 2019 (COVID-19). За короткий период времени эпидемия новой коронавирусной инфекции переросла в пандемию, охватившую более 200 стран мира. В новом тысячелетии человечество столкнулось с инфекционными болезнями, о которых никто не знал. Под общим для всех форм движения жидкости законом по мере повышения вязкости среды скорость движения уменьшается, а затраты энергии на ее перемещение увеличиваются. Следовательно, ухудшение реологических свойств крови и микроциркуляция находятся в прямой зависимости. Нарушение микроциркуляции всегда существенно отражается на развитии патологических процессов. Однако функция микроциркуляторной системы нарушается раньше и нормализуется позже, чем клинические проявления болезни.

Материалы и методы исследования: В своих исследованиях мы изучили реологические свойства крови у 55 больных с риносинуситами после коронавирусной инфекции. У больных определялись следующие основные показатели: вязкость крови, коэффициент агрегации эритроцитов, степень деформируемости эритроцитов, средний объем одного эритроцита, гематокрит, фибриноген, морфологические свойства эритроцитов.

Учитывая то, что тяжесть гемореологических расстройств зависит от степени интоксикации и распространенности воспалительного процесса, мы разделили больных на 3 условные группы. В первую вошли больные с острыми риносинуситами. Вторая группа включала пациентов с хроническими риносинуситами. Третью группу составили больные с осложнениями острых и хронических риносинуситов после коронавирусной инфекции.

Сравнение реологических показателей крови больных производили с 20 здоровыми донорами, обследованными при плановой заготовке крови (контроль).

У всех пациентов с риносинуситами после коронавирусной инфекции резко нарушаются реологические свойства крови. Тяжесть нарушений реологических свойств крови зависела не только от вида заболевания, а от его тяжести и степени интоксикации организма. Изменение вязкости крови обнаружено у всех обследованных пациентов. Показатели вязкости крови резко возрастали пропорционально тяжести и распространенности воспалительного процесса и выраженности деструктивных изменений в пораженных органах. Наиболее значительные изменения вязкости крови были обнаружены у пациентов третьей группы.

У всех больных достоверно была обнаружена высокая степень агрегации эритроцитов. Причем, с увеличением тяжести и распространенности гнойно-воспалительных изменений увеличивались количество и размеры эритроцитарных агрегатов (сладж-синдром). Кроме агрегационных свойств эритроцитов в современной гемореологии большое внимание уделяется их эластичности или способности к обратимой деформации. Деформируемость эритроцитов является важнейшим качеством, так как эритроцит способен проходить через капилляры, диаметр которых меньше, чем диаметр эритроцита. В связи с этим увеличение жесткости эритроцитов приводит к возрастанию вязкости крови и нарушению микроциркуляции.

Деформируемость эритроцитов была нарушена во всех клинических группах. Степень нарушения деформируемости возрастала пропорционально тяжести состояния больных и достигала $10,2 \pm 0,169$ (при норме $7,14 \pm 0,054$).

Заключение: Таким образом, анализ проведенных исследований показывает, что одним из основных проявлений нарушения реологических свойств крови при риносинуситах после коронавирусной инфекции является внутрисосудистая агрегация эритроцитов, а также нарушение способности эритроцитов к обратимой деформации. Эти нарушения по мере увеличения тяжести состояния усиливают вязкость цельной крови, что значительно затрудняет ток крови в микрососудах.

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 тонзиллэктомии, 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 тонзиллэктомии 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 диссекции, объем 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 результа-

ты 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 небной миндалины;

Уменьшает объем интраоперационной кровопотери. Не смотря на то, что подсчитывать объем 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 небных миндалин; Снижает до минимума риск ранних и отдаленных 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.

ЎТКИР РИНОСИНУСИТ: КЛИНИК КЕЧИМИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ*Қурбонов Ж.А..**Тиббий ходимлар касбий малакасини ошириш маркази
Ўзбекистон*

Жаҳонда диагностика ва даволаш усуллари мунтазам такомиллаштирилиб борилаётгани, янги дори-дармонлар пайдо бўлаётганига қарамай, ҳозирги вақтда ҳам ўткир риносинуситнинг (ЎРС) узоқ давом этиши, қайталаниши ва сурункали шаклга ўтиши ва даволашга чидамлилиги давом этмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: ўткир риносинусит бўлган беморлар бурун бўшлиғининг микробиологик текширув натижаларини қиёсий баҳолаш ҳисобланади.

Тадқиқот материали ва текшириш усуллари: Тадқиқот доирасида 20 ёшдан 60 ёшгача бўлган ЎИПС билан касалланган 110 нафар беморлар комплекс клиник-инструментал текширувдан ўтказилди. Беморларни текширилган ва даволаш 2018-2021 йилларда Тошкент шаҳар эшители ва нутқни тиклаш ҳамда овоз реабилитация марказида амалга оширилди. ЎИПС билан оғриган беморларни муколитикларни танлаб қўллаш самарадорлигини баҳолаш мақсадида беморларни 2 гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳга ўткир риносинусит бўлган 60 нафар бемор кирди. Солиштирма гуруҳга эса ўткир риносинусит бўлган 50 нафар бемор кирди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси: Асосий гуруҳ беморларининг 56таси (93,3%) умумий ҳолсизликга, 55таси (91,7%) бурундан нафас олиш қийинлиги, 51таси (85%) бурундан ажралма келиши, 47 таси (78,3%) бош оғришига, 41таси (68,3%) бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида оғриққа, 31тасида (51,7%) хид билишни сусайиши, 30тасида (50%) тана ҳарорати ошиши шикоят қилиши қайд этилган. Солиштирма гуруҳ беморларида эса умумий ҳолсизлик 47 (94%), бурундан нафас олиш қийинлиги 45таси (90%), бурундан ажралма келиши 40 (80%), бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида оғриқ 35 (70%), бош оғриши 35 (70%), тана ҳарорати ошиши 26 (52%), хид билишни сусайиши 25(50%) ҳолатда қайд этилган.

ЎИПСли беморларда бурундан келадиган ажралманинг хусусиятларини (миқдори, қуйишқоқлиги ва бошқалар) касалликнинг кечишига таъсири ўрганилди. Бу жараён икки босқичда амалга оширилди. Биринчи босқичда бу беморлар томонидан субъектив баҳолаш асосида амалга оширилди. Олинган натижаларни таҳлил қилиш асосида шкала таклиф этилди ва унда уч хил клиник ҳолат тафовут этилди.

Биринчи (ёрқин намоён бўлган) клиник ҳолат. Бу ҳолатда бурундан ажралма келиши асосий шикоят сифатида баҳоланди. У кўп миқдорда бўлиб, бу беморнинг кун давомидаги барча фаолиятига (ишда, ўқишда, бошқалар билан мулоқат давомида, овқатланиш вақтида ва ҳоказо бурунни хар ½ - 3 соат давомида тозалаб туришни ва/ёки халқумга оқиб тушиши сабабли тупириб туришни тақозо этади), кечки уйқуга кескин салбий таъсир кўрсатади. Экссудатнинг кўп бўлишига қарамай унинг қуйишқоқлиги кам, шунинг учун нисбатан енгил ажралади. У бурундан нафас олишни қийинлашишини давомий ва кўпроқ кечишини таъминлайди ва бошқа шикоятларни яққолроқ намоён бўлишига таъсир кўрсатади.

Иккинчи (аниқ намоён бўлган) клиник ҳолат. Бу ҳолат-

да бурундан ажралма келиши асосий шикоятлардан бири сифатида баҳоланди. Бу ҳолатда ажрама келиши ўрта миқдорда бўлиши, бу беморнинг кундалик фаолиятига (ишда, ўқишда, бошқалар билан мулоқат давомида бурунни хар 3-6 соат давомида тозалаб туришни ва/ёки халқумга оқиб тушиши сабабли тупириб туришни тақозо этади) муайян даражада, кечки уйқуга қисман салбий таъсир кўрсатади. Экссудат қуйишқоқлиги кўп ҳоллада кам, шунинг учун нисбатан енгил ажралади, баъзи ҳолатларда қуйуқроқ бўлиши мумкин ва қийн ажралади. У бурунни тозалангандан кейин ҳам тез вақтда битиб қолишига олиб келувчи омиллардан бири бўлади, бурундан нафас олишни қийинлашишини ва бошқа шикоятларни кўпроқ кўринишда намоён бўлишига таъсир этади.

Учинчи (мўтадил кўринишда намоён бўлган) клиник ҳолат. Бу ҳолатда бурундан ажралма келиши қўшимча шикоятлар қаторидан ўрин олди. Ажрама келиши оз миқдорда бўлишига қарамай унинг қуйишқоқ ҳолати бурун йўллари улардан тозалаб олишда қийинчилик туғдиради, беморнинг кундалик фаолиятига (ишда, ўқишда, бошқалар билан мулоқат давомида бурунни 5 соат ва кўп вақтда тозалаб туришни ва/ёки халқумга оқиб тушиши сабабли тупириб туришни тақозо этади) ва бурундан нафас олиш қийинлашишига қисман салбий таъсир ўтказиши.

Бурундан келадиган ажралманинг хусусиятларини (миқдори, қуйишқоқлиги ва бошқалар), унинг ҳаёт тарзига таъсирини беморлар томонидан субъектив баҳолаш асосида таклиф этилган шкала ҳолатлари бўйича беморларнинг тақсиланиши қуйидаги кўринишда бўлди:

биринчи (ёрқин намоён бўлган) клиник ҳолат – асосий гуруҳда 17 (28,3%), солиштирма гуруҳда 13 (26%);

иккинчи (аниқ намоён бўлган) клиник ҳолат – асосий гуруҳда 32 (53,4%), солиштирма гуруҳда 28 (56%);

учинчи (мўтадил кўринишда намоён бўлган) клиник ҳолат – асосий гуруҳда 11 (18,3%), солиштирма гуруҳда 9 (18%).

Иккинчи босқичда буруннинг эндоскопик текшириши давомида қайд этилган ўзгаришлар ўрганилди ва уларни субъектив кўрсаткичлар асосида таклиф этилган шкаланинг ҳолатлари билан ўзаро мувофиқлиги солиштирилди. Бунинг учун беморни дастлабки кўриги вақтидаги бурундаги ажралманинг миқдори ва физикавий хусусиятларини, бурун йўллари тозалангач, бу кўрсаткичларни иш куни (8 соат) давомида ўзгаришини эндоскопик мониторингини ўтказилди.

Биринчи клиник ҳолат кузатилган асосий гуруҳдаги 13 ва солиштирма гуруҳда 10 беморларнинг барчасида дастлабки эндоскопик кўрик вақтида ўрта, юқори ва умумий бурун йўллари суюқ кўп миқдордаги экссудат билан тўлиб туриши, уни доимий бурунхалқумга оқиб туриши қайд этилди. Бурун йўллари тозалаб турилишига қарамай ўртача ½- 3 соат ичида (ўртача 1,9±0,23 соат) бурун йўллари қайта экссудат билан тўлиб қолиши ва унинг қуюшқоқлиги суюқ ҳолда сақланиши кузатилди.

Бурундан ажралма келишини баҳолашда беморлар то-

монидан субъектив иккинчи клиник ҳолат қайд этилган асосий гуруҳдаги 32, солиштирма гуруҳдаги 28 беморларда дастлабки эндоскопик кўрик вақтида ўрта, юқори ва умумий бурун йўллари ўрта миқдордаги экссудат билан тўлиб туриши, уни ютинганда бурунхалқумга оқиб туриши қайд этилди. Бурун йўллари тозалаб турилишига қарамай ўртача 3 - 6 соат ичида (ўртача $4,7 \pm 0,18$ соат) бурун йўллари экссудат билан тўлиб қолиши кузатилди. Иккинчи клиник ҳолат қайд этилган 60 бемордан (асосий гуруҳдан 32, солиштирма гуруҳдан 28 киши) 41тасида суюқ ва 19тасида ўрта қуюшқоқликдаги экссудат мавжуд эди.

Беморларнинг субъектив баҳоси асосида учинчи клиник ҳолат кузатилган барча беморларда (асосий гуруҳда 11, солиштирма гуруҳда 9 бемор) дастлабки эндоскопик кўрик вақтида ўрта, юқори ва умумий бурун йўлларида оз миқдордаги қуюшқоқ экссудат борлиги, уни фақат тананинг горизонтал ҳолатида ютинганда оз миқдорда бурунхалқумга тушиши қайд этилди. Бурун йўллари тозалангач бурун йўлларида оз миқдордаги қуюшқоқ экссудатни йиғилиши 5 соатдан кейин (ўртача $7,2 \pm 0,11$ соат) тўпланиши кузатилди.

Барча ҳолатлар бўйича бурундан ажралма келишини баҳолашда беморлар томонидан субъектив ва эндоскопик мониторинг усули билан баҳолаш ўртасида тафовут кузатилмади.

Бурундан келадиган ажралманинг хусусиятларини, унинг ҳаёт тарзига таъсирини беморлар томонидан субъектив ва эндоскопия текширишини динамикада ўтказиш орқали икки босқичда баҳолаш асосида таклиф этилган шкала бўйича ҳолатларга бўлиниш қуйидаги кўринишда бўлди:

биринчи (ёրқин намоён бўлган) клиник ҳолат – асосий гуруҳда 17 (28,3%), солиштирма гуруҳда 13 (26%);

иккинчи (аниқ намоён бўлган) ҳолат – асосий гуруҳда 32 (53,4%), солиштирма гуруҳда 28 (56%);

учинчи (мўтадил кўринишда намоён бўлган) ҳолат – асосий гуруҳда 11 (18,3%), солиштирма гуруҳда 9 (18%).

Шундай қилиб, ҳулоса қилиб айтиш мумкинки, таклиф этилган шкаланинг барча уч ҳолат қайд этилган беморларнинг барчасида йиригги экссудатнинг динамик ва кинематик қуйишқоқлиги, нисбий зичлиги дистилланган сувга нисбатан ишонарли юқори бўлиши қайд этилди.

ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ

Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш., Хаитмаматов Х. С., Туробов Х. Т., Улашов К.У.

Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан

Введение: В Узбекистане проблема экссудативного среднего отита находится в центре внимания исследователей, освещены показатели чувствительности тимпанометрии, методы комплексной диагностики и хирургического лечения, изучена эффективность диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при патологии слуха.

До настоящего времени диагностика и лечение ЭСО при новообразованиях носа, околоносовых пазух и носоглотки мало изучены. Не учитывается взаимосвязь между заболеваниями, в частности между воспалительными в слуховой трубе и опухолевыми процессами, их коморбидность. Этим, до некоторой степени объясняется высокая частота врачебных ошибок.

Целью исследования явилось: совершенствование методов диагностики экссудативного среднего отита у больных с доброкачественными новообразованиями носа, околоносовых пазух и носоглотки.

Материалы и методы исследования: Основу научно-исследовательской работы составили результаты обследования и комплексного лечения 103 пациентов с экссудативным средним отитом, которые обратились в отделение оториноларингологии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2021 по 2024 гг., а также 20 практически здоровых людей. В своей работе мы использовали следующие критерии отбора пациентов: клинические симптомы – жалобы на нарушение слуха, шум в ушах, чувство «заложенности» уха, ощущения «переливания жидкости» в ухе; отоскопические данные: мутная, измененная барабанная перепонка – отмечается втянутость или же выпухание, наличие уровня жидкости и наличие пузырей воздуха в барабанной полости; тугоухость по заключению пороговой тональной аудиометрии; патологические типы тимпаногамм (тип В).

Выделены три группы: 55 пациентов с экссудативным средним отитом (ЭСО) при доброкачественных новообразованиях носа (ДНН), околоносовых пазух (ОНП) и носоглотки (НГ) составили I основную группу, 48 пациентов с экссудативным средним отитом при хронических риносинуситах (ХРС) – II группу сравнения, а также 20 практически здоровых лиц составили контрольную группу.

Результаты исследования и их обсуждение: Анализ распределения больных по возрастным категориям показал, что в I группе (ЭСО при ДНН, ОНП и НГ) наибольшее количество пациентов встретилось в подростковом возрасте до 17 лет 34,5%, а также в молодом возрасте 18-44 лет 34,5%, тогда как во II (ЭСО при ХРС) преобладали пациенты молодого возраста 52,1% и среднего 45-59 лет 25%.

В основной группе наблюдалось значительное преобладание пациентов мужского пола 71%, в группе сравнения также отмечалось незначительное преобладание пациентов мужского пола 58%.

При анализе пациентов I группы по гистологическому строению новообразования, наибольшее количество пациентов выявилось с ангиофибромой 53% и папилломами 20%, далее фиброма 13%, гемангиома 9% и кровоточащий полип 5%.

Изучение анамнестических данных показало, что в основной группе на односторонний процесс жаловались 41 (74,5%) пациент, тогда как в группе сравнения отмечался в равной степени как односторонний 26 (54,2%) так и двусторонний 22 (45,8%) процессы. В ходе исследования были выявлены следующие клинические симптомы.

Наибольшее количество пациентов обеих групп жаловались на затруднение носового дыхания в основной группе 54 пациента, что составило 98,1%, в контрольной 46 (95,8%). В основной группе вторым часто встречающимся симптомом явилось ощущение инородного тела 92,7%, тогда как в группе сравнения вторым часто встречающимся симптомом были носовые выделения гнойного и слизистого характера 93,7%. В основной группе также отмечены частые носовые кровотечения 38,1%. Отологические симптомы у пациентов основной группы были выявлены чаще: заложенность в ухе соответственно 50,9%, в группе сравнения 47,9%, нарушение слуха 45,4% и 37,5% соответственно, шум в ухе 41,8% и 31,2%, но симптом ощущения переливания жидкости в ухе в сравнительной группе встретился чаще 33,3%, в сравнении с основной 20,0%, аутофония в основной группе составил 18,1%, а в группе сравнения показатели выше 25%.

В своем исследовании мы обратили внимание на отомикроскопическую картину пациентов с ЭСО при ДНН, ОНП и НГ: на фоне мутной, измененной барабанной перепонки отмечается набухшая сосудистая сеть в расположении, похожем на спицы велосипедного колеса, данная сеть, покрывает по площади 50% и более процентов нижнего отдела перепонки – признак «спицевого колеса».

При анализе отомикроскопической картины каждое ухо оценивалось отдельно: в основной группе из 69 ушей признак «спицевого колеса» обнаружен в 64 случаях, что составило чувствительность - 92,7% (64/69), а в контрольной группе без заболевания, состоящей из 40 ушей в 38 случаях не выявлен исследуемый признак, т.е. специфичность признака 95% (38/40), далее определили диагностическую ценность, которая составила 93,6% (102/109). В группе сравнения из 70 ушей признак «спицевого колеса» отметили только в 16 случаях, что составило 22,8% (16/70) чувствительности, диагностическая ценность оценена в 49% (54/110).

Результаты оценки степени проходимости слуховой трубы. У больных с ДНН, ОНП и НГ II степень проходимости слуховой трубы наблюдалась в 15,9 % случаев, III степень - в 18,8 %, IV степень - в 49,3 %, V степень - в 15,9 %. При ЭСО при ХРС II степень проходимости слуховой трубы регистрировалась у 15,7% пациентов, III степень - у 18,6%, IV степень - у 51,4%, V степень - в 14,3%. Достоверной разницы между частотами выявляемости различных степеней проходимости слуховой трубы у пациентов с доброкачественными новообразованиями и хроническими риносинуситами до лечения не было выявлено.

Согласно общепринятой классификации тугоухости у больных при первичном обследовании отмечалась кондуктивная и смешанная формы тугоухости.

У пациентов с ЭСО при ДНН, ОНП и НГ нарушение слуха наблюдается как кондуктивного 94,2%, так и смешанного типа 5,8%, в отличие от группы ЭСО при ХРС, где встречается только кондуктивный тип тугоухости 100%. Пациенты с ЭСО при ДНН, ОНП и НГ достоверно чаще имеют II степень тугоухости (52,2%), пациенты с ЭСО при ХРС I степень тугоухости (68,6%).

По данным пороговой аудиометрии в группах обследованных больных обращают на себя внимание различия между сравниваемыми группами по воздушной проводимости на всех исследуемых частотах: пороги восприятия звуков по воздуху в среднем на 1,4 раза выше у пациентов с ЭСО на фоне доброкачественных новообразований, что объясняется более выраженными патологическими изме-

нениями. При анализе костной проводимости была отмечена достоверная разница показателей на частоте 500 Гц.

Выводы: При экссудативном среднем отите на фоне доброкачественных новообразований носа, околоносовых пазух и носоглотки наряду с постепенно нарастающими отолгическими симптомами, характеризующимися односторонним нарушением функционального состояния уха 74,5% (нарушение вентиляционной функции слуховой трубы III-IV степени, кондуктивный и смешанный тип тугоухости I-II степени, наличие патологических тимпанограмм типа В), отмечаются носовые симптомы (нарушение носового дыхания, чувство инородного тела, носовые кровотечения). Сочетание данных симптомов может быть критерием онконастороженности.

АУДИОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

*Лутфуллаев Г.У., Лутфуллаева Г.У., Эшкуллов Ж.Б., Мингбоев А.А., Шеркобилов Ж.Ш.
Самаркандский Государственный медицинский университет
Узбекистан*

Введение: Одной из важных проблем современной оториноларингологии в медицинском и социальном аспектах является диагностика и лечение сенсоневральной тугоухости у больных с сахарным диабетом (СД) 1 типа. Тугоухость имеет особое значение, так как патология слуха является причиной нарушения психического и речевого развития ребенка, а также дальнейшей социализации больного. В патогенезе сенсоневральных нарушений, в равной степени, как и при сахарном диабете, основным звеном является нарушение микроциркуляции, гипоксия тканей, дисбаланс окислительно-восстановительных процессов и др. Ишемические процессы могут проявляться на уровне рецептурного аппарата внутреннего уха, проводящих путей, слуховых и вестибулярных ядер продолговатого мозга и корковых структур.

Целью исследования: явилось выявление аудиометрических изменений у больных с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования: Материал для исследования получен в результате обследования и лечения 226 пациентов с сахарным диабетом 1 типа, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении. Функциональное исследование слухового анализатора проводилось на учебной базе кафедры оториноларингологии ФПДО Самаркандского государственного медицинского университета.

В исследовании участвовали пациенты эндокринологического отделения с эпизодами впервые выявленного сахарного диабета 1 типа, так и больные, имеющие стаж СД 1 типа от 1 до 10 лет и более. Больные получали соответствующую основному заболеванию терапию, в анализ исследования включены данные истории болезни стационарного больного.

Поскольку предварительный анализ основных функциональных показателей выявил зависимость от длительности течения СД 1 типа у детей и подростков, то основные группы были выделены по данному критерию: Группа А – впервые выявленный СД 1 типа (72 пациента); Группа В – длительность основного заболевания от 1 года до 5 лет (50 пациентов); Группа С – длительность СД 1 типа от 5 лет до 10 лет (45 пациентов); Группа D – длительность СД 1 типа более 10 лет (59 пациентов).

На начальном этапе исследования жалобы на снижение слуха, шум в голове или ушах, нарушение разборчивости речи с СД 1 типа не были выявлены. Доминирование основной патологии, а именно - полидипсия, жажда, полиурия, слабость и т.д., не позволяло больным акцентироваться на невыраженных проявлениях патологии со стороны других органов. В дальнейшем, анализ ощущений больных и анамнестических сведений, позволил нам предполагать наличие сенсорных нарушений и обосновал необходимость детального исследования слуховой функции.

Более детальное обследование изменений в слуховом анализаторе позволило проанализировать изменения в соответствии с выделенными группами по длительности течения СД 1 типа и возрасту больных. Более информативным на современном этапе является анализ аудиологических показателей, характеризующих не только механизм поражения, но и уровень (центральный или периферический).

Полученные результаты: При анализе аудиологических показателей, отражающих изменения в периферическом отделе слухового анализатора в нашем исследовании наиболее информативными были показатели тональной аудиометрии, выполненной в расширенном диапазоне частот (12-16кГц) рассмотренных в результате контрольных исследований при поступлении и на 7 день терапии основного заболевания. Поскольку данные тональной пороговой аудиометрии имеют некоторые возрастные аспекты, можно проследить определенную тенденцию динамики, особенно проявляющуюся в диапазоне высоких частот на начальном этапе и при достижении определенных положительных данных по коррекции уровня глюкозы крови, т.е. нормализации как общего состояния, так и достижения определенных результатов основного заболевания.

Хотя полученные данные тональной аудиометрии (ТА), выглядят более негативно, мы не склонны связывать данный факт с возрастом. Поскольку в эту группу вошли больные с СД 1 типа, имеющие больший стаж по основному заболеванию, то вполне закономерно данный факт рассматривать в преломлении к длительности заболевания и наличию выраженности имеющихся осложнений в виде полинейропатии.

По данным тональной аудиометрии отличия с группой контроля наблюдались во всех исследованных группах СД 1 типа. Обращает на себя внимание наличие отличий у А группы с впервые выявленным СД 1 типа с контрольной группой даже на частотах 0,5Гц, 1 кГц, 2 кГц, 4кГц и на высоких частотах. В группе с длительностью СД от 1 года до 5 лет статистически значимые отличия наблюдаются на частотах 0,5Гц, 1 кГц, 8-16 кГц. А так же имеет место межгрупповые отличия с группой D на частотах 16 кГц. Группы С и D в исследовании продемонстрировала отличия аналогичные группе В с небольшой разницей только по частотам в 10 и 12 кГц.

Заключение: Таким образом, в результате проведенного исследования периферического отдела слухового анализатора с сахарным диабетом 1 типа выявлено наличие взаимосвязи длительности наличия основного заболевания и возраста больных. При этом, исследования порогов восприятия в зоне высоких частот (10-16 кГц) является наиболее информативным на раннем этапе формирования нарушений в слуховом анализаторе у данной категории пациентов.

ПОЛИПОЗ ЭТМОИДИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАНЛАРНИ ДАВОЛАШДА МАҲАЛЛИЙ ИММУНОМОДУЛЯТОРЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Лутфуллаев Ф.У., Сафарова Н.И., Мирзаев Э. М., Эгамназаров Н. С., Қўчқоров Ж. Б.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Ўзбекистон

Ишнинг долзарблиги: Полипоз этмоидит (ПЭ) частота-си барқарор ўсиб бормоқда, у турли мамлакатлар аҳоли-сининг 10-42 фоизда ташхис қилинади. Эпидемиологик тадқиқотларга кўра, ПЭ фақат болалар популяциясида 10-15% ни ташкил қилади.

ПЭ нормал гомеостазнинг ўзгаришига олиб келадиган кўплаб сабаблар орасида эндоген интоксикация (ЭИ) аҳамиятлидир. Ушбу ўзгаришлар натижасида нормал метаболизмнинг оралиқ ва якуний маҳсулотлари, бириктирувчи тўқима метаболизмнинг парчаланиш маҳсулотлари, унинг нормал тузилмалари дегидрадациясининг таркибий қисмлари, шунингдек токсик таъсирга эга бўлган ва турли органлар ва тизимларнинг дисфункциясини келтириб чиқарадиган бактериал чиқиндилар ва антигенлар муҳим роль ўйнайди.

Илмий адабиётларда ПЭ диагностикаси ва давоси бўйича кўплаб ишлар келтирилган. Бироқ, ПЭ ривожланишида иммунитет ҳолатининг бузилиши ва организмнинг ЭИ олиб келадиган липидларнинг пероксидли оксидланиши (ЛПО) муҳимлигини ҳисобга олиб, диагностика меъзонлари ва илмий асосланган даволаш усуллари ишлаб чиқиш зарурати юзага келди. Чунки, полиплар келиб чиқишида ЭИ хавф туғдирмасада, лекин ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради.

Полипоз этмоидитни даволаш учун маҳаллий иммуно-модуляторлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ, аммо ЭИ ҳолати етарлича ўрганилмаган. Биз интраназал усулда ишлатиладиган Риалтрис (мометазона фуората + олопатадин гидрохлорид) препаратини танладик ва уни болаларда қўллаш мумкинлиги ҳам муҳимдир.

Тадқиқот мақсади: топик стероид Риалтриснинг ПЭ билан хасталанган беморларда ЭИ кўрсаткичларига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Тадқиқот 2022-2024 йй СамДТУ кўп тармокли клиникаси ЛОР бўлимида 10 ёшдан 65 ёшгача бўлган 24 нафар беморни, шунингдек биокимевий кўрсаткичларни таққослаш мақсадида 10 нафар

деярли соғлом одамларни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Барча беморлар Ўзбекистонлин, 15 таси қишлоқ ва 9 таси шаҳар аҳолиси.

ПЭ нинг асосий клиник симптомлари бурундан шиллиқли ва баъзида шиллиқ-йирингли ажралма келиши, бурун битиши, бош оғриғи ва ҳид билишнинг бузилиши эди. Кўпинча бу жараёнда евстахий найи ҳам иштирок этиб, бу эса қулоқларнинг битиб қолиши, эшитиш пасайишига олиб келган.

Риалтрис препарати операциядан кейинги даврда 4 ҳафта давомида бурунга 12 ешгача болаларда 1 дозадан, катталарга 2 дозадан кунига 2 марта ишлатилган.

Даволашдан олдин ва кейин биокимевий қон таҳлили ўтказилди. Эндоген интоксикация жараёнларини баҳолаш учун биз тўлқин узунлиги 254 ва 280 нм ўрта массали молекулалар (ЎММ), малон диалдегиди (МДА), каталаза фаоллиги (КФ), шунингдек МДА/КФ га нисбатидан фойдаландик.

Натижалар: Тадқиқот давомида Риалтрис терапияси фонида барча беморларда ижобий клиник таъсирга эришилганлик аниқланди.

Риалтрис препаратининг тизимли салбий таъсири қайд этилмади. Самарадорлиги даволашнинг биринчи кунлариданоқ ўзини намоён қилди ва кейинги ҳафталарда ортди.

Риалтрис таъсирида МДА таркиби 42,6% га камайди, каталаза фаоллиги 60,0% га ошди, МДА/КФ нисбати 80,4% га камайди, ЎММ254 ва ЎММ280 концентрацияси мос равишда 45, 0 ва 35,5% га камайди бу ўзгаришлар уларни соғлом гурӯҳ кўрсаткичларига сезиларли даражада яқинлаштирди.

Хулоса: Шундай қилиб, ПЭ билан оғриган беморларни комплекс даволашда Риалтрисдан самарадор фойдаланиш клиник белгиларнинг ижобий ўзгаришларида намоён бўлиб, биокимевий тадқиқотлар мисолида ЭИ кўрсаткичларининг назорат кўрсаткичларига максимал яқинлашиши кузатилди ва шубҳасиз, ушбу усул амалий оториноларингологияда фойдаланиш учун тавсия этилиши мумкин.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

*Лутфуллаев Г.У., Сафарова Н.И., Умриллоев Л.Г., Жалолов С. М., Юнусова М.Х.
Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан*

Введение: Частота доброкачественных новообразований полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП) в последнее время увеличивается и составляет 8-10% всех новообразований головы и шеи. Эти опухоли имеют тенденцию диагностироваться поздно, так как они часто принимаются за другие, чаще воспалительные заболевания. Сосудистые опухоли ЛОР-органов занимают первое место среди всех доброкачественных новообразований данной области. Они чаще всего поражают слизистую оболочку полости носа (78%).

Гемангиомы, являясь наиболее часто встречающимися сосудистыми опухолями, имеют особенность поражать не только слизистую оболочку носа, но и другие ткани околоносовых пазух. Часто они встречаются у женщин, что может указывать на роль половых гормонов в патогенезе этих опухолей. Международная гистологическая классификация ВОЗ выделяет несколько видов гемангиом: капиллярные, кавернозные и венозные. Эти опухоли различаются по своему внешнему виду и степени тяжести, а также по реакции на терапевтические методы.

Цель исследования: – раннее выявление и оптимизация хирургического лечения гемангиом полости носа и ОНП

Материалы и методы исследования. Диагностика гемангиом ПН и ОНП основывается на тщательной клинической оценке и комплексных диагностических процедурах. Для более точной диагностики, кроме сбора анамнеза, осмотра, пальпации, передней и задней риноскопии, оротофарингоскопии, применяются современные методы визуализации, такие как рентгенография, фиброскопия, термография, ангиография, радионуклидное сканирование, а также компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Все эти методы значительно повышают точность диагностики, помогая специалистам определить стадию заболевания и подходящий план лечения.

Гистологическое исследование является окончательной стадией диагностики гемангиомы, но из-за высокого риска кровотечений биопсия часто не выполняется на ранних стадиях заболевания. В таких случаях окончательная гистологическая картина устанавливается после хирургического вмешательства.

Результаты: Гемангиомы ПН и ОНП обычно проявляются слабо выраженными симптомами на ранних стадиях. Первичные признаки связаны с нарушением основных функций носа и околоносовых пазух, такими как затруднение дыхания, носовые кровотечения и иногда болезненность. Однако кровотечения возникают значительно позже, чем нарушения функций органа. Цвет опухоли и ее контуры могут быть полезны для предварительной диагностики: капиллярные гемангиомы часто имеют светло-красный цвет с четкими контурами, в то время как кавернозные и венозные гемангиомы имеют более темные оттенки синего цвета и нечеткие контуры.

Основным методом лечения гемангиом ПН и ОНП на сегодняшний день остается хирургический. Однако операционные вмешательства могут быть опасны из-за высокого риска интенсивных кровотечений, и поэтому применяется новый подход, включающий фотодинамическую терапию (ФДТ), которая представляет собой инновационный метод лечения, при котором пациентам вводят фотосенсибилизаторы, повышающие чувствительность опухолевых тканей к свету. Это позволяет избирательно воздействовать на опухоль, минимизируя повреждения окружающих тканей. Несмотря на свою эффективность, фотодинамическая терапия имеет ограничения, такие как повышенная чувствительность кожи к солнечному свету, что требует соблюдения строгого светового режима после процедуры.

Заключение: Лечение гемангиом ПН и ОНП представляет собой комплексную задачу, которая требует системного подхода и применения различных методов, направленных на снижение рецидивов и осложнений заболевания. Хирургическое вмешательство остается основным методом лечения, однако активное развитие консервативных методов, таких как криодеструкция, лазерная терапия и фотодинамическая терапия, открывает новые перспективы для лечения этих опухолей. Несмотря на достижения в области диагностики и терапии, дальнейшая разработка и совершенствование методов остается актуальной задачей современной ринологии.

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ УША В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ — АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА, ТРЕБУЮЩАЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НА ФОНЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ

Лутфуллаев Г.У., Хамраев Ф.Х., Ньматов У.С., Шаймарданов О.И.
Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан

Грибковые заболевания уха (отомикоз): являются одной из распространенных патологий, встречающихся среди населения Самаркандской области. Данная проблема приобретает особую значимость в контексте климатических особенностей региона, таких как жаркий и сухой климат, а также высокая запыленность воздуха, что создает благоприятные условия для развития грибковых инфекций. Кроме того, недостаточная осведомленность населения о методах профилактики и своевременного обращения за медицинской помощью приводит к усугублению состояния пациентов и развитию осложнений.

В ходе исследований: было установлено, что основными возбудителями отомикоза в регионе являются плесневые грибы рода *Aspergillus* и дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Эти микроорганизмы могут поражать наружный слуховой проход, вызывая зуд, боль, шум в ушах и снижение слуха. При отсутствии адекватного лечения возможны переход заболевания в хроническую форму и развитие вторичных бактериальных инфекций.

Одной из ключевых причин высокой распространенности грибковых заболеваний уха является несоблюдение правил личной гигиены, использование загрязненных предметов (например, наушников или ватных палочек), а также самолечение антибиотиками без назначения врача. Местное население часто предпочитает применять народные методы лечения, что лишь усугубляет течение болезни. Это подчеркивает необходимость проведения просветительских кампаний, направленных на повышение осведомленности о важности своевременного обращения за медицинской помощью.

С другой стороны, современные методы диагностики и лечения грибковых заболеваний уха в Самаркандской области требуют дальнейшего совершенствования. В частности, необходимо внедрение более точных микро-

биологических методов исследования, таких как посев на питательные среды и микроскопия, а также обучение медицинского персонала работе с современным оборудованием. Это позволит повысить эффективность диагностики и назначать целенаправленную противогрибковую терапию, минимизируя риск рецидивов.

Для решения данной проблемы предлагается реализация следующих мероприятий:

Проведение массовых образовательных программ: Информирование населения о методах профилактики грибковых заболеваний уха, таких как соблюдение гигиены, отказ от использования загрязненных предметов и своевременное обращение к врачу.

Модернизация диагностической базы медицинских учреждений: Оснащение лабораторий современным оборудованием для точной идентификации возбудителей и определения их чувствительности к противогрибковым препаратам.

Обучение медицинских работников: Повышение квалификации врачей-оториноларингологов и семейных врачей в области диагностики и лечения отомикоза.

Разработка региональных рекомендаций: Создание стандартов оказания медицинской помощи при грибковых заболеваниях уха с учетом специфики Самаркандской области.

Таким образом, грибковые заболевания уха в Самаркандской области представляют собой серьезную медико-социальную проблему, решение которой требует объединения усилий медицинских специалистов, государственных органов и общественности. Только комплексный подход, включающий профилактику, современную диагностику и эффективное лечение, позволит снизить распространенность данной патологии и улучшить качество жизни населения региона.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ*Мадаминова Н.Э.**Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан*

Введение: Хронический риносинусит (ХРС) у детей является значимой проблемой здравоохранения, которая негативно влияет на качество жизни и общее состояние здоровья пациентов. Заболевание характеризуется длительным воспалением слизистой оболочки носа и пазух, что приводит к дыхательным нарушениям, снижению иммунитета и повышению риска осложнений. В данной работе представлено исследование, направленное на сравнительную оценку эффективности различных методов лечения ХРС у детей.

Цель исследования: Оценить и сравнить эффективность традиционных и современных методов лечения хронического риносинусита у детей, с целью выявления наиболее результативных стратегий терапии.

Материалы и методы исследования: Исследование включает анализ общеклинических, лабораторных, бактериологических и иммунологических данных пациентов, страдающих ХРС. В исследовании использованы методы молекулярно-генетического анализа и статистической обработки данных для выявления ключевых факторов, влияющих на эффективность лечения.

Результаты: Анализ данных показал, что использование традиционных методов лечения, таких как антибактериальная терапия и противовоспалительные препараты, имеет ограниченную эффективность при ХРС. Современные методы, включая фитопрепараты (Синупрет, BNO 1016), топические глюкокортикостероиды (флутиказона фураат) и пробиотики, продемонстрировали высокую эффективность в улучшении клинических показателей и качестве жизни пациентов. Применение комплексной терапии, учитывающей индивидуальные особенности пациента и состояние микробиома носовой полости, позволило достичь значимых улучшений в лечении ХРС.

Выводы: Проведенное исследование подтвердило, что комплексный подход к лечению хронического риносинусита у детей, включающий современные методы терапии и персонализированные стратегии, значительно повышает эффективность лечения. Выявленные клинико-лабораторные и иммунологические маркеры позволяют прогнозировать развитие хронического риносинусита и разрабатывать эффективные стратегии реабилитации.

ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЕ АБСЦЕССЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Маматова Т.Ш., Артикова Д.Т.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Ўзбекистон

Введение: Воспаление паратонзиллярной клетчатки паратонзиллит или паратонзиллярный абсцесс является наиболее частым из местных осложнений острого тонзиллита, рецидива или обострения хронического тонзиллита. Путь проникновения инфекции в парафарингиальную клетчатку в основном тонзиллогенный, т.е. через рыхлую миндаликовую ткань, и тонкую капсулу миндалин. Возможен гематогенный и лимфогенный путь заноса инфекции. Воспаление паратонзиллярной клетчатки, как правило, развивается с одной стороны, но бывает и двухсторонним. По месту локализации воспалительного процесса различают переднее верхний и нижний, задний, наружный паратонзиллит или паратонзиллярный абсцесс.

Паратонзиллярный абсцесс – это гнойное расплавление паратонзиллярной клетчатки. По данным литературных источников эта патология глотки страдают преимущественно дети старшего возраста и взрослые. В доступной литературе имеются единичные сообщения о паратонзиллярном абсцессе у детей раннего возраста.

Цель исследования: Определить частоту встречаемости у детей по данным ЛОР-отделения второй городской детской хирургической больницы.

Материал и методы исследования: В ЛОР отделение второй городской детской хирургической больницы в период с 2021 г по 2024 г было 179 обращений по линии экстренной помощи с паратонзиллярным абсцессом в возрасте дети от 7 месяцев до 10 лет. Из них один ребенок семимесячный, двое - полугодовалые, один - 4 лет-

ний. У большинства больных процесс обнаружен с одной стороны, и только у 2 - был двухсторонним и переднее - верхним. У 11 больных паратонзиллярный абсцесс был заднего расположения. Из анамнеза у 160 больных паратонзиллярный абсцесс развивался после перенесенной ангины, 7-10 дней назад, а у детей раннего возраста анамнез был не ясен.

Результаты исследования и их обсуждения: Всем больным после обследования и подтверждения диагноза - произведена пункция паратонзиллярного пространства, получен гной. 168 больным паратонзиллярный абсцесс вскрыт супратонзиллярно, а 11 больным с задним расположением вскрытие абсцесса производилось ближе к задней дужке. В последующие дни при необходимости производили расширение абсцессной полости с дренированием гноя. Одновременно назначали системные антибиотики, общеукрепляющую терапию на фоне иммунокоррекции. В случаях повторных паратонзиллярных абсцессов 5 больным произведена «горячая» тонзилэктомия (абсцесс тонзилэктомия). Остальным больным рекомендовали «холодную» тонзилэктомию в поздние сроки.

Выводы: Таким образом, несмотря на распространенность этого заболевания, чрезвычайно редко случаи паратонзиллярного абсцесса реативности в раннем детском возрасте. По нашему мнению это связано со снижением общей реактивности организма ребенка, не долечиванием ангины и хронического тонзиллита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОТУЛОТОКСИНА В ЛЕЧЕНИИ СПАЗМАТИЧЕСКОЙ ДИСФОНИИ*Махамадаминова Ш.А.¹, Хуснитдинов Р.А.²**¹Ташкентская медицинская академия**²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи*

Гранулема гортани — это доброкачественное новообразование, располагающееся на голосовых отростках черпаловидных хрящей с одной или двух сторон. Этиология гранулем гортани является многофакторной и изучена не полностью. Целью нашей работы являлось выявление предикторов рецидивирования гранулемы гортани после хирургического лечения. Проведен анализ историй болезни 19 пациентов (15 мужчин и 4 женщин) с указанным диагнозом. Пациентам проводилось комплексное лечение — лазерное микрохирургическое удаление новообразования и длительная консервативная терапия. Срок наблюдения больных после хирургического лечения составил 4 года. В 4 случаях возник рецидив в сроки до 6 мес. Количество операций варьировало от 1 до 3, средний интервал между вмешательствами составил 3 мес. Проанализированы факторы развития и рецидивирования гранулемы гортани, такие как голосовая нагрузка, курение, наличие очагов инфекции, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). По нашим данным, к значимым предикторам рецидива заболевания можно отнести не только избыточную голосовую нагрузку и ГЭРБ, но и наличие очагов инфекции в небных миндалинах и курение.

Введение: Гранулема гортани — это доброкачественное новообразование, располагающееся на голосовых отростках черпаловидных хрящей с одной или двух сторон. Этиология гранулем гортани многофакторная. Причинами заболевания могут быть продленная или травматичная интубация (23%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), приводящая к хроническому кашлю (30%), избыточная голосовая нагрузка (33%). В систематическом обзоре, опубликованном в 2018 г. и включающем исследование с 1999 г., приведено 6 работ, посвященных данной нозологии, количество пациентов варьировало от 5 до 34, не во всех статьях рассматривается этиология заболевания, однако наиболее частым предиктором данной патологии считается ГЭРБ. В экспериментальной работе R. Shimazu et al. 2 группам подопытных животных была нанесена механическая травма гортани — интубация, в одной из групп дополнительно рассечен пилорический сфинктер — смоделирован кислотный рефлюкс. При сравнении было доказано влияние как рефлюкса, так и факта интубации на формирование гранулемы гортани. Кашель, форсированные голосовые нагрузки могут привести к травме слизистой в области голосового отростка черпаловидного хряща. Травма слизистой оболочки в сочетании с попаданием рефлюксата на раневую поверхность может быть причиной формирования гранулемы.

Существуют следующие варианты лечения гранулемы гортани: голосовой покой, антирефлюксная терапия, инъекция ботулотоксина в мышцы гортани для уменьшения силы соприкосновения голосовых отростков при кашле и разговоре, инъекции глюкокортикостероидов (ГКС) в голосовой отросток черпала. При неэффективности консервативной терапии применяют хирургическое удаление гранулемы с последующим введением ГКС, аппликацией

митомицина. Единой тактики лечения неспецифических гранулем гортани на данный момент нет. В России применение митомицина и инъекций ботулотоксина при доброкачественных новообразованиях гортани не сертифицировано. Оперативное лечение показано не только при неэффективности консервативной терапии, но и при больших размерах гранулемы, когда появляется риск нарушения дыхательной функции или при подозрении на онкологический процесс.

Неспецифические гранулемы гортани нередко рецидивируют, причины рецидивирования пока не ясны.

Одной из основных задач лечения является предупреждение рецидивирования заболевания, для этого необходимо полное понимание факторов, влияющих на процесс заживления после хирургического лечения.

В нашей работе мы постарались учесть и проанализировать влияние не только механической травмы или ГЭРБ, но и других предикторов рецидивирования гранулемы гортани.

Собственные результаты: Проведен анализ историй болезни пациентов с диагнозом «неспецифическая гранулема гортани». Период от момента появления жалоб до проведения лечения в среднем составил 6 мес. При наличии в анамнезе пациента указания на интубацию гранулема расценивалась как постинтубационная. Проанализированы следующие предполагаемые факторы риска рецидивирования: индекс массы тела (ИМТ), курение (данный параметр считался положительным при длительности стажа курения более 5 лет, также фиксировалось, продолжал ли пациент курить после оперативного вмешательства), повышенная голосовая нагрузка (критерий учитывался не только в том случае, если пациент имеет голосо-речевую профессию, но и при наличии голосовых нагрузок в быту, например у матери 4 детей, постоянном чтении вслух и т. п.), наличие хронических очагов инфекции (тонзиллит, синусит, очаги инфекции в зубочелюстной системе), ларинго-фарингеальный рефлюкс (согласно эндоскопической классификации Коуфмана). Все пациенты получали комбинированное лечение. В периоперационном периоде — антирефлюксная терапия (ингибиторы протонной помпы) и системная антибактериальная терапия (цефтриаксон 1,0 г внутримышечно 2 р./сут 7 дней). Удаление новообразования проводилось в условиях общей анестезии, высокочастотной струйной вентилиции легких, при прямой микроларингоскопии по Kleinsasser с помощью полупроводникового лазера (длина волны — 980 нм в постоянном режиме, мощность — 7 Вт). В область дна раневой поверхности выполнялась инъекция пролонгированного ГКС, и вся послеоперационная поверхность обрабатывалась тканевым латексным клеем. В послеоперационном периоде назначали голосовой покой сроком на 7 дней. После выписки из стационара (на 7-й день после операции) пациенты приглашались для амбулаторного наблюдения через 2, 3 нед., 1, 2, 3, 6 мес. после вмешательства или при первом появлении жалоб у пациента со

стороны гортани.

Под нашим наблюдением находились 19 пациентов: 15 мужчин и 4 женщины. Возраст пациентов — от 35 до 65 лет. Гранулема располагалась на голосовом отростке черпаловидного хряща в большинстве случаев, у 1 пациента — в области передней комиссуры гортани, в 2 случаях наблюдалось симметричное расположение гранулем на обоих голосовых отростках. По данным анамнеза, у 6 пациентов (32%) есть указания на предшествующую интубацию. При анализе ИМТ данные распределились следующим образом: избыточная масса тела — у 2 пациентов (11%), нормальная — у 14 (73%), сниженная — у 3 (16%). Курильщиками среди выборки пациентов являлись 8 человек (42%), среди них продолжали курить и после оперативного лечения 3 человека. Имели повышенную голосовую нагрузку 7 пациентов (37%). У 3 пациентов (16%) не было очагов хронической инфекции, среди других пациентов наблюдалось следующее распределение: хронический тонзиллит — у 6 (32%), хронический синусит — у 3 (15%), очаги инфекции зубочелюстной системы — у 4 (21%).

Рецидив заболевания после операций в других клиниках наблюдался у 4 пациентов (21% случаев), повторный рецидив — у 2 из них. 13 пациентов — первичные. После операций, проведенных в нашей клинике, рецидив возник в 4 случаях в сроки от 3 до 38 мес.

У всех пациентов с рецидивом гранулемы гортани выявлены ГЭРБ, хронические очаги инфекции. Нормальная масса тела была у 3 пациентов, у 1 — пониженная. Пациент с 2 рецидивами гранулемы гортани в анамнезе не имел повышенной голосовой нагрузки и не являлся курильщиком. У пациента с 3-м рецидивом заболевания гранулема располагалась с 2 сторон изначально, рецидив отмечался только слева, пациент продолжал курить на протяжении всего периода лечения и имел повышенную голосовую

нагрузку. У 1 пациента с рецидивом гранулемы гортани, помимо большой голосовой нагрузки, выявлен глубокий невроз. Оказалось, что все пациенты примерно за 1 мес. до появления первых признаков рецидива заболевания стали нарушать правила антирефлюксной терапии (в первую очередь — приподнятое положение корпуса во время сна). Регресс новообразования на фоне консервативной терапии (антибиотики, антирефлюксная терапия, голосовой покой) наблюдался в 3 случаях, вероятно, это связано с ранними сроками выявления рецидива. В 1 случае пациенту потребовалась повторная операция.

Выводы: Таким образом, консервативное лечение в послеоперационном периоде, включающее голосовой покой, отказ от курения, системную антибактериальную, ингаляционную, антирефлюксную терапию (ингибиторы протонной помпы, антациды, изменение стереотипов питания, позиционная терапия), эффективно при профилактике рецидива гранулем гортани и может приводить к регрессу новообразования на ранних стадиях выявленного рецидива. Основными факторами, влияющими на длительность ремиссии, являются стереотипы жизни пациента: режим и рацион питания, соблюдение рекомендации относительно необходимости приподнятого положения корпуса во время сна, отказ от курения. При неэффективности терапии показано хирургическое лечение в объеме удаления новообразования с гистологической верификацией диагноза.

АНАЛИЗ СВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ СЫВОРОТОЧНОГО БИОМАРКЕРА ПРЕСТИНА И ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Миразизова Д.Р., Махкамova Н.Э.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан*

Введение: Не существует рутинного сывороточного биомаркера для диагностики сенсоневральной тугоухости (СНТ). Специфический для внутреннего уха белок, престин, может быть измерен как сывороточный биохимический маркер для диагностики СНТ. Настоящее исследование впервые изучает связь между уровнями престина в сыворотке и СНТ среди пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью (ОСНТ) после перенесенной коронавирусной инфекции.

Цель исследования: изучить связь между уровнем престина в сыворотке и сенсоневральной тугоухостью у пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью после перенесенной коронавирусной инфекции

Материалы и методы: В этом исследовании случай-контроль было исследовано 96 образцов в четырех группах, включая две контрольные и две группы ОСНТ в возрасте 20-50 и ≥ 50 лет с различной степенью тяжести ОСНТ. Концентрация престина в плазме измерялась с помощью набора Human Prestin (SLC26A5) ELISA.

Результаты: Группы с ОСНТ имели более высокие

уровни престина (среднее = 582,29, стандартное отклонение (СО) = 71,24) по сравнению с контрольными группами (среднее = 322,50, СО = 57,1) ($P < 0,001$). Результаты мультиномиальной логистической регрессии связи между уровнем престина и ОСНТ оставались значимыми после контроля промежуточных переменных ($P < 0,001$ и отношений шансов (ОШ) = 1,017 и 95% доверительный интервал (ДИ) ОШ: 1,01-1,024). Результаты модели порядковой логистической регрессии показали, что уровень престина был значительно связан со степенью СНТ ($P < 0,001$ и ОШ = 1,009 и 95% ДИ и ОШ: 1,005-1,013), так что вероятность степень СНТ увеличивалась с ростом уровней престина. Лучшей точкой отсечения для группы 20-50 лет было содержание престина 532,5 пг/мл (чувствительность: 75%, специфичность: 70,05%), тогда как для группы ≥ 50 оно составило 530 пг/мл (чувствительность: 84,1%, специфичность: 68,2%).

Выводы: Результаты настоящего исследования показали, что престин действует как ценный биомаркер ОСНТ.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Муминов С.Х., Амонов Ш.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Узбекистан

Вазомоторный ринит является одной из актуальных проблем в оториноларингологии и одним из самых распространенных ЛОР-заболеваний, которому подвержены люди всех возрастных групп. Вазомоторный ринит также распространен среди лиц, страдающих эндокринной патологией. 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.

Цель данного обзора: является изучения актуальных вопросов комплексной диагностики вазомоторного ринита у больных с тиреотоксикозом.

Материал обзора: составил научные публикации за последние 10 лет, опубликованных в международных базах E-library, Scopus и Web of Science.

Результаты: Из литературных источников известно, что При дисфункции ЩЖ наблюдается ряд существенных отклонений от физиологической нормы со стороны ЛОР-органов, что свидетельствует о влиянии гормонов щитовидной железы на функциональное состояние ВДП.

При тиреопатиях хроническое воспаление небных и глоточных миндалин диагностируется у 51-64,8% больных. Характерными жалобами больных с дисфункцией щитовидной железы являются сухость и ощущение комка в горле, затруднение при глотании. Такие изменения могут маскировать проявления хронического тонзиллита, которые на фоне гипотиреоза имеют тенденцию к латентному течению.

Одним из ранних симптомов гипотиреоза может быть изменение голоса. Выявили у 25 % больных гипотиреозом утолщение голосовых складок и у 4,5% - отечность их. Ряд авторов полагают, что слабость, утомляемость и изменение голоса при гипотиреозе являются следствием мукоидной инфильтрации и отека голосовых складок. Обследовав несколько тысяч больных эндемическим зобом, с гипотиреозом пришел к выводу, что самым ранним симптомом гипотиреоза являются кохлеовестибулярные нарушения. Лабиринтные нарушения у больных гипотиреозом объяснил гидропсом лабиринта и предложил в качестве лечебных мер назначать гормоны щитовидной железы.

Связь зоба с врожденной тугоухостью и глухотой также была исследована. По данным снижение слуха при гипотиреозе развивается вследствие отека слуховых труб и нервных элементов внутреннего уха, а также из-за корковых нарушений. По мнению других авторов, причиной нарушения слуха при гипотиреозе являются изменения преимущественно в спиральном органе, слуховом нерве. При экспериментальном гипотиреозе констатированы эндолимфатическая гипертензия, гиперплазия слизистой оболочки среднего уха и нарушение проходимости слуховых труб. Длительно текущие заболевания ЛОР-органов и их частое обострение усиливают клинические проявления гипотиреоза.

Вопрос влияния дисфункции ЩЖ на аллергические болезни изучен недостаточно, и многие авторы приводят отдельные клинические наблюдения без их систематизации и объяснения взаимосвязи. Наблюдали частое сочетание гипотиреоза и хронической крапивницы, а также признают крапивницу типичным проявлением тиреотоксикоза, которая наблюдается более, чем у 10% больных.

Сравнительная оценка эффективности антиаллергической и тиреотропной терапий при сочетании гипотиреоза с рецидивирующей крапивницей и кожным зудом, показала, что лечение антигистаминами мало влияло на кожные симптомы, а заместительная гормонотерапия приводила к заметному улучшению состояния больного.

Многие авторы описывают клинические наблюдения больных с ухудшением течения БА после присоединения гипертиреоза пишут о впервые возникшей БА на фоне тиреотоксикоза. Исследованиями последних десятилетий выявлено наличие дисфункции ЩЖ более, чем у половины больных БА, что позволило усомниться во мнении о случайном сочетании этих состояний. Также описывают признаки функциональных нарушений ЩЖ у детей с атопическим дерматитом.

У детей с разными проявлениями дерматита в сочетании с дисфункцией ЩЖ отмечались более глубокие иммунные нарушения, которые труднее поддавались лечению, и клиническая ремиссия процесса наступала у них позднее, чем у детей с неизменной функцией ЩЖ.

Старшее поколение оториноларингологов считали, что при различных вариантах тиреопатии, со стороны слизистой оболочки полости носа выявляются такие изменения, как покраснение, отечность, бледность, сухость. По данным группы авторов у больных вазомоторным ринитом чаще диагностируется гипотиреоз.

На основании собственных исследований приходит к выводу о том, что гипофункция ЩЖ может привести к развитию вазомоторного ринита. Она не исключает также одновременное развитие дисфункции ЩЖ и вазомоторного ринита на почве изменения функционального состояния нервной системы. У 25% больных «аллергической ринопатией» наблюдали строму 1-2 степени увеличения, которая сопровождалась тиреотоксикозом. Также отрицают этиологическую роль гормональной дисфункции в развитии аллергических заболеваний дыхательных путей, однако, признает патогенетическую роль гормональных факторов при аллергических процессах и рекомендует, как и другие авторы применять небольшие дозы тиреоидина при вазомоторном рините.

Таким образом, следует вывод, что изучение вопросов диагностики и лечения гипертрофии нижних носовых раковин является актуальным.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ*Муминов С.Х., Амонов Ш.Э.**Андижанский государственный медицинский институт**Ташкентский педиатрический медицинский институт**Узбекистан*

Вазомоторный ринит (ВР) представляет актуальную и до конца не изученную проблему в ринологии. Это связано с тем, что ВР является полиэтиологическим заболеванием. Он развивается при патологии сердечно-сосудистой системы, может быть лекарственным и т.д., и том числе и при эндокринной патологии - при дисфункции щитовидной железы. Частота сочетания ВР с дисфункцией щитовидной железы составила 83%.

Цель данного обзора: является изучения актуальных вопросов комплексной диагностики вазомоторного ринита у больных с тиреотоксикозом.

Материал и методы исследования: данные мета-анализа результатов клинических исследований и отдельных ссылок, представленные в 23 потенциально соответствующих критериям включения источниках.

Результаты: Считается, что одной из ведущих причин назальной обструкции при гипотиреозе является ограниченный отек не только СО полости носа, но и носоглотки. Отмечается синхронность появления первых признаков ринита и симптомов снижения функции щитовидной железы. Значительно реже (3,7% случаев) ринит встречается у больных гипертиреозом.

Несмотря на достаточно высокую частоту встречаемости клинических проявлений ринита у пациентов с тиреоидной патологией, в частности таких симптомов, как затрудненное носовое дыхание (58% случаев), снижение

обоняния (20%), неприятные ощущения, парестезии в носу (90,5%), выделения из носа (81,5% пациентов) лечение таких больных остается недостаточно эффективным. В качестве основного метода рекомендуется коррекция дисфункции щитовидной железы, на фоне которой проявления ринита сохраняются более чем у трети пациентов.

Кроме этого, до настоящего времени в этих случаях рекомендуются инъекции системных кортикостероидов, использование которых характеризуется обилием нежелательных эффектов и не соответствует современным стандартам лечения вазомоторного ринита.

Существуют определенные различия в оценке клинических проявлений и понимании механизмов развития патологии СО носа при патологии щитовидной железы. В связи с этим, исследование закономерностей распространенности и патогенеза ринита у пациентов с дисфункцией щитовидной железы остается актуальной проблемой медицины, решение которой будет способствовать разработке и внедрению в клиническую практику патогенетически обоснованных рекомендаций по диагностике и лечению этого заболевания.

Исходя из вышеуказанного, данные литературы по вазомоторному риниту у пациентов с тиреотоксикозом крайне немногочисленны.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НОСА

Нуъмонов К.О.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицины
Узбекистан

Нос, как выступающая часть лица особенно часто повреждается. Характер повреждения зависит от величины действующей силы и её направления.

Специализированная оториноларингологическая помощь пострадавшим с переломами костей носа требуется в первую очередь при кровотечениях и смещениях отломков.

Различают переломы возникающие от удара спереди и сбоку, открытые (с нарушением кожных покровов) и закрытые.

Нашей целью являлось оказание специализированно-квалификационной помощи больным с переломами костей носа остановка кровотечения, создание правильной формы - пирамиды наружного носа, обоняния и носового дыхания.

В нашем центре за 2018-2025 годы оказано специализированная помощь 140 больным с закрытыми переломами костей носа, 38 (27,1%) стационарным и 102 (72,9%) амбулаторным в возрасте 10-45 лет, мужчин - 119 (85%), женщин - 21 (15%). Получившие травму при ударе (падении) спереди составили 80 (57,2%) больных, 72 (90%) мужчин, 8 (10%) женщин, у которых были сломаны с той или иной стороны носовые кости, переломы перегородки носа в виде вывиха четырёхгранного хряща - западения его, что привело к характерной деформации спинки носа.

Травмы при боковых ударах (падении) составили 60 (42,8%) больных, мужчин - 47 (78,3%), женщин - 13 (21,7%), у которых отмечалось смещение спинки носа в сторону или вдавление его боковой поверхности со стороны нанесения удара с образованием костных выступов.

Всем больным проводилось рентгенологическое исследование. Переломы костей носа выявлялись на боковых снимках (правом или левом) на пленках небольшого формата. Боковое смещение отломков отчетливо определялось на обзорном переднем снимке черепа.

Основным методом лечения стационарных больных с переломом костей носа явилось ручная или инструментальная репозиция костных отломков с последующей остановкой кровотечения, придания наружному носу форму правильной пирамиды в виде передней глубокой тампонады с йодоформ (ксероформ) - синтомициновой эмульсией на 3-5 дней. Помимо этого назначались обезболивающая, противовоспалительная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая и симптоматическая терапии.

Амбулаторным больным произведена ручная репозиция костных отломков, остановка кровотечения с последующим наблюдением в филиалах центра.

В результате нашего наблюдения и на основании вышеуказанного анализа собственного материала пришли к следующему выводу:

1. Предупреждали возникновение гнойно-септического процесса в виде флегмоны лица, острого тромбоэмболического осложнения, таких как тромбоза глазничных вен (v.v. ophtalmicae) с последующим распространением тромба на sinus cavernosus.

2. Оказали специализированно-квалификационную помощь, что явилось причиной устранения возникновения вышеуказанного осложнения.

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАМИ И РАНЕНИЯМИ УХА

Нуъмонов К.О., Йўлдашев Ш.М.

*Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Узбекистан*

Травмы и ранения уха подразделяются на изолированные и комбинированные - сопровождающиеся ранением других частей головы (мозга, черепа, лица). Наиболее целесообразно деление ран на поверхностные (без поражения костей) и глубокие (с повреждением костей). Последние делятся на проникающие в полость черепа и не проникающие, когда целостность мозговых оболочек не нарушена.

Нашей целью являлось организация и оказание специализированной квалификационной медицинской помощи больным с ранениями уха: остановка кровотечения, создания правильной формы ушной раковины, сохранения поражения слухового и вестибулярного анализатора.

В нашем центре поверхностными ранениями уха за 2000-2025 г.г. организовано и оказано специализированная квалификационная медицинская помощь - 30 (100%) больным в возрасте от 10 до 45 лет, мужчин - 24 (80%), женщин - 6 (20%).

С отгематомой (тупой травмой ушной раковины - в следствии бытовой или спортивной травмы) были - 8 (26,6%) больных, мужчин - 7 (23,3%), женщин - 1 (3,3%), с травмой наружного слухового прохода (при падении на подбородок, ударах нижней челюсти и т.п.) были - 12 (53,3%) все мужчины, с травмой или ранением барабанной перепонки (при попадании капель расплавленного материала во время сварочных работ, а также при ударе по уху) - 6 (20%),

мужчин - 2 (6,6%), женщин - 4 (13,3%), с гемотимпанумом (при излиянии крови в барабанную полость в следствии перелома пирамиды височной кости с разрывом слизистой оболочки) - 4 (13,3%), мужчин - 3 (10%), женщин - 1 (3,3%).

Всем больным проводилось отоскопическое, акуметрическое при необходимости рентгенологическое исследование.

Основным методом лечения больных с травмами и ранениями уха - явилось остановка кровотечения, создания оптимальной правильной формы ушной раковины, сохранения и улучшения слуха путем механической очистки наружного слухового прохода, а также восстановления вентиляционно-дренажной функции слуховой трубы. Помимо этого назначались обезболивающая, противовоспалительная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

Выводы: 1- при травмах и ранениях уха важно предупредить и устранить возникновение (тромбоэмболического осложнения) гнойно-септического процесса в виде хондроперихондрита, флегмоны ушной раковины.

2 - во время оказанная специализированная квалифицированная помощь позволяет предупредить и сохранить поражение слухового и вестибулярного анализатора.

РОЛЬ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ НАРУШЕНИИ СЛУХА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Орифов С.С.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Узбекистан*

Введение: Метаболический синдром известен под различными названиями: синдром X, синдром инсулинорезистентности, полиметаболический синдром и смертельный квартет. Оно включает такие нарушения, как гипергликемия или диабет, гипертония, ожирение, повышенный уровень триглицеридов и снижение концентрации холестерина ЛПВП. Сегодня этот синдром представляет серьёзную проблему для общественного здравоохранения, затрагивая от 20 до 30 % населения мира. Проведенные многочисленные исследования указывают на возможное влияние компонентов метаболического синдрома на слух через механизмы окислительного стресса, накопления продуктов гликозилирования, нарушения микроциркуляции и митохондриальной дисфункции улитки. Отоакустическая эмиссия (ОАЭ) — это объективная оценка состояния слухового анализатора, которая является результатом биомеханической активности наружных волосковых клеток кортиева органа. В клинической практике наиболее широко используется регистрация задержанной вызванных отоакустических эмиссий (ЗВОАЭ) и отоакустическая эмиссия на продукте искажения (ПИОАЭ). Анализ литературы показывает, что, несмотря на достаточно подробное изучение различных аспектов ОАЭ, на сегодняшний день не сформировалось единого мнения о его диагностической значимости при сенсоневральной нарушении слуха (СНС) у больных с метаболическим синдромом.

Цель исследования: изучить значение метода ОАЭ для оценки состояния слухового анализатора у пациентов с метаболическим синдромом в рамках комплексного аудиологического обследования.

Материалы и методы исследования: Представлены результаты обследования 76 пациентов с двусторонним сенсоневральным нарушением слуха (СНС), сочетающаяся с метаболическим синдромом (МС). Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 65 лет (средний возраст $45,6 \pm 0,6$ лет). Среди них женщины 34 (44,7%), мужчины — 42 (55,3%). Контрольная группа состояла из 30 здоровых

людей. Регистрация ЗВОАЭ и ПИОАЭ проводилась в базовом варианте. Результат считался положительным при регистрации ЗВОАЭ и ПИОАЭ на трёх и более частотах.

Результаты: ЗВОАЭ не регистрировалась у всех больных с тугоухостью II, III, IV степени. При тугоухости I степени ЗВОАЭ не регистрировалась у 90,9% больных. Обращает внимание отсутствие регистрации ЗВОАЭ у 28,5% больных с высокочастотной сенсоневральной нарушением слуха (ВЧСНС). Регистрация ПИОАЭ не было возможно у всех больных с тугоухостью III, IV степени. ПИОАЭ не регистрировалась при тугоухости I у 27,3%, II степени 92,9% больных. В отличие от ЗВОАЭ ПИОАЭ регистрировалась у всех больных с ВЧСНС. Отрицательный ответ при регистрации ЗВОАЭ наблюдался чаще, чем при ПИОАЭ, что свидетельствует о большей чувствительности метода ЗВОАЭ в оценке функционального состояния наружных волосковых клеток органа Корти. Это подчеркивает его важность для ранней диагностики сенсоневральной тугоухости. В контрольной группе в 100% случаев были зарегистрированы оба типа ОАЭ. Была выявлена прямая зависимость между показателями ОАЭ и увеличением степени нарушения слуха. Начиная с первой степени потери слуха, большинство показателей значительно отличались от контрольных значений. С увеличением степени нарушения слуха наблюдается тенденция к смещению максимального пика частотного диапазона в зону более низких частот. Этот диапазон у пациентов находился в диапазоне 800–1000 Гц, а у здоровых людей — 1200–1300 Гц.

Введение: Регистрация ОАЭ — является объективным методом исследования для ранней диагностики нарушения слуха, вызванных поражением кортиева органа. Метод регистрации ОАЭ позволяет проводить топическую диагностику нарушений слуха и дифференцировать кохлеарную и ретрокохлеарную потерю слуха. ЗВОАЭ по сравнению с ПИОАЭ имеет более высокую чувствительность в оценке изменения функционального состояния наружных волосковых клеток органа Корти.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ*Рузматов К.М., Шамсиев Д.Ф.**Ташкентский Государственный стоматологический институт
Узбекистан*

В результате широкого использования в практике интенсивной терапии длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и последующей трахеостомии, а также увеличивающихся случаев автокатастроф, техногенных аварий, военных конфликтов, выполнения сложных хирургических операций у исходно тяжелой категории больных растет число пациентов с постинтубационными и посттрахеостомическими повреждениями гортани и трахеи.

На данный момент не существует общепринятой схемы комплексного лечения больных после трахеостомии и других хирургических вмешательств на гортани и трахее. Это приводит к увеличению сроков нахождения пациентов с данной патологией в стационаре, длительному канюленосительству, развитию хронических стенозов гортани и трахеи, требующих хирургических вмешательств, дорогостоящего обследования и лечения.

С целью улучшения результатов хирургического лечения больных со стенозами гортани и трахеи путем разработки новых операций, внедрения современных технологий и применения диагностическо-лечебного алгоритма нами было обследовано 8 больных с хроническим стенозом гортани и трахеи.

Этиологией развития подсвязочного стеноза гортани у всех пациентов являлась длительная интубация. Всем пациентам была произведена операция баллонная дилатация подскладкового стеноза гортани под прямой опорной ларингоскопией с использованием видеоэндоскопической техники. В результате проведенного лечения у всех больных удалось добиться стойкого расширения просвета подскладкового отдела гортани, сократить длительность стационарного лечения и периода полной реабилитации. Рестенозирование подскладкового стеноза гортани наблюдалось только у одного пациента.

Во многих случаях дилатация стеноза гортани и трахеи с помощью баллонных систем имеет значительные преимущества по сравнению с открытой ларингопластикой.

Данный метод все больше внедряется в медицинскую практику и применяется у пациентов различных возрастных групп со стенозом гортани и трахеи. В настоящее время развитие и использование эндоскопической баллонной методики позволяет определить точную локализацию стеноза, расчитать силу воздействия, возникающего при использовании жестких систем дилатации.

Баллонная дилатация подсвязочного стеноза гортани является методом деликатного и малотравматичного лечения, который позволяет контролировать радиальное давление на стриктуру и прогнозировать диаметр просвета в зоне стеноза после дилатации.

В отделении отоларингологии под нашим наблюдением находились 8 пациентов с подсвязочного стеноза гортани постинтубационной этиологии (3 женщины и 5 мужчин) в возрасте от 25 до 59 лет. Причиной развития подсвязочного стеноза гортани у 5 пациентов являлась длительная интубация. У 3 больных причиной стеноза являлся гранулематоз Вегенера. У 3 больных на момент поступления в стационар имелась трахеостома. Всем пациентам были

проведены клиничко-лабораторное обследование, компьютерная томография гортани и трахеи, эндофибrolаринготрахеоскопия, исследование функции внешнего дыхания, консультации смежных специалистов.

По результатам мультиспиральной компьютерной томографии с трехмерной реконструкцией хрящевого остова у всех пациентов на уровне перстневидного хряща определялось циркулярное сужение просвета за счет утолщения и уплотнения мягких тканей в просвете. Протяженность стеноза составляла от 6 до 11 мм, диаметр просвета самой узкой его части от 4 до 8 мм. При трехмерной реконструкции изменений хрящевого остова гортани не выявлено, его каркасная функция не нарушена.

Операцию проводили под наркозом с установкой прямой опорной ларингоскопии и использованием видеоэндоскопической техники. В 3 случаях интубация производилась через имеющуюся трахеостому. В 3 случаях интубационная трубка заводилась за уровень стеноза через установленный ларингоскоп, у 2 больных она устанавливалась над стенозом. При интубации использовались трубки с внутренним диаметром 5 и 6 мм.

Дилатацию рубцового стеноза подскладкового отдела гортани проводили при достижении 100% содержания кислорода в крови. В просвет стеноза после предварительно удаленной интубационной трубки заводили баллонный катетер. С помощью специального шприца-манометра в баллон диаметром 10 мм нагнетали жидкость, достигая давление в 10 атм. (время экспозиции 1 мин), затем жидкость из баллона эвакуировали и баллон удаляли. После достижения 100% сатурации через 5–6 мин процедуру повторяли. Дилатация проводилась в три подхода, между подходами проводили искусственную вентиляцию легких.

Следует отметить, что пациентам с выраженными рубцовыми изменениями тканей подскладкового отдела гортани дилатацию просвета проводили после эндоскопического рассечения рубцовой ткани при помощи электрокоагулятора.

В результате проведенного хирургического лечения удалось добиться стойкого расширения просвета подсвязочного отдела гортани путем микроразрывов рубцовой ткани строго по диаметру баллона. Сужения просвета в первые минуты после проведения дилатации не наблюдалось. По завершении операции в зону стеноза делали инъекцию 4 мг дексаметазона.

Длительность стационарного лечения составила 3–5 сут. Фибrolаринготрахеоскопию выполняли в 3-е и 5-е сутки стационарного лечения. Проводилась консервативная антибактериальная, противовоспалительная (дексаметазон до 16 мг внутривенно в 1-е сутки и до 12 мг в последующие) терапия, местное эндоскопическое лечение путем инъекций дексаметазона в область рубца гортани, щелочные ингаляции, ингаляции с антисептиком. Пациентов выписывали для амбулаторного наблюдения на 7-й и 14-й дни после операции и далее наблюдали каждый месяц в течение года. Пациентам с трахеостомой при отсутствии процесса рестенозирования подскладкового отдела

гортани, отсутствии жалоб на затруднение дыхания через 2 мес после баллонной дилатации проводили пластику трахеального дефекта.

По данным эндоскопического исследования гортани и трахеи, в послеоперационном периоде у 9 пациентов отмечались реактивные явления в виде гиперемии мягких тканей в зоне дилатации, отека от незначительного до умеренно выраженного, наличия фибринового налета, которые успешно купировались проводимой консервативной антибактериальной и противовоспалительной терапии, физиотерапевтическим лечением. Сроки стационарного лечения составили в среднем 4,5 дня.

Рестенозирование подсвязочного стеноза гортани наблюдалось у одного пациента с гранулематозом Вегенера, оно было связано с рецидивом основного заболевания, плохо поддающегося патогенетическому лечению, ему потребовалось повторное хирургическое лечение открытая ларингопластика; пациент до настоящего времени является канюленосителем.

По данным гистологического исследования тканей подскладкового отдела гортани, взятых микрощипцами, до проведения дилатации выявлены фрагменты слизистой оболочки гортани, покрытые несколько атрофичным зрелым многослойным плоским неороговевающим эпителием. В подлежащей строме отмечалась картина склеротической деформации, а также лимфоцитарной инфильтрации.

По результатам гистологического исследования после баллонной дилатации определялись мелкие фрагменты слизистой оболочки гортани, покрытые зрелым многослойным плоским неороговевающим эпителием, с десквамацией покровного эпителия. В подлежащей склерозированной строме отмечался выраженный отек, разво-

локнение, а также множественные сливающиеся очаговые кровоизлияния.

Система баллонной дилатации является современным малоинвазивным и малотравматичным методом лечения ограниченных стенозов подскладкового отдела гортани, позволяющим избежать проведения открытых хирургических вмешательств — ларинготрахеальной пластики либо крикотрахеальной резекции, и значительно сокращающим длительность стационарного лечения пациентов и периода полной реабилитации.

Расширение просвета гортани при проведении баллонной дилатации происходит за счет микроразрывов и разволокнения рубцово-измененных тканей.

Операция под прямой опорной ларингоскопией позволяет детально визуализировать зону стеноза, определить точную локализацию и под контролем зрения провести хирургическое вмешательство.

В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с постреанимационными стенозами гортани и трахеи. Отмечаемый ежегодный рост автодорожного, производственного и бытового травматизма, природных и экологических катастроф; предполагает постоянное увеличение данной категории больных. Однако до сих пор не выработана единая тактика, профилактики, диагностики и лечения пациентов с постреанимационными стенозами гортани и трахеи. Поэтому разработка новых и усовершенствование существующих хирургических способов ларинготрахеопластики является актуальной и социально значимой задачей и имеет важное практическое значение.

ПАРАТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС: ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ҚАРАШЛАР ВА МОЙИЛЛИК*Усманова Н.А.**Андижон давлат тиббиёт институти**Ўзбекистон*

Йирингли-яллиғланиш жараёнларининг кечиш оғирлиги некротик тўқималарнинг парчаланиш маҳсулотлари, экзо- ва эндотоксинлар, микроорганизмлар ва бошқа биологик фаол моддалар мавжудлиги билан боғлиқ бўлган эндоген интоксикациянинг намоён бўлишига боғлиқ. Организм биологик муҳитларида ўртача молекуляр массали бирикмалар (ЎММБ) миқдорининг кўпайиши катаболизм жараёнларининг кучайиши ва эндотоксикознинг ривожланишидан далолат беради. Дезинтоксикацион терапия усулини танлаш интоксикациянинг оғирлиги билан белгиланади. Дезинтоксикацион терапия усулини танлаш эндоген интоксикация синдромининг оғирлиги даражаси ва физиологик детоксикация тизимларининг ҳолатига боғлиқ.

Организм ички муҳитидан экзоген ёки эндоген заҳарли моддаларни чиқариб ташлашга асосланган эфферент даволаш усуллари замонавий тиббиётда алоҳида йўналишни белгилаб берди. Энтерал сорбцион терапия эндоген интоксикация симптомларини бартараф этишнинг энг қулай усулларида бири ҳисобланади. Кўплаб сурункали касалликларда мослашиш қобилиятининг пасайиши, касаллик ривожланишининг муайян бир босқичида жараён декомпенсациясининг предиктори ҳисобланади. Ташқи омил таъсирида (масалан, паратонзилляр абсцессда (ПТА) микроб таъсири) “мослашув нархи” ҳаддан ташқари юқори бўлиб, мослашув реактивлиги ресурси етарли бўлмайди. Бу эса патологик жараённи декомпенсацияланган деб белгиладиган мослашув “бузилиши”га олиб келиши мумкин. Мослашув реактивлигини баҳолашнинг турли усуллари мавжуд, жумладан лимфоцитар индекс (ёки мослашув индекси) ёрдамида. Лимфоцитар индекс (ЛИ) қийматига қараб, мослашув реакцияларининг стрессор ёки антистрессор турлари ҳақида билвосита хулоса чиқариш мумкин. ЛИ қиймати қанчалик паст бўлса, стрессор типидagi мослашув реакцияларининг юзага келиш эҳтимоли шунчалик юқори бўлади. Интоксикация юкламаси ва мослашув реактивлиги ўртасидаги боғлиқликни - интоксикация юкламаси мослашув стрессор турининг ривожланишига қанчалик таъсир қилишини ўрганиш қизиқиш уйғотади.

Мавжуд илмий адабиётларда бундай маълумотларнинг йўқлиги ушбу тадқиқотни ўтказишга асос бўлди. ПТА билан оғриган беморларда ўртача оғирликдаги интоксикация (69,9%) устунлик қилади, ЛИИО кўрсаткичлари 2,8-3,8 бирлик оралиғида устунлик қилади. Енгил даражадаги интоксикация 16,4%, оғир даражадаги интоксикация 13,7% ҳо-

латда аниқланди. Интоксикация индексининг ўртача оғир даражадан оғир даражагача ортиши стрессор мослашув турининг сезиларли даражада чуқурлашиши билан бирга кечди: ўртача оғирликдаги интоксикацияда “стресс-2” реакцияси устунлик қилди (64,7%), оғир интоксикацияда эса “стресс-3” реакцияси устунлик қилди (80,0%), бунда “стресс-3” эҳтимоли 40 баравар юқори (ИН=0,03; 95% ИИ 0,002-0,211; $p<0,001$), бу эса нохуш прогностик белги сифатида баҳоланиши мумкин. Лимфоэпителиал аъзо сифатида танглай мўртақларининг морфофункционал тузилиши тўғрисидаги замонавий билимлар уларга маҳаллий иммун тизимни яратиш ва етарли даражада ушлаб туришдан иборат бўлган шиллиқ қаватларга нисбатан иммунорегуляция функцияларига эга бўлган минтақавий марказлар сифатида қарашга имкон беради.

Сурункали тонзиллитда маҳаллий ва умумий иммунитет ролини баҳолаш касаллик ривожланишининг иммунopatологик механизмларини ҳисобга олган ҳолда долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Йирингли яллиғланиш ўчоғи пайдо бўлганда ҳимояланишнинг биринчи босқичи маҳаллий иммун омиллар реакцияси ҳисобланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати секретидagi иммуноглобулинларнинг асосий синфи шиллиқ қаватнинг бириктирувчи тўқима қаватидаги плазмацитлар томонидан ишлаб чиқариладиган А синф иммуноглобулинлари ҳисобланади. Шиллиқ пардаларда бўлган секретор иммуноглобулин А (IgA) уларнинг ўтказувчанлигини пасайтириши ва патогенларнинг “иммун йўқ қилиниши”га кўмаклашиши аниқланган. Шундай қилиб, биокимёвий тадқиқотлар кўламининг кенгайиши натижасида, яллиғланиш реакцияларининг патогенезида эркин радикал жараёнлар муҳим ўрин эгаллаши аниқланди.

Организмда эркин-радикал оксидланиш маҳсулотларининг тўпланиши яллиғланишга қарши, десметаболизацияловчи таъсир кўрсатади, иммун статус бузилишларини кучайтиради, яллиғланиш жараёнининг сурункали шаклга ўтишига, шунингдек, касалликларнинг асоратли кечиши шаклланишига ёрдам беради.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиш мумкинки, ҳалқумдаги йирингли-яллиғланиш жараёнларида оксидатив стресснинг намоён бўлишини ўрганиш ва уни коррекциялаш долзарб ва аҳамиятли бўлиб, антиоксидант таъсирга эга дори воситаларини буюриш патогенетик жиҳатдан асосланган.

ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ

Усмонхонов Ф.О.
ООО «BEST MED CLINIC»
Узбекистан

В исследовании современных представлений о патогенезе, диагностике, лечении и профилактике хронического гнойного среднего отита (ХГСО) у детей, отмечают, что доля ХГСО в структуре патологии уха по СНГ остается в среднем 13,2%. Распространенность ХГСО в зарубежных государствах составляет примерно 0,9-1,7%. Причем, определенные различия в количестве больных ХГСО среди детского населения имеют зависимость от социального и экономического статуса страны: процентное соотношение частоты выявленных случаев заболевания выше в развивающихся странах.

Цель данного обзора: является изучение современных взглядов на этиопатогенез хронического гнойного среднего отита у детей.

Материал обзора: составил научные публикации за последние 10 лет, опубликованных в международных базах E-library, Scopus и Web of Science.

Результаты обзора и их обсуждение: Течение ХГСО у детей в настоящее время имеет ряд особенностей: заболевание стало встречаться в более раннем возрасте, собственно патологический процесс заметно изменился, он стал более упорным и агрессивным, с высоким риском обострений опасных для жизни ребенка, являющихся причиной внутричерепных осложнений. В ряде работ причиной такой тенденции считается неэффективное лечение самой хронической патологии среднего уха. Смертность при осложнениях ХГСО, вызванных обострениями заболевания, достигает 16,1%. Существуют известные общие факторы, влияющие на развитие заболевания: социальный статус, материальное благополучие, культура населения, уровень медицинского обслуживания и коммерческая составляющая в оказании медицинских услуг.

Необходимо отметить роль детских инфекционных заболеваний, участвующих в формировании хронической патологии среднего уха, таких как ветряная оспа, корь, краснуха, грипп и другие. Существует ряд работ, посвященных влиянию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и врожденных пороков челюстно-лицевой области на развитие ХГСО.

В наши дни наблюдается необоснованное использование современных антибиотиков различных групп для лечения острого среднего отита в катаральной стадии, что вызывает рост резистентной микрофлоры. Так неоправданное применение антибиотиков привело к существенному изменению микрофлоры при ХГСО. Ранее отмечалась значимая роль гемолитического стрептококка в развитии заболевания, позже патогенного антибиотик-резистентного стафилококка, встречающегося чаще в микробных

ассоциациях. При микробиологическом исследовании отделяемого из полости среднего уха при ХГСО из аэробных возбудителей наиболее часто обнаруживают *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* и энтеробактерии (*Proteus* spp., *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp.). Из анаэробных микроорганизмов в 50% случаев встречаются следующие: *Fusobacterium* spp., *Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp. и *Bacteroides* spp., следует отметить, что чаще в сочетаниях с аэробными бактериями.

Рецидивирование холестеатомного процесса в среднем ухе непосредственно связано с формированием биопленок, стойких к комбинированному хирургическому и консервативному антибактериальному лечению. Микроорганизмы внутри биопленок своей жизнедеятельностью поддерживают воспалительный процесс, запускают дифференцировку и пролиферацию эпителиальных клеток, что в свою очередь ведет к агрессивному быстрому росту холестеатомного матрикса, костной резорбции. Исходя из вышеописанного, формирование микробных биопленок в среднем ухе является еще одним значимым фактором в развитии хронического воспалительного процесса.

В современной научной литературе не встречается четкого дифференцированного описания характера микрофлоры при ХГСО в разные стадии течения заболевания. В исследованиях по оптимизации системной антибиотикотерапии ХГСО определили состав наиболее частых возбудителей при обострении заболевания - *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*. Большинство авторов не уточняют причину наличия выделений через перфорацию барабанной перепонки в момент забора биологического материала - имеет ли место обострение процесса или течение хронического воспаления среднего уха сопровождается постоянным отделяемым. Также не обнаруживаются данные сравнительного анализа характера флоры и ее чувствительности к антибиотикам при обострении процесса и при других вариантах течения ХГСО.

Также течение воспалительных реакций и степень аэрации среднего уха зависят от пневматизации сосцевидного отростка. Отмечали, что воспалительный процесс протекает более медленно и переходит в хронический с образованием холестеатомы при склеротическом строении сосцевидного отростка. Появлению же остеомиелита способствует диплоэтический тип строения.

Таким образом, следует **вывод**, что этиопатогенез хронического гнойного среднего отита у детей разнообразный и зависит от причины воспаления, в связи с этим для диагностики и лечения заболевания необходимо учитывать особенности детского организма.

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА*Хабибулаев Ш.З., Умрзоков Ш.К.**Республиканский научно-практический центр оториноларингологии и болезней головы и шеи**Узбекистан*

Актуальность: плоскоклеточный рак является наиболее часто встречающейся и агрессивной злокачественной опухолью органов головы и шеи и локализуется в основном на коже, а также на слизистой оболочке верхних дыхательных и пищеварительных путей. Вопросы лечения плоскоклеточного рака, локализующегося в области головы и шеи, остаются актуальными и до настоящего времени полностью нерешенными. При местно-распространенном плоскоклеточном раке органов головы и шеи выполняются комбинированные или расширенно-комбинированные операции, подразумевающие удаление двух и более органов или анатомических областей, а также иссечение шейной клетчатки. Радикальное абластичное удаление злокачественных опухолей головы и шеи приводит к образованию больших дефектов, что наряду с косметическими изменениями, зачастую становится причиной нарушения таких жизненно важных функций организма, как дыхание, жевание, глотание и речь.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения рака области головы и шеи посредством разработки реконструкции послеоперационных дефектов, с учетом распространенности патологического процесса, его локализации и анатомических особенностей восстанавливаемой зоны.

Материал и методы: 200 больных плоскоклеточным раком области головы и шеи в возрасте от 27 до 91 года, которым проведено комбинированное или комплексное лечение с операцией на первом или завершающем этапах. Выполнены различные по объему и характеру хирургические вмешательства с одномоментной реконструкцией

образовавшегося дефекта тканей кожно-фасциальными или кожно-мышечными лоскутами на ножке.

Использовали сложные кожно-жировые, кожно-фасциальные и кожно-мышечные артериализированные лоскуты на ножке с осевым строением кровообращения. Всего задействовано 228 различных по строению лоскутов. Из них кожно-жировых или кожно-фасциальных лоскутов было 130 (57,03%), кожно-мышечных лоскутов использовано 83 (36,72%) и свободных расщепленных кожных лоскутов – 14 (6,25%).

Выводы: 1. Разработана унифицированная рабочая клиническая классификация дефектов на голове и шее: все дефекты разделены на 4 группы в зависимости от характера дефекта.

2. Осложнения реконструктивно-восстановительных операций имели место в 17,3% случаев и носили гнойно-некротический характер, особенно во 2 и 3 группах дефектов.

3. Хорошие и удовлетворительные функциональные и косметические результаты отмечены в 95,1 и 85,5% случаев соответственно. Неудовлетворительные результаты имели место у 16 (14,5%) пациентов и только в 4,9% потребовалось дополнительное хирургическое вмешательство.

4. Показатели общей 3-х и 5-летней выживаемости составили 62,5 и 53,2% соответственно. Более низкие уровни выживаемости отмечены у пациентов с опухолями слизистой полости рта и ротоглотки (3-летняя – 38,8%; 5-летняя – 34,9%; $p=0,004$), характеризующихся высокой агрессивностью клинического течения.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ РАКА ГОРТАНИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Хамраев Ф.Х. , Лутфуллаев Г.У. , Ньематов У.С. , Шаймарданов О.И.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Узбекистан

Введение: Рак гортани – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований органов дыхания и пищеварения.

Актуальность исследования связана с высокой заболеваемостью и смертностью от рака гортани в регионе.

Эпидемиология в Самаркандской области: Анализ статистики заболеваемости раком гортани в Самаркандской области за последние 5–10 лет. Влияние экологических и социальных факторов на распространенность заболевания. Группы повышенного риска: мужчины старше 40 лет, курильщики, люди, работающие на вредных производствах.

Факторы риска в регионе: Высокий уровень табакокурения и употребления алкоголя среди населения. Загрязнение окружающей среды, в частности, промышленными выбросами и пылевыми бурями. Недостаточная осведомленность населения о профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний.

Клинические особенности заболевания: Основные симптомы: охриплость, затрудненное дыхание, дискомфорт при глотании, хронический кашель. Частые случаи поздней диагностики из-за низкой доступности специализированной медицинской помощи.

Диагностика и лечение в Самаркандской области: Уровень оснащенности медицинских учреждений методами диагностики (ларингоскопия, биопсия, КТ, МРТ). Доступность и эффективность хирургического лечения, лучевой и химиотерапии в регионе. Необходимость повышения квалификации врачей-онкологов и оториноларингологов.

Пути улучшения ситуации: Усиление профилактических программ и скрининговых мероприятий среди населения. Борьба с табакокурением и вредными привычками через образовательные кампании. Повышение уровня онкологической настороженности среди врачей первичного звена. Развитие онкологических центров и повышение доступности передовых методов лечения.

Заключение: Рак гортани – серьезная медицинская и социальная проблема в Самаркандской области. Раннее выявление и комплексное лечение – ключ к снижению смертности и улучшению качества жизни пациентов. Важность междисциплинарного подхода и активного участия государства в улучшении онкологической помощи.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИИ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН*Хасанов У.С., Абдурахимова Ш.С.**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи
Узбекистан*

В настоящее время не существует объективного способа дифференциальной диагностики хронических ринитов (в первую очередь - гипертрофических) позволяющего достоверно определить стадию и глубину патологического процесса в нижних носовых раковинах (ННР) на этапе обследования. Отсутствие объективной дифференциальной диагностики влечёт за собой возможность диагностической ошибки, а, следовательно, и выбор метода лечения не всегда бывает оптимальным.

Цель данного обзора: является изучения актуальных вопросов диагностики и лечения гипертрофии нижних носовых раковин.

Материал обзора: составил научные публикации за последние 10 лет, опубликованных в международных базах E-library, Scopus и Web of Science.

Из литературных источников известно, что этот диагноз скорее морфологический, чем клинический, т.к. ГР - патология кавернозной ткани слизистой оболочки полости носа, лабильность которой осуществляет наиболее важный физиологический процесс полости носа - так называемый «носовой цикл».

Ведущими клиническими симптомами ГР считаются: стойкое затруднение носового дыхания, связанное с тотальным или фрагментарным увеличением объёма носовых раковин, как одно-, так и двусторонним; изменение окраски слизистой оболочки полости носа; её отёчность и набухание.

Главным и основным критерием для постановки диагноза ГР на сегодняшний день является «адреналиновая проба», т.е. способность увеличенных носовых раковин к сокращению под действием сосудосуживающих средств (раствором адреналина гидрохлорида 0,1% или раствором нафтизина 0,1%). Несмотря на широкое использование «адреналиновой пробы» с диагностической целью, в ряде случаев она не достаточно информативна, потому что сокращение ННР не происходит не за счёт гипертонуса сосудов пещеристых тел носовых раковин или фиброзных изменений, а за счёт плотности отёка стромы кавернозной

ткани. В таких случаях хирургическое лечение не обосновано патогенетически.

Дифференциальная диагностика морфологических форм гипертрофического ринита на этапе обследования практически не осуществима.

Необходимо также помнить, что существует физиологическое увеличение нижних носовых раковин, не вызывающее затруднение носового дыхания и не требующее вмешательства специалиста.

Благодаря исследованиям в области физиологии носового дыхания, в основу эндоназальной хирургии положен органосохраняющий принцип.

Традиционным способом лечения ГР считается хирургический. Консервативные методы лечения возможны только при некоторых стадиях гипертрофии (например, кавернозной). Но они не получили широкого распространения в связи с невозможностью определить стадию гипертрофического процесса на этапе обследования.

Объектом исследования явились разные морфологические формы ГР: кавернозная, фиброзная, сосочковая, полипозная, костная, смешанная. Возможность определения стадии гипертрофического процесса на этапе обследования позволит выработать критерии способа лечения данной патологии: хирургического или консервативного.

Стойкое нарушение носового дыхания, характерное для ГР не только ощутимо ухудшает качество жизни пациентов, но, зачастую, приводит к другим заболеваниям ЛОР-органов (тубоотиты, синуситы, фарингиты), а также бронхо-лёгочного аппарата.

Особенно к тяжёлым изменениям со стороны ЛОР-органов и общего соматического состояния приводят ГР, сопряжённые с искривлением перегородки носа. Данное обстоятельство определяет то большое внимание, которое отводится в клинике рациональному лечению данных заболеваний.

Таким образом, следует вывод, что изучение вопросов диагностики и лечения гипертрофии нижних носовых раковин является актуальным.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Хасанов У.С., Камиллов Х.Б.

Ташкентская медицинская академия

Узбекистан

В лечении хронического воспаления аденоидов применяются многочисленные методики и средства, но эффективность их остается до сих пор недостаточной. Одна из причин длительных, вялотекущих, рецидивирующих, плохо поддающихся лечению хронических заболеваний, является снижение резистентности организма. Такие изменения возникают прежде всего из-за частого и неоправданного применения системной антибиотикотерапии, в том числе и на фоне сниженной реактивности иммунной системы у часто болеющих детей.

Целью исследования: явилось повышение эффективности диагностики и лечения воспалительных заболеваний глоточной миндалины.

Материалы и методы исследования: В клиническом открытом, проспективном, контролируемом исследовании участвовали 62 ребенка (32 – основной и 30 – контрольной групп) в возрасте от 3 до 12 лет, поступивших на лечение в ЛОР-отделение Ташкентской медицинской академии с диагнозом обострение хронического аденоидита. Критерии включения – верифицированный диагноз хронического аденоидита. Критерии исключения: наличие воспалительных процессов в других ЛОР-органах, возраст младше 3 и старше 12 лет. Пациенты основной группы получали дополнительно к стандартному комплексу лечения препарат для орошения носа.

Результаты исследования: Оценка степени затруднения носового дыхания днем позволила установить, что при исходно одинаковом уровне заложенности улучшение носового дыхания в основной группе детей на 5-е сутки лечения было на 15% лучше, чем в контрольной группе, на 7-е сутки – на 30%, а на 9-е сутки – на 73% лучше.

Характер и интенсивность ринореи также имели свои особенности динамики. В основной группе детей при поступлении в отделение гнойный насморк имели $6,25 \pm 2,47\%$ детей, слизисто-гнойный – $31,2 \pm 5,3\%$, обиль-

ные и умеренные слизистые выделения – по $12,5 \pm 3,4\%$, незначительное количество слизистых выделений – $9,38 \pm 3,02\%$ и отсутствовали выделения у $28,15 \pm 5,06\%$ детей. В контрольной группе процентное соотношение не имело значительных различий и составляло соответственно: $3,33 \pm 1,82$, $33,33 \pm 5,48$, $13,33 \pm 3,58$, $10 \pm 3,10 \pm 3$ и $30 \pm 5\%$. На третьи сутки лечения выделения уменьшились у детей обеих групп при отсутствии достоверности различий. Однако на 5-е сутки лечения выделения отсутствовали у $43,75\%$ детей основной группы и у $36,67\%$ контрольной. На 7-е сутки процент увеличился до $62,5\%$ в основной и до $53,33\%$ в контрольной группах. На 9-е сутки уже $90,63\%$ детей, получавших растительный препарат, не имели выделений, в то время как среди детей на стандартной терапии этот показатель составил лишь $76,67\%$. Обильные гнойные и гнойно-слизистые выделения прекратились в обеих группах на 5-е сутки лечения. В то же время на 5-е сутки умеренные слизистые выделения диагностированы у $15,63\%$ детей основной группы и $23,33\%$ контрольной, а на 7-е сутки эти группы составили $12,5$ и $16,67\%$ детей соответственно. Даже на 9-е сутки лечения у 10% детей контрольной группы сохранялись умеренные слизистые выделения.

Улучшение носового дыхания ночью началось уже на 5-е сутки лечения. Однако статистическая достоверность этих различий появилась только на 7-е сутки, когда оценка ночного дыхания в основной группе составила $2,12$ балла, а в контрольной группе – $2,80$ балла. На 9-е сутки лечения дыхание ночью у детей основной группы в $1,4$ раза лучше, чем у детей контрольной группы.

Заключение: Таким образом, исследование позволило установить, что включение препарата орошения носа в схему лечения хронического аденоидита повышает эффективность терапии и ускоряет процесс выздоровления.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ*Ходжаева Н.Х., Шамсиев Д.Ф.**Тошкент давлат стоматология институт
Ўзбекистон*

Сурункали тонзиллит нафақат оториноларингологлар, балки педиатр, кардиолог, невролог, ревматолог, терапевт ва бошқа мутахассислар олдидидаги муаммага айланиб бўлган. Бу муаммо фақат клиник эмас, балки умумбиологик нуқтаи назардан кўриб чиқирилиши тақазо этади. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, сурункали тонзиллитларни эрта аниқлаш, ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш замонавий оториноларингологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Сурункали тонзиллитнинг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги тасаввурларимизнинг кенгайишига, унинг диагностикаси ва даволашдаги муваффақиятларга қарамай, бу касаллиқни ривожланишидаги айрим механизмларнинг тутган ўрни тўлиқ аниқланмаган. Улар қаторига организмда, ҳамма аъзо ва тизимларни меъёрида ишлашини, патологик жараёнларни ривожланиши ва кечишини назорат қилишда муҳим ўрин эгаллайдиган вегетатив нерв тизимида сурункали инфекция ўчоғи, яъни сурункали тонзиллит таъсирида кечадиган ўзгаришларнинг ўрганишини ҳам киритиш мумкин. Танглай муртақларининг кўп қиррали вазифалари ва биринчи навбатда юқори нафас йўлларида инфекциянинг киришини биринчи ҳимоя бўғинини таъминловчи, иммунитетни шакллантирувчи аъзо сифатида тутган муҳим ўрнини инобатга олган ҳолда уни бутунлай олиб ташлаш тахсисига нисбатан қарашлар ўзгарди, яъни унга нисбатан кўрсатмалар қисқармоқда. Ҳозирги кунда сурункали тонзиллитни даволашда танглай муртақларининг функциясини меъёрлаштиришга уни сақлаб қолишга қаратилган даволаш усуллари кенг қўлланилмоқда. Аммо, ҳасталик билан касалланган беморларни даволашда қўлланиладиган кўп консерватив усуллар ишлаб чиқилганига қарамай, уларнинг самарадорли ҳар доим ҳам юқори эмас. Жаҳон адабиётларида сурункали тонзиллитни, барча ички аъзоларга, жумладан юрак-қон томир, асаб, эндокрин ва бошқа тизимларига таъсири кенг ёритилган. Сурункали тонзиллит беморларни даволашда ҳар хил усуллар қўлланилади, аммо касаллиқни у ёки бу босқичларида танглай безларини олиб ташлашнинг мақсадга мувофиқлиги ҳалигача очиқ қолмоқда.

Тонзиллэктомия фақатгина 30% компенсацияланган тонзиллитли беморларда ўтказилар эди, аммо асоратлари ривожланган беморларнинг 30-50% бу усулнинг самараси бўлмади. Охириги ўн йил ичида тонзиллэктомия камайганини кўрсатишди. Улар бунни, операциядан сўнг бир неча бор касаллик зўрайгани, томоқ яллиғланишини кучайгани, тана ҳароратини ошгани, беморни умумий ҳолатини ёмонлашгани билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар. Иммун бирикмалар, С3а ва С5а компонентларининг миқдорини ошиши тонзиллэктомия учун қарши кўрсатмалар ҳисобланади. Шунинг учун, тонзиллитни даволашда жарроҳлик усулини фақатгина асоратлар йўғида ўтказиш ва унга дифференциал ёндошиш кераклиги тўғрисида ҳулоса қиладилар. Шунингдек, аллергия ринит сурункали тонзиллит билан бирга келгани, унинг кўп маротаба зўрайишларида, касаллиқни этиологик омилини аниқлаш лозим, агарда Haemophilus Influenzae бор бўлиб, уни вируслар ва бактериялар ёки

уларнинг токсинлари билан боғлиқлиги аниқланса, жарроҳлик усули тўғрисида ҳал қилиш керак деб уйлайдилар. Тонзиллит ҳуружда жарроҳлик усулини маслаҳат бермайдилар. Сурункали тонзиллит унча узоқ вақт олдин кечмаган, умумий заҳарланиш белгилари бўлмаса беморларга консерватив даволашни маслаҳат берадилар. Яллиғланишнинг маҳаллий белгилари йўқолса, ангина қайталанишлари тўхтаса консерватив даволашни давом эттиришга асос бўла олади. Сурункали тонзиллит патогенетик терапиясида фагоцитоз стимуляторларини қўллаш истиқболлидир.

Стрептококкли тонзиллитни даволашда муртақ безларига Альфа стрептококкларни қайта юқтиришни таклиф қилишмоқда. Чунки альфа-стрептококк оғиз бўшлиғи ва томоқни нормал микрофлораси таркибига киради ва инфекцияга қарши иммун ҳимояни ривожланишида аҳамияти катта. Тонзиллэктомиядан сўнг альфа стрептококкларни миқдори ошган. Бу флора ҳамма антибиотикларга таъсирчан бўлиб, тонзиллитни даволашда патоген флорага нисбатан тезроқ нобуд бўлади. Маълумки, сурункали тонзиллит организмнинг иккиламчи иммунтанқислик ҳолатининг маҳсули ҳисобланади, шунинг учун агарда уни консерватив даволашда иммунтиқловчи дори воситалари қўлланилмаса, ангинанинг тез-тез рецидивлари учрайди ва метатонзилляр асоратлари ривожланади. Иммуностимуляция ва организмнинг табиий резистентлигини кўтариш мақсадида муаллифлар аутозардоб, тонзилляр цитозардоб, левомизол, тималин, Т-активлик, тимоген, ИРС-19, Биопарокс каби яллиғланишга қарши аэрозол дорилар таклиф қилишди. Тонзиллитларнинг комплекс этиопатогенетик терапиясида лимфатик тизимнинг аҳамиятини назардан қочирмаслик лозим.

Сурункали тонзиллит муаммоси – бу биринчи навбатда бўшлиқларнинг дренажлик вазифасини ўзгариш муаммоси. Амалиётда сурункали тонзиллит энг кенг тарқалган консерватив даволаш усули бу муртақ безлари бўшлиқларини ювиш. Бу мақсад учун ҳар хил дори воситалари қўлланилади (фурациллин, пенициллин, риванолнинг глициринли ва сувли эритмалари, хлоридиоксидин, йодиол, диоксидин, хлорфиллипт, хлорли йод ва бошқалар. Бу дорилар, бўшлиқларни механик тозалаш билан бир қаторда муртақ безларининг иммунологик фаолигини мустаҳкамлайди, бўшлиқларнинг Ph муҳитини ўзгартиради ва х.к. Хлорофиллиптнинг спиртли эритмаси ва хлорли йод муртақ безларининг бўшлиқлари шиллиқ қаватини куйиши ва торайишини таъминлайди. Муртақ безлари бўшлиқларини ювганда, у ичидаги патологик омиллардан тозаланади, бу ўз навбатида муртақ безлари тўқималарининг сўриш қобилиятини пасайтиради, натижада организмнинг аллергиязацияланиш даражада камаяди. Муртақ безлари паренхимаси ва шиллиқ қаватига таъсир кўрсатиш учун бўшлиқларни ювиш билан бир қаторда без ва равоқларига бетадин, люгол, суркалади. Гелий-неонли лазер муртақ безларининг ҳамма гисто тузилмаларига таъсир кўрсатишини кўрсатди. Сурункали тонзиллит юқори энергетик лазер ёрдамида комплексли консерватив даволашганида

лимфоид тўқимада бузилган вегетатив балансни тикланиши ва компенсатор-мослашуви жараёнларни кучайишини кўрсатишган. Шундан қилиб, ҳулоса қилиш мумкинки, сурункали тонзиллитни даволаш комплекс ёндашувни талаб

қилади, шу сабабли ҳам медикаментоз даволаш, ҳам физиотерапевтик муолажаларни бирга қўллаш юқори самарадорликка эришишга имкон беради.

СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.

Хуснитдинов О., Агзамова Г.С., Хуснитдинов Р.А.
Узбекистан

Изучение состояния слуховой функции ранее оперированного уха, по поводу хронических гнойных отитов, является актуальным вопросом как в медицинском, так и социальном плане. У ряда больных после saniрующих и слухоулучшающих операций в среднем ухе прогрессирует тугоухость и возобновляется гное течение из оперированного уха.

Для оценки функционального состояния слухового анализатора нами обследованы за последние 5 лет 95 больных, в возрасте от 8 до 60 лет спустя, от 3 до 10 лет после saniрующих и слухоулучшающих операций в среднем ухе.

Аудиологическое исследование проводилось согласно методикам традиционной аудиометрии и включало сбор общего и аудиологического анамнеза, исследование слуха шепотной и разговорной речью, камертональное обследование, тональную, надпороговую определение теста, индекса малых приращений интенсивности, порога дискомфорта и речевую аудиометрию, МРТ, МСКТ височных отделов и эндоскопическое обследование оперированного уха.

Отсутствие улучшения слуха свидетельствовало о нарушении подвижности в «окнах» за счет рубцовой блокады или грануляции и др. При односторонней тугоухости исследование слуха проводили с маскировкой лучше слышащего уха широкополосным шумом.

Основными параметрами для определения функционального состояния внутреннего уха являются уровень костного звукопроводения и величина костно-воздушного интервала. При тугоухости звукопроводящего характера величина костно-воздушного интервала с определенной достоверностью позволяет судить о характере и степени поражения звукопреобразовательного механизма в среднем ухе. У 19 больных (в основном после антротомии и аттикоантротомии) имело место малая величина костно-воздушного интервала (20-25дБ). Это, по-видимому, свидетельствовало о сохранности функционирующей цепи слуховых косточек, у 21 больного (в основном тимпано-пластики) величина костно-воздушного интервала была выше 30 дБ, хотя в отдельных случаях (у 3 больных) до 45 дБ костно-воздушного интервала может быть обусловлено рубцовой блокадой лабиринтных окон.

У этих больных отсутствовал ФУНГ, во всех случаях достигалась 100% разборчивость речи при речевой аудио-

метрии и чувствительность к ультразвуку была в пределах нормы. Этих больных мы отнесли к тимпаноскалярной форме тугоухости.

При среднем уровне порогов воздушного звукопрепровождения ниже 60 дБ можно полагать о вовлечении в процесс звуковоспринимающего аппарата улитки. Однако установить определенную зависимость между степенью снижения слуха и степенью рубцовых изменений в области окон только на основании данных тональной пороговой аудиометрии не всегда представляется возможным. Из 55 больных ранее перенесших общеполостную операцию, у 12 отмечено повышение порогов костного звукопрепровождения на 20-30 дБ, на частотах выше 2000 Гц, что, по-видимому, обусловлено интоксикацией внутреннего уха с рецидивным гное течением из трепанационной полости.

При полной эпидермизации трепанационной полости и отсутствии гное-течения в анамнезе у 17 больных обнаружено повышение порогов костного звукопрепровождения на 30-40 до на частотах выше 2000 Гц, что указывало на наличие смешанной тугоухости. У 26 больных на 40-60 и более до, что было характерно для кохлеарной формы тугоухости.

Кроме того, у этих больных для дифференциальной диагностики поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов и с целью уточнения состояния рецепторного аппарата улитки проводили речевую, тональную надпороговую компьютерную аудиометрию в расширенном диапазоне частот (определение ФУНГ по дифференциальному порогу). У больных со смешанной формой тугоухости определялся положительный ФУНГ в пределах 0,6-0,7дБ и достигалась 100% разборчивость речи при речевой аудиометрии. При кохлеарной форме тугоухости, наряду с положительным ФУНГ (0,2-0,5 до): 1(не достигалась; 2) 100% разборчивость речи.

Повышение порогов ультразвуков в 2-3 и более раз по сравнению с нормой, у больных свидетельствует о значительном вовлечении в процесс звуковоспринимающих элементов улитки.

Таким образом, все изложенное значительно уточняет показания к повторным слухоулучшающим операциям, а также к консервативному лечению с целью реабилитации слуха больным, ранее перенесших saniрующие и слухоулучшающие вмешательства в среднем ухе.

МИКРОБИОЦЕНОЗ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Эргашев А.А., Вохидов У.Н.

Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Самым распространенным заболеванием слизистой оболочки глотки является хронический фарингит. Обусловлено это полиэтиологичностью заболевания. На его возникновение оказывают влияние многие факторы: инфекционные, заболевания носа и околоносовых пазух, лимфаденоидного кольца глотки, заболевания полости рта, желудочно-кишечного тракта, заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, почек, эндокринные и обменные нарушения. Химизация промышленности и сельского хозяйства, внедрение новых технологий служат также одним из важных экологических факторов возникновения и развития хронического фарингита. Хронический воспалительный процесс в глотке становится очагом постоянной патологической импульсации, что приводит к нарушению трофической функции, изменению метаболизма и структуры слизистой оболочки глотки, к развитию в конечном счете дистрофического процесса.

Целью данного исследования: явилось изучение особенностей микробиоценоза различных форм хронического фарингита у детей.

Материалы и методы исследования: Нами было проведено клиническое обследование у 30 детей с хроническим фарингитом. Возраст детей колебался от 3 до 15 лет. Среди них - девочек - 43,75%, мальчиков - 56,25%. Таким образом, объектом нашего лечения и обследования явились дети дошкольного и школьного возраста. За основу распределения больных по формам хронического фарингита была взята рабочая классификация, в которой выделены наиболее важные в клиническом отношении формы хронического фарингита: катаральный (12 больных), гипертрофический (10 больных), субатрофический (8 больных).

Результаты обследования: При хроническом катаральном фарингите у подавляющего числа больных 44,7% был высеян стрептококк группы «А» *S. pyogenes*, у 23,6% больных - золотистый стафилококк, у 13,2% больных обнаружена смешанная флора, у 7,8% больных высеян пневмококк, *Haemophilus influenza* обнаружена у 5,2% больных, роста микрофлоры не отмечено у 5,4% детей.

Изучение микробного пейзажа глотки при хроническом гипертрофическом фарингите показало, что основным представителем микрофлоры в данной группе больных является золотистый стафилококк. Он выявлен у 47,5% детей. У 32,2% детей обнаружен *Str. Pyogenes*, пневмококк - у 5% детей, синегнойная палочка (*P. Aeruginosae*) - у 3,4% больных у 1,8% больного выявлен *Haemophilus influenzae*, у 3,4% детей - непатогенные коринебактерии дифтерии, а у 6,7% больных - смешанная флора.

При исследовании детей с хроническим субатрофическим фарингитом результаты были следующие: у 26,3% больных высеян золотистый стафилококк, у 5,3% больного

- *Str. pyogenes*, у 26,3% больных отмечена смешанная флора и у 42,1% детей рост микрофлоры отсутствовал.

Анализируя особенности клинического течения различных форм хронического фарингита (катаральной, гипертрофической и субатрофической) у детей следует подчеркнуть, что катаральная и гипертрофическая формы хронического фарингита встречаются достаточно часто во всех возрастных группах, тогда как субатрофическая форма встречается чаще в возрасте от 12 до 15 лет, и, достаточно часто (75% больных), после перенесенной ранее адено-тонзиллэктомии.

Одним из основных этиологических факторов в развитии хронического фарингита является микробная флора. При катаральной форме воспаления ведущую роль играют стрептококки группы «А» (*S. Pyogenes*) (44,7%). Их патогенность определяется способностью образовывать токсины (О- и S-стрептолизины, лейкоцидин, цитотоксины), внеклеточные ферменты (гиалуронидаза, стрептокиназа и др.), а также М-антиген, который будучи адгезином клеток стрептококков, способствует прикреплению бактерий к эпителию. Патогенез стрептококковых фарингитов определяется как свойствами микроорганизмов, так и состоянием иммунной системы микроорганизмов, в том числе предварительной возникшей сенсибилизацией в результате ранее перенесенной болезни стрептококковой этиологии.

При гипертрофической форме воспаления преобладающей патогенной флорой являлись стафилококки, в частности, золотистый стафилококк (45,7%). Основные факторы, определяющие патогенность стафилококков, - это их способность образовывать токсины, которые являются высокоспециализированным аллергеном (а-, (3- и у-гемолизины, б-лизин, лейкоцидин, эксфолиатин, энтеротоксины) и разнообразные ферменты (коагулаза, гиалуронидаза).

При субатрофическом фарингите в 43,75% случаев отмечено отсутствие роста микрофлоры, что, по-видимому, связано с изменениями, происходящими в слизистой оболочке при субатрофическом процессе.

Таким образом, следует вывод, что угнетение транспортно-барьерной функции эпителия, возникающее под влиянием токсинов, продуцируемых вирусами и бактериями, ведет к повышению проницаемости слизистой оболочки задней стенки глотки и поступлению в организм антигенов, которые в обычных условиях либо вовсе не поступали, либо их поступление было ограниченным, что способствует переводу иммунной реакции слизистой оболочки в аллергическую и развитию сначала хронического катарального воспаления слизистой оболочки задней стенки глотки, а затем гипертрофического или субатрофического процесса.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ*Эргашев А.А., Вохидов У.Н.**Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан*

Хронические фарингиты, по данным ряда авторов, встречаются у 3-5% взрослого населения и занимают одно из ведущих мест в амбулаторной практике врача-оториноларинголога и других специалистов. Патогенез атрофического фарингита зависит от степени нарушения биохимических процессов, протекающих в слизистой оболочке задней стенки глотки, и истощения ее защитно-приспособительных механизмов.

Целью данного исследования: явилось изучение особенностей течения различных форм хронического фарингита у детей.

Материалы и методы исследования: Нами было проведено клиническое обследование у 30 детей с хроническим фарингитом. Возраст детей колебался от 3 до 15 лет. Среди них- девочек- 43,75%, мальчиков- 56,25%. Таким образом, объектом нашего лечения и обследования явились дети дошкольного и школьного возраста. За основу распределения больных по формам хронического фарингита была взята рабочая классификация, в которой выделены наиболее важные в клиническом отношении формы хронического фарингита: катаральный (12 больных), гипертрофический (10 больных), субатрофический (8 больных).

Результаты обследования: Хронический катаральный фарингит чаще встречается в возрасте от 7 до 15 лет, а распределение детей по полу практически одинаково. Из семейного анамнеза известно, что у 18 детей кто-либо из родителей страдал заболеваниями верхних дыхательных путей (хронический тонзиллит, хронический фарингит, искривление носовой перегородки).

Основные жалобы больных этой формой хронического фарингита являлись: боль в горле, ощущения саднения, щекотания, першения в горле, постоянное покашливание, отхаркивание мокроты, особенно по утрам. Обычно эти жалобы усиливались после перенесенных простудных заболеваний.

Фарингоскопически у данной группы больных отмечались гиперемия (4-5 баллов), некоторая отечность и утолщение слизистой оболочки глотки, также поверхность слизистой оболочки задней глотки местами покрыта прозрачной или мутноватой слизью. В данной группе больных отмечался умеренный субфебрилитет у 3 детей. Изменения в общих анализах крови наблюдались у 1 больных (умеренный лейкоцитоз, небольшое ускорение СОЭ). В общем анализе мочи изменений не отмечалось.

Хронический гипертрофический фарингит преобладает в возрастной группе от 3 до 11 лет, распределение же детей по полу практически одинаково. Из анамнеза данной группы детей известно, что у 8 больного определялись аденоидные вегетации II- III ст., у 3 больных- в сочетании с гипертрофией небных миндалин. У 2 больных отмечался хронический тонзиллит. Заболевания придаточных пазух носа диагностировали у 1 больных синусит. Кроме того, у 1 больных выявлена гипертрофия нижних носовых раковин, а у 6 больных вазомоторный ринит.

При поступлении в клинику жаловались на першение, саднение, щекотание в горле, на постоянное покашливание, отхаркивание мокроты, особенно по утрам, боль в горле, на закладывание ушей, которое исчезает после нескольких глотательных движений.

Фарингоскопически у данной группы больных отмечались интенсивная гиперемия (5 баллов) и утолщение слизистой оболочки задней стенки глотки, застойные явления на слизистой оболочке задней стенки глотки, гиперсекреция слизи на задней стенке глотки, наличие округлых или продолговатых гранул красного цвета размером от 1- 2 до 3- 5 мм, а также гипертрофированные боковые валики. В общем анализе крови у 7 больных отмечалось небольшое ускорение СОЭ. Хронический субатрофический фарингит чаще встречается в возрасте от 12 до 15 лет, распределение же детей по полу практически одинаково.

Рассматривая жалобы больных при поступлении в клинику необходимо отметить, что отмечалась сухость в глотке, нередко затруднение глотания, жаловались на неприятный запах изо рта, першение, покашливание. Надо отметить, что при субатрофической и атрофической форме хронического фарингита жалобы часто не соответствуют фарингоскопической картине - они могут быть незначительными или даже отсутствовать при выраженных изменениях слизистой оболочки глотки и, наоборот, могут быть многообразными при небольших изменениях слизистой оболочки глотки.

Фарингоскопически отмечалось умеренное истончение и сухость слизистой оболочки задней стенки глотки, слизистая оболочка была достаточно бледной (1-2 балла), местами она имела «лакированный» вид, слизистая оболочка глотки была покрыта вязкой мокротой.

Анализируя особенности клинического течения различных форм хронического фарингита (катаральной, гипертрофической и субатрофической) у детей следует подчеркнуть, что катаральная и гипертрофическая формы хронического фарингита встречаются достаточно часто во всех возрастных группах, тогда как субатрофическая форма встречается чаще в возрасте от 12 до 15 лет, и, достаточно часто (75% больных), после перенесенной ранее адено-тонзиллэктомии.

Хронический фарингит как отдельная нозологическая форма встречался достаточно редко. Как правило, у детей диагностировали и аденоидные вегетации (48,2%), и хронический тонзиллит (16,0%), и искривление носовой перегородки (6,25%), вазомоторный и аллергический ринит (13,3%) и т.д. Обострения хронического фарингита обычно провоцировались простудными заболеваниями (62,3%) или обострениями заболеваний внутренних органов (18,7%).

Таким образом, следует вывод, что учитывая особенностей различных форм хронического фарингита необходимо правильный и индивидуальный подход к лечению патологии.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

Эргашев У.М., Аллаёров С.М., Раупов Б.М., Умрзоков Ш.К.

Республиканский специализированный научно-практический центр оториноларингологии и заболеваний головы - шеи

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Тимпаносклероз – патологический процесс, характеризующийся образованием в толще барабанной перепонки и слизистой оболочки среднего уха склеротических очагов. Тимпаносклеротические изменения встречаются при различных острых и хронических заболеваниях среднего уха и являются следствием дегенеративного поражения мукосепериоста (Чернушевич И. И. et al 2018) Тимпаносклероз выявляется у 5-33,3% людей, страдающих от хронического среднего отита или перенёсших острый отит в детском и юношеском возрасте. В большинстве случаев патология имеет одностороннюю локализацию (при этом чаще поражается левое ухо). У 23-30% людей старше 40 лет тугоухость связана с формированием склеротита. По данным авторов тимпаносклероз у женщин встречается в 1,6 раз чаще, чем у мужчин.

При гистологическом исследовании слизистой оболочки выявляются участки хронического катарального воспаления с преобладанием макрофагов, нейтрофилов и гигантских клеток Пирогова-Лангханса, а также участки

грубоволокнистой соединительной ткани, элементы кальцинатов. В отдельных случаях могут быть обнаружены элементы костной ткани и многослойные гиалиновые массы. Это доказывает, что тимпаносклероз не является морфологически завершённым процессом, а продолжает постепенно прогрессировать (A. Yazici et al 2017).

На сегодняшний день статистика по тимпаносклерозу очень скудная и сильно варьирует в данные различных авторов. Это объясняется пассивным выявлением тимпаносклероза, в том числе и в нашей стране. Выявление распространённости и сравнительный анализ результатами генетических исследований проявит свет в этиопатогенез тимпаносклероза.

Таким образом, оптимизация изучения клинко-генетических особенностей пациентов с тимпаносклерозом является актуальной задачей современной медицины, требующей комплексного подхода, внедрения инновационных технологий для своевременной диагностики.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ*Эргашев У.М., Аллаёров С.М.**Республиканский специализированный научно-практический центр оториноларингологии и заболеваний головы и шеи
Узбекистан*

Тимпаносклероз представляет собой хроническое заболевание среднего уха, характеризующееся рубцовыми изменениями барабанной перепонки и слизистой оболочки барабанной полости с образованием гиалиновых или кальцифицированных бляшек. Это заболевание является осложнением хронического среднего отита и может приводить к стойкому снижению слуха. В Узбекистане, как и во многих странах с жарким климатом, высокой плотностью населения проблема тимпаносклероза остается актуальной и требует серьезного внимания со стороны специалистов.

Согласно данным Республиканского научного центра оториноларингологии, в последние годы наблюдается стабильный уровень заболеваемости хроническими отитами, на фоне которых развивается тимпаносклероз. Заболеваемость хроническим средним отитом в Узбекистане составляет около 1,5–2% от общего числа обращений к оториноларингологу, и примерно у 20–30% таких пациентов диагностируются признаки тимпаносклероза. Особенно часто заболевание выявляется в сельских районах, где доступ к квалифицированной медицинской помощи ограничен, а пациенты обращаются за лечением на поздних стадиях болезни.

Факторы, способствующие развитию тимпаносклероза в Узбекистане, включают повторные острые отиты у детей, несвоевременное и неадекватное лечение воспалительных заболеваний уха, а также низкий уровень санитарной культуры и недостаточную осведомленность населения о необходимости обращения к врачу при первых симптомах.

Учитывая, что климат страны способствует частым респираторным инфекциям, особенно в осенне-зимний период, риск осложнений в виде тимпаносклероза у предрасположенных лиц возрастает.

Возрастная группа, наиболее подверженная развитию тимпаносклероза, — это трудоспособный слой населения, но некоторые способствующие факторы начинают воздействовать с детского возраста, например, перенёсшие в раннем возрасте острый и хронический средний отит. Во людей старшего возраста заболевание часто диагностируется случайно, на профилактических осмотрах или при обращении по поводу прогрессирующей тугоухости. Кроме того, существует проблема недостаточной диагностики: не все лечебные учреждения в регионах оснащены необходимым оборудованием для проведения отомикроскопии и тимпанометрии, что затрудняет раннее выявление заболевания. На сегодняшний день не было проведена масштабные исследования по встречаемости тимпаносклероза в различных регионах Республики, которое может проявить свет в этиопатогенез патологии.

Таким образом, тимпаносклероз остаётся значимой медико-социальной проблемой в Узбекистане, особенно в регионах с ограниченными ресурсами. Для улучшения ситуации требуется комплексный подход, включающий профилактику, раннюю диагностику и эффективное лечение, а также развитие инфраструктуры оториноларингологической помощи.

ИККИ ТОМОНЛАМА ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ АТРЕЗИЯСИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА РОНТО БОЙЛАМАСИ САМАРАДОРЛИГИ

Юсупова С.Р., Хасанов У.С.

Болалар миллий тиббиёт маркази

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

Ўзбекистон

Қулоғида ривожланиш нуқсонлари бўлган болаларда эшитиш функциясини тиклаш мураккаб вазифа бўлиб, сурдологлар, жарроҳ-оториноларингологлар ва сурдопедагогларнинг ҳамкорлиқдаги ишини талаб қилади. Қулоқ нуқсонлари ЛОР амалиётида учрайдиган барча туғма нуқсонларнинг 50% ини ташкил қилади (H.Weerda, 2004). Ўрта қулоқнинг туғма нуқсонлари билан боғлиқ бўлган эшитиш патологияси бутун аҳолининг 1-6% ида аниқланади ва ЛОР аъзолари барча ривожланиш аномалияларининг 22% ни ташкил қилади.

Ташқи эшитув йўлининг туғма атрезиясида чакка суяклари тузилишининг анатомик хусусиятлари хилма-хиллиги ва жарроҳлик даволашда қониқарсиз натижалар ҳамда асоратларнинг юқори эҳтимоллигини ҳисобга олган ҳолда, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, бемор болаларни янги даволаш усуллари, унга тайёргарликни ва даволашдан кейинги реабилитацияси ишлаб чиқиш масаласи долзарб бўлиб қолмоқда. Болаларда қулоқ туғма нуқсонлари кенг тарқалган касаллик ҳисобланмайди. Популяцияда қулоқ туғма нуқсонларининг частотаси ҳар 10000 кишига 0,5-0,6 ни ташкил қилади. Бироқ, бу маълумотлар алоҳида симптомлар улушини ҳисобга олмаган ҳолда тақдим этилган.

Қулоқнинг ривожланиш аномалияларида жарроҳлик даволаш тактикасини ва мақсадга мувофиқлигини аниқлаш учун турли хил таснифлар ишлаб чиқилган. Уларнинг кўпчилиги чакка суякларининг компьютер томограммалари натижаларига асосланган ва жарроҳлик даволаш натижаларини олдиндан прогноزلаш учун мўлжалланган.

Эшитиш аъзосининг турли аномалиялари орасида ташқи эшитув йўлининг атрезияси (ТЭИА) ва бу нуқсон билан бирга кечадиган эшитиш суякчаларининг тўлиқ ривожланмаслиги ёки йўқлиги, ўрта ва ички қулоқнинг суякли битишмалари кўп учрайди. Туғма сенсоневрал эшитиш заифлиги бўлган беморларнинг 20%да ички қулоқ нуқсонлари учрайди.

Ҳозирги вақтда ташқи қулоқ ривожланишининг қўшма нуқсонлари бўлмаган туғма узанги аномалияларида гипопатология ва ўтказиладиган жарроҳлик аралашувлари натижалари ҳақида кўплаб тадқиқотлар мавжуд. Шу билан бирга, жаҳон адабиётларида алоҳида учрайдиган ўрта қулоқ аномалияларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг ягона тактикаси мавжуд эмас, аксарият муаллифлар жарроҳлик даволашни оссикүлопластиканинг турли хил вариантларига боғлайдилар.

Яқин вақтгача ички қулоқ ривожланишининг кўплаб аномалиялари кохлеар имплантацияни ўтказишга қатъий қарши кўрсатма бўлар эди. Хусусан, бу орқа тимпанотомияда сигмасимон синус ва юз нерви жойлашувидаги баъзи аномалияларда ногора бўшлиғи тузилмаларининг етарли даражада кўриб бўлмаслиги билан боғлиқ эди. Ички қулоқ суяк ва пардали тузилмаларини кўриш усуллариининг такомиллаштирилиши туфайли бундай аралашувлар амал-

га оширила бошланди, аммо фақат айрим ҳоллардагина ўтказилади. Кохлеар имплантацияни амалга ошириш учун ички қулоқ тузилмаларига муқобил ёндашувлар ишлаб чиқилди.

Эшитиш фаолияти бузилган болалар ва ўсмирларни реабилитация қилиш муаммоси ҳозирги кунда алоҳида аҳамият касб этмоқда. Бу эшитиш қобилияти бузилган одамлар сонининг кескин кўпайиши, шунингдек, умуман тератоген касалликлар ва хусусан эшитиш аъзоси аномалиялари бўлган болалар сонининг ортиши билан боғлиқ.

Ҳозирги вақтда бутун дунёда туғма ва ирсий патологиялар профилактикасининг учта даражаси: бирламчи, иккиламчи ва учламчи даражалари мавжуд. Профилактиканинг дастлабки икки босқичи педиатрлар, генетиклар ва бошқа мутахассислар ихтиёрида қолса, профилактиканинг учинчи босқичида, яъни патологияли болаларга йўналтирилган ва туғилгандан кейинги даврдаги тегишли реабилитация ва коррекция орқали касаллик асоратларини бартараф этишдан иборат бўлган босқичда отохирурглар ва пластик жарроҳлар муҳим роль ўйнайди.

Сўнгги ўн йилликларда жаҳон оториноларингологиясида ташқи ва ўрта қулоқнинг ривожланиш нуқсонлари бўлган болаларда реконструктив жарроҳлик бўйича катта тажриба тўпланди. Бу муаммо тикловчи жарроҳликда долзарб ва мураккаб масала ҳисобланади.

Болалар оториноларингологиясида мавжуд бўлган эшитиш, нутқ ва интеллектуал ривожланишида нуқсонли бўлган болалар ва ўсмирларни реабилитация қилишнинг илмий-амалий муаммоси жамиятимизни инсонпарварлаштириш жараёнлари билан боғлиқ ҳолда алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Маълумки, эшитиш қобилиятининг пасайиши нутқ ривожланишининг кечикишига олиб келади, талаффуз нуқсонларининг пайдо бўлишига сабаб бўлади, тафаккур ривожланишига салбий таъсир кўрсатади ва доимий депрессия ҳолатини келтириб чиқаради. Бу эса руҳий бузилишларга ва болалар ҳамда ўсмирлар умумий ривожланишининг пасайишига олиб келади. Шу сабабли, патологик ўзгарган эшитув аъзоси реконструктив-реабилитацион жарроҳлигининг замонавий усуллариини излаш масаласи долзарбдир.

Ушбу муаммонинг долзарблиги ҳеч қандай шубҳа туғдирмайди. Ҳозирги вақтда қулоқ ривожланишида туғма нуқсонли бўлган болаларни реабилитация қилишда генетиклар, сурдопедагоглар, фониатрлар, психологлар, неврологлар иштирокида эшитишни протезлаш билан биргаликда жарроҳлик йўли билан даволаш муҳим ижтимоий-психологик аҳамиятга эга.

Ҳаётнинг дастлабки икки йили (2 ёшгача бўлган давр) нутқни эгаллаш учун энг муҳим давр ҳисобланади. Бу даврда эшитиш қобилияти оғзаки нутқнинг ривожланишида асосий аҳамиятга эга бўлади. Эшитиш қобилияти ва

имкониятининг етишмаслиги когнитив функцияларнинг ривожланишида кечикишга, психологик муаммоларга, травматик ҳолатларнинг юқори эҳтимолига ва саводсизликка олиб келиши ҳақида маълумотлар тобора кўпайиб бормоқда. Шундай қилиб, эшитиш қобилияти бузилган болалар учун эрта тиббий аралашув зарур. Микротия ва атрезия бўлган беморларда кўпинча ўзини паст баҳолаш ва ижтимоий дисфункция кузатилади. Бундай болаларга ташқи кўринишини яхшилаш учун эшитиш реабилитацияси ва қулоқ супрасининг косметик реконструктив жарроҳлиги талаб қилинади.

Ҳозирги кунга қадар суяк ўтказувчанлиги эшитиш аппаратларидан фойдаланиш эшитиш реабилитациясининг энг ишончли усулларида бири бўлиб қолмоқда. Суяк ўтказувчанлиги эшитиш аппаратлари Softband юмшоқ боғичи ёрдамида бошга маҳкамланади. Шундай қилиб, калла суяги товуш сигналини бевосита ички қулоққа узатади. Суяк фиксациясига эга имплантацияланган эшитиш аппаратлари титан имплантат ёрдамида товушни узатади, у вибрация ўзгартиргичини тери ости абатменти орқали бош суяги билан боғлайди. Бунда операцияни ўтказиш муддатлари ва имплантация қилинаётган суяк ўтказувчанлиги эшитиш аппаратининг жойлашуви жуда муҳимдир.

Шу сабабли, ташқи ва ўрта қулоқнинг туғма нуқсонлари бўлган болаларда эшитишни протезлаш замонавий оториноларингологиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Понто юмшоқ бандидан фойдалангандан сўнг туғма икки томонлама эшитиш атрезияси бўлган болаларнинг эшитиш ривожланиши ва самарадорлигини баҳолаш ва уларни нормал эшитиш қобилиятига эга болалар билан солиштириш.

Тадқиқот материали: Икки томонлама эшитиш атрезияси бўлган 20 нафар бемор (3 ойдан 21 ойгача бўлган ёш) ўрганилди. 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.

Тадқиқот натижалари: Беморларнинг ўртача ёрдамсиз суяк ўтказувчанлиги эшитиш чегараси ($17,5 \pm 5,9$) dB nHL, ҳаво ўтказувчанлигининг ўртача эшитиш чегараси эса ($72,5 \pm 9,3$) dB nHL, 5 беморнинг ўртача ВРА эшитиш чегараси ($30,5 \pm 5,9$) dB nHL ни ташкил қилади. IT-MAIS жами, аниқлаш ва идрок этиш кўрсаткичлари, айниқса, Ponto юмшоқ бандини тақиб, нормал даражага яқинлашгандан сўнг яхшиланади.

Хулоса: Софтбанд Ponto икки томонлама атрезияси бўлган чақалоқлар учун жавоб беради. Эшитиш қобилиятини ривожлантириш бўйича ушбу тест натижалари аъло даражада. Софтбанд Ponto темпорал суяк этарлича қалин бўлганда жарроҳлик имплантатсияси учун кўприк сифатида ишлатилиши керак.

АТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ

Якубов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Узбекистан

Атрофический ринит представляет собой хронический воспалительный процесс, для которого характерна атрофия слизистой оболочки полости носа с вовлечением в патологический процесс желез, носовых раковин и элементов периферической иннервации носа. К сожалению, на современном уровне развития медицины диагностика хронического атрофического ринита затруднена. Количество антропогенных факторов у жителей города увеличивается с каждым годом. Следует отметить, что каждая патология является поликаузальной, и можно лишь отметить долю того или иного фактора в патогенезе заболевания. Это требует разработки новых подходов в ведении больных с этой патологией.

Цель данного обзора: является изучение актуальных вопросов лечения атрофического ринита.

Материал обзора: составил научные публикации за последние 10 лет, опубликованных в международных базах E-library, Scopus и Web of Science. На сегодняшний день не было проведено масштабных исследований по встречаемости тимпаносклероза в различных регионах Республики, которое может проявить свет в этиопатогенез патологии.

Результаты обзора и их обсуждение: Таким образом, тимпаносклероз остаётся значимой медико-социальной проблемой в Узбекистане, особенно в регионах с ограниченными ресурсами. Для улучшения ситуации требуется комплексный подход, включающий профилактику, раннюю диагностику и эффективное лечение, а также развитие инфраструктуры оториноларингологической помощи.

Разработка методов лечения хронического атрофического ринита ставит своей целью сокращение сроков нетрудоспособности пациентов и улучшение качества их жизни.

Для очищения полости носа от корок, отделяемого, микроорганизмов и пыли с античных времен применяется промывание полости носа растворами минеральных солей и морской водой. Известно промывание носоглотки по Проетцу и Бахону, методики достаточно неприятные для пациента.

Ингаляционная терапия в комплексном лечении хронического атрофического ринита занимает одно из ведущих мест, при этом лекарственное вещество попадает в организм физиологическим путем во время дыхания, дает непосредственный местный лечебный эффект за счет быстрого всасывания, депонируется в лимфатической системе. В результате дробления раствора на мелкие частицы резко увеличивается активная поверхность взаимодействия раствора с СОН.

Для большинства неблагоприятных производственных факторов первичным является раздражающее и прижигающее воздействие на слизистую оболочку с развитием местного ацидоза. В связи с этим с первого дня поступления рабочего на производство рекомендуют назначать профилактические ингаляционные процедуры с введением лечебно-профилактических медикаментоз-

ных препаратов. Для стабилизации pH слизистой оболочки, нейтрализации кислотных радикалов применяют тепловлажные щелочные ингаляции 2 % раствора натрия гидрокарбоната или 1% раствора натрия хлорида. Для рабочих промышленных предприятий, учитывая их инертное отношение к посещению ингаляториев, рекомендована организация при производственных гигиенических банях парных с дозированной подачей для каждой моющейся смены пара 1 % раствора натрия хлорида или 2 % раствора натрия гидрокарбоната.

Наряду с проведением профилактического лечения это позволяет максимально высвободить ингаляционные установки для проведения лечебных процедур рабочим с уже имеющимися заболеваниями дыхательного тракта, разжижают слизь и способствуют ее эвакуации. Некоторыми авторами они рекомендованы даже лицам, работающим с едкими основаниями.

Для профилактики механических и химических нарушений целостности слизистой оболочки и защитных механизмов дыхательных путей, предотвращения осмоса токсических веществ и канцерогенов или развития на местах внедрения пылевых частиц очагов хронического воспаления и метаплазии тканей рекомендуется ингаляционное введение презервирующих и антидотных препаратов.

При промывании носа растворы контактируют с СОН слишком коротковременно для получения терапевтического эффекта, так как они быстро стекают в глотку, и оказывают преимущественно очищающее действие. В настоящее время предложено несколько препаратов на основе морской воды, упакованные во флаконы для распыления. Однако, применение данных растворов достаточно дорогостояще, что затрудняет внедрение профилактических методик на здравоохранительных пунктах металлургического предприятия. Известно применение 1-3% растворов нативной морской соли в терапии хронического ринита, однако самостоятельное приготовление раствора точной концентрации достаточно затруднительно. Кроме того, состав морской соли значительно варьируется в зависимости от места добычи.

Применение ингаляций и орошений носа минеральной водой давно известно. Рекомендуют орошения носовой полости и ингаляции минеральными водами местных источников при лечении хронического ринита. В терапии атрофического ринита у рабочих металлургической промышленности применение ингаляций позволяет увлажнить СОН, удалить корки, что способствует регенерации.

Промывание полости носа изотоническим раствором стандартно (хотя и при отсутствии достаточной доказательной базы) используется в лечении различных заболеваний полости носа и околоносовых пазух. В связи с отсутствием в составе веществ, способных вызвать побочные эффекты, эти препараты не требуют четкого дозирования.

Традиционно для лечения атрофического ринита применяются растительные масла и масляные растворы витаминов. Однако, применение в комплексном лечении вита-

минов А, Е и β -каротина, назначенное в профилактических целях, не показало улучшения состояния СОН у жителей промышленного города по данным цитологического исследования.

Таким образом, следует вывод, что изучение вопросов атрофического ринита является актуальным и требует дальнейших исследований.

OROL BOYI XUDUDIDA YASHOVCHI ESHITISH PAST BEMORLARNI SURDOLOGIYA XONASI ARXIV MA'LUMOTLAR ASOSIDA O'RGANISH (XORAZM VILOYATI MISOLIDA)

Avezov M.I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urgench filiali

Ўзбекистан

Kirish: Jahon sog'liqni saqlash ma'lumotiga ko'ra 2030-yilga borib eshitish pastligi va u bilan bog'lik kasalliklar hozirgi kunga qaraganda 30% oshishi kutilmokda. Eshitish pasayishi bilan bog'lik kasalliklarning 70% ni aynan sensonevral tipdagi eshitish pastligi tashkil kiladi. Shuningdek xar tug'ilgan 1000 boladan bittasi kar soqov bo'lsa, oxirgi 2 yilda bu ko'rsatkich 2-3 bolani tashkil kilmokda.

Aynan eshitish bilan bog'liq bo'ladigan muammolar insonning turmush tarziga va mexnatga layokatligiga ta'sir kilmadan kolmaydi. Aynan shu nuqtai nazardan inson eshitishining me'yorida bo'lishi muhim ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqotning maqsadi: eshitish pastligi bor bemorlarni audiologik tahlil materiallari asosida tarqalishini o'rganish.

Materiallar va tadqiqotning maqsadi: Xorazm viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazi va TTA Urganch filiali klinikasi LOR-bo'limi surdolog xonasiga 2020-2024-yillar mobaynida 5970 ta bemor murojaat qilgan. Barcha bemorlarning shikoyati, kasallik anamnezi, xayot tarzi to'liq o'rganilib, otoskopiya, kamertonal, audiologik tekshiruv (Amplivox, Buyuk Britaniya) audiometri va timpanometriya (Interacoustic Daniya) apparati orqali o'tkazildi.

Olingan natijalar: Murojaat qilgan bemorlardan shahar aholisi 1833 ta bemor (30.7%), qishloq aholisi 4137 ta bemor (69.3%) ekanligi aniqlandi. Bemorlarning jinsga nisbatan tarqalishi o'rganilganda erkaklar 3409 ta bemor (57.1%), ayollar 2561 ta bemor (42,9%) tashkil qilishi aniqlandi. Tekshirilgan bemorlarning yashash joyiga qarab o'rganilganda eng yuqori ko'rsatkich Urganch shahri aholisiga va eng past ko'rsatkich Xazorasp tumaniga to'g'ri kelishi aniqlandi. Shuningdek, bemorlar murojaati yillar kesimida tahlil qilinganda oxirgi yillarda kasallik ko'rsatkichi nisbatan oshib borayotganini kuzatildi. Bunday kasallikning o'sish sur'ati JSST bashoratiga mos kelishi aniqlandi.

Jahon Sog'liqni Saqlash tashkilotining yoshga bog'liq tasnifi asosida murojaatlar o'rganilganda 24 yoshgacha 896 nafar, 25-44 yoshda 1075, 45-60 yoshda 2388, 61-75 yoshda 1492, 75-90 yoshdagi 119 nafar bemorda turli xildagi kasalliklar aniqlandi.

Bemorlar murojaatining kasallik nazologik tashxislari o'zaro taqqoslab o'rganilgan quloqning yiringsiz kasalliklari orasida sensonevral tipdagi eshitish pastligi boshqa kasalliklarga qaraganda ko'proq uchrashi aniqlandi. Shuningdek eshitish pastligini tiplari audiologik tashxislarining o'zaro nisbati o'rganilganda konduktiv tip 24 foiz, sensonevral tip 42 foiz, aralash tip 34 foiz xolatda uchrashi qayd etildi.

Shuningdek, o'tkazilish ko'rsatmalariga qarab murojaat qilgan umumiy bemorlarning 70 foizida timpanometriya tekshiruvi o'tkazildi.

Timpanometriya taxlillarga ko'ra bemorlarning 48 foizida Tip A, 36 foizida Tip S va 18 foizida Tip B ekani aniqlandi.

Audiogramma taxlili orqali sensonevral eshitish pastligi qayd etilgan barcha bemorlar timpanometriya tekshiruvidan o'tkazilganda, barcha bemorlarda Tip A xulosasi olindi.

Shuningdek, o'rganilgan yillar mobaynida murojaat qilgan 3 yoshgacha bo'lgan 100 dan ortiq bolalar KSVP tekshiruviga yuborilgan.

Xulosa: A kasallik ayollarga nisbatan erkaklarda ko'proq uchrashi, shuningdek keyingi yillar eshitish pastligi sensonevral tipdagi shakli sur'ati nisbatan o'sayotganligi aniklandi.

Tavsiya: shunday ekan, xomilador ayollarning tibbiy madaniyati yuksak bo'lishi, va 40 yoshdan oshgan bemorlar har 6 oyda quloq, tomoq va burun kasalliklari shifokoridan tibbiy ko'rikdan o'tishini taqozo qiladi. Zero, inson salomatligi har narsadan ustun!

OTOTOXIC SIDE EFFECTS OF PLATINUM-BASED CHEMOTHERAPEUTIC DRUGS IN EXPERIMENTAL CONDITIONS*Bakhadirova I.B., Arifov S.S.**Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers
Uzbekistan*

Introduction: Platinum-based chemotherapeutic agents are widely used in the treatment of malignant neoplasms. Representatives of this group of drugs, such as cisplatin and carboplatin, have such side effects as nephrotoxicity, neurotoxicity, ototoxicity, in addition, they cause myelosuppression. Ototoxicity is manifested by unilateral or bilateral hearing loss, which may be accompanied by tinnitus.

The purpose of the study: To compare the ototoxic effect of platinum-containing chemotherapeutic agents on laboratory rats using objective methods for studying hearing.

Material and research methods: We conducted an experimental study of the effect of cisplatin and carboplatin on the inner ear of laboratory rats in therapeutic doses close to clinical conditions. The use of the maximum therapeutic doses of chemotherapy drugs will provide an opportunity to better understand the mechanisms underlying the differential ototoxicity of these two platinum-containing anticancer drugs. Based on this, the following groups were formed:

1. The main group (n=10) - intraperitoneal administration of cisplatin (1 mg/ml) 5 mg/kg/day;

2. The comparison group (n=10) - intraperitoneal administration of carboplatin (10 mg/ml) 10 mg/kg/day;

3. The control group (n=10) - intraperitoneal administration of 0.9% sodium chloride solution 3 ml/kg; Experimental rats underwent 3 courses of drug administration, separated by 14 day breaks. During one course of chemotherapy, the drug was administered once a day, four consecutive days of injections of platinum-containing drugs. In total, the entire experiment lasted 54 days. The Preyer reflex was assessed according to the method of K.L. Khilova et al. Hearing testing of rats included recording of short-latency auditory evoked potentials (ABR) before and after drug administration. ABR was performed using the Neuro-Audio apparatus (Neurosoft, Russia).

Results obtained: After completion of the 1st course of treatment in the control group, upon otoscopy, the eardrums of all rats were pearly gray in color and pale. The Preyer reflex is alive and responds to sounds. Assessment of hearing thresholds based on the results of the ABR showed that the average indicators of the appearance of the first peak were 16.3 ± 2.1 . Analysis of the data showed that wave I was recorded in all cases and had a consistently high amplitude. Wave V also differentiated in all laboratory animals.

The main group received a course of chemotherapy with the drug cisplatin (1 mg/ml) at a dosage of 5 mg/kg for 5 days. After completion of chemotherapy, no otoscopic changes were observed. Extinction of the Preyer reflex was observed in 2 rats. The results of the ABR showed the presence of all waves in the examined laboratory animals. In 2 rats, according to the ABR data, there was a decrease in the amplitude of the first peak, without a significant change in the peripheral conduction time.

A comparison group of laboratory animals that were administered carboplatin at a dosage of 8 mg/kg had similar indicators to the control group; no pathological indicators were observed.

After a 14-day break, laboratory rats had their body weight measured and began a second (2nd course) course of chemotherapy with platinum drugs. Results of assessing auditory function in experimental animals after the second course of drug administration: In the control group, otoscopy did not reveal any pathologies, the Preyer reflex was alive. The results of the ABR also corresponded to the norm, i.e. registration of all waves of consistently high amplitude.

In the main study group, in laboratory rats treated with cisplatin, extinction of the Preyer reflex was observed in 4 rats, and no peaks of ABR were recorded in them. In the remaining animals, analysis of the ABR results showed an increase in peak registration thresholds, a decrease in the amplitude of the first peak, without a significant change in the peripheral conduction time.

In the comparison group, otoscopy was normal; extinction of the Preyer reflex was observed in 1 animal. When assessing hearing thresholds using ABR, the presence of the first peaks was noted at an intensity of 28 ± 6 . Wave I was recorded in all cases and had a stable amplitude.

14 days after the second course of chemotherapy, we started the third course of chemotherapy with platinum drugs. In the main group, after three courses of cyclic administration of drugs at therapeutic concentrations, in 5 laboratory rats receiving cisplatin, complete extinction of the Preyer reflex was observed. ABR showed that at five of the six frequencies tested, threshold shifts in animals treated with cisplatin were significantly higher than in the control and comparison groups of rats. Larger threshold shifts were observed at higher frequencies. According to the results of a hearing study using the ABR method after the 3rd course of chemotherapy with cisplatin, 5 laboratory rats showed an increase in hearing thresholds and an upward change in wave latency values. The average threshold values in rats treated with cisplatin were 59.82 ± 0.08 dB. The first peak was recorded in all cases, but its latency increased and amounted to 1.88 ± 0.02 ms. There was a tendency towards a decrease in waves II, III, IV and V.

Summary: After comparing auditory dysfunction in laboratory rats treated with cisplatin and carboplatin, our results showed a marked increase in thresholds in rats treated with cisplatin. These results indicate the death of outer hair cells. No changes in auditory function were observed in rats treated with carboplatin. The occurrence of different degrees of ototoxicity between these two platinum-containing drugs indicates different degrees of platinum uptake by the cochlea.

YUQORI JAG' BO'SHLIG'I KISTALARINING TARQALISHI VA KLINIK KO'RINISHLARI

Djuraev J.A., Mirzaev S.P., Soatov I.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

O'zbekiston

Otorinolaringologlar amaliyotida eng ko'p uchraydigan yiringsiz kasalliklardan biri burun yondosh bo'shliqlari kistalari hisoblanadi. Yuqori jag' boshlig'i kistasining o'lchamlari har doim ham u keltirib chiqaradigan alomatlarining og'irligi bilan bog'liq emas. Bosh og'rig'i bo'shliq shilliq qavatining nerv tolalariga kistoz suyuqlikning mexanik bosimi natijasida paydo bo'ladi. Biroq, yuqori jag' boshlig'i kistalarida bosh og'rig'ini faqat mexanik og'riq bilan bog'lash mumkin emas. Kistoz suyuqlikning nerv tolalariga bosimi burun va burun yondosh bo'shliqlari allergik kasalliklarida bosh og'rig'i mexanizmi yetarlicha o'rganilmagan, murakkab va noaniq. Bosh og'rig'i signalizatsiyasi bilan bog'liq himoya mexanizmlari reflektor faoliyatning o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi: bemorlar ta'sirlanish va depressiya holatida bo'ladilar. Bemorlarning 10% holatlarida qarama-qarshi tomonda, ya'ni kistalar yo'q joyda bosh og'rig'ini qayd etadilar.

Yuqori jag' boshlig'i kistalari bo'lgan bemorlarda ko'pincha o'rtavapastkiburunchig'anoqlarining shishishi, shilliq qavatning ko'karishi kuzatiladi. Allergik kasalliklar fonida yuzaga keladigan yengil fangiektatik kistalarda bosh og'rig'i patogenezida asosiy ta'sir etuvchi omil sifatida mexanik emas, balki gumoral omilni ko'rsatish mumkin, bu asosan sezgir nerv oxirlariga bevosita ta'sir ko'rsatadigan turli xil biologik faol moddalarning (gistamin, serotonin, yallig'lanishga qarshi interleykinlar, leykotriyenlar va boshqalar) ajralishi bilan belgilanadi. Barcha shikoyatlar butun organizmning allergik holatiga bog'liq bo'lib, limfangiektatik kistaning shakllanishi faqat mahalliy ko'rinishdir.

Retension kistalar ko'pchilik hollarda simptomsiz o'tadi, bemorlarda bosh og'rig'i kista kattalashib borgan sayin

paydo bo'laveradi. Bosh og'rig'ining paydo bo'lishi bo'shliq shilliq qavatining nerv tolalariga kistoz suyuqlikning mexanik bosimi natijasida yuzaga keladi. Katta retension kistalari bo'lgan bemorlarda bosh og'rig'idan tashqari, kista tomonida burundan nafas olishning qiyinlashishi kuzatiladi. Bosh og'irligi, asabiylashish kabi umumiy belgilar, uyquning buzilishi, bosh aylanishi ham retension kistalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Tish kistalari kelib chiqishiga ko'ra quyidagilarga bo'linadi: radikulyar (ildiz atrofi) va follikulyar: Follikulyar kistalarning yallig'lanish kelib chiqishi haqida taxmin mavjud, chunki sut tishining yallig'lanishi jarayonning boshlang'ich nuqtasi bo'lib xizmat qilishi mumkin, murtaklar esa jarayonga ikkilamchi tarzda jalb etiladi: Odontogen kelib chiqishga ega kistalarda quyidagi mahalliy o'zgarishlar kuzatiladi: karioz tishlar, qattiq tanglayning pastga tushishi, yuz devorining bo'rtib chiqishi tufayli yuz asimmetriyasi: tish kistasi tishlar bo'lmagan hollarda kistani tish ildizidan ajratib olish natijasi bo'lishi mumkin. Tish kistalari dastlabki bosqichlarda asimptomatik kechadi, keyinchalik yonoq sohasidagi og'irlik, bosh og'rig'idan shikoyatlar paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda uch shoxli nervni bosish bilan bog'liq og'riqlar, kista tomonida ko'z yoshi paydo bo'ladi. Odontogen kistalar yiringlaganda og'iz dahlizi, lunj, ko'zning ichki burchagi sohasida o'ziga xos oqmalar paydo bo'ladi.

Retension va limfangiektatik kistalar yuqori jag' boshlig'ining har qanday qismida paydo bo'lishi mumkin, odontogen kistalar esa har doim uning tubida, alveolyar bo'shliqda joylashadi, ba'zan katta o'lchamlarga yetib, butun bo'shliqni to'ldiradi va uning suyak devorlarining yemirilishiga olib keladi.

YUQORI JAG' BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI*Djuraev J.A., Mirzaev S.P., Soatov I.O.**Toshkent tibbiyot akademiyasi**O'zbekiston*

Yuqori jag' boshlig'i shilliq qavatini o'rganishga qiziqish bejiz paydo bo'lmagan. Bu ko'pincha yallig'lanish xususiyatiga ega patologik jarayonlar yuzaga kelishi bilan bog'liq bo'lib, burun yondosh bo'shliqlarining intrakranial bo'shliq bilan chambarchas anatomik va fiziologik aloqasi bo'shliqlardagi ushbu jarayonlar bilan bog'liq turli nevrologik buzilishlarning rivojlanish ehtimolini tushuntiradi. Ichki tomondan yuqori jag' boshlig'i shilliq parda bilan qoplangan bo'lib, u suyak devoriga zich yopishib turadi va uning shaklini takrorlaydi. Yuqori jag' boshlig'i shilliq qavatida uchta qatlamga ajratiladi:

1 - butun uzunligi bo'ylab shilliq pardani qoplab turadigan kiprikli ko'p qatorli epiteliy;

2 - xususiy shilliq parda - shilliq pardaning biriktiruvchi to'qimali asosi;

3 - shilliq-suyak usti qavati.

Burun yondosh bo'shliqlarida shilliq qavati bezlari, ayniqsa seroz bezlar kam uchraydi, burun bo'shlig'i shilliq qavatiga qaraganda kamroq zich innervatsiyalanadi va tarkibida ancha kam peptid neyronlari mavjud. Masalan, burun yondosh bo'shliqlari tekshirilganda shilliq qavatidagi bezlar soni har bir bo'shliqda 50-100 tadan oshmaydi, burun bo'shlig'i shilliq qavatida esa 100000 dan ortiq. Burun yondosh bo'shliqlarida

shilliq qavatidagi bezlar soni kistoz shikastlanishlarning chastotasi va og'irligi bilan bevosita bog'liq. Eng ko'p bezlar aynan yuqori jag' boshlig'ida, eng kam bezlar esa peshona qismida joylashgan. Yorug'lik mikroskopidagi ma'lumotlariga ko'ra, yondosh bo'shliqlar shilliq qavati burun bo'shlig'i shilliq qavatidan yupqaroq, uning qalinligi hamma joyda bir xil emas va yondosh bo'shliqlarda o'zgarib turadi (100-800 mkm gacha), bu biriktiruvchi to'qima qatlaminin qalinligiga, bezlar va qon tomirlar soniga bog'liq. Ayniqsa, bo'shliqning medial devori va chiqarish teshigi sohasida qalin bo'ladi.

Yuqori jag' boshlig'i shilliq qavatining qoplovchi epiteliysi ko'p qatorli silindrsimon hilpillovchi epiteliydan iborat bo'lib, butun uzunligi bo'ylab shilliq qavatni qoplaydi. U o'rta burun yo'li epiteliysidan rivojlanadi va nafas olish epiteliysi bilan bir xil yo'nalishda shakllanadi. Biroq, uning qalinligi burun bo'shlig'i shilliq qavati epiteliysining qalinligidan yupqaroq. Kiprikchalar bilan ta'minlangan uzunchoq konussimon hujayralar - hilpillovchi hujayralar eng yuza joylashgan bo'lib, burun yondosh bo'shliqlarida va umuman yuqori nafas yo'llari fiziologiyasida muhim rol o'ynaydi va himoya vazifasini bajaradi.

A NEW ENDOSCOPIC TRANSCANAL HYBRID METHOD OF LABYRINTHECTOMY: TECHNIQUE AND CASE REPORT

Ergashev J. ^{1,2}, Moon InSeok ¹, Amonov Sh. ²

Department of Otorhinolaryngology, Yonsei University Health System. Seoul South Korea

*Department of Otorhinolaryngology, Tashkent Pediatric Medical Institute
Uzbekistan*

Background: A labyrinthectomy is a surgical procedure of removing the neuroepithelial elements of the semicircular canals and vestibule to manage intractable and refractory Ménière's disease. Transcanal Endoscopic Labyrinthectomy (TEL) is a novel and less invasive method of labyrinthectomy that ablates abnormal signals from the vestibular system.

TOjective: To describe the technique of TELE in the example of our intractable Ménière's disease case.

Case: A 63-year-old female with intractable and refractory Ménière's disease despite conservative treatment and chemical labyrinthectomy.

Interventions: Transcanal endoscopic labyrinthectomy. Main Outcome Measure: Subjective vertigo control, surgical morbidity.

Results: Improved transcanal endoscopic view and exclusive techniques provided a wide exposure of the tympanic cavity. Oval window identified and incudostapedial joint separated.

Following the stapes gently removed and moved aside. Perilymph arising from the oval window was aspirated, and gentamicin was injected through the oval window. The stapes was reimplanted to the oval window and edges between the oval window and stapes filled with fibrin glue.

Conclusion: Transcanal Endoscopic Labyrinthectomy is a less invasive competing alternative to transmastoid labyrinthectomy, which may be a preferable option for patients with failed chemical labyrinthectomy and ipsilateral deafness due to Ménière's disease. Our study slightly modifies the previous two works by reimplanting the stapes to the oval window and, in the meantime, confirms the effectiveness of the TEL approach. Nevertheless, further studies are needed to determine the advantages and disadvantages of the current approach.

PRELIMINARY RESULTS OF TREATMENT OF PEDIATRIC ADENOTONSILLAR HYPERTROPHY WITH IRE (IRREVERSIBLE ELECTROPORATION)

Khasanov U.S., Vokhidov U.N., Matmurov Z.S., Xudayberganov U.R.

*Republican Specialized Scientific and Practical Center of Otorhinolaryngology and Head and Neck Diseases
Uzbekistan*

Objective: To evaluate the safety and efficacy of IRE technology for the treatment of pediatric adenotonsillar hypertrophy

Study Design: Prospective, before and after procedure

Method: A new technology of non-thermal tissue ablation IRE (ENTire™) was evaluated for adenotonsillar hypertrophy in 12 children aged 5 to 13 years with upper airway obstruction. Six patients underwent adenotonsillar reduction and 6 underwent adenoid reduction. The procedure was performed under general anesthesia. Postoperative pain was assessed daily for one week using the Wong-Baker Faces Pain Scale. Improvement in quality-of-life parameters were evaluated using the Obstructive Sleep Apnea (OSA-18) questionnaire and the Pediatric Sleep Questionnaire - Sleep-Related Breathing Disorder (PSQ-SRBD) questionnaire at baseline and 1-month post-procedure. Tonsillar size was assessed using the Brodsky grading scale.

Results: Procedure time took less than a minute per tonsil

with no intra or post operative bleeding. Postoperative pain on the first day ranged from 2 to 5 (mean $\pm$ SD 3.0 ± 0.95) and was reduced to 0 (no pain) in all patients by day 7. At baseline, OSA-18 score ranged from 3.0 to 5.2 (mean $\pm$ SD 4.11 ± 0.59). PSQ-SRBD score range was 0.55- 0.86 (mean $\pm$ SD 0.60 ± 0.11) and the Brodsky grade was 3.2 ± 0.4 . At 1 month, OSA-18 score reduced to a range of 1.0 to 1.22 (mean $\pm$ SD 1.04 ± 0.07 ; $p < 0.001$), PSQ-SRBD score reduced to a range of 0.00 to 0.09 (mean $\pm$ SD 0.04 ± 0.04 ; $p < 0.001$) and the Brodsky scale was 1.3 ± 0.5 ($p < 0.001$).

Discussion: This study is the first to describe the use of IRE technology for non-thermal adenotonsillar tissue ablation in pediatric patients. The procedure was short and relatively less painful than standard treatment. No bleeding occurred and in the short-term tonsillar size was reduced and clinical scoring of obstructive symptoms improved. Further clinical trials with long-term follow up are underway.

BURUN BO'SHLIG'INING QON TOMIR O'SMALARI BO'YICHA RETROSPEKTIV TADQIQOT

*Lutfullaev G.U., Ne'matov O.S., Umrilloev L.G., Xudoyberdiev J.B., Avalboev T.Sh.,
Ubaydullaev D.U.
Samarqand Davlat tibbiyot universiteti
O'zbekiston*

Kirish: Qon tomir o'smalar insonning barcha yaxshi sifatli o'sma turlarining 1-7% ni tashkil etadi. Ushbu o'smalarning 60 dan 80% gacha bo'lgan qismi bosh sohasida joylashgan. Burun bo'shlig'i gemangiomalar uchun noodatiy joy bo'lishiga qaramay, uning barcha o'sma turlari o'rtasidagi foizi 2-3%, yaxshi sifatli o'sma turlari orasida esa 7% ni tashkil etadi. Gemangioma barcha yosh guruhlarida uchraydi: bolalar va o'smirlar, reproduktiv yoshdagi ayollar, 40 yoshdan kattalar guruhida teng taqsimlanadi. Gemangiomalar deyarli barcha organlar va to'qimalarni zararlashi mumkin, ammo angioma o'sishning eng tez-tez uchraydigan boshlang'ich nuqtalari teri, teri osti yog' qavati, og'iz va burun bo'shlig'ining shilliq qavati hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: Burun bo'shlig'idagi yaxshi sifatli qon tomir o'smalari bo'lgan bemorlarni kompleks davolashning samaradorligini baholash va tashxisni takomillashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari: 2023 yil yanvaridan 2025 yil yanvar oyigacha bo'lgan davrda SamDTU ko'p tarmoqli klinikasi otorinolaringologiya bo'limida yig'ilgan 15 ta burun bo'shlig'ining qon tomir o'smalari bo'yicha kuzatuvlar retrospektiv tarzda o'tkazildi. Ikki guruhga ajratildi: 1-asosiy guruh (15), 2-taqqoslash guruhi (10). Ushbu o'smalarni tahlil qilish uchun burun endoskopiya, biopsiya va ba'zi hollarda embolizatsiya uchun angiografiyaga ham o'tkazildi. Tadqiqotga asosan: bosh og'rig'i, burun orqali nafas olishdagi qiyinchiliklar va burundan qonli ajralmalar haqida shikoyatlari bor bemorlar jalb etilgan. Yoshi 18 dan 74 gacha bo'lgan bemorlar. Epidemiologik parametrlar, gistopatologik, klinik, davolash va natijalar o'rganib chiqildi.

Olingan natijalar: Asosiy guruh va taqqoslash guruhi o'rtasida jinsiy belgilar bo'yicha statistik jihatdan ahamiyatli farqlar topilmadi ($p>0,05$). Shuningdek, taqqoslanayotgan guruhlarda bemorlarning yoshini tahlil qilish o'tkazildi. Natijalarga ko'ra, asosiy guruh va taqqoslash guruhi o'rtasida

bemorlarning o'rtacha yoshi bo'yicha ham statistik jihatdan ahamiyatli farqlar topilmadi ($p>0,05$). O'rtacha yosh 25, 37 yil bo'lib, asosan erkaklar tashkil etgan, jinslar nisbati 4:1 edi. Barcha o'smalar yaxshi sifatli bo'lib, eng ko'p uchragani gemangioma (9 ta holat) bo'lib, undan keyin burun angiofibromasi (3 ta holat) va burun-halqum angiofibroma (3 ta holat) bor edi. Jarrohlik davolashdan oldin bemorning shikoyatlarini baholashda asosiy shikoyatlardan biri bosh og'rig'i bo'lib, 14 ta (93,3%) bemor ushbu shikoyatni bildirdi. 11 ta (73,3%) bemor burundan qonli ajralmalar kelishi va 7 ta (46,6%) bemorda zaiflik, 6 bemorda esa hid bilishning kamayishi aniqlangan. Barcha bemorlarga jarrohlik amaliyoti o'tkazildi, 7 tasi/15 ta holatda endonazal usulda, 3 tasi esa transfatsial yo'l orqali amalga oshirildi. 5 bemorda embolizatsiya o'tkazildi, ulardan 2 tasi gemangiomalar va 3 tasi burun-halqum fibromalar edi. Burun to'sig'i qiyshayishi 12 ta (80%) bemorda burun chig'anoqlari gipertrofiyasi 7 ta (33,3%) bemorda, 3 ta (20%) bemorda esa surunkali faringit bezovta qilgan. Hozirga qadar takrorlanish holati aniqlanmagan.

Xulosa: Burun bo'shlig'ining qon tomir o'smalari davolashda qiyin bo'lib, ayniqsa ular katta hajmga ega va yon hududlarga tarqalgan bo'lsa, jarrohlik amaliyotini qiyinlashtiradi va qon ketishini kuchaytiradi. Bunday holatlarda selektiv embolizatsiya usulidan foydalanish zarur. Burun bo'shlig'idagi yaxshi sifatli vaskulyar o'smalar bilan kasallangan bemorlarning holati bosh og'rig'i, burun qon ketishi, burundan ajralmalar, nafas olish va hid bilishning buzilishi, burunda yot jismining borlik hissi, organizmning umumiy zaharlanishi, ya'ni MDA, MSM254, MSM280, MDA/KA ko'rsatkichlarining oshishi, katalaza va KUB faoliyatining kamayishi, bu esa o'smaning o'sishi va rivojlanishiga, burun qon ketishlariga, shuningdek, o'smaning takrorlanishiga olib keladi. Shuning uchun davolash jarayonida endogen zaharlanishni bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak.

BURUN, BURUN YON BO'SHLIQLARI VA BURUN-HALQUM XAVFSIZ O'SMALARIDA EKSSUDATIV O'RTA OTITNI KOMPLEKS DAVOLASH

Lutfullaev G'.U., Qobilova Sh.Sh., Xolboev M.A., Rustamov A.A., Mustafoev J.O'.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

O'zbekiston

Kirish: Statistik ma'lumotlarga ko'ra, quloq kasalliklari umumiy otorinolaringologik patologiyalar tarkibida burun va burun yon bo'shliqlari kasalliklaridan so'ng ikkinchi o'rinni egallaydi. Quloq kasalliklarining aksariyati turli xil eshitish qobiliyatini pasayishi bilan tavsiflanadi, bu esa bemorni nafaqat kasallikning o'tkir davrida bezovta qiladi, balki surunkali turga o'tadi. Ushbu patologiyani davolashning ijtimoiy ahamiyati eshitish qobiliyatini yo'qotgan bemorlarning yarmidan ko'pi mehnatga layoqatli yoshda ekanligi bilan izohlanadi.

EO'O polietiologik kasallik bo'lib, ko'pincha bir nechta sababchi omillarning birgalikdagi ta'siridan kelib chiqadi. O'rta quloqning shilliq qavatiga nafaqat infeksiyon omillar, balki fizik (barometrik bosimning pasayishi), kimyoviy (gastroezofagial refluks) va biologik (burun-halqum o'smalari) omillarning va ayniqsa, ularning birgalikdagi ta'siri EO'O rivojlanishiga olib keladi.

Tadqiqot maqsadi: burun, burun yon bo'shliqlari va burun-halqum xavfsiz o'smalarida ekssudativ o'rta otitda kompleks davoni baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari: Samarqand davlat tibbiyot universiteti ko'p tarmoqli klinikasi otorinolaringologiya bo'limiga 2021-2024 yillarda murojaat qilgan 55 nafar burun (B), burun yon bo'shliqlari (BYoB) va burun-halqum (BH) xavfsiz o'smalari (XO') negizida rivojlangan ekssudativ o'rta otit bilan kasallangan bemorlarni tekshirish va kompleks davolash natijalari tadqiqot ishiga asos bo'ldi.

IA-guruhning 27 nafar bemoriga (an'anaviy davolash) jarrohlik davolashdan so'ng 2-4 kunlarda ekssudativ o'rta otitni an'anaviy davolash buyurildi: burunga vazokonstriktiv tomchilar, mukolitiklar, burun-halqum, eshituv naychasi tubi shilliq qavatini furatsillin eritmasi bilan sug'orishdan so'ng, 0,1% deksametazon eritmasini 0,5 ml miqdorda transtimpanal in'eksiyasi mahalliy qo'llanildi.

IB -guruhdagi (kompleks davolash guruhi) 28 ta bemorlarda an'anaviy davolash bilan bir qatorda "Gepon" immunomodulyatori va "Sinulor" burun spreyi ishlatilgan. Bizning ishimizda biz "Gepon" immunomodulyatorining 9,0 ml 0,02% eritmasi bilan eshituv naychasi tubi shilliq qavatini sug'ordik, so'ngra xuddi shu preparatni 0,5 ml dozada transtimpanal yubordik. Ikkala guruhda davolanish kursi, muolajalar oralig'idagi 2 kunlik interval bilan "Gepon" immunomodulyatorini 3 marta transtimpanal in'eksiya yuborishdan iborat bo'ldi.

Kompleks davolashda "Sinulor" burun spreyi tamponlar olib tashlanganidan so'ng qo'llanildi: har bir burun yo'lga kuniga 4 marta 1 marotaba sepish, davolash kursi 5-7 kun. Kompleks davolash kursi 7 kunni tashkil qildi.

Olingan natijalar: Ikkala guruhdagi bemorlarda davolanish jarayonida ijobiy samaraga erishildi.

Tonal bo'sag'ali audiometriya ma'lumotlariga ko'ra davolashning oxiriga kelib, havo o'tkazuvchanligining barcha o'rganilgan chastotalarida eshitish idrokining chegaralari pasaydi: an'anaviy davolash guruhida o'rta 4,4 marotaba va kompleks davolash guruhida 5 marotaba.

Tizimli immunitet parametrlarini o'rganish natijalarida quyidagi ma'lumotlar olindi. B, BYoB va BH XO' bo'lgan EO'O bilan kasallangan bemorlarda kompleks davolash usuli qo'llanilganda, immun holati parametrlarining o'rta qiymatlari tahlil qilindi: yetilgan T-limfotsitlar (CD3+) hujayralari tarkibining 1,3 barobariga, T-xelperlar (CD4+) 1,8 marotaba, CD8+ 1,6 marotaba, V-limfotsitlar (CD19+) 1,3 marotaba ishonchli darajada oshganini qayd etdik. Gumoral immunitet ko'rsatkichlari ham, boshlang'ich ko'rsatkichlariga qaraganda IgA 2,6 marotaba, IgG 2,1 marotaba oshganligi, IgM 2,4 marotaba IgE 1,3 marotaba kamayganligi aniqlandi. Yuqorida ko'rsatilgan ma'lumotlar kompleks davolashga immunomodulyator qo'shilgandan so'ng shilliq bar'rlarning funksional to'laqlonligi tiklanishini ko'rsatadi.

Guruhlar orasidagi ko'rsatkichlar tahlil qilinganda "Gepon" preparatining faollashtiruvchi T-xelper ta'siri aniqlandi, bu CD3+, CD4+, CD8+ va CD19+ limfotsitlar sonining ko'payishida namoyon bo'ldi. Immunokorreksiya qo'shilgan guruhda immun ko'rsatkichlarni o'sish jihatidan an'anaviy davolash olgan guruhdagilarga nisbatan sezilarli farqlarga erishildi.

Xulosa: Burun, burun yon bo'shliqlari va burun-halqum xavfsiz o'smalari negizida rivojlangan ekssudativ o'rta otitni kompleks davolashda "Gepon" va "Sinulor" burun spreyi qo'llanilganda: immunitetning hujayrali va gumoral ko'rsatkichlariga ijobiy ta'sir ko'rsatdi, bu T-xelper subpopulyatsiyasi va T-hujayralarini umumiy sonini ko'payishi, IgA va IgG oshishi va IgM, IgE miqdorini ishonchli tarzda kamayishi bilan namoyon bo'ldi. EO'Oni kompleks davolash bemorlarni davolash vaqtini 2-4 kunga qisqartirish imkonini berdi, bu statistik jihatdan tasdiqlandi ($r < 0,05$).

SURINKALI ALLERGİK RINITDA MORFOLOGİK O'ZGARISHLAR

Mirzaqandov E.E., Ro'zmatov Q.M.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot inistituti

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

O'zbekiston

Maqsad: Patogenezida allergenlarning immunoglobulin E bilan birikishi, eozinofillarning faollashuvi, limfotsitlar va interleykin faollashib, allergik yallig'lanish rivojlanishi ko'rsatilgan. Uning hozirgacha ham klinik, ham morfologik jihatdan aniq tasnifi ishlab chiqarilmagan.

Material va usullar: Surunkali allergik rinitda asosiy klinik-morfologik omillar sifatida hisobga olish mumkinki burun shilliq pardasi hilpillovchi epiteliysining buzilishi, yiringli yallig'lanish rivojlanishi hisoblanadi. Kasallarning 72%-da retsidivlannadigan allergik rinit aniqlanadi, gipertrofik rinit 26%-da, burun to'sig'i deformatsiyasi 39%-da, to'rsimon suyak gipertrofiyasi 7%-da, ilmoqli o'simtaning gipertrofiyasi 2,5% aniqlanadi. Allergik rinitda yuqori jag' bo'shilig'ida shartli-patogen mikroflora aniqlanadi, 85,4% hollarda monokultura ko'rinishida. Burun bo'shlig'ida saprofitlar va shartli-patogen mikroorganizmlar 69,95%-da aniqlanadi. Demak, morfologik tekshiruvlar natijalari ko'rsatishicha, burun va burun oldi bo'shliqlarida allergik rinitga fon bo'luvchi umumiy patomorfologik o'zgarishlar rivojlanishi aniqlanadi. Allergik rinitga xos belgi, bu dastlab qon tomirlar devorining o'zgarishi, dastlab mikrotsirkulyator tomirlar, keyin boshqa turdagi qon tomirlarda shish, o'tkazuvchanlikning oshishi, alternativ o'zgarishlar va yallig'lanishda ishtirok

etuvchi hujayralarning migratsiyasi aniqlanadi. Yallig'lanish jarayoni va dissirkulyator o'zgarishlar ikkilamchi o'zgarishlarga olib kelganligi, ya'ni qoplovchi epiteliyning distrofiyasi, xususiy plastinka to'qimasida fibrinoid bo'kish, ayrim joylarda fibrinoid nekroz rivojlanganligi aniqlanadi.

Natija: Allergik rinit va rinosinusitda morfologik o'zgarishlar quyidagilarni tashkil qiladi, shilliq pardasida dissirkulyator, distrofik, dezorganizatsiyaon, destruktiv va yallig'lanishli jarayonlar rivojlanganligshi kuzatiladi. Ma'lumki, patomorfologik o'zgarishlarning boshlanishi qon tomirlar devorining shikastlanishidan boshlanadi, avvalambor mikrotsirkulyator o'zan tomirlari, keyin yirik qon tomirlarda devorining o'tkazuvchanligining oshishi, alternativ o'zgarishlar rivojlanishi, unga qo'shimcha yallig'lanishga xos o'zgarishlarning qo'shilishi kuzatiladi.

Xulosa: Ilmiy adabiyot ma'lumotlari bo'yicha surunkali allergik rinit dunyoda keng tarqalgan bo'lib, patsiyentlar xayotigi yomon ta'sir ko'rsatadi. Uning hozirgacha ham klinik, ham morfologik jihatdan aniq tasnifi ishlab chiqarilmagan.

SURINKALI ALLERGIK RINIT XAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA, UCHRASH DARAJASI

*Mirzaqandov E.E., Ro'zmatov Q.M.
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot inistituti
Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti
O'zbekiston*

Maqsad: Tahlil natijalari ko'rsatishicha, surunkali allergik rinit dunyoda keng tarqalgan bo'lib, patsiyentlar xayotigi yomon ta'sir ko'rsatadi. Uning xozirgacha ham klinik, ham morfologik jihatdan aniq tasnifi ishlab chiqarilmagan.

Material va usullar: Dunyoda allergik rinit bilan o'rtacha 10-25% insonlar kasallangan. JSST basharotnomasi bo'yicha allergik rinit XX-da insonlarning kasallanishi bo'yicha 2-o'ringa chiqadi. Surunkali allergik rinitning o'ziga xosligi quyidagilardan iborat: yil sari uchrash darajasi oshib boradi, kasallikning pik cho'qqisi 18-25 yoshga to'g'ri keladi, ko'p uchraydigan joylar bu ekologik yomon xududlar hisoblanadi, nimaga deganda kimyoviy va radiatsion ifloslangan xududlarda kasallikning uchrash darajasi 50% gacha ko'tariladi. Demak, uchrash darajasining ko'rsatgichi, tibbiy-ishtimoiy ahamiyati, patsiyentlar organizmiga xavfli ta'siri bo'yicha allergik rinit tabobatda eng muhim hisoblangan kasallikga aylanadi.

Natija: Allergik rinit kasalligiga chalinishi darajasi aniq xududning xududiy klimatogeografik xususiyatlari ta'siriga bevosita bog'liq. AR klinik kechishi har turli ta'sir omillari bilan

birga bemorning organizmining individual ta'siri, yoshi, jinsi va etnik mansubligi belgilariga ham bog'liq. Ma'lumki, allergik kasalliklari klinik kechishi turli-tuman omillar ta'siriga bog'liq. Ushbu tadbikot natijalariga kura, allergik rinitning klinik namoyon bo'lishi boshlanishi allergenlarning 2-3 mavsumda ta'sir etishining mavjudligi deya e'tirof etiladi. Allergik rinit xastaliligiga chalinish qishloq aholisiga nisbatan shahar aholisi o'rtasida kasalanish darajasi kup uchraydi. Allergik rinitdan aziyat chekuvchilar asosan, shahar aholisi bo'lib, ular umumiy bemorlarning 75 % ni tashkil etadi, 25 % esa qishloq aholisi ekanligi qayd etilgan. AR ning keng tarqalishi tezligi yosh va jinsga bog'liq. Bolalar orasida AR dan ko'proq o'g'il bolalar aziyat chekadilar.

Xulosa: Patogenezaida allergenlarning immunoglobulin E bilan birikishi, eozinofillarning faollashuvi, limfotsitlar va interleykin faollashib, allergik yallig'lanish rivojlanishi ko'rsatilgan. Uning xozirgacha ham klinik, ham morfologik jihatdan aniq tasnifi ishlab chiqarilmagan.

GIPERTROFIK VA POLIPOZ RINITDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR

Mo'ydinov R.R., Ro'zmatov Q.M.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot inistituti

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

O'zbekiston

Maqsad: Surunkali gipertrofik va polipoz rinit, bu to'qimalarning neoplastik o'sish jarayoni bo'lib, bir vaqtning o'zida ham parenximasi, ham stromal tuzilmalari proliferatsiyalanib ko'payadi. Sabablari sifatida shilliq pardada vazomotor reaksiya qo'zg'atuvchi ekzogen va endogen omillar farq qilinadi. Ekzogen ta'sirotlardan sovuqlik, aksa urishni qo'zg'atadigan omillar, tutun, o'tkir va achchiq oziq ovqatlar, meteo-omillar, har xil dori-darmonlar bo'lib, ular tomirlarni toraytiruvchi va gipotenziv ta'sir ko'rsatadi. Endogen omillardan gormonal disfunktsiya, endokrin kasalliklar va fizik psixoemotsional ta'sirotlar katta hamiyat kasb qiladi. Morfologik jihatdan ushbu kasallikning oddiy, allergik va fibromatozli turlari farq qilinadi.

Material va usullar: Polipoz rinit va rinosinusit, surunkali kasallik bolib, burun va burun atrofi boshlislarida polip sifatli osimtalar paydo bo'lib bilan namoyon boladigan kasallik hisoblanadi. Bunda, burun shilliq pardasi va burun atrofi bo'shliqlar shilliq pardasi o'sib ko'payib, tugunchalar paydo qiladi. Vaqt o'tishi bilan polipe o'simtalar nafas yo'llarini to'lib, berkitib qo'yadi va klinik shikoyatlar paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Ushbu poliplar makroskopik jihatdan yuzasi silliq, och binafsha rangli, yumshoq, xarakatchan, ko'pincha yuzasi shilimshiq yoki yiringli modda qoplangan ko'rinishida aniqlanadi. Polip paydo bo'lganda burun bilan nafas olish qiyinlashadi, burun bitib qoladi, hid bilish pasayadi, bosh og'rig'i paydo bo'ladi. Uzoq vaqt nafas olish qiyinlashganda kislorod yetishmasligi va bosh miya gipoksiyasi kuzatiladi. Burun polipi yosh bolalarda kam uchraydi. Asosan 30 yoshdan oshganlarda paydo bo'lib, 50-60 yoshlarga kelib kuchayadi. Surunkali polipoz rinosinusitda lokal formasi, solitar bir dona ko'rinishdagi formasi, antroxoanal polip va diffuz formasi uchraydi. Polipning lokal formasi ko'pincha burunning anatomik anomaliyalarida kuzatilib, xavo tutami kirishi qiyinlashib, uning yo'lidagi shilliq pardada yallig'lanish va shish rivojlanadi. Sabablari sifatida surunkali yiringli yallig'lanish, jumladan otogen yiringli gaymorit ta'sirida burun va burun oldi pazuxalar shilliq pardasida polipli o'simtlar paydo bo'ladi.

Antroxoanal polip yuqori jag' bo'shida paydo bo'lgan xavfsiz o'simta bo'lib, burun chig'anoqlariga o'sib kiradi. Ular ingichka va uzun oyoqchada o'tirib, kattaligi jihatidan nosoglotkani to'ldiradi va burunni deformatsiyaga uchratadi. Xoanal poliplar kelib chiqishi yuqori jag' bo'shlig'ida surunkali yallig'lanish rivojlanishi, shilliq pardasida proliferativ yallig'lanish boshlanishi va bo'shliqda polipoz-kistoz jarayonga aylanishi hisoblanadi. Polip to'qimasini yorug'lik mikroskopida o'rganish ko'rsatishicha tarkibida bez va qoplovchi epiteliysining o'sib ko'payganligi, xususiy plastinkasida surunkali proliferativ yallig'lanish rivojlanganligi aniqlanadi. Qoplovchi epiteliysi bir qavatli, ayrim joylarida yupqalashgan, atrofiyalanganligi kuzatiladi. Bez tuzilmalari atrofida proliferativ yallig'lanish tarkibi limfotsitlar, palazmatik hujayralar, eozinofillar va polinuklearlardan iboratligi kuzatiladi. Poliplar surunkali holda kechganda bir qavatli silindrsimon epiteliysi ayrim sohalarida ko'p qatorli, xatto ko'p qavatli yassi epiteliyga metaplaziyalanganligi aniqlanadi. Bunda, ko'p qavatli epiteliy yuzasida akantoz va keratoz jarayonlari paydo bo'lganligi topiladi.

Demak, antroxoanal polip barcha burun polipozi bilan kasallanganlar orasida 41% tashkil qiladi. 16,4% hollarda antroxoanal polip III-darajaga yetganda aniqlanib, gigant holdagi o'simta ko'rinishida aniqlanadi. Morfologik tekshiruvlarda polip tarkibida aksariyat hollarda surunkali proliferativ yallig'lanish rivojlanganligi kuzatiladi. Agar mukoidli degeneratsiya yuz bergan bo'lsa polip tarkibida kistalar paydo bo'lganligi topiladi. Polip tarkibida rivojlangan proliferativ jarayonning darajasiga qarab, yallig'lanishli davridami yoki o'smasimon jarayonga aylanganmi aniqlanadi.

Natija: Burun shilliq pardasida tarqalganligi bo'yicha gipertrofik rinit chegaralangan va diffuz ko'rinishida uchraydi (9,10). Rivojlangan patomorfologik o'zgarishlariga qarab: 1) kavernoza yoki tomirli rinit, bu formasi tomirlar tonusi buzilishiga bog'liq holda rivojlanib, kattani o'ngga va chapga burilganda burun bitadi, 2) fibrozli rinit – yallig'lanish uzoq vaqt davom etishidan biriktiruvchi to'qima o'sib ko'payadi, burun chig'anoqlari qalinlashadi; 3) polikistozli rinit – burun oldingi chig'anog'i boshlang'ich qismida to'qimalar o'sishi kuzatiladi; 4) so'rg'ichli rinit – burunning orqa chig'anog'ida malinasimon tuzilishdagi to'qimaning o'sishi kuzatiladi. Morfologik tuzilishi bo'yicha surunkali polipoz rinitning quyidagi turlari farq qilinadi: 1) oddiy shishli tipi – polip stromasi kuchli shishga uchragan biriktiruvchi to'qimadan iboratligi, tarkibida kam sonli fibroblastlar joylashganligi, oraliq moddasi miksamatozli ko'rinishdagi aniqlanadi. 2) Allergik tipi dagi polip stromasida eozinofillar, monotsitlar va semiz hujayradan iborat yallig'lanish infiltrati rivojlanganligi aniqlanadi. Yuzasidagi bir qavatli silindrsimon epiteliysi ko'p qatorli va ko'p qavatli epiteliyga metaplaziyalanganligi topiladi. 3) Fibrozli tipi gistologik jihatdan fibrozli-tomirli, fibrozli-kistozli, fibrozli-bezli ko'rinishda uchraydi. Polipoz rinitning ushbu tipida yuzasidagi epiteliy orasida qadoqsimon epiteliy paydo bo'lganligidan burun bo'shlig'ida doimo shilimshiq modda mavjudligi kuzatiladi.

Xulosa: Surunkali gipertrofik va polipoz rinit, bu to'qimalarning neoplastik o'sish jarayoni bo'lib, bir vaqtning o'zida ham parenximasi, ham stromal tuzilmalari proliferatsiyalanib ko'payadi. Sabablari sifatida shilliq pardada vazomotor reaksiya qo'zg'atuvchi ekzogen va endogen omillar farq qilinadi. Ekzogen ta'sirotlardan sovuqlik, aksa urishni qo'zg'atadigan omillar, tutun, o'tkir va achchiq oziq ovqatlar, meteo-omillar, har xil dori-darmonlar bo'lib, ular tomirlarni toraytiruvchi va gipotenziv ta'sir ko'rsatadi. Endogen omillardan gormonal disfunktsiya, endokrin kasalliklar va fizik psixoemotsional ta'sirotlar katta hamiyat kasb qiladi. Morfologik jihatdan ushbu kasallikning oddiy, allergik va fibromatozli turlari farq qilinadi.

GIPERTROFIK VA POLIPOZ RINIT XAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA, UCHRASH DARAJASI*Mo'ydinov R.R., Ro'zmatov Q.M.**Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti**Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti**O'zbekiston*

Maqsad: Ushbu gipertrofik va polipoz rinitning uchrash darajasi, sabablari, patogenezi va patomorfologik turlari xaqida adabiyot ma'lumotlari keltirilgan. Surunkali gipertrofik va polipoz rinit, bu to'qimalarning neoplastik o'sish jarayoni bo'lib, bir vaqtning o'zida ham parenximasi, ham stromal tuzilmalari proliferatsiyalanib ko'payadi. Sabablari sifatida shilliq pardada vazomotor reaksiya qo'zg'atuvchi ekzogen va endogen omillar farq qilinadi. Ekzogen ta'sirotlardan sovuqlik, aksa urishni qo'zg'atadigan omillar, tutun, o'tkir va achchiq oziq ovqatlar, meteo-omillar, har xil dori-darmonlar bo'lib, ular tomirlarni toraytiruvchi va gipotenziv ta'sir ko'rsatadi. Endogen omillardan gormonal disfunktsiya, endokrin kasalliklar va fizik psixomotsional ta'sirotlar katta hamiyat kasb qiladi.

Material va usullar: Gipertrofik rinit xaqidagi ma'lumotlar va boshqa hali o'z yechimini topmagan jihatlar tadqiqotimizni maqsad va vazifalarini belgilab beradi. Gipertrofik rinit, bu – surunkali yallig'lanish oqibatida burun chig'anoqlari shilliq parasi to'qimalarining o'sib ko'payishi bilan davom etadigan jarayon hisoblanadi. Gipertrofik rinitning o'ziga xos belgilari sifatida burundan naqas olishning buzilishi rinoreya, ya'ni burun yo'llaridan suyaqlik kelishi, badxo'y hid beruvchi aksa urushlar, boshda og'riq paydo bo'lishi kuzatiladi. Oxirgi paytlarda surunkali gipertrofik rinitda burun bo'shlig'i shilliq pardasi mukoz qavatining yallig'lanishi kuzatilmog'di. LOR sohasi statistikasi bo'yicha surunkali gipertrofik rinitning uchrash darajasi 4%dan 20%gacha uchramog'da. Polipoz rinit va rinosinusit, surunkali kasallik bolib, burun va burun atrofi boshlislarida polip sifatli osimtalar paydo boili bilan namoyon boladigan kasallik hisoblanadi. Bunda, burun shilliq pardasi va burun atrofi bo'shliqlar shilliq pardasi o'sib ko'payib, tugunchalar paydo qiladi. Vaqt o'tishi bilan polipe o'simtalar nafas yo'llarini to'lib, berkitib qo'yadi va klinik shikoyatlar paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Ushbu poliplar makroskopik jihatdan yuzasi silliq, och binafsha rangli,

yumshoq, xarakatchan, ko'pincha yuzasi shilimshiq yoki yiringli modda qoplangan ko'rinishida aniqlanadi. Polip paydo bo'lganda burun bilan nafas olish qiyinlashadi, burun bitib qoladi, hid bilish pasayadi, bosh og'rig'i paydo bo'ladi. Uzoq vaqt nafas olish qiyinlashganda kislorod yetishmasligi va bosh miya gipoksiyasi kuzatiladi. Burun polipi yosh bolalarda kam uchraydi. Asosan 30 yoshdan oshganlarda paydo bo'lib, 50-60 yoshlarga kelib kuchayadi. Surunkali polipoz rinosinusitda lokal formasi, solitar bir dona ko'rinishdagi formasi, antroxoanal polip va diffuz formasi uchraydi. Polipning lokal formasi ko'pincha burunning anatomik anomaliyalarida kuzatilib, xavo tutami kirishi qiyinlashib, uning yo'lidagi shilliq pardada yallig'lanish va shish rivojlanadi. Sabablari sifatida surunkali yiringli yallig'lanish, jumladan otogen yiringli gaymorit ta'sirida burun va burun oldi pazuxalar shilliq pardasida polipli o'simtalar paydo bo'ladi.

Natija: Gipertrofik rinit bolalar va kattalar orasida eng ko'p uchraydigan kasallik xisoblanib, jahon sog'liqni saqlash tashkilotining bergan ma'lumotlariga asosan, rivojlangan mamlakatlar aholisining 40%da allergik moyillik kuzatilib, hozirgi kunda allergik rinit uchrashi umumiy populyatsiyada 10-20% ni tashkil etadi. Epidemiologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, gipertrofik rinit bilan aholi barcha yosh guruhlarning taxminan 20% xastalangan. GR kasalligiga chalinish qishloq aholisiga nisbatan shahar aholisi o'rtasida ko'p uchraydigan xastalik bo'lib, ular shahar aholisi 75 % ni tashkil etadi. 25 % esa qishloq aholisini tashkil qilish qayd etilgan.

Xulosa: Surunkali gipertrofik va polipoz rinit, bu to'qimalarning neoplastik o'sish jarayoni bo'lib, bir vaqtning o'zida ham parenximasi, ham stromal tuzilmalari proliferatsiyalanib ko'payadi. Sabablari sifatida shilliq pardada vazomotor reaksiya qo'zg'atuvchi ekzogen va endogen omillar farq qilinadi.

HEMANGIOMA OF THE OUTER EAR (CLINICAL CASE FROM PRACTICE)

Pardaev D.E., Khushbokov A.Ch.

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

Introduction: Vascular tumors account for 1 to 7% of all benign neoplasms found in humans. From 30 to 60% of these tumors are localized in the face. Hemangiomas in the ear area are relatively common. In terms of the degree of damage, the auricle and mastoid process occupy the first place. Hemangiomas can be congenital (rare) and acquired.

This disease is more common in women (72% of all patients with vascular tumors) and girls (64-80%) and is diagnosed soon after birth. Vascular tumors of the ear usually occur between the ages of 11 and 70 years. The highest incidence of ENT hemangiomas occurs between the ages of 25 and 60 years.

Recently, the number of patients with vascular tumors has been increasing. Early diagnosis is difficult due to the slow and asymptomatic growth of neoplasms. The histological structure of hemangiomas is diverse. In clinical practice, hemangiomas are divided into cavernous, multinodular (arterial, venous and mixed), capillary and fibroangiomas.

In terms of frequency of occurrence, capillary hemangioma, which occurs in the middle (outer) ear, nasal cavity, throat and pharynx, ranks first. In most cases, hemangiomas occur in the nasal cavity.

Patients with hemangioma of the external auricle seek medical attention due to cosmetic defects. Pulsation is determined only in multinodular hemangiomas of arterial and mixed types. The stroma of a mixed type hemangioma consists of connective tissue, veins and arteries. Clinically, it is somewhat more difficult to differentiate arterial hemangioma from mixed hemangioma. Taking a biopsy sample is dangerous, severe bleeding is possible, posing a threat to the patient's life.

Hemangioma of the middle ear, destroying surrounding tissues, leads to dysfunction and the appearance of pulsating noise. As the volume of hemangiomas increases, conductive hearing loss appears, pain occurs due to pressure on the promontory wall of the tympanic cavity.

Materials and research methods: Thus, the diagnosis is made on the basis of anamnesis, otoscopic, otomicroscopic findings. The prevalence of hemangioma is determined using additional examination methods (endoscopy, CT, MRI, contrast CT).

There are the following treatment methods: surgical intervention, in case of a large angiohemangioma using a laser or radio wave disintegration and cryodestruction, with tissue scarring, surgical removal. In turn, surgical treatment methods can be divided into several groups:

- 1) ligation of feeding vessels;
- 2) suturing and suturing of the tumor;
- 3) excision of the neoplasm.

Results obtained: Patient Sh., 18 years old, came to the ENT clinic on 05/03/23 complaining of a pulsating formation in the left auricle, which had developed since childhood, was slowly increasing in size and periodically bleeding.

Upon admission, the condition was satisfactory. The patient was conscious and active. The skin and mucous membranes were clean. Breathing in the lungs was vesicular, uniform on both sides, the same. Blood pressure 120/80 mm Hg. Pulse 80

beats per minute. Heart sounds were even, rhythmic, other internal organs were normal.

ENT status: During external examination of the left auricle, there was a soft cyanotic formation measuring 1.5 x 1.5 cm on the anterior surface. Pulsation was felt upon palpation. The surface of the hemangioma was slightly uneven. The shape was round.

Otoscopy: AD et AS the external auditory canal was wide and clean. The eardrum is gray; the identification points are clearly visible. Hearing is normal.

Laboratory data: Complete blood count: erythrocytes - 4.54×10^{12} , leukocytes - 9.1×10^9 , Hb - 129 g / l, ESR - 10 mm / s. Complete urine analysis: normal.

Biochemical blood test: ALT - 98.7 mmol / l, AST - 49.8 mmol / l, Bilirubin 14.7 mmol / l, urea- 5.9 mmol / l, creatinine - 115.7 mmol / l.

Coagulogram: Hematocrit- 45, PTI- 91%, thrombotest- III, fibrinogen- 2.5.

ECG- heart rate sinus rhythm 100 beats / min, EOS in the normal position.

Based on clinical and laboratory examination methods, the patient was diagnosed with the following: Angiohemangioma of the auricle.

The surgical operation under local anesthesia was performed using a cutting coagulator, the incision was made along the skin fold of the convex part of the auricle, corresponding to the visible edge of the formation, at a distance of 0.5 cm from it. When isolating the tumor with a raspatory, intact (whole) cartilage was found. The process of tissue isolation was accompanied by severe bleeding. The tumor was removed in parts, and the bleeding wound surface was immediately covered with a hemostatic sponge. The neoplasm was removed together with the perichondrium and skin from bottom to top and from back to front. The cartilaginous bed was cleared of tissue residues, a suture and an aseptic dressing with Levomekol ointment were applied.

A tumor sample was sent for histological examination, which showed that it was a multinodular hemangioma. The sutures were gradually removed on the 9th day after the operation. The healing of the wound surface lasted for about 1 month.

Summary: The period of epidermization (healing) directly depends on the size of the tumor (area of the wound surface). Patients treated for vascular tumors are observed for 5-10 years, examination is carried out once every six months. Having studied this literature, we can conclude that the treatment of hemangiomas in children is a serious problem. The opinions of the authors regarding the choice of treatment method remain ambiguous.

PASTKI JAG' SINGAN UMUMIY SURUNKALI PARODONTIT MAVJUD BEMORLARDA DAVOLASH USULINI TANLASH ALGORITMI

Pulatova B.J., Narziyeva M.I.

Alfraganus universiteti

Toshkent Davlat stomatologiya instituti

O'zbekiston

Kirish: Pastki jag'sinishing shikastlanishidan keyingi davriga turli omillar ta'sir qiladi, shu jumladan parodont kasalligi, ularning tarqalishi doimiy ravishda o'sib bormoqda. JSST mutaxassislarining hisob-kitoblariga ko'ra, 1990 yilda dunyo aholisining 80% dan ortig'i parodontit belgilariga kuzatilgan. Ushbu kasallikdan aziyat chekadigan odamlarning 15-20% o'tkir periodontitni rivojlantiradi. Periodontal kasallikning yallig'lanishli periodontal kasalliklarning rivojlanishidagi patogenetik roli isbotlangan. Jag'shinalari eng arzon va ishlab chiqarish oson, ammo ular sezilarli kamchiliklarga ega: ular tish va og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish sharoitlarini yomonlashtiradi, bemorning ovqatlanishini qiyinlashtiradi. Bu parodontit bilan og'rigan bemorlarda yallig'lanish hodisalarining rivojlanish omillarini oshiradi. Pastki jag'sinislari topografik o'ziga xosligi tufayli yiringli-yallig'lanishli asoratlarning keng xavfiga olib keladi. Bunday natija-travmatik kelib chiqadigan kollateral shish bilan qo'zg'atilgan to'qimalarning buzilgan qismlarining qon oqimining o'zgarishi bilan bog'lik. Belgilangan terapiyada antibiotiklardan faol foydalanish tufayli tananing immunitet himoyasining yomonlashishi jiddiy shartdir. Asosiy ortopedik davolash va mahkamlash tuzilishi Tigershtedt shinalari bo'lib, o'rnatilganda og'iz gigienasining yomonlashishi va natijada tishlarning cheklangan tozalanishi va parodont to'qima bog'lanishining mikrosirkulyasiya parametrlarining pasayishi kuzatiladi. Qisqa vaqt ichida yara yuzasidan infeksiya jarayoni boshlanadi, keyin tish yuzasida va og'iz membranasida patologik mikroorganizmlar bilan ifloslanish kuchayadi.

Maqsad va vazifalar: surunkali umumiy og'ir parodontit bilan pastki jag'singan bemorlarda parchalarni immobilizasiya qilishning maqbul usulini tanlashni asoslashdir.

Materiallar va metodlar: Bemorlarni klinik va stomatologik tekshirish Diagnostika mezonlarini aniqlash maqsadida biz pastki jag sinishi bilan og'rigan 25 bemorni tashxis qildik, ular stasionar davolanishga qabul qilinganda, Toshkent davlat stomatologiya institutining yuz-jag jarrohligi kafedrasida va kattalar yuz-jag jarrohligi bo'limida surunkali umumiy og'ir parodontit tashxisi qo'yilgan. Bemorlarni tekshirish dasturi standartlashtirildi va shikoyatlarni aniqlash, anamnezni yig'ish, yuz-jag mintaqasini tashqi tekshirish - gematomalar va

yumshoq to'qimalarning shishishi mavjudligini aniqlash, stres testlari yordamida sinish joyini aniqlash, suyak bo'laklarining siljishini baholash, malokluziyani o'z ichiga oldi. Laboratoriya tadqiqot usullari qonni to'liq hisoblash va siydikni tahlil qilishni o'z ichiga olgan. Tish-jag'tizimining rentgenologik tekshiruv rentgenologik bo'limida o'tkazildi. Rentgenogrammalar vizual ravishda baholandi-sinishing lokalizatsiyasi aniqlandi, parchalarning siljish tabiati aniqlandi.

Muhokama: Parodontal to'qimalarning holatini o'rganish operatsiyadan oldin amalga oshirildi osteosintez, davolanishning 9-10 va 28-30 kunlarida. II guruh bemorlarida qabul paytida og'iz bo'shlig'ining qoniqarsiz gigienasi qayd etilgan, ig qiymati $2,16 \pm 0,06$ ni tashkil etgan. Shish, tish go'shti giperemiyasi, parodontal yallig'lanish hodisalarining og'irligini tavsiflovchi indeksning o'rtacha PMA qiymati, davolanishdan oldin gingivitning o'rtacha og'irligiga to'g'ri keldi va $46,0 \pm 1,7\%$ ni tashkil etdi. II guruh bemorlarida qabul paytida og'iz bo'shlig'ining qoniqarsiz gigienasi qayd etilgan, ig qiymati $2,16 \pm 0,06$ ni tashkil etgan. Shish, tish go'shti giperemiyasi, parodontal yallig'lanish hodisalarining og'irligini tavsiflovchi indeksning o'rtacha PMA qiymati, davolanishdan oldin gingivitning o'rtacha og'irligiga to'g'ri keldi va $46,0 \pm 1,7\%$ ni tashkil etdi. Parodont cho'ntaklarning chuqurligini o'lchash bemorlar kasalxonaga yotqizilganida va bo'laklarni birlashtirish paytida (28-30 kun) A. I. Grudyanov usuli bilan amalga oshirildi. Ko'rsatkichlar 1-guruh ko'rsatkichlaridan farq qilmadi va ko'p hollarda chuqurligi 11 mm gacha bo'lgan parodontal cho'ntaklar aniqlandi. parchalar konsolidasiya qilingan paytda parodontal cho'ntaklar chuqurligida o'zgarishlar aniqlanmagan.

Xulosa: II guruhdagi bemorlarda pastki jag ' sinishlarini davolash tugagandan so'ng, biz o'rganilayotgan sitokinlar darajasini normallashtirish tendentsiyasini qayd etdik. Shunday qilib, yallig'lanishga qarshi sitokinlarning tarkibi (il-4, il-10, il-17) 9-10 va 28-30 kunga ko'payadi, yallig'lanishga qarshi sitokinlarning tarkibi (il-10, il-8, il-18) davolanishning 28-30 kunigacha kamayadi, bu parodont to'qimalarda yallig'lanish hodisalarining kamayishini ko'rsatadi.

HIQILDOQ KASALLIKLARIDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINING DIAGNOSTIK BAHOLASH

Rasulova N.Sh., Haydarova G.S.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

O'zbekiston

Ultratovush diagnostikasi bosh va bo'yin sohasidagi tekshiruvlarda tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda. So'nggi avlod ultratovush apparatlarining tasvir o'lchamlari bo'yining yumshoq to'qimalari sohasida diagnostika imkoniyatlarini yanada kengaytirishga yordam beradi.

Zamonaviy ultrasonografiya bosh va bo'yin patologiyasida eng ko'p ishlatiladigan tasvirlash usullaridan biri bo'lib, u nafaqat B rejimiga, balki dopplerografiyaga, panoramali va uch o'lchovli tasvirlarga ham ega. Bu qalqonsimon bez, so'lak bezlarini, paratiroid bezlari, mushaklar, tomirlar, til, tanglay bodomsimon bezlari va limfa tugunlari kabi turli a'zolar va bo'yin tuzilmalarining tuzilishini batafsil bayon qilish imkonini beradi. Hiqildoq patologiyasini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvining yuqori chastotali sensorlarning paydo bo'lishi, nafaqat otorinolaringologlarni, balki boshqa mutaxassisliklar shifokorlarini ham hiqildoq holatini baholashga qiziqish tufayli keng qo'llanila boshlandi. Bugungi kunda texnikaning rivojlanishi bilan ultratovush tekshiruvda turli xil skanerlash rejimlari va sensorning joylashuvining polipozitsiyasidan foydalanib, hiqildoq holatini yanada ishonchli baholash mumkin. Hiqildoqning ultratovush tekshiruvi nazofaringolaringoskopiya bilan solishtirganda moslashuvchan, oson bajariladi va ko'proq fiziologik hisoblanadi. Oldindan tayyorgarlikni talab qilmaydi, real vaqt rejimida dinamik baholash imkonini beradi; uskunalar ko'chma, ommaviy, tejamkor, invaziv emas, homiladorlik va bolalar uchun xavfsiz. Ultratovush tekshiruvi imkoniyatlari hiqildoq kasalliklari uchun o'rganilmagan va dopplerografiya tekshiruv imkoniyatlari to'liq aniqlanmagan.

Tadqiqotning maqsadi: hiqildoq kasalliklarini tashxislashda ultratovush tekshiruvi va dopplerografiyasining samaradorligi va ahamiyatini aniqlashdir.

Ultratovush B rejimida hiqildoqning o'simtasimon kasalliklari (papilloma, fibroma, intubatsion granuloma) aniq o'lcham va lokalizatsiyadagi giperexogenli tuzilmalari sifatida aniqlandi, o'simtasimon xosilalar o'z navbatida ultratovushning sensoridan distal tomonga intensiv tarqalishi tufayli giperexogen yo'l hosil qildi (kometaning dumi kabi). Nafas olish paytida ba'zida hiqildoq bo'shlig'dagi o'simtasimon xosilaninig shakli va hajmining o'zgarishini sezish mumkin, bu esa xosilaninig hiqildoq bo'shlig'da siljishi yoki ballotirlanishini

anglatadi. Ultratovush diagnostikasi vaqtida papillomalarning bunday siljishi R. S. Bryson va boshqa avt., tomonidan yoritilgan. Bo'yindagi ul'tratovush sensorining qalqonsimon tog'ay plastinkasiga va ovoz boylami chetiga parallel ravishda joylashishi bizga hiqildoqning orqa qismlarini yaxshiroq ko'rish va ulardagi xosilalarning aniqlash imkoniyatini berdi. Dopplerografiya hatto kichik papillomalarni ham tasavvur qilishni osonlashtirdi: bemorning tinch nafas olishi vaqtida hiqildoq bo'shlig'iga chiqadigan kichik hajmli xosilalarda rangli signalni uzoqroq ushlab qolishi kuzatildi, bu esa uni aniqlash imkonini berdi. Hiqildoqning old qismlarida lokalizatsiya qilingan katta hajmli hosilalar (papilloma) bo'lganda, dopplerografiyaning B rejimida nafas olayotganda, "to'ldirish nuqsoni" kabi rang paydo bo'ldi — bu miltillovchi artefakt nafas yo'llari bo'shlig'dagi o'simta atrofida paydo bo'ldi, bu ham S.G. Burkov va boshqa avtor. qayd qilingan. Nazorat laringoskopiya va ultratovush va dopplerografiya yordamida hiqildoq bo'shlig'dagi exogen xosilalar aniqlangan barcha bemorlarda hiqildoq patologiyasi mavjudligi tasdiqlangan.

Ovoz boylamlari tugunlari B rejimda ovoz boylamlarining oldingi qismlarida kichik nosimmetrik exogen xosila sifatida tasvirlangan, buni boshqa mualliflar xam tavsiflagan. Dopplerografiyada rangli tipik nosimmetrik xosilalarni bo'yalishini ko'rishimiz mumkin.

Hiqildoqning turli kasalliklarini aniqlashda hiqildoqni ultratovush tekshiruvi va dopplerografiyasining sezgirligi, o'ziga xosligi va diagnostik samaradorligi juda ahamiyatlidir. Hiqildoq kasalliklarini tashxislashda ultratovush va doppler ultratovush tekshiruvining ijobiy prognoz qiymati 98,6% va 99% tashkil qildi. Biz aksariyat mualliflar singari, ultratovush tekshiruvini laringoskopiya bilan solishtirganda, ultratovushning soddaligi va qulayligini ta'kidladik.

Xulosa: Hiqildoq kasalliklarini aniqlashda ultratovush tekshiruvining B rejimi 67,5% diagnostik samaradorlikka ega, doppler kartirlash rejimida — 85% ega, bu esa uni ayniqsa laringoskopiya qilish qiyin bo'lgan bemorlarda hiqildoq kasalliklarini aniqlash uchun zamonaviy, arzon, invaziv bo'lmagan va informatsion diagnostika vositasi sifatida ko'rib chiqish imkonini beradi.

BURUN-YONOQ-KO'Z SOHALARI KOMPLEKSI JAROHATLARINI OLGAN BEMORLARNI DAVOLASHGA KOMPLEKS YONDASHUV

*Yusupov Sh.Sh., Boymuradov Sh.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi
O'zbekiston*

Kirish: Yuz-jag' sohasidagi jarohatlanishlar, xususan, yonoq-ko'z kosasi kompleksining shikastlanishlari chastotasi O'zbekistondaham, chetellardaham kamayisho'rniga, aksincha, ushbu patologiya bilan og'rikan bemorlar soni ortib borayotgani kuzatilmoqda. Yonoq-ko'z kosasi kompleksi sinishlari pastki jag' sinishlaridan keyingi o'rinda turadi. Ular yuz-jag' sohasidagi barcha shikastlanishlarning 16-25 foizini tashkil etadi.

Yonoq-ko'z kosasi kompleksi shikastlanishining asosiy sabablari: yo'l-transport hodisalari, maishiy va sport jarohatlaridir. Yonoq-orbital-pastki jag' kompleksi deformatsiyalarini bartaraf etish ko'z kabi muhim a'zoning unga yaqin joylashganligi sababli eng murakkab vazifalardan biri hisoblanadi. Ko'z kosasining sinishi yuzning o'rta qismidagi eng keng tarqalgan jarohatlardan biridir. P. Siritongtaworn va boshqalarning ma'lumotlariga ko'ra, ko'z kosasi sinishlari yuz skeleti barcha sinishlarining 40 foizini tashkil qiladi.

Tashxis qo'yish va davolashni rejalashtirishning eng mukammal usullaridan biri 3D-rekonstruksiya hisoblanadi. Bu usul travmaning tabiati va joylashuvini aniq aniqlash imkonini beradi. Uch o'lchovli grafik modellarni qurish juda qisqa vaqt oralig'ida olingan rentgen kompyuter tomogrammlariga asoslanib, organlarning teksturali segmentatsiyasi va uch o'lchovli rekonstruksiyasini yaratish imkonini beradi. 3D texnologiyalar zamonaviy inson hayotini to'ldiradigan ilg'or texnologiyalardir. 3D modellashtirish 3D texnologiyasining asosini tashkil etadi. Bugungi kunda dizaynerning ishini 3D modellarsiz tasavvur qilish qiyin. 3D modellashtirish 3D printerlarning keng tarqalishi bilan yanada ommalashdi. Hozirda 3D modellar fan, texnologiya, tibbiyot, tijorat va boshqaruv faoliyatining barcha sohalarida qo'llanilmoqda. Yonoq-orbital kompleksni kompyuter yordamida uch o'lchovli modellashtirish usuli ularning tayanch nuqtalari, deformatsiyalari va nuqsonlarini, shuningdek, zarur transplantatlarni hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Bu usul kompyuter tomografiyasidan uch o'lchovli panjara tugunlarini modellashtirish uchun asos sifatida foydalanishga asoslangan. Transplantatni modellashtirishning ushbu usuli deformatsiyalangan ko'z kosasini qayta tiklashni osonlashtiradi, joylashtirish aniqligini va operatsiyaning umumiy samaradorligini oshiradi.

Tadqiqot maqsadi: Virtual 3D modellashtirish yordamida ko'z kosasi tubi va burun-yonoq-orbital sinishlari mavjud bemorlarni tashxislash, davolashni rejalashtirish va jarrohlik muolajasini takomillashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasining plastik jarrohlik bo'limida 2024-2025 yillar davomida ko'z kosasi tubi va burun-yonoq-orbital kompleksi (BYOK) sinishlari bo'lgan 36 nafar bemor operatsiya qilindi. Ularning 24 nafari (67%) erkak, 12 nafari (33%) ayol edi. Bemorlarning yoshi 20 dan 50 yoshgacha bo'lgan. Jarohatlanish sabablari quyidagicha: 18 holatda (49%) yo'l-transport hodisasi, 6 holatda (17%) ko'cha janjali, 6 holatda (17%) ishdagi jarohat, 6 holatda (17%) maishiy jarohat. Ko'z kosasi tubi jarohatlari alohida yoki yuqori darajadagi Le Fort jarohatlari, BYOK sinishlari,

burun-orbital-g'alvirsimon suyak sinishlari, yuzning umumiy travmasi bilan birga kuzatilishi mumkin va ko'pincha ko'z kosasining medial devori sinishi bilan birgalikda uchraydi. Bemorlar kompleks klinik tekshiruvdan o'tkazildi, tegishli mutaxassislar - neyroxirurg, ko'z shifokori, quloq-burun-tomoq shifokori va boshqalar bilan maslahatlashildi. Barcha bemorlarga uch yo'nalishda 3D-rekonstruksiya qilingan multispiral kompyuter tomografiyasi o'tkazildi. Skanerlash tomografning maxsus dasturiy ta'minoti yordamida avtomatik tarzda amalga oshirildi. Ko'z kosasi tubining nuqsonli holatini aniqlash uchun barcha tekisliklarda 0,6 mm kollimatsiya qatlami, 0,6 mm rekonstruksiya oralig'i bilan kesimlar olindi va sagittal hamda koronar yo'nalishlarda olingan tasvirlar multispiral rekonstruksiya qilindi. Ko'z kosasi pastki devori suyaklarining posttravmatik nuqsonini jarrohlik yo'li bilan bartaraf etishni rejalashtirish maxsus kompyuter dasturi yordamida virtual 3D modellashtirish orqali amalga oshirildi. Bu nuqson va deformatsiyaning xususiyati hamda joylashuvini aniq belgilash, jarrohlik rejasini va individual implantni modellashtirish imkonini berdi. Orbital rekonstruksiyaning asosiy maqsadi jarohatdan oldingi orbital hajmni tiklashdir. Shu munosabat bilan, tasvirni boshqarish texnologiyasi anatomik orbital implantlarni loyihalashda foydali bo'ldi.

Olingan natijalar: Ko'z kosasi tubi nuqsoni bilan burun-yonoq-orbital kompleksning posttravmatik deformatsiyasi 11 holatda (30%) kuzatildi. Ko'z kosasi tubining alohida posttravmatik nuqsonlari 25 holatda (70%) aniqlandi. Suyak sinishi muddati 2 haftadan 6 oygacha bo'lgan. Operatsiyadan oldingi davrda barcha bemorlarda ko'z kosasi tubi va yonoq-orbital kompleksning posttravmatik deformatsiyasiga xos barcha alomatlar mavjud edi. Operatsiyadan oldingi davrda barcha bemorlar uchun ko'z kosasi tubi va yonoq-orbital kompleksning virtual 3D modeli, stereolitografik intraoperatsion shablon hamda 3D printerda chop etilgan implant tayyorlandi. Barcha bemorlar umumiy narkoz sharoitida operativ aralashuvga duchor bo'ldilar. Jarrohlik ko'z kosasi pastki chegarasining osteosintezi va ko'z kosasi devorlarini implantatsiya qilish bosqichlarini o'z ichiga oldi.

Operatsiyaning eng muhim bosqichi ko'z kosasi nuqsonini ehtiyotkorlik bilan tekshirish, shikastlangan ko'z mushaklarini ozod qilish, fibroz to'qimalarni olib tashlash, orbital to'qima churrasi (prolaps)ni bartaraf etish va eng muhimi, stereolitografik usulda tayyorlangan individual implant yordamida orbital tub nuqsonini plastika qilish edi. Ushbu bemorga mo'ljallangan implant suyakka aniq moslashtirilgan bo'lib, nuqson joylashgan va fiksatsiya qilinadigan joyga to'g'ri keladi. Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga standart yallig'lanishga qarshi davolash, shuningdek, ko'z faoliyatini tiklash uchun oftalmolog bilan hamkorlikda rehabilitatsiya tayinlandi. Operatsiyadan 14 kun o'tgach, 3 nafar bemorda diplopiya saqlanib qoldi. Ushbu bemorlarda binokulyar ko'rishning tiklanishi 2-3 oygacha davom etdi, bu ko'z soqqasi shikastlanishining xususiyati va jarrohlik davolashning kechiktirilganligi bilan bog'liq edi.

Xulosa: Kompyuter texnologiyalari va tasvirlash sohasidagi yutuqlar orbita devori bilan bog'liq nuqsonlarni davolashda orbital rekonstruksiyaning qulayligi va samaradorligini oshirdi. Ichki orbitaning murakkab shakli, muhim yumshoq to'qimalarning yaqinligi va xatoliklar uchun juda kam joy mavjudligi sababli, orbital skelet virtual rejalashtirish uchun eng maqbul anatomik soha hisoblanadi. Shu bois, ko'z kosasi tubi va yonoq-orbital kompleks nuqsonlari hamda deformatsiyalarini kompyuter modelashtirish orqali tashxislash, 3D-printerda chop etilgan jarrohlik andozalari

va individual modelashtirilib tayyorlangan implantlardan foydalanib jarrohlik aralashuvini rejalashtirish, operatsiya vaqtini qisqartiradi va jarrohlik davolashni rejalashtirish hamda amalga oshirish aniqligini oshiradi. 3D rejalashtirish operatsiya hajmini belgilash, implantni tanlash, uning o'lchami va turini aniqlash, shuningdek, uni mahkamlash usulini rejalashtirish imkonini beradi. Bu usul operatsiya vaqtini qisqartirish bilan birga, jarrohlik davolashni rejalashtirish va amalga oshirish aniqligini sezilarli darajada oshiradi.

EARLY DIAGNOSIS AND EVALUATION OF TREATMENT EFFECTIVENESS FOR DISTAL OCCLUSION IN CHILDREN*Shaamuhamedova F.A., Mashrabjonova B.Q.**Tashkent state dental institute**Uzbekistan*

Introduction: Distal occlusion is an orthodontic defect characterized by the misalignment of teeth caused by the improper positioning of the upper jaw relative to the lower jaw. This condition is common among children and can lead to not only aesthetic but also functional issues, including malocclusion, chewing difficulties, speech problems, and even breathing issues. Therefore, early diagnosis and treatment of distal occlusion are crucial for ensuring healthy development.

Relevance of the Study: The causes of distal occlusion in children are diverse, including genetic predisposition, developmental disorders of the skeletal and soft tissues, improper nutrition, and bad oral habits such as thumb-sucking, mouth-breathing, or tongue misplacement. Delayed identification of these habits prolongs orthodontic treatment and increases the risk of complications. Early diagnosis of distal occlusion allows timely intervention and treatment.

Objective: To assess the effectiveness of early diagnosis and orthodontic treatment of distal occlusion in children.

Methods: Clinical, anthropometric, radiological, photometric techniques, and statistical analysis.

Materials and Methods: The study involved 29 children aged 5-12 years. Diagnosis included clinical examinations, radiography, 3D imaging, and model fabrication. The alignment of the dental and jaw systems was assessed for each patient. Additionally, bad oral habits such as thumb-sucking and mouth-breathing were analyzed.

Results: 1. Early Detection of Clinical Signs

Early identification of distal occlusion in clinical examinations was found to improve treatment effectiveness. Clinical signs of distal occlusion include improper jaw

alignment, irregular tooth relations, and chewing dysfunction.

2. Effectiveness of Digital Diagnostic Technologies

Utilizing 3D imaging technology provided accurate visualization of the structure of teeth and jaws, significantly enhancing diagnostic precision and facilitating accurate treatment planning.

3. Preventive Programs

Preventive programs were developed to address habits like thumb-sucking and mouth-breathing, which significantly contribute to the development of distal occlusion. These programs included educational initiatives for parents and children, medical recommendations, and habit-correction strategies.

4. Practical Importance of Early Diagnosis

The study confirmed that early diagnosis of distal occlusion aids in timely orthodontic intervention and simplifies the treatment process. Late diagnosis often leads to severe skeletal and soft tissue changes, increasing treatment complexity and duration.

Conclusion: Early diagnosis and preventive measures for distal occlusion play a decisive role in forming a healthy dentoalveolar system. The research demonstrated that early detection of clinical signs, the use of digital diagnostic technologies, and programs aimed at correcting bad oral habits effectively address malocclusion. Late diagnosis of distal occlusion leads to severe complications, including skeletal and soft tissue changes, which extend and complicate treatment. Hence, attention should be focused on early diagnosis and proper approaches to prevent and effectively treat orthodontic issues.

BOLALARDA ADENOIDNING RIVOJLANISHI VA UNING PRIKUSGA TA'SIRI

Shaamuhamedova F.A., Mashrabjonova B.Q., Sattarov J.A., Omonova M.X.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

O'zbekiston

Adenoidlar: bu burun boshligining orqa qismida joylashgan limfoid toqima bolib, ular organizmni infeksiyalardan himoya qilishda muhim rol o'ynaydi.

Tadqiqotning dolzarbligi: Bolalar adenoidlarning kattalashishi va prikus ozgarishlari ortasidagi bogliqlikni aniqlash, ogiz orqali nafas olishning tishlarning rivojlanishiga qanday tasir qilishini yanada chuqurroq organish zarurati. Shu bilan birga, bolalar ortasida prikusning notogri rivojlanishi ortodontik muammolarga olib kelishi mumkin, bu esa oz navbatida ular uchun uzoq muddatli sogliq muammolari yaratadi. Prikusning notogri rivojlanishi nafaqat tishlarning estetikasi va funktsional jihatlarini, balki umumiy salomatlikka ham tasir qilishi mumkin. Misol uchun, notogri prikus nafas olishni qiyinlashtiradi, tishlarning shakli va joylashishi ozgaradi, bu esa bolalarning chaynash va nutq faoliyatiga tasir korsatadi.

Tadqiqot maqsadi: Bolalarda adenoidlarning rivojlanishining prikusga tasirini organish, bu muammoning salbiy oqibatlarini aniqlash va unga qarshi samarali davolash usullarini korsatish.

Tadqiqot materiallari va manbalari: Ilmiy va tibbiy adabiyotlar: Adenoidlarning rivojlanishi, prikusning turli shakllari va ularning ozgarishiga tasir qiluvchi omillar bo'yicha ilmiy maqolalar. Klinik malumotlar: Bolalar shifoxonalaridan olingan malumotlar, ayniqsa, adenoidlar va prikusni tekshirish bo'yicha klinik tekshiruvlar. Anketalar va sorovlar: Ota-onalar va mutaxassislar bilan o'tkazilgan sorovlar natijalari.

Tadqiqot usullari: Analitik usul, klinik kuzatish, rentgenologik usul, statistik tahlil, eksperimental usul.

Tadqiqot uslublari: Kuzatuv va tekshirish uslubi: Bolalarda adenoidlarning kattalashishi va prikusdagi ozgarishlarni kuzatib borish va ularning ozaro bogliqligini aniqlash. Tibbiy va klinik testlar: Prikus holatini va adenoidlarning holatini tahlil qilish uchun maxsus testlar va diagnostik vositalar.

Natijalar: Adenoidlarning kattalashishi nafas olishni qiyinlashtiradi, bu esa ogiz orqali nafas olishga olib keladi. Ogiz orqali nafas olish prikusning rivojlanishiga salbiy tasir qiladi, masalan, tishlarning joylashuvi yoki shakli ozgarishi mumkin. Adenoidlarni davolash, shu jumladan adenoidektomiya, prikusni yaxshilashga yordam beradi va nafas olishni tiklashga imkon yaratadi.

Xulosa: Tadqiqot shuni tasdiqlaydiki, bolalarda adenoidlarning rivojlanishi va prikusning notogri shakllanishi ortasida aniq bogliqlik mavjud. Adenoidlarning ortiqcha kattalashishi bolalarda ogiz orqali nafas olishga va natijada prikusning notogri rivojlanishiga olib keladi. Shu bois, adenoidlarni erta aniqlash va ularni davolash bolalar salomatligi uchun muhimdir. Bundan tashqari, prikusni tuzatish uchun ortodontik davolashning orni ham katta.

EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEARING IMPAIRMENT IN CAROTID ARTERY STENOSIS*Shodmonkulova G.R., Khaydarova G.S.**Tashkent Medical Academy**Uzbekistan*

Introduction: Carotid artery stenosis (CAS) is a significant risk factor for sensorineural hearing loss (SNHL). The narrowing of the carotid artery leads to reduced blood supply to the brain and auditory system, resulting in progressive or sudden hearing impairment. Early diagnosis and appropriate treatment of CAS-related hearing loss can help prevent stroke and other complications.

The purpose of study: To analyze diagnostic methods and effective treatment strategies for hearing impairment in carotid artery stenosis.

Materials and Research Methods: A review of recent scientific literature, epidemiological studies, and clinical research on CAS-related hearing impairment was conducted. The study focused on diagnostic approaches and treatment strategies, including:

Diagnostic Methods:

Audiometry – assessment of sensorineural hearing loss.

Tympanometry – evaluation of middle ear function and sound transmission.

Transcranial Doppler ultrasound (TCD) – measures cerebral blood flow and detects vascular insufficiency.

Magnetic Resonance Angiography (MRA) and Computed Tomography Angiography (CTA) – assess the severity of carotid stenosis.

Biomarkers (CRP, IL-6, TNF- α , ADMA) – evaluate inflammation and endothelial dysfunction.

Treatment Approaches: Pharmacological Therapy:

Vasodilators (Pentoxifylline, Nimodipine) – improve microcirculation.

Antioxidants (Resveratrol, Coenzyme Q10, N-Acetylcysteine) – reduce oxidative stress.

Antiplatelets and Statins (Aspirin, Clopidogrel, Atorvastatin) – prevent thrombosis and embolism.

Surgical and Interventional Treatments:

Carotid angioplasty and stenting – restore blood flow in narrowed arteries.

Carotid endarterectomy – surgically remove atherosclerotic plaques.

Hearing Rehabilitation:

Cochlear implantation may be considered for severe cases of hearing loss.

Results obtained: 10–30% of CAS patients experience hearing impairment before major cerebrovascular events.

Microembolic events and oxidative stress contribute to auditory nerve degeneration.

Transcranial Doppler ultrasound (TCD) and functional MRI (fMRI) can detect early vascular changes affecting hearing.

Antiplatelet therapy and statins slow the progression of hearing loss in CAS patients.

Sudden hearing loss has been linked to a 1.4–2.3 times higher risk of stroke.

Summary: Carotid artery stenosis is a significant but underrecognized cause of hearing loss.

-Early diagnosis using audiometry, TCD, and angiography can help reduce the risk of stroke.

-Vasodilators, antioxidants, and antiplatelet therapy show promising results in managing CAS-related hearing loss.

- Carotid angioplasty and stenting may help preserve auditory function.

- Regular audiological and neurovascular monitoring is recommended for high-risk patients.

AFTER SURGICAL HISTOLOGIC EVALUATION OF NASAL POLYPS AND FREQUENCY OF OCCURRENCE VARIOUS TYPES OF NASAL POLYPOSIS IN UZBEKISTAN

*Sultanov D.M., Shamsiev D.F., Raupov B.M.
Tashkent State Dental Institute
Uzbekistan*

The problem of chronic polypoid rhinosinusitis (CPRS) today remains one of the most important in modern rhinology. Nowadays, in different regions it is divided into CPRS with a predominance of an allergic component and predominance of an inflammatory component.

Objective: to study what type of nasal polyps is more common in Uzbekistan region.

Materials and methods. We examined 128 patients aged 15-65 years, who were done FESS (Functional Endoscopic Sinus Surgery) in the ENT department of the Tashkent State Dental Institute from 2022 to 2024. All after surgical materials were examined in Histologic laboratory in Tashkent.

Results and discussion: We divided patients by infiltration of stroma of polyps into two groups: patients with the chronic eosinophilic (31 patients) and neutrophilic (65 patients) polypoid rhinosinusitis (CEPRS & CNPRS). In all other patient's were found another type of inflammation and tumors. In 24.2% patients were predominance of allergic reaction and 50.7% of patients were predominance of inflammatory process.

Conclusions: In Uzbekistan region frequency of occurrence CPRS with inflammatory component is more than the CPRS with the predominance of an allergic component. So, this data should be taken into account in the treatment of chronic polypoid rhinosinusitis.