



**OZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TOSHKENT DAVLAT  
STOMATOLOGIYA INSTITUTI**



**“YOSH OLIMLAR KUNLARI”  
Respublika ilmiy-amaliy anjumani  
xalqaro ishtirok bilan  
TEZISLAR TO'PLAMI**

**COLLECTION OF ABSTRACTS  
“YOUNG SCIENTISTS DAYS”  
Republic scientific and practical conference  
with international participation**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ  
Республиканской научно-практической конференции  
с международным участием  
“ДНИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ”**

**Toshkent 25 aprel 2023 y.**

верхнечелюстных пазух через мини-доступ / В. С. Козлов, А. Н. Щеглов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2011. – № 4. – С. 119–122.

16. Накатис, Я. А. Современные малоинвазивные методы эффективного лечения различных форм синуситов / Я.А. Накатис, Н.Е. Конеченкова, М.А. Рымша // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2018. – № 1 (24). – С. 84-90.

17. Покровская, Е. Варианты хирургических доступов при патологии верхнечелюстной пазухи / Е. Покровская // Практическая медицина. – 2018. – № 5 (16). – С. 53-58.

18. Mendiratta, V. Sinonasal Anatomical Variants: CT and Endoscopy Study and Its Correlation with Extent of Disease / V. Mendiratta, N. Baisakhiya, D. Singh D. // Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. – 2016. – № 3 (68). – P. 352–358.

19. Morrissey, D.K. Prelacrimal approach to the maxillary sinus / D.K. Morrissey, P.J. Wormald, A.J. Psaltis // Int. Forum Allergy Rhinol. – 2016. – Vol. 6, № 2. – P. 214-218.

20. Thompson, C.F. What is the optimal maxillary antrostomy size during sinus surgery? / C.F. Thompson, D.B. Conley // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2015. – № 1 (23). – P. 34-38.

## СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

*Хасанов У.С., Матмуродов З.С.  
Тошкент тиббиёт академияси*

Ҳозирги кунда сурункали фронтит касаллигини даволаш усуллари дан бири бу табиий тешик орқали зондлаш усули ҳисобланади. Бурун бўшлиғининг эндоскопияси пешона бўшлиғининг табиий тешиги орқали пешона бўшлиғини зондлаш имкон беради.

**Тадқиқот мақсади** сурункали фронтит бўлган беморларни комплекс даволашни такомиллаштириш ҳисобланади.

**Тадқиқот материали сифатида** 2018-2020 йилларда изоляция қилинган фронтит билан 120 бемор олинди. Эркаклар - 90 (75,0%), аёллар - 30 (25,0% о). Беморларнинг ёши 18 дан 70 ёшгача. Ёш (51,0%) ва ўрта ёшдаги одамлар (29,2%>) устунлик қилди. Кекса ва кекса ёшдаги фронтит камроқ учрайди (19,8%>). Кузатилаётган касалларда аёлларга нисбатан эркаклар 3 барабар кўп.

**Натижалар ва уларнинг муҳокамаси.** Ҳасанов С.А. методологиясидан кенг фойдаланган ҳолда амалий ишда биз муаллифни пешона бўшлиғининг пешона бурун канали орқали зондлашда 0.6-1.0 ўлчамли полиэтилен катетер билан зондлашда бироз модернизация қилиш зарурлиги тўғрисида фикрга келдик.

Бурун бўшлиғи ичидан риноскопия ёки 0-30° эндоскоп ёрдамида ўрта бурун чиғаноғи 5%-10%-лидокаин эритмаси билан маҳаллий аппликацион анестезия остида ўрта чиғаноқ олдинги учидан 0.5 см ичкаридан пешона бурун канали орқали 0.6 ўлчамли полиэтилен катетер шиллик қаватга шикаст етказмасдан ўтказилади.

Беморларнинг иккала гуруҳида консерватив терапия алгоритми бир хил эди: умумий ва маҳаллий яллиғланишга қарши ва антибактериал даволаниш. Фарқи шундаки, 1-гуруҳ беморларида пешона бурун канали зонд орқали антибиотиклар билан ювиш даволаш амалга оширилди кунига 2 маҳал, 2-гуруҳ беморларида, шунингдек, терапевтик ювишда дори воситалар озон 0.8г/л-10 дақиқа тўйинтирилган эритмаси кунига 2 маҳал синусга 5-10 дақиқа юборилди.

Пешона бўшлиғини терапевтик мақсадларда ювиш, микробиологик текширув учун материал олишдан кейин дарҳол бошланди. Пешона-бурун канали вена кон томир ва лимфа томир димланиши, шиллик қават шишини бартараф этиш мақсадида синусга кон томир торайтиривчи, кортекостероид дори воситалар ва протеолитик ферментлар киритилди.

Пешона бўшлиғининг бурун ичидан диагностик зондлаш, асосан, пешона бўшлиғини даволаш учун маҳаллий даволаш чораларининг бошланишидир. Ушбу ҳаракатларнинг кетма-кетлиги ва таркиби маълум.

Ўткир фронтитда пешона-бурун каналининг фаоллигини тиклаш учун 1-2 марта ювиш керак эди. Пешона бурун канали блокни бартараф этиш учун 3 та муолажа керак эди. Кейинчалик антибиотиклар билан ювиш 4-5 кун давомида амалга оширилди. УВЧ 7 сеансгача давом этди. Олд-бурун каналининг тикланган ўтказувчанлиги билан озон терапияси 5 марта ўтказилди.

Терапевтик таъсирнинг мезони микробиологик тадқиқотлар бўлиб, улар пешона бўшлиғининг тикланишини тасдиқлади. Озон терапияси ёрдамида даволаш жараёни тугагандан сўнг, патоген микрофлора микробиологик текшириш пайтида аниқланмади. Шундай қилиб, ўткир фронтитда озон терапияси анъанавий даволанишдан кўра самаралидир.

Озон терапияси ўткир пешона бўшлиғини анъанавий режимга нисбатан тезроқ даволашни таъминлайди: касалхонада қолиш муддати икки баравар камайган, даволаниш натижаси барқарор. Сурункали фронтитли беморларни консерватив даволаш янада қийин вазифадир. Сурункали фронтитда пешона-бурун каналининг фаоллигини тиклаш учун протеолитик ферментларни киритиш билан кўп миқдордаги ювиш талаб этилади (4-6). Бунинг сабаби шундаки, ушбу беморларда пешона-бурун каналининг ўтказувчанлиги бузилганлиги сабабли қуюқ йиринг, казеоз масса ва шиллик қаватнинг шиши кузатилди. Натижада, терапевтик ювиш сони 6-7 гача кўтарилди; физиотерапия курси 6-7 кунни ташкил этди. Олд-бурун каналининг тикланган ўтказувчанлиги билан озон терапияси 6-7 кун ўтказилди. УВЧ 7 сеансгача давом этди.

Шундай қилиб, сурункали фронтитда озон терапияси ушбу касаллик учун анъанавий даволаш усулидан ҳам устундир. Даволашнинг натижаси доимийдир. Озон терапияси беморнинг касалхонада қолиш муддатини 3 кунга қисқартириши ва иктисодий самара бериши мумкинлигини кўрсатди.

Шундай қилиб, ўткир ва сурункали фронтит билан оғриган беморларни даволашнинг анъанавий усули озон эритмаси маҳаллий фойдаланиш билан бойиди. Аниқ микробларга қарши, яллиғланишга қарши ва огоҳлантирувчи тузатувчи жараёнлар таъсирга эга бўлган озон анъанавий даволанишга

караганда ижобий натижа олиш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга караганда анча қисқа вақтни олади.

Шу сабабли, ўткир ва сурункали фронтитни ташхислаш ва консерватив даволаш учун алгоритм ҳозирда қуйидагича келтирилган. Бурун бўшлиғининг ва бурун ёндош бўшлиқлари компьютер томографияси; 2) пешона бўшлиғининг диагностик зондлаш; 3) пешона бўшлиғини стерил физиологик эритма билан чайиш; 4) бурун каналининг бузилган ўтказувчанлигини тиклаш учун протеолитик ферментларни синус бўшлиғига киритиш. 5) терапевтик синусни озон билан тоўинтирилган антибиотикларни юбориш, 6) физиотерапия.

Юқорида айтилганларни ҳисобга олган ҳолда, фронтитли беморларни даволашда биз кундалик ишимизда озон терапиясини умумий антибактериал терапия билан биргаликда ишлатишни афзал кўрамыз, бу эса ушбу касалликни консерватив даволаш натижаларини яхшилайд.

Шундай қилиб, КТ билан пешона-бурун каналини визуализация қилиш орқали фронтит ташхисини такомиллаштириш, пешона бурун канали орқали ингичка 0.6 ўлчамли полиэтилен катетер билан зондлаш ва озон терапияси қўлланилиши билан пешона бўшлиғини консерватив даволашни оптималлаштириш ушбу жиддий касалликнинг ташхиси ва даволаш натижаларини яхшилайд.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиб айтиш мумкинки, сурункали фронтитнинг даволашда пешона бўшлиғини табиий тешиги ёрдамида ювиш ҳамда қўшимча равишда физиотерапевтик даво қўллаш анатомик жиҳатдан хавфсиз ва самарали даво усули ҳисобланади.

#### **Адабиётлар:**

1. Мезенцева О. Ю., Пискунов В. С. Принципы лечения фронтитов //Региональный вестник. – 2019. – №. 8. – С. 6-7.
2. Хакимжанова А. С. Аспекты диагностики синуситов //Международный академический вестник. – 2020. – №. 3. – С. 36-40.
3. Хасанов У. С., Вохидов У. Н., Джураев Ж. А. Оптимизация диагностики хронических воспалительных заболеваний носоглотки //LI international correspondence scientific and practical conference" international scientific review of the problems and prospects of modern science and education". – 2018. – С. 94-95.
4. Хасанов У. С., Вохидов У. Н., Джураев Ж. А. Состояние полости носа при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух у больных с миокардитом //European science. – 2018. – №. 9 (41). – С. 50-51.
5. Хасанов У., Вохидов У., Джураев Ж. Результаты эндоскопического исследования при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (71). – С. 90-92.
6. Шамсидинов Б. Н. и др. К вопросу о лечении больных с неосложнённым и осложнённым фронтитом //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2018. – №. 4. – С. 97-100.

7. Шамсиев Д. Ф., Вохидов У. Н., Каримов О. М. Современный взгляд на диагностику и лечение хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух // Молодой ученый. – 2018. – №. 5. – С. 84-88.
8. Mertz L. E., Divekar R., Rank M. A. Managing Frontal Sinusitis // Frontal Sinus Surgery: A Systematic Approach. – 2019. – С. 273.
9. Sohal M., Tessema B., Brown S. M. Medical management of frontal sinusitis // Otolaryngologic Clinics of North America. – 2016. – Т. 49. – №. 4. – С. 927-934.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Мухамедов Д.У.

*Республиканский специализированный научно-практический  
медицинского центра педиатрии*

В последние годы увеличилось количество пользователей систем кохlearной имплантации (КИ) как у детей раннего возраста, так и среди детей с долингвальной глухотой, оперированных после 7-летнего возраста. Целесообразность проведения кохlearной имплантации у подростков и у детей со сложными сочетанными заболеваниями является спорной. Известно, что стойкое нарушение слухового анализатора ведет к существенным отклонениям в речевом развитии ребенка, негативно отражается на психическом статусе личности, влечет за собой ограничение возможности познания окружающего мира, овладения знаниями, умениями, навыками, препятствует полноценному словесному общению с окружающими людьми. Своевременное выявление детей с нарушением слуха и раннее начало оказания им медицинской помощи (протезирование современными цифровыми слуховыми аппаратами, операция «кохlearная имплантация» [КИ]) и психолого-педагогической (коррекционной) помощи будет способствовать не только формированию у них речи как основного средства общения, но и гармоничному развитию личности ребенка в целом.

**Цель:** Изучение различных методов реабилитации детей на этапах кохlearной имплантации.

**Материал и методы исследования:** были обследованы 32 детей школьного возраста, находившихся на стационарном лечении в клинике Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии (РСНПМЦ Педиатрии) для проведения кохlearной имплантации. Дети женского пола составили 55,2%, мужского - 44,8% от общего количества отобранных больных. Дети были разделены на 2 группы. В первую группу (А) вошли дети, не имеющие расстройства психологического развития (24 человек), способные самостоятельно, без активного участия родителей, ответить на вопросы по КЖ и эффективности использования речевого процессора кохlearного импланта. Вторую группу (Б) представляли дети (8 человек) с общими расстройствами психологического развития, которые в силу указанных обстоятельств не способны оценить собственное качество жизни, а в оценке эффективности функционирования кохlearного