

ISSN 2181-337X

EURASIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY

Special Issue

2024



ejohns.scinnovations.uz



EURASIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY

SPECIAL ISSUE • 2024

ЕВРАЗИЙСКИЙ ЖУРНАЛ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ - ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК • 2024

Медицинский рецензируемый журнал
Medical reviewed journal

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

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

Тематика журнала:
оториноларингология (ЛОП)
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:
000 «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 Саидакромович – 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 Kalcioğlu - Professor of Istanbul Medical University (Turkiye)

Hesham Negm - Professor of Cairo University (Egypt)

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

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

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

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

Насыров Вадим Аллаярлович – 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)

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 Суннатулло 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)

Полатова Жамила Шагайратовна – д.м.н., профессор, ТГСИ (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)

Алимова Дурдона Дилмуратовна - к.м.н., ТашПМИ (Узбекистан)

Каххаров Алишер Жамолитдинович – к.м.н., доцент, ТГСИ (Узбекистан)

**“Otorinolaringologiya, bosh va bo‘yin kasalliklarida tashxislash va davolashga zamonaviy yondashuv”
xalqaro ishtirok bilan anjuman to‘plami**

**Сборник конференция с международным участием
«Современный подход к диагностике и лечению в оториноларингологии, заболеваниях головы и шеи»**

**Abstract book the conference with international participation
“Modern approaches to the diagnosis and treatment in Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases”**

Toshkent, 6-7 may 2024-yil

Арифов С.С., Авезов М.И. ЕНГИЛ ДАРАЖАДАГИ БОШ МИЯ ЖАРОХАТЛАРИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧЛАРИДА ЭШИТИШ ФУНКЦИЯСИНИНГ ҲОЛАТИ.....	7
Арифов С.С., Далиев А.Г., Гуломов Ш.А., Тухтасинов Н.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ.....	9
Арифов С.С., Далиев А.Г., Гуломов Ш.А., Тухтасинов Н.Н. АНДИЖОН ВИЛОЯТИ ТУМАНЛАРИ БЎЙИЧА БОЛАЛАР ОРАСИДА ЎТКИР ЛАРИНГОТРАХЕИТНИ УЧРАШИ.....	10
Арифов С.С., Қурбонов Ж.А. ЎТКИР РИНОСИНОСИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.....	11
Арифов С.С., Тухтаев М.Б. ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА.....	12
Ахмедова З.А., Хайдарова Г.С. ДОИМИЙ АЛЛЕРГИК РИНИТ ХАМДА КАТАРАЛ РИНОСИНОСИТ БИЛАН БЕМОРАЛДАРДА ИММУНОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ БАҲОЛАШ.....	13
Ахунджанов Н.А., Хасанов У.С., Джураев Ж.А. ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ДОИНСУЛЬТНЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	14
Бакиева Ш.Х., Қурбонов Ш.Ж. ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА ЖАРРОҒЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.....	15
Бакиева Ш.Х., Қурбонов Ш.Ж. ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ЖАРРОҒЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ.....	16
Балтабаев О.К., Махкамова Н.Э. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА.....	18
Гулямов С.С., Саидмуродова Н.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ.....	19
Имангалиева А.А. ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ УША У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (МИКРОТИЯ, АТРЕЗИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА).....	20
Имангалиева А.А., Сегізбаева Э.М., Таджибаев О.А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИИ УША.....	21
Исмоилов И.И., Шамсиев Д.Ф. РЕОЛОГИЯ КРОВИ ПРИ РИНОСИНОСИТЕ, ОСЛЁЖНЁННЫЙ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	22
Каримов О.М., Шамсиев Д.Ф. ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	23
Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш. ОСОБЕННОСТИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ.....	24
Лутфуллаев У.Л., Кобилова Ш.Ш. ОТОМИКРОСКОПИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ.....	25
Лутфуллаев Г.У., Нёматов У.С. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА.....	26
Лутфуллаев Г.У., Исаева З.А. СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ УША (ХЕМОДЕКТОМЫ И ГЕАНГИОМЫ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ) КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.....	27
Лутфуллаев Ф.У., Сафарова Н.И., Мардонов Х.Х. ПОЛИПОЗ ЭТМОИДИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАНЛАРНИ ДАВОЛАШДА МАҲАЛЛИЙ ИММУНОМОДУЛЯТОРЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ.....	28
Миразизова Д.Р., Махкамова Н.Э. СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ.....	29
Мусаев А.А., Олимов Ж.А., Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш., Маджитова Д.Ш., Нуриддинова Д.Х., Мансурова С.А. СМЕЩЕНИЕ ЭЛЕКТРОДА КОХЛЕАРНОГО ИМПЛАНТА: СЕРИЯ СЛУЧАЕВ.....	30
Мухамедов Д.У. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ.....	31

СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

<i>Набиева Ж.М., Махкамова Н.Э.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОЦИОНОЗА ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА.....	33
<i>Назирова Ф.Н.</i> СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ТИМПАНОСКЛЕРОЗ КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.....	35
<i>Нурмухамедова Ф.Б.</i> ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ.....	37
<i>Нуров У.И., Икрамова Ф.С.</i> МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ.....	38
<i>Нуров У.И., Икрамова Ф.С.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАСТОЙКИ ПРОПОЛИСА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ.....	39
<i>Полатова Д.Ш., Шомуродов К.Э., Мадаминов А.Ю.</i> ПРЕДРАКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЕ РОТОГЛОТКИ.....	40
<i>Ражабов Д.Б.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОБОНЯНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	41
<i>Раззоков Ж.Х.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА.....	43
<i>Рахимов Ж.М.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ.....	45
<i>Салияхунова Х.О., Шайхова Х.Э.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА КОМОРБИДНОСТИ ХОБЛ ПРИ РИНОСИНОСИТАХ.....	46
<i>Усманова Н.А., Махкамова Н.Э.</i> СОПОСТАВЛЕНИЕ ТЕХНИКИ ТРАДИЦИОННОЙ И ШЕЙВЕРНОЙ АДЕНОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.....	47
<i>Ҳазратов О.Р., Нуров У.И.</i> ХАРАКТЕРИСТКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.....	48
<i>Хасанов А.И., Бекмирзаев Р.М., Шукуров З.И. Нишонбоев Л.С., Примкулов Б.К., Файзуллаева Ф.Т.</i> РОЛЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	49
<i>Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Исамитдинов Н.М., Хафизова Д.А., Юсупбеков А.А.</i> РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ.....	50
<i>Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С., Абдикаримов А.Г., Юсупбеков А.А., Исамитдинов Н.М.</i> ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛИЦА.....	51
<i>Хасанов У.С., Абдуллаев У.П.</i> ОСОБЕННОСТИ АУДИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСНТ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	52
<i>Хасанов У.С., Камиллов Х.Б.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА.....	53
<i>Хасанов У.С., Матмуродов З.С.</i> СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ БЎЛГАН БЕМОРАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.....	55
<i>Хасанов У.С., Хайитов О.Р.</i> ТУРЛИ ДАРАЖАДАГИ БУРУН ОБСТРУКЦИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРАРДА БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ.....	56
<i>Хушвақова Н.Ж., Исакова Ю.Н.</i> СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БЎЛГАН БЕМОРАРДА ОТОМИКРОСКОПИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ.....	58
<i>Эргашев А.А.</i> СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЁНДАШУВЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ.....	59
<i>Якубова Д.О., Каримова Н.А., Саттарова М.Г., Хасанов У.С.</i> ДЕБЮТ ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ПРИ “БОЛЕЗНИ В ТЫСЯЧУ ЛИЦ”.....	61
<i>Якубов Р.К., Шайхова Х.Э.</i> НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЛОР-ОРГАНОВ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	62
<i>Akhundjanov N.A., Khasanov U.S., Khodjanov S.K.</i> RESULTS OF ANTIHYPOTENSIVE THERAPY ON VESTIBULAR DYSFUNCTION.....	63
<i>Arifov S.S., Daliev A.G., Tukhtasinov N.N., Gulomov Sh.A.</i> MODERN ENDOSCOPIC SURGICAL METHODS FOR TREATING CHRONIC RHINOSINUSITIS IN SCHOOL-AGE CHILDREN.....	64

<i>Arifov S.S., Daliev A.G., Tukhtasinov N.N., Gulomov Sh.A.</i> MODERN SCHEMES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE RHINOSINUSITIS ON AN OUTPATIENT BASIS.....	65
<i>Boboqulova D.F.</i> BOLALARDA ALLERGIK RINITNING UCHRASH DARAJASI VA DAVO USULLARINING SAMARADORLIGI.....	66
<i>Boboqulova D.F.</i> O'TKIR RINOSINUSITLARNING KLINIK HOLATINI BAHOLASH MEZONLARI.....	67
<i>Khasanov U.S., Juraev J.A., Botirov A.J.</i> RESULTS OF ANALYSIS OF RS 1800895 592C>A POLYMORPHISM IN THE IL10 GENE AMONG PATIENTS WITH CPRS.....	68
<i>Khasanov U.S., Djuraev J.A.</i> RESULTS OF ANALYSIS OF A1188C RS 3212227 POLYMORPHISM IN THE IL 12B GENE AMONG PATIENTS WITH CPRS.....	69
<i>Khasanov U.S., Shaumarov A.Z.</i> ASSESSMENT OF THE RESULTS OF NASAL TAMPONADE ON THE QUALITY OF LIFE IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD.....	70
<i>Khayruddinova Z.R., Khaydarova G.S.</i> THE ASSESEMENT OF THE EFFECTIVENESS OF PROBIOTIC STREPTOCOCCUS SALIVARIUS K12 IN PATIENTS WITH CHRONIC PHARYNGITIS CAUSED BY GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE.....	71
<i>Khodjaeva N.Kh.</i> CORRELATION BETWEEN DENTAL PLAQUE AND CHRONIC TONSILLITIS.....	72
<i>Lutfullayev G.U., Hamrayev F.H., Ne'matov O'S.</i> BURUN BO'SHLIG'I XAVFSIZ QON TOMIR O'SMALARNING TASHXISLASHDAGI O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI.....	73
<i>Nurov U.I., Boboqulova D.F.</i> RINOSINUSITLARNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV.....	74
<i>Nurov U.I., Ikramova F.S.</i> OPTIMIZATION COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC ADENOIDITIS.....	75
<i>Usmanova D.R., Radjabov O.I., Shomurodov K.E., Mukimov O.A.</i> SURUNKALI YIRINGLI POLISINUSIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA ENDONAZAL INTRADERMAL ANTIBIOTIK TERAPIYASI BILAN PAST CHASTOTALI ULTRATOVUSHNI QO'LLASH SAMARADORLIGINI BAHOLASH.....	76
<i>Shaeva R.G., Shomurodov K.E.</i> PRE-CLINICAL TESTS OF DOMESTIC COLLAGEN.....	77
<i>Shamatov I.Y.</i> APPLICATION OF BUCCAL FAT PAD ON LATERAL DEFECTS DURING PALATOPLASTY AND ITS INFLUENCE ON LOCAL HEMODYNAMICS.....	79
<i>Yakubova D.O., Sattarova M.G., Karimova N.A., Xasanov U.S.</i> TUG'RUQDAN KEYIN YUZAGA KELGAN BIRLAMCHI XPPB BOSH AYLANISHI KLINIK HOLATI VA OTOLITIAZNING ETIOPATOGENEZI...	80

ЕНГИЛ ДАРАЖАДАГИ БОШ МИЯ ЖАРОХАТЛАРИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧЛАРИДА ЭШИТИШ ФУНКЦИЯСИНИНГ ХОЛАТИ

Арифов С.С.¹, Авезов М.И.²

¹Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази

²Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали
Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Технологик тараққиётнинг жадал ривожланиши, урбанизация ҳолатларининг кўпайиши ва аҳолининг ҳаракат тезлигининг ошиши каби омиллар аҳоли орасида турли хилдаги жароҳатланишлар сонининг кўпайишига олиб келади. Бош мия жароҳати БМЖ- бош суягига ёки мия, мия пардалари, қон томирлари, краниал нервларнинг таъсирланишларига механик шикастланиши деб аталади. Бундай жароҳатлар умумий жароҳатларнинг 25-30% ни ташкил қилади ва жароҳатлар туфайли юзага келадигин ўлимлар орасида унинг улуши 50-60% га етади.

Шикастланишнинг оғирлигига кўра, енгил, ўртача ва оғир БМЖ ажратилади. Глазго кома шкаласи оғирлик даражасини аниқлаш учун ишлатилади. Бундай ҳолда, бемор онгининг бузилиши даражасига қараб 3 дан 15 баллгача ҳисобланади, бу кўзни очиш, нутқ ва огоҳлантиришларга мотор реакциялари билан баҳоланади. Енгил БМЖ 13-15 балл, ўртача - 9-12, оғир - 3-8[2] гача баҳоланади. Шунингдек, изоляция қилинган, қўшма (травма бошқа органларнинг шикастланиши билан бирга келади) ва комбинациялашган (танага турли хил травматик омиллар таъсир қилади) ТБИ мавжуд. БМЖ ёпиқ ва очиқ турга бўлинади.

БМЖ туфайли келиб чиқадигин эшитиш қобилиятини пасайишлари, ва кейинчалик унинг оқибатларида ривожланувчи эшитиш фаолиятининг бутунлай йўқотилиши туфайли муаммо долзарблигича қолмоқда. Маълумки, бошнинг барча травматик шикастланишлари марказий асаб тизими ва коклеовестибуляр аппаратларнинг шикастланишига олиб келиши айна ҳақиқат деб ҳисобланади. Айна жароҳат олишнинг илк соатларида клиник белгиларнинг йўқлиги ва ташхислаш жараёнининг етарли бўлмаслиги сабаб, даволаш жараёнининг тўлиқ олиб борилишига салбий таъсир қилади. Шундан келиб чиққан ҳолда, турли хил БМЖларида эшитиш бузилишининг эрта ташхисини такомиллаштириш аудиологиянинг муҳим вазифасидир.

Тадқиқотнинг мақсади: енгил даражадаги бош-мия жароҳатлари эрта даврларида эшитиш аъзоси ҳолатини ўрганишдан иборат

Текшириш материаллари ва усуллари: Текшириш жараёнига 2021-2023 йиллар мобайнида РШТТЁИМ Хоразм филиали Нейрохирургия бўлимида ётиб даволанган 48 нафар бемор жалб қилинди.Текширишга жалб қилинган беморларда БМЖ ташхисидан олдин қулоқ касалликлари билан боғлиқ муаммолари бўлмаган. Барча беморлар нейрохирург назоратида умумий қабул қилинган клиник ва лаборатор текширувлар ва оториноларингологик текширувларда ўтказилди. Аудиологик текширувлар беморнинг умумий аҳолидан келиб чиққан ҳолда, жароҳатдан кейинги 3-4 суткада бошлаб ўтказилди. Текширув жараёнлари эшитиш паспорти, шивирлаш ва нутқ орқали масофадан текшириш, камертонал текширишлар (Вебер, Ринне, Швабах ва Федеричи синамалари), эшитув найи ўтказувчанлиги фаолиятлари текширилди. Аудиометрия текшируви Буюк британияда ишлаб чиқилган "Amplivox" русумли

аудиометр орқали хаво ўтказувчанлиги 125-8000 Гц оралиғида, суяк ўтказувчанлик 250-8000 Гц оралиғида ISO-64 стандарти калибровкаси бўйича текширилди.

Олинган натижалар: текширув жараёнига жалб қилинган беморларнинг ёши 16 дан 69 ёшгача бўлиб, уларнинг ўртача ёши (43±1,27) ташкил қилди. Текширилган беморлар ёшга нисбати ўрганилганда, 16-20 ёш (4), 21-30 ёш (11), 31-40 ёш (13), 41-50 ёш (12), 51-60 ёш (8) ни ташкил қилиши аниқланди. Бундан хулоса қилинганда энг кўп жароҳат олиш 31-40 ёшларга тўғри келди. Шунингдек, беморлар жинсга нисбати ўрганилган беморларнинг 28 нафари эркаклар бўлиб, умумий беморларнинг 58.3% ни ташкил қилди. БМЖ лари ташхис қўйиш жараёнида МКБ-10 таснифидан, эшитиш пастлиги даражаларини аниқлашда ЖССТ 1997 йилдаги халқаро таснифидан фойдаланилди.

Назорат гуруҳига амалий жихатдан соғлом бўлган яъни илгари БМЖ олмаган ва қулоқ касалликлари билан касалланмаган 12 нафар бемор жалб қилинди.

Текширишнинг илк босқичида 11 (23 %) нафар бемор қулоғида шовқин борлиги аниқланди. Шунингдек, шулардан 44 % беморда фақат шовқин борлиги, 41 % беморда шовқин ва эшитиш пастлиги борлиги ҳамда қолган 15 % бемор шовқиндан ташқари нутқ бузилиши ҳолати билан кечиши аниқланди. Шовқин бир томонлама бўлиши 30 % ҳолатда, икки томонлама бўлиши 70 % ҳолатда аниқланди. Шовқин характерига кўра 60 % ҳолатда юқори частотали, 25 % ҳолатда аралаш ва 15 % ҳолатда паст частотали кўринишда бўлиши аниқланди.

Эшитиш пасайиши 8 (17%) нафар беморда аниқланган бўлса, бир томонлама эшитиш пастлиги 52 % ҳамда икки томонлама эшитиш пастлиги (48 %) аниқланиши унчалик катта бўлмаган тавофутни белгилайди.

Беморларнинг 7 (15%) хар иккала қулоқда шивирловчи нутқ 2,4±0,3 м (P<0,05), ўнг қулоқда 3,7±0,4 м (P<0,1), чап қулоқда - 3,5 ±0,3 м (P<0,1) ни ташкил қилди. Нутқ орқали қабул қилиш кўрсаткичи иккала қулоқда 6 м(P<0,1).дан ошгани кузатилди.

Ўнг қулоқ хаво орқали ўтказувчанлиги С128 камертони орқали текширилганда унинг ўртача кўрсаткичи 54,7±1,6 сек (P<0,1), чап қулоқда - 52,5 ±1,8 сек (P<0,1), суяк орқали ўтказувчанлик ўнг қулоқда 22,7±1,3 сек чап қулоқда - 22,5 ±1,5 сек (P<0,1) бўлиши аниқланди.

Аудиометрия текширувлари тахлил қилинганда 14 нафар беморда ёшга нисбатан боғлиқ бўлмаган хаво ва суяк орқали ўтказувчанликнинг ошиши кузатилди. Умумий беморларнинг 54 % да хаво ва суяк орқали ўтказувчанликнинг бирдан тушиши, 26 % да секин тушиши, 14 % горизонтал ва 6 % да секин кўтарилиувчи типда бўлиши аниқланди.

Эшитиш қобилияти бузилган беморларда нутқ частоталарида эшитиш чегарасининг ўртача даражаси 39,2±1,7 дБ (P<0,1) ташкил қилди. Шунингдек, 6 нафар беморда 1 даражали эшитиш пастлиги ва 4 нафар беморда 2 даражали эшитиш пастлиги борлиги аниқланди.

Хулосалар: эшитиш аъзосининг қабул қилувчи қисми

зарарланиши туфайли энгил даражадаги БМЖ эрта босқичларида эшитиш пастлиги пайдо бўлади.

Энгил даражадаги БМЖ эрта босқичларида тонал бўсағали аудиометрия ўтказиш эшитиш пастлигини аниқлашда ва ташхислашда яхши самара берадиган усулдир.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

Арифов С.С., Далиев А.Г., Гуломов Ш.А., Тухтасинов Н.Н.
Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан

Введение. Острый ларинготрахеит (ОЛ) относится к неотложным состояниям в оториноларингологии и педиатрии. Актуальность проблемы ОЛ у детей обусловлена высокой распространенностью, тяжестью течения, необходимостью проведения неотложных терапевтических мероприятий, склонностью к рецидивированию (Хасанов С.А, Вохидов Н.Х., 2007). По данным разных авторов летальность при этом синдроме довольно высокая: от 0.4% до 5% а в случае декомпенсированных форм 33-60%.

Цель исследования. Целью настоящего исследования было оценить эффективность лечения детей ОЛ с учетом состояния исходного тонуса вегетативной нервной системы (ВНС).

Материал и методы исследования. Проведено обследование и лечение 39 больных первичным ОЛ в возрасте от 1 года до 7 лет, мальчиков было – 25 (64,1%), девочек – 14 (35,9%). Среди них преобладали дети в возрастной группе от 1 года до 3 лет. Среди обследованных установлен острый стеноз гортани I степени у 13 (33,3%), II степени – 16 (41%) и III степени – 10 (25,7%) детей. Оценку исходного вегетативного тонуса (ИВТ) методом кардиоинтервалографии.

Результаты исследования. Всем больным проведено консервативная терапия ОЛ по общепринятой схеме в стационарных условиях. С учетом ИВТ больные были распределены в следующем образом: симпатотоники – 16 (41%), эйтоники - 13 (33,3%) и ваготоники 10 (25,7%). Данный

тип ИВТ достоверно преобладал у больных II и III степенью острого стеноза гортани, соответственно 45% и 57%. Ее удельный вес при I степени острого стеноза гортани составил всего 21% по отношению к другим типам ИВТ.

Под влиянием проводимой консервативной терапии у симпатотоников по отношению лицам с двумя другими типами ИВТ более медленно регрессировали клинические проявления заболевания. В целом явления острого стеноза гортани ликвидированы у симпатотоников за $7,9 \pm 0,3$ час, эйтоники - $6,2 \pm 0,2$ час, ваготоники - $5,1 \pm 0,1$ час. Ближайшие 2-3 суток наблюдения в 4 случаях у симпатотоников отмечено повторение явлений острого стеноза гортани различной степени выраженности, что не наблюдалось у детей другими типами ИВТ. Среди симпатотоников по сравнению эйтониками и ваготониками относительно чаще наблюдались бронхолегочные осложнения ОЛ ($p > 0,05$).

Полученные результаты диктуют дифференцированный подход в лечении детей ОЛ с учетом исходного тонуса ВНС.

1. Среди обследованных больных большинство составили симпатотоники, у которых чаще встречались II и III степень острого стеноза гортани.

2. Ликвидация клинических проявлений ОЛ под влиянием консервативной терапии у симпатотоников по сравнению с эйтониками и ваготониками происходит более медленно.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИ ТУМАНЛАРИ БЎЙИЧА БОЛАЛАР ОРАСИДА ЎТКИР ЛАРИНГОТРАХЕИТНИ УЧРАШИ*Арифов С.С., Далиев А.Г., Гуломов Ш.А., Тухтасинов Н.Н.**Андижон давлат тиббиёт институти**Ўзбекистон*

Кириш қисми. Шифокорларнинг ўткир ларинготрахеит (ЎЛТ) катта ахамиятини унинг кенг тарқалганлиги, кўп ҳолларда оғир ва асоратли кечиши, беморнинг ўлимига сабаб бўлиши, касалликнинг қайталанишга мойиллиги билан тушунтириш мумкин. Ушбу асоратни олдини олиш ёки уни ўз вақтида даволашни бошлашнинг асосий мезони – беморларга барвақт ва адекват тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш ҳисобланади. Шаҳардан ташқари, айниқса уларга нисбатан чекка ҳудудларда ушбу касаллик билан хасталанган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг аниқ тизими ишлаб чиқилмаган. Ушбу тизимни такомиллаштириш ва самарали фаолият кўрсатишини таъминлаш мақсадида энг аввало беморларнинг шаҳар ва туманлар ўртасидаги тақсимоти ўрганиб чиқиш катта аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади. Андижон вилоятининг турли ҳудудларида яшовчи болалар орасида ЎЛТ учрашини ўрганиш бўлди. Ушбу мақсадга эришиш учун 2021 йилда Андижон шаҳридаги болаларга тез ва шошилиш ёрдам кўрсатувчи даволаш муассасаларида ЎЛТ ташхиси билан кузатилган 92 беморнинг касалликларига оид тиббиёт ҳужжатлари таҳлили этилди. Ушбу даволаш муассасаларида вилоят миқёсидаги ЎЛТ билан касалланган беморларнинг асосий қисми жамланади.

Материал ва текшириш усуллари. Даволаш муассасаларида кузатилган беморларнинг асосий қисмини, яъни 92 (89%) нафарини шаҳар ёки унга яқин бўлган туманлардан келтирилган беморлар ташкил этди. Жумладан, Андижон шаҳрида истиқомат қилувчи болалар 41 (44,9%), Избоскан туманидан келтирилганлар 19 (20,2%), Андижон туманидан 18 (19,1%), Пахтабод туманидан 4 (4,8%), Олтинқул туманидан 3 (3%), Хўжаобод туманидан 1 (1,5%) кишини ташкил этди. Даволаш муассасаларига 5 (5,5%) бемор ви-

лоят марказидан узоқда жойлашган Шаҳрихон, Балиқчи, Булоқ боши, Улуғнор, Марахмат туманлардан келтирилди. Беморларнинг касалхоналарга мурожат қилган вақтдаги ҳолати ўрганиб чиқилганда даволаш муассасаларига нисбатан яқин ҳудудлардан келтирилган беморлар билан чекка туманлардан келтирилган беморлар ўртасида ишонarli тафовут кузатилди. Чекка туманлардан келтирилган беморларнинг 90% ортиғида умумий аволининг оғир ёки ўрта оғирлик ҳолати ва хиқилдоқ ўткир стенозининг оғир даражалари қайд этилди, ваҳоланки, аксарият ҳолларда ушбу беморларнинг яшаш жойида бирламчи кўриқдан ўтказган шифокорларнинг йўлланмасида боларнинг умумий аҳоли қониқарли баҳоланган, хиқилдоқ ўткир стенозининг мавжуд эмаслиги ёки биринчи даражаси қайд этилган.

Тадқиқот натижаси. Барча туманлар бўйича беморларнинг аксарияти 1-3 ёшли ва бир ёшгача бўлган болалар бўлиб, уларнинг сони мос ҳолда 40,6% ҳамда 38,6% ни ташкил этди. Шунингдек ўғил болалар сони қиз болаларга нисбатан кўпчиликини ташкил этди.

Шундай қилиб, Андижон шаҳридаги болаларга тез ва шошилиш ёрдам кўрсатувчи даволаш муассасаларида вилоятнинг турли туманларидан келтирилган беморларнинг сони уларнинг яшаш ҳудудига нисбатан солиштирилганда кескин фарқ борлиги аниқланди. Шун билан бирга чекка ҳудудлардан келтирилган беморлар камчиликини ташкил этса ҳам, уларда касалликнинг оғир кечиши кузатилди. Олинган натижалар вилоят туманлари шароитида ЎЛТ касалланган болаларга тез тиббий ёрдам кўрсатиш ҳолатини атрофлича ўрганишни ва зарур ҳолларда уни такомиллаштиришни тақозо этади.

ЎТКИР РИНОСИНУСИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Арифов С.С., Қурбонов Ж.А.

Тиббий ходимлар касбий малакасини ошириш маркази

Ўзбекистон

Бурун ёндош бўшлиқлари (БЁБ) яллиғланиш касалликлари ташхисоти ва давосининг янги усуллари амалиётга киритилганига, тиббиётнинг профилактика йўналиши яхшиланганганига қарамай, бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиш касалликлари даражаси юқори ва сезиларли даражада ошиб бормоқда.

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 ЎРС билан касалланган 150 нафар (уларнинг 72 таси аёл ва 78 таси эркак) беморлар комплекс клиник-микробиологик текширувдан ўтказилди. ЎРС бўлган беморларнинг ўртача ёши $33,45 \pm 9,75$ ёшни ташкил этди. Назорат гуруҳига 20 ёшдан 55 ёшгача (ўртача ёши $33,5 \pm 7,2$ ёш) бўлган, ЎРС билан касалланганлар гуруҳи билан таққосласа бўладиган 25 нафар (12 та аёл ва 13 та эркак) соғлом одам киритилди. Текширилган беморларни даволаш 2018-2020 йилларда Тошкент шаҳар эшитиш ва нутқни тиклаш ҳамда овоз реабилитация марказида амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Ўткир риносинусит билан касалланган беморларнинг бурун бўшлиғи функционал текшириш ёрдамида транспорт функциясининг ҳолати таҳлил қилинди. Бурун бўшлиғи мукоцилар транспорт функциясини, яъни ҳилпилловчи эпителийнинг ҳолатини баҳолаш натижаларига кўра, I гуруҳ беморларида $25,30 \pm 0,80$ ни, II гуруҳ беморларида $24,52 \pm 0,76$ ни, III гуруҳ беморларида $22,89 \pm 0,72$ ни, назорат гуруҳида эса $18,49 \pm 0,61$ ни ташкил қилди.

Ушбу ҳолат ўткир риносинусит билан касалланган беморларда бурун бўшлиғи транспорт функциясининг сусайганлиги, буасосан I гуруҳ беморларида кузатилиши намойён бўлди.

ЎРС билан оғриган беморларнинг бурун ажралмасининг физик-кимёвий хусусиятларини аниқлаш мақсадида вискозиметр ёрдамида текшириш ўтказилди. ЎРС билан касалланган беморларда ажралманинг ўртача эластиклиги $62,3 \pm 2,8$ бўлган бўлса, унинг қуюшқоқлиги $12,1 \pm 1,6$ бўлди. Шунда эластикликнинг энг баланд кўрсаткичи 65, энг паст кўрсаткичи 51 бўлган бўлса, қуюшқоқликнинг энг баланд кўрсаткичи 19, энг паст кўрсаткичи 10 бўлганлиги аниқланди. Бурун шиллиқ қаватининг мукоцилар транспорт функцияси ўрганилганда ўрта ҳисобда $25,6 \pm 1,9$ мин бўлган бўлса, сўриш функцияси ўрта ҳисобда $50,4 \pm 3,1$ мин бўлганлиги аниқланди.

ЎРС билан касалланган 110 нафар беморларни транс-

порт функциясининг бузилиши ва ажралманинг қуюшқоқлик хусусияти бўйича 3 гуруҳга бўлинди, яъни транспорт функцияси бузилиши билан 36 нафар беморлар, транспорт функцияси сусайиши ва кўп миқдорда суюқ ажралма чиқиши бўлган 44 нафар беморлар, транспорт функцияси сусайиши ва юқори қуюқликдаги ажралма чиқиши бўлган 30 нафар беморлар тадқиқотга жалб қилинди. Анъанавий даволаш сифатида беморларга антибиотик ва ностероид яллиғланишга қарши дори воситалар тавсия этилди ҳамда бурун ёндош бўшлиқлари ювилди. Умумий даволаш сифатида қўйидагилар тавсия этилди: Кенг спектрли антибиотиктерапия (керак бўлганда антибиотикка резистентликка текшириш), муколитик, аскорутин, гипосенсибилизация дово, маҳаллий деконгестант+кортикостероид (Ринофлуимучил), бурунни чайиш (Аквафил), симптоматик дово (зарурат бўлганда), бурун ёндош бўшлиқлари пункцияси (зарурат бўлганда), функционал эндоскопик синус-жарроҳлик (зарурат бўлганда) қўлланилди. РС билан касалланган беморларда йирингли экссудатни чиқариб ташлаш учун биз юқори жағ бўшлиқларини Куликовский нинаси ёрдамида тешиш ёки табиий тешиқлар орқали зондлаш амалларини бажардик, сўнгра физиологик эритма билан ювилди. Юқори жағ бўшлиғини тешганда бўшлиққа силикон чиқаргич ўрнатилди ва ҳар куни шу орқали ювилди. Юбориладиган физиологик эритманинг ҳажми 80-100 мл ни ташкил этди. Ювиш ҳар 2-3 кунда бир марта такрорланди.

Даволашнинг клиник самарадорлиги бурун кўзгуси ва қаттиқ риноскоп билан кўрилгандаги риноскопик манзара динамикаси, клиник-лаборатор, микробиологик текшириш натижалари, беморларда ювилган сувнинг характери, SNOT-20 (Sino-nasal Outcome Test – риносинусит асорати синови) сўровномаси ёрдамида ўтказилган сўровнома натижалари, шунингдек, биокимёвий тадқиқотлар натижалари бўйича баҳоланди.

Гуруҳларда клиник соғайишнинг ўртача муддати I гуруҳда $-6,2 \pm 1,4$ кун, II гуруҳда $-8,1 \pm 2,6$ кун бўлди. Статистик таҳлилда даволаш услубига кўра клиник соғайиш муддатида II ва III гуруҳлар таққосланганда, III гуруҳда даволаш муддатининг бироз қисқариши аниқланди (Mann-Whitney test, $p = 0,062$).

Шундай қилиб, **хулоса** қилиб айтиш мумкинки, ўткир риносинуситни комплекс даволашда муколитик дори воситаларни танлаб қўллаш бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қавати ҳилпилловчи эпителийсини фаоллаштириб, транспорт функциясини тиклайди, бу ўз навбатида симптомларнинг регрессиясига, даволаниш муддатининг камайиши ва беморларнинг тез тузалишига олиб келади.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА

Арифов С.С., Тухтаев М.Б.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз
Узбекистан*

Часто больные с болезнью Меньера (МБ) поступают в отделение неотложной помощи с внезапным головокружением, и заболевание может неточно диагностироваться. В таких ситуациях на передний план выступает скрупулёзный анализ всех клинических проявлений заболевания. Важным и наиболее постоянным клиническим проявлением БМ являются изменения со стороны органа слуха. В оценке состояния органа слуха при БМ применяются как психофизиологические, так электрофизиологические и электроакустические методы исследования. Однако, в связи рядом обстоятельств среди них наиболее широко используются психофизиологические методы исследования. В частности, это связано с их доступностью для врачей различных звеньев здравоохранения, наличия непосредственного постоянного общения исследователя и исследуемого, высокой информативностью полученных результатов. В связи с этим в источниках последних лет психофизиологические методы исследования включаются в список основных методов исследования больных БМ.

В связи с этим представляет интерес дальнейшее продолжение применения психофизиологических методов исследования слуха в диагностике в период приступа БМ.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов психофизиологических методов исследования слуха у больных болезнью Меньера в период приступа и между приступами.

Материал и методы исследования. Всего находились под наблюдением 47 больных достоверным или подтверждённым диагнозом БМ, которые составили основную группу. У всех больных процесс был односторонним. 30 здоровых лиц составили контрольную группу. Всем больным проводили осмотр ЛОР-органов и исследование состояния органа слуха и равновесия. Исследование больных включало изучение жалоб, истории развития болезни и жизни, оценку состояния органов и систем организма, эндоскопическое исследование ЛОР-органов. Для оценки состояния органа слуха были использованы следующие психофизиологические методы исследования - акуметрия, тональная пороговая аудиометрия в обычном диапазоне частот, определение чувствительности к малым (коротким) приращениям интенсивности (SISI-тест).

Результаты исследования. У всех больных перед началом приступа отмечены предвестники вестибулярной «катаки» различной степени выраженности в виде: ухудшения остроты слуха – 27 (57,4%); усиление интенсивности существующего шума – 41 (87,2%); появление шума другой тональности – 12 (25,5%); чувство заложенности уха – 44 (93,6%); ухудшение нарушения разборчивости речи – 19 (40,4%); непереносимости громких звуков – 23 (48,9%); усиленное восприятие собственного голоса – 14

(29,8%). Из всех предвестников наиболее часто встречались появление чувства заложенности и усиление интенсивности существующего шума на больной стороне. У 43 больных отмечено проявление не менее двух и лишь у 4-х больных было единственным предвестником приступа. 12 (25,5%) больных описывали шум как «гудящий», «дуй ветра», которые соответствуют низко- и среднечастотному спектру звуков. 14 (29,8%) больных описывали шум в виде «свиста», «звона», «жужжания», т.е. их спектр соответствует высокочастотному диапазону звуков. 21 случая имело место сочетание различных субъективных шумов. Перед приступом чаще (68,1%) отмечено появление дополнительно шумов высокочастотного характера.

Отмечается ухудшение восприятия шепотной речи, воздушной проводимости. Установлено изменение качественных показателей проходимости слуховых труб в пределах физиологических границ, в виде уменьшения случаев проходимости слуховых труб 0 и I степени, увеличение II степени, а также у 4-х больных она было установлено на уровне III степени.

Тональная пороговая аудиометрия в обычном диапазоне в период приступа БМ проведена 36 больным. Между сравниваемыми сроками наблюдения выявлено достоверное повышение порога только на частоте 125 Гц по воздушной проводимости. За счет повышения порогов воздушного проведения на низких частотах, у части обследованных больных в период приступа отмечено изменение соотношения между тугоухостью I и II степени в сторону увеличения доли последней. Изменение встречаемости III степени тугоухости не наблюдалось, тугоухость IV и глухота у данного контингента не встречались.

По данным данного исследования установлены следующие типы аудиограмм: пологовосходящая, горизонтальная, пологонисходящая, крутовосходящая. В период приступа из 36 больных у 32 (88,9%) выявлен ФУНГ, т.е., индекс SISI у них был в пределах 70-100% (средний показатель 82,0±0,26). В период между приступами индекс SISI был в пределах 70-100% в 28 (77,8%) случаях (средний показатель 80,6±0,34).

Таким образом, результаты данного исследования показали, что в период приступа БМ отмечается ухудшение качественных показателей жалоб больных, связанных состоянием слуха и параллельно с ними аналогично изменялись количественные значения акуметрии, тональной пороговой аудиометрии, теста SISI. Исследование доказало о высокой диагностической значимости психоакустических методов исследования слуха в проведении мониторинга состояния слуха у больных БМ и продолжения дальнейших исследований по изучению их патофизиологических и клинических аспектов.

ДОИМИЙ АЛЛЕРГИК РИНИТ ХАМДА КАРАЛ РИНОСИНУСИТ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ИММУНОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ БАХОЛАШ

Ахмедова З.А., Хайдарова Г.С.
Тошкент тиббиёт академияси
Ўзбекистон

АКТУАЛЛИГИ: Охириги ўн йилликда бутун дунёда нафас йўллари аллергия касалликларини частотасининг ошиши кузатилмоқда. Этиология факторига кўра аллергия ринит мавсумий (МАР) ва доимий/маиший (ДАР) фарқланади. Доимий аллергия ринит кенг тарқалган аллергия касалликлардан бири бўлиб, хар йили кўрсаткичларининг ортиши кузатилмоқда

Тадқиқот мақсади: Доимий аллергия ринит хамда карал риносинусит билан беморларда иммунологик кўрсаткичларни аниқлаш ва таққослаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот Тошкент Тиббиёт Академияси клиникаси хамда Республика Аллергология маркази базаларида олиб борилди. Текширувга икки асосий гуруҳ Доимий аллергия ринит 60 та ва катарал риносинусит 30 та беморлар танлаб олинди. Текширув давомида иккала гуруҳ беморларимизда клиник, микробиология, лаборатор тахлиллар ўтказилди. Барча беморларда иммунологик текширув, яъни қон зардобиде IgE даражаси ва IL-4, IL-13 концентрацияси аниқланди.

Натижалар. Натижаларимизга кўра, қон зардобиде аниқланган IgE миқдори катарал риносинусит билан оғриган беморларга нисбатан, доимий аллергия ринит фониде кечувчи РС беморларида 3 баравардан зиёд эканлигини кўрсатди, (муносиб равишда 105,8МЕ/мл ва 316,0МЕ/мл). Кўрсаткичларимиз I гуруҳ беморларимизда IL-4, IL-13 яллиғланиш олди цитокинлари миқдори II гуруҳ катарал риносинусит билан оғриган беморлар гуруҳига нисбатан ишончли ошганлиги аниқланди. I гуруҳ беморларимизда 16,14; 7,64 пг/мл; II гуруҳ беморларимизда эса 7,87 ва 3,28 пг/мл ни ташкил қилди.

Хулоса. Биз, IL4 ва IL13 цитокинларини урганиш натижасиде қонда Доимий аллергия ринит беморларда катарал риносинусит беморларига нисбатан кўрсаткичлар ишончли ошишини кузатдик. Бу кўрсаткичларни эрта бошқичларда аниқлаш ва даволаш режасини тузиш асоратлар келиб чиқишини олдини олишга ва бемор хаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради

ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ДОИНСУЛЬТНЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ахунджанов Н.А., Хасанов У.С., Джурраев Ж.А.
Ташкентская медицинская академия
Узбекистан

Введение. По данным литературы гемодинамические, гуморальные, рефлекторные и прочие нарушения, возникающие при гипертонической болезни могут привести к развитию разнообразных расстройств мозгового кровообращения, вплоть до инсультов. По данным международного конгресса по мозговому инсульту артериальная гипертензия может служить причиной инсульта в 75% случаев. Доинсультные цереброваскулярные расстройства (ДЦВР) у больных гипертонической болезнью выявляются в 83% случаях. Вместе с тем по мнению многих исследователей диагностика ДЦВР, особенно его начальных форм, а также их дифференциальная диагностика от поражений мозга другой этиологии представляет определенные трудности.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 110 больных ГБ стабильного течения лечившихся в клинических базах НИИ кардиологии МЗ РУз. Диагноз ГБ ставился по критериям ВОЗ. Контрольную группу составили 30 лиц не страдающих ГБ. Все обследованные были лица мужского пола, возраст которых распределялся следующим образом. 25-44 года- 12 человек (10,9%), 45- 59 лет - 76 больных (69,1%) и старше 60 лет- 22 обследованных (20%).

Результаты. Камертональное исследование позволило выявить у преобладающего большинства обследованных при опыте Вебера (70%) отсутствие латерализации звука. Опыт Бинга оказался положительным также у большинства обследованных (84,5%), а опыт Ринне положительный у 108 человек. На основании результатов этих опытов (Вебера, Бинга, Ринне) можно считать, что у больных с ДЦВР наблюдается поражение звуковоспринимающего отдела звукового анализатора.

У подавляющего большинства лиц, страдающих гипертонической болезнью с ДЦВР (80,9%) снижено восприятие С 128 с середины темени, причем с утяжелением заболевания степень снижения восприятия увеличивается. Восприятие его у больных нарушено больше, чем у лиц контрольной группы.

Восприятие С 128 с сосцевидных отростков также нарушено у подавляющего большинства обследованных (77,3%), но в меньшей степени, чем со середины темени. Кроме того, (16,3%) его не воспринимали со середины темени, а с сосцевидных отростков только 1,8%.

Восприятие высокого тона (С2048) снижено больше (75,4%), чем С 128 через воздушную среду (59,1%). Таким образом, значительное снижение восприятия С 128 через костную среду и большее понижение чувствительности к тону С 2048, чем к С 128 через воздушную среду, свидетельствует о преимущественном поражении звуковоспринимающего отдела звукового анализатора у больных с ДЦВР.

Применение пороговой тональной аудиометрии дает возможность выявить двусторонние кохлеарные изменения у большинства больных ГБ (76,4%). В зависимости от характера аудиометрических кривых определяются 3 типа их: 1) с «провалом» на 2000, 4000 или 6000 Гц; 2) нисходящий и 3) горизонтальный. Для большинства таких больных (70,8%) характерны кривые 1 го и 2 го типа,

с понижением восприятия или отсутствием его на высокие тоны через кость. Такой тип аудиометрических кривых обусловлен поражением основного завитка улитки, что можно объяснить малой сопротивляемостью его вредному воздействию. Кривые 3-го типа встречаются редко (5,4%) и зависят они от поражения кортиево органа на всем протяжении или же вовлечением в процесс и слухового нерва.

Что же касается степени снижения восприятия тонов через костную и воздушную среды на речевые (125-2000 Гц) и высокие частоты (3000-8000Гц), слышимость последних снижается значительно в большей степени у обследованных с 1-м и 2-м типом кривых и менее выражена при проведении через воздушную среду. У обследованных с 3-м типом кривых степень восприятия тонов через воздушную и костную среды почти одинакова.

Восприятие звуков через воздушную и костную среды снижается, в первую очередь, в зависимости от степени прогрессирования заболевания, а увеличение возраста только несколько отягощают эти нарушения.

При повторном обследовании тональный слух у более чем половины больных изменился в лучшую сторону (61,8%), только не у всех больных восстановился до нормы, остался на прежнем уровне в 20% случаев, а ухудшение отмечается у 5,5% больных.

Итак, при тональной аудиометрии у больных ГБ определяются типичные поражения звуковосприятия: изолированное падение на 2000, 4000 и 6000 Гц. Изменения остроты слуха идет параллельно с отклонением в АД: при его падении он частично улучшается, а при нарастании- снижается.

При использовании речевой аудиометрии появляется возможность выяснить степень нарастания разборчивости речи от ее интенсивности и судить о соотношении между тональными и речевым слухом. У больных гипертонической болезнью нарушение речевого слуха выявлено у подавляющего большинства (86,4%), оно имело двусторонний характер. При гипертонической болезни, в зависимости от величины диапазона речи определяется 3 группы страдающих: с увеличением, нормальным и укороченным диапазоном разборчивости речи. Чаще выявляются лица с 1-м типом кривых разборчивости речи (49,1%). У большинства лиц, имеющих 2й тип кривой слух изменен. Кривые разборчивости у них сдвинуты по оси абсцисс вправо больше, чем на среднюю потерю слуха на речевые частоты, что свидетельствует о наличии у них тоно-речевой диссоциации.

У лиц со 2-м и 3-м типом кривых разборчивости речи встречается несоответствие между тремя уровнями интенсивности: «порогом слышимости», 50 % и 100 % разборчивости речи. У таких больных чаще всего имеется тоно- речевая диссоциация.

У большинства обследованных ГЭ 1ст наблюдается 2-й тип, при ГЭ-2ст и ГЭ с ПНМК 1-й и 2-й тип кривой разборчивости речи. Потеря речевого слуха возрастает по мере прогрессирования основного заболевания. Следовательно, снижение остроты речевого слуха и тоно - речевая диссоциация увеличивается с утяжелением гипертонии.

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИФИ ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛ-ЛАШТИРИШ

Бакиева Ш.Х., Қурбонов Ш.Ж.
Тошкент тиббиёт академияси
Ўзбекистон

Жаҳонда ринология ва ринхирургия шифохона оториноларингологлари ишида асосий йўналишга айланган, ҳамда бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишини тўхтатиш ва қайталанишини олдини олиш муаммолари оториноларингологиянинг муҳим муаммоларидан биридир.

Тадқиқотнинг мақсади юқори жағ бўшлиқлари жарроҳлик санациясини талаб қилувчи беморларни остиомеатал комплекснинг нормал фаолият кўрсатадиган тузилмаларини сақлаб қолиш билан оператив даволаш самардорлиги ва хавфсизлигини ошириш ҳисобланади.

Тадқиқот материали ва текшириш усуллари. Биз беморларни Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ЛОР бўлимида текширдик ва даволадик. Тадқиқотда 18 ёшдан 69 ёшгача бўлган 110 нафар бемор, яъни 62 та аёл ва 48 та эркак иштирок этди. Беморларнинг ўртача ёши $39,7 \pm 10,95$ ни ташкил этди. ЮЖБда жарроҳлик амали 85 та (86,23%) ҳолатда бир томонлама, 25 та (13,77%) ҳолатда - икки томонлама ўтказилди. ЮЖБ жарроҳлик амали қилинганларнинг умумий сони 135 тани ташкил этди. Жарроҳлик даволаш усулига кўра барча беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ (асосий) - 57 та беморда (71 та синус) ПБЙ орқали ЮЖБ эндоскопик эндонозал очилди, тешик пластика усулида ёпилди; 2-гуруҳ (назорат) - 53 та беморда (64 та синус), ЎБЙ орқали ЮЖБ эндоскопик очилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Жарроҳлик амалидан олдинги текширувда барча беморлар конус-нурли томограф ёрдамида компьютер томографиясидан ўтказилди. Юқори жағ синусининг бир томонлама зарарланиши 85 та (86,23%) ҳолатда аниқланди ва ЮЖБ жарроҳлиги бир томонлама амалга оширилди, 25 та (13,77%) ҳолатда жарроҳлик амали икки томонлама ўтказилди. Жарроҳлик амали қилинган ЮЖБ умумий сони 135 тани ташкил этди. ЮЖБда аниқланган патологияларга кистасимон ҳосилалар, ёт жисмлар (тишлар ва уларнинг бўлаклари, пломба материали, имплантлар) кирди. Кўп ҳолларда барча текширилган гуруҳларда патологик жараён синуснинг базал қисмида жойлашди.

Жарроҳлик амалидан олдинги текширувда барча беморларда бурун ва БЁБ конус-нурли компьютер томографиясидан ўтказилди. Юқори жағ синусининг бир томонлама зарарланиши 85 та (86,23%) ҳолатда, икки томонлама зарарланиши 25 та (13,77%) ҳолатда аниқланди. ЮЖБда аниқланган патологияларга кистасимон ҳосилалар, ёт жисмлар (тишлар ва уларнинг бўлаклари, пломба материали, имплантлар) кирди. Кўп ҳолларда барча текширилган гуруҳларда патологик жараён синуснинг базал қисмида жойлашди

Жарроҳлик амалини режаштириш босқичида ҳар иккала гуруҳ беморларидаги эндоскопик текширув натижаларини балли баҳолаш асосида солиштириш мумкин бўлди.

Жарроҳлик амалидан кейин 5-кун сўровнома ўтказилганда бурун битишининг кучайиши ва бурун оқиши қайд этилди. Жарроҳлик амалидан кейинги беморларда ажралма табиати шиллиқ-геморрагик табиатли бўлиб, йирингли ажралма қайд этилмади. Беморлар синус проекциясида безовталикни сезмадилар, дастлаб ушбу симптом бўлган бўлса, у жарроҳлик амалидан 1-5 кун ўтгач камайди. Жарроҳлик амалидан олти ой ўтгач, барча гуруҳларда симптомларнинг йўқолиши қайд этилди.

Бир қатор аэродинамик компьютер моделларида ПБЙ орқали синусни эндоскопик очиш ва тешикни пластик ёпишдан сўнг патологик масса алмашинуви қайд этилмади ($0,01 \text{ мл/с} \pm 0,01$).

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда беморлар динамикада текширилганда, касалликнинг қайталаниши 5 та (1,5%) ҳолатда аниқланди: 2 та (1,5%) киста ва 3 та (2%) ёт жисм. Барча беморлар муваффақиятли қайта жарроҳлик амали қилинди.

Юқори жағ синус патологиясини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари бир неча асрдан буюн маълум ва ривожланишда ва такомиллашишда давом этмоқда. Бу юқори жағ синусдаги ўзгаришларнинг юқори тарқалиши ва анатомик-топографик жойлашуви билан боғлиқ. Бироқ, ҳозирги пайтда жарроҳлик амалиётида ягона ёндашув мавжуд эмас. Кам инвазивлик тенденцияси юқори жағ синусини очиш усулларида ўз ўрнига эга. Нормал ишлаётган яқин анатомик тузилмаларни сақлаб қолишга тобора кўпроқ эътибор қаратилмоқда. Синусни фақат табиий тешик орқали жарроҳлик амали қилиш физиологик жиҳатдан мумкин, деган FESSнинг дастлабки фикри ҳозирда ўзгариб бормоқда. Табиий тешикни кенгайтириш чекловларга эга. БЁБнинг кучли аэрацияси улардаги газ таркибининг ўзгаришига олиб келади, бу ўз-ўзидан патологик реакциялар каскадини келтириб чиқариши мумкин. Шунинг учун, остиомеатал комплекснинг нормал архитектуроникасини сақлашда, унинг анатомиясини сақлаб қолишга ҳаракат қилиш керак.

Шундай қилиб, ҳулоса қилиб айтиш мумкинки, пастки бурун йўллари орқали ўтказиладиган жарроҳлик амалиларнинг ўзига хос хусусияти шундаки, улар кўз ёш йўлларида зарар етказиши мумкин. Лекин эндоскопик ускуналарнинг ривожланиши кўз ёш йўллари чиқиш тешигини аниқлаш имконини беради ва, шу орқали унинг шикастланиш хавфини камайтиради.

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИГИДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Бакиева Ш.Х., Қурбонов Ш.Ж.

Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон

Юқори жағ бўшлиқларини очиш – ринохирургияда энг кенг тарқалган жарроҳлик жарроҳлик амалиёти ҳисобланади. Сўнги йилларда юқори жағ бўшлиғи (дентал имплантация, синус-лифтинг, органлар ва тўқималарни трансплантация қилишдан олдин сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш, касбга яроқлилик масалалари ва ҳ.к.) санацияси учун кўрсатмалар кенгайди, юқори жағ бўшлиғи учун остиомеатал комплекснинг нормал фаолият юритишини таъминлайдиган минимал инвазив эндоскопик ёндашувни ишлаб чиқиш зарурияти юзага келди.

Илмий ишнинг мақсади: Юқори жағ бўшлиғида ўтказиладиган жарроҳлик амалиётларини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Биз беморларни Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ЛОР бўлимида текширдик ва даволадик. Тадқиқотда 18 ёшдан 69 ёшгача бўлган 110 нафар бемор, яъни 62 та аёл ва 48 та эркак иштирок этди. Беморларнинг ўртача ёши $39,7 \pm 10,95$ ни ташкил этди. ЮЖБда жарроҳлик амали 85 та (86,23%) ҳолатда бир томонлама, 25 та (13,77%) ҳолатда - икки томонлама ўтказилди. ЮЖБ жарроҳлик амали қилинганларнинг умумий сони 135 тани ташкил этди. Жарроҳлик даволаш усулига кўра барча беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ (асосий)- 57 та беморда (71 та синус) ПБЙ орқали ЮЖБ эндоскопик эндоназал очилди, тешик пластика усулида ёпилди; 2-гуруҳ (назорат)- 53 та беморда (64 та синус), ЎБЙ орқали ЮЖБ эндоскопик очилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Жарроҳлик амалидан кейин 5-кун сўровнома ўтказилганда бурун битишининг кучайиши ва бурун оқиши қайд этилди. Жарроҳлик амалидан кейинги беморларда ажралма табии шиллиқ-геморрагик табииати бўлиб, йирингли ажралма қайд этилмади. Беморлар синус проекциясида безовталикни сезмадилар, дастлаб ушбу симптом бўлган бўлса, у жарроҳлик амалидан 1-5 кун ўтгач камайди. Жарроҳлик амалидан олти ой ўтгач, барча гуруҳларда симптомларнинг йўқолиши қайд этилди.

ОФРМнинг динамикадаги натижалари жарроҳлик амали жойида шиллиқ қават шиши ва яллиғланиш белгиларининг камайишини ва қисқа муддат ичида ҳаво оқими тезлигининг тикланишини кўрсатади. Берилган маълумотларга кўра, ЮЖБдаги патологик жараённинг ва жарроҳлик кириш жойининг бурун орқали нафас олишга сезиларли таъсири аниқланмади.

Иккала клиник гуруҳдаги беморларда сахарин тести натижалари L.Hood (2010) нинг, ЮЖБ табиий тешиги ҳаддан ташқари кенгайишида БЭБ ва бурун бўшлиғи муко-цилиар клиренсининг бузилиши тўғрисидаги тадқиқотлари натижасини тасдиқлади.

Бир қатор аэродинамик компьютер моделларида ПБЙ орқали синусни эндоскопик очиш ва тешикни пластик ёпишдан сўнг патологик масса алмашинуви қайд этилмади ($0,01 \text{ мл/с} \pm 0,01$).

Бурун бўшлиғи ва юқори жағ синуси ўртасида нафас олиш пайтида пайдо бўладиган ҳаво оқимларининг рақамли моделлаштириш ЎБЙ орқали синус эндоскопик очилгандан сўнг ЮЖБда масса алмашинуви 38 мл/с гача бўлган

патологик аэрация мавжудлигини кўрсатди ($23,12 \pm 2,62$), ПБЙ орқали антростомияда эса доимий антростома ҳосил қилишда масса алмашинуви $17,9 \text{ мл/с}$ ($11,7 \pm 1,96$) гача бўлди. Аэродинамик моделларда ПБЙда доимий сунъий тешикда синусни “шамоллатиш” эффекти кузатилади. Бунда газларнинг айланиши ПБЙдаги антростомадан табиий тешикка аниқланади. Ҳаво бурун бўшлиғига $0,5-1 \text{ м/с}$ тезликда киради, ҳаво тезлиги 10 м/с дан 14 м/с гача ўзгаради.

Барча жарроҳлик амали қилинган беморлар орасида жиддий асоратлар бўлмади. I гуруҳдаги 2 та (3,5%) беморда, II гуруҳдаги 3 та (5,6%) беморда жарроҳлик амалидан кейинги даврда артериал босим ортиши фонидан буруннинг қонаши кузатилди. Антигипертензив терапия ва тизимли гемостатик терапия айлинлангандан сўнг бурундан қон кетиши тўхтади. Гемосинус 6 та (5,4%) ҳолатда: I гуруҳдаги 2 та (3,5%) беморда, II гуруҳдаги 3 та (5,6%) беморда аниқланди. I ва II-гуруҳдаги беморларда пункция амалга оширилди. Уч шохли нерв II шохининг жароҳатланиши умуман кузатилмади. Шунингдек, кўз олмаси ва БКЁК ҳам шикастланмади.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда беморлар динамикада текширилганда, касалликнинг қайталаниши 5 та (1,5%) ҳолатда аниқланди: 2 та (1,5%) киста ва 3 та (2%) ёт жисм. Барча беморлар муваффақиятли қайта жарроҳлик амали қилинди.

Юқори жағ синус патологиясини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари бир неча асрлардан буён маълум ва ривожланишда ва такомиллашишда давом этмоқда. Бу юқори жағ синусдаги ўзгаришларнинг юқори тарқалиши ва анатомик-топографик жойлашуви билан боғлиқ. Бироқ, ҳозирги пайтда жарроҳлик амалиётида ягона ёндашув мавжуд эмас. Кам инвазивлик тенденцияси юқори жағ синусини очиш усулларида ўз ўрнига эга. Нормал ишлаётган яқин анатомик тузилмаларни сақлаб қолишга тобора кўпроқ эътибор қаратилмоқда. Синусни фақат табиий тешик орқали жарроҳлик амали қилиш физиологик жиҳатдан мумкин, деган FESSнинг дастлабки фикри ҳозирда ўзгариб бормоқда. Табiiй тешикни кенгайтириш чекловларга эга. БЭБнинг кучли аэрацияси улардаги газ тарқибининг ўзгаришига олиб келади, бу ўз-ўзидан патологик реакциялар каскадини келтириб чиқариши мумкин. Шунинг учун, остиомеатал комплекснинг нормал архитетоникасини сақлашда, унинг анатомиясини сақлаб қолишга ҳаракат қилиш керак.

Катта қон томирлар ва нервлар бўлмайдиган ҳамда кўз олмаси ва бош миядан узоқроқ бўлган пастки бурун йўллари катта эътибор қаратилмоқда.

Пастки бурун йўллари орқали ўтказиладиган жарроҳлик амалиларнинг ўзига хос хусусияти шундаки, улар кўз ёш йўллари зарар етказиши мумкин. Лекин эндоскопик ускуналарнинг ривожланиши кўз ёш йўллари чиқиш тешигини аниқлаш имконини беради ва, шу орқали унинг шикастланиш хавфини камайтиради.

Вақтинчалик жарроҳлик киришни ёпишни ўз ичига олган операциялар усуллари функционал синус жарроҳлиги та-

лабларига жавоб беради. Чунки жарроҳлик амали синус бутунлигининг тикланиши билан тугайди.

Пастки бурун йўли орқали ўтказиладиган жарроҳлик амали ўргатувчи компонент сифатида таклиф этилиши мумкин. Жарроҳлик амалининг ушбу шаклида бемор учун хавф кам бўлади.

Юқори жағ синусига ҳам пастки ва ҳам ўрта бурун йўллари орқали киришлар бир-бири билан рақобатлашмайди, бир-бирини тўлдиради холос, ҳамда уларнинг ҳар бири у ёки бу ҳолатда ўз афзалликларига эга. Амалиётлар-

нинг хилма-хиллиги жарроҳнинг имкониятларини кенгайтиради.

Шундай қилиб, юқори жағ синусига турли хил ёндашувлар бу соҳага бўлган қизиқишни тасдиқлайди. Патология табиатини, локализациясини, синус анатомиясини, техник жиҳозларни ва жарроҳнинг малака ва кўникмаларини ҳисобга олиш зарур.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Балтабаев О.К., Махкамova Н.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Актуальность: Ведущим фактором в патогенезе средних отитов является дисфункция слуховой трубы, которая у детей с ВРГН может быть обусловлена следующими причинами: патологическим прикреплением мышцы, поднимающей мягкое небо (при ВРГН эта мышца вплетается в сухожилие мышцы, напрягающей мягкое небо, тем самым противодействуя ее нормальной функции), частичным прикреплением мышцы, напрягающей мягкое небо, к латеральной пластинке слуховой трубы (СТ), недоразвитием хряща слуховой трубы, отсутствием слияния мышц в небном апоневрозе, а как следствие, уменьшением мышечной массы и мышечной тяги для нормального функционирования мягкого неба, атрофией мышц, заменой части волокон соединительной или жировой тканью. Дополнительной причиной служит длительное пребывание мышц в напряженном состоянии, что приводит к потере их эластичности, нарушению трофики, а, как следствие, развитию дегенеративных процессов (Митринович-Моджиевская А., 1959). Несвоевременная диагностика, частые рецидивы, приводят к стойкому снижению слуха, что в свою очередь приводит к отставанию в речевом развитии ребенка, а в дальнейшем ухудшению качества жизни людей и еще большим затратам со стороны здравоохранения и государства.

Целью этого исследования было обоснование и внедрение в клиническую практику алгоритма ведения пациентов с дисфункцией слуховых труб у детей с ВРГН.

Методы: Исследование проведено в отделении оториноларингологии многопрофильной клиники ТМА в период с сентября 2020 по декабрь 2023 года. Было обследовано 56 пациентов, из 34 мужского и 22 женского пола, от 3 до 18 лет. Исследование пациентов состояло из подробного сбора анамнеза, эндоскопического осмотра носа, эндоскопической отоскопии, тимпанометрии, у детей по старшему пороговой тональной аудиометрии. Все пациенты были разделены на две группы, из них 28 составили I – основную группу, которые получали комплексное лечение и II группу 28 пациентов получавшие традиционное лечение.

Результаты: пациенты I группы получали препарат, содержащий карбоцистеин (Каслирол сироп 250мг/5мл) по 250мг 2 раза в сутки (с 3 лет), суточная доза составляла 500мг. Карбоцистеин – единственное рекомендуемое в настоящее время мукокинетическое средство. Он использу-

ется целью уменьшения выработки слизи, содействия ее выведению и уменьшения воспаления. Мукокинетические средства могут облегчить симптомы экссудативных средних отитов, но до сих пор не обладают доказанной эффективностью. Обзор литературы показал, что 1-3 месяца лечения мукокинетическими средствами могут избежать необходимости в установке шунтов у 20% детей с экссудативными средними отитами. Однако это лечение не рекомендуется в международных рекомендациях. Пациенты II группы получили традиционное лечение в виде орошения носовой полости изотоническим раствором натрия хлорида 0,9% в каждую ноздрю 2 раза в день в течение 4 недель, затем орошение носовой полости осуществлялось один раз перед сном в течение последующих 4 недель. Наблюдение проводилось через 2 недели после лечения, затем еще через 2 недели в течение первых 4 недель, а затем через месяц, 3 месяца и 6 месяцев после операции и выявило очень хорошую динамику симптомов после проведения комплексного лечения.

Выводы: Результаты исследования показали, что у пациентов с применением мометазона фуората, отмечается улучшение со стороны ринореи, уменьшение ночного храпа, а также кашля. Было показано, что мометазона фуорат способствует восстановлению транспортной функции цiliaryного эпителия, способствуя заметному клиническому эффекту. Высокий уровень экспрессии глюкокортикоидного рецептора-альфа (по сравнению с бета) в аденоидах и миндалинах пациентов, страдающих обструктивным апноэ во сне на фоне рецидивирующих инфекций горла, позволяет предположить возможный ответ на местную стероидную терапию. Мы выбрали назальный спрей мометазона фуората из-за его благоприятного соотношения пользы и риска. В наше исследование были включены дети обоих полов в возрасте от 2 до 16 лет, поскольку с возрастом наблюдается инволюция аденоидов. Средний возраст пациентов в исследовании составил 4,5 года. Мы использовали назальный спрей с мометазоном в течение трех месяцев и отметили, что после 1 месяца применения назального спрея с мометазоном отметили статистически значимое улучшение дисфункции слуховой трубы по сравнению с группой, проводившей орошение изотоническим раствором натрия хлорида 0,9%.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ

Гулямов С.С., Саидмуродова Н.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Узбекистан

Введение. Врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба (ВРГН) является тяжелым пороком развития зубочелюстной системы, который характеризуется выраженными структурными и функциональными нарушениями. Возможно, нет другой врожденной деформации так значительно изменяющих форму лица, приводящих к столь значительным анатомическим и функциональным нарушениям.

Чаще расщелины неба являются полигенным мультифакторным заболеванием, которое может встречаться в виде изолированного порока развития и быть одним из симптомов врожденных синдромов. Такие факторы как вирусная инфекция, тератогены (стероиды, антиконвульсанты), заболевание матери в первый триместр беременности могут вызвать врожденные расщелины лица. Раннее закрытие расщелин неба создает более благоприятные условия для развития речи, но возникают деформации верхней челюсти. При уранопластике (пластическая операция неба) для заживлению ран играют важную роль в постоперационном процесс. Оптимизация этого процесса становится приоритетной задачей в хирургической практике. После операции пациент может быть более уязвимым к инфекциям из-за ослабленного иммунитета и наличия ран. Бактериофаги могут использоваться для профилактики инфекций, так как они специфично направлены на уничтожение бактерий, которые могут вызвать инфекцию и не вызывает дисбактериоз по сравнению антибиотиков. Применение антисептических и антимикробных препаратов в клинической практике помимо общеизвестных побочных эффектов влечет за собой возникновение резистентных форм бактерий к противомикробным средствам. Применение бактериофага после операции для заживления ран в целях сохранения полноценного биоценоза полости рта является актуальным исследовательским направлением в медицине. Бактериофаги - это вирусы, которые специфически атакуют и уничтожают бактерии. Они могут быть использованы для борьбы с инфекциями, вызванными определенными видами бактерий. В этой связи одним из перспективных научных направлений является изучение возможности применения в качестве антимикробного средства — бактериофагов — вирусов бактерий - как самостоятельного средства, так и в качестве дополнения к традиционным антисептическим средствам и антибиотикам. Одной из основных проблем, которая может возникнуть после операции, является бактериальная инфекция, что может вызвать задержку в заживлении ран, увеличить период реабилитации и даже привести к потенциально опасным осложнениям. Изучение сравнительной эффективности традиционно используемых антибактериальных средств и бактериофагов на пред- и послеоперационном этапах при хирургических вмешательствах при врожденные патологии на сегодня весьма своевременно и актуально.

Таким образом в современной медицине, особенно при проведении хирургических вмешательств целью наших исследований явилось оптимизация процесса заживления ран и предотвращение возможных осложнений.

Материалы и методы исследования. После выде-

ления и идентификации аэробных, факультативноанаэробных, анаэробных представителей микробиоты очага (операционной раны), определения приоритетных (доминирующих) видов традиционным методом, определялась их чувствительность к антибиотикам (антимикробных химиопрепаратам). Для этого также использовали традиционный диско-диффузионный метод в условиях аэробного и анаэробного культивирования бактерий. Результаты проведенного анализа были обработаны методом вариационной статистики для относительных величин в % на основании полученных данных для каждого антибиотика составлены графики изменения чувствительности клинических штаммов микроорганизмов.

Результаты исследования. Результаты наших исследований показали, что бактериофаги - это вирусы, которые способны инфицировать и уничтожать бактерии, делая это с высокой специфичностью. Их уникальное свойство заключается в том, что они атакуют только конкретные виды бактерий, не воздействуя при этом на здоровую микрофлору человека и другие клетки организма. Применение бактериофагов в послеоперационном периоде позволяет:

Целенаправленно устранять патогенные микроорганизмы на оперированной области, уменьшая тем самым риск бактериальной контаминации.

Оптимизировать процесс заживления раны благодаря сокращению воспалительных процессов, связанных с бактериальной активностью. При этом установлено сокращение сроков заживления раны на 24,5 % при применении бактериофагов с комбинированным антисептиком по сравнению с традиционной обработкой 0,5% раствором хлоргексидина.

Снизить потребность в использовании антибиотиков, что уменьшает риск развития резистентности бактерий и побочных эффектов связанных с их приемом. Оценка эффективности хирургического лечения показала, что применение. Препарат "Бактериофага" на постоперационном этапе позволило создать благоприятные условия для процессов заживления у пациентов основной группы и существенно снизить частоту выявления у них патогенных и условно-патогенных бактерий. При этом частота встречаемости резидентных представителей нормофлоры полости рта у пациентов основной группы практически не изменилась - в отличие от контрольной группы, что свидетельствует об избирательном антимикробном действии средства с бактериофагами на условно-патогенную и патогенную микрофлору. В образцах содержимого ПК у пациентов контрольной группы в отдаленные периоды наблюдения обнаруживались представители транзитной микрофлоры *Micrococcus luteus* и энтеробактерии.

Выводы: использование бактериофагов в послеоперационном периоде при врожденных патологиях способствует быстрому и безопасному восстановлению после операции. По сравнению с Метронидазол и Хлоргексидин преимуществами с бактериофагами является его целенаправленное и более выраженное действие в отношении таких агрессивных микроорганизмов как, А.а. и Р.г. и отсутствие влияния на резидентную флору полости рта.

ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ УША У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (МИКРОТИЯ, АТРЕЗИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА)

Имангалиева А.А.

*Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова
Казахстан*

Введение: микроотия и атрезия уха представляют собой врожденные аномалии уха, которые поражают наружное ухо и зачастую приводящие к кондуктивной тугоухости. Обе аномалии возникают в результате воздействия различных пренатальных факторов риска, возникающих в течение первого триместра беременности. Микроотия и атрезия наружного слухового прохода уха часто сосуществуют. С этой точки зрения представляется логичным заключить, что факторы, вызывающие микроотию, также способны вызывать атрезию.

Цель исследования: определить материнские факторы риска, влияющие на развитие микроотии/атрезии наружного слухового прохода.

Материалы и методы исследования: один из этапов исследования включал метод - случай-контроль для выяснения материнских факторов риска, связанных с возникновением микроотии/атрезии. Были отобраны пациенты находившиеся на лечении в отделении оториноларингологии в одной из республиканских больниц. В исследование включались только те больные, у которых отсутствовали признаки синдромальной микроотии, включая такие врожденные аномалии, как пороки сердца, пороки сердца и конечностей. Также были исключены пациенты с семей-

ной историей микроотии и атрезии. Для опроса матерей мы составили анкету на основе тщательного пересмотра имеющихся научных исследований о факторах риска в развитии микроотии и атрезии, которые потенциально возникают в первом триместре беременности (Liu et al, 2018).

Полученные результаты: ряд вирусов может действовать как тератогены из-за их способности нарушать развитие первой и второй глоточных дуг, вызывая врожденные аномалии среднего и наружного уха. Матери детей с микроотией чаще сообщали о приеме антибиотиков, в то время как потребление других лекарств во время беременности существенно не отличалось между случаями и контролем в этом исследовании. В нашем исследовании у матерей детей с микроотией чаще отмечались гестоз беременных, острые респираторные заболевания и TORCH инфекция во время беременности.

Настоящее исследование показало, что употребление алкоголя матерью было связано с микроотией/атрезией, чего нельзя было сказать о курении. В целом женщины в Казахстане довольно редко курят или употребляют алкоголь во время беременности, и поэтому наши выводы необходимо интерпретировать с учетом этого факта.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИИ УХА

Имангалиева А.А. Сегізбаева Э.М. Таджибаев О.А.

*Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова
Казахстан*

Введение: Хронические воспалительные заболевания среднего уха (Хронические гнойные средние отиты- ХГСО) занимая одно из главных мест в оториноларингологии, имеют не только медицинское, но и большое социальное значение. Это связано с тем, что данное заболевание не только одно из наиболее часто встречающихся среди хронических патологий Лор-органов, но и является одним из основных причин тугоухости и тяжелых внутричерепных осложнений, угрожающих жизни пациента.

Одним из оптимальных методов диагностики наличия и размера холестеатомы является магнитно-резонансная томография (МРТ). Для выявления холестеатомы используют разные методики диффузионно-взвешенных изображений (DWI) МРТ: эхопланарную визуализацию (EPI) и неэхопланарную визуализацию (non-EPI). Методика EPI является стандартной, однако часто полученные изображения искажаются (особенно на границе кость/воздух). Вследствие подлинных анатомических ориентиров могут быть трудно-различимы. В этом плане non-EPI DWI (особенно режимы HASTE и PROPELLER) является более надежной методикой.

Цель работы: Обозначить значение МРТ исследования в режиме non-EPI DWI в диагностике осложнений хронических гнойных заболеваний уха.

Материалы и методы исследования: На рассмотренные было выбрано 25 случаев с ХГСО с необходимостью диагностирования первичной или рецидивирующей холестеатомы, используя в качестве инструмента МРТ в режиме non-EPI DWI и режиме ADC. Критериями включения в исследование являются пациенты с установленным диагнозом ХГСО осложненный первичной или рецидивирующей (резидуальной) холестеатомой, которым проводились МРТ исследования основания черепа в стандартных режимах (во фронтальной проекции) и режимах non-EPI DWI, ADC (в аксиальной проекции), без контрастного усиления. Диагнозы каждого случая были верифицированы интраоперационно при получении стационарного лечения в Алматинской многопрофильной клинической больнице.

Полученные результаты: Проведение пациентам Компьютерной Томографии позволило нам определить мягкотканые образования, но они могли быть обусловлены

грануляциями, полипами, рубцовой тканью и мозговой грыжей. Вышеописанные клинические примеры составили пациенты с хроническим гнойным средним отитом, где была заподозрена первичная и резидуальная холестеатома. Диагностическая сложность состояла в отсутствии явных клинических признаков, наличии косвенных признаков холестеатомы на Компьютерной Томографии. Для определения наличия и точной локализации распространения холестеатомы Компьютерной Томографии не могла дать нам достоверной информации, потому что все патологические изменения выглядели абсолютно одинаково. Кроме того, у этих больных периодически возникали обострения, а это само по себе может давать изменения на КТ. Поэтому нами было принято решение выполнить МРТ основания черепа. Это позволило нам в большинстве случаев с высокой степенью достоверности подтвердить наличие холестеатомы и верифицировать данный факт на операции.

Общая чувствительность метода составила 94% (80—98%), специфичность — 94% (85—98%). Использование карты снимков в режиме ADC в наших исследованиях также позволяет дополнительно подтвердить наличие патологических тканей.

Несмотря на высокую специфичность и чувствительность МРТ в диагностике холестеатомы, у нее есть и недостатки. При малых размерах холестеатомы могут быть трудности диагностики, особенно в пневматизированной полости. Так же, при отсутствии четких костных границ существует проблема дифференциальной диагностики холестеатомы и участков высокого магнитно-резонансного (MP) сигнала. Наличие таких участков может быть обусловлено артефактами, воспалительным процессом и другой патологией.

Итоговые выводы: Личная практика диагностики данных случаев холестеатомы с помощью МРТ в режиме non-EPI DWI с наложением на ADC карту подтвердило чувствительность метода и, безусловно, может быть использовано в работе отохирурга. Авторами предлагается включение МРТ исследования в протокол диагностики и лечения ХГСО Республики Казахстан (РК).

РЕОЛОГИЯ КРОВИ ПРИ РИНОСИНУСИТЕ, ОСЛЁЖНЁННЫЙ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ*Исмоилов И.И., Шамсиев Д.Ф.**Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан*

COVID-19 оказывает беспрецедентное воздействие на сообщество 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. 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.

Материал 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).

Результаты. У всех пациентов с риносинуситами после коронавирусной инфекции резко нарушают-

ся 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.

ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Каримов О.М., Шамсиев Д.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Терминальная стадия ХПН развивается в исходе многих заболеваний почек - таких как гломерулонефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь, поликистоз, системные заболевания, врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей. Повышенная склонность к кровотечениям у пациентов с почечной недостаточностью может клинически проявляться желудочно-кишечными кровотечениями, кровоизлияниями в сетчатку, субдуральной гематомой, носовым кровотечением, гематурией, экхимозами, пурпурой, кровотечением из десен, кровотечением из десен, генитальным кровотечением, кровохарканьем, телеангиэктазиями, гемартрозом и петехиями. Интересно, что сам гемодиализ (ГД) может предрасполагать к нарушениям свертываемости крови не только из-за вводимого гепарина, но и из-за постоянной активации тромбоцитов на мембране диализатора с последующим снижением активности диализатора. Напротив, было показано, что ГД уменьшает нарушения тромбоцитов, что приводит к снижению риска кровотечения из-за удаления уремического токсина. У больных с почечной недостаточностью анемия напрямую влияет на время кровотечения. Эритроциты приводят к накоплению тромбоцитов вдоль стенок сосудов в кровотоке вместе со стимуляцией высвобождения тромбоцитарного АДФ и инактивации PGI₂, тем самым активируя функцию тромбоцитов. Перфорация носовой перегородки у пациентов с уреимией может произойти из-за травмы носовыми катетерами и нарушения пролиферации клеток слизистой оболочки. Кроме того, определенную роль могут играть нарушения иннервации сосудов носовой перегородки вследствие нейропатии вегетативной нервной системы и ишемии, вторичной по отношению к сужению артериол. Инфекция распространена среди пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности (ТХПН), перенесших ГД, что приводит к госпитализации, с высоким уровнем заболеваемости и смертности.

Целью исследования явилось изучение течения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у больных с хронической почечной недостаточностью на гемодиализе.

Материал и методы исследования. Перекрестное исследование проводилось с 2020 г. 2022 г. В него были включены 68 подходящих пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих регулярное ГД более 6 м. Все пациенты были подвергнуты полному сбору анамнеза и клиническому обследованию. Критерии включения: возраст старше или равный 18 годам, пациентам были назначены регулярные 4-часовые сеансы обычного ГД трижды в неделю и адекватные сеансы ГД более чем за 6 месяцев до исследования со стандартным бикарбонатсодержащим диализатом, с использованием биосовместимого полисульфона для ГД, диализатор с низким потоком и гепарин в качестве антикоагулянта. Мы исключили всех пациентов с сахарным диабетом, активным аутоиммунным заболеванием, прогрессирующим заболеванием печени или злокачественными новообразова-

ниями. Кроме того, были исключены пациенты с предшествующими заболеваниями носа или околоносовых пазух. КТ носа и придаточных пазух выполнялась только по показаниям. Был проведен общий анализ крови и рутинная биохимия (азот мочевины крови, креатинин сыворотки, коэффициент восстановления мочевины, кальций, фосфор, паратиреоидный гормон и профиль железа).

Результаты и их обсуждение. В общей сложности 68 подходящих пациентов с хронической почечной недостаточностью (35 мужчин и 33 женщины) со средним возрастом $52,1 \pm 13,3$ года и средней продолжительностью заболевания. Были включены $7,9 \pm 5,58$ лет. Причинами почечной недостаточности явились артериальная гипертензия у 21 (30,9%) больного, хронический пиелонефрит у 11 (16,17%), амилоидоз у 2 (2,9%), анальгетическая нефропатия у 7 (10,3%), волчаночный нефрит у 2 (2,9%), хроническая обструктивная уропатия у 7 (10,3%), поликистоз почек у 3 (4,4%) и 15 (22,1%) больных неизвестной этиологии.

Слизистая оболочка носа была нормальной у 45,6% пациентов, тогда как у 44,1% пациентов слизистая носа была сухой. Только у 10,3% больных отмечалась гиперемия слизистой оболочки носа. Нижние носовые раковины у большинства наших пациентов (44,1%) были бледными, тогда как нормальные у 35,3% и гипертрофированные у 13,2%. Корки были обнаружены только у 7,4% больных в нижних носовых раковинах, хотя в носовой перегородке они встречались почти в двойном процентном соотношении (14,7%).

Большинство исследованных пациентов (77,9%) имели нормальную носовую перегородку, тогда как наиболее значимым наблюдаемым признаком были корки на носовой перегородке примерно у 14,7% пациентов и, в меньшей степени, искривление носовой перегородки и изъязвления, по 2,9% каждого. Только у одного (1,5%) пациента была перфорация носовой перегородки.

Большинство пациентов не сообщали об истории носовых кровотечений (94,1%). Средний уровень гемоглобина у пациентов без выраженного носового кровотечения составил $10,5 \pm 1,7$ г/дл против $9,2 \pm 1,6$ г/дл у пациентов с носовым кровотечением при значении $P > 0,05$. Корреляция между носовым кровотечением и всеми параметрами была статистически незначимой, за исключением пола, поскольку ни у одного из наших пациентов мужского пола не было носового кровотечения во время нашего исследования ($P = 0,034$).

Вывод. Наиболее частыми ЛОР-проявлениями были сухость слизистой оболочки носа и бледность нижних носовых раковин и, в меньшей степени, образование корок как на носовой перегородке, так и на нижних носовых раковинах. Частота носовых кровотечений была снижена у пациентов с хронической почечной недостаточностью на регулярном ГД. Изъязвление и перфорация носовой перегородки являются наименее частыми ЛОР-признаками. В нашем исследовании не было зарегистрировано ни одного случая обонятельной нейропатии.

ОСОБЕННОСТИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ

Лутфуллаев Г.У., Кобилова Ш.Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет

Узбекистан

Введение: Экссудативный средний отит (ЭСО)-распространенное воспалительное заболевание среднего уха, характеризующееся скоплением серозной слизи в полости за барабанной перепонкой. Согласно литературным данным, ЭСО чаще всего встречается у детей. Однако последние данные свидетельствуют об увеличении частоты встречаемости ЭСО среди взрослых отоларингологических патологических структур. Поскольку характер клинической картины ЭСО у взрослых неоднозначен, результаты лечения часто неудовлетворительны, а частота рецидивов очень высока, потребовались более детальные исследования этиологии этого состояния. Результаты таких исследований, проведенных в последние годы, изменили взгляд авторов на ЭСО как на моногенное заболевание. По мнению многих исследователей, именно сочетание воспалительных процессов и длительной тубарной дисфункции играет основную роль в этиологии ЭСО.

Цель исследования: изучить особенности экссудативного среднего отита при доброкачественных новообразованиях носа, околоносовых пазух и носоглотки

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены результаты обследования и комплексного лечения 103 пациентов с экссудативным средним отитом в возрасте от 11 до 82 лет и 20 практически здоровых лиц, обратившихся в оториноларингологическое отделение Самаркандского государственного медицинского института в период с 2020 по 2023 год, разделенных на три группы: доброкачественные новообразования носа (55 пациентов с экссудативным средним отитом (ЭСО) с ДНН, ОНП и НГ в качестве I основной группы, 48 пациентов с экссудативным средним отитом с хроническим риносинуситом (ХРС) в качестве II группы сравнения и 20 практически здоровых лиц в качестве контрольной группы.

Полученные результаты: Анализ распределения пациентов по возрасту показал, что в I группе (ЭСО при ДНН, ОНП и НГ) наибольший удельный вес составили подростки до 17 лет (34,5%) и молодые взрослые в возрасте 18-44 лет (34,5%), тогда как во II группе (ЭСО при ХРС) 52,1% составили молодые взрослые и 25% - люди среднего возраста (45-59 лет).

В основной группе было значительно больше пациентов мужского пола (71%), но и в группе сравнения мужчин было немного больше (58%).

При анализе пациентов I группы в зависимости от гистологической структуры новообразования наиболее часто встречались ангиофибромы и папилломы (53% и 20% соответственно), затем фибромы (13%), гемангиомы (9%) и геморрагические полипы (5%).

Жалобы пациентов в обеих группах были схожи. Самой распространенной жалобой в обеих группах была назальная одышка: 54 пациента в основной группе (98,1 %) и 46 пациентов в контрольной группе (95,8 %). Вторым по частоте симптомом в основной группе было ощущение инородного тела (92,7 %), а в контрольной группе - гнойные или слизистые выделения из носа (93,7 %). Частота эпистаксиса также наблюдалась в 38,1% случаев в основной группе. Оториноларингологические симптомы чаще встречались в группе лечащего врача (50,9%), нарушение слуха (45,4%, 37,5%), шум в ушах (41,8%) и звон в ушах (31,2%) по сравнению с 47,9% в контрольной группе, в то время как в группе сравнения ощущение переливания жидкости в ухе было у 33,3%, 20,0% в группе лечащего врача, аутофония (18,1%) и 25% в группе сравнения. Анамнестическое исследование показало, что 41 (74,5%) человек из основной группы жаловался на одностороннюю проекцию, в то время как 26 (54,2%) человек из группы сравнения имели как одностороннюю, так и 22 (45,8%) двустороннюю проекцию.

Заключение: При среднем экссудативном отите на фоне доброкачественных новообразований носа, пазух и носоглотки присутствуют назальные симптомы (затруднение носового дыхания, ощущение инородного тела), а также постепенно нарастающие отологические симптомы, характеризующиеся односторонней дисфункцией уха в 74,5% (дисфункция вентиляции слуховой трубы III-IV степени, кондуктивная и смешанная тугоухость I-II степени, наличие патологической тимпанограммы типа В). Сочетание этих симптомов является профилактическим критерием онконастороженности.

ОТОМИКРОСКОПИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И НОСОГЛОТКИ

Лутфуллаев У.Л., Кобилова Ш.Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан

Актуальность. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 году число людей, страдающих потерей слуха, увеличится более чем на 30%. Также, треть всех случаев потери слуха связана с заболеваниями среднего уха. В последние десятилетия увеличилось число случаев экссудативного среднего отита (ЭСО), который составляет 15-17% от всех случаев заболеваний уха. ЭСО отличается затяжным течением, резистентностью к традиционным методам лечения и склонностью к рецидивам после проведенного лечения. Кроме того, ЭСО связан с необратимой потерей слуха, который может быть обусловлен как самим заболеванием, так и его последствиями.

Цель исследования: Изучить особенности отомикроскопической картины экссудативного среднего отита при доброкачественных новообразованиях носа, околоносовых пазух и носоглотки.

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования, проводившегося с 2018 по 2021 гг. в отделении оториноларингологии 1- клиники СамМИ, положены клинические наблюдения 103 пациентов с экссудативным средним отитом в возрасте от 11 до 82 лет, а также 20 практически здоровых лиц.

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 и их обсуждение. При отоскопии ЭСО в основной и группе сравнения наблюдалась классическая картина, а в частности тускло – серый, синюшный цвет, застойная гиперемия и нарушение подвижности барабанной перепонки, сглаженность опознавательных пунктов, уровень жидкости в барабанной полости, наличие пузырьков воздуха. 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 располо-

жении, похожем на спицы велосипедного колеса, данная сеть, покрывает по площади 50% и более процентов нижнего отдела перепонки – признак «спицевого колеса».

Были получены серии фотографий, показывающих внешний вид барабанной перепонки, которые впоследствии использовали при анализе соответствия диагностического знака данному заболеванию: попросив группу оториноларингологов просмотреть фотографии и отметить наличие или отсутствие признака «спицевого колеса».

С целью изучения диагностического потенциала признака «спицевого колеса» в диагностике экссудативного среднего отита при доброкачественных новообразованиях носа, околоносовых пазух и носоглотки были рассчитаны значения показателей диагностической эффективности. Наиболее полно отвечают этим задачам такие понятия как чувствительность, специфичность, и диагностическая ценность.

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).

Выводы. Для экссудативного среднего отита при доброкачественных новообразованиях носа, околоносовых пазух и носоглотки характерным симптомом является признак «спицевого колеса». В основной группе чувствительность метода составила 92,7%, диагностическая ценность 93,6%, а в группе сравнения чувствительность – 22,8%, диагностическая ценность- 49%. В основной и группе сравнения специфичность метода соответствовала 95%.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА

Лутфуллаев Г.У., Ньматов У.С.

Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан

Введение: Сосудистые опухоли составляют 1-7% доброкачественных новообразований у человека. 60-80% этих опухолей локализируются на голове. Несмотря на то, что полость носа считается редким местом локализации гемангиом, их удельный вес в структуре всех новообразований составляет 2-3%, а среди доброкачественных новообразований - 7%. Гемангиомы встречаются во всех возрастных группах, но имеют несколько пиков: у детей и подростков, у женщин репродуктивного возраста и равномерно распределены в группах старше 40 лет. Гемангиомы могут возникать практически во всех органах и тканях организма, но наиболее частыми отправными точками для роста гемангиомы являются кожа, подкожная клетчатка, слизистая оболочка полости рта и носа.

Цель исследования: усовершенствовать диагностику и повысить результаты комплексного лечения больных с гемангиомами полости носа.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением в периоде с 2019 по 2023 гг. находились 93 пациента с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа (ДСОПН), обратившихся в клинику №1 СамГМУ на кафедру оториноларингологии ФПДО и 20 здоровых добровольцев. Все отобранные больные с доброкачественными сосудистыми новообразованиями полости носа (ДСОПН), (диагноз подтвержден лабораторными и инструментальными методами диагностики) в соответствии с рабочей классификацией, предложенной В.Ф. Антониновым и У.Л. Лутфуллаевым в 1989 году и А.И. Муниновым и Г.У. Лутфуллаевым в 2001 году.

Все пациенты (n=93) были разделены на группы.

В I группе, основной (n=53), все пациенты после хирургического лечения получали препарат Полидекса и анисовое масло на фоне традиционного лечения. Для получения достоверной информации основная группа была разделена на две подгруппы

Подгруппа А: 25 пациентов, получавших препарат Полидекса на фоне традиционного лечения (ТЛ);

подгруппа Б: 28 пациентов, получавших препарат Полидекса и анисовое масло на фоне ТЛ.

Группу сравнения (n=20) составили пациенты, получавшие традиционное лечение. Для детального изучения данных эндогенного отравления и других лабораторных показателей была отобрана контрольная группа из 20 практически здоровых лиц.

Полученные результаты: При оценке жалоб пациента перед хирургическим лечением одной из основных жалоб являлась головная боль 91 (98%) пациентов сообщили о наличии этой жалобы. 65 (70%) пациентов жаловались на кровянистые выделения из носа. Слабость была выявлена у 57 (61%) пациентов, снижение обоняния у 65 пациентов. После лечения наблюдались заложенность носа - у 4 (14,3%), выделения сукровичного и слизисто-гнояного характера - у 6 (21,4%), головные боли - у 3 (10,7%), носовые кровотечения - у 7 (25%), нарушение обоняния - у 5 (17,8%), признаки общей интоксикации - у 2 (7,1%) больных. Признаки воспалительного процесса в этой группе до лечения на рентгенограмме отмечались у 19 (67,8%), а после лечения - у 1 (3,5%) больного.

Основное внимание уделялось их субъективным ощущениям в области постоперационной зоны (боль, неврологические расстройства, дискомфорт), нарушениям функции дыхания, наличию выделений из соответствующего носового хода. Среди больных с ДСОПН в основной группе лиц женского пола было 54 (58%), мужского 39 (41,9%). Среди больных с ДСОПН в группе сравнения также наблюдалась схожая тенденция. Больных женского пола было 48 (51,6%) а мужского пола 45 (48,4%). Между основной и группой сравнения по половому признаку статистически значимых отличий не было найдено. Также был проведен анализ возраста пациентов в сравниваемых группах. Согласно результатам также между основной и группой сравнения по среднему значению возраста исследуемых пациентов статистически значимых отличий не было найдено.

Заключение: Таким образом, состояние больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа характеризуется головной болью, носовыми кровотечениями, выделениями из носа, нарушением дыхания и обоняния, чувством инородного тела в носу, общей интоксикацией организма, с выраженной эндогенной интоксикацией, т.е. с возрастанием МДА, МСМ254, МСМ280, МДА/КА и уменьшением активности каталазы и КУБ, которые приводят к росту и развитию опухоли, к носовым кровотечениям, а также рецидивам новообразования. Поэтому лечебные мероприятия должны быть направлены на снятие эндогенной интоксикации

СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ УША (ХЕМОДЕКТОМЫ И ГЕАНГИОМЫ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ) КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Лутфуллаев Г.У., Исаева З. А.

Самаркандского государственного медицинского университета

Узбекистан

Введение: Гемангиомы составляют 1-7% всех доброкачественных новообразований у человека. Хемодектомы и гемангиомы уха составляют 53,9% от общей встречаемости доброкачественных опухолей уха. Пик заболеваемости гемангиомами уха приходится на возраст от 30 до 60 лет. Поэтому важно решать вопросы социальной и функциональной реабилитации этих пациентов. Количество пациентов с этим заболеванием растет, рецидивы встречаются довольно часто, ранняя диагностика заболевания остается очень сложной, а помощь пациентам с обширными гемангиомами (III-IV стадии) малоэффективна. Рецидивы гораздо сложнее диагностировать и лечить, чем первичные опухоли, а эффективность лечения снижается. Для предотвращения осложнений и рецидивов необходимо уточнить и систематизировать новые методы лечения и последовательность их применения.

Цель работы: повысить эффективность лечения и профилактики рецидивов пациентов с сосудистыми опухолями уха за счет улучшения ранней диагностики и методы хирургического лечения, путем соответствующего сочетания хирургического вмешательства, криодеструкции и других методов.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены результаты обследования и комплексного лечения 28 пациентов с гемангиомами и хемодектомами уха, из которых 12 (57%) больных взяты из архива и 9 (43%) больных обратившихся в оториноларингологическое отделение Самаркандского государственного медицинского института в период с 2022 по 2024 год, разделенных

на три группы: хемодектома (10 наблюдений) в качестве I основной группы, капиллярная гемангиома на ушной раковине (7 больных), в качестве II группы сравнения и (4 наблюдений) гломусангиома барабанной полости в качестве III группы.

Результаты исследования: Большинство 10 (47,6%) больных встречается в возрастной группе 15 - 20 лет, 8 (19%) больных 25-30 лет, 3 (14%) больных, 50 лет и выше. Женщины составляют 11 (52,4%) больных, а мужчины 10 (47,6%) больных, то есть встречаются почти одинаково часто. Основная жалоба пациентов были на пульсирующий шум в ухе (90%), снижение слуха (7%), боль в ухе (2%), головокружение и гноетечение из уха (1%). Результаты хирургического лечения больных (иссечение опухоли) без рецидива отмечены у 17 (81%), рецидивы 4 (19%) больных. При сочетанного (операция+криодействие) состояние больных значительно улучшилось.

Выводы: Гемангиомы и хемодектомы среднего уха растут медленно. Одним из наиболее частых и важных диагностических симптомов заболевания является пульсирующий шум в ухе. Ранняя диагностика затруднена. При среднем можно отметить гемангиомы и хемодектомы с жалобами на шум в ушах, снижение слуха, боли со стороны опухоли. У некоторых пациентов наблюдались выделения из ушей. В большинстве случаев первые признаки заболевания при первичном обращении диагностируются ошибочно. Сочетание этих симптомов является профилактическим критерием онконастороженности.

ПОЛИПОЗ ЭТМОИДИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАНЛАРНИ ДАВОЛАШДА МАҲАЛЛИЙ ИММУНОМОДУЛЯТОРЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Лутфуллаев Ф.У., Сафарова Н.И., Мардонов Х.Х.
Самарқанд давлат тиббиёт университети
Ўзбекистон

Ишнинг долзарблиги. Полипоз этмоидит (ПЭ) частотаи барқарор ўсиб бормоқда, у турли мамлакатлар аҳолисининг 12-40 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 иммуномодуляторлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ, аммо ЭИ ҳолати етарлича ўрганилмаган. Биз интраназал усулда ишлатиладиган Флю Куит препаратини танладик ва уни болаларда қўллаш мумкинлиги ҳам муҳимдир.

Тадқиқот мақсади: маҳаллий иммуномодулятор Флю Куитнинг ПЭ билан хасталанган беморларда ЭИ кўрсаткичларига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Иш 2020-2023 йй СамДТУ кўп тармокли клиникаси ЛОР бўлимида 10 ёшдан 65 ёшгача бўлган 25 нафар беморни, шунингдек биокимевий кўрсаткичларни таққослаш мақсадида 10 нафар деярли соғлом одамларни текшириш ва даволаш натижалари

рига асосланган. Барча беморлар Ўзбекистонли, 16 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.

Флю Куит препарати операциядан кейинги даврда 4 ҳафта давомида ҳар бурун йўлида 5-8 томчи учун 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), малондиалдегиди (МДА), каталаза фаоллиги (КФ), шунингдек МДА/КФ га нисбатидан фойдаландик.

Натижалар. Тадқиқот давомида Флю Куит терапияси фонида барча беморларда ижобий клиник таъсирга эришилганлик аниқланди.

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

Флю Куит 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 Флю Куитдан фойдаланиш ижобий натижалари клиник маълумотларни такомиллаштиришда намоён бўлиб, биокимевий тадқиқотлар мисолида ЭИ кўрсаткичларининг назорат кўрсаткичларига максимал яқинлашиши кузатилди ва шубҳасиз, ушбу усул амалий оториноларингологияда фойдаланиш учун тавсия этилиши мумкин.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Мирализова Д.Р., Махкамова Н.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Актуальность: Гипертрофия аденоидных вегетаций является наиболее частой причиной дисфункции евстахиевой трубы среди детей, особенно младшего возраста 3-4 года. За счет аденоидной гипертрофии происходит сдавление и обтурация соустья евстахиевой трубы в носоглотке. Чтобы обеспечить нормальную функцию слуховой трубы, в этих случаях необходимо выполнить аденотомию с последующей периодической переоценкой. Однако не всегда наличие аденоидной вегетации способствует развитию дисфункции слуховой трубы. Это обусловлено тем, что после проведения классической аденотомии, у пациентов с наличием экссудативного среднего отита процесс в полости среднего уха не разрешается. Это свидетельствует о более глубоком изучении взаимосвязи дисфункции слуховой трубы с размерами аденоидных вегетаций, а также подходов в проведении оперативного вмешательства.

Целью этого исследования положен анализ результатов биохимических методов исследования крови, в частности функциональной активности тромбоцитов у больных с сенсоневральной тугоухостью перенесших бессимптомную или легкую форму коронавирусной инфекции.

Методы: С 2020 по 2023 гг. на базе кафедры оториноларингологии Ташкентского государственного стоматологического института были обследованы и получили лечение 64 больных, перенесших коронавирусную инфекцию. Из общего числа обследованных женщин было 38 (59,38%), мужчин-26 (40,62%). Возраст больных колебался в пределах от 20 до 60 лет (средний возраст $21,7 \pm 1,7$ лет), преобладали лица молодого наиболее трудоспособного возраста от 30 до 50 лет. Для оценки эффективности предлагаемого комплексного лечения больные каждой группы были разделены на три лечебные группы: в 1 группе (контрольная группа, $n=32$) – это здоровые люди (их данные фиксировали как стандарт для данных исследований); 2 - группа сравнения ($n=32$) получала традиционное лечение (дексаметазон+хлорид натрия 0,9%-100 мл по схеме, винпоцетин 5мг+хлорид натрия 0,9%-100 мл № 10 в/в инфузий); больным 3 группы (основная группа, $n=32$) при лечении где вместо винпоцетина применен ницерголин внутривенно (дексаметазон+хлорид натрия 0,9%-100мл по схеме, ницерголин 4 мг+хлорид натрия 0,9%-100мл №

10 в/в инфузий, витамины группы В (В1,В6) внутримышечно принимали 1 раз в сутки № 10.).

Результаты: у здоровых лиц, включенных в группу наблюдения при оценке морфологии тромбоцитов, было установлено, что основные показатели находились в пределах физиологической нормы. Уровень дискоцитов в крови у здоровых людей составил $86,09 \pm 7,09\%$, уровень дискоэхиноцитов составило $9,09 \pm 0,8\%$, сфероцитов- $2,89 \pm 0,13\%$, сфероэхиноцитов- $1,79 \pm 0,17\%$ и биполярных форм- $1,09 \pm 0,09\%$ тромбоцитов также оставалось стабильным в кровотоке. При этом сумма активных форм тромбоцитов составляло в среднем у обследованных $15,29 \pm 0,11\%$. При анализе морфологии тромбоцитов у находящихся под наблюдением пациентов перенесших COVID-19, отмечено следующая картина в мазках крови: дискоциты- $74,99 \pm 6,56\%$, дискоэхиноциты- $19,99 \pm 1,14\%$, сфероциты- $5,49 \pm 0,37\%$ и сфероэхиноциты- $4,39 \pm 0,20\%$. Также отмечено повышение суммы активных форм тромбоцитов и числа тромбоцитов в агрегатах.

Одновременно с гиперактивностью тромбоцитов нами отмечено состояние тромбоцитопатии, выражающиеся в активации АДФ индуцированной агрегационной активности кровяных пластинок. Как видно из представленных результатов исследования, под воздействием АДФ, полученных из эритроцитов крови наблюдается сокращение во времени агрегационной активности тромбоцитов крови при различных её концентрациях. Гиперагрегация тромбоцитов индуцированная АДФ позволяет судить о повышении их первичной агрегации, которая обратима.

Выводы: у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, наблюдается повышение агрегационной активности тромбоцитов, что ведет к увеличению содержания в их крови активных форм кровяных пластинок, неизбежно приводя к повышению числа циркулирующих агрегатов различных размеров. Это усиливает негативные влияния на организм факторов среды у больных СНТ, перенесших коронавирусную инфекцию, способствуя реализации предрасположенности к различным, в первую очередь сосудистым заболеваниям.

СМЕЩЕНИЕ ЭЛЕКТРОДА КОХЛЕАРНОГО ИМПЛАНТА: СЕРИЯ СЛУЧАЕВ

Мусаев А.А., Олимов Ж.А., Абдукаюмов А.А., Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш., Маджитова Д.Ш., Нуриддинова Д.Х., Мансурова С.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Узбекистан*

Цель: Обзор случаев экстракохлеарного расположения электродной решетки у детей с кохлеарной имплантацией (КИ).

Клинический случай: Первый случай ребенок 3 года, была проведена кохлеарная имплантация на правое ухо (SYNCHRONY STANDARD, MED-EL), длина электродной решетки составляет 31.5 мм. Операция выполнялась стандартно, интраоперационных особенностей не было, интраоперационная телеметрия-0.42 Ом, аутоарт – регистрация на всех каналах положительная. На вторые сутки после операции выполнена рентгенография височных костей- электродная решетка была расположена в проекции мастоидальной полости.

Второй случай ребенок 4 года была проведена кохлеарная имплантация на правое ухо (SYNCHRONY STANDARD, MED-EL), длина электродной решетки составляет 31.5 мм. Интраоперационных особенностей не было, интраоперационная телеметрия – 1,02 Ом, аутоарт- регистрируется на 10-11-12 каналах. Послеоперационная рентгенографии височных костей- электродная решетка определена в проекции слуховой трубы конец которого располагался на уровне носоглотки.

Третий случай ребенок 4 года с IP-I была проведена кохлеарная имплантация на правое ухо (Sonata COMPRESSED, MED-EL), длина электродной решетки составляет 15.0 мм. Интраоперационные особенности: кохлеастома, Gusher, интраоперационная телеметрия – 0,46 Ом, аутоарт- регистрируется только на 8 канале. Послеоперационная МСКТ височных костей - проксимальный конец электродной решетки импланта определяется в проекции правого внутреннего слухового прохода. Все операции проводились опытными хирургами.

Вывод: данные клинические примеры показывают нам, что интраоперационная аудиологическая диагностика не является показателем наличия электродной решетки в улитке. Использование интраоперационного рентгенологического контроля для определения правильного расположения импланта и фиксаторов для электрода в мастоидальной полости исключило бы случаи экстракохлеарной миграции электрода импланта.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Мухамедов Д. У.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Узбекистан*

В последние годы увеличилось количество пользователей систем кохlearной имплантации (КИ) как у детей раннего возраста, так и среди детей с долигвальной 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 импланта им активно помогали родители или опекуны. В соответствии с поставленными задачами определен комплекс методов исследования, направленный на изучение состояния слуховой функции и качества жизни у пациентов после односторонней кохlearной имплантации. Протокол обследования пациентов включал: сбор жалоб, анамнеза, эндоскопический осмотр ЛОР-органов; тональную пороговую аудиометрию в свободном звуковом поле; речевую аудиометрию в свободном звуковом поле с использованием стандартных сбалансированных речевых таблиц русского языка; коррекцию параметров настройки речевого процессора кохlearного импланта; письменное анкетирование с использованием русскоязычного варианта общего опросника по качеству жизни SF-36. Статистическую обработку данных проводили с использованием

пакета программ Statistica версии 6.0 (StatSoft, Inc., США).

Результаты: при первичном осмотре общее состояние у всех больных было удовлетворительным. Всем пациентам выполнена односторонняя КИ по традиционной методике с трансмастоидальным доступом к улитке и введением электродов через кохlearостому. Послеоперационный период протекал без особенностей. Активация речевого процессора кохlearного импланта и первая настроечная сессия производились через 1 месяц после операции. При отомикроскопии у всех больных патологических изменений не выявлено. Обнаружено, что уровень качества жизни детей по всем тестируемым шкалам был выше среднего (50% и более), при этом по большинству шкал находился ниже контрольных значений. Зарегистрированы статистически значимые различия между показателями детей в отношении шкал «эмоциональное состояние» ($p < 0,04$) и «общее состояние здоровья» ($p < 0,005$).

В настоящее время знание фактов и закономерностей психологического развития в детстве, юности, зрелости и старости, возрастных задач и нормативов развития, типичных возрастных проблем, предсказуемых кризисов развития и способов выхода из них необходимо самому широкому кругу специалистов - психологам, педагогам, социальным работникам, работникам культуры и, конечно, врачам.

Так, подростковый период - переходный период от детства к взрослости - характеризуется стремлением к самостоятельности и независимости, «эмансипации» от взрослых, к признанию своих прав со стороны других людей. Переходность подросткового возраста, конечно, включает биологический аспект. Это период полового созревания, интенсивность которого подчеркивается понятием «гормональная буря». Физические, физиологические, психологические изменения, появление сексуального влечения делают этот период исключительно сложным, в том числе и для самого стремительно вырастающего во всех смыслах подростка. Отсюда проявляется особое отношение подростка к эмоциональной сфере: настроению, наличию депрессии, тревоги и общего показателя положительных эмоций, а также состоянию собственного здоровья. Отметим тот факт, что даже в целом нормально протекающему подростковому периоду, не говоря о подростковом периоде у лиц с нарушением слуха, свойственны асинхронность, скачкообразность и дисгармоничность развития.

Сравнение показателей основной группы и группы контроля выявило статистически значимые различия, как и в первой группе в отношении шкал «физическое функционирование» ($p < 0,02$) и «эмоциональное состояние» ($p < 0,04$).

Через 3 месяца после активации речевого процессора системы кохlearной имплантации оценивалось качество жизни респондентов в динамике путем письменного анкетирования с использованием опросника SF-36. Однако при сравнении результатов анкетирования в динамике в двух связанных выборках не было выявлено статистически значимых различий при оценке всех шкал опросника.

Через 9 месяцев после активации речевого процессора

кохлеарного импланта отмечалось улучшение показателей шкал анкеты SF-36. При сравнении результатов анкетирования в динамике в двух связанных выборках зафиксированы статистически значимые различия показателей пяти из восьми шкал опросника: шкал «ролевое физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «социальное функционирование», шкал жизнеспособности и боли. При сравнении показателей шкал

опросника в динамике в группе контроля в двух связанных выборках статистически значимых различий не получено.

Заключение: таким образом, следует вывод, что у детей с нарушением слуховосприятия снижается качества жизни, отмечаются отрицательные влияние окружающих, в связи с этим проведённая кохлеарная имплантация повышает качество жизни.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

Набиева Ж.М., Махкамова Н.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Актуальность: Заболевание полости носа и околоносовых пазух у детей занимает лидирующую позицию в структуре ЛОР-заболеваний и, особенно у детей с ВРГН. Особенностью развития пациентов с ВРГН является наличие широкого сообщения между полостью носа и рта, что не позволяет создавать отрицательное внутриротовое давление во время акта сосания, что затрудняет кормление. Развитие воспалительных процессов при этом связано с анатомо-топографическими особенностями при врожденной расщелине, с изменениями иммунного статуса, а также с особенностями патогенной микрофлоры в полости носа.

Исходя из вышеизложенного, вопросы возникновения различных воспалительных патологий носа и придаточных пазух носа при ВРГН у детей, а также применяемое при этом лечение не всегда является эффективным, легло в основу нашего исследования.

Целью этого исследования было исследование состояния микробиотоза полости носа у детей с различными формами ВРГН до и после пластики неба.

Методы: Исследование проводилось в отделении оториноларингологии многопрофильной клиники ТМА за период 2020-2023 гг. Было обследовано 119 детей в возрасте от 1 до 18 лет с врожденными пороками развития верхней губы и неба (до и после пластических операции). В зависимости от формы расщелины неба и вида проведенной пластики все пациенты были распределены на 4 группы: I группу дети с ВРН до- и после операции (n=35); II группа дети с ВРНГ до- и после хейлопластики (х/пл.) (n=29); III группа дети с ВРГН состояния после х/пластики до- и после вейлопластики (в/пл.) (n=25); IV группа - дети с ВРГН до- и после хейло-вейлопластики (х/в/пл.) (n=30).

Мазок для микробиологических исследований брали утром натощак, стерильным носовым ватным тампоном. До операции мазок брали через расщелину неба. После операции на небе тампон осторожно вводят через носовое отверстие в носовую полость. Посев производили на стандартных микробиологических средах (мясопептонный, кровяной, желточно-солевой агары, пестрый ряд Гиса, среды Сабуро) и выделение чистой культуры микроорганизмов. На основании микробиологических, текториальных, биохимических признаков и изучения антигенной структуры осуществляли идентификацию по бинарной номенклатуре с изучением выделенных штаммов в материале. Колонизацию слизистой полости носа оценивали по составу микрофлоры. Выбор материала для бактериологического исследования проводили методом световой микроскопии, микрофлора изучалась по методу Наел (1979) в модификации С. К. Канарейкиной и соавт. (1985).

Результаты: Микробиологических исследований смывов с полости носа у детей с ВРН в 100% наблюдений выявил нарушения микробиотоза полости носа. Степень дисбиотических изменений увеличивалась с увеличением времени прошедшим с момента операции. Так, у больных с ВРГН, второй группы (после пластики неба) наиболее тяжёлая форма дисбактериоза (4 степень) встречалась у 30% обследованных, у больных третьей группы (после

хейлопластики в период после операции на небе) частота встречаемости IV степени дисбактериоза составила 17,65% (табл. 3; 4). Необходимо отметить, что у больных I группы среди детей школьного возраста в дооперационном периоде встречается тяжёлая степень дисбактериоза IV степени – в 17,4%.

Развитие дисбиотических нарушений на слизистой носа у больных ВРГН сопровождалась увеличением частоты высеваемости и расширением спектра микроорганизмов, обладающих патогенными свойствами и не относящихся к данному биотопу. Важное значение имеет высокий процент обнаружения гемолитического стрептококка в 96,6% случаев. Количественный спектр не свойственных данному биотопу микроорганизмов был дополнен увеличением частоты выделения кишечной палочки (86,67%), протей (40,5%) и резким увеличением частоты обнаружения грибов рода кандиды (до 90,5%).

У больных с ВРГН оперируемых по поводу расщелины верхней губы показатели после операционном периоде отсутствовала крайняя степень дисбиотоза IV степени; а после пластики неба III группа дисбиотоз III и I-II степени обнаружены в 2,45 и 1,40 раза реже по сравнению со второй-группой, и напротив частота дисбиотического сдвига и нормоценоза была выше в III группе – в 1,90 и 9,52 раза соответственно.

Необходимо отметить, в послеоперационном периоде среди больных III группы, чем у II группы показывало более выраженный эффект: в группах и дошкольного и школьного возраста отсутствуют больные с крайней, IV степенью дисбактериоза. После вейлопластики наблюдалось снижение частоты дисбактериозов III и I-II степеней в III группе у детей дошкольного возраста относительно детей школьного возраста (происходило 2,4 и 1,20 раза), а соответствующие увеличение частоты встречаемости дисбиотического сдвига в 1,11 и 2,5 раза.

Более высокий клиничко-микробиологический эффект получен при проведении пластики неба в дошкольного возраста, а также у детей с ВРГН при одномоментной пластики верхней губы и неба. Микробиологические исследования мазков со слизистой носа у больных II группы до операции показали, что сразу после операции отмечается сдвиг микробиотоза в неблагоприятную сторону. Очевидно, что оперативное вмешательство травмирует слизистую и, как следствие, приводит к нарушениям микробиотоза слизистой носа.

Однако, сравнительный анализ микробиотоза у больных III группы с первой группой в дооперационном периоде среди детей дошкольного возраста выявил высокую эффективность проведения ранней вейлопластики. При этом если в III группе в после операционном периоде наблюдался дисбактериоз 4 степени, то в первой группе – дисбактериоз 1-2 степени и 3 степени. Частота дисбиотического сдвига была выше в 1,79 раза.

Выводы: у больных первой группы дооперационном периоде состояние микробиотоза слизистой носа в послеоперационном периоде значительно превосходило

таковых больных, III группы при поступлении. При этом в первой группе с время операции наблюдалось I-II степень дисбактериоза в послеоперационном периоде, а в IV группе III и I-II степени дисбактериоза. Частота дисбактериоза I-II степени была 1,42 раза в IV группе по сравнению с I группой, регистрировался дисбиотический сдвиг в IV группе 30,8% случаев, а в I группе - 50,0% и появлялся нормоценоз – 8,33%.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ТИМПАНОСКЛЕРОЗ КЕЧИШИНING ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Назирова Ф.Н.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ўзбекистон

Сурункали йирингли отит (СЙО) билан оғриган барча беморлар орасида ушбу патологиянинг тарқалиши 3,3-33% ни ташкил қилади ва бу кўрсаткич тимпаносклерозни кўп учрайдиган касалликлар сафига киритиш имконини беради. Тимпаносклеротик ўзгаришлар ўрта қулоқдаги турли хил ўткир ва сурункали касалликларнинг асорати сифатида юзага келади ва мукопериостдаги дегенератив зарарланишнинг намоён бўлиши ҳисобланади.

Тимпаносклеротик ўчоқлар кўпинча ноғора пардада, эшитиш суякчалари атрофида, лабиринт ойналари бўшлиқларида ҳосил бўлиб, яққол кондуктив эшитиш заифлиги ривожланиши билан товуш ўтказадиган тузилмаларнинг турғун ҳаракатсизлигини келтириб чиқаради. Шунингдек, эшитиш суякчалари фиксацияси билан бирга, уларнинг деформацияси ва парчаланиши кўп учрайди.

Аксарият муаллифлар тимпаносклерозни фиброзли отитнинг тугалланган шаклларига киритади, уни ноғора бўшлиқ шиллиқ қавати катарал яллиғланишининг якуний босқичи деб таърифлайдилар, аммо сўнгги тадқиқотлар натижалари яллиғланиш жараёнининг продуктив босқичи тугалланмаганлигини кўрсатади [9,12].

Тимпаносклерозни фаол ўрганиш унинг патогенезидаги кўп жиҳатларни ойдинлаштириш ва ушбу касаллик билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини аниқлаш имконини бериши. Аммо, шунга қарамай, тимпаносклероз муаммоси билан боғлиқ баъзи саволлар бугунги кунгача жавобсиз қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: Сурункали йирингли отит бўлган болаларда тимпаносклерозни даволаш усулини мақбуллаштириш.

Тадқиқот материали ва усули: Бизнинг тадқиқотимизда амбулатор ЛОР ёрдамига мурожаат қилган ва оториноларингология бўлимига ётқизилган 37 нафар боладаги касаллик ҳолатлари кўриб чиқилди. Барча беморларда клиник, инструментал, рентгенологик, лаборатор, бактериологик ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилди. Натижалар Statistica 8.0 дастури ёрдамида таҳлил қилинди. Кўриб чиқилаётган қийматлар орасидаги фарқларнинг статистик аҳамиятини аниқлаш учун Стюдент мезонидан фойдаланилди. Белгилар орасидаги фарқ $p < 0,05$ бўлганда статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокама-си: Тадқиқотда ўғил болалар асосий гуруҳда энг кўп устунликка эга бўлди - 64,8%, бу назорат гуруҳидан бироз фарқ қилди, яъни СЙО билан оғриганлар гуруҳида ўғил болалар улуши 60,4% ни ташкил этди.

СЙО билан текширилган беморлар орасида бошланғич ва ўрта мактаб ёшидаги болалар устунлик қилди. Асосий гуруҳда биз 58,6% беморга биринчи марта 3-7 ёшда ва 21,9% болага эса - 1-3 ёшда, яъни эрта ёшда СЙО ташхиси қўйилганлигини қайд этдик. Касалликнинг давомийлиги 1 йилдан 14 йилгачани ташкил этди. Тадқиқотда иштирок этган 24,8% беморда икки томонлама патологик жараён қайд этилди, жумладан асосий ва назорат гуруҳларидаги болаларда чап, ўнг ва икки томонлама сурункали жараён тах-

минан бир хил частотада кузатилди. Кўпинча, икки томонлама жараён ЎЙО билан оғриган болаларда учради - 34,6%.

Шундай қилиб, асосий ва назорат гуруҳларида ёш таркиби, СЙО билан оғриган ўғил ва қизларнинг сони, қулоқнинг шикастланиш томонлари, касалликнинг асосий шакллари ва қўзиш частотаси бир-биридан катта фарқларга эга бўлмади, бу уларнинг ўхшашлигини тасдиқлайди.

Қулоқлардаги оғриққа шикоятлар ЎЙО билан оғриган болаларда кўпроқ - тадқиқотда 95,2% ҳолларда учради, асосий гуруҳ болаларида СЙО нинг қўзиши пайтида оталгия фақат 59,4% ҳолларда қайд этилди. Бироқ, юкорида кўрсатилган натижалар назорат гуруҳининг маълумотларидан фарқ қилади, унда беморларнинг 90,1%да қулоқ оғриғи бўлган. Ташқи эшитиш йўлидан оқма пайдо бўлиши асосий гуруҳ беморларидан фарқли ўлароқ (41,4% ҳолларда) назорат гуруҳидаги болаларда кўпроқ (88,1% ҳолларда) кузатилди. Бизнинг фикримизча, бундай фарқларнинг сабаби бизнинг тадқиқоти-мизда қўлланилган диагностика усуллари туфайли кам симптомли СЙО қўзиш ҳолатларининг аниқланганидир.

Болалар ва ота-оналар сўровнома тўлдирганда, биз СЙО борлигини аниқлашдан олдин болаларда қандай касалликлар бўлганлигини аниқладик. 33,6% бола йилига ўн мартадан ортиқ ўткир респиратор инфекциялар билан оғриган, бу эса ушбу болаларни тез-тез касал бўладиганларга киритиш имконини беради. 1,6% ҳолатда сувчечак, 2,3% ҳолатда қизамиқ билан касалланган. 0,8% ҳолатда анамнезида қулоқ тозалайдиган таёқча билан ноғора парда тешиб қўйилгандан сўнг травматик ўткир отит қайд этилган. 65,6% ҳолатда ўткир отит бўлган, шу муносабат билан 23,4% ҳолатда, қариндошларининг фикрига кўра, нутқ ривожланиши секинлашган, 53,9% боланинг ота-оналари эса, этиборсизлик ва эшитишнинг пасайиши кузатилганини қайд этишган, уларда отит эпизодлари орасида ушбу ўзгаришлар тикланган. Биз бу фактни такрорий йирингли отит ва сурункали отит қўзиши ўртасидаги сезиларли дифференциал диагностика фарқ билан боғладик. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг ҳеч бири чақалоқлик даврида ва эрта ёшда эшитиш патологиясига эга бўлмаганлигини таъкидлаймиз. Бироқ, бизнинг биринчи текширувимиш пайтида, ота-оналарнинг маълумотларига кўра, асосий гуруҳдаги барча болаларда эшитиш ёмонлашгани қайд этилди, 47,6% болада эса, прогрессив пасайиш тенденцияси кузатилди.

Асосий гуруҳнинг 32,8% ҳолатда анамнез йиғишида биз СЙО қўзишидан далолат берувчи муҳим анамнестик факт-ни, яъни ташқи эшитиш йўлига сув кирганидан кейин: ото-рея, оталгия, аҳволнинг ёмонлашиши, тана ҳароратининг ошиши каби симптомлар пайдо бўлганлигини аниқладик. Худди шундай симптомлар 43,7% беморда бурундан оқма оқиши ва томоқ оғриғи билан кечадиган ўткир респиратор инфекциялар бошланганидан кейин ҳам юзага келган.

Шуни таъкидлаш керакки, 69,5% болада, барча аниқланган ўткир касалликлар, анамнезга кўра, СЙО нинг қўзиши белгилари ривожланишидан олдин бўлган. Олинган натижаларга кўра, ўткир ринит, фарингит ва тонзиллит

қўпинча СЙО ва ЎЙО нинг қўзишига олиб келди. Бу факт бизнинг тадқиқотимизда ҳам тасдиқланди: 59,4% бола илгари педиатрик текширувда юқори нафас йўлларининг вирусли инфекцияси ташхиси қўйилгандан сўнг СЙО қўзиши белгилари пайдо бўлганлигини қайд этишган ва ҳозирги текширувда 10,9% беморга ЎРВИ ташхиси қўйилган.

СЙО нинг қўзишида болаларда вестибуляр аппаратни ўрганиш жараёнида биз ҳеч қандай яққол бузилишларни топмадик: нистагмнинг патологик шакллари қайд этилмади, шу жумладан пневматик синамадан сўнг, барча болалар бармоқ-бурун тестидан ўтдилар, Ромберг позицияси-

нинг оддий ва сенсibiliлашган ҳолатида чидамли бўлишди. Шу билан бирга, асосий гуруҳдан 5,4% бемор, архив маълумотларига кўра, назорат гуруҳидан 4,9% бола ва ҳатто ЎЙО билан касалланган 2,9% бола доимий бўлмаган қисқа бош айланишининг бир нечта эпизодларини ўтказишди.

Хулоса: Болаларда сурункали йирингли отитнинг узоқ давом этиши, бурунхалқум соҳасида халқум муртаги гипертрофияси ва яллиғланиши ҳамда ноғора бўшлиғида сурункали яллиғланиш жараёнини узоқ муддат давом этиши тимпаносклерознинг ривожланишига ва жараённинг ёмонлашувига олиб келади.

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Нурмухамедова Ф.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Узбекистан

Введение. Длительное время успех хирургического лечения ХГСО связывали с такими факторами, как уровень подготовки хирурга, наличие высококачественной оптики и современного инструментария, а также – характером патологического процесса в среднем ухе, наличием холестеатомы, анатомическими особенностями среднего уха (Е.В. Гаров, 2017). Однако практика показала, что разработка принципиально новых подходов в хирургии среднего уха также позволяет повысить эффективность и качество хирургического лечения ХГСО.

Цель исследования. Сравнение результатов качества жизни в зависимости от проведенного хирургического вмешательства при ХГСО.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 150 пациентов с ХГСО (от 18 до 65 лет). В соответствии с проведенным видом оперативного вмешательства, пациенты были разделены на 5 подгрупп. 1ая - которым проведена тимпаноластика, 2ая – санирующая операция, 3я -пациенты с одномоментной тимпаноластикой и с санацией уха, 4ая- пациенты с тимпаноластикой и с оссикулопластикой, 5ая- пациенты после радикальной операции уха.

Полученные результаты. Данные общего количества баллов, подтверждает положительную динамику качества жизни пациентов после всех видов хирургического лечения кроме 5 группы, которым была проведена радикальная операция уха. Например, качество жизни после тимпаноластики улучшилось с достоверным уменьшением баллов SOMOT-15 с 48 до 4,25 ($P<0,05$), при тимпаноластике с оссикулопластикой до 2,5 баллов. Следует отме-

тить, что балл у здоровых лиц составил до 5 баллов. Что касается жалобы связанной с шумом в ухе, то во всех группах результат не достоверный и указывает на то что хирургическое вмешательство не влияет на улучшение по данному симптому. Пациенты 2 группы – после санирующей операции на ухе получили достоверную разницу в общем балле, но по сравнению с 1, 3 и 4 группами получили не достоверную разницу по вопросам касаемых функции слуха ($P>0,05$), а данные вопросы имеют важное значение для пациентов что следует иметь ввиду. Но полученные нами данные указывают, что по некоторым показателям, например, 10, 13, 14 и 15 вопросы показал ухудшение данных значений, что указывает на то что радикальная операция на ухе приводит к большему снижению качества жизни пациента чем до хирургического лечения. Это наглядный пример того, где отоларинголог опирается на показаниях к проведению радикальной операции, но пациент свое состояние оценивает как отрицательное. В данном случае следует сделать вывод, что пациентам данной категории до операционном периоде необходимо заранее огласить ожидаемые результаты операции в отношении их качества жизни, чтобы предотвратить недовольствия пациента после перенесенной операции.

Выводы. Опросник SOMOT-15 показал что, тимпаноластика и тимпаноластика с оссикулопластикой приводят к значительному улучшению качества жизни пациентов, достигая показателей здоровых лиц. Радикальная операция уха приводит к большему снижению качества жизни пациента, чем до хирургического лечения.

МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ*Нуров У.И., Икрамова Ф.С.**Бухарский государственный медицинский институт
Узбекистан*

Введение. Лечение хронических аденоидитов является актуальной проблемой ринологии детского возраста. Медицинская и социальная значимость обусловлена как приростом до 60% за последнее десятилетие заболеваемости и связанными с нею экономическими затратами, так и ролью глоточной миндалины в формировании мукозального иммунитета, обеспечивающего защиту не только носоглотки, но и слизистой оболочки полости носа, ринотубарной зоны и околоносовых пазух

Цель исследования. Изучить микробиологический состав возбудителей хронического воспаления глоточной миндалины в детском возрасте.

Материалы и методы исследования. В период с 2021 по 2022 гг. нами было обследовано 70 детей, обратившихся в Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр ЛОР-отделение. Распределение по возрасту было следующим: дети первого года (7 мес. до 11 мес.) – 2 (3%), раннего возраста (с 1 г до 2 лет) – 16 (22,8%), дошкольного (3 л – 6 лет) – 33 (47,2%) и школьного возраста (7 л – 11 лет) – 19 (27,3%) детей. Среди больных преобладали пациенты дошкольного возраста (с 3 до 6 лет, 47,2%).

Результаты и их обсуждение. Ведущим бактериальным патогеном у пациентов был *Staphylococcus aureus* 24 (34,3%), часто 11 (15,7%) – в ассоциации с респираторными возбудителями (РС-вирус – 1 (1,4 %), аденовирус – 1 (1,4 %), риновирус – 6 (8,6 %), вирус парагриппа – 2

(2,9 %) и коронавирус – 1 (1,4 %). В ассоциации с респираторными возбудителями и несколькими бактериальными патогенами: *Staphylococcus aureus* + *Acinetibacter baumannii* + риновирус – в 2 (2,9%), *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pneumoniae* + парагрипп – в 1 (1,4%), *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pyogenes* + бокавирус – в 1 (1,4%), *Staphylococcus aureus* + *Acinetibacter baumannii* + коронавирус – в 1 (1,4%), *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pneumoniae* + *Streptococcus viridans* + риновирус – в 1 (1,4%), *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pneumoniae* + риновирус + аденовирус – в 2 (2,9%), *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pyogenes* + риновирус + коронавирус – в 1 (1,4%) случаев и в виде монокультуры в 6 (8,6 %) случаях. Второе место занимал *Streptococcus pneumoniae* 6 (8,6 %), в виде монокультуры 3 (4,3%). Среди основных респираторных вирусных возбудителей встречались: риновирус – в 19 (27,1 %), вирус парагриппа – 10 (14,3 %), метапневмовирус – в 4 (5,7 %), аденовирус – в 7 (10 %), РС-вирус – в 8 (11,43 %), бокавирус – в 1 (1,4 %), коронавирус – в 1 (1,4 %) случаях. Ассоциация двух респираторных возбудителей: риновирус + коронавирус и риновирус + аденовирус – по 1 (1,4%) случаю.

Вывод. Воспаление глоточной миндалины наиболее часто имеет вирусно-бактериальную или вирусную, реже бактериальную этиологию.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАСТОЙКИ ПРОПОЛИСА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Нуров У.И., Икрамова Ф.С.

Бухарский государственный медицинский институт
Узбекистан

Актуальность. Лечение хронических аденоидитов (ХА) является актуальной проблемой ринологии детского возраста. Медицинская и социальная значимость обусловлена как приростом до 60% за последнее десятилетие заболеваемости и связанными с нею экономическими затратами, так и ролью глоточной миндалины (ГМ) в формировании мукозального иммунитета, обеспечивающего защиту не только носоглотки, но и слизистой оболочки полости носа, ринотубарной зоны и околоносовых пазух.

Цель. Оценить клиническую эффективность комплексной терапии хронических аденоидитов у детей с использованием настойки прополиса.

Материалы и методы. В период с 2022 по 2023 гг. нами было обследовано 70 детей, обратившихся в Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр ЛОР-отделение. Распределение по возрасту было следующим: дети первого года (7 мес. до 11 мес.) – 2 (3%), раннего возраста (с 1 г до 2 лет) – 16 (22,8%), дошкольного (3 л – 6 лет) – 33 (47,2%) и школьного возраста (7 л – 11 лет) – 19 (27,3%) детей. Среди больных преобладали пациенты дошкольного возраста (с 3 до 6 лет, 47,2%).

Результаты и их обсуждение. В группе I закончили лечение с результатом «выздоровление» 22 пациентов (73,3%), «улучшение» – 8 человека (26,7%). В группе II выздоровление было достигнуто у 10 человек (25%), улучшение – у 28 (70%), без эффекта – у 2 (5%) – у этих детей рецидив наступил в срок менее 2-х недель после выписки. По непосредственным результатам у пациентов, получавших прополисную настойку: смазывание слизистых глотки и миндалин 2-3 раза в день и ингаляции смесью прополисной настойки и воды в пропорции 1:20, 1-2 раза в день, доля выздоровлений в 2,58 раза больше, чем при традиционном методе.

Динамика наиболее значимых субъективных симптомов – заложенности носа, выделений из носа, стекания слизи в носоглотку, заложенности уха, храпа при различных видах лечения уже ко второму визиту большинство детей I группы их родители отмечали существенное улучшение по всем симптомам, в то время, как в группе II отчетливые положительные сдвиги появлялись только к 3-4-му визитам (5-7 дню). На третий день (2 визит) заложенность носа имела у меньшего количества детей группы I, а выраженность ее уменьшилась в 2 раза, к 3-му и 4-му визитам количество жалующихся и выраженность жалобы сокращалось каждый раз вдвое, сходя на нет в 5-му визиту. В группе II ко 2-3-му визитам этот показатель существенно не изменился ни количественно, ни качественно. Выраженность жалобы достоверно уменьшилась вдвое только к 4-му визиту, и еще вдвое к 6-му визиту.

Дети группы I показали в лучшую динамику ко 2-му визиту в 1,5 раза, к 3 и 4-му визитам в 2,7 раза, к 5-му – в 4 раза, чем в группе II. Через 2 недели от начала лечения показатели отличались в 17 раз.

Характерным показателем эффективности настойки прополиса является отделяемое в носоглотке и в полости носа. Если при первичном обращении при эндоскопии в носоглотке определяли преимущественно гнойное отделяемое (49%), а в 22% случаев отделяемое отсутствовало при наличии выраженного отека ГМ, то уже через двое суток ко второму визиту картина кардинально менялась: количество пациентов с гнойным отделяемым сокращалось в 2,7 раза до 18,4%, а количество детей со слизистым отделяемым резко возросло, при этом и количество детей с отсутствием отделяемого в носоглотке и отека ГМ тоже сокращалось в 2,3 раза (до 9,5%).

В группе II у большинства пациентов в первый месяц полученный результат был стабилен, но уже в течение полугодия стала прослеживаться отрицательная динамика. Рецидив отмечен у 13-х детей (32,5%), 8 девочек и 24 мальчиков. В возрасте от 2-х до 5 лет были 26 детей, и еще 6 – в возрасте 10-12 лет, что повидимому связано для младших детей с сохранением больших размеров аденоидов, а для старших – с увеличением ОНП и поздней возрастной редукцией аденоидных вегетаций. Кроме того, у 2-х детей в возрасте трех лет, несмотря на проведенную аденотомию, произошел рецидив заболевания.

Важным показателем лечения было состояние и степень гипертрофии АВ. Наметившаяся ко 2-му контролю (через 3 месяца) медленная редукция ГМ у детей группы I оказалась стабильной, и уже через год ГМ достигла среднего показателя $1,51 \pm 0,11$ степени, независимо от возраста, что говорит о состоявшемся разрыве порочного круга «гнойный аденоидит – гнойный риносинусит». Через 2 года ГМ сократилась до $1,42 \pm 0,32$ степени, через 3 и более – $1,36 \pm 0,48$. Изначально мы ставили своей целью санировать ЛОР-органы у этих детей и подготовить их на оперативное лечение. По анализу отдаленных результатов у большинства из них было отмечено уменьшение ГМ и прекращение обострений ХА, РС, отитов. Это позволило отказаться от хирургической тактики и продолжить динамическое наблюдение. В течение 3-х лет после лечения аденотомия была предложена 13, и выполнена 12 детям (1-му из них – аденотонзиллотомия), что составило 6,3%.

У детей, получавших стандартное лечение, размер аденоидных вегетаций также уменьшался, однако недостаточно, а повторные эпизоды РС на фоне сохраняющихся явлений ХА в последующем вели к аденотомии, которая была выполнена у 13 детей (32,5%) в течение 1-го года наблюдения.

Вывод. Использование комплексное лечение настойки прополиса при хроническом аденоидите с риносинуситом у детей сокращает длительность лечения на 40%, повышает его эффективность в 4 раза и увеличивает долю выздоровлений 3 раза по непосредственным и в 4 раза по отдаленным результатам по сравнению с традиционным лечением.

ПРЕДРАКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЕ РОТОГЛОТКИ*Полатова Д.Ш.¹, Шомуродов К.Э.², Мадаминов А.Ю.²**¹Республиканский центр детской онкологии, гематологии и клинической иммунологии**²Ташкентский государственный стоматологический институт**Узбекистан*

Введение: При ранней диагностике плоскоклеточной карциномы ротоглотки (ПККР), распространенность которой стабильно растет, существует острая необходимость в выявлении предраковых поражений помимо установления вируса папилломы человека (ВПЧ) в полости рта. Следовательно, специфическое распознавание потенциально злокачественных заболеваний полости рта (ПЗЗПР) у пациентов ПККР может предоставить новые предикторы, имеющие значение для раннего выявления заболевания. В настоящем исследовании представлены результаты изучения взаимосвязи ПККР с клинически диагностированными ПЗЗПР.

Методы: В исследовании включены 62 пациента с ПККР T1-4N0-3M0, проходившие лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии и его Ташкентском городском, Самаркандской областной филиалах в период с 2015 г. по 2020 г. С помощью иммуногистохимии исследовали экспрессию белков p16INK4a, PD-L1 и p53W/M (W - дикий тип; M - мутантный тип) в опухолевых образцах, фиксированных формалином и залитых в парафин. ИГХ p16INK4a был использован для установления ВПЧ статуса. У изученных пациентов ПККР оценивали естественное течение клинически диагностированных ПЗЗПР и их корреляция по Пирсону с молекулярными маркерами.

Результаты: 45,2% (28/62) пациентов с повышенной экспрессией p16INK4a ($\geq 70\%$) были включены в ВПЧ-положительную группу, а остальные 54,8% (34/62) относились к ВПЧ-отрицательной группе. У 9,7% (6/62) пациентов выявлены ПЗЗПР, а у 14,5% (9/62) выявлены папилломы полости рта. Все паттерны ПЗЗПР относятся к группе ВПЧ-отрицательных, а папилломы - к ВПЧ-положительной группе ($p < 0,001$). ПЗЗПР имеют слабую положительную корреляцию с PD-L1 ($p = 0,719$), умеренную положительную с p53M ($p = 0,251$), умеренную положительную с мужским полом ($p = 0,023$) и слабую положительную корреляцию с возрастом ($p = 0,796$). Папиллома имеет сильную положительную корреляцию с положительным ВПЧ-статусом ($p < 0,001$), умеренную положительную корреляцию с p53W ($p = 0,002$) и слабую положительную корреляцию с мужским полом ($p = 0,512$).

Заключение: Результаты исследований, связанных с изучением прогностической роли экспрессии белков p16INK4a/PD-L1/p53W/p53M при ПККР, и выводы изучения корреляции их экспрессии с ПЗЗПР могут стать толчком к лучшему пониманию поставленного вопроса. Таким образом, оценка экспрессии белков p16INK4a/PD-L1/p53W/p53M в тканях ПЗЗПР или клинически нормальной слизистой оболочке полости рта может быть полезным каркасом для формирования риска развития ПККР.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОБОНЯНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Ражабов Д.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Нарушение обоняния – один из наиболее распространенных симптомов новой коронавирусной инфекции. Нарушение хемосенсорной функции развивается в первые дни заболевания и может быть единственным симптомом COVID-19. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на начало марта 2021 года в мире насчитывается более 115 млн случаев заражения коронавирусом SARS-CoV-2. Среди европейского населения обонятельная дисфункция, ассоциированная с COVID-19, встречается в 60–80% случаев, у представителей Восточной Азии около 30%. С начала пандемии оториноларингологами всего мира уже накоплен немалый опыт в работе с данной категорией пациентов. Об этом свидетельствует большое количество публикаций, посвященных проблеме anosмии, на доступных медицинских ресурсах.

Целью данного исследования явилось изучение различных методов лечения пациентов с нарушениями обоняния после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалами данного обзора явилось статьи в международных базах Google Scholar и PubMed за последние 5 лет, посвященных лечению пациентов с нарушениями обоняния после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19.

SARS-CoV-2 поражает опорные клетки обонятельного нейроэпителия, на поверхности которых находятся рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (ACE2). После связывания спайкового белка с рецептором ACE2 вирус проникает в клетку-мишень путем эндоцитоза с помощью трансмембранной сериновой протеазы 2-го типа. Рецепторные клетки обонятельного нейроэпителия не содержат рецепторы ACE2, нарушение их функционирования и повреждение ресничек происходит из-за гибели опорных клеток, выполняющих защитную и трофическую функции.

В настоящее время активно прорабатывается гипотеза о прямом повреждении обонятельных рецепторных клеток, на поверхности которых обнаружена высокая экспрессия рецепторов CD 147. Связывание спайкового белка SARS-CoV-2 с CD 147 обеспечивает не посредственное поражение рецепторов обонятельного нейроэпителия, что при водит к стойкой anosмии.

Также вирус активно внедряется в клетки обонятельной луковицы и обонятельного тракта (I пара черепно-мозговых нервов) путем связывания с гликопротеином – нейропилин-1 на поверхности нейронов или путем проникновения SARS-CoV-2 через гематоэнцефалический барьер, поврежденный в результате «цитокинового шторма». Вовлечение в патологический процесс обонятельной луковицы подтверждено данными магнитно-резонансного исследования головного мозга у пациентов с COVID-19: в начале заболевания, сопровождающегося anosмией, было отмечено увеличение объема обонятельной луковицы, который значительно уменьшился к моменту выздоровления пациента и восстановления обонятельной функции. Таким

образом, несмотря на наличие разнообразных молекулярно-клеточных механизмов в патогенезе обонятельной дисфункции при коронавирусной инфекции, суть их заключается в развитии невропатии обонятельного нерва.

Нарушение обоняния при COVID-19 может протекать в виде anosмии (полная потеря обоняния), гипосмии (сниженная способность чувствовать запахи), паросмии (извращенное восприятие запахов) и фантомии (ощущение запаха при отсутствии раздражителя).

Обонятельная дисфункция на фоне коронавирусной инфекции развивается в первые дни заболевания и в большинстве случаев самопроизвольно купируется в течение 1 месяца без проведения дополнительных лечебных мероприятий. 60–70% пациентов с COVID-19 отмечают улучшение обоняния на 8–9-й день заболевания, к 15-му дню наблюдается полное восстановление у 80–90% исследуемых лиц. И только 10–15% заболевших вынуждены обращаться за медицинской помощью к оториноларингологу по поводу отсутствия обоняния более 20 дней. Приведенные временные данные восстановления обонятельной функции объясняются патофизиологическими механизмами, происходящими в обонятельном эпителии под воздействием SARS-CoV-2. Стволовые клетки обеспечивают регенерацию опорных к 7-мудню заболевания, а восстановление ресничек рецепторных клеток отмечается на 8–9-й день. Полноценное функционирование обонятельного нейроэпителия становится возможным на 15-й день от начала заболевания. Предполагается, что длительно сохраняющаяся anosмия более 15–20 дней обусловлена возможным поражением непосредственно обонятельных рецепторных клеток, естественный период восстановления которых может затянуться до двух месяцев. В настоящий момент оториноларингологи всего мира уже столкнулись с огромным потоком пациентов со стойкими нарушениями обоняния после перенесенной коронавирусной инфекции, нуждающихся в специализированной комплексной терапии.

Лечение пациентов, перенесших COVID-19, у которых после выздоровления сохраняется нарушение обоняния, необходимо начинать через 2 недели от начала заболевания, чтобы избежать отдаленных осложнений и развития стойкой anosмии. Для решения данной проблемы на базе Республиканского научно-практического центра оториноларингологии разработан и применен метод комплексного лечения, представляющий собой сочетание нейропротекторной терапии и обонятельного тренинга. Основной вектор разработанного метода направлен на лечение невропатии обонятельного нерва, ассоциированной с COVID-19.

До проведения лечения необходимо провести разъяснительную беседу с пациентом о необходимости исключить неблагоприятные факторы, которые будут замедлять процесс выздоровления. Пациент должен избегать пыли, дыма, обязательно увлажнять воздух (предотвратить сухость слизистой оболочки носа), не подвергаться резким перепадам температур (исключить посещения бассейна,

особенно с хлорированной водой), также исключить курение, крепкий алкоголь, избыточное потребление жирной и острой пищи, в том числе и увлечение кетодиетами.

Врач должен предупредить пациента об опасности отсутствия обоняния и или вкуса, а пациент обязан обеспечить надлежащий уровень собственной безопасности: своевременное обслуживание детекторов дыма и природного газа, следить за сроками годности пищевых продуктов.

Для проведения нейропротекторной терапии по разработанному методу использовались следующие лекарственные средства.

В основе сочетанного действия ипидакрина лежит комбинация двух молекулярных механизмов – это обратимое ингибирование ацетилхолинэстеразы (фермента, расщепляющего ацетилхолин в синаптической щели) и блокада калиевых каналов. Благодаря данным свойствам ипидакрина удлинняется возбуждение в пресинаптическом волокне и, соответственно, увеличивается время выброса ацетилхолина в синаптическую щель во время проведения нервного импульса. Ипидакрина гидрохлорид потенцирует проведение возбуждения в центральной и периферической нервной системах, что способствует адаптивной нейропластичности и интенсификации компенсаторно-восстановительных процессов в поврежденных коронавирусом клетках обонятельного нейроэпителия и обонятельного тракта. Режим дозирования: по 1 таблетке (20 мг) 3 раза в день в течение 1 месяца.

Тиоктовая кислота является эндогенным антиоксидантом, защищает клетку от токсического действия свободных радикалов, возникающих в процессах обмена веществ; повышает концентрацию эндогенного антиоксиданта глутатиона, что приводит к уменьшению выраженности симптомов полиневропатии, улучшает трофику нейронов. Режим дозирования: по 1 таб. лентке (600 мг) 1 раз в день в течение 1 месяца.

Омега-3 – биологически активная добавка к пище, содержащая концентрат жира лососевых рыб (1000 мг) и полиненасыщенные жирные кислоты (эйкозапентаеновая кислота 180 мг, докозагексаеновая кислота 120 мг). Омега-3 ускоряет нейрорегенеративные процессы, потенцируя эффект обонятельного тренинга. Режим дозирования: по 1 таблетке (1400 мг) 3 раза в день в течение 1 месяца.

Поливитаминовые комплексы с минералами, включающие: витамин D (может предотвратить потерю нервной чувствительности при COVID-19, стимулируя экспрессию нейротрофинов, таких как фактор роста нервов (NGF)). Режим дозирования: по 500 МЕ в поливитаминовых комплексах 1 раз в день в течение 1 месяца; витамин А (может оказывать положительный эффект в лечении нарушений обоняния, благодаря антиоксидантным свойствам способствует регенерации обонятельного нейроэпителия и потенцирует действие обонятельного тренинга). Режим дозирования: по 3300 МЕ в поливитаминовых комплексах 1 раз в день в течение 1 месяца;

аскорбиновая кислота (регулирует окислительно-восстановительные процессы в организме, ингибирует перекисное окисление липидов, оказывает антиоксидантное и противовоспалительное действие, способствует лучшему усвоению и действию витаминов группы В, описанное фармакологическое действие будет способствовать восстановлению обонятельной функции). Режим дозирования: по 100 мг в поливитаминовых комплексах 1 раз в день в течение 1 месяца;

витамины группы В (доказана высокая эффективность при воспалительных и дегенеративных заболеваниях периферической и центральной нервной системы за счет усиления клеточного метаболизма, кроветворения и функционирования нейронов). Режим дозирования: пиридоксина гидрохлорид (витамин В6) – 20 мг, тиамин гидрохлорид (витамин В1) – 10 мг, цианокобаламин (витамин В12) – 5 мкг в составе поливитаминовых комплексов 1 раз в день в течение 1 месяца; или пиридоксина гидрохлорид (витамин В6) – 100 мг, тиамин гидрохлорид (витамин В1) – 100 мг, цианокобаламин (витамин В12) – 1 мг в виде отдельного лекарственного средства 1 раз в день в течение 10 дней. Цинк (активно участвует в клеточной пролиферации, также способствуя регенерации обонятельных рецепторов). Режим дозирования: по 8 мг в поливитаминовых комплексах 1 раз в день в течение 1 месяца.

Интраназальные кортикостероиды были включены в схему лечения постковидной anosмии, ассоциированной с назальными симптомами, по стандартной методике курсом в течение 1 месяца. Во всех случаях нейропротекторная терапия дополнялась выполнением обонятельного тренинга, который представляет собой самостоятельное регулярное (6–8 тренировок в день) вдыхание носом ароматических пахучих веществ. Наборы одорантов можно составлять произвольно, но обычно используют минимум четыре разновидности эфирных масел (например, роза, эвкалипт, лимон, гвоздика). Их наносят на ватный диск, чтобы избежать проливания. Длительность ароматического тренинга – от 1 до 3 месяцев. Через месяц рекомендовано менять состав набора одорантов, использовать эфирные масла с другими запахами (например, зеленый чай, бергамот, розмарин, гардения).

Применение обонятельного тренинга в лечении пациентов с обонятельной дисфункцией различной этиологии рекомендовал себя как метод выбора с высоким уровнем эффективности, о чем свидетельствуют данные международного согласительного документа по расстройствам обоняния. Патфизиологический механизм улучшения обоняния на фоне тренировок связан с повышением регенеративной способности ольфакторных нейронов в ответ на стимуляцию пахучими веществами. В рамках исследования оценивали эффективность разработанного метода лечения пациентов с нарушением обоняния после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, основанного на сочетании нейропротекторной терапии обонятельного тренинга.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Раззоков Ж.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Узбекистан

Вазомоторный ринит — распространенное заболевание и в последние годы количество больных с данной патологией непрерывно увеличивается. Ухудшение экологической обстановки, загрязнение окружающей среды, бесконтрольное применение лекарственных препаратов, снижение защитных сил организма — все это вызвало увеличение распространенности вазомоторных ринитов. В структуре хронических ринитов, в настоящее время, вазомоторный ринит составляет 21%, и частота его повышается преимущественно среди наиболее трудоспособных лиц молодого и зрелого возраста.

Целью данного исследования явилось оценка эффективности хирургического лечения вазомоторного ринита.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на клинических наблюдениях 100 больных вазомоторным ринитом, которые лечились в клинике оториноларингологии. Среди обследуемого контингента больных было 50 (50 %) мужчин и 50 (50%) женщин в возрасте от 20 до 50 лет. В процессе обследования у 35% (35 человек) выявлена линия наследственности в заболевании вазомоторным ринитом, т.е. данным заболеванием страдает один из ближайших родственников этих пациентов. Для оценки кровоснабжения полости носа использовалась ультразвуковая высокочастотная доплерография.

Всем больным выполнялось хирургическое лечение вазомоторного ринита. Все обследуемые больные были разделены на три группы. Основной группе больных (60 человек) произведена радиоволновая дезинтеграция нижних носовых раковин. В первой контрольной группе (20 человек) произведена подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, во второй (20 человек) - ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин.

Оценка эффективности лечения больных вазомоторным ринитом проводилась в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения после хирургического лечения по данным общего клинического обследования, функциональных методов исследования слизистой оболочки полости носа и результатам ультразвуковой доплерографии сосудов полости носа.

Среди обследуемого контингента больных было 50 мужчин и 50 женщин в возрасте от 20 до 50 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет. Большинство больных имело профессию служащих 64 человека, 20 рабочие и 16 учащиеся высших учебных заведений. Причиной заболевания 59 человек назвали перенесенные ОРВИ, грипп, катары верхних дыхательных путей, 17 человек — перенесенную беременность, 24 человека - перенесенные ранее воспаления околоносовых пазух.

Результаты исследования и их обсуждения. При обследовании больных жалобы на периодическое затруднение носового дыхания имелись у 40 и на постоянное — у 60 человек. Нарушение дыхания сопровождалось головной болью у 59 человек, раздражительностью у 71 и общей слабостью у 36 пациента. Нарушение обоняния субъективно отмечали 38 пациентов. Затруднение носового дыхания имело негативное влияние на сон у 76 больных

вазомоторным ринитом.

Риноскопически у больных обследуемых групп наблюдался отек слизистой оболочки полости носа, особенно в области нижних носовых раковин. Слизистая оболочка была ярко — малинового цвета, иногда мраморного оттенка с бледными пятнами Воячека и увеличенными в объеме нижними носовыми раковинами. При смазывании слизистой оболочки нижних носовых раковин раствором адреналина слизистая сокращалась, и носовое дыхание значительно улучшалось.

На рентгенограммах носа и околоносовых пазух у 72 больных изменений не выявлено, у остальных 28 наблюдался умеренный пристеночный отек слизистой верхнечелюстных пазух.

В результате проведенных нами исследований у больных с вазомоторным ринитом до лечения выявлены значительные нарушения функционального состояния слизистой оболочки носа. Так дыхательная функция носа была нарушена у всех больных наблюдаемой группы и результаты риноманометрии в среднем равнялись $169,7 \pm 7,0$ мл/с. В немалой степени у больных вазомоторным ринитом была нарушена калориферная функция носа. Так, температура слизистой оболочки носа в области нижних носовых раковин равнялась $33,8 \pm 0,4$ градусов С, что превышает нормальные показатели температуры в полости носа. Исследование кислотно-щелочного равновесия у больных вазомоторным ринитом позволило установить сдвиг его в щелочную сторону. Уровень pH в полости носа равнялся в среднем $7,7 \pm 0,4$. Что касается транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа, то она у больных вазомоторным ринитом была угнетена и равнялась $53,3 \pm 0,4$ минуты.

Показатели ультразвуковой доплерографии у всех больных вазомоторным ринитом до хирургического лечения в среднем равнялись: $V_{mean} - 5,92 \pm 0,30$ см/с; $S/D - 4,02 \pm 0,3$; $RI - 0,72 \pm 0,05$.

После проведения хирургического лечения ближайшие результаты прослежены у всех трех групп больных. После лечения отмечалось улучшение общего состояния больных, улучшалось носовое дыхание, причем наиболее лучшие результаты наблюдались у больных основной группы.

Клиническое улучшение у больных обследуемой группы сочеталось с соответствующей риноскопической картиной. Уменьшался отек слизистой оболочки полости носа, купировалось набухание нижних носовых раковин, носовые ходы стали свободными.

При анализе показателей функционального состояния слизистой оболочки носа в ближайшие сроки после окончания курса лечения у всех наблюдаемых больных выявляется тенденция к их улучшению по сравнению с их значениями до лечения.

Так восстановление дыхательной функции в ближайший период наблюдалось, наиболее часто, в основной группе больных после радиоволновой дезинтеграции нижних носовых раковин (88 %), реже во второй контрольной группе (60 %) и еще реже в первой (50 %). Показатели

риноманометрии наиболее высокими были в основной группе - $520,0 \pm 10,3$ мл/с, к ним приближались показатели у больных второй контрольной группы — $480,5 \pm 20,0$ мл/с, и наиболее низкими были показатели у больных первой контрольной группы - $320,0 \pm 10,2$ мл/с.

Произведенное хирургическое лечение благоприятно сказывалось в ближайшие сроки на калориферной функции носа. Температура слизистой оболочки передних концов нижних носовых раковин, у больных обследуемых групп, снизилась относительно её уровня до лечения. Максимальное снижение её, и приближение к норме наблюдалось в основной группе $31,3 \pm 0,3$ градусов С, в контрольных группах соответственно $33,2 \pm 0,2$ градусов С и $32,6 \pm 0,2$ градусов С. Исследование концентрации водородных ионов убедительно показывает тенденцию к снижению щелочности носового секрета. Наибольшее снижение pH носового отделяемого имело место в основной группе, где его уровень равнялся $7,3 \pm 0,2$, в контрольных группах соответственно $7,5 \pm 0,2$ и $7,3 \pm 0,2$. Двигательная функция мерцательного эпителия в ближайшие сроки наблюдения так же имела тенденцию к нормализации. Наиболее выраженной эта тенденция была в основной группе $31,1 \pm 0,5$ мин., в контрольных соответственно $47,0 \pm 0,5$ мин. и $33,5 \pm 0,5$ мин.

Результаты ультразвуковой доплерографии основной и контрольных групп распределились в ближайшем послеоперационном периоде в следующем порядке: 1) радиоволновая дезинтеграция: $V_{mean} - 8,46 \pm 0,5$ см/с; S/D — $2,48 \pm 0,25$; RI — $0,51 \pm 0,03$; 2) подслизистая вазотомия: $V_{mean} - 8,42 \pm 0,30$ см/с; S/D - $3,48 \pm 0,25$; RI - $0,61 \pm 0,03$; 3) ультразвуковая дезинтеграция: $V_{mean} - 8,40 \pm 0,51$ см/с; S/D - $2,42 \pm 0,25$; RI- $0,51 \pm 0,03$.

Таким образом, анализ ближайших результатов наблюдения больных вазомоторным ринитом после хирургического лечения свидетельствует об их эффективности. В тоже время наилучшие результаты в ближайшие сроки получены при радиоволновой дезинтеграции нижних носовых раковин.

Отдаленные результаты лечения прослежены нами у всех больных наблюдаемых групп. Клиническое улучшение, имевшее место в ближайшие сроки после лечения отмечалось и в отдаленные сроки наблюдения больных: общее состояние их было удовлетворительным, сохранялась работоспособность, носовое дыхание свободное, явления дискомфорта в области носа отсутствуют.

При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа розовая, влажная, носовые ходы свободные.

При рентгенографии околоносовых пазух прозрачность пазух не нарушена. В анализах крови и мазках-отпечатках со слизистой полости носа присутствия эозинофилов не выявлено.

Исследование показателей функционального состояния слизистой оболочки полости носа у больных вазомоторным ринитом обследуемых групп в отдаленном пе-

риоде наблюдения показывает стабильность улучшения достигнутого в ближайшие сроки после хирургического лечения.

В отдаленном периоде наблюдения наибольшее число больных с восстановлением дыхательной функции носа, как и в ближайшие сроки наблюдения, установлено у 57 (95 %) больных после радиоволновой дезинтеграции нижних носовых раковин. В контрольных группах эти показатели распределились: в первой - у 15 (75%) пациентов, во второй - у 17 (85%) пациентов. Показатели риноманометрии улучшились во всех группах наблюдаемых больных и составляли соответственно: в основной — $620,2 \pm 20,6$ мл/с, в первой контрольной группе - $600,0 \pm 20,3$ мл/с и во второй - $600,2 \pm 20,0$ мл/с. Сохранялась тенденция к снижению температуры слизистой оболочки полости носа соответственно: в основной группе наблюдаемых больных — $31,2 \pm 0,3$ градусов С; в первой контрольной группе - $31,2 \pm 0,2$ градусов С; во второй контрольной группе - $31,5 \pm 0,2$ градусов С. Что касается концентрации водородных ионов носового секрета, то тенденция к снижению щелочности четко прослеживается в отдаленном периоде во всех группах: в основной - $7,2 \pm 0,2$; в первой контрольной - $7,2 \pm 0,2$ и второй $7,3 \pm 0,2$. Улучшение двигательной функции мерцательного эпителия, установленное в ближайшие сроки после лечения, имело место и в отдаленном периоде наблюдения, составляя в среднем: в основной группе - $30,4 \pm 0,5$ мин., в первой контрольной группе - $30,2 \pm 0,5$ мин., во второй контрольной группе - $30,4 \pm 0,5$ мин. Показатели высокочастотной ультразвуковой доплерографии в отдаленном периоде распределились следующим образом. Наиболее близкие показатели кровотока слизистой полости носа к показателям контрольной группы больных, не страдающих вазомоторным ринитом, были в основной группе и равнялись: $V_{mean} - 9,18 \pm 0,35$ см/с ; S/D - $1,89 \pm 0,05$; RI- $0,48 \pm 0,05$. В контрольных группах у обследуемых больных эти показатели были несколько хуже и равнялись соответственно, в первой: $V_{mean} - 7,62 \pm 0,36$ см/с; S/D- $3,28 \pm 0,06$; RI- $0,63 \pm 0,03$, во второй: $V_{mean} - 8,09 \pm 0,23$ см/с; S/D- $2,25 \pm 0,05$; RI- $0,48 \pm 0,05$.

В отдаленном периоде наблюдения отмечались рецидивы заболевания во всех трех группах больных потребовавших повторного хирургического лечения. Наименьшее количество рецидивов (5%) установлено в основной группе больных после радиоволновой дезинтеграции нижних носовых раковин, в то время, как при подслизистой вазотомии этот показатель равнялся 25 %, а при ультразвуковой дезинтеграции — 15 %.

Таким образом, полученные данные показывают высокую эффективность радиоволновой дезинтеграции нижних носовых раковин в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения больных вазомоторным ринитом, что является обоснованием широкого применения ее в клинической практике.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Рахимов Ж.М.

Ташкентская медицинская академия

Узбекистан

Среди существующих методов лечения непроходимости слезоотводящих путей и дакриоциститов хирургическое лечение является наиболее эффективным. Над этой проблемой с давних пор работают окулисты и оториноларингологи.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности эндоскопической дакриоцисториностомии.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование и лечение 112 больных с непроходимостью слезоотводящих путей, находившихся на лечении в отделении оториноларингологии. Мужского пола было 23, женского - 89. Наибольшее количество пациентов составляли женщины в возрасте от 40- 60 лет и старше, что составило 70% от общего числа обследованных больных. У 36 больных отмечались патологические изменения со стороны полости носа и околоносовых пазух, что составило 32% от общего числа обследованных больных. Для исследования проходимости слезоотводящих путей в до- и послеоперационном периодах применялась модифицированная нами носовая (цветная) проба с использованием в качестве индикатора метиленового синего с эндоскопическим контролем появления подкрашенной слезы в нижнем носовом ходе или в области сформированного носослезного соустья. Визуальная оценка результатов исследования с демонстрацией эндоназальной эндоскопической картины на экране монитора обеспечивала высокую точность определения степени проходимости слезоотводящих путей.

Результаты исследования. Начиная оперировать больных с непроходимостью слезоотводящих путей, мы также удаляли участок слизистой оболочки в области проекции слезного мешка. Однако после завершения хирургического вмешательства остается оголенным значительный участок костной ткани вокруг соустья. У некоторых больных в этой зоне начинается циркулярный рост грануляций, которые надвигаются на сформированное носослезное соустье и вызывают его блокаду. С целью недопустить заращения соустья приходилось длительно наблюдать за больными, многократно удалять грануляции вокруг соустья. Поэтому у 6 больных, которые по разным причинам не могли наблюдаться систематически, наступило закрытие соустья, вновь возобновилось слезотечение, в связи с чем возникла необходимость выполнения повторной ДЦРС.

Объем хирургического вмешательства с целью восстановления проходимости слезоотводящих путей зависит от клинической формы дакриоцистита, которая устанавливалась на основании клинической картины, данных функционального рентгенологического, компьютерного и эндоскопического исследований, а также от распространенности патологического процесса на окружающие органы и ткани.

Выявленных нами во время операций особенности топографо-анатомических взаимоотношений слезного мешка и клетки бугорка носа дают основание сделать заключение о том, что ведущая роль в поражении передних пазух решетчатой кости принадлежит воспалительному процессу в слезном мешке. У некоторых пациентов в процессе формирования решетчатого лабиринта образуется гиперпневматизированная клетка *agger nasi*, распространяющаяся кпереди и прилегающая к стенке слезного мешка. При этом происходит значительное истончение костной стенки, отделяющей клетку от слезного мешка. Поэтому при нагноительных процессах в области слезного мешка и окружающей клетчатке воспаление переходит на клетку бугорка носа, вызывая этмоидит, в который могут вовлекаться и другие передние клетки. Развившийся остеомиелитический процесс может привести к формированию хронического гнояника, объединяющего слезный мешок и пораженные пазухи решетчатой кости.

Эндоскопический подход позволяет эндоназально осуществить не только восстановление проходимости слезоотводящих путей, но и одновременно провести коррекцию перегородки носа, анатомических структур латеральной стенки носа, вскрыть пораженные околоносовые пазухи, опорожнить флегмону слезного мешка. Широкие возможности, достигаемые этим подходом, позволяют полностью исключить необходимость использования хирургических вмешательств на слезном мешке через кожные покровы, которые в большинстве своем не приводят к полному выздоровлению и вызывают косметические нарушения.

При эндоназальном подходе формируемое соустье между слезным мешком и полостью носа представляет расширяющуюся в сторону носа воронку, что благоприятствует оттоку слезы. Операция может выполняться в любой стадии флегмонозного дакриоцистита. Она может быть выполнена в любом возрасте. Эндоназальную ДЦРС мы выполняли детям 4 и 5 лет по поводу врожденной непроходимости слезоотводящих путей. Возможно выполнение одномоментных операций на слезных путях с двух сторон. У нас было 3 пациента, которым была выполнена двухсторонняя ДЦРС по поводу хронического гнойного дакриоцистита, развившегося после перелома костей носа.

Использование эндоназальных эндоскопических методик позволило нам добиться выздоровления после первого хирургического вмешательства у 93% оперированных больных.

Таким образом, лечение непроходимости слезоотводящих путей, находящихся в тесной топографо-анатомической связи с полостью носа и околоносовыми пазухами после внедрения в широкую практику эндоскопических методов эндоназальной хирургии стало проблемой, которую более успешно разрешают оториноларингологи.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА КОМОРБИДНОСТИ ХОБЛ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ

Салияхунова Х.О.¹, Шайхова Х.Э.²

¹Андижанский государственный медицинский институт

²Ташкентская медицинская академия
Узбекистан

Введение. Риносинуситы (РС) – одна из самых распространенных нозологий, с которыми врачам разных специальностей приходится сталкиваться в практике. В развитых странах синуситы являются одной из самых распространенных причин обращения к врачу. Острые и хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух с эпидемиологической точки зрения сохраняют лидирующие позиции.

Данные литературы подтверждают концепцию взаимодействия между ЛОР органами и нижними дыхательными путями, однако коморбидность ХОБЛ при риносинуситах остается недостаточно исследованной. Необходимы дополнительные исследования для глубокого понимания патогенеза, влияния верхних и нижних дыхательных путей друг на друга, а также для разработки оптимальных междисциплинарных подходов в вопросах диагностики и лечения.

Целью исследования является: выявить частоту встречаемости, причины, клинического характера коморбидности риносинуситов и хронической обструктивной болезни легких

Материал и методы исследования: нами обследованы 208 пациентов риносинуситами с коморбидностью ХОБЛ, пролеченные на базе клиники Андижанского государственного медицинского института за период с 2020 по 2023 года. Для достижения цели исследования использованы общеклинические, оториноларингологические, лабораторные, функциональные, специальные и статистические методы исследований.

Всем пациентам при поступлении в стационар проводились сбор жалоб, анамнеза заболевания с акцентом на анамнез курения и экзогенных факторов повседнев-

ной жизни, спирометрия с оценкой ОФВ1, ФЖЕЛ и ОФВ1/ФЖЕЛ. Вместе с тем для динамической оценки нами изучены уровни цитокинов (IL-4, IL-6, IL-8, IL-10), степени эндогенной интоксикации (ЛИИ, ИЭИ, МСМ, ЦИК) и липопероксидации (МДА, ДК) в организме, функциональное состояние печени, динамика клинического течения, качества жизни и риск обострения заболевания.

Результаты исследования. Нами проанализированы результаты обследования и лечения больных из них были 178 (85,6%) больных с риносинуситами и 30 (14,4%) больных с ХОБЛ. Острая форма риносинусита отмечена у 72 (40,4%), а хроническая форма выявлена у 106 (59,6%) больных. Анализируя возрастных данных, надо отметить, что у больных ХРС встречаемость ХОБЛ в пожилом возрасте на 2,2%, в среднем возрасте на 3,2% и в молодом возрасте на 5,4% выше, чем у больных с изолированным ХОБЛ. По совокупности выраженности симптомов и частоте обострений за предшествующий год исследуемые группы оценены по интегральной оценке риска обострений – GOLD 2020.

Из 30 больных с подтвержденным диагнозом ХОБЛ у 19 (63,4%) больных выявлен бронхитический фенотип, у 7 (23,3%) эмфизематозный фенотип и у 4 (13,3%) больных смешанный фенотип.

Выводы. Ранняя диагностика и установление степени тяжести повреждения органов и систем у коморбидных больных при поступлении и в процессе лечения позволяют определить факторы риска развития синдрома полиорганной недостаточности, и будут служить основой для выработки своевременной тактики лечения больных и прогнозирования исхода заболевания.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ТЕХНИКИ ТРАДИЦИОННОЙ И ШЕЙВЕРНОЙ АДЕНОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Усманова Н.А., Махкамова Н.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан

Актуальность: Гипертрофия аденоидных вегетаций является наиболее частой причиной дисфункции евстахиевой трубы среди детей, особенно младшего возраста 3-4 года. За счет аденоидной гипертрофии происходит сдавление и обтурация соустья евстахиевой трубы в носоглотке. Чтобы обеспечить нормальную функцию слуховой трубы, в этих случаях необходимо выполнить аденотомию с последующей периодической переоценкой. Однако не всегда наличие аденоидной вегетации способствует развитию дисфункции слуховой трубы. Это обусловлено тем, что после проведения классической аденотомии, у пациентов с наличием экссудативного среднего отита процесс в полости среднего уха не разрешается. Это свидетельствует о более глубоком изучении взаимосвязи дисфункции слуховой трубы с размерами аденоидных вегетаций, а также подходов в проведении оперативного вмешательства.

Целью этого исследования было сопоставление техники традиционной аденотомии и эндоскопической шейверной аденотомии у пациентов с дисфункцией слуховой трубы.

Методы: Проводилось перспективное обсервационное исследование за период с октября 2022 по март 2024 года. Исследование охватывало период с момента обращения, попытки консервативного лечения не менее 3 месяцев, проведение операции, 1, 3 и 6 месяцев и включало 38 пациентов-детей в возрасте от 3 до 16 лет с диагнозом аденоидные вегетации 3 степени с экссудативным средним отитом. Все пациенты были тщательно обследованы клинически и параклинически. Всем пациентам проводился эндоскопический осмотр полости носа и эндоскопическая отоскопия и тимпанометрия.

Результаты: у 29 пациента (76,3%) наблюдались симптомы, как постоянная заложенность носа, ночной храп, искривление зубного ряда, нарушение концентрации внимания; у всех 38 пациентов наблюдались признаки экссудативного и катарального среднего отита средней степени, подтвержденное отоскопией и тимпанометрией, и в этих случаях была выполнена эндоскопическая аденото-

мия вместе с шунтированием барабанной перепонки у 23 (60,5%) пациентов, у 15 (39,5%) пациентов произведен парацентез барабанной перепонки. У 18 пациентов (47,3%) при эндоскопическом осмотре выявлены перекрытие гипертрофированной аденоидной тканью устья слуховой трубы, что соответствует 3 степени; у 15 пациентов (39,4%) наблюдалось гипертрофия тубарных валиков, а размеры аденоидной вегетации соответствует 2 степени; у 5 (13%) пациентов наблюдалось гипертрофия аденоидной вегетации 2-3 степени, без перекрытия устья слуховой трубы, наоборот с зиянием слуховой трубы. Все пациенты были разделены на 2 группы, 1й группе пациентов проведена классическая традиционная аденотомию с полным удалением, 2й группе пациентов – эндоскопическая шейверная аденотомию, с сохранением частично аденоидной ткани. Повторное обследование, проведенное через неделю, месяц, 3 месяца и 6 месяцев после операции и выявило очень хорошую динамику симптомов после операции.

Выводы: Гипертрофия аденоидных вегетаций является первой причиной дисфункции евстахиевой трубы у детей, это обусловлено сдавливанием тубарных валиков и перекрытием устья слуховой трубы, что способствует развитию экссудативного среднего отита. Чтобы обеспечить нормальную функцию слуховой трубы, в этих случаях необходимо выполнить аденотомию с последующей периодической переоценкой. В результате сопоставления 2 групп пациентов было выявлено, что при традиционной классическом методе удаления аденоидной ткани, происходит более глубокое удаление глубьлежащих тканей, что требует более длительной регенерации тканей, и это не гарантирует разрешение среднего отита. При эндоскопическом шейверном удалении аденоидной гипертрофии, можно избирательно удалить ткани в области хоан и освободить от сдавливания тубарные валики, здесь нет повреждения более глубоких слоев, к тому же можно сохранить часть ткани, для дальнейшего функционирования и выполнения иммунной защиты.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Ҳазратов О.Р., Нуров У.И.

Бухарский государственный медицинский институт
Узбекистан

Введение. Научно-исследовательские работы по изучению различных аспектов сенсоневральное нарушение слуха, актуальны в течение нескольких веков и для любой страны мира. В связи с этим они проводились почти во всех крупных медицинских центрах, задействованных в изучении данной проблемы. Целью проведенных исследований было выявление этиологических и предрасполагающих факторов, основных клинических проявлений, оценка эффективности различных методов консервативных и хирургических методов лечения, слухопротезирования, реабилитации, мер профилактики сенсоневральное нарушение слуха. Однако публикаций, посвященных изучению нарушений слуха у больных состояния органа слуха стенокардией напряжения и влияния ревазуляризации коронарных артерий заболевании на слуховой анализатор в настоящее время недостаточно. Должным образом не отражены особенности проявления нарушений слуха при различных формах и тяжести течения стенокардии, их динамика под воздействием ревазуляризации коронарных артерий применяемых в их лечении. Требуется уточнение показаний, характера, объема, последовательности и сроков проведения слухопротезирования у больных стенокардией.

Цель исследования. Разработка рекомендаций по оптимизации слуховой реабилитации больных сенсоневральной тугоухостью и стабильной стенокардией напряжения после ревазуляризации коронарных артерий.

Результаты и их обсуждение. С учетом проводимой поддерживающей терапии сенсоневрального нарушения слуха и коррекции изменений мозгового кровообращения, которые оказывают неблагоприятное влияние на течение патологии уха при сочетании стабильная стенокардия напряжения больные были разделены на 2 группы.

72 больных сенсоневральным нарушением слуха и стабильная стенокардия напряжения составили основную группу. Они были разделены на 2 подгруппы.

Подгруппа А. 19 лиц, которым проведено поддерживающее медикаментозное лечение и слухопротезирование.

Полгруппа Б. 18 лиц, которым проведено только поддерживающее медикаментозное лечение.

Группа сравнения состояла из 13 лиц, которым не проведена поддерживающее медикаментозное лечение и слухопротезирование. Эти больные отказались проводить целенаправленную поддерживающую терапию сенсоневрального нарушения слуха, обосновывая это избыточным количеством принимаемых препаратов и отсутствием

субъективно значимого влияния имеющихся расстройств – снижение слуха, шум в ушах, нарушение разборчивости речи на качество жизни.

В связи описанным разнонаправленным положительным эффектом, отпадает необходимость применения нескольких лекарственных средств, что является важным фактором для больных стенокардией, которые обычно принимают на постоянной основе несколько препаратов

Пирацетам оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровообращение мозга. улучшает течение метаболических процессов и микроциркуляцию в ишемизированных зонах. Оказывает защитное действие при повреждениях головного мозга, вызываемых гипоксией, интоксикацией. Улучшает интегративную деятельность мозга.

Больные обеих групп получали плановую терапию по поводу заболевания сердца и нарушения слуха другой этиологии. Всем больным проведена оценка исходного состояния слуха при первичном обследовании. Результат лечения у больных основной группы оценивали через неделю после окончания приема препарата Бетасерка, для репрезентативности результатов в эти же сроки проведено повторное обследование больных группы сравнения.

У больных стабильной стенокардией напряжения функциональный класс II- III нарушение слуха проявляются в виде поражения по типу звуковосприятия с преимущественным поражением периферического отдела слухового анализатора. Нарушение разборчивости у обследуемых больных указывает на наличие нарушений в центральных отделах слухового анализатора. Таким образом:

-результаты настоящего исследования показали наличие прямой зависимости между выраженностью слуховых расстройств и ФК стенокардии напряжения в отношении степени тугоухости и процента разборчивости речи. При тяжелом течении нарушения слуха и разборчивости речи были более выраженными. Развитие нарушения слуха - стабильная стенокардия напряжения функциональный класс II- III связано с нарушением мозгового кровообращения, которое оказывает неблагоприятное воздействие на функционирование, прежде всего, периферического и, в целом, других отделов слухового анализатора.

При лечении которые проведено поддерживающие терапия больным сенсоневральное нарушение слуха, сочетающейся стабильная стенокардия напряжения функциональный класс II- III, с применением препарата Бетасерка и пирацетама достигнут положительный эффект.

РОЛЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Хасанов А.И., Бекмирзаев Р.М., Шукуров З.И.,

Нишонбоев Л.С., Примкулов Б.К., Файзуллаева Ф.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии
и радиологии (РСНПМЦОиР)

Узбекистан

Введение: Саркомы головы и шеи составляют 15—20% от всех сарком, чаще всего они локализованы в челюстно-лицевой области.

Цель исследования. Изучить роль длительной внутриартериальной химио-терапии- (ДВАХТ) в комплексном лечении больных с злокачественными неэпителиальными опухолями челюстно-лицевой области (ЗНОЧЛО).

Материалы и методы исследования: Изучены результаты лечения 117 больных с ЗНОЧЛО, находившихся в отделении опухолей головы и шеи РСНПМЦОиР МЗ РУз в период с 2000 по 2016 гг.. Мужчин было 72 (61,5%), женщин – 45 (38,5%). Возраст больных колебался от 18 до 75 лет. Наиболее часто морфологически встречался остеосаркома у 34(29%) больных. Все 117 больные были разделены на 4 группы. 1. 20 больные получили ДВАХТ с локальной УВЧ-гипертермией + лучевой терапия с последующей операцией у 13-больных. 2. 27 больные, ДВАХТ + лучевая терапия с последующей операцией у 15-больных. 3. Контрольная 52 больные, системная внутривенная химио-терапия + лучевая терапия с последующей операцией у 29-больных. 4.Контрольная 18 больные проведена лучевая терапия с последующей операцией у 15 больных. Т1а и Т1б составлял 29(24,8%) больных, а опухоли с Т2а и Т2б

стадией составляли 88(75,2%) больных. Для проведения (ДВАХТ) использовалась схема: доксорубин, цисплатин, а также циклофосфан, только внутримышечно. Лучевая терапия проводилась в РОД 3 Грей в день, СОД 40 Грей. Выживаемости оценивали методом по Kaplan E.L. и Meier P. (1958), версия SPSS-16.

Полученные результаты: В результате лечения при изучении непосредственного эффекта, в 1-й группе у 85% и во 2-й группе у 84% - больных наступил объективный (полный +частичный) эффект. В 3-й группе у 71% больных наступил объективный эффект на лечение. Стабилизации опухоли отмечено в 1-й у 5%, во 2-й группах 11,1%- и в 3-й группе у 23% больных. Прогрессирование больше всего отмечено в 3-й группе у 5,7% больных.

При изучение выживаемости в 1-й группе больных показатель общей 3-летней кумулятивной выживаемости составил 70,5%, а 5-летняя выживаемость – 61,5%. Во 2-й группе эти показатели составили 73,2 и 60,0%, в 3-й – 61,3 и 48,3%, а в 4-й – 47,1 и 33,3%, соответственно ($p < 0,060$). Более высокие показатели отмечены в 1-й и во 2-й группах больных, которые получили химиотерапию длительно внутривенно с локальной УВЧ-гипертермией и без нее.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ

*Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С.,
Исамитдинов Н.М., Хафизова Д.А., Юсупбеков А.А.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии
и радиологии (РСНПМЦОиР)
Узбекистан*

Введение: Трудность радикального хирургического лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) обусловлена тем, что больных оперируют в различных лечебных учреждениях нередко с первоначальным диагнозом «аденома» или «зоб». При этом не проводятся стандартные методы обследования больного такие как: гормональные, сканирование щитовидной железы (ЩЖ), УЗИ шеи и ЩЖ, а также УЗИ с обязательным проведением тонкоигольной аспирационной биопсии – ТАБ или трепан биопсия. Поэтому нередко о диагнозе РЩЖ хирург узнает только после получения планового гистологического исследования, когда больной уже выписан из клиники. Здесь и возникает вопрос о необходимости повторной операции.

Цель исследования: улучшение радикального хирургического лечения местнораспространенного и метастатического рака щитовидной железы.

Материалы и методы исследования: в РСНПМЦОиР в отделении хирургии опухолей головы и шеи в период с 2019 по 2022 годы пролечено 203 пациентов с раком щитовидной железы. Заболеваемость обнаружена у 60(29,5%) мужчин и у 143(70,5%) женщин. Средний возраст этих пациентов - 44 года. При определении стадии выявлено, что у 5 (2,4%) пациентов обнаружена с I стадия, II – у 63 (31,0%), III – у 82 (40,4%), и IV – у 53 (26,1%) пациентов. Из 203 больных при морфологическом исследовании выявлено что, у 126(62,0%) пациентов обнаружена папиллярная карцинома, у 57(28,0%) фолликулярная карцинома, у 6(2,9%) медуллярная карцинома и у 14(6,9%) анопластическая карцинома. Пациентом кроме стандартных методов диагностики применяли ПЭТ/КТ.

Полученные результаты: Большое значения имело применения ПЭТ-КТ для определения стадии заболевания, выявления возможного рецидива болезни, а также для выявления первичного очага более чем у 12 больных, при обнаруженном отдаленных метастазах. При изучении объема операций из 203 пациентов у 183 (90,1%) проведена тотальная тиреоидэктомия, у 6(2,9%) субтотальная резекция, а у 14(6,9%) проводилась геми-тиреоидэктомия с удалением перешейки. У большинство больных проведено комбинирование операции, одновременно с операцией на щитовидной железе проводилась латеральная и центральная лимфодиссекция у 97 (55,7%) и у 16(7,7%) пациентов проведена билатеральная лимфодиссекция. У 3 (1,3%) больных в связи с прорастанием опухоли в трахею одновременно с тиреоидэктомией проведена резекция трахеи. После резекции трахеи, образована трахеостомия и через 2-3 месяца проведена пластика, закрытие трахеостомии. В связи с распространением опухоли в средостение у 2 (1,0%) больных было произведено лимфодиссекция, тиреоидэктомия и стернотомия с удалением опухоли из средостения. Проведение комбинированных операций при местнораспространенных злокачественных опухолей щитовидной железы обеспечивает радикальность лечения. При изучении послеоперационных осложнений выявлено: односторонний парез (парез возвратного нерва) голосовой связки у 14(6,8%) пациентов, двухсторонний парез голосовой связки у-3(1,5%), гипопаратиреоз у 17(8,4%), и кровотечение во время операции у 1(0,5%) пациентов.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛИЦА

Хасанов А.И., Шукуров З.И., Нишонбоев Л.С.,

Абдикаримов А.Г., Юсупбеков А.А., Исамитдинов Н.М.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии
и радиологии (РСНПМЦОиР)

Узбекистан

Введение: Опухоли локализованные на лице осложняются после их удаление дефектами лица. Одномоментные проведение реконструктивно пластических операций после их удаление устраняют послеоперационные косметические дефекты лица.

Цель исследования: улучшение одномоментных реконструктивно пластических операций при опухолях лица.

Материалы и методы исследования: В период с 2021 по 2022 годы в РСНПМЦОиР в отделении хирургии опухолей головы и шеи пролечено 37 пациентов с опухолями кожи лица. При этом мужчин было 20(54,0%), а женщин 17(46,0%). Возраст больных был от 15 до 88 лет. Средний возраст этих пациентов – 55,8 года. При определении стадии выявлено, что у 3 (8,1%) пациентов обнаружена I стадия, II – у 18 (48,6%) пациентов, и III – у 14(37,8%) пациентов. Из 37 больных при морфологическом исследовании выявлено что, у 18(48,6%) пациентов обнаружена плоскоклеточный рак, у 13(35,1%) базальноклеточный рак, у 3(8,1%) меланома и у 1(2,7%) саркома мягких тканей лица. Кроме того у 2(5,4%) больных обнаружена доброкачественная опухоль. Всем больным проведена хирургический метод лечения, удаление опухоли с одномоментной пластикой местными тканями.

Полученные результаты: Из 37 больных у 8(21,6%) опухоль удалена из кожи и мягких тканей щеки, у 8(21,6%) опухоль удалена из нижней губы, у 7(18,9%) опухоль удалена из кожи и хряща носа, у 4 (10,8%) из верхней губы и у 3(8,1%) из носогубной складки, а у остальных 7(18,9%) больных опухоль удалена из различных частей лица.

При опухолях щеки в основном после удаление опухоли использовали двухлеписковый лоскут, реконструкцию дефектов нижней губы проводили лоскутом по Karapandzic, а при дефектах крыла носа проводили реконструкцию носогубным лоскутом. В остальных случаях для реконструкции послеоперационных дефектов использовали различные лоскуты в зависимости от локализации опухоли.

Проведение одномоментной реконструктивно пластических операций после удаление опухолей обеспечивало хороший косметический эффект лица.

При изучение послеоперационных осложнений выявлено несостоятельность швов раны в размере 2 см, у 1 больного, который было связано с натяжением краев раны. В последствии рана зажило рубцеванием.

ОСОБЕННОСТИ АУДИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСНТ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Хасанов У.С., Абдуллаев У.П.
Ташкентская медицинская академия
Узбекистан*

Одной из главных проблем современной клинической аудиологии является сенсоневральная тугоухость - патология слуха, связанная с поражением звуковоспринимающего аппарата, когда по тем или иным причинам нарушается процесс превращения механических колебаний в энергию нервных импульсов и дальнейшая ее транспортировка от слуховых рецепторов до соответствующих центров коры головного мозга.

Мы применяли аудиометрические исследования субъективного ушного шума и определяли его частотную характеристику и интенсивность у 82 больных с ОСНТ различной этиологии. Из 82 у 67 (81,7%) больных выявлено наличие субъективного шума.

При исследовании частотной характеристики субъективного шума мы выявили следующее: из 82 больных у 61 (74,4%) выявлен среднечастотный и высокочастотный шум, при ОСНТ у 31 (37,8%), что характерно для перцептивной тугоухости. Ушной шум превалирует у больных с ОСНТ. В зависимости от этиологического фактора выявлены следующие особенности. При аллергической этиологии у 22 (26,8%) из 31 больных выявлен низкочастотный характер субъективного шума, интенсивность которого колебалась от 10 до 50 дБ, что не характерно для других форм сенсоневральной тугоухости.

Как свидетельствуют наши данные, исследования слуха шепотной и разговорной речи имеют определенное диагностическое значение в предварительной диагностике различных форм ОСНТ и ВСНТ. При таком наиболее простом определении уровня слуха у обследованных больных нам удалось выявить следующие особенности:

Во-первых, при нарушении слуха на почве аллергии разница в восприятии шепотной и разговорной речи, как правило, была значительно меньше, чем при тугоухости на почве ОСНТ другой этиологии.

Во-вторых, приглушении здорового уха трещеткой Барани у больных с ОСНТ аллергической этиологии в отличие от других форм ОСНТ разборчивость речи мало изменялась.

Сравнивая данные тонально-пороговой аудиометрии у больных ОСНТ различной этиологии установлено следующее:

конфигурации кривых аудиограмм напоминают все признаки сенсоневральной тугоухости, то есть нисходящая, горизонтальная и горизонтально-нисходящая с отсутствием костно-воздушного интервала. Что касается больных ОСНТ аллергической, травматической (минно-взрывной) и инфекционной этиологии, то у них характерной особенностью является наличие костно-воздушного интервала.

Наши наблюдения показывают, что у большинства больных 45 (54,9%) от 82 обследованных лиц с ОСНТ инфекционной, сосудистой, медикаментозной, травматической этиологии и тугоухостью на почве остеохондроза шейного отдела позвоночника отмечается отсутствие 100% разборчивости речи при пороговой и надпороговой интенсивности речевой аудиометрии. У пациентов с ОСНТ особой разницы не установлено. В то же время у 24 (85,7%) большинства лиц с ОСНТ аллергической природы, по сравнению с ОСНТ другой этиологии, определяется 100% разборчивости речи и характер конфигурации кривой у этих больных соответствует нарушениям звукопроводящей системы. Это указывает на то, что при ОСНТ аллергической природы у большинства пациентов функция кохлеарного рецептора сохранена.

Объяснение полученных фактов мы видим в нарушении внутриулитковой проводимости и, возможно, функциональных изменениях рецептора. Аллергический фактор может способствовать этому: со времен первых исследований А.Д. Адо с сотрудниками об аллергии как раздражителя нервной системы, принято считать возможность их активного воздействия на рецепторные образования (сосудистые, дыхательные рецепторы и др.), затем это направление получило развитие в оториноларингологии. Наука в настоящее время располагает обширными данными о сдвигах в функции слухового рецептора, не говоря уже о других образованиях внутреннего уха, в условиях аллергии организма, которые получены как в эксперименте, так и отчасти подтверждены клиническими наблюдениями.

Обнаруженные нами исчезновения внутриушного акустического рефлекса, в подобных условиях подтверждают данные по этому вопросу.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА

Хасанов У.С., Камиллов Х.Б.

Ташкентской медицинской академии
Узбекистан

Распространенность и рост этой патологии является серьезной медико-социальной проблемой, связанной с увеличением экономических затрат на лечение. Особенно в детской популяции среди всех заболеваний ВДП максимальна частота аденоидита (воспаления глоточной миндалины).

Целью данной работы является дифференциальный подход в диагностике хронического аденоидита.

Материалы и методы исследования. В работу были включены пациенты, обратившиеся за амбулаторной помощью по поводу воспаления глоточной миндалины (аденоидит). К детям, страдающим аденоидитом, были приведены соответствующие критерии включения и исключения в исследование, согласно этапам проведенной работы.

В соответствии с данными критериями в исследование было включено 192 ребенка (121, 63% мальчик и 71, 37% девочка) в возрасте с 7 месяцев до 12 лет. Дети были распределены на следующие группы:

I группа (n=112) – пациенты с обострением аденоидита, получающие стандартное консервативное лечение. У детей этой группы были выявлены характерные клинические особенности заболевания в зависимости от этиологии воспаления ГМ.

II группа (n=80) – пациенты, с обострением аденоидита, получавшие в зависимости от предполагаемой этиологии заболевания консервативное лечение: на основании клинико-инструментально-лабораторным признакам, выявленным у детей I группы.

В зависимости от схемы консервативного лечения, пациенты II группы были распределены на подгруппы.

Результаты исследования. Анализируя группы пациентов с хроническим воспалением глоточной миндалины, отметим, что среди них 121 (63%) преобладали мальчики, преимущественно в возрасте от 3-7 лет (39,1%).

При анализе жалоб пациентов выявлено, что ведущей была жалоба на затруднение носового дыхания (61,6% vs 62,5%). Жалобы на снижение слуха наблюдались приблизительно одинаково у пациентов обеих групп (35,7% vs 35%), тогда как жалобы на кашель или покашливание чаще встречались у пациентов II группы (76,25% vs 64%, p<0,05).

При опросе родителей мы выяснили как протекала беременность у мамы, наличие курения во время беременности, наличиеотягощенного аллергоанамнеза в семье и связь аденоидита с ОРВИ.

В таблице 5 приведены предрасполагающие факторы по данным анамнеза.

Анализируя анамнестические данные выявлено: примерно с одинаковой частотой у пациентов обеих групп встречалось курение матери во время беременности (16,6% vs 15,6%), Несколько чаще у пациентов II группы отмечалась заболеваемость ОРВИ за год (36,4% vs 30,1%).

Отягощенный семейный аллергоанамнез чаще (28,6% vs 17,2%) выявлен у пациентов I группы. Связь аденоидита с ОРВИ превалировала (26,6% vs 15%) у пациентов II группы. Отмечается сезонность обращаемости пациентов. Наиболее частая в осенне-зимний период (35,4%- 44,8%),

несколько меньше весной (18,8%) и минимальная летом (1%). При проведении фарингоскопии у всех пациентов I и II группы выявлено стекание патологического отделяемого по задней стенке глотки.

После общего оториноларингологического осмотра детям первой и второй группы было проведено диагностическое исследование полости носа и носоглотки с использованием жестких и гибких оптических систем.

Отделяемое на поверхности глоточной миндалины (ГМ) выявлено у всех (100%) пациентов двух групп. Отек (82,1% vs 81,25%) и гиперемия (74% vs 75%) ГМ определены с одинаковой частотой в обеих группах. III степень гипертрофии ГМ преобладала у пациентов I группы, которые были в дальнейшем преимущественно направлены на оперативное лечение, в результате неэффективности проводимого консервативного лечения (35,7% vs 11,25%, p<0,05); II степень гипертрофии ГМ – среди пациентов II группы (61,2% vs 46,4%, p<0,05), а гипертрофия ГМ I степени встречалась практически с одинаковой частотой 17,9% I группа и 27,5% во II группе. Глоточные устья слуховых труб были обозримы и свободны у 77,5% пациентов II группы и лишь у 33% I группы.

Анализируя полученные данные совпадают с литературными и подтверждают наибольшую частоту встречаемости данной патологии у пациентов 3-7 лет, что связано с посещением детских дошкольных учреждений (ДДУ), анатомо-физиологическими особенностями так и продолжающимся становлением иммунной системы.

В ходе исследования мы оценили состояние эндоскопической картины, полученные при осмотре пациентов I группы. Выраженность каждого признака отразили в баллах.

Наиболее распространенными эндоскопическими признаками обострения аденоидита в I группе были наличие отделяемого на поверхности ГМ в 100% случаях и наличие отека слизистой оболочки ГМ в 82,1% случаев.

При анализе представленных данных отоскопической картины выявлено, что патологическая отоскопическая картина чаще встречалась у пациентов, получавших стандартное консервативное лечение. Так, экссудат за барабанной перепонкой определялся у 35,7% пациентов I и у 35% II группы.

Рубцовые изменения барабанной перепонки выявлены только у пациентов I группы. Напомним, что жалобы на снижение слуха одинаково встречались в I группе 35,7% vs 35% во II группе.

Частота экссудативного среднего отита (ЭСО) чаще встречается у пациентов I группы.

Проводя анализ частоты различных тимпаногамм у детей, было отмечено, что патологические (B и C) типы тимпаногамм встречались в 58% случаев у пациентов I и в 53,8% случаев II группы.

Наиболее часто тип «B» выявляется в возрасте 3-7 лет (22,9%) и 7-12 лет (10,4%).

При проведении тональной пороговой аудиометрии кондуктивная тугоухость была выявлена у 35,7% пациен-

тов I группы и в 35% случаев II группы. Преимущественно отмечалась двусторонняя кондуктивная тугоухость I степени.

Детям всех групп было выполнено исследование капиллярной крови (клинический анализ крови). Во всех группах детей, несмотря на течение аденоидита, отклонения от нормативных значений в клиническом анализе крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево,

повышение СОЭ), свидетельствующие о воспалительной реакции, практически не были зафиксированы. Только в 15 (13,4 %) случаев детей I группы и 10 (12,5%) случаев II группы наблюдалось незначительное ускорение СОЭ (до 18 мм в час).

Таким образом, у детей с хроническим аденоидитом необходимо провести дифференциальный подход в диагностике.

СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Хасанов У.С., Матмуродов З.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон

Ҳозирги кунда сурункали фронтит касаллигини даволаш усулларида бири бу табиий тешик орқали зондлаш усули ҳисобланади. Бурун бўшлигининг эндоскопияси пешона бўшлигининг табиий тешиги орқали пешона бўшлигини 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 баравар кўп.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Хасанов С.А. методологиясидан кенг фойдаланган ҳолда амалий ишда биз муаллифни пешона бўшлигининг 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 0-300 эндоскоп ёрдамида ўрта бурун чиғаноғи 5%-10%-лидокаин эритмаси билан маҳаллий аппликацион анестезия остида ўрта чиғаноқ олдинги учидан 0.5 см ичкаридан пешона бурун қанали орқали 0.6 ўлчамли полиэтилен катетер шиллиқ 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 қон томир ва лимфа томир димланиши, шиллиқ қават шишини бартараф этиш мақсадида синусга қон томир торайтириш, 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 аниқлан-

мади. 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 шиллиқ 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 иқтисодий самара бериши мумкинлигини кўрсатди.

Ўткир ва сурункали фронтит билан оғриган беморларни даволашнинг анъанавий усули озон эритмаси маҳаллий фойдаланиш билан бойиди. Аниқ микробларга қарши, яллиғланишга қарши ва оғоҳлантирувчи тuzатувчи жараёнлар таъсирига эга бўлган озон анъанавий даволанишга қараганда ижобий натижа олиш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қараганда 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 кўрамиз, бу эса ушбу касалликни консерватив даволаш натижаларини яхшилайди.

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 яхшилайди.

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.

**ТУРЛИ ДАРАЖАДАГИ БУРУН ОБСТРУКЦИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ
БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ**

Хасанов У.С., Хайитов О.Р.

Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон

Вазомотор ринит (ВР) сурункали ринитлар орасида 21%ни, СПРС эса 13% ни ташкил этади.

Тадқиқот мақсади турли даражадаги бурун обструкцияси бўлган беморларда бош миё қон айланиши бузилишларини баҳолаш ҳисобланди.

Тадқиқот материали ва усуллари. 2019 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда биз “Қўқон дунё жавоҳири” клиникасига режали жарроҳлик йўли билан даволаш учун касалхонага ётқизилган, бурун тўсиғи қийшайиши, вазомотор ринит ва сўпункали полипоз риносинусит ташхиси билан 190 нафар беморни текширдик. Тадқиқотда 20 ёшдан 50 ёшгача бўлган 117 нафар (61,5%) эркак ва 73 нафар (38,5%) аёл иштирок этди. Назорат гуруҳи бурун орқали нафас олишида қийинчилик бўлмаган ва соматик патологияси йўқ бўлган 20 ёшдан 50 ёшгача 20 нафар кўнгиллидан иборат бўлиб, улар ҳам асосий гуруҳ беморлари билан бир хил клиник-лаборатория текширувларидан ўтишди. Барча беморлар комплекс текширувдан ўтказилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. 45 нафар беморга сурункали бош оғриғи ташхиси қўйилди: 20 ёшдан 30 ёшгача бўлган ёш гуруҳида - 14 та беморда, 30 ёшдан 40 ёшгача бўлган ёш гуруҳида - 19 та беморда, 40 ёшдан 50 ёшгача бўлган гуруҳида - 12 та беморда. Қолган беморлар эпизодик бош оғриғини қайд этдилар.

1А, 1Б ва 1В кичик гуруҳлари беморларида УҲО назорат гуруҳига нисбатан 1А кичик гуруҳида 52,9% га сезиларли даражада пасайган ва $365,01 \pm 9,65$ см/с ни ташкил этди, 1Б кичик гуруҳида - 42% га пасайган ($p < 0,01$) ва $294,23 \pm 10,07$ см/с ни ташкил этди, 1В кичик гуруҳида - 44% га пасайган ($p < 0,01$) ва $307,02 \pm 9,39$ см/с ни ташкил этди. УҚ назорат гуруҳига нисбатан 1А кичик гуруҳида $0,31 \pm 0,11$ Па/см³/с гача, яъни 74% га, 1Б кичик гуруҳида $0,45 \pm 0,09$ Па/см³/с гача, яъни 51% га, 1В кичик гуруҳида $0,39 \pm 0,11$ Па/см³/с гача, яъни 58% га сезиларли даражада ошди ($p < 0,01$).

1А кичик гуруҳида, назорат гуруҳига солиштирганда, КИ: УА да 70% га, ААда 79% га, БМОА 70%, БМЎА 69% га, ишончли ортди ($p < 0,05$). БМЎА да ДИ да ўзгариш қайд этилмади, аммо ДИ нинг УА да 71% га, БМОА да 86% га, ААда 49% га ортиши қайд этилди ($p < 0,05$), бунда ВРИ назорат гуруҳи кўрсаткичидан БМЎА да 67% га БМОА да 77%га, УАда 76%га, ААда 97% га ошиб кетди ($p < 0,05$). 1Б кичик гуруҳида назорат гуруҳи билан солиштирганда КИ БМЎА да 78% га, БМОА да 72% га, ААда 71% га ($p < 0,05$) ошди, УАда КИ 71% га камайди ($p < 0,05$). БМЎА да ДИ 13% га сезиларли даражада пасайганда, ДИ УАда 75% га, БМОА да 88% га, ААда 73% га ($p < 0,05$) ошди ($p < 0,05$). ВРИ, назорат гуруҳи билан солиштирганда, УАда 77% га, БМЎА да 67% га, БМОА да ва ААда 75% га ошди ($p < 0,05$). 1В кичик гуруҳида, назорат гуруҳига солиштирганда, КИ УАда 74% га, БМОА да 73% га, ААда 82% га ($p < 0,05$) ошди ва БМЎА да сезиларли даражада ўзгармади. ДИ БМЎА да 85% га, БМОА да 86% га, ААда 51% га ошди ($p < 0,05$), аммо УАда назорат гуруҳи даражасида бўлди. ВРИ назорат гуруҳига нисбатан БМЎА да 68% га, БМОА да 75% га, ААда 76% га ошди ($p < 0,05$); УА да назорат гуруҳи кўрсаткичидан фарқ қилмади.

Барча беморларда бош миё қон оқимининг ултратовуш текшируви ўтказилганда бош миё артерияси реактивлиги бўйича 1А, 1Б ва 1В кичик гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқлар қайд этилмади. Бунда вазодилатация ва вазоконстрикциянинг дастлабки индекслари назорат гуруҳидан 15-30% га ошган эди ($p < 0,05$). 1А,1Б ва 1В кичик гуруҳларидаги 190 та бемор учун умумий хусусият рН 1А кичик гуруҳида $7,761 \pm 0,010$, 1Б кичик гуруҳида $7,943 \pm 0,020$ ва 1В кичик гуруҳиларда $7,842 \pm 0,021$ сезиларли кўпайган, МСНС кўрсаткичларига 1А кичик гуруҳида $305,05 \pm 0,20$ г/л га, 1Б кичик гуруҳида $300,17 \pm 0,15$ г/л га, 1В кичик гуруҳида $283,11 \pm 0,14$ г/л га пасайгани кузатилди. ЛДГ кўрсаткичларига 1А кичик гуруҳида 385,0 Ед/л га, 1Б кичик гуруҳида 329,0 Ед/л га, 1В кичик гуруҳида 367,0 Ед/л ошган.

Визуал-аналог тадқиқот шуни кўрсатдики, 1А кичик гуруҳида ВАШда доимий бош оғриғи 7 та беморда $6,0 \pm 0,5$ балл, 9 та беморда $4,5 \pm 0,5$ балл, 6 та беморда $3,0 \pm 0,5$ балл га баҳоланди. 1А кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n=70$) $1,5 \pm 0,5$ балл интенсивликдаги даврий бош оғриғини қайд этишди.

1Б кичик гуруҳида ВАШ бўйича интенсивлиги $6,5 \pm 0,5$ балл бўлган доимий бош оғриғи 6 та бемор, $4,5 \pm 0,5$ балл - 4 та бемор, $2,5 \pm 0,5$ балл - 3 та бемор томонидан баҳоланди. 1Б кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n = 52$) $2,0 \pm 0,5$ балл интенсивликдаги даврий бош оғриғини қайд этишди.

1В кичик гуруҳида ВАШда доимий бош оғриғи 7 та беморда $6,0 \pm 0,5$ балл, 3 та беморда $4,5 \pm 0,5$ балл, 2 та беморда $3,0 \pm 0,5$ балл га баҳоланди. 1В кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n=21$) $2,5 \pm 0,5$ балл интенсивликдаги даврий бош оғриғини қайд этишди.

2А ва 2Б кичик гуруҳлардан фарқли ўлароқ, 2В кичик гуруҳида эркаклар аёлларга қараганда 2 баравар кўп. РМ маълумотлари 2А кичик гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан УҲОнинг сезиларли даражада - 32% га ($223,01 \pm 13,65$ см³/с гача), 2Б кичик гуруҳида - 41% га ($284,23 \pm 12,07$ см³/с гача), 2В кичик гуруҳида - 39% га ($274,31 \pm 11,08$ см³/с гача) пасайган ($p < 0,01$). 2А кичик гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан УҚ 71% га ($0,32 \pm 0,11$ Па/см³/с гача), 2Б кичик гуруҳида - 60% га ($0,38 \pm 0,11$ Па/см³/с гача), 2В кичик гуруҳида - 52% га ($0,44 \pm 0,06$ Па/см³/с) ошган ($p < 0,01$).

2А кичик гуруҳида, назорат гуруҳига солиштирганда, КИ: УА да 103,3% га, ААда 72,9% га, БМОА 30%, БМЎА 31% га, ишончли ортди ($p < 0,05$). БМЎА да ДИ да ўзгариш қайд этилмади, аммо ДИ нинг УА да 16% га, БМОА да 41% га, ААда 76% га ортиши қайд этилди ($p < 0,05$), бунда ВРИ назорат гуруҳи кўрсаткичидан БМЎА да 52% га БМОА да 30%га, УАда 10%га, ААда 20% га ошиб кетди ($p < 0,05$). 2Б кичик гуруҳида назорат гуруҳи билан солиштирганда КИ БМЎА да 15% га, БМОА да 35% га, ААда 32% га ($p < 0,05$) ошди, УАда КИ 15% га камайди ($p < 0,05$). БМЎА да ДИ 13% га сезиларли даражада пасайганда, ДИ УАда 42,5% га, БМОА да 18% га, ААда 116% га ($p < 0,05$) ошди ($p < 0,05$). ВРИ, назорат гуруҳи билан солиштирганда, УАда 10% га, БМЎА да 18% га, БМОА да ва ААда 28% га ошди ($p < 0,05$). 2В кичик гуруҳида, назорат гуруҳига солиштирганда, КИ УАда 47,5% га, БМОА да

20% га, ААда 32% га ($p < 0,05$) ошди ва БМЎА да сезиларли даражада ўзгармади. ДИ БМЎА да 55% га, БМОА да 45% га, ААда 132% га ошди ($p < 0,05$), аммо УАда назорат гуруҳи даражасида бўлди. ВРИ назорат гуруҳига нисбатан БМЎА да 9% га, БМОА да 33% га, ААда 28% га ошди ($p < 0,05$); УА да назорат гуруҳи кўрсаткичидан фарқ қилмади.

2А кичик гуруҳида 29та беморда компенсацияланган нафас алкалози рН - 7,7, МСНС $290,04 \pm 2,9$ г/л, ЛДГ-327,0 Ед/л ошганлигини куришимиз мумкин. 2Б кичик гуруҳлари учун умумий хусусият 17 та беморда компенсацияланган нафас алкалози рН - 7,6, МСНС $280,35 \pm 2,05$ г/л, ЛДГ- 310,0 Ед/л ошганлигини куришимиз мумкин. 2В кичик гуруҳидаги 8 та беморда компенсацияланган метаболит ацидоз билан биргаликда компенсацияланган нафас алкалозини рН $7,93 \pm 0,011$ миқдорда, МСНС $275,42 \pm 2,10$ г/л, ЛДГ- 317,0 Ед/л бўлганини кузатдик.

Визуал-аналог тадқиқот шунини кўрсатдики, 2А кичик гуруҳида сурункали бош оғриғини ВАШ бўйича 4 та бемор 7,0±0,5 балл, 3 та бемор 5,5±0,5 балл ва 3 та бемор 3,5±0,5 балл деб баҳолади. 2А кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n = 31$) $1,5 \pm 0,5$ интенсивликдаги эпизодик бош оғриғини қайд этишди. 2Б кичик гуруҳида ВАШ бўйича сурункали бош оғриғини 5 та бемор 7,0±0,5 балл, 7 та бемор 5,0 ± 0,5 балл, 4 та бемор 3,0 ± 0,5 балл деб баҳолади. 2Б кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n=67$) $2,0 \pm 0,5$ интенсивликдаги эпизодик бош оғриғи мавжудлигини қайд этишди.

2В кичик гуруҳида ВАШ бўйича сурункали бош оғриғи интенсивлиги 6 та бемор томонидан $7,0 \pm 0,5$ балл, 3 та бемор томонидан $5,0 \pm 0,5$ балл, 2 та бемор томонидан $3,5 \pm 0,5$ балл деб баҳоланди. 2В кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n=55$) $2,0 \pm 0,5$ интенсивликдаги эпизодик бош оғриғи мавжудлигини қайд этишди.

Ўрта ва оғир даражадаги бурун обструкцияси бўлган 36 та бемор- 20 ёшдан 30 ёшгача бўлган эркаклар бўлди. РМ-нинг ўртача кўрсаткичларини таҳлил қилиш натижалари шунини кўрсатадики, 3А, 3Б ва 3В кичик гуруҳларидаги беморларда операциядан олдин УҲО кўрсаткичлари, назорат гуруҳига нисбатан, 3А кичик гуруҳида 55% га ($381,03 \pm 8,75$ см³/с), 3Б кичик гуруҳида - 45% га ($315,23 \pm 8,02$ см³/с), 3В кичик гуруҳида - 41% га ($284,34 \pm 11,08$ см³/с) паст. Барча 3 та кичик гуруҳларда УҚ нинг ўртача қийматлари назорат гуруҳидаги тегишли қийматлардан сезиларли даражада юқори ($p < 0,05$).

Бош мия қон оқимининг ультратовуш текшируви ўтказилганда реактивлик кўрсаткичларидаги дастлабки фарқлар аниқланди. 3А кичик гуруҳида КИ (30%), ДИ (20%) ва ВРИ (50%) нинг энг катта ўсиши БМЎА да кузатилди,

$p < 0,05$. 3А кичик гуруҳида назорат гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан ДИ ўсиши нисбатан паст даражада бўлсада, БМЎА ва УАда КИ нинг кескин ўсиши кузатилди. Шу билан бирга, барча кичик гуруҳларда БМОА ва АА реактивлик индексларининг бир хил ўсиши қайд этилди. 3Б кичик гуруҳида УА да кичик гуруҳлар ўртасида ВРИнинг ишончли фарқлари бўлмасада, КИ (10%), ДИ (20%) бўйича кичик ўсиш қайд этилди, $p < 0,05$. Оғир бурун обструкцияси бўлган кичик гуруҳда бош мия артериялари реактивлигидаги энг муҳим ва асинхрон силжишлар: назорат гуруҳига нисбатан БМЎА констриктор қобилятининг ҳаддан ташқари пасайиши ва АА нинг дилатация қобилятининг етарли бўлмаган пасайиши аниқланди.

3А кичик гуруҳдаги 14 та бемор ва 3Б кичик гуруҳдаги 15 та беморда умумий хусусият операциядан олдин компенсацияланган нафас алкалозининг мавжудлиги (рН = 7,39 гача пасайиши) ҳисобланади ва 3Б кичик гуруҳдаги 10 та беморда компенсацияланган метаболит ацидоз рН =7,29 да пасайиши), 3В кичик гуруҳдаги 12 та беморда компенсацияланган метаболит ацидоз рН =7,11 да пасайиши) аниқланди. МСНС 3А кичик гуруҳида $292,05 \pm 1,8$ г/л ни, 3Б да $287,35 \pm 1,85$ г/л ни, 3В $274,25 \pm 1,46$ г/л ни ташкил этди. ЛДГ 3А кичик гуруҳида 305,0 Ед/л ни, 3Б да 319,0 Ед/л ни, 3В 327,0 Ед/л ни ташкил этди.

Визуал-аналог текширув шунини кўрсатдики, 3А кичик гуруҳида ВАШ бўйича сурункали бош оғриғи 3 та бемор томонидан 7,0 балл, 7 та бемор томонидан $5,0 \pm 0,5$ балл ва 2 та бемор томонидан $3,5 \pm 0,5$ балл деб баҳоланди. 3А кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n = 59$) $2,0 \pm 0,5$ интенсивликдаги эпизодик бош оғриғини қайд этишди.

3Б кичик гуруҳида ВАШ бўйича интенсивлиги 7,0 балл бўлган сурункали бош оғриғини 4 та бемор, $6,0 \pm 0,5$ балл бош оғриғини - 3 та бемор, $4,0 \pm 0,5$ балл бош оғриғини - 6 та бемор баҳолади. 3Б кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n=51$) $2,0 \pm 0,5$ интенсивликдаги эпизодик бош оғриғи мавжудлигини қайд этишди. 3В кичик гуруҳида ВАШ интенсивлиги $7,0 \pm 0,5$ балл бўлган сурункали бош оғриғини 5 та бемор, $5,0 \pm 0,5$ балли - 3 та бемор, $3,0 \pm 0,5$ балли - 2 та бемор баҳолади. 3В кичик гуруҳининг қолган беморлари ($n=455$) $2,0 \pm 0,5$ интенсивликдаги эпизодик бош оғриғи мавжудлигини қайд этишди.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиб айтиш мумкинки, турли даражадаги бурун обструкцияси бўлган беморларда бош мия қон айланиши бузилишларини баҳолаш касаллик кечимини тўғри баҳолаш ва асоратларни олдини олишга имкон беради.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ОТОМИКРОСКОПИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Хушвакова Н.Ж., Исакова Ю.Н.
Самарқанд давлат тиббиёт университети
Ўзбекистан

Жаҳонда сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларни комплекс ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш борасида илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Тадқиқот мақсади сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларда отомикроскопик текширув натижаларини баҳолаш ҳисобланди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Самарқанд давлат тиббиёт институтининг кўп тармоқли клиникаси ЛОР бўлимида 2021-2023 йилларда сурункали йирингли ўрта отит ташхиси билан ётиб даволанган 18 дан 60 ёшгача бўлган 120 нафар беморларни тадқиқотга жалб қилдик. Назорат гуруҳини 20 нафар амалий соғломлар ташкил қилди.

Текширилган барча беморлар касаллиқнинг асоратланмишига кўра икки гуруҳга бўлинди: Биринчи гуруҳни 85 нафар сурункали йирингли ўрта отит асоратланмаган шакли бўлган беморлар, иккинчи гуруҳни эса 35 нафар сурункали йирингли ўрта отит асоратланган шакли бўлган беморлар ташкил қилди. Барча беморларда комплекс текширув ўтказилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси. Тадқиқот иштирокчилари сифатида ЛОР-клиникасига турли шикоятлар билан мурожаат қилган ва ЛОР бўлимига ётқизилган сурункали ўрта отит билан оғриган беморлар олинди. СЙЎ билан касалланган барча беморлар билдирган турли шикоятлар маҳаллий (қулоқ оғриғи, оторея, эшитишнинг пасайиши, қулоқдан ёқимсиз ҳидли ажралма оқиши, қулоқларда шовқин) ва умумий интоксикация (бош оғриши, ҳолсизликлик, титроқ) белгиларига бўлинди.

Беморларнинг шикоятлари ҳам таҳлил қилинганда, асосий касаллик симптомларига эътибор қилинди. 1 гуруҳ беморлари орасида 72,6% беморларда қулоқ оғриши, 55,1% беморларда қулоқдан ажралма келиши, 14,4% беморларда эшитиш пасайиши, 14,4% беморларда қулоқда шовқин, 9,7% беморларда қулоқ қичиши ва 27,9% беморларда эса бош оғриши кузатилди. 2 гуруҳ беморларининг 92,4%ида қулоқ оғриши, 64,3%ида қулоқдан ажралма келиши, 14,4%ида эшитиш пасайиши, 14,4%ида қулоқда шовқин, 9,7%ида қулоқ қичиши ва 27,9%ида эса бош оғриши борлиги аниқланди.

Қабул қилинган барча беморлар эшитишнинг пасайишига шикоят қилишди. Эшитишнинг сезиларсиз пасайиши 8 та (13,3%) беморда, эшитишнинг ўртача пасайиши 35 та (58,3%) беморда, эшитишнинг сезиларли даражада пасайиши 17 та (28,4%) беморда қайд этилди.

Вақти-вақти билан қулоқда шовқин пайдо бўлишига 25 та (41,7%) бемор шикоят қилди, асосан 18 та бемор сезиларсиз даражадаги ва 7 та бемор ўртача даражадаги шовқинга шикоят қилди. Вақти-вақти билан ва/ёки доимий бош айланиши 12 та (20%) беморда қайд этилди.

Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларда касаллиқнинг клиник шаклларида 1 гуруҳ беморларида мезотимпанит - 45 нафар беморда, эптитимпанит - 12 нафар беморда ва мезоэпитимпанит - 28 нафар беморда, 2 гуруҳ беморларида эса мезотимпанит - 18 нафар беморда, эптитимпанит - 6 нафар беморда ва мезоэпитимпанит - 11

нафар беморда ташхисланди.

Анамнез маълумотлари асосида касаллиқнинг давомийлиги бўйича таҳлил қилинганда, 1 гуруҳ беморларида 32 нафар беморда касаллик 5 йилгача, 24 нафар беморда 6 йилдан 10 йилгача, 29 нафар беморда эса 11 йил ва ундан кўп муддатдан бери безовта қилиб келади, 2 гуруҳ беморларининг 13 нафаридида касаллик 5 йилгача, 11 нафаридида 6 йилдан 10 йилгача, 11 нафаридида эса 11 йил ва ундан кўп муддатдан бери давом этиб келмоқда. Умумий қилиб айтганда, сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларнинг кўпчилиги (37,5%) 5 йилгача бўлган муддатда мурожаат қилишмоқда, бу албатта касалликни даволашни эрта муддатларга амалга ошириш имконини беради, ammo қолган 62% беморлар эса 6 йил ва ундан кўп муддатда ҳам кечикиб мурожаат қилишди ёки узоқ муддат давомида тартибсиз даволаш муолажаларини олишган, баъзи ҳолларда эса консерватив давонинг самарасизлиги ҳам сабабчи омил бўлиб ҳисобланди.

Ототомикроскопия текшируви ёрдамида ташқи эшитув йўли, ноғора парда, ноғора бўшлиғи ҳолати, ундаги қўшимча анатомик тузилмалар ва ўзгаришларни кўриш имконияти мавжуд. Шунга кўра, ототомикроскопия ёрдамида ноғора парданинг тотал нуқсони 1 гуруҳ беморларининг 28 нафаридида (32,9%), 2 гуруҳ беморларининг 14 нафаридида (40,0%) бўлганлиги аниқланди. Ноғора парданинг тотал қиравий ва марказий нуқсонлари эса 1 гуруҳ беморларининг 57 нафаридида (67,1%), 2 гуруҳ беморларининг 21 нафаридида (60,0%) бўлганлиги аниқланди.

Ототомикроскопия текшируви ёрдамида асосан ўрта қулоққа, яъни ноғора бўшлиғидаги жараёнларга ҳам баҳо бериш мўҳим ҳисобланади. Ноғора бўшлиғи шиллик қаватини доимо нам бўлиши, шишиши ва таъсирланганлиги 1 гуруҳ беморларининг 45 нафаридида (52,9%), 2 гуруҳ беморларининг 18 нафаридида (51,4%) бўлганлиги аниқланди.

Бундан ташқари, ноғора бўшлиғида қуюқ ажралманинг мавжудлиги 1 гуруҳ беморларининг 74 нафаридида (87,1%), 2 гуруҳ беморларининг 30 нафаридида (85,7%) бўлганлиги, ноғора бўшлиғида холестеатома эса 1 гуруҳ беморларининг 20 нафаридида (23,5%), 2 гуруҳ беморларининг 18 нафаридида (50,7%) бўлганлиги кузатилди. Асоратланган сурункали ўрта отит бўлган беморларда холестеоманинг учраш частотаси ҳам баланд бўлади.

Эпидермиснинг ноғора бўшлиғига ўсиб кириши ҳам кузатилди, бу асосан 1 гуруҳ беморларининг 10 нафаридида (11,7%), 2 гуруҳ беморларининг 8 нафаридида (22,8%) бўлганлиги аниқланди. Ноғора бўшлиғида грануляциялар, кисталар ва полиплар 1 гуруҳ беморларининг 12 нафаридида (14,1%), 2 гуруҳ беморларининг 8 нафаридида (22,8%) учради, шунда 1 гуруҳ беморларининг 10 нафаридида (11,7%), 2 гуруҳ беморларининг 7 нафаридида (20,0%) грануляция тўқимаси тўфайли ташқи эшитув йўли беркилиши кузатилди.

Шундай қилиб, ҳулоса қилиб айтганда, сурункали йирингли ўрта отитнинг турли шаклларида беморларни ташхислашда ототомикроскопик текширув ўтказиш маҳаллий ўзгаришларни баҳолаш имконини беради.

СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЁНДАШУВЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Эргашев А.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ўзбекистон

Болалар оториноларингологиясининг энг долзарб муаммоларидан бири – Пирогов-Валдейер лимфоид ҳалқум ҳалқасининг яллиғланиш касалликлари ҳисобланади. Сурункали фарингит жуда кенг тарқалган ва турли муаллифларнинг фикрига кўра, ЛОР аъзолари касалликлари умумий сонининг 4,7-7,6% ни ташкил қилади. Касаллик кўпинча 7 ёшдан 15 ёшгача бўлган мактаб ёшидаги гуруҳда учрайди. Аммо бу касаллик мунтазам ўрганилаётгани, тобора кўпроқ янги даволаш усуллари амалиётга жорий этилаётганига қарамай, уларнинг самарадорлиги кўпинча вақтинчалик бўлиб, касаллик тез-тез қайталаниб туради.

Шарҳ мақсади бўлиб сурункали фарингитларни даволашда ёндашувларнинг қиёсий баҳолаш ҳисобланади.

Шарҳ материаллари бўлиб охириги 10 йилликда шу мавзуга бағишланган илмий мақолалар таҳлил қилинди.

Шарҳ натижаси ва уни муҳокамаси. Болаларда сурункали фарингитни даволашга сурункали тонзиллит ва аденоидитни даволашдан кўра камроқ эътибор қаратилган. Бу, биринчидан, катталар амалиётида мумкин бўлган барча даволаш усулларини болаларда қўллаб бўлмаслиги, иккинчидан, болалар оториноларингологлари бурун-ҳалқум ва танглай муртаклари ҳолатига кўпроқ эътибор қаратишлари, ҳалқум орқа девори шиллиқ қаватининг ўзгаришларига эса баъзан эътибор берилмаслиги ёки сурункали тонзиллит ёки аденоидит учун буюрилган даволаш автоматик равишда ҳалқум орқа деворининг шиллиқ қаватига ҳам таъсир қилиши билан боғлиқ.

Сурункали фарингитни даволашнинг барча усулларини иккита катта гуруҳга бўлиш мумкин: жарроҳлик ва консерватив.

Жарроҳлик даволаш усуллари асосан сурункали гипертрофик фарингитда катталар амалиётида ёки катта ёшдаги болаларда қўлланилади. Бир қатор муаллифлар радикал нуқтаи назарга эга. Улар гипертрофияланган фолликулаларни конхотом ёки махсус ўткир қошиқ билан ва бутун узунлиги бўйлаб олиб ташлашни таклиф қилишади. Бундай жарроҳлик аралашувларнинг узок вақтдан кейинги оқибатлари- чандиқли тўқималар, шунингдек, орқа ҳалқум девори шиллиқ қаватида атрофик жараёнлар ривожланишига олиб келади.

Даволашнинг янада юмшоқ усули ҳалқум шиллиқ қаватига крио таъсир қилишдир. Биринчидан, ҳалқум шиллиқ қаватининг маълум жойларига маҳаллий таъсир қилиш мумкин, иккинчидан, бу операцияда қон кетиш билан боғлиқ эмас, учинчидан, бундай аралашувнинг педиатрия амалиётида муҳим бўлган жиҳати- деярли оғриқсиздир.

Ультратовуш техникаси жорий этилгандаг сўнг гипертрофик фарингитни даволаш учун “ЛОРА-ДОН” қурилмалари ёрдамида лимфоид тўқималарнинг дезинтеграцияси қўлланила бошланди.

Бундан ташқари, бир қатор муаллифлар юқори энергияли СО₂ лазер нурларидан фойдаланган ҳолда термик таъсирни қўллаган.

Сурункали фарингитни даволаш учун куйдирувчи таъсирга эга кимёвий моддалар кенг қўлланилган. Шунингдек, ҳалқумга таниннинг глицериндаги 5-10%ли эритмаси,

1-2%ли ляпис, 3-5%ли протаргол ёки колларгол эритмасини суртиш қўлланилган. Баъзи муаллифлар 5%ли йод эритмасидан, уч хлор уксусли кислота эритмасидан яхши натижа олган. Бундай препаратларнинг шиллиқ қаватга таъсири куйиш, яъни ўзига хос яллиғланиш тури ривожланишини ўз ичига олади, бунда улар нафақат шиллиқ қаватнинг маҳаллий патологик майдони, балки соғлом тўқималарга ҳам таъсир қилади.

Сурункали фарингитни даволаш учун галванокаустика ва диатермокоагуляция қўлланилган, уларнинг камчилликлари ҳам ҳалқумдаги сезиларли реактив жараёнлар ва кўпол чандиқли битишмалар бўлган.

Сурункали фарингитда патоген флора (стрептококklar, стафилококklar, пневмококklar) кўп ўсган ҳолларда бир қатор муаллифлар яллиғланиш жараёнини тўхтатиш учун ҳам ингаляциялар шаклида маҳаллий, ҳам перорал антибактериал терапия қўллашни таклиф қиладилар. Агар замбуруғли флора аниқланса, замбуруғларга қарши даво қўшилади.

Сурункали фарингитнинг турли шаклларини даволаш учун дори моддалари (новокаин, стероид препаратлар) субэпителиал блокада кўринишида юборилган.

Юқоридаги даволаш усуллари билан бир қаторда ҳалқум шиллиқ қаватини максимал ҳимоялашга имкон берадиган усуллар ҳам қўлланилган. Буларга ҳалқум шиллиқ қаватини турли дори препаратлари билан ювиш, суртиш, чайишнинг ҳар хил турлари киради. Кўпинча ювиш ва чайиш учун ўсимлик препаратлари қўлланилади (эман пўстлоғи, маврак барглари, тирноқгул гуллари, зубтурум барглари, мойчечак гуллари ва бошқалар).

Физиотерапевтик усуллардан кўпинча турли дори моддалари билан ингаляциялар қўлланилади. Буларга ўсимликлардан олинган препаратлар: эман пўстлоғи, маврак барглари, тирноқгул гуллари, мойчечак гуллари, зубтурум барглари, далачой ўти ва бошқалар киради. Бундан ташқари, денгиз ёки минерал сув билан ингаляциялар қўлланилади. Ҳалқумдаги суб- ва атрофик жараёнларда балчиқли аппликациялар билан даволаш энг самарали ҳисобланади. Шифобахш балчиқ жағ ости соҳасига ёки “ёқа” шаклида қўлланилади. Болалар амалиётида энг кенг тарқалган физиотерапия муолажаси қисқа ултрабинафша нурли тўлқинлар бўлиб қолмоқда. Субмандибуляр соҳага рух ёки йод ионлари билан терапевтик электрофорез қўлланилганда ижобий натижалар олинган. Шунингдек, электрофорезни прозерин билан қўллаш ҳам тавсия этилади.

Сурункали фарингитни даволашда ультратовушни қўллаш катта аҳамият касб этди. Ультратовуш жағ ости соҳасига таъсир эттирилади. Ҳалқумнинг орқа девори ва ён валиклар олдиндан прополис эритмаси ёки доривор балчиқ экстрактлари (ультрафонофорез), 0,5%ли гидрокортизон ёки 10%ли спленин мойи билан мойланиши мумкин.

Болаларда гипертрофик фарингитни тебранувчи ток оқими ёрдамида даволаш орқали ҳам ижобий натижаларга эришилган.

Сурункали фарингит билан оғриган барча беморларга аэротерапия, гелиотерапия ва талассотерапияни ўз ичига

олган иқлим терапияси тавсия этилади. Иқлим терапияни асосан аэро- ва гидроаэроионлар юқори бўлган жойларда: денгиз соҳиллари, тоғли ҳудудларда ўтказиш керак бўлади.

Клиник амалиётга янги дори препаратлари ва янги даволаш усуллари жорий этилаётганига қарамай, уларнинг самарадорлиги кўпинча фақат қисқа муддатли бўлади.

Бундан ташқари, дори моддаларини, шу жумладан ан-

тибиотикларни тез-тез асосиз ва назоратсиз қўллаш дори-дармонларни қўтара олмайдиган беморлар сонининг кўпайишига олиб келди. Ушбу ҳолат нотоксик, ножўя таъсирларга эга бўлмаган, ўз-ўзини бошқариш жараёнларини кучайтирадиган воситаларни излашга тўртки бўлди.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиш мумкинки, сурункали фарингитни даволашда комплекс текширув натижаларига асосланиш лозим.

ДЕБЮТ ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ПРИ “БОЛЕЗНИ В ТЫСЯЧУ ЛИЦ”

Якубова Д.О., Каримова Н.А., Саттарова М.Г., Хасанов У.С.

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

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) - самый частый вид ПГ, на долю которого приходится до 90% всех обращений с жалобами на ПГ. Доброкачественный характер головокружения обусловлен возможностью спонтанной регрессии симптомов, которая наблюдается у 30-50% пациентов в сроки до 1 месяца. Центральное позиционное головокружение (ЦПГ) или центральный позиционный синдром (ЦПС) наблюдается редко, не более чем у 5% пациентов с ПГ. ЦПГ имеет некоторые схожие симптомы с ДППГ, однако его появление не связано со смещением отоконий в просвете полукружных каналов, а возникает в результате нарушенной «центральной вестибулярной обработки сигнала» при поражении структур, расположенных вокруг IV желудочка: вестибулярных ядер, узелка мозжечка, вестибуломозжечковых проводящих путей

Диагноз ДППГ устанавливается на основании жалоб и анамнеза пациента, компьютерной видеонистагмографии. В типичных случаях ДППГ не возникает диагностических сложностей, так как нистагм имеет строгую специфичность при проведении позиционных тестов, а заболевание — четкие диагностические признаки. Изменение любых специфичных для ДППГ параметров нистагма и головокружения или появление неврологической симптоматики может свидетельствовать о других причинах головокружения, т.к многие центральные поражения протекают под маской клиники ДППГ, что удалось увидеть в своей практике.

В связи с этим **целью нашего исследования** явился молодой человек с позиционными жалобами похожими на ДППГ. На основе этого клинического случая мы поставили цель комплексно изучить дифференциальную диагностику ДППГ и ЦПГ.

Материалы и методы обследования: пациент 1983г.р.,

обратился с жалобами на системное позиционное головокружение возникающее при резких движениях: пороты, в горизонтальном положении сопровождающееся тошнотой и рвотой. Дикс-Холпайка тест выявил мелко- размашистый вертикальный нистагм с торсионно-ротаторным компонентом вниз без латентного периода, длительностью нистагма более 60сек. После теста у пациента наблюдалось тошнота с рвотой, тахикардия и обильное потоотделение. На roll-test и тест глубокого запрокидывания головы показал такой же паттерн нистагма. Маневр Яковина не дал эффекта, нистагм также сохраняется. Не истощающийся, длительный нистагм который проявляется во всех тестах одинаково, характер вегетативной реакции организма не соответствующий интенсивности нистагма насторожил нас на центральный тип позиционного головокружения. С целью дифференциальной диагностики пациенту был назначен МРТ головного мозга с контрастированием. По результатам МРТ были выявлены очаги демиелинизации. С предварительным диагнозом Рассеянного Склероза пациент был направлен для дальнейшего обследования к неврологу.

Выводы: исходя из вышеуказанного клинического случая можно сделать вывод что, не все позиционные головокружения являются периферическими. Есть ряд факторов характерные только для ДППГ: позиционный нистагм при ДППГ, в отличие от ЦПГ, всегда подчиняется законам Эвальда, нистагм при ДППГ подавляется (ослабевает) фиксацией взора, при подозрении на ДППГ стоит быть очень внимательными к анамнестическим данным пациента: может иметь место предистория ДППГ, возраст старше 50 лет (чаще), отсутствие центральных знаков, высокая эффективность вестибулярной реабилитации или самостоятельное купирование симптомов в течение 14-28 дней свидетельствует в пользу ДППГ.

НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЛОР ОРГАНОВ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Якубов Р.К., Шайхова Х.Э.

Ташкентская медицинская академия
Узбекистан

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) являются одним из тяжёлых по структурно-функциональным заболеваниям челюстно-лицевой области и отличаются полиморфизмом проявлений. Состояния приводящее к нарушению процессов преобразования костной ткани лежат в основе заболевания ВНЧС. Нарушения функции ЛОР органов (дыхательной, защитной, резонаторной) сопровождается изменением функции внешнего дыхания и повышается риск развития воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Заболевания ЛОР-органов, такие как риниты, синуситы, искривления перегородки носа могут являться как причиной, так и исходом нарастающей гипоксии. Эти изменения повышают риск развития хронического процесса воспаления.

Цель: Изучить структурно-функциональные нарушения ЛОР-органов, влияющие на поддержание воспалительных и гипоксических состояний у детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава (ВДО ВНЧС).

Материалы и методы. Были обследованы 65 детей в возрасте от 3 до 18 лет с ВДО ВНЧС. Изучены жалоб, анамнеза, стандартный осмотр ЛОР-органов (с использованием эндоскопа фирмы Karl Storz (Германия), общеклинические и лабораторные-инструментальные, микробиологические, иммунологические, мультисрезовая компьютерная томография.

Результаты. При изучении состояния носоглоточных

миндалин из 65 обследованных - у 8 больных были нормальные размеры миндалин, 1-лёгкая степень увеличения у 12 больных, у 43 больных определялась 2-умеренная степень, в двух случаях 3- тяжёлая степень. Это указывало на значительное сужение носоглотки у большинства больных.

Исследования показали, что у больных с ВДО ВНЧС после остеомииелита нижней челюсти отмечались более выраженные ретро-микрөгения (сдвиг нижней челюсти кзади и её- недоразвития) с сужением просвета глотки во всех трех исследованных зонах, чем у больных после переломов нижней челюсти.

Длительный период ограничения движений нижней челюсти, затруднения жевания и гигиенической обработки полости рта находят своё отражение на видовом составе и количестве патогенных микроорганизмов на фоне снижения показателей неспецифических факторов защиты полости рта.

Выводы. Выявленные структурно-функциональные нарушения, такие как увеличение носоглоточных и небных миндалин, деформация костно-хрящевых структур носовой полости и нижней челюсти лежат в основе нарушения носового дыхания. Заболевания ЛОР-органов, такие как риниты, синуситы, искривления перегородки носа могут являться как причиной, так и исходом нарастающей гипоксии. Эти изменения повышают риск развития хронического процесса воспаления.

RESULTS OF ANTIHYPOTENSIVE THERAPY ON VESTIBULAR DYSFUNCTION

Akhundjanov N.A., Khasanov U.S., Khodjanov S.K.

Tashkent Medical Academy

Uzbekistan

Abstract. The wide prevalence of arterial hypertension [AH], the life-threatening nature of its organ complications, especially in the brain, make this problem one of the most urgent in clinical medicine [1,5]. At the same time, it should be noted that most studies on cerebral complications of hypertension refer to strokes. As for pre-stroke cerebrovascular disorders (DCVR) against the background of AH, they are much less covered. The existing literature reflecting vestibular disorders in patients with HD is presented mainly on the basis of prescription, stage of HD, but without taking into account cerebrovascular disorders. As for the information about in-depth otoneurological studies in patients with HD with CVD, including the reflection of their dynamics against the background of the use of modern antihypertensive drugs, they are extremely few [4].

Given the above, the purpose of this work was to study the vestibular function of hypertensive patients (AH) before and after treatment with modern antihypertensive drugs.

Material and research methods. Under our supervision there were 79 patients with GB with DCVR. Among the sick men were 71, women- 8, their age ranged from 23 to 70 years. The duration of the disease varied from 1 to 15 years. According to the structure of the LCVR, the patients were distributed as follows: with initial manifestations of inferiority of the cerebral blood supply (NPNKM) - 20 patients, with hypertensive encephalopathy (HE)- I st. - 20, with GE- II Art. - 20 patients.

Results of the study and their discussion. An analysis of patients' complaints after treatment showed that if 51 out of 79 patients complained of dizziness before treatment, after treatment 32 of them noted a decrease in intensity, frequency, and even complete disappearance of dizziness. Moreover, the positive dynamics in patients with NPCM was much higher (up to 100%) than in patients with HE- I. (85%) and GE- II (60%). The smallest dynamics of vertigo was noted in HE with MIMC (less than 40%).

The dynamics of objective symptoms were somewhat different. In particular, spontaneous nystagmus was persistently

retained only in one patient out of three cases of HE with PNMK.

The instability was more firmly held in the Romberg position. So, in patients with NPLMC, instability in the simple Romberg position after treatment persisted in 1 of 3 patients, in sensitized in 2 of 6 patients, flank gait disturbance persisted in 1 of 3 examined. With GE-I st. instability in the simple Romberg position after treatment remained in 3 out of 6 patients, in sensitized in 5 out of 9 examined. Violation of the flank gait remained in 3 out of 6 patients. In patients with GE- II st. instability in the simple Romberg position continued to remain in 5 out of 8 examined patients, and in the sensitized position in 6 out of 8 patients. In patients with HE with PNMK, instability after treatment remained in 6 out of 8, and in sensitized patients in 7 out of 12 patients.

The results of the study of the excitability of the vestibular analyzer according to the caloric test showed its positive dynamics in 2/3 of the examined, regardless of the nature of the pathology. So, in 26 (out of 65) patients with positive dynamics, initially 6 had increased excitability, 7 had decreased excitability, 4 patients had no responses, and 9 had asymmetric reactions. In 39 patients, there was a tendency to improve the state of excitability of the vestibular analyzer, but it was statistically unreliable. The percentage of positive dynamics also depends on the severity of LCVR. So, in cases with NPNKM, excitability recovered to normal in 64.3% of patients, with GE- I st. - in 50%, GE- II st. - in 33.3%, and in HE with PNMK- in 21.1% of patients ($P>0.05$).

Conclusion. Thus, it can be concluded that ACE inhibitors and calcium antagonists have, along with a high hypotensive and a certain, mediated cerebrovasoactive effect, which confirms the literature (2,3,5,6,8) and our previous information (7). This process is also reflected in the manifestation of the dynamics of otoneurological symptoms of CVD in GB. At the same time, in our opinion, the normalization of excitability in the group of patients with increased excitability is apparently due to the restoration of the balance of cortical processes and, accordingly, the normalization of its inhibitory function to the labyrinth.

MODERN ENDOSCOPIC SURGICAL METHODS FOR TREATING CHRONIC RHINOSINUSITIS IN SCHOOL-AGE CHILDREN*Arifov S.S., A.G. Daliev, N.N. Tukhtasinov, Sh. A. Gulomov.**Andijan State Medical Institute**Uzbekistan*

Abstract. Inflammatory diseases of the paranasal sinuses (PNS) are one of the urgent problems of otorhinolaryngology. Among patients treated in otorhinolaryngological hospitals, from 6 to 35% are patients with various forms of sinusitis. Regardless of the characteristics of the etiological factors in the development of chronic rhinosinusitis (CRS) (atopy, immunodeficiency, or violation of nonspecific barrier mechanisms), the morphological structures of the mucosa of PPN from exacerbation to exacerbation undergo the following gradual changes:

- serous-catarrhal inflammation with swelling of the mucous membrane;
- increased vascular permeability in the sensitized mucosa, accumulation of protein deposits in its stroma, increased cell infiltration by plasma cells, eosinophils, macrophages;
- development of granulation tissue, formation of polypous growths of the mucous membrane;
- fibrosis of the mucous membrane, degenerative and atrophic changes in the mucociliary epithelium.

Morphological changes in the nasal mucosa, characteristic of the first and second stages above, are reversible. That is why the exacerbation of CRS in these cases can be cured conservatively, using a combination of systemic and specific antibiotic therapy, steroid therapy, secretolytic therapy, elimination local treatment, and physiotherapy.

The aim of the work is to evaluate the results of the surgical method of treating chronic rhinosinusitis in 281 pediatric patients according to the form of the disease.

Objects and methods of research. The study group included 281 patients aged 6–13 years who were operated on in the Andijan Regional Multidisciplinary Children's Center with a diagnosis of CRS over the past 4 years.

Research results. 42 patients with exudative CRS were operated on. With a productive (polypous) form of CRS, 136 primary patients were operated on, of which relapses of polyposis were noted in 67 (49%). Maxillary sinus cyst surgery was performed on 103 patients (97 primary and 6 repeated cases), no recurrence of the disease was noted.

MODERN SCHEMES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE RHINOSINUSITIS ON AN OUTPATIENT BASIS

Arifov S.S., A.G. Daliev, N.N. Tukhtasinov, Sh. A. Gulomov

Andijan State Medical Institute

Uzbekistan

Relevance. Acute rhinosinusitis (ARS) is an inflammation of the mucous membrane of the paranasal sinuses (SNP) and nasal cavity lasting no more than 12 weeks, characterized by the presence of two or more symptoms, the main of which are difficulty in nasal breathing or discharge from the nose or runoff into the nasopharynx (anterior or posterior rhinorrhea). Acute rhinosinusitis is one of the most common outpatient diseases. The diagnostic criteria are assessed taking into account their sensitivity and specificity, attempts are made to understand the pathogenesis and determine the risk criteria for the development of recurrence of the inflammatory process in the SNP with a corresponding search for potential means to prevent it. There are several consensus documents and many recommendations for the management of patients with acute rhinosinusitis. In the latest European guidelines for rhinosinusitis, EPOS 2020, no clear terms of antibiotic therapy for acute bacterial rhinosinusitis are specified, it is assumed that they are determined by the attending physician based on the rate of regression of clinical manifestations in each specific clinical case. Therefore, it cannot be argued that the timing of starting antibiotic therapy is clearly formulated, since the achievement of a positive result is due to multifactoriality. Based on this, it is interesting to know the compliance of the actual practice of treating acute rhinosinusitis with clinical guidelines.

The aim of the work. Analyze treatment regimens for adult patients with acute rhinosinusitis in the system of departmental polyclinics in the city of Andijan and compare

these regimens with clinical guidelines.

Material and methods. A retrospective analysis of 1,028 outpatient records of patients (412 men, mean age 34 ± 0.5 years, 616 women, mean age 36 ± 1.7 years) was performed, who were on outpatient treatment with a diagnosis of acute rhinosinusitis by otorhinolaryngologists at eight departmental polyclinics for period from February 2020 to September 2021.

Conclusions.

1. Basically, in the polyclinic system, diagnostic and therapeutic measures for acute rhinosinusitis are carried out in accordance with modern recommendation documents.

2. The diagnosis of acute rhinosinusitis is mainly based on complaints, anamnesis and rhinoscopy, which corresponds to the latest recommendations, while additional diagnostic methods are actively used.

3. The appointment of some drugs from the group of intranasal glucocorticosteroids off-label in the treatment of acute rhinosinusitis is noted.

4. The course of antibiotic therapy averaged 5.9 ± 1.34 days. There is a fairly high percentage of prescription of macrolides (31.8%) and fluoroquinolones (8.2%) during initial therapy, which is a violation of the principles of antibiotic therapy.

5. It can be noted that in the current guidelines for sinusitis, cefditoren and amoxicillin clavulanate belong to the same line of therapy, which makes it possible to use cefditoren as the drug of choice for starting empiric therapy.

BOLALARDA ALLERGIK RINITNING UCHRASH DARAJASI VA DAVO USULLARINING SAMARADORLIGI*Boboqulova D.F.**Buxoro davlat tibbiyot instituti**O'zbekiston*

Kirish: Dunyoda allergik rinit aholining taxminan 10-25 foizini tashkil qiladi. Respublika allergologiya markazining ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekistonda barcha allergik kasalliklar orasida allergik rinit 32,7% egallaydi. Turli mamlakatlarda o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlarga ko'ra, faqat bolalar populyatsiyasida allergik rinitning tarqalishi 10-15% ni tashkil qiladi. Bemorlarning 7-19 foizida allergik rinitning birinchi belgilari bolalik yoki o'smirlik davrida paydo bo'lishi muhimdir. 2010-2022 yillar davomida ARning o'sishi qayd etildi. Milliy statistika qo'mitasi ma'lumotlariga ko'ra, AR 126% ga o'sdi.

Tadqiqot maqsadi: Allergik rinit bilan zararlangan bemor bolalarda kasallikning klinik xususiyatlari va tarkalishini inobatga olgan holda kasallikni erta aniqlash, asoratlarni oldini olish, davolash samaradorligini optimallashtirish va qiyoslashdan iborat.

Materiallar va tadqiqot usullari: Tadqiqotning ob'yekti sifatida allergik rinit bilan davolanayotgan 65 ta bemor bola va 30 ta sog'lom bolada o'tqazildi.

Tadqiqotning usullari. Tadqiqotni bajarishda klinik, otorinolarinologik, allergologik, bakteriologik va statistik usullardan foydalanildi.

Olingan natijalar: tekshirilgan AR bilan og'rigan bolalar orasida 22 (36,6%) IAR, 21 (35,0%) PAR va 17 (28,4%) LOR a'zolari patologiyasi bilan og'rigan, barcha guruhlardagi AR bilan og'rigan bemorlar orasida o'g'il bolalar, maktab yoshidagi bolalar maktabgacha yoshdagi bolalar orasida 23 (20,5%) bemor bo'lsa-da, ustunlik qilgan (49; 43,8%). Aksariyat bolalarda AR diagnostikasi 3 va 5 yil ichida aniqlangan, bu allergik prognozni aniqlashda tibbiy xodimlarning yetarli darajada faol emasligi va ota-onalarda ushbu patologiya

haqida aniq tasavvurlarning yo'qligi bilan bog'liq, bu esa tibbiy yordamga kech murojaat qilishga olib keldi. Kuzatuvdagi bolalar kontingenti yengil shaklida ko'p hollarda murojaat qilmasligi sababli, biz tekshirgan bolalar orasida og'irlik darajasi bo'yicha barcha guruhlarda og'ir va o'rtacha og'irlikdagi bemorlar ustunlik qildi.

Intranazal va sublingual dorilarni yuborish usullari ko'rinishidagi ASIT davolash dasturi eng aniq va barqaror samaradorlikka ega ekanligi aniqlandi. ASIT davolashning butun kursi oxirida, 3 yil o'tgach, IAR bilan guruhda 98,2% hollarda yuqori ijobiy natija qayd etildi: 5,6% - qoniqarli, 25,9% - yaxshi va 66,7% - a'lo. PAR bilan og'rigan bemorlar guruhida 96,5% hollarda ham ijobiy natijaga erishildi: natija 22,4% da qoniqarli, 31% da yaxshi, 43,1% da natija a'lo;

Xulosa: O'g'il bolalarda ARning barcha shakllarini aniqlash chastotasi ustunlik qiladi - intermitterlovchi allergik rinit bilan - 63,6%, doimiy allergik rinit bilan - 76,1%, otolarinologik patologiya bilan allergik rinit bilan - 72,7%. Allergik rinitning tipik klinik belgilarining og'irligi va kombinatsiyasi kasallikning turli shakllari uchun differensial diagnostika mezonlari hisoblanadi.

Sitologik tekshiruv va rinoskopiya ARning turli shakllarini aniqlash uchun qo'shimcha diagnostik ahamiyatga ega.

Intermitterlovchi allergik rinit, persistirlovchi allergik rinit va otorinolarinologik patologiyasi bo'lgan allergik rinit bilan og'rigan bemorlarda davolanishdan oldingi hayot sifati mos ravishda bemorlarning 77,2%, 81,0%, 76,5% qoniqarsiz deb baholandi. Optimallashtirilgan davolash dasturi, agar uchta kurs tugallangan bo'lsa, hayot sifati va davolanishdan qoniqishning barqaror yaxshilanishiga olib keldi.

O'TKIR RINOSINUSITLARNING KLINIK HOLATINI BAHOLASH MEZONLARI

Boboqulova D.F.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

O'zbekiston

Kirish. Hozirgi vaqtda butun dunyoda yuqori nafas yo'llarining kasalliklari, ayniqsa burun va (BYB) yallig'lanishli kasalliklari sonining barqaror o'sishi kuzatilmoqda. Adabiyotlarga ko'ra, o'tkir rinosinusit (RS) bilan kasallanish, sezilarli darajada farq qiladi va LOR kasalliklari tarkibida sezilarli ulushni egallaydi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, turli xil etiologiyali RS bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi va ularni davolash uchun har yili sarflanadigan mablag'lar milliy va global miqyosda juda katta miqdorga etadi. RSning klinik shakllarining bir nechta umumiy tasniflari taklif qilingan. RSning eng dolzarb va keng tarqalgan shakllari bakterial va allergikdir. Ikkala holatda ham etiologik omillar burun shilliq qavati va BYBda patofiziologik o'zgarishlar zanjirini qo'zg'atadi, bu esa keyinchalik ikkala kompleksda anatomik va funktsional buzilishlarning rivojlanishiga va birga keladigan klinik belgilarga olib keladi. Shubhasiz, kasallikning aniq patogenetik asoslarini bilish RS bilan og'rikan bemorlar uchun terapiyani malakali tanlash uchun asosdir. Shu bilan birga, kasallikning patogenetik jihatlarini o'rganish uchun kasallikning ikkala shaklida ham burun bo'shlig'i va BYBning anatomik va funktsional parametrlarini buzish darajasini aniq aniqlash kerak. Shu munosabat bilan allergik va bakterial RSda klinik, anatomik va funktsional ko'rsatkichlarning har tomonlama qiyosiy tavsifini o'tkazish otorinolaringologiyaning dolzarb vazifasidir.

Tadqiqot maqsadi. Bakterial va allergik rinosinusitda burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning klinik va funktsional parametrlarini o'rganish.

Tadqiqotda rinosinusit bilan kasallangan 65 ta bemor ishtirok etdi. Kasallikning etiologiyasiga ko'ra, bemorlar 2 ta tadqiqot guruhiga bo'lindi: allergik etiologiyali rinosinusitli asosiy guruh 1 va bakterial etiologiyali rinosinusit bilan 2 asosiy guruh. Barcha bemorlar burun bo'shlig'i va burun yondosh bo'shliqlarining klinik, anatomik va funktsional parametrlarini baholashni o'z ichiga olgan keng qamrovli otorinolaringologik tekshiruvdan o'tkazildi.

Tadqiqot natijalariga ko'ra, allergik etiologiyali rinosinusit bilan og'rikan bemorlarda burun bo'shlig'ining og'ir gipertrofiyasi va shilliq qavatining klirensi va hid funktsiyasining pasayishi bilan birga burun nafas olishida qiyinchilik va hidning pasayishi belgilari ustunlik qiladi. Bakterial etiologiyali rinosinusit bilan og'rikan bemorlarda burun to'sig'iningining deformatsiyasi va epiteliyning hid bilish va mukosiliar funktsiyasining kamayishi bilan birga yuzning og'rig'i va burun oqishi belgilari ustunlik qiladi. Allergik rinosinusitda burun shilliq qavatining shilliq qavatining klirensi va hid bilish funktsiyasining yaqqol buzilishi funktsional buzilishlarni qo'shimcha korreksiya talab qiladi.

Materiallar va usullar. Tadqiqot Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti klinikasi bazasida o'tkazildi. Tadqiqotda RS bilan kasallangan 65 bemor ishtirok etdi. Shikoyatlarni to'plash, kasallikning anamnez ma'lumotlari va klinik va laboratoriya tadqiqotlari asosida kasallikning etiologiyasi aniqlandi. Kasallikning etiologiyasiga ko'ra, bemorlar 2 ta tadqiqot guruhiga bo'lingan: asosiy guruh 1 - allergik RS bilan og'rikan

30bemor (14 erkak (46,7%) va 16 ayol (53,3%), o'rtacha yoshi $34 \pm 1,2$ yosh). etiologiyasi va asosiy guruh 2 - bakterial etiologiyali RS bilan 35 bemor (20 erkak (56,25%) va 15 ayol (43,75%), o'rtacha yoshi $26 \pm 1,5$ yil).

Nazorat guruhi 30 nafar bemor (15 erkak (50%) va 15 ayol (50%), o'rtacha yoshi $21 \pm 1,1$ yosh) dan iborat bo'lib, ular muntazam tibbiy ko'rikdan o'tgan va burun bo'shlig'i va paranasal sinuslar patologiyasi belgilarini ko'rsatmagan.

Barcha bemorlar keng qamrovli otorinolaringologik tekshiruvdan o'tkazildi. Subyektiv shikoyatlar bo'yicha bemorning ahvolining og'irligini baholash uchun vizual analog shkala (VASH) qo'llanildi - kasallikning klinik ko'rinadigan shakli 4 dan 7 ballgacha. Burun bo'shlig'ining holatini baholash uchun o'rganilayotgan patologiya bilan bog'liq anatomik va funktsional ma'lumotlarni tavsiflovchi ko'rsatkichlar ishlatilgan. Burun bo'shlig'i shilliq qavatining holatini baholash uchun old va orqa rinoskopiya amalga oshirildi, bu jarayonda uning vazokonstriktorlarni kiritishga reaksiyasi, burun yo'llarida patologik shilliq mavjudligi, endonazal anatomik tuzilmalarning holati, burun bo'shlig'ining to'sig'i, pastki va o'rta burun yo'llari va ostiomeatal majmuaning tuzilmalari aniqlandi. Bundan tashqari, tegishli proektsiyalarda burun to'sig'ining va BYB rentgenologik tekshiruvi o'tkazildi.

Burunning hid bilish funktsiyasini baholash V. I. Voyachekning an'anaviy usulida to'rtta hidli moddadan foydalangan holda amalga oshirildi. Burun shilliq qavati va paranasal sinuslar epiteliyining funktsional holatini baholash uchun kiprikli epiteliyning motor funktsiyasini o'rganish usuli qo'llanildi. Kiprikli epiteliyning tashish funktsiyasi saxarin testi yordamida baholandi. Sinov pastki burun yo'llarining oldingi shilliq qavatiga 3 milligramm saxarin kukunini qo'llashdan iborat. Funktsiya kukunni qo'llashdan og'izda Shirin ta'm paydo bo'lishigacha bo'lgan vaqt oralig'i bilan baholanadi. Olingan miqdoriy ma'lumotlarni statistik qayta ishlash o'rganilayotgan miqdorlarning o'rtach aqiymatlari, standart og'ishlar va o'rtacha qiymatning o'rtacha xatosi (Styudent koeffitsienti) hisoblangan amaliy dasturlar to'plamidan foydalangan holda shaxsiy kompyuterda amalga oshirildi. Farq $p < 0,05$ xatolik ehtimoli bilan statistik jihatdan ahamiyatli deb hisoblandi.

Natijalar. Ikkala tadqiqot guruhida rinosinusitning klinik ko'rinishlarining dinamikasi va intensivligini o'rganish shuni ko'rsatdiki, ikkala guruhdagi bemorlarda burun bitishi, burun bo'shlig'ining old va orqa qismlaridan shilliq ajralma borligi, og'riq va yoki yuzdagi bosilish hissiga o'xshash va hid bilishni pasayishi yoki umuman yoqolishi kabi shikoyatlarga ega.

Xulosa. Shunday qilib, allergik rinosinusitda burun shilliq qavatida giperplastik jarayonlar ustunlik qiladi, burunning nafas olishi, epiteliyning hid bilish va transport funktsiyalari buziladi, bu mukosiliar klirensning yanada jiddiy buzilishlarini ko'rsatadi. Bakterial rinosinusitda burun yondosh bo'shliqlari zararlanishi va burun to'sig'ining deformatsiyasi bilan bog'liq bo'lgan paranasal sinuslarning belgilari ustunlik qiladi. Allergik rinosinusitda burun shilliq qavatining mukosiliar klirensi sezilarli buzilishiga asoslanib, funktsional buzilishlarda qo'shimcha korreksiya tavsiya etiladi.

RESULTS OF ANALYSIS OF RS 1800895 592C>A POLYMORPHISM IN THE IL 10 GENE AMONG PATIENTS WITH CPRS*Khasanov U.S., Juraev J.A., Botirov A.J.**Tashkent Medical Academy**Uzbekistan*

Chronic polypous rhinosinusitis is a disease characterized by chronic inflammation of the nasal mucosa and sinuses. In the tissues of polyps and intranasal secretions, an increase in the concentration of various inflammatory mediators, in particular interleukins, is observed due to an increase in their synthesis de novo effector cells [1,2,3,4]. Particular importance is attached to increasing the concentration of cytokines involved in the development, recruitment and activation of eosinophils (IL-4, IL-12, IL-13, GM-CSF), the main pro-inflammatory ones (IL-1, IL-2, TNF- α , IL- 10), regulatory cytokines (IL-10, TLR 2 b), contributing to the chronicization of the inflammatory process in the nasal cavity [5].

Material and methods. In accordance with the purpose of the study and to fulfill the assigned tasks, clinical studies were carried out in 140 patients with CPRS and chronic rhinosinusitis, who were examined and treated in the ENT department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2017-20 .

Results and their discussions. A study was carried out on the distribution of alleles and genotypes of the rs 1800895 polymorphism in the IL10 gene among patients with CPRS, CRS and among relatively healthy individuals.

In the main group, a predominance of allele C frequency was noted compared to allele A, the frequencies of which were 80.64% versus 19.35 %, respectively . In the control group, the allele frequency C, amounting to 82.9% , also prevailed, compared to the frequency of occurrence of the A allele , equal to 3.4%. In general, the severity of the differences was at a high level of the rs 1800895 592 C>A polymorphism in the IL10 gene was also studied . In group 1, the homozygous genotype C /C was identified with the highest frequency , the detection frequency of which was 67.74%. Slightly lower values of this indicator were obtained when studying the frequency of detection of the heterozygous genotype C/A, amounting to 25.8 % (Table 1). At the same time, significantly lower occurrence values, amounting to 2.81%, were revealed in a study of the A/A genotype among patients with CPRS,

while in patients with CRS it was observed to be slightly higher than in patients with CPRS (5%).

The results of the analysis of the occurrence of alleles and genotypes of the rs 1800895 592 C>A polymorphism in the IL10 gene in group 2 patients with CRS and in the population sample.

During the study, it was found that both the occurrence of the allele C was 1 group of patients with CPRS 81.25%, this figure was low compared with the control group which was 96.58% ($\chi^2 =15.04$; $P=0.75$; $RR=0.84$; $OR=0.15$; 95% CI : 0.15-0.39), allele A statistically insignificantly prevailed in group 1, 18.75% ($\chi^2 =15.04$; $P=0.25$; $RR=1.18$; $OR=6.50$; 95% CI : 6.50-16.76). Homozygous genotype A/A ($\chi^2 =0.04$; $P=0.35$; $RR=1.21$; $OR=1.22$; 95% CI : 10.58-7.64) and heterozygous genotype C/A of the polymorphic locus rs 1800895 592 C>A in the IL10 gene in 2 .0 times tended to predominate among relatively healthy subjects, relative to patients with CPRS . These data indicate that it has protective properties against the development of CPRS ($\chi^2 =0.02$; $P=0.34$; $RR=1.05$; $OR=1.07$; 95% CI : 10.58-2.56).

The homozygous genotype C/C is characterized by the absence of differences in the frequency of its detection among relatively healthy individuals and among patients of group 1 in which its detection was at the same level ($\chi^2 =0.06$; $P=0.37$; $RR=0.96$; $OR=0.89$; 95 % CI : 2.71-2.05).

Conclusions. The identified significantly high frequency of this genotype in group 1 of patients with CPRS , compared with group 2 of CRS, also confirms our assumption about the protective role of the genotypic variant A/A polymorphism rs 1800895 592 C>A in the IL10 gene , in relation to the development of CPRS in patients (6.45% versus 5.0%, respectively, with $\chi^2 =0.02$; $P=0.45$; $RR=1.17$; $OR=1.18$; 95% CI : 8.557-8.942). This fact is probably due to the fact that in carriers of the A/A genotype of the IL10 gene , the anti-inflammatory activity of epithelial matrix metalloproteinases is significantly increased compared to patients carrying other genotypic variants.

RESULTS OF ANALYSIS OF A1188C RS 3212227 POLYMORPHISM IN THE IL 12B GENE AMONG PATIENTS WITH CPRS

*Khasanov U.S., Djuraev J.A.
Tashkent Medical Academy
Uzbekistan*

Material and methods. In accordance with the purpose of the study and to fulfill the assigned tasks, clinical studies were carried out in 140 patients with CPRS and chronic rhinosinusitis, who were examined and treated in the ENT department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2017-2019. The examined patients met the following criteria: the presence of polypous tissue in the nasal cavity, wiping the general nasal passage completely or by at least 50%; complaints of prolonged difficulty in nasal breathing; according to the patient, the disease significantly reduces his quality of life; absence of acute inflammatory pathology; written informed consent for surgical treatment and morphological examination of surgical material.

Results. Taking into account the fact that the detection of allele A prevailed in all groups of the study. It should be taken into account that the frequency of detection of allele A in group 1 slightly prevailed relative to its values in group 2 and the control group. The frequency of detection of allele C, on the contrary, was slightly higher among patients of group 2, relative to its frequency in group 1 and the population sample. A study of the distribution of genotypes showed that the homozygous genotype A/A was slightly higher, almost 1.2 times more often detected in group 1. 80.64%, while the frequency of detection of the heterozygous genotype A/C was insignificantly 1.1 times higher among patients with CRS group 2. The opposite situation could be observed when studying the homozygous genotype C/C, which was not identified among all study groups.

The analysis showed that if the frequency of detection of allele A did not have statistically significant differences in detection in groups 1 and control, however, there was a tendency to increase its detection among patients with CPRS ($\chi^2=0.07$; $P=0.2$; $RR=1.01$; $OR=1.14$; $95\% CI: 4.13-3.09$), while allele C, on the contrary, was characterized by a tendency to increase its occurrence among relatively healthy individuals ($\chi^2=0.07$; $P=0.7$; $RR=0.98$; $OR=0.87$; $95\% CI: 1.68-2.33$).

Analysis of the frequencies of detection of the A/A

genotype showed that among patients with CPRS this genotype was detected statistically insignificantly less than 1.1 times more often than in the group of relatively healthy individuals ($\chi^2=0.08$; $P=0.2$; $RR=1.03$; $OR=1.17$; $95\% CI: 4.55-3.34$). A study of the distribution of the A/C genotype showed the same picture, according to which a slight and statistically insignificant prevalence was found - 1.1 times the frequency of its detection in the control group of conditionally healthy individuals, relative to the detection values of this genotype in patients of group 1 with CPRS ($\chi^2=0.08$; $P=0.3$; $RR=0.88$; $OR=0.85$; $95\% CI: 3.890-2.44$).

Conclusion. Thus, our data confirm the complexity of the genetic mechanism for the development of polyposis processes in patients with CPRS and indicate the need and importance of understanding complex gene interactions when analyzing the development and clinical stage of the pathology under study. Analyzing the prevalence of genotypic variants of this polymorphism, we identified a direct association monogenotype C/C polymorphism A1188C rs 3212227 in the IL 12B gene with the development of polyposis processes.

In addition, these data emphasize the prognostic significance of the C/C genotype of the rs1800896 polymorphism of the IL -12B gene in the development of CPMS. In carriers of this genotype, the relative risk of developing CPRS increases by more than 3 times, compared with carriers of other genotypic variants of the rs 3212227 polymorphism of the IL 12B gene.

The absence of significant differences in the prevalence of IL12B gene genotypes among relatively healthy donors and patients with CRS may be explained by the fact that the presence of unfavorable polymorphism, in itself, is not sufficient for the development of this disease. In genetically predisposed individuals, CPRS will develop according to the pattern of interaction in the genotype-phenotype (gene-environment) system. At the same time, the presence of unfavorable genotypic variants may affect the clinical course of the disease.

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF NASAL TAMPONADE ON THE QUALITY OF LIFE IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

*Khasanov U.S., Shaumarov A.Z.
Tashkent Medical Academy
Uzbekistan*

Deviated septum is the most common pathology in the practice of an otorhinolaryngologist. According to different authors, among the adult population, the incidence of deviated septum of the nose is in the range from 60 to 97%. Some types of curvature do not cause any subjective sensations and indirectly related pathological conditions, therefore, do not require surgical treatment. Others lead to a long-term disruption of nasal breathing, which causes a number of problems, including the development of chronic rhinitis, sinusitis, pathology of the middle ear and Eustachian tube, diseases, including chronic ones, of the pharynx, larynx, and lower respiratory tract [1]. Reflexes arising from the mucous membrane of the nasal cavity regulate and maintain the normal functioning of the whole organism as a whole [2]. Violation of nasal breathing leads to chronic hypoxia of the brain, which in turn is accompanied by increased fatigue, decreased attention and performance, and a decrease in intellectual potential [3]. Only the normal functioning of the nose is one of the basic conditions for healthy physical and mental development [4,5].

Removal of tampons from the nasal cavity is associated with discomfort and pain in patients, regardless of the timing of tamponade; as well as a high probability of trauma to the mucous membrane and displacement of the elements of the restored septum.

The aim of our study was to determine the effect of anterior tamponade on the physical condition and quality of life of patients in the early postoperative period after septoplasty and to offer an alternative to anterior nasal tamponade, which would eliminate its negative impact and achieve tight adhesion of the mucosal septum sheets, minimizing postoperative bleeding and septal hematomas. nose.

Material and methods. We used collagen hemospong, which consists of two active substances - collagen, prepared from the skin or tendons of cattle. When applied to the wound surface, the collagen hemosponge polymerizes to form an elastic fibrin film. This process repeats the main stages of the physiological process of blood coagulation and allows you to stop diffuse bleeding, glue and fix tissues, and also accelerate wound healing. In the course of healing, the formed clot of fibrin "glue" is completely absorbed. Collagen Hemo Sponge metabolized in the same way as endogenous fibrin, due to fibrinolysis and phagocytosis. Standard measures have been taken to prevent transmission of infection due to

the use of products derived from human blood or plasma, namely: selection of donors, screening of harvested blood plasma for specific markers of infection, and incorporation of effective virus inactivation steps into production.

Results and discussion. A comparative assessment of the quality of life of patients in the early postoperative period revealed no statistically significant differences between groups in all compared criteria, starting from C.5 ($p < 0.05$).

When assessing the relationship with anterior tamponade, which was used only in the 1st and 2nd groups, when determining the quality of life of patients, the presence of homogeneity in the 3rd group was revealed. Highly significant differences ($p < 0.01$) were determined between groups in C.1, 2 and 3 according to the criterion drinking from a cup, showing a higher quality of life in patients of the 1st and 3rd groups. This was also confirmed by significant differences ($p < 0.05$) according to the criterion sit in bed at points 1 and 2, at the same control points there were high significant statistically significant differences ($p < 0.01$) according to the criteria getting out of bed and nausea. When processing data were determined highly significant differences ($p < 0.01$) in S. 1, 2, 3 and significant differences ($p < 0.05$) in S. 4 according to the criteria walking 10 m and walking 50 m. All four control points showed high significant differences ($p < 0.01$) according to the criteria physical pain and general weakness. According to the criterion dizziness in C.1 and 2 were noted high significant differences ($p < 0.01$), and at the point of difference between groups are statistically significant ($p < 0.05$). According to all the studied criteria, a significant deterioration in the quality of life in the early postoperative period was determined in patients of the 2nd group compared with the 1st and 3rd groups.

Conclusions.

1. The presence of anterior tamponade in the early postoperative period after septoplasty adversely affects the physical condition of patients, thereby reducing the quality of life.

2. The use of a collagen hemosponge is the most acceptable alternative, which makes it possible to eliminate the negative impact of anterior nasal tamponade and achieve tight adhesion of the septal mucosa sheets, as well as fixation of reimplanted and reconstructed bone and cartilage fragments between them, minimizing postoperative bleeding and hematomas of the nasal septum.

THE ASSESEMENT OF THE EFFECTIVENESS OF PROBIOTIC STREPTOCOCCUS SALIVARIUS K12 IN PATIENTS WITH CHRONIC PHARYNGITIS CAUSED BY GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Khayruddinova Z.R., Khaydarova G.S.

Tashkent Medical Academy

Uzbekistan

Chronic pharyngitis (CP) is an extraesophageal manifestation of gastroesophageal reflux disease (GERD). It was found that only 11.5% had no concomitant pathology and chronic pharyngitis prevailed in 70.5% of the diagnosed diseases when studying the otorhinolaryngological status of outpatients suffering from GERD. CP leads to morphological changes in the mucous membrane as well as changes of microbiome in the pharynx.

Aim: to evaluate the role of probiotic *Streptococcus salivarius* K12 in patients with chronic pharyngitis caused by GERD.

Material and methods: we studied 30 patients with chronic pharyngitis caused by GERD. For diagnosis microbiological smears from the posterior wall of the oropharynx were performed.

Results. According to microbiological data from the posterior wall of the oropharynx there was the growth of microorganisms such as *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus saprophyticus*, *Streptococcus viridans*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumonia*, *Gemella haemolysans*. The number of detected microorganisms ranged within 104-106 CFU. There also was found a combination of several microorganisms in some swabs from the pharynx. *Staphylococcus aureus* was diagnosed in 20

(66,7%) cases, *Streptococcus saprophyticus* – in 5 (16,7%), *Streptococcus viridans* – in 6 (17,1%), *Klebsiella pneumoniae* – in 4 (11,4%), *Streptococcus pneumonia* in 2 (6,7%) patients, *Gemella haemolysans* in 1 (3,3%) case. Also *Streptococcus haemolyticus* of group B was diagnosed in 1 (3,3%) case. All patients were prescribed a standard GERD therapy, as well as an oral probiotic containing *Streptococcus salivarius* K12 strains to dissolve before bedtime. A smear from the throat was performed again 1 month after treatment. According to our data, the titer of detected microflora decreased from 105 - 106 to 102 - 103 CFU after 1 month's treatment with oral probiotic. Although the microbial composition of the posterior pharyngeal wall didn't change significantly after treatment, there were changes in the amount of the microbiota

Conclusion. Chronic pharyngitis caused by GERD is accompanied by a change in the microbiota of the oropharynx with a predominance of opportunistic microorganisms in quantities exceeding the norm. The use of oral probiotics in the treatment of CP associated with GERD seems promising. The oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12 does not statistically significantly affect the composition of the microbiota, however, it helps to normalize and maintain a normal amount of oropharyngeal microbiota.

CORRELATION BETWEEN DENTAL PLAQUE AND CHRONIC TONSILLITIS*Khodjaeva N.Kh.**Tashkent state dental institute**Uzbekistan*

Bacteria could cause diseases, such as tonsillitis, which is known as an inflammation of the palatine tonsils, usually due to Group A Streptococcus pyogenes (GAS), or less commonly, to a viral infection. Tonsillitis is the most common disease encountered by otorhinolaryngology (ear, nose, and throat [ENT]) surgeons, pediatricians, and general practitioners, in their daily practice, which occurs more prominently in patients below the age of 15 years old and has a higher tendency of affecting males over females. The tonsils are situated in areas where microorganisms are teeming, enabling the passage of organisms through areas of deficient epithelium, bearing the effect of individual attacks of tonsillitis.

Material and methods. In this cross-sectional study consisting of sixty patients, thirty patients with chronic tonsillitis (study group) and thirty with no chronic tonsillitis (control group) were included. The age group of the patients was between 3 and 12 years for both males and females. A larger sample size would have given a wider perspective to the investigation. The swab samples were collected under supervision of an ENT doctor. Samples from dental plaque of the cervical area of upper molar teeth and medial surface of the tonsils were obtained. Bacteria were cultured by streaking them into four quadrants on blood agar. Isolation was done by a standardized procedure for each patient to identify the microorganisms in aerobic and anaerobic bacteria for dental plaque and tonsil samples. All the plates were incubated at 37°C for 48 h. For bacterial growth, we used the anaerobic jar with gas. After bacterial growth, we made two colonies on each microscopic slide. Cedar oil on oil immersion lens was applied for microscopic reading. In addition, we used the optochin disc to differentiate between Streptococcus pneumoniae and Streptococcus viridans. We used the metabolic capability, microscopic reading, and biochemical reaction for recording all the samples.

Results. On isolating the aerobic bacterial strains from dental plaque, it was found that *S. pneumoniae* percentage was 38.5% in control group, and 32.6% in study group; *S. pyogenes* was 20.5% and in 22.5% in study group *S. hemolyticus* was 23.1% for control group and 27% in study group; Streptococcus salivarius was 16.7% for control and 4.5% for study group; *Candida albicans* was 1.3% for control group and 4.4% for study group. Streptococcus oralis and Streptococcus mutans were found only in the study group, with three species for each one (3.4%) and Peptostreptococcus with Streptococcus mitis one species for each one which is 1.1%. In aerobic tonsils, we found *S. pneumoniae* percentage was 30 was 32.6%

in controlled group and 40.3% in study group, *S. pyogenes* was 26.1% in controlled group and 20.8% in study group, *S. hemolyticus* was 21.7% for controlled group and 25% for study group, *S. salivarius* was 19.6% for controlled 8.3% for study group, Peptostreptococcus found only in study group two species 2.8%. *S. mitis* and *S. mutans* only found in study group about one species for each one 1.4%. In anaerobic dental plaque, we found Streptococcus sanguis percentage was 23.9% in controlled group and 22.8% in study group, *S. mutans* was 20.5% in controlled and 13.4% in study, *S. mitis* was 22.2% for controlled group and 11.8% for study, *S. viridans* was 12% for controlled and 14.2% for study group, *S. pyogenes* was 2.6% in controlled and 18.1% in study group, *C. albicans* was 3.4% for controlled and two 1.6% for study group. In anaerobic tonsils situation we found, *S. mutans* 26.2% in controlled and 22.3% in study, *S. mitis* was 23.3% for controlled group and 19.6% for study, *S. viridans* 19.4% for controlled and 19.6% for study group, *S. pyogenes* was 12.6% in controlled and 16.1% in study group, *S. hemolyticus* 18.4% for controlled and 21.4% for study group. *S. salivarius* was found only in study group (0.9%). Using Chi-square program, it was found that there was no statistical difference between the results for the control group and the study group as $P = 0.076$. Aerobic *S. pyogenes* in the plaque of the control and test groups (16 species [20.5%] and 20 species [22.5%], respectively) reflect approximately the same amount in the tonsillitis control and test groups (24 species [26.1%] and 15 species [20.8%], respectively). For the anaerobic *S. pyogenes*, it was found that the plaque in the test group (23 species [18.1%]) reflects approximately the amount in the tonsils (18 species [16.1%]). In the control group, anaerobic *S. pyogenes* in plaque showed a significant difference in the amount in tonsils with a percentage of 2.6% and 12.6%, respectively, and the low percentage may be because of the fact that in an anaerobic environment, surviving bacteria grow and depend on oxygen for the adenosine triphosphate production.

Conclusion. Keeping into consideration the limitations of our study, it may be concluded that isolation of tonsillitis-causing organisms from supragingival dental plaque may have a role in the etiology of chronic tonsillitis, as plaque may act as a reservoir for lodging of these potentially harmful organisms. Therefore, emphasizing the need for maintaining good oral hygiene in order to prevent harboring of these bacteriological colonies may affect the patient's quality of life. However, further conclusive studies may be required to further validate this hypothesis.

BURUN BO`SHLIG`I XAVFSIZ QON TOMIR O`SMALARNING TASHXISLASHDAGI O`ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Lutfullayev G.U., Hamrayev F.H., Ne'matov O'.S

Samarqand tibbiyot universiteti

O'zbekiston

Kirish: Qon tomir o'smalari odamning barcha yaxshi sifatli o'smalarining 1-7% gacha. Ushbu o'smalarning 60 dan 80% gacha bo'lgan qismi bosh sohasida joylashgan. Burun bo'shlig'i gemangiomasini noodatiy joy deb hisoblanishiga qaramay, uning barcha neoplazmalar tarkibida ulushi 2-3% ni, yaxshi sifatli esa 7% ni tashkil qiladi. Gemangioma barcha yosh guruhlarida uchraydi: bolalar va o'smirlar; reproduktiv yoshdagi ayollar, keyin esa 40 yoshdan oshgan guruhda teng taqsimlanish mavjud. Bu tezisda erta tashxislash va uni o'z vaqtida davolashga qaratilgan.

Tadqiqot maqsadi: Burun bo'shlig'ining yaxshi sifatli qon tomirlari bo'lgan bemorlarni diagnostika qilish va kompleks davolash samaradorligini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari: 2020 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda bizning nazoratimiz ostida 52 burun bo'shlig'idagi yaxshi sifatli o'sma bilan kasallangan bemorlar va 15 nafar sog'lom ko'ngillilar SamDMU 1-sonli klinikasiga Otorinolaringologiya bo'limiga murojaat qilishgan.

Olingan natijalar: Klinik simptomlardan eng erta va eng keng tarqalgani burundan qon ketish bo'lib 81,4%, ko'p hollarda bir tomonlama bo'lib, burun bo'shlig'idagi yaxshi sifatli tomirli o'smalarning (BBYSTO') joylashuvi tomoniga to'g'ri keldi.

Chastotasi bo'yicha ikkinchi o'rinni burun orqali nafas olishning buzilishi egallaydi- bemorlarning 77,4% to'g'ri keladi. Barcha bemorlar o'simta yo'nalishi bo'yicha nafas olishda qiyinchiliklarga duch kelishdi va faqat 10,1% hollarda burun bo'shlig'ining qarama-qarshi tomonida ham o'zini namoyon qildi. Hid sezishning buzilishi ham 48% hollarda BBYSTO'ning

keng tarqalgan ko'rinishlaridan biri.

Orqa rinoskopiya burun orqa chig'anoqlarining gipertrofiyasi aniqlangan- bemorlarning 18,6% da; xoananing o'sma bilan yopilishi- 8,9%. Burunhalqum bo'shlig'ida oqindi to'planishi va uning halqumning orqa devori bo'ylab oqishi- 18 (17,6%) bemorlarda kuzatilgan.

Orofaringoskopiya halqum orqa devori bo'ylab oqma ajralishi va halqum shilliq qavatiga tasir etishi, buning natijasida bemorlar tomoq og'rig'idan, shuningdek: 10 (26%)- tish karesi, 15 (24,6%)- surunkali faringitdan shikoyat qilganlar. 15 bemorlardan- surunkali tonzillit (shundan 3 (37,5%) oddiy tonzillit, 5 (7,2%) I darajali toksik-allergik shakli bilan.). I guruhdagi 4 (3,9%) bemorda o'simta og'iz bo'shlig'i tubida shakli o'zgargan qattiq va yumshoq tanglay aniqlangan.

Burun endoskopiyasi 49 (67,4%) bemorda amalga oshirildi: davolashdan oldin va keyin BBYSTO' bilan 35 (56,9%). BBYSTO'ning 22 (21,6%) (shifokor yo'llanmasiz 9 bemorga MSCT o'tkazildi) va 12 (11,8%) bemorda MRT (3 nafari shifokor tavsiyasiz) o'tkazildi. MSCT va MRT asosida barcha tekshirilgan bemorlarda tashxis tasdiqlandi.

Xulosa: Klinik amaliyotda, diagnostikada va davolashda gemangiomalar juda o'xshash bo'lib, ularning dastlabki belgilarini aniqlash qiyin va hali hamon yaxshi o'rganilmagan. Ushbu o'smalarning katta qismi gistologik tuzilishiga ko'ra yaxshi sifatli hisoblanadi. Keng tarqalgan belgilardan: burundan qon ketish, nafas va hid bilishning buzilishi kuzatilgan. Bemorlarni barcha tekshiruv uclardan o'tqazdik va eng ishonchli ma'lumotni MRT bera oldi (erta tashxislashda).

RINOSINUSITLARNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV

*Nurov U.I. Boboqulova D.F .
Buxoro davlat tibbiyot instituti
O'zbekiston*

Kirish: Burun va paranasal sinuslarning kasalliklari yuqori nafas yo'llarining eng ko'p uchraydigan patologiyalaridan biridir. Rinologiyada yangi diagnostika va davolash usullari joriy etilganiga qaramay, burun va paranasal sinuslar kasalliklari darajasini pasaytirish tendensiyasi kuzatilmadi. Burun shilliq qavati va paranasal sinuslarning o'tkir va surunkali kasalliklarining o'sishiga hozirgi noqulay ekologik vaziyat, allergik va respirator virusli kasalliklar sonining ko'payishi va mahalliy va umumiy immunitetning pasayishi yordam beradi.

Paranasal sinus yallig'lanish kasalliklarida burun shilliq qavatiga dori vositalarining mahalliy qo'llanganda yallig'lanish o'chog'ida preparatlarning konsentratsiyasi 100-120 marta yuqorini tashkil etishini aniqlangan. Buni hisobga olgan holda, burun va paranasal sinus kasalliklarini davolash uchun mahalliy dori vositalaridan foydalanish asosiy bo'lishi kerak. Rinosinusit uchun kompleks terapiya burun va paranasal sinuslarning shilliq qavatiga umumiy va mahalliy dorivor ta'sirlarning kombinatsiyasini o'z ichiga olishi kerak.

Burun va paranasal sinus kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tashxislash va davolashni takomillashtirish ushbu kasalliklarni samarali patogenetik davolashni amalga oshirish va relapslar sonini kamaytirish imkonini beradi.

Bugungi kunda yuqori nafas yo'llari yallig'lanish kasalliklarini davolash uchun yangi samarali va xavfsiz preparatlar tanlash zarur. Hozirgi kunda ustuvor vazifalardan biri mahalliy o'simlik asosida dori vositalari ishlab chiqarishdir. Farmasevtika bozorida mavjud bo'lgan ko'plab dori vositalari otolaringologlar oldida burun va paranasal sinus kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashning oqilona va xavfsiz usullarini tanlash vazifasini qo'yadi. O'simlik preparatlari har tomonlama tanaga past toksiklik va yuqori samaradorlik bilan ta'sir qilishdek noyob xususiyatlarga ega. O'simlik preparatlari nafaqat davolash uchun, balki kasalliklarning oldini olish uchun ham qo'llashda imkon beradi. Mahalliy Farmasevtika sanoatining oldida turgan dolzarb vazifa dorivor o'simlik xom ashyodan ekstraktlar ishlab chiqarishdir. O'simlikning biologik faol moddalari (or ganik kislotalar, alkaloidlar, glikozidlar, fenolik birikmalar va boshqalar) yaxshi o'rganilgan. Eng muhim vazifa dorivor o'simliklarni qayta ishlash. Tabiiy biologik faol moddalar sintetikaga eng yaxshi alternativ- kimyoviy moddalar, chunki ular evolyutsion inson tanasiga yaqin, deyarli nojo'ya ta'siri yo'q va ularni metabolik jarayonlarda o'rganish oson. JSST ma'lumotiga qaraganda dorivor o'simliklarning ijobiy ta'siri bir necha baravar yuqoriligi qayd etilgan.

Kurkuma o'simliklardan foydalanish adabiyotlarda taqdim etilgan. Biroq, o'tlar kombinatsiyasi burun bo'shlig'ini yuvishda ishlatilishi hali o'rganilmagan.

Kurkuma (lat. Curcuma) - zanjabil oilasidan ko'p yillik o't o'simlik. Ushbu turdagi ko'plab turlarning poyalari efir moylari va sariq bo'yoqlarni (Kurkumin) o'z ichiga oladi va ziravorlar va dorivor o'simliklar sifatida o'stiriladi. Ziravor sifatida eng keng tarqalgan kurkuma uzun (Curcuma longa) quritilgan ildiz kukuni ishlatiladi. Yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega kurkuminni o'z ichiga oladi. Kurkumaning shifobaxsh xususiyatlari Hindistonda qadim zamonlardan beri ma'lum bo'lgan. Kurkuma "tanani tozalaydi" deb ishonilgan. Ba'zi nashrlarda kurkumaning immunomodulyator xususiyatlari haqida xabar

berilgan. Quruq ekstraktlar zamonaviy tezlashtirilgan usulda olinadi. Uzun kurkuma quruq ekstrakti qizg'ish-sariq rangli, ziravor hidli kukun. Kurkuma tarkibidagi efir moyi bakteriyalar ko'payishining oldini oladi.

Kurkuma ildizpoyasidan olingan quruq ekstrakt tarkibidagi kurkuminoidlar, aromatik kislotalar, uglevodlar bilan bir qatorda temir, mis, molibden, rux, selen kabi mikroelementlar optimal miqdorda mavjudligi aniqlandi. Olingan natijalarga asosan ushbu ekstraktlarni dori vositalari hamda ozuqaga biologik faol qo'shimchalar tarkibiga kiritish maqsadga muvofiqligi aniqlangan. Kurkumadan olingan quruq ekstrakt (Sigsima longa l.), sifat ko'rsatkichlari talablarga javob berishi isbotlangan. Kimyoviy dori vositalarini yaratishda katta muvaffaqiyatlarga qaramay, o'simlik preparatlariga va ularning faolligiga katta qiziqish saqlanib qolmoqda. So'nggi paytlarda tez rivojlanayotgan texnologiya biologiya, tibbiyot va farmakologiya sohasidagi ilmiy tadqiqotlar tasdiqlaydi.

O'simlik preparatlari har tomonlama tanaga past toksiklik va yuqori samaradorlik bilan ta'sir qilishdek noyob xususiyatlarga ega. O'simlik preparatlari nafaqat davolash uchun, balki kasalliklarning oldini olish uchun ham qo'llashda bu imkon beradi. Butun dunyoda qo'llaniladigan dorivor ba'zi o'simlik preparatlari o'zlarining antiseptik xususiyatlari bilan mashhur. Turli hududlardagi o'simlik mahsulotlaridan tayyorlangan dori vositalari assortimentini tahlil qilish shuni ko'rsatadi mahalliy ishlab chiqarilgan dori vositalarining ulushi sezilarli darajada kam. Shu munosabat bilan mahalliy immunomodulyatorlarning yangi manbalarini ishlab chiqarishni o'rganishga qaratilgan sa'y-harakatlarga qaratilgan tadqiqot o'tkazish dolzarbligini ko'rsatdi.

Tadqiqotning maqsadi: Katta yoshli aholi orasida o'tkir rinosinusitni davolashni optimallashtirish mezonlarini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiali va tekshirish usullari. Ilmiy ish BVKTTM Otorinologiyaga bo'limi, "BUXORO LOR MED CENTRE" klinikasi va Shahar oilaviy poliklinikalarida o'tkir rinosinusit tashxisi bilan davolanayotgan 120ta bemorlarda va Buxoro davlat tibbiyot instituti ilmiy va vivariy laboratoriyasida 45ta nasilsiz kalamushlarda olib borilgan izlanish natijalariga asoslangan.

Taklif etilgan tekshirish usullari: Tekshirishlar Buxoro davlat tibbiyot institutida olib borildi. Otorinologik, klinik-laborator, biokimyoviy va immunologik ko'rsatkichlari tekshirildi.

Olingan natijalar: O'tkir rinosinusit belgilari bo'lgan katta yoshli bemorlar guruhlarini tekshirishdan olingan ma'lumotlarni tahlil qilish natijalariga ko'ra, eksperimentdan o'tkazilgan dorivor o'simliklardan tayyorlangan mahsulotni foydali xususiyatlarini isbotlandi. Davo algoritmi ishlab chiqildi.

Xulosa: O'tkir rinosinusitning zamonaviy davolash uchun tavsiya etilgan mezonlarni ishlab chiqildi va otorinologiyaga amaliyotiga joriy etildi.

O'tkir rinosinusit bilan kasallangan bemorlarni erta zamonaviy tashxislash va davolash, asoratlarning oldini olish, mehnatga layoqatsizligini hamda bemorlar nogironligini oldini olishga xizmat qiladi.

OPTIMIZATION COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC ADENOIDITIS

*Nurov U.I., Ikramova F.S.
Bukhara State Medical Institute
Uzbekistan*

Relevance. Treatment of chronic adenoiditis is an urgent problem of childhood rhinology. Medical and social significance is due to both the increase of up to 60% in the last decade of morbidity and the associated economic costs, and the role of the pharyngeal tonsil in the formation of mucosal immunity, which protects not only the nasopharynx, but also the nasal mucosa, rhinotubar zone and paranasal sinuses.

Chronic pathology of PT with its hypertrophy and rhinosinusitis, tubotites, chronic tonsillitis close the "vicious circle", being one of the factors in the formation of a contingent of frequently ill children. This is also facilitated by slowing down the age-related reduction of adenoid vegetations. Despite the apparent simplicity of diagnosis and treatment, many issues related to the etiology and pathogenesis of CHA remain debatable.

Considerable attention is paid to the issue of conservative treatment of adenoids, however, the imperfection of existing methods does not solve the problem of chronic nasopharyngeal infection in childhood, since they do not completely eliminate pathogenic microflora, while adenotomy is also a way to remove biofilms to reduce bacterial contamination.

A significant contribution to the scientific and technical solution of the problem of surgical rehabilitation of ENT organs was made by the work of domestic scientists. The parameters of photodynamic therapy providing a high sanitizing effect and harmlessness to the macroorganism were determined, the features of reparative processes in adult patients with chronic purulent rhinosinusitis and tonsillitis were studied.

The aim of the study. To evaluate the functional effectiveness of complex therapy of chronic adenoiditis in children using phototherapy.

Materials and methods. In the period from 2021 to 2022, we examined 70 children who applied to the Bukhara Regional Children's Multidisciplinary Medical Center ENT department. The age distribution was as follows: children of the first year (7 months to 11 months) – 2 (3%), early age (from 1 to 2 years) – 16 (22.8%), preschool (3 I – 6 years) – 33 (47.2%) and school age (7 I – 11 years old) – 19 (27.3%) children. Patients of preschool age (from 3 to 6 years, 47.2%) prevailed among the patients.

The first batch included 30 sick children: a traditional conservative treatment with a diagnosis of chronic adenoiditis and photodynamic therapy. The second group included 40 sick

children who received a traditional conservative treatment with a diagnosis of: chronic adenoiditis.

Results and their discussion. Pathological changes in the GM, nasal cavity, and ONP were accompanied to varying degrees by pronounced functional disorders, primarily respiratory. In most patients, nasal obstruction was moderate, but about a third of children under 5 years of age had indicators of the total volume flow of SOP below 90 cm³/s. The severity of the changes also depended on age; at the beginning of treatment, a group of 6-7-year-olds showed more pronounced disorders.

The total resistance (SS) did not have large age differences, which, apparently, characterized precisely the degree of increase in GM, which is the main obstacle and causes nasal obstruction to a greater extent than swelling of the nasal mucosa. With comparable PARM indicators at the beginning of treatment, in group I, SOP normalized quickly, almost after the first procedure, which contributed to the adherence of patients and their parents to the phototherapy type of treatment.

In general, in group I, by the 3rd visit, the SOP indicator reached the age norm and improved 1.6 times in children under 5 years old, and 2 times in children over 5 years old, showing significantly 3-4 times better results than in group II patients ($p < 0.05$), in of which the increase was only 9-23%, depending on age. At the same time, differences in SOP before and after treatment in children under 5 years of age in group II were not significant ($p = 0.6$). In terms of reducing the total resistance to air flow, the children of group I also showed 20 times better results, having a decrease in CC by 30-45% depending on age, while in group II this indicator decreased only by 4-6% and had no significant differences before and after treatment ($p < 0.05$).

Conclusion. The use of photodynamic therapy in the complex therapy of chronic adenoiditis eliminates tubar dysfunction and snoring 5 times faster and normalizes nasal breathing 3 times faster than with traditional treatment, improving the indicators of anterior active rhinomanometry in total volume flow 4 times, and in total resistance 20 times, which indicates adequate inclusion of hypertrophied pharyngeal tonsil to the zone of therapeutic effect of the new method.

PRE-CLINICAL TESTS OF DOMESTIC COLLAGEN

*Usmanova D.R., Radjabov O.I., Shomurodov K.E., Mukimov O.A.
Tashkent State Dental Institute
Uzbekistan*

Gum recession is usually called apical displacement of the gingival margin. this mento -enamel junction exposing the surface of the tooth root. Normally, the gingival margin is located 1–2 mm coronal to the cemento-enamel junction. To diagnose gum recession, it is necessary to ensure that the root surface is exposed and to visualize the cemento-enamel junction (CEJ). The depth of gingival recession is measured with a periodontal probe from the CEJ to the most apical point of the gingival margin. Apical to the gingival margin is the periodontal sulcus, and by probing it, the general loss of attachment can be determined. Today, the occurrence and choice of a method for eliminating gum recession is a pressing issue not only in domestic but also in foreign dentistry. Much attention is paid to the relationship between recession and various etiopathogenetic factors. Thanks to long-term results, it is possible to judge the long-term assessment of the effectiveness of the treatment. Gum recession is widespread. This pathology according to Smirnova S.S. occurs in 77.2% of cases, most often in patients with a deficiency of keratinized gums and a thin phenotype. According to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery of Poland, the prevalence of gum recession is over 60% of the population, regardless of ethnicity and age.

Today, there are a large number of collagen-containing membranes on the market, most of them effectively perform barrier functions, but their insufficient thickness does not allow achieving a significant increase in the volume of soft tissues. In contrast, a collagen matrix with a combined structure helps to replenish soft tissue defects during a single operation, even with soft tissue deficiency, but the possibilities of its clinical use have not yet been sufficiently studied. [1,2,4].

Due to the widespread prevalence of diseases such as recession periodontitis , erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa, alveolitis, the choice of optimal treatment tactics and effective remedies remains a serious problem. Gels make it possible to specifically provide a high concentration of medicinal substances directly at the site of the lesion, have optimal rheological properties, and ensure the most complete and rapid release of the main active substances.

The most promising excipients are collagen and hyaluronic acid, which are distinguished by their prolonged action, regenerative properties, indifference and are widely used in pharmaceutical technology, in particular for the creation of soft dosage gel forms. The stability of the gels will be studied using long-term testing, since they contain thermolabile substances of natural origin.

Purpose of the study. Analysis of the concentration of collagen preparations to increase gum volume.

Materials and methods of research . To achieve this goal, a collagen “ bioplant ” was used, prepared at the Institute of Biochemistry named after Academician A.S.Sadikov, and vitreous

body and physiological solution were used as a solvent. 5%, 10% and 15% solutions of collagen injection solvents were prepared.

The technological process for producing the gel consisted of several stages. At the stage of auxiliary work, preparation of auxiliary and medicinal substances and materials was carried out.

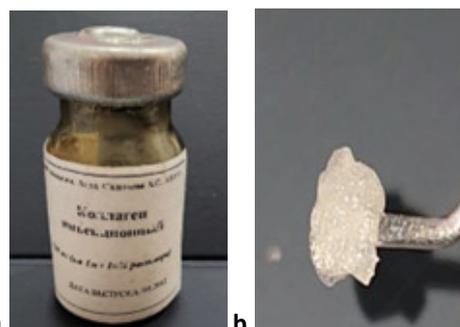


Figure 1. a. Primary state of collagen . b . State when mixed with the first solvent. (in the form of porridge)

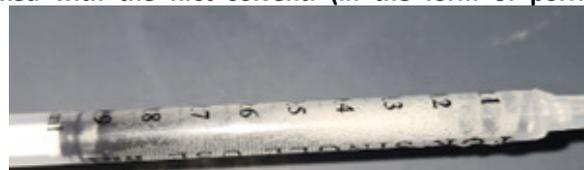


Figure 2. The state of collagen dissolved in the first solvent and placed in a 35-degree bath.

At the first stage, a porridge-like base was obtained (Fig. 1 b.). For this purpose, biopant collagen was dissolved in the vitreous in volumes of 0.5 ml, 1 ml and 2 ml . After which the solution was placed in a bath of water at a temperature of 35 0 for 5 minutes . At this stage, a gel is obtained, which is a homogeneous white mass with a weak characteristic odor (Fig. 2.). The most optimal gel model turned out to be model No. 2 (1 ml of vitreous humor diluted in a 10 percent collagen solution), which, due to its consistency, is convenient for placement in a periodontal pocket and longer exposure to the lesion. Other compositions were not suitable in their consistency, as they were thin or thick, which was inconvenient from the point of view of application, and also differed in that the system underwent delamination and lost its structural and mechanical properties [3,5]. An evaluation is currently being carried out . quality of gels according to the draft Temporary Analytical Normative Documents.

Conclusion: Thus, the pharmaceutical development of gels based on collagen and hyaluronic acid for use in dental surgery has been carried out. Research on quality control, determination of storage conditions and periods, and preclinical trials are ongoing.

APPLICATION OF BUCCAL FAT PAD ON LATERAL DEFECTS DURING PALATOPLASTY AND ITS INFLUENCE ON LOCAL HEMODYNAMICS

Shaeva R.G., Shomurodov K.E.
Tashkent State Dental Institute
Uzbekistan

Introduction: Surgical treatment of congenital cleft lip and palate (CCLP) is one of the most relevant areas of pediatric maxillofacial surgery due to the lack of a generally accepted "gold" standard. Each method of palatoplasty is associated with a certain risk of complications, such as divergence of sutures on the mucous membrane of the hard or soft palate, necrosis of the muco-periosteal flap (MPF). These complications arise as a result of the development of a local inflammatory process, a shortage of soft tissues for the full closure of the defect and end with a recurrence or formation of rough scars, which lead to limited mobility and shortening of the soft palate, to various types of deformities of the jaws.

It should be noted that in cases of large clefts, primary closure alone is often not enough, given the increased stress in the defect area and insufficient coverage of local tissues, especially in the lateral sections of the palate along the lines of Ernst-Langebeck incisions, which requires the use of various materials or grafts to close the formed lateral defects in order to reduce stress in tissues in the area of surgical intervention.

The above-mentioned aspects of cleft surgery necessitate the development of new methods of palatoplasty with local tissues and the search for the optimal way to form flaps with sufficient size and good blood supply in order to avoid necrosis, rejection and recurrence, as well as primary healing of the lateral palate with a large deficit in tissue volume. The issue of obtaining full-fledged transplants from intraoral donor zones is also relevant.

The purpose of the study: to analyze microcirculation parameters of the palate mucosa in the area of lateral defects before and after palatoplasty.

Materials and research methods: An open prospective randomized study included 103 children aged one to 5 years with congenital cleft lip and palate (CCLP), registered at the dispensary in the Department of Pediatric maxillofacial surgery of TSDI. The largest percentage of children with CCLP were boys – 64 (62.1%), girls – 39 (37.9%). According to the severity of the defect, 32 (31.1%) had UCLP, 36 (34.9%) had bilateral CCLP, and 35 (34%) had isolated CCP.

Depending on the severity of the congenital malformation of the upper lip and palate in children, operations were performed at the following time depending on age. All children underwent a clinical examination before surgery, including a general clinical blood and urine test, a biochemical blood test for total protein, protein fractions, enzymes, residual nitrogen, urea, bilirubin, electrolytes, if necessary, chest X-ray and ECG. In addition, the children were consulted by a pediatrician, an anesthesiologist, an orthodontist, an otolaryngologist and a neurologist if necessary.

The largest number of children – 37 (35.9%) people – were operated on using the Frolova L.E. method. 35 (34%) children were operated on using Azimov M.I. method, Bardach J. palatoplasty method was performed in 31 (30.1%) children. Depending on the application material on lateral defects, patients were divided into groups

by random distribution: a – iodoform (n=25), b – PRF (n=27), c – collagen sponge (CS) (n=25), d – BFP (n=26).

The surgical technique with the use of the BFP repeated the dissection planes of standard cleft plastic surgery techniques. After the restoration of the oral and nasal muco-muscular layers, the lateral relaxing incision was expanded posteriorly towards the bulge of the fat cushion on the oral mucosa. A careful dissection with scissors was carried out until fat appeared in the wound, which was then carefully and gradually pulled out with tweezers, avoiding excessive stretching. After mobilizing a sufficient amount of fat, lateral defects were filled with it and fixed with vicryl sutures.

A functional study of the dynamics of changes in the parameters of the blood flow of the microcirculatory bed of the mucous membrane in the area of lateral defects of the palate was carried out by laser Doppler flowmetry (LDF) using the LAKK-M apparatus and software ("Lazma", Moscow, Russia). At the same time, the perfusion index (M), the average perfusion deviation (σ), and the coefficient of variation (Kv) were determined. For a comparative analysis of the indicators, local hemodynamics was also studied in 20 somatically healthy children without malformations and defects of the palate.

Data analysis was performed using SPSS Statistics for Windows (IBM, Armonk, New York). Stratification was performed based on the frequency of postoperative complications using the Chi-squared criterion, and p less than 0.05 was considered statistically significant.

Results obtained: LDF before surgery revealed a decrease in blood flow (M) by 45.9%, intensity (σ) by 38%, which corresponded to a relatively satisfactory blood supply to tissues. A week after surgery, changes in the level of tissue blood flow of varying degrees were observed. In all groups, an increase in blood flow (M) was recorded by an average of 22%, which is a sign of increased tissue perfusion with blood and is associated with traumatic intervention.

The most significant increase in this parameter (by 57.2%) was noted in the IV group (BFP). This phenomenon is associated with surgical trauma and an increase in the permeability of blood vessels with the release of transudate from capillaries, leading to a proliferation phase. A significant increase in tissue perfusion with blood on day 7 in this group indicates the formation of highly vascularized granulation tissue on the surface of the lateral defect. There was also an increase in blood flow activity (σ) in all groups by an average of 45%, vasomotor activity of micro-vessels (Kv) – by 8-9%, which indicates an increase in the intensity of blood flow.

On the 14th day, a stable improvement in microcirculation was observed. The blood flow level (M) decreased and was lower than the baseline values in group I by 21.3%, in group II by 14.3%, in group III by 13.6%, in group IV by 7.9%, and the intensity of blood flow (σ) in all groups increased by an average of 20%. Despite the decrease in indicators, the intensity of blood flow in group IV was within the normal range. Vasomotor activity of micro-vessels (Kv) increased

by an average of 9-11%, which is associated with the maturation of granulation tissue and epithelialization of the defect. An increase in vasomotor activity contributed to maintaining the normal functioning of the microcirculation system and ensures its adaptation to local metabolic needs.

On the 21st day in group I, the blood flow level (M) increased by an average of 3.6% against the background of a decrease in blood flow activity (σ) and vasomotor activity of micro-vessels (Kv), which indicated a slight improvement in tissue blood flow. But a sharp decrease in blood flow activity (σ) and vasomotor activity of micro-vessels (Kv), by 53.3% and 44.8%, respectively, which was significantly lower than normal values, indicated stagnation in the soft tissues of the jaws. At the same time, in the remaining groups, the increase in blood flow (M) was more significant, which indicated a faster restoration of normal blood supply in the area of intervention.

On day 28, an increase in blood flow (M) was observed in group IV by an average of 8.2% and the indicator was

closest to the lower limit of the norm. In the remaining groups, the blood flow level decreased by an average of 5-7%. Vascular activity (σ) decreased by 30.6% in group IV, and in other groups this indicator showed a sharp increase by an average of 36.4%. Despite fluctuations in values, vascular activity was within normal values only in patients of group IV.

Summary: The above-mentioned LDF results indicate that in patients of group IV after palatoplasty, shifts in the microcirculatory bed are normalized in a shorter period of time compared with other groups of subjects. Thus, the data obtained indicate a faster restoration of blood flow in the mucous membrane of the palate in the area of lateral defects covered with buccal fat pad, which indicates the prospects of the proposed method. The positive results are due to the absence of tissue tension in the area of lateral defects. optimal blood supply, in turn, leads to accelerated healing and epithelialization processes.

SURUNKALI YIRINGLI POLISINUSIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA ENDONAZAL INTRADERMAL ANTIBIOTIK TERAPIYASI BILAN PAST CHASTOTALI ULTRATOVUSHNI QO'LLASH SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Shamatov I.Y.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Uzbekistan

Kirish: Ambulator va klinik amaliyotda SRS kuzatilishining o'sishi nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy ahamiyat ham kasb etib, iqtisodiy yo'qotishlarga olib keladi. Epidemiologik nuqtai-nazardan SRSning o'rtacha global tarqalishi 6% ni tashkil qiladi. SRS uchrash holatlarining ko'payishi bilan bog'liq muammolardan biri, mikroorganizmlarning antibiotiklarga chidamliligini ortishiga olib keluvchi moilliklar, samarasiz va ko'p sonli antibakterial terapiya kurslarini tayinlanishidir. Ushbu vaziyatni hisobga olgan holda, zamonaviy davolashning muhim sohalaridan sanaluvchi - past chastotali ultratovush (PCHU)ni paranazal sinuslarning (PS) yallig'lanish kasalliklariga ta'sirini o'rganish muhimdir. PCHU nojo'ya ta'sirlarga ega emas, uni antibakterial dorilar bilan birga qo'llanilishi samarali bo'lib, antibiotiklarning etiotrop ta'sirini kuchaytiradi.

Tadqiqotning maqsadi. Burun yondosh bo'shliqlarining surunkali yiringli yallig'lanishlarida endonazal intradermal antibakterial terapiya bilan past chastotali ultratovushni qo'llash samaradorligini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari: Bizlar Samarqand viloyat bolalar ko'p tarmoqli markazi LOR bo'limida surunkali yiringli polisinusit (SIP) bilan kasallangan 40 nafar (21 nafar erkak, 19 nafar ayol) 7-18 yoshgacha bo'lgan bemorlarni tekshirdik. Kasallikning davomiyligi 1 yildan 3 yilgacha bo'lgan 24 nafar bemor kasalxonaga yotqizilib, 16 nafar bemor ambulator sharoitda davolandi.

Barcha bemorlar ikki guruhga ajratildi - asosiy guruh (20 nafar) va nazorat guruhi (20 nafar). O'rganilgan guruhlar yoshi va jinsi bo'yicha muvofiqlashgan, shu bois taqqoslanadigan bo'lib chiqdi. Klinik tekshiruvlar Markaz maslahat

poliklinikasining LOR xonasida va LOR bo'limida o'tkazildi. Kasallikni tashxislash shikoyatlar, anamnez ma'lumotlari va bakteriologik, rentgen tekshiruv, kompyuter tomografiyasi (KT) va endoskopik sinusoskopiya ma'lumotlari natijalarini tahlil qilish asosida olib borildi. Asosiy guruh bemorlariga sinus-evakuatsiya qilingandan so'ng, endonazal intradermal antibakterial terapiyasi bilan PCHU(44 kGTS) qollanildi va antigistamin dori vositalari tayinlandi.

Nazorat guruhi bemorlari tsefamed antibakterial preparatini kuniga 1 gr dozada 1 marta inektsiya tariqasida qabul qilish bilan birgalikda, fizioterapiya muolajalari va 2-avlod antigistamin dori vositalari qabul qildi.

Olingan natijalar: shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhdagi bemorlarning 95% da va nazorat guruhidagi bemorlarning atigi 76 % da davo samaradorligi ijobiy deb baholandi. Davolash natijalarida asosiy guruh bemorlarning 5%, nazorat guruhining 24% bemorlarida qoniqarli samaradorlik kuzatildi. Past chastotali ultratovush organizm nospetsifik himoya kuchlari va funksional zahiralari safarbar qilishga hissa qo'shishi, mahalliy antibakterial terapiya kerakli darajada dori vositalari miqdorini kamashtirish imkonini beradi.

Xulosa: Shunday qilib, qiyosiy tahlil past chastotali ultratovushli terapiyaning organizm uchun xavfsizligi va mahalliy antibakterial terapiya bilan birga burun yondosh bo'shliqlari yiringli yallig'lanishi xurujlarida samaradorligini ko'rsatdi. Past chastotali ultratovush bilan mahalliy antibakterial terapiyaning birga qo'llanilishi, antibiotikorezistent potogenlar o'sishini minimal darajaga tushirdi.

TUG'RUQDAN KEYIN YUZAGA KELGAN BIRLAMCHI XPPB BOSH AYLANISHI KLINIK HOLATI VA OTOLITIAZNING ETIOPATOGENEZI

Yakubova D.O., Sattarova M.G., Karimova N.A., Xasanov U.S.

*Respublika ixtisoslashtirilgan otorinolariningologiya va bosh-bo'yin kasalliklari ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
O'zbekiston*

Xavfsiz pozision paroksizmal bosh aylanishining umr davomida tarqalishi 2,4% ga etadi, bu 100 000 aholiga 10,7-140 holatni tashkil qiladi. Kasallik erkaklarga nisbatan 2:1-3:1 nisbatda ayollarda ko'proq uchraydi. Eng ko'p holatlar 50-60 yoshli bemorlar orasida qayd etilgan. O'rtacha, kasallik 50 yoshdan oshganida boshlanadi va kasallik yosh o'tgan sari ko'roq kuzatiladi. Biroq, so'nggi paytlarda XPPB xolatlarini yoshlar orasida ham tez-tez kuzatilmoqda.

Shu munosabat bilan, yoshlarda, ayniqsa fertil yoshdagi ayollarda XPPB xolatlarini o'rganishni tadqiqotimiz maqsadi qilib oldik. Tekshiruvlarimiz davomida ushbu toifadagi shaxslarda otolitiazning etiopatogenetik mexanizmlarini kuzatishni maqsad qildik.

Tadqiqot materiallari va usullari: tadqiqotimiz ob'ekti 1999 yilda tug'ilgan bemor edi. Bemor gorizontol holatda tizimli bosh aylanishiga, bir yonboshdan ikkinchisiga burilganda bosh aylanishi kuchayib ketishiga, ko'ngil aynish xurujlaridan shikoyat qildi. Anamnezidan ayol yaqinda tuqqan (u bir hafta oldin tug'ruqxonadan chiqarilgan). Uning homiladorlikdan avval va hozirgi vaqtda soch to'kilishi va tishlar yemirilishi kuzatilgan.

Bemor umumiy statokinetik va statokordinatsiya testlari va kompyuter videonistagmografiya tekshiruvlaridan o'tkazildi. Dix-Hallpike testida ijobiy geotrop gorizontol nistagm aniqladi. "Roll-test" sinamasida - o'ng va chap tarafda geotrop, gorizontol yo'nalishini o'zgartiruvchi nistagm tasdiqlandi (bu

Evold qonuniga mos keladi). Bosh aylanish hissi sub'ektiv o'ng tarafda kuzatildi.

Yuqoridagi barcha o'tkazilgan sinamalar asosida O'ng gorizontol yarimoysimon kanal XPPB (birlamchi) tashxisi qo'yildi. Lempert-Barbekyu manevri ijobiy ta'sir bilan amalga oshirildi. Bunday yoshda XPPB boshlanishining sababini aniqlash uchun bemorga qo'shimcha qon tekshiruvlari buyurildi: D vitamini, qondagi kaltsiy va qalqonsimon bez va paratiroid gormonlari (T3, T4, TSH va kalsitonin) darajasini aniqlash.

Natijalar: test natijalariga ko'ra, bemorda: kaltsiy - 2,38 mmol/l (N 2,20-2,65 mmol/l), D vitamini - 3,59 ng/ml (N 30 ng/ml dan ortiq) va qalqonsimon bez gormonlari norma darajasida ekanligi aniqlandi. Vitamin va mineral metabolizmni normallashtirish uchun endokrinologga murojaat qilish tavsiya etildi.

Xulosa: D vitamini etishmovchiligi, ya'ni uning juda past darajasi, osteoporoz va XPPB o'rtasidagi bog'liqlik nazariy jihatdan o'z tasdiqini topgan. Kaltsiy karbonat kristallaridan tashkil topgan otolitlar oqsil tolalari orqali sakkul va utrikulusning soch hujayralari bilan bog'langan. Shu bilan birga, D vitamini retseptorlari epitelial kanallar orqali kaltsiyning tashishini tartibga soladi, buning natijasida D vitamini etishmovchiligi otolitlar tuzilishi va otolit membranasining mustahkamligi buzilishiga olib kelishi mumkin.