

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ СОҒЛИҚНИ СОҒЛИК
ВАЗИРЛИГИ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ**

**1-ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА
ЎТКИР ЎРТА ОТИТНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК КЕЧИШ
ХУСУСИЯТЛАРИ**

(монография)

Бухоро – 2026 йил

Муаллифлар:

Қурбонов Мирвоҳид Камолович 2-сон педиатрия кафедраси ассистенти
Бухоро давлат тиббиёт институти

Такризчилар:

1. Ачилова Д.Н. -Бухоро давлат тиббиёт институти 2-сон педиатрия кафедраси мудири, тиббиёт фанлар доктори, профессори, DSc
2. Воҳидов У. Н. -Республика ихтисослаштирилган оториноларингология ва бош бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази илмий ишлар бўйича директор ўринбосари т.ф.д., доцент

МУНДАРИЖА

Кириш.....	6
I боб. Болаларда ўткир йирингли ўрта отитнинг тарқалиши, клиник кечиши, даволаш ва профилактикасининг замонавий қарашлари (адабиётлар шарҳи).....	11
§ 1.1. Болаларда ўткир йирингли ўрта отитнинг тарқалиши, клиник кечиши, даволаш ва профилактикаси.....	11
§ 1.2. Ўткир йирингли ўрта отит касаллигида иммун тизими ҳолати ва иммунологик ўзгаришлар.....	17
§ 1.3. Ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечиши, даволаш ҳамда профилактикаси ва уларнинг ўзига хос хусусиятлари.....	24
§ 1.4. Болаларда қанли диабет ва унинг болаларда ўткир ўрта отитнинг ривожланишидаги роли.....	37
II Боб. Қандли диабет фонида ривожланган ўткир йирингли ўрта отит билан зарарланган бемор болаларда касалликнинг клиник ва патогенетик тузилиши бўйича клиник тавсифи ва тадқиқотнинг усуллари тадқиқот ҳажми ва дизайни.....	43
§ 2.1. Текширилган бемор болаларнинг клиник тавсифи.....	43
§ 2.2. Тадқиқот усуллари.....	49
§ 2.3. Болаларда лаборатория қон таҳлиллари.....	51
III Боб. Қандли диабет 1-тури фонида ривожланган ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник ва лаборатор хусусиятлари.....	55
§ 3.1. Қандли диабет 1-тури фонида ривожланган ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник хусусиятлари.....	57

§ 3.2. Қандли диабет фонида ривожланган ўткир йирингли ўрта отитнинг лаборатор ва инструментал кўрсаткичлари.....	64
Хулоса	68
Амалий тавсиялар	69
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	70

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ВБКТТМ	—	Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази
ИЛ-4	—	Интерлейкин-4
ИРИ	—	Иммунорегулятор индекс
ҚД	—	Қандли диабет
ОИВ	—	Орттирилган иммунотанқислик вируси
C ₁₂₈	—	Камертон 128
C ₂₀₄₈	—	Камертон 2048
СТ	—	Сурункали тонзиллит
ЎЙЎО	—	Ўткир йирингли ўрта отит
ЎЎО	—	Ўткир ўрта отит
ХДФ	—	Халқаро диабет Федерацияси
CD16	—	Табиий киллерлар
CD20+/-	—	В-лимфоцитлар
CD3+	—	Т-лимфоцитлар
CD4+	—	Т-хелперлар
CD8+	—	Цитотоксик лимфоцитлар
IFN-γ	—	Интерферон гамма
IgАм	—	Иммуноглобулин А
IgG	—	Иммуноглобулин G
IgM	—	Иммуноглобулин М
S IgA	—	Секретор IgA

КИРИШ

Монография мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда болаларда қандли диабет фонида ривожланадиган ўткир ўрта отитларни ташхислаш ва даволаш оториноларингологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, барча мутахассисларнинг диққат марказини эгалламоқда. Жаҳон илмининг ютуқларига қарамай, болаларда ушбу патологияни даволаш ва олдини олиш замонавий тиббиётнинг ҳал қилинмаган муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Қандли диабет (ҚД) дунёдаги энг кенг тарқалган сурункали касалликлардан бири бўлиб, бизнинг давримизнинг энг муҳим тиббий ва ижтимоий муаммоси сифатида тан олинган. “Халқаро диабет Федерацияси (ХДФ) маълумотларига кўра, 2019 йилда диабет билан оғриганлар сони 463 миллионга ошган. IDF маълумотларига кўра, 2045 йилга келиб ҚД касаллиги билан касалланиш сони 630 миллиондан ошиши мумкин.”¹ Қандли диабет фонида ривожланадиган ўткир ўрта отитнинг клиник кўринишини сезиларли даражада ўзгартириб, касалликнинг кечишини оғирлаштиради ва бунга параллел равишда касалликнинг ноқулай оқибатига олиб келадиган отоген менингоэнцефалитик асоратларни ривожланиш хавфини орттиради.

Жаҳон миқёсида болаларда қандли диабет фонида ривожланадиган ўткир ўрта отитларни ривожланишидаги индивидуал фарқларнинг яъни унинг клиник кечишлари, иммунологик асослари ва ушбу касалликнинг патогенезида цитокинларнинг аҳамияти, ҳимоя реакциясининг шаклланиши бўйича илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Иммунокомпетент ҳужайралар, хусусан В-лимфоцитларга инфекциянинг ўзига хос таъсири, унинг иммуносупрессияни қўзғатиши ва қандли диабет фонида ривожланадиган ўткир ўрта отитлар билан касаллангандан кейин бола организмда узок вақт сақланиб туриши, ҳужайраларнинг функционал хусусиятларини ўрганишнинг мақсадга мувофиқлигини белгилайди. Шу мунособат билан лейкоцитлар айниқса, лимфоцитларнинг цитокимёвий кўрсаткичлари, инфекцион

¹ Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей и подростков. // М.- Медицина.- 2016.- С. 157-181

жараённинг фаоллиги, оғирлик даражаси ва оқибати учун сезгир мезон эканлигини таъкидлаш ўринлидир. Т- ва В-лимфоцитларнинг фаоллигини аниқлаш, қонда цитокин ҳолатини баҳолаш билан хужайравий рецепторларнинг (CD4+-, CD8+-, CD16+-, CD38+-, CD95+-, CD25+-) болаларда ўткир отит касаллигида ифодаланиши эрта ёшдаги болаларда ўтказилмаган.

Мамлакатимизда аҳолининг ижтимоий ҳимояси ҳамда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, жумладан, болалардаги соматик касалликлар, хусусан қандли диабет фонида ривожланадиган ўткир ўрта отитларни даволаш ва профилактикасига алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш Стратегиясида кўрсатилган 7 та устувор йўналишнинг 4 - қисм 56 - мақсадида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимлари потенциалини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган дастурини амалга оширишга йўналтирилган комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш...»² вазифалари белгиланган. Ушбу вазифаларни бажариш болаларда гименолепидоз касаллигини камайтириш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали касалланиш кўрсаткичлари ва унинг асоратларини камайтириш имконини берган.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги Фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ги ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида» ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

Ушбу тадқиқот иши Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қандли диабет (ҚД) дунёдаги энг кенг тарқалган сурункали касалликлардан бири бўлиб, бизнинг давримизнинг энг муҳим тиббий ва ижтимоий муаммоси сифатида тан олинган. Халқаро диабет Федерацияси (ХДФ) маълумотларига кўра, 2019 йилда диабет билан оғриганлар сони 463 миллионга ошган (Edwards K. et.al., 2012).

Шу IDF маълумотларига кўра, 2045 йилга келиб ҚД касаллиги билан касалланиш сони 630 миллиондан ошиши мумкин. Дунё бўйлаб ўлим сабаблари орасида диабет 7-ўринда туради деб тахмин қилинади. Маълумки, диабет кўплаб органлар ва тизимларга таъсир қилади ва шунга мос равишда боланинг ўсиши ва ривожланишига таъсир қилади (Fong D. S. et.al., 2012).

Дунёда жисмоний ривожланиш асосан даволаниш туфайли метаболик жараёнларнинг нормаллашув даражаси билан белгиланади ва фақат ҳаддан ташқари сурункали декомпенсация босқичли қандли диабетга чалинган болалар ва ўсмирларнинг ўсиш суръатларини секинлаштириши мумкин деб ҳисоблашади. Болалардаги 1 - тур қандли диабетнинг ривожланиши ва прогнозига таъсир қилувчи кўплаб патогенетик омиллар орасида метаболизмнинг ҳар хил турларининг бузилиши, шу жумладан ўсаётган организмнинг макро ва микроэлемент таркибидаги ўзгаришлар муҳим аҳамиятга эга. Соғлом ва қандли диабет билан оғриган болаларда ЛОР-аъзоларидаги патологик ўзгаришларни ўрганиш ва чуқур тадқиқотлар ўтказиш, касалликнинг турли клиник кўринишларининг патогенези ва диагностика ва янги усуллардан фойдаланиш тушунчаларини кенгайтириш

учун янги ёндашув ва даволаш алоҳида аҳамиятга эга. Қандли диабет (ҚД) дунёдаги энг кенг тарқалган сурункали касалликлардан бири бўлиб, бизнинг давримизнинг энг муҳим тиббий ва ижтимоий муаммоси сифатида тан олинган. 2019 йил бошида, Россия Федерацияси (РФ) диабетининг Давлат реестрига кўра, ҚД билан оғриган беморлар сони 4,584 миллионни ташкил этди, шундан 256202 нафар инсон ҚД- 1-типи билан касалланган ва 4238 миллион нафар инсон ҚД 2-типи билан зарарланган. Ушбу маълумотларни 2010 йил кўрсаткичлари билан таққослаганда, 2010 йилда ҚД билан рўйхатдан ўтган беморлар сони 3,163 миллион кишини ташкил этди (Антипкин Ю.Г.ва ҳаммуал., 2018).

Қиёсий статистика ушбу касаллик частотасининг барқарор ва тез ривожланиш тенденциясини кўрсатади. Эндокринологик тадқиқот маркази томонидан тақдим этилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, қандли диабетнинг ҳақиқий тарқалиши Россия Федерацияси аҳолисининг 7% дан ортиғини ташкил қилади (9-10 миллион киши) (Алиханова Н.М. ва ҳаммуал., 2001).

1-тип ҚД болаларда энг кенг тарқалган эндокрин патология ҳисобланади. Ўткир асоратлар, оғир сурункали асоратлар, ёшлигида эрта ўлим қандли диабетни тиббиётнинг энг муҳим муаммолари билан бир қаторга қўяди ва соғлиқни сақлаш органларининг диққатини талаб қилади. Дунёда юқоридаги вазифаларни ҳал қилиш реестрини яратиш асосида амалга оширилади. Қандли диабетнинг миллий реестрини (ҚД) яратиш мамлакатда касалланишни объектив назорат қилиш, эндокринологик хизмат учун маълумот доирасини кенгайтириш, диабетнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси стратегиясини ва эпидемиологик тадқиқотларнинг асосий йўналишларини аниқлаш, тиббий ва беморларга профилактик ёрдамни сезиларли даражада яхшилаш имконини беради(Айходжаева М.А. ва ҳаммуал., 2017).

Дунёнинг турли мамлакатларида ҚД билан касалланиш ва тарқалиш даражаси сезиларли даражада фарқ қилади. 1-тип ҚД билан касалланиш

маълум бир этник гуруҳга мансублигига, мамлакатнинг географик жойлашувига, иқлим шароитига, атроф-муҳит омилларига қараб сезиларли даражада фарқ қилади. Сўнгги йилларда турли мамлакатларда ўтказилган эпидемиологик тадқиқотларнинг 10 йиллик натижалари болалар орасида 1-тип қандли диабет билан касалланишнинг ривожланишини кўрсатади, айниқса 5 ёшгача бўлган болаларда (Ахмедова Ш.У. ва ҳаммуал., 2015).

Бугунги кунда мамлакатимизда аҳолининг турли қатламлари ўртасида соматик касалликларни эрта аниқлаш ва асоратларни камайтириш, болалар ўртасида соғлом муҳит яратиш, қандли диабет натижасида ўрта кулоқ касалликлари тарқалишининг олдини олиш ва олдини олиш бўйича кенг кўламли ишлар амалга оширилмоқда.

Ушбу вазифаларни бажариш учун ушбу диссертация тадқиқотлари аҳолининг турли қатламлари аёлларининг репродуктив саломатлигини яхшилаш, оналар ва болалар ўлимини камайтириш, профилактика чораларини ишлаб чиқишда замонавий технологиялардан фойдаланишни такомиллаштириш орқали ногиронлик ва ўлим ҳолатларини камайтиришга ёрдам беради. Болаларда қандли диабет 1-типининг клиник кўринишларининг ёшга боғлиқ ҳолда кечишида иммун тизимининг даво чоралари ва эрта реабилитация усулларининг етишмаслиги ушбу тадқиқотнинг долзарблиги ҳақида далолат беради. Юқоридагилардан келиб чиқиб, болаларда қандли диабет фонида ривожланадиган ўткир ўрта отитларни ўз вақтида ташхислаш, оптимал даволаш схемасини ишлаб чиқиш ва асослаш, амалий соғлиқни сақлаш тизими учун долзарб деган хулосага келинган.

I БОБ. БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ ТАРҚАЛИШИ, КЛИНИК КЕЧИШИ, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

§ 1.1. Болаларда ўткир йирингли ўрта отитнинг тарқалиши, клиник кечиши, даволаш ва профилактикаси

Болаларда ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланиши касалликлари ЛОР-аъзоларининг энг кенг тарқалган патологияси бўлиб, кулоқ касалликларининг умумий сонининг 25-30 % ни ташкил қилади ва юқори нафас йўллариининг бактериял ва вирусли инфекцияларининг асоратлари сифатида юзага келади. Шу билан бирга, турли ёш гуруҳларида бу фоиз кескин фарқ қилади. Шундай қилиб, касалхоналарнинг статистик маълумотларига кўра, оториноларингологик болалар бўлимларига ётқизилганлар орасида ўткир ўрта отит билан касалланганлар 15-25% ни ташкил этади [1; 20-б, 16; 13-18-б].

Бироқ, бу касаллик кўпинча чақалоқларда (41,1-42,2%) ва болалар боғча ёшидагиларга (30%) учрайди [8;23б.,23;2016]. Бошқа тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, болалар кўпинча 3-5 ойликгача ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланиш касалликларига мойил бўлиб - 52-54, 8%ни ташкил этади. Шунини таъкидлаш лозимки, ўткир ўрто отит янги туғилган чақалоқлар орасида кенг тарқалган эмас (1 ойгача) – 3-5% ни ташкил этади [8; 23-б, 27; 93-95-б].

Умуман олганда, 3 ёшгача бўлган болалар орасида ўткир ўрта отит барча болаларнинг камида 71-75% ни ташкил қилади. Шунини таъкидлаш керакки, ушбу ёш гуруҳидаги ўткир ўрта отитнинг учраш даражаси, бу болаларга хос бўлган тананинг кўплаб анатомик, физиологик ва патоморфологик маҳаллий умумий хусусиятлари билан изоҳланиши мумкин. Ёш болаларда бу патология турли йўллар билан ва кўп ҳолларда умумий ҳолатнинг бузилиши ва бошқа органлар томонидан ўзгаришлар билан давом этади, бунинг натижасида ўрта кулоқдаги асосий ўчоқни ташхислаш қийинчилик туғдириши мумкин [14; 74-76-б, 50; 50-60-б].

Янги туғилган чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда ўткир ўрта отит (ЎЎО) пайдо бўлишида микробли ва бошқа омилларнинг роли катта

аҳамиятга эга бўлишига қарамай, макроорганизм ҳолати, унинг умумий иммунологик реактивлиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Юқумли касалликларга чалинган болаларнинг иммунитет ҳолатини ўрганиш, шубҳасиз, катта назарий ва амалий қизиқиш уйғотади. Туғилган вақтга келиб, бола ўзига хос ва ўзига хос бўлмаган ҳимоя омиллари тўпламига эга бўлади[20; 67-68-б, 51; 24-30-б].

Болаларда иммун тизимининг етуқлиги жуда кенг индивидуал вақт оралиғига эга. Бола ҳаётининг биринчи йилидаги иммуноглобулинлар таркибининг динамикаси аниқ далиллар билан тавсифланади, уларнинг даражаси катталарга нисбатан атиги 35-38% ни ташкил қилади. Шу билан бирга, иммуноглобулинларнинг индивидуал синфларининг нисбати бузилиши, шунингдек уларнинг сифат таркибидаги турли даражадаги ўзгаришлар мавжуд. Боланинг иммунологик ҳолатидаги ўзгаришлар ЎЎО клиник кўринишига сезиларли таъсир қилади [17; 33-34-б, 52; 47-55-б].

Россиялик олимларнинг кузатувлари бўйича ЎЎО билан касалланган ёш болаларда албуминлар миқдорининг сезиларли даражада ошиши ва глобулинлар даражасининг пасайиши, асосан, α -фракция ҳисобига қайд этилган. Тадқиқотчилар, ЎЎО билан оғриган чақалоқларда IgM нинг пасайиши билан IgG ва IgA нинг периферик қонда ўсишини аниқладилар. Ўткир йирингли ўрта отитда лактат дегидрогеназа ва лизоцим миқдорининг ошиши ҳамда лизоцим таркибининг яллиғланиш жараёнининг оғирлигига боғлиқлигини аниқлаганлар [24; 37-38-б, 53; 39-45-б].

ЎЎОнинг ривожланишига ўрта қулоқдаги маҳаллий иммунитет реакциясининг шаклланишига боғлиқ. Чет эллик олимлар тадқиқоти ўрта қулоқнинг ўзига хос иммунитет ҳимоя тизимига эга эканлигини кўрсатди. Ўрта қулоқнинг шиллиқ қаватида секретор компонент (Sc) борлиги исботланган [54; 32-34-б, 118; 437-440-б].

Янги туғилган чақалоқдаги ноғора бўшлиғининг деворлари нисбатан кам миқдордаги IgA ишлаб чиқарадиган махсус шиллиқ қават билан қопланган бўлиб, кам миқдорда IgAни ишлаб чиқаради ва S IgA ҳосил қила олмайди, чунки Sc ва IgA шиллиқда алоҳида алоҳида жойлашган. S IgA

плазматик ҳужайралари ва шиллиқ қават безлари томонидан синтезланади [18; 51-53-б].

Ўрта кулоқ шиллиғи таркибида S IgA нинг камайиши патологик жараённинг фаоллашишига ёрдам беради. Шу билан бирга, S IgA ва ЎЎО клиник кечиши ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик мавжуд: унинг даражаси қанчалик паст бўлса, отит ва унинг қайталаниши тез-тез содир бўлади [34; 67-71-б].

Болаларда ўткир ўрта отит касаллигининг пайдо бўлиши ва клиник кечишига ҳисобга олиш қийин бўлган кўплаб омиллар таъсир қилади [33; 4-6-б, 56; 44-б]. Шу билан бирга, бу омиллар баъзан касалликнинг ривожланишида энг муҳим ҳисобланади ва унинг кечишида ўзига хос йўналиш беради. Дарҳақиқат, бу ҳолат эрта болаликдаги ўткир отит ривожланишига кўпроқ тааллуқлидир, бу ҳатто биринчи қарашда боланинг нормал физиологик ривожланишидаги минимал оғиш ўрта кулоқдаги патологик жараённинг ривожланишига сезиларли таъсир қилади [33; 4-6-б, 64; 541-542-б].

Маълумки, ўткир йирингли ўрта отит ривожланишининг этиологиясида асосий рол микробли омил ҳисобланади. Микрофлоранинг тур таркиби жуда хилма-хилдир. Патогенларнинг частотаси касалликнинг клиник кечиш шаклига боғлиқ. Бир қатор тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечишида кўпинча монокултура шаклидаги аэроблар устунлик қилади ва улар орасида стафилококklar доминантлик қилади [13; 4-8-б, 71; 45-49-б].

Вируслар ЎЎО ривожланишида муҳим рол ўйнашига қарамай, асосий этиологик воситалар бактериялардир. Ўткир ўрта отитнинг ривожланишида *Streptokokkus pnevmonia*, *Hemofilis influenza* ва *moraxella catarrhalis*лар муҳим рол ўйнайди. Асосан, бу микроорганизмлар болаларнинг бурун-ҳалқумида яшайди. 6 ойгача бўлган чақалоқларнинг кўпчилигида касаллик *E. coli* ёки В гуруҳи стрептококklари томонидан келиб чиқади [13; 4-8-б, 75; 55-58-б].

Баъзи муаллифлар экмаларнинг салбий натижаларини яллиғланишнинг аллергия табиати билан изоҳлайдилар; анаэроб шароитда ўсимлик ҳосил

киладиган бактерияларни ажратиб олишга имкон берадиган микробиологик усулларнинг чекланиши билан [19; 48-49-б, 72; 36-38-б].

Ўткир ўрта отитнинг ривожланишининг инфекцион касалликлар фонида келиб чиқиши ҳозиргача ўз аҳамиятини йўқотмаган, гарчи уларнинг сони болаларда ЎЎОнинг умумий статистикасида аҳамиятсиз бўлиб қолган. Болаларда ўткир ўрта отитларнинг қандли диабет ва бошқа преморбид фон натижасида ривожланиши катта илмий ва амалий аҳамиятга эга. Ушбу касалликларнинг комбинациясининг етакчи намоён бўлиши аниқ эмас. Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎОнинг клиник намоён бўлиши организмнинг ҳимоя кучларининг сусайиб бориши натижасида деган хулосалар кўпгина олимлар томонидан таъкидлаб ўтилган [5; 125-б, 81; 113-123-б].

Бошқа тадқиқотчиларнинг фикрича, бирламчи-бу тананинг қаршилигини пасайтирадиган қандли диабет касаллиги ва бу фонда отит ривожланади. Улар қандли диабет касаллигида отитнинг иккиламчи табиати ҳақидаги фикрларини ўрта қулоққа жарроҳлик аралашувлар ҳар доим ҳам самарали эмаслиги билан тасдиқлайдилар. Кўринишидан, ҳар бир касаллик алоҳида ҳолатда отит ёки қандли диабет касаллигининг устунлиги ҳақидаги саволни ниҳоят ҳал қилиш жуда қийин. Бироқ, бизнинг фикримизча, иккала касаллик ҳам бирламчи бўлиши мумкин. Агар бу икки касалликдан бирининг ёки бошқасининг устунлигини аниқлаш баъзан қийин бўлса, унда улар ўртасидаги боғлиқлик ва ўзаро боғлиқлик шубҳасиздир. Уларнинг ҳар бири бошқасининг кечишини оғирлаштиради ва улар биргаликда боланинг жиддий ҳолатига олиб келади [11; 139-б, 83; 97-98-б].

Қулоқнинг ўткир яллиғланиш касалликларини даволаш муаммоси бугунги кунгача замонавий оториноларингология учун долзарб бўлиб қолмоқда. Бу, биринчи навбатда, ушбу касалликларнинг юқори тарқалиши билан боғлиқ. Шундай қилиб, аҳоли орасида ўткир отит билан касалланиш тахминан 2,5% ни ташкил қилади. Қулоқ касалликлари орасида ўткир отит менингит, мия хўппози, сигмасимон синус тромбози лабиринтити, юз нерви

парези, мастоидит, сепсис каби оғир асоратларни ривожланишида иккинчи ўринда туради [21; 15-16-б, 44; 248-249-б].

Ўткир ўрта отитни нотўғри ёки етарли даражада даволамаслик натижасида кўп ҳолларда сурункали йирингли отит ривожланади. Шунинг учун керакки, ўткир отитни етарли даражада даволаш натижаси нафақат клиник симптомларнинг йўқолиши, балки тимпанометрия ва аудиометрия билан тасдиқланган аъзонинг тўлиқ функционал тикланиши бўлиши керак. Касалликнинг қайталанишини олдини олиш учун, иложи бўлса, этиологик омилларни бартараф этиш орқали маълум бир беморда ўткир отит клиник ривожланишининг патогенетик механизмларини аниқ тушуниш керак (аденоид вегетацияси, пастки бурун чиғаноқлари орқа учларининг гипертрофияси, най муртакнинг гипертрофияси) [29; 149-154-б, 89; 161-167-б].

Ҳозирги вақтда шифокорлар ўртасида ўткир отит ва бошқа яллиғланишли кулоқ касалликларини даволаш тактикаси бўйича аниқ фикр мавжуд эмас. Бу қисман яқинда пайдо бўлган янги дорилар ва даволаш усуллариининг хилма-хиллиги билан боғлиқ. Шундай қилиб, агар 50 йил олдин шифокорлар фақат сульфаниламидлар ва пенициллиндан фойдаланган бўлса, ҳозирда Россияда атиги 200 га яқин антибактериал дорилар рўйхатга олинган. Ўз тажрибамиз ва адабиётимиз маълумотларига асосланиб, биз ушбу патологияни даволашда баъзи умумий ёндашувларни тақдим этишга ҳаракат қиламиз. Замонавий илм-фан ютуқларига қарамай, болаларда ЎЎО ни даволаш ва олдини олиш замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда[31; 26-28-б, 88; 39-б].

Айниқса, қандли диабет касаллиги ёш болаларга таъсир қилади, кўпинча оғир асоратлар ва ўлимга олиб келиши мумкин. Қандли диабет касаллиги болалар ўлими таркибида 4-ўринни, болалар соматик касалликлари таркибида 2-ўринни эгаллайди [30; 3-5-б, 93; 209-218-б]. Кўкрак ёшидаги ва эрта ёшдаги болаларда қандли диабетнинг жиддий асоратларидан бири бу ўрта кулоқнинг зарарланиши бўлиб, бу ерда асосий касалликнинг ноқулай натижасига олиб

келадиган менингоэнсефалопатик зарарланишларни ривожланиш хавфи кескин ошади. Бунга параллел равишда, қандли диабетнинг фонида ЎЎОнинг ривожланишида тез-тез асоратлари мавжуд бўлиб, бу касалликнинг клиник кўринишини сезиларли даражада ўзгартиради, асосий касалликнинг кечишини оғирлаштиради ва унинг натижасини ёмонлаштиради[30; 3-5-б, 95; 31-36-б].

Қандли диабет фонида ЎЎОнинг клиник кўринишлари, асосан бола организмнинг иммунобиологик ҳолати билан белгиланадиган натижада фарқ қилиши мумкин [32; 239-240-б, 96; 17-26-б].

Болаларда қандли диабетнинг энг жиддий асоратларидан бири бу ўткир ўрта отит ҳисобланади. Бизда мавжуд бўлган адабиётларда қандли диабетда ўткир ўрта отит асосан узоқ муддатли интенсив терапияни, баъзан дарҳол жарроҳлик аралашуви талаб қиладиган асорат сифатида тавсифланади. Уни даволаш муаммоси мураккаб ва табақалаштирилган комплекс ёндашувни талаб қилади. Замонавий муаллифларнинг фикрига кўра, қандли диабет тананинг деярли барча ҳаётий органлари ва тизимларини қамраб оладиган патологик ўзгаришлар мажмуасини келтириб чиқаради [37; 122-123-б, 97; 96-97-б]. Шу билан бирга, қандли диабетда ўткир ўрта отит касаллигини даволаш натижалари оптимистик кўринишни кўрсатмайди ва ушбу патологияни кўшимча ўрганишни талаб қилади. Ўткир ўрта отитнинг компенсацион механизмларнинг номукамаллигига, маҳаллий ва умумий иммунитетнинг етарли эмаслигига, ўрта қулоқ тузилишининг хусусиятларига, болаларнинг ўткир юқумли респиратор касалликларига мойиллиги, перинатал патология, овқатланишнинг бузилиши (гипо-паратрофия), гастроэнтерологик ва эндокрин касалликлар, гиповитаминоз, рахит, экссудатив диатез ва бошқалар ЎЎО ривожланишида муҳим рол ўйнайди[37; 122-123-б, 98; 65-73-б].

Бошқа омилларга травма, иммуноглобулин етишмовчилиги (хусусан IgA, IgG2), ОИБ -инфекцияси, шунингдек генетик мойиллик киради [59; 118-б]. Ўткир йирингли ўрта отитнинг ривожланишига туртки бўлган омилларга қуйидагилар киради: бурун ва бурун-ҳалқум патологияси, организмнинг

иммунобиологик кучларининг пасайиши, организмнинг аллергия реактивлигининг ошиши ҳамда генетик омиллар киради [63; 165-166-б, 99; 295-300-б].

Иммун тизими-бу ҳар қандай стрессли ҳолатларнинг асосий кўрсаткичларидан биридир. Патогенез динамикасида у ҳам аста-секин адаптив қайта қуришга учрайди. Нотўғри мослашиш механизмларининг барқарор устунлиги одатда турли хил иммун тизими касалликлари билан бирга келади. Шу муносабат билан иммунитетни фармакологик бошқариш, бошқариладиган адаптогенезнинг ажралмас қисмини ташкил этувчи адаптив профилактика ва терапия доирасида кўриб чиқиши мумкин. Ҳозирги вақтда иммунокоррегуляцион таъсир турли тоифадаги юзлаб дориларда аниқланган. Мия фаолиятида иммунитетга жавоб бериш механизмларининг мумкин бўлган иштироки иммуномодуляторларнинг нейротроп ва адаптив хусусиятларини амалий ўрганиш муҳимлигини ҳам белгилайди [62; 27-30-б, 100; 56-60-б].

§ 1.2. Ўтқир йирингли ўрта отит касаллигида иммун тизими ҳолати ва иммунологик ўзгаришлар

Сўнгги ўн йилликдаги назарий иммунологиянинг фундаментал ютуқлари клиник тиббиётнинг турли соҳаларида прогноз учун кенг истиқболларни очиб беради. Тимусга боғлиқ ва тимусга боғлиқ бўлмаган хужайра тизимларнинг бўлиши уларнинг ўзаро таъсирдаги функцияларини ўрганиш, иммун жавобни амалга оширишда эффектор звенони батафсил ўрганиш, лимфоцитларнинг турли субпопуляцияларини баҳолаш, хужайралараро ўзаро таъсир медиаторларининг қийматини аниқлаш имконини берди [66; 145-б, 114; 62-65-б].

Беморларда ўрта қулоқнинг сурункали яллиғланишининг иммунологик жиҳатларини ўрганиш ЎЎОнинг этиологияси, патогенези, диагностикаси ва терапиясининг бир қатор масалаларига янги нуқтаи назардан ёндашишга имкон берди [68; 29-30-б, 115; 69-72-б].

Олдинги даврдан бери антигенлик кўзгатувчиларга гуморал ва хужайра иммунитет тасаввурлари мавжуд бўлиб, улар биргаликда тананинг иммун жавобини ташкил қилади [146; 1035-1038-б].

Рус олимлари фикрига кўра, гуморал иммунитет турли синфлар (A,M,D,E,G) иммуноглобулинлар шаклида лимфоидли аъзолар иммун хужайралари томонидан синтез қилинади ва айланиб юрувчи антитаначалар томонидан тақдим этилади. Иммуноглобулинларни ишлаб чиқарадиган хужайралар антигенлик стимуляцияни олган ва плазма хужайраларига олдиндан тузилган В-лимфоцитлардир. Хужайравий иммун тизими Т-лимфоцитларнинг функцияси билан боғлиқ бўлиб, улар мақсадли хужайраларга бевосита таъсир қилувчи лимфоцитларнинг “хужайра антитаначалари” ёрдамида иммунитет реакцияларида намоён бўлади. Таъсирнинг табиати ва иммунитет реакцияларидаги тегишли ролига кўра, Т-лимфоцитлар субпопуляцияларга бўлинади: табиий киллерлар, Т-хелперлар, Т-супрессорлар ҳамда иммунологик хотира хужайраларидан иборат [69; 18-28-б, 116; 33-б].

Т-киллерлар- бу цитотоксик Т-лимфоцитлар (қотил хужайралар, лимфокинлар) асосий хужайраларнинг хужайра мембраналарини емириб уларни нобуд бўлишигача олиб келади. Т-хелперлар (ёрдамчи хужайралар) В-лимфоцитларнинг кўпайишини ва унинг антигенлик стимуляцияси пайтида дифференциациясини таъминлайди, бу эса плазма хужайралари клонининг шаклланишига олиб келади. Т-супрессорлар В-лимфоцитларнинг кўпайиши ва дифференциясига қўшилишини ва шунинг учун пролиферациясининг шаклланишига антитела ҳосил қилади. Улар, шунингдек, Т-эффекторлар (киллерлар) шаклланишига тормозловчи таъсир кўрсатади. Т-хелперлар ва Т-супрессорлар иммунитет жавобнинг регулятори сифатида ишлайди. Шундай қилиб, иммун тизими жавоби Т-хелперларни фаоллаштириш ва Т-супрессорларни бостириши мумкин. Иммун жавобни амалга оширишда муҳим рол антигенга биринчи бўлиб дуч келадиган, маълумотларни Т-лимфоцитларга қайта ишлайдиган ва узатадиган, уларни шу тарзда

фаоллаштирадиган макрофагларга тегишли бўлиб ҳисобланади [78; 191-192-б].

Охиргиси факторларни ишлаб чиқариб макрофаглар билан ўзаро таъсир килади, макрофаглар миграциясини ингибирлайди, хемотоксик омил Т ва В хужайраларининг иммун жавобига аста-секин киритилишига воситачилик килувчи бошқа лимфокинларни чиқаради[78; 191-192-б].

Шундай қилиб, иммун жавоб макрофаглар, Т ва В-лимфоцитлар, плазма хужайралари иштирок этадиган турли хужайраларнинг ўзаро таъсирининг мураккаб мажмуасидир. Шу билан бирга, ҳар бир хужайра шакли маълум рол ўйнайди [105; 31-33-б].

Сўнгги йилларда иммунитет тизимининг хужайралари нафақат иммун тизимида, балки ундан ташқарида ҳам медиатор функцияларини келтириб чиқарадиган биологик фаол молекулаларни ишлаб чиқариши аниқ бўлди. Ушбу алоқа молекулалари интерлейкинлар деб аталади. Улар орасида иммун жавобда тартибга солиш механизмларини амалга оширадиган иммун тизимининг асосий цитокинлари ИЛ - 1 ва ИЛ-2 ҳисобланади [77; 99-100-б].

ИЛ-1 фаоллаштирилган макрофаглар маҳсулоти бўлиб, хужайралар ва гуморал иммун жавобларни рағбатлантиришга қодир ва организмнинг кўплаб яллиғланиш реакцияларининг бевосита иштирокчиси ҳисобланади [77; 99-100-б].

ИЛ-2- ўсиш омили Т- хужайраларининг -антигенга хос Т хужайраларининг ўсишини қўллаб-қувватлайди, Т- хужайралари ва табиий киллер хужайраларнинг ёрдамчи фаоллигини рағбатлантиради[62;29-30б]. Амалий тиббиётда ИЛ-2 ишлаб чиқарадиган хужайраларнинг энг кўп ишлатиладиган манбалари сичқончанинг талоқ хужайралари ва инсоннинг периферик қони Кон А ва ФГАлар шпафоцитлар томонидан фаоллаштирилган бўлиб ҳисобланади[78; 191-192-б].

Чет эллик олимлар кулоқнинг иммунокоррективли аъзоси эндолимфатик қопча деб айтганлар. Шунингдек, улар гуморал иммунитет учун масъул бўлган иммуногистокимёвий усуллар билан ўрта ва ички

кулоқдаги В-лимфоцитлар билан ишлаб чиқарилган антитаначаларни, иммуноглобулинларни (IgG IgM IgA) аниқладилар. Бундан ташқари, Т-хужайралари ички ва ўрта кулоққа аниқланган, бу хужайра иммунитетининг мумкин бўлган иштирокини кўрсатади. Иммуноцитлар эндолимфатик қопчада ва ўрта кулоқнинг шиллиқ қаватида топилган, аммо бу хужайраларнинг манбалари ҳали аниқ эмас [106; 693-696-б].

Ушбу иммуноцитларни ишлаб чиқаришда ўрта кулоқнинг регионар лимфа тугунлари муҳим рол ўйнаши мумкин. Рус олимлари ички кулоқнинг иммунореактивлиги ҳам маҳаллий, ҳам умумий иммунитет билан боғлиқлигини ўрта ва ички кулоқ касалликларида тизимли таъсирларининг аҳамияти борлигини таъкидлаганлар. Шунинг учун беморларда инфекцияга қарши ҳимоя реакциясининг номукамаллиги отит касаллигининг тез-тез пайдо бўлишига ёрдам беради ва ўрта кулоқнинг инфекцияга қарши ҳимояси мукоцилиар ферментал тизимининг функцияси, ўзига хос бўлмаган иммунитетни ҳимоя қилиш омиллари билан таъминланади [101; 89-91-б].

Олимларнинг таъкидлашича йирингли отит билан касалланган беморларда, кулоғининг суюқлиги трансудат ва экссудат аралашмаси бўлиши мумкин. Унда қадаҳ хужайралари, шиллиқ безлар, эпителия хужайралари, шунингдек макрофаглар, полиморфядроли, моноклеар, плазма хужайраларининг ажралмалари мавжуд [2; 17-б].

Ўрта кулоқ антигенлик моддаларга плазма хужайралари томонидан чиқариладиган антибактериал ва вирусга қарши антителаларни ишлаб чиқариш орқали реакцияга киришади[2; 17-б].

Микроорганизмларнинг шиллиқ қаватга қўшилишига тўсқинлик қиладиган, эпителия томонидан адсорбцияланган бактериялар ва вирусларнинг кўпайишини блоклайдиган секретор IgA нинг маҳаллий синтези жуда муҳимдир. Отитда зарарланган тўқималардан ва хужайрали компонентлардан кўп миқдорда биологик фаол моддалар (гистамин, лизоцим, интерферон, турли протеазлар) чиқарилади. Антибактериал фаолликка эга ферментлардан бири бу- лизоцимдир. IgA билан ўзаро таъсирлашиб, у бошқа

шароитларга чидамли бактерияларнинг лизисини келтириб чикаради, фагоцитозни кучайтиради ва комплемент фаоллигини оширади. Ўрта кулоқда лизоцим қадаҳ хужайралари, полиморфядроли лейкоцитлар ва макрофаглар томонидан ишлаб чиқарилади [7; 3-9-б].

Ҳозирги вақтда адабиётларда нормал ва патологик шароитларда инсон танасининг табиий қаршилиги ва иммунологик реактивлиги омилларини ўрганиш бўйича кўплаб нашрлар пайдо бўлди [12; 21-23-б].

Юқорида айтиб ўтилганидек, энди тананинг реактивлигининг ҳал қилувчи аҳамияти, унинг патологик четланишлари, ўрта кулоқда сурункали яллиғланиш жараёнининг ривожланиши учун табиий қаршилик ҳолати тўғрисида умумий қабул қилинган таҳлиллар мавжуд [55; 58-59-б].

Бу ҳолда реактивлик тушунчаси- барча ўта мураккаб нейро-гуморал, нейро-эндокрин, нейро-рефлексли ўзаро таъсирларни, хужайра ҳимоясининг жуда муҳим механизмларини ва организмнинг таъсирга жавоби боғлиқ бўлган бошқа кўплаб ўзига хос бўлмаган ва ўзига хос омилларни ўз ичига олади. Шунингдек, энг муҳим компенсатор ва адаптацион жараёнлар мураккаб организмни мувозанатлаш, доимийликни сақлаш, турли хил ташқи салбий экологик таъсирларга таъсир қилиш шароитлаш учун хизмат қилади [55; 58-59-б].

Охирги пайтларда клиницистларга бемор танасининг иммунологик реактивлигини ўрганиш тўғрисида қизиқиш уйғонди. Беморларда ўрта кулоқдаги яллиғланишнинг сурункали кечиши ва қайталаниши айланма иммунокомпетент хужайралар, айниқса Т-лимфоцитларнинг чуқур миқдорий танқислигидан келиб чиқади. Орттирилган иммунитет кўпинча Т-киллерларнинг, яъни автоагрессив фаоллашиши билан бирга келади. Кўпгина олимлар Т-иммун тизимидаги Т- хужайралари ва Т-фаол лимфоцитлар абсолют сонининг ўрта кулоқдаги фаол яллиғланиш жараёнида ортиб боришини таъкидлаб ўтдилар [70; 62-67-б].

Гуморал иммунитет томонидан IgA, IgG, ва IgM даражасини ошириш ва пасайтиришнинг турли комбинациялари қайд этилган. Ўрта кулоқда фаол

яллиғланиш жараёни бўлган беморларнинг қон зардобиди IgA ва IgMнинг кўпайиши, сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларда касалликнинг ремиссияда, шунингдек, тўлиқ бўлмаган эпителизация билан умумий бўшлиқ операциясидан кейин IgA концентрациясининг пасайиши кузатилди [78; 191-192-б].

Олимларнинг такидлашича ўткир йирингли яллиғланишда IgA концентрацияси ошади ва грануляцияларда, холестеатомали ва грануляцион холестеатомалик жараёнларда камаяди. Катарал яллиғланиш жараёнидан ташқари барча жараёнларда IgM миқдори камаяди ва барча беморларда IgG кўпаяди. Муаллифлар кулоқ касалликларида иммуноглобулинларни аниқлаш дифференциал диагностик аҳамиятга эга деган хулосага келишди [73; 39-40-б].

Рус олимлари ЎЎОда қон зардобидидаги иммуноглобулинлар даражасига яллиғланиш жараёнининг фаоллик даражаси таъсир қилади, деб фикр билдирганлар [84; 47-50-б].

ЎЎО билан оғриган беморларнинг кўп қисмида фагоцитознинг пасайиши ва лизоцим таркибининг кўпайиши аниқланди. Ушбу силжишлар сурункали йирингли эпителимпанит билан оғриган беморларда касалликнинг кўзиш даврида энг кўп аниқланган [90; 60-б].

Касалликнинг яллиғланиш жараёнларини ривожлантиришда носпесифик резистентлик ва иммунологик жараёнларга катта аҳамият берилиши керак [117; 29-38-б].

Стафилококк этиологияли ЎЎОнинг ривожланишида IgG концентрациясининг пасайиши, шунингдек периферик қонда Т - ва В-лимфоцитларнинг Т-хужайралар ва Т-фаол лимфоцитларнинг умумий сонининг пасайишини кўрсатди [101; 89-91-б].

Тадқиқотчилар қайталанувчи йирингли ўрта отитда иммун тизимининг хужайравий ва гуморал тизимида ўзгаришлар бўлиши аниқланган. Бу омиллар, эҳтимол, касалликнинг такрорий ривожланишини келтириб чиқаради ва

маълум даволаш усуллариининг самарадорлигига тўсқинлик қилади [101; 89-91-б].

Россиялик олимлар 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган ЎЎО бўлган болаларда периферик қонда Т ва В-лимфоцитлар сонининг камайганлигини аниқладилар [94 21-23-б].

ЎЎО бўлган беморларда хужайра иммунитетининг баъзи кўрсаткичларини ўрганаётганда ўрта кулоқдаги фаол яллиғланиш жараёни билан Т-иммун тизимининг ҳолати Т- хужайралари ва Т-фаол лимфоцитларнинг умумий мутлақ сонининг кўпайиши билан тавсифланади. Ўрта кулоқда сурункали жараённинг ремиссия даври бўлган беморларда бу хужайралар даражасини пасайтириш тенденцияси кузатилди. Уч ҳафталик касалликдан кейин ҳам нормага етиб бормайдиган умумий ва фаол Т-лимфоцитлар сонининг камайиши кузатилди. Ушбу муаллифлар хужайрали иммун тизими параметрларининг пасайиши беморнинг иммун тизимига ўткир отит касаллигининг таъсири остида иккинчи марта содир бўлади ва хужайрали иммун тизими параметрларининг секин тикланиши ёки сурункали шаклга ўтишининг мумкин бўлган сабабидир, деган фикрни билдирдилар. Шу билан бир вақтда, ЎЎОда иммун тизимида ўзгаришлар бўлади. Шу билан бирга, ЎЎОдаги иммун тизимига оид мавжуд маълумотлар чекланган ва ушбу патологияда, айниқса болаларда тўлиқ акс эттирилмаган ва етарлича аниқ иммунологик маълумотлар берилмаган. Шунда, ЎЎОдаги иммунологик ўзгаришларнинг батафсил таҳлили янги нуқтаи назардан базис терапия учун ўзига хос асос бўлиши мумкин [80; 41-43-б].

Шундай қилиб, адабиёт маълумотлари ва клиник кузатишлар таҳлили шуни кўрсатдики, ЎЎО беморларда ЛОР касалликлари таркибида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Инсон танасининг иммунологик реактивлиги ҳолати ЎЎО шаклланиши ва ривожланишида муҳим рол ўйнайди. Бироқ, бизнинг тадқиқотимизда ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланишидан азият чекадиган бемор болалар организми иммун тизимининг ишлашининг кўплаб масалалари ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда.

§ 1.3. Ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечиши, даволаш ҳамда профилактикаси ва уларнинг ўзига хос хусусиятлари

Ўткир йирингли ўрта отит инсон ҳаётини биринчи ўн йиллигида шифокор томонидан албатта назорат қилиниб турилиши керак бўлган ва энг кўп тарқалган касалликлар қаторига киритилади; ўткир ўрта отитда яллиғланиш жараёни узлуксиз 12 ҳафта давомида тўхтамай давом этса сурункали ўрта отит деб атала бошлайди ва бунинг асосий шакллари сифатида серозли ўрта отит, секреторли ўрта отит, «glue» кулоқ ва йирингли ўрта отитлар ажратилади [6; 136-139-б]. ЎЎОнинг кечиши аксарият аломатларсиз ҳам бўлиши мумкин ёки эшитувни пасайиши, дискомфорт, бош айланиши ёки мувозанатнинг бузилиши ва шу каби белгилар билан давом этади [9; 24-б]; бундан ташқари кулоқ ногора пардасини шишинқираб ўзгаришлари билан ифодаланади, касалликнинг шиддатли тус олиб авжланишига кўпинча қуйидаги бта хатарли омиллар сабаб бўладилар: 1) бола сонини кўп бўлиши (тахминан 10–20тага етиб кўпайганда хатар кучая боради); 2) кашандаликка илгари ружу қўйилганлиги; 3) кўкрак билан эмизишни етарлича бўлмаганлиги; 4) уйқучанлилик; 5) аллергиялар; 6) иммунодепрессия [26;81-84б].

Болаларда, аниқроғи кичкинтойларда ЎЎОни кўпинча клиник симптомларсиз ва билинмай кечиши кузатилади ва мазкур хасталик билан бир вақтда 30%га етиб аденоидлар аниқланади [57; 70-73-б]. Хасталикнинг қайталаниши ва кучайиши йилнинг барча фаслларида кузатилади, аммо кўпроқ касалланиш даражасининг ортишини куз ва қиш ойларига тўғри келиши (респиратор аъзолар инфекциялари пайти) тадқиқотчилар томонидан кўрсатилади [22; 21-22-б].

Олимларнинг маълумотларига кўра ЛОР касалликлари 5 ёшдан ошганларда 19%га етиб учрайди ва улар орасида 1-ўринни кулоқ хасталиклари эгаллайдики, улар кўпинча яширин кечишга мойил бўлади ва кўплаб бошқа соматик касалликларга қўшилишиб аниқланади. Айниқса, бу даврда ёшга боғлиқ ҳолда эшитувни оғирлашиб бориши (пресбиакузис) муаммо бўлиб

ҳисобланади. Таъкидланадики, ЎЎО кўпинча қишлоқ аҳолисида қайд этилади, аксарият бош мия асоратлари ривожига олиб келади, меҳнатга лаёқатлиликини йўқолишига сабаб бўлади ва бундай хаста болалар армия хизматида яроқсиз бўлиб қоладилар [67; 129-б].

Россиянинг шимолида яшовчи ўтrock аҳоли орасида ЛОР касалликлари хусусиятини 749 тадан ортиқ миҳозларда махсус ўрганиб таъкидлайдиларки, биринчидан, ЎЎО энг кўп даражаларда то 4 ёшгача (11,8%) болаларда ва ёшларда (14%) ҳамда 50–59 ёшли аҳоли орасида (22,2%) қайд қилинади; иккинчидан, беморларда асосан кулоқдан доимий ёки ўқтин–ўқтин йиринг оқиши кузатилади, кам даражада эшитувнинг пасайишига шикоятлар топилади; учинчидан, тиббий кўрувда аксарият текширилганларда сарғимтир–эпидермал тикилма, йирингли ажралма, мутлоқ ёки қисман кўламда ногора пардани йиртилганлиги (бўлмаслиги) кузатилади; тўртинчидан, 40%га етиб беморларда йиринг оқиш бир вақтнинг ўзида эшитувни пасайишига олиб келади-ю, лекин бу бирон бир субъектив симптомлар билан белги бермайди. Бурунги иқлимий–жўғрофий муҳитида ЎЎО нисбатан яхши сифатли кечиши билан характерланади; ЎЎО ерлик аҳолида 2,3% (ўша даврда бу кўрсаткич 10,7%га тенг бўлган) учрайди [75; 55-58-б].

Олимларнинг маълумотларига кўра Молдовада 9,3% ЎЎО билан хаста беморларда асоратланиб кечишлар кузатилади: йирингли менингит билан–24,2%, мия абцесси билан–14,4%, менингоэнцефалит билан–13,9%, сигмасимон синус тромбофлебити ва перисинуозли абцесс билан–15,5% ва аксарият беморлар даволанишга кечикиб ҳамда оғир ҳолатлар билан келиб тушадилар. Шундай маълумотлар ёки бунга яқин клиник кечиши билан йирингли ўрта отитларни ифодаланиши кўпинча қайд қилинган [82; 45-47-б].

Биз адабиёт маълумотларидан келиб чиқиб шунга ишонч ҳосил қилдикки, сўнгги йилларда ЎЎО кўпроқ сурункали яширин кечиши шакллари билан учрай бошлаган. Бу борада олимлар (2012) илмий манбалари ҳамда шахсий кузатувларидан хулосаланган ҳолда қуйидаги мантиқан ўринли фикрларни айтганлар: а) ЎЎОнинг клиник манзараси кўпроқ унинг этиологик

омили билан изоҳланади; б) антибиотикларни кенг ва тартибсиз қўлланилиши ҳам клиник ифодаланишларини ўзгартирган ва ЎЎО қўзғатувчилари орасида антибиотикларга резистент микроорганизмларнинг салмоғини анчагина оширган; в) стафилококклардан келиб чиқадиган ЎЎО клиникаси жараённинг яққол интоксикация ҳодисалари (ҳароратнинг кўтарилиши, гемограмма ўзгариши ва б.қ.), билан бирданига кўзиши билан тавсифланади; г) ноғора парданинг қизариши ва мўл йиринг ажралиб инфильтрацияланиши кузатилади [87; 15-18-б].

Чет эллик олимлари маълумотлари бўйича, бир қатор ривожланаётган мамлакатларда болалар ва ўсмирларда 0,4%дан 33,3%гача перфорация, 0,4%дан 6,1%гача оторея ва 0,19%дан то 0,74%гача мастоидит каби асоратлар содир бўлади. Айнан шу оқибатлар сабаб бўлиб мазкур мамлакатлар аҳолисининг 1/3 қисмида эшитувни заифлашуви муаммоси кўндаланг бўлиб қолган [111; 480-485-б]. Нигериянинг Энугу шаҳрида 2 йил давомида махсус тадқиқот ташкил қилиб ЎЎОни ўрганган. Бу касаллик энг кўп 10–20 ёшлиларда (44,6%) кузатилган ва асосан унинг икки клиник шакли–катта марказий перфорацияси билан ифодаланадиган тури ва туботимпаник тури учраган. Кариес–5,4% ва полиплар билан асоратланиб кечишлари–3,9% миждозларда тасдиқланган. ЎЎОни чақирувчилари орасида энг кўп псевдомонас аеругиноза (35,2%) учрайди, кейинги ўринларда–протеус (23,5%), колиформлар (8,7%), клебсиелла (8,1%), тилларанг стафилококк (2,9%), аралашган флора (4,8%) ва бошқа флоралар (5,5%) аниқланади [22; 21-22-б].

ЛОР клиникасида ЎЎО билан касалланган беморларнинг қулоқ йирингида ўтказилган микробиологик ўстириш натижалари қуйидагича қайд қилинган: 87,9% ҳолларда микроблар ўсиши кузатилган; беморларнинг 68,8%да аэроблар ва 31,2%да анаэроблар мавжудлиги ва 33,3% беморларда ушбу микроблар ассоциацияда (биргаликда) бўлиши кузатилган. Умуман, бу туркум текширувлар натижасига кўра ЎЎОни кечишида аэроб микроорганизмлар билан бир қаторда анаэроб микроблар ҳам муҳим

аҳамиятга эга бўлиб, улар тадқиқотчилар кузатувида 27,5% ҳолда учрайди. Демак, ЎЎОнинг сабабчилари турли хил антибиотикограммага эга бўлади ва амбулатор ёки касалхона шароитида, пенициллин гуруҳи билан ўтказиладиган муолажалар кўп ҳолларда самарасиз бўлади [104; 202-204-б].

Эфиопияда 112та мижозлардаги махсус текширувда ЎЎОни асосий этиологик омиллари сифатида, асосан, протеус (31%), стафилококк (18%), ичак таёқчаси (16%), клебсиелла (12%) ва Pseudomonasнинг ҳар хил турлари (6%) учраши тилга олинади [113; 133-137-б].

Охирги 20 йиллик маълумотлардан яна маълум бўлмоқдаки, ЛОР аъзоларини, жумладан, эшитув аъзоларини микотик табиатли хасталанишлари ҳам муҳим муаммога айланган [145; 410-421-б]. Отомикоз барча яллиғланишли кулоқ касалликларини 10дан 20%гача етиб, иссиқ иқлимли муҳитларда эса то 50%гача етиб ташкил этади. Бу ҳақдаги маълумотларни кўрсатиб, олимлар Тошкент шароитида яна тасдиқлаб берганларки, сурункали отитларни то 38,9%гача етиб Candida авлодига мансуб замбуруғлар чақирадилар [144; 23-26-б]. Лекин кўпчилик текширувларда далолатланадики, ўрта кулоқда яллиғланишни узок чўзилиб кетишига фақатгина бир патологик флораларни ўзи етарли эмас ва замонавий талқинларга кўра аксарият организмнинг табиий резистентлигининг муайян бўғинларидаги нофаоллик ёки номутаносиблик ЎЎО ривожига олиб келади. Тадқиқотчилар текшируви шаҳодатлик берадики, СЎЎОда қон зардобидида иммуноглобулинларнинг G (IgG) ва M (IgM) синфларини кескин ортиб кетиши ҳамда аксинча, IgAни эса камайиб бориши юз беради. Бу касаллик ривожига ва кечиши учун кучли патогенетик омил бўлиб аҳамият касб этади. Бундай натижаларни қатор хорижий тадқиқотчилар ҳам тасдиқлайдилар [142; 15-20-б].

ЎЎОни патогенези, кечиши, даволаш ва профилактикасида ўрта кулоқда ҳамда бутун организмда юз берадиган иммунологик ўзгаришлар кўплаб тадқиқотларнинг мавзуси бўлган; шу боис ЎЎО билан хасталанган мижозларда яллиғланиш жараёнининг фаоллик даражасига кўра ҳужайравий

ва гуморал иммунитетнинг айрим кўрсаткичлари тадқиқотчилар томонидан кенг ўрганилиб чиқилган [146; 1035-1038-б].

8 дан 17 ёшгача бўлган 31 нафар беморни иммунологик текширувлари хусусан, тасдиқлайдики, ЎЎОнинг қайталаниш даврида хужайравий иммунитетнинг нисбий ва мутлоқ кўрсаткичлари ўртасида диссоциация кузатилади; бу хасталикнинг хуружи ва қайталаниш даврида Т ва В-лимфоцитлари мутлоқ миқдорининг ошиши, ремиссия даврида эса Т-лимфоцитлар кўрсаткичининг пасайишига мойиллиги билан тавсифланади; Т ва В-хужайраларнинг чуқур танқислиги ҳамда гипогаммаглобулинемия ҳолати ЎЎОнинг қайси даври бўлишидан қатъий назар, жуда кам ҳолларда кузатилади [140; 177-181]. Маълумотлар бўйича йирингли отитларда ўрта кулоқда лизоцим фаол тарзда ишлаб чиқарилади, уни шилликдаги миқдори қондаги даражасига қиёсланганда доимо юқори бўлади ва бу беморларда мазкур моддани инфекцияга қарши восита эканлигини исботлайди [143; 1047-1049-б].

Бундай иммунологик тизимни издан чиқиши, у ёки бу омиллар ёки даволаш усулларига боғлиқликда ўзгариб диагностик ҳамда терапевтик аҳамият касб этишлари бошқа ЛОР касалликларида ҳам қайд этилади [132; 100-104-б].

Юқоридагиларни ҳисобга олиб консерватив терапияни муқобиллаштириш мақсадга мувофиқ деб топилади [102; 73-78-б]. Умуман, кўплаб тадқиқотлар деярли бир хил натижаларни кўрсатадилар: ўткир ва сурункали йирингли ўрта отит билан хаста беморларда деярли доимо иммунитетнинг хужайравий–гуморал кўрсаткичларининг бузилишлари кузатилади ва демак, бундай хаста беморлар муайян мувофиқлаштирувчи даволаш усулларига муҳтожлик сезадилар [91; 50-51-б]. Бу каби патогенетик йўлли муолажалар, биринчидан, ЎЎОнинг оғир асоратларини эрта ташхислаш жўғрофиясини кенгайтиради ва иккинчидан, ҳозирда шифохоналарда нисбатан кўпайиб қайд қилинаётган сигмасимон синус тромбофлебити–отоген синустромбозларни даволаш самараларини оширади [86; 62-66-б].

Америкада клиник шароитда махсус иммунологик текширув ўтказилиб (20 нафар беморларда ўрта кулоқ ювилган ва ундан чиққан суюқлик иммунологик таҳлилдан ўтказилган) ўрта кулоқ қисмида маҳаллий секретор иммунитет тизими борлиги асосланади ва ундан касаллик кечишини баҳолашда фойдаланиш мақсадга мувофиқ деб тавсия этилади [107; 354-364-б]. Худди шунга ўхшаш хулосалар ва тавсиялар Швецияда—K.Prellner et al. ва Японияда — Н.Оgawa (2012) каби бир қатор тадқиқотчилар томонидан қайд қилинган [148; 641-646-б].

Олган натижалар бўйича ЎЎОнинг турли клиник кечишида ва шаклларида иммунитет ўзгаришлари ва носпецифик ҳимоя тизимининг турли силжувлари нотекисифодаланади: а) ЎЎО ва сурункали йирингли мезотимпанитларда улар жуда кам ўзгаради; б) сурункали йирингли эптитимпанит ва отоген бош мия ичи асорати билан хаста беморларда иммунитетнинг Т-бўғими ва носпецифик ҳимоя тизимларида етишмовчилик бўлади; в) ўрта кулоқ шиллиқларида SIgA ва лизоцим миқдорлари пасайиб кетади, қон зардобиди IgM ортади, IgG камаяди; г) анаэроб инфекция ёки тилласимон стафилококклар билан чақирилган ЎЎОдан иммун етишмовчилиги энг кўп даражада ифодаланади [149; 1115-1118-б].

Катта адабиётлар шарҳидан келиб чиқиб ва шахсий клиник кузатувларга асосланиб деярли зикр этилганларга ўхшаш қонуниятларни очганлар ва бу борада фундаментал текширувларни давом этдириш ЛОР амалиётидагина эмас, балки замонавий тиббиётнинг барча бўғинларини чуқур англаб олишда муҳим салоҳиятга эга эканликларини исботлаганлар [151; 167-168-б].

Умуман, адабиётлар шарҳи кўрсатадики, ЎЎО нисбатан кенг ўрганилаётган касаллик бўлсада, унинг клиник кечишига оид қарашларда кўплаб зидли қарашлар то ҳозиргача сақланиб қолмоқда. ЎЎО кўпинча беморлардаги клиник муаммодир ва мутлоқ аниқ бўлмаган сабабларга кўра, бу касаллик ЎЎОдан фарқли ўлароқ, мазкур мижозларда аксарият ҳолларда умумий клиник аломатларсиз ўтади ва шу билан бирга эшитувни заифлашуви жуда кўп учрайди. Демак, клиник муаммолар бор экан, ЎЎОни даволашга

оид долзарб масалалар ҳам бўлишликлилари эҳтимолдан йироқ эмас деган қарорга келиб, биз илмий манбаларни бу борада ҳам ўрганишда давом этдик[152; 2729-2738-б].

Аввало таъкидлаш керак бўладики, ҳамон ЎЙЎО ривожини олдини олиш кафолатини таъминлайдиган ягона омил йўқ ёки бундай профилактика тизими оториноларингологияда яратилмаган. Бундан ташқари, бу касалликни муфассал даволаш самарасини берувчи этиотроп терапияси ҳам то бугунгача йўқ, яъни бу масалалар замонавий клиник оториноларингологияни долзарб муоммолари бўлиб ҳисобланади [25; 45-48-б].

Франциянинг Марказий шифохоналаридан бирида 88та ЎЙЎОни бошидан ўтказган беморларнинг даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиб ўрганиб чиққанлар. Қайд этилишича, ЎЙЎОни жарроҳлик йўли билан даволашда, унинг асоратсиз шаклларида то 93,4%гача ва холестеатомали ЎЙЎОда бўлса-88%гача муваффақиятга эришганлар [150; 363-369-б].

Тадқиқотчи бўлса консерватив даволаш ҳақида кенг шарҳ бериб ишончли тасдиқлаб берганки, Америка шароитида катта ёшдагиларда ЎЙЎОни даволашда кенг қўлланиладиган офлоксацин ва яна қатор бошқа ототоксик препаратларни чақалоқлар ҳамда болалардаги ЎЙЎОни даволашда қўллаш кескин чегаралантирилмоғи зарур [149; 1115-1118-б]. Шунинг учун, бошқа муаллиф Австралияда шахсий кузатувларидан келиб чиқиб, ташвиш билан огоҳлантирадики, бу ерликларда ва Исландиялик беморларда сурункали отитларни ҳамда улар билан боғлиқ карқулоқликни даволашда ютуқларга эришилганлигига қарамасдан, уларни антибиотикотерапиясида катта муаммолар сақланиб қолган. Уларни ечиш учун шифокорлар ўзларининг фаолиятларини аҳоли тиббий савиясини оширишга кўпроқ йўналтиришликлилари даркор деб хулоса қилади [139; 119-125-б]. Шу каби тадқиқотларнинг издошлари ҳам мавжуд адабиётларда кўп учрайди ёки антибиотикотерапияга алоҳида кўрсатмалар билан ёндошилмаса, унинг ототоксик таъсирлари билан боғлиқ асоратлар кўламлари кескин ортиши таъкидланади. Худди шундай мазмундаги натижаларни Ҳиндистонда,

Исроилда, АҚШда, Италияда, Малайзияда ва Туркияда каби тадқиқотчилар ҳам кўрсатганлар [141; 1129-1137-б].

Демак, ЎЙЎО амалиёт билан шуғулланувчи шифокорларнинг клиник доирасида етакчи касалликлардан бири сифатида давом этмоқда [39; 24-28-б]. Бу ерда яна бир томондан таъкидлаш лозим бўладики, беморларда ЎЙЎОни даволаш учун антибиотикларни тобора катта миқдорларда бериш заруриятга айланиб қолмоқда ва шунинг учун ўткир ҳамда сурункали отитларни тафовутлашга эътибор алоҳида кучайтирилиши ёки уларни табиатларидансабабчиларидан келиб чиқиб перорал ёки парентерал ёхуд маҳаллий йўл билан юборилиш иложи борича «мўлжаллаштирилиши» тавсия этилади. Лекин турли шифокор-ординаторларни мазкур касалликни аниқ баҳолаш даражаларининг тафовутлари салмоғи катталиги, педиатрик клиник фаолиятда антибиотикларни буюриш билан ёки даволаш усулларини танловида катта чалкашликлар-хавфлар туғдиришни давом эттирмоқда . Мазкур клиник вазият болаларда ноинфекцион ЎЙЎОларни ҳам аксарият учраб кўпаётганлиги (то 50%гача етиб), оилавий отитнинг салмоғи борлиги ва чекишни бу касаллик хавфини оширишдаги ўрни ортиб бораётганлиги билан ҳам маълум даражада боғлиқлиги текширувларда тилга олинади [55; 58-59-б].

Умуман, ўткир йирингли ўрта отитларни даволаш услубларини ифодаловчи кўплаб илмий материаллар ва амалий фаолиятлар борлиги манбалардан маълум бўлади. Хусусан, ватандош олимларимиз тасдиқлашларича, лазеротерапияни ЎЙЎОда комплекс қўллаш беморларда ҳам консерватив ва ҳам жарроҳлик даволаш усуллари самараларини кескин оширади [55; 58-59-б]. Олимларимиз ЎЙЎО билан хасталанган 144та беморларда кукумазим препаратини биринчилардан бўлиб қўллаганлар ва аниқлаганларки, мазкур ўсимлик хомашёларидан таркиб топган протеолитик ферментлар мажмуаси ҳаттоки холестеатома билан кечувчи эпимезотимпанит ва эптитимпанитларда ҳамда грануляция ва полипли мезотимпанитларда ҳам юқори самара беради (1граммли шприц билан тешилган ногора парда орқали

юборилган). Даволаш 10 кун давом эттирилади ва антибиотикотерапияга кўшиб олиб борилади [57; 70-73-б].

ЎЙЎОни чўзилиб кечишида ва иммунотанқислик ҳолатлари намоён бўлиб касаллик авжлана бошлаган 21та беморларда (12 ёшдан то 15 ёшгача бўлган беморлар) тималинни қўллаб (кунига бир марта 0,2 мг/кг миқдорда, 5-7 кун давомида) шаҳодатлайдиларки, биринчидан, Т-лимфоцитларнинг кўрсаткичлари меъёрлашади; иккинчидан, лейкоцитларни ва унинг субпопуляцияларини ҳамда эритроцитларни чўкиш тезлигини динамикада меъёрлашувлари кузатилади. Демак, иммунқитқловчи терапияни буюриш вужудга келган иммунсилжувларни жойига қайтаради ва ЎЙЎО рецидивини профилактика қилади [65; 43-44-б].

Охирги йилларда респиратор касалликларини ва айрим ЛОР касалликларини даволашда нафас йўллари касалликлари чақирувчиларининг лизатларини ўзида мужассамлаштирувчи вакциналар кенг қўлланила бошлади. Буларнинг ичида иммунмодуловчи хоссага эга бўлган Бронхомунал препарати (Словениянинг “ЛЕК” фармацевтик фирмаси томонидан тавсия этилган) алоҳида ўринга эга бўлган. Тадқиқотларда исботланишича, бу препаратнинг таъсири иммунологик тизим орқали рўй беради: у ҳам маҳаллий ва ҳам умумий (хужайравий ва гуморал) иммун тизими фаолиятини стимуллайди, унинг таъсирида альвеоляр макрофагларнинг фагоцитар фаоллиги ортади, SIgAнинг ишлаб чиқарилиши кучаяди, шунингдек, Т-хужайраларнинг функционал фаоллиги ҳамда қон зардобдаги IgA, M, G концентрациялари ошади, периферик қонда Т-хелперлар миқдорини кўтарилиши ва аксинча Т-супрессорларнинг миқдорини пасайиши, IgE сатҳининг камайиши рўй беради. Бу препарат таркиби қуйидаги 8та кўзгатувчилар лизатларидан ташкил топган: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Streptococcus viridians*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*. Баъзи бир тадқиқотчилар Бронхомунал препаратини амалиётда қўллашдан

олдин экспериментал тадқиқотларда унинг самарадорлигини кўрсатиб беришган [66; 145-б].

Рус олимлари маълумотлари бўйича, Бронхо-муналнинг махсус таъсири секретор IgАни ишлаб чиқарилишининг ошиши ва уни шиллиқ пардаларда ушлаб қолиниши билан ҳамда маҳаллий иммунитет тизимини кучайиши билан боғланади. Номахсус таъсири эса бактериал инфекцияни йўқотувчи макрофагларнинг функционал фаоллигини кучайиши орқали намоён бўлади. Бронхо-муналнинг клиник самарадорлиги ўткир респиратор вирусли инфекция, фарингит ва ўрта отит касалликларининг рецидивлари сони кузатувнинг биринчи ярим йилида икки мартага камайиши билан ифодаланди [85; 72-76-б].

Адабиётларда аксарият бу дори воситаси узоқ ва тез-тез оғриб турувчи болаларда, бронхит ва пневмонияларда, ЛОР аъзолари касалликларида даволаш ва профилактика мақсадида қўлланилиб, ижобий самаралар олишган, даволаш давомида ножўя таъсирлар кузатишмаган [79; 67-69-б]. Баъзи муаллифларнинг олган натижаларига кўра, сурункали риносинусит билан хасталанган болаларда Бронхо-мунал дори воситасини қўллаш туфайли, рецидивлар сони назорат гуруҳига солиштирганда камайиши, қонда IgА сатҳининг ошиши кузатилган [74; 132-135-б]. Аммо Бронхомунални ЎЎОларда комплекс даво таркибида қўллаш натижалари ҳақида батафсил маълумотлар мавжуд адабиётларда кўрилмади.

Шу билан бирга айрим текширувлар ҳам борки, уларда ЛОР касалликларини даволаш стратегияси эмас, балки профилактикаси мажмуасига урғу бериш алоҳида таъкидланади. Ургенчда 1139 та ҳомиладорларни чуқур текширган ва уларнинг 40,9% да турли ЛОР касалликлари, 4,6%да эса қулоқ хасталиклари топилган. Бўлажак оналарда мазкур хасталикларни, айниқса, сурункали йирингли жараёнларни субъектив аломатларсиз кечиши, клиникасини нотиниқлиги ва асосан умумий интоксикация симптомларини устуворликлари қайд этилган. Шулардан келиб чиқиб муаллиф бу касалликларни комплекс профилактик тизимини яратган,

унинг асосини қуйидагилар ташкил этганлар: 1) микрофлораларни тафовутлаш ва антибактериал терапияни ўтказиш; 2) йирингли ўчоқларни санация қилиш; 3) бурундан нафас олишни тиклаш; 4) витаминотерапия; 5) иммунокоррекция; 6) темир тақчиллигини бартарафлаш; 7) десенсибилизацияловчи терапия; 8) бажарилаётган муолажаларни иложи борича оғриқсизлантириб ўтказиш; 9) ҳомилага салбий таъсир кўрсатмайдиган препаратларни танлаб даволаш дастурини тузиш. Бу тизимни ишловчанлигини муаллиф таъминлай олган ва натижада ЛОР континиуми 3 баробарга етиб ўрганилган аҳоли орасида камайган [73; 39-40-б].

Бошқа ҳудудларда, профилактика тизимида устуворликни техноген таассуротлар туфайли бузилган иммунореактивликни кўтаришга, иш жойларидаги микроиклимни яхшилашга, информацион ёки услубий тарғибот ишларини такомиллаштиришга, реконструктив-тиклаш марказини яратишга ва карсоқовларга ҳамда кам эшитувчи болаларга ихтисослашган мактаб-интернат ўқувчиларини аудиологик текширишдан ўтказиш сифатини оширишга [76; 36-38-б] қаратиш лозимлиги кўрсатилади.

Бир туркум илмий ишлар мақуллайдиларки, бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика ва даволаш муолажаларида СУ-Джок терапия то 85%га етиб самара беради ёки мўмиёнинг 5%ли сувдаги эритмаси ЎЙЎОларни даволашда катта самара келтиради [92; 45-46-б].

Худди шундай даволаш муолажалари такомиллаштирилган тадқиқотлар замонавий адабиётларда анча кўпки, уларни кенг амалиётланмай қолиб кетганлиги ёки ҳозиргача шундай тенденция сақланиб қолаётганлигини кўпчилик тадқиқотчилар ва мутахассислар таъкидлайдилар [104; 202-204-б].

ЎЙЎО аксарият инфекцион келиб чиқиш табиатига эга бўлади ва шунинг учун, антибиотикотерапия ва умуман антибактериал препаратларни қўллаш мазкур хасталикларда асосий аҳамият касб этадилар. Бактериал чақирувчиларни антибиотикларга сезувчанликлари кўплаб тадқиқотларда ўрганилган, ундан келиб чиқиб самарали препаратларни ЛОР касалликларида

умуман ва ЎЙЎОда хусусан, кенг тавсия этганлар ёки айнан шу ҳолатдан келиб чиқиб антибиотикотерапия мувофиқлаштирилган [108; 138-144-б].

Жумладан, энг мақбул, беҳавф ва самарали даволаш воситалари сифатида турли йилларда ЎЙЎО учун қуйидагилар илмий тадқиқотчилар томонидан тавсия этилганлар: клаувонли кислотани амоксициллинга қўшиб бериш, цефалоспоринларни II ва III авлодлари, респиратор фторхинолонлар ва макролидларнинг янги турлари, Ровамицин ва Амоксиклав, трансмеатал гипербарик аэрозольтерапия, антиоксидантлар билан комплекс даволаш, эндолимфонодуляр антибиотикотерапия, иммуномувофиқлаштирувчи препаратлар, физикавий ва сорбцион даволаш усуллари, лазерли даволаш муолажалари, иммунокоррекцияни комбинацияланган шакллари, озонотерапия ва маҳаллий даволаш усуллари зикр этилганларнинг жумласидандир [103; 196-198-б, 105; 31-33-б].

Лекин, шунга қарамасдан ЎЙЎОнинг клиник ва даволаш муаммолари сақланиб, кўпайиб бораётганлиги аксарият эсга солинмоқда ҳамда бунинг ечими истикболларини кўпчилик мутахассис-олимлар профилактик фаолиятни такомиллаштириш, амалиётлашда эканликларини тобора кўп тасдиқлаб бермоқдалар. Ёинки, ЎЙЎОни ва унинг келтириб чиқарувчи омилларини ўсиш тенденциясини таъминлайдиган нохуш эпидемиологик шароитлар ва вазиятларнинг ривожда салмоқли таъсир кўрсатаётган омиллар сифатида синуситлар(56,9%),аденоид (40,7%) ва сурункали тонзиллит (15,5%) эканлиги ҳамда экологик номуқобиллик шубҳасиз сабаб бўлаётганлиги деярли тасдиқланган илмий далилдир. Шу билан бирга уларга қарши скринингли-профилактика учун керакли далиллар етарлича эмаслиги ҳам кўрсатиладики, буни аксарият тадқиқотчилар эътиборидан тушмай келаётганлигини ҳам ватанимизда ва хорижда олиб борилган илмий текширувлардан англаш мумкин [23; 201-б, 108; 138-144-б].

Кўпчилик тадқиқотчилар яна фикр билдирадиларки, оториноларингологик амалиётда барибир консерватив даволаш муаммоси долзарб ва келажакда бу мавзу янги дори-дармонларни излаш билан ёки

бевосита кариоз жараёнларга, йирингли экссудатларга ва холестеатомаларга таъсир этувчи (соғлом тўқимага зарарли таъсир этмаган ҳолда) даволаш муолажаларини такомиллаштириш йўлида ривожлантирилиши лозим [109; 509-517-б]. Чунки, консерватив даволаш усулларида унумли ва «мўлжалли» фойдаланилса, ЎЙЎОдан сезиларли тузалиш ҳам ҳозирда кузатиляпти. Чунончи, консерватив даволашнинг принциплари ишлаб чиқилган бўлиб, улар қуйидагилардан иборат: 1) антибактериал терапияни фақат касалликни кўзғалиш босқичида буюриш; 2) юқори нафас йўлларида санація қилиш; 3) ўрта кулоқнинг патологик ўчоғига маҳаллий таъсир этиш; 3) физиотерапия ва лимфотерапия муолажаларини кенг қўллаш; 4) иммунотерапияни комплекс терапиянинг таркибий қисми сифатида амалиётлаш; 5) иммунологик текширувлар қўлама орттирилиб ва уларга асосланиб барча мавжуд даволаш усулларида самараларини ошириб бориш [26; 81-84-б, 110; 326-331-б].

Алоҳида таъкидлаш керакки, ЎЙЎОни мезотимпанит ва эптитимпанитларга ажратиб талқин қилиш авваламбор даволаш тактикасини белгилаб олиш нуқтаи назаридан аҳамият касб этади. Чунки, эптитимпанитда нисбатан кучли самара жарроҳли даволашда кузатилса, мезотимпанитда-аксарият йиринг оқишини тўхтатишда консерватив муолажалардан ижобий натижалар катта бўлади. Лекин консерватив даволашдан, буни жаҳон миқёсида тан олиниб тавсия этилган йўриқномалар ва салоҳиятли тадқиқотлар тўла тасдиқлайдилар, қуйидаги шароитлар таъминлангандагина ижобий самаралар бўлади: а) ҳар томонлама беморни чуқур текшириб чиқиш (чунки кўплаб соматик касалликларни мавжудлиги ЎЙЎОни даволаш самарасини камайтиради); б) ҳар томонлама эшитув фаолиятини текшириш (тонал аудиометрия, ультратовушли аудиометрия); в) дори-дармонларни иложи борида хасталик ўчоғига яқин олиб борилиши мақсадга мувофиқ; г) доимо бурун орқали нафас олишни сақлашга ва эшитув найларини яхши ўтказувчанлигини таъминлашга эътибор қаратилган бўлиши лозим; д) даволаш комплексли, босқичма-босқич ва албатта, иложи борида, маҳаллий муолажаларга қўшиб ўтказилиши даркор [35; 20-б, 112; 607-611-б].

Аммо лекин келтирилган шарҳни интиқоси сифатида таъкидлаш жоизки, ЎЎОни даволаш жуда мураккаб ва оғир муаммо бўлиб ҳисобланади. Бу борада ўсишга эришиш учун, биринчи ўринда, ишчан профилактикани такомиллаштириш ва амалиётлаш керак бўлади. Лекин бу борада оториноларингология фанининг ечилмаган муаммолари кўп ва махсус текширувларга илмий-амалий зарурият катта, акс ҳолда беморларнинг эшитув фаолиятларини бузилишлари хавфи айнан ЎЎО билан боғлиқ ҳолда жуда (63%дан кўп) юқоридир.

§ 1.4. Болаларда қандли диабет ва унинг болаларда ўткир ўрта отитнинг ривожланишидаги роли

Қандли диабет - бу инсулин секрециясининг мутлақ ва нисбий пасайиши натижасида углевод, ёғ ва оқсил алмашинувининг мураккаб бузилишлари юзага келадиган касаллик бўлиб ҳисобланади. Қандли диабет касаллигида метаболизмнинг чуқур бузилиши, ички аъзолар, асаб тизими, анализаторлар ва тери функцияларининг бузилишлари кузатилади [118; 437-440-б].

Кўпгина тадқиқотчилар ҚД билан оғриган бемор болаларда ЛОР аъзоларининг яллиғланиш касалликлари келиб чиқишини ўрганишди. Бир қатор муаллифларнинг тадқиқотлари натижаларига кўра [3; 76-б, 137; 5-8-б], барча ЛОР органларининг патологияси қандли диабет билан оғриган беморларнинг 50%да учрайди [37; 122-123-б].

Бир қатор муаллифлар [4; 43-46-б, 138; 30-55-б] қандли диабет билан оғриган бемор болаларга жарроҳлик инфекцияси хусусиятларини таҳлил қилиб, диабет фонида юзага келадиган инфекция "аёвсиз доира"яратишини таъкидладилар. Бошқа томондан, инфекция патологик жараённинг боришини оғирлаштиради, барча турдаги ўзгаришларга салбий таъсир қилади, ацидозни келтириб чиқаради. Метаболик жараёнларнинг бузилиши инфекция марказида жараённинг боришини мураккаблаштиради, тўқималарнинг янгилиниши ва тикланишини секинлаштиради [38; 21-б, 46; 20-24-б].

Муаллифларнинг фикрига кўра, уни ҳал қилишнинг асосий вазифаси

мумкин булган жарроҳлик аралашуви ва фаол комплекс даволашни қўллаш орқали ушбу шаклланган доирани бузишдир. Бир қатор хабарлар мавжуд [10; 21-24-б, 133; 578-589-б] йирингли инфекция қўшилиши билан ыандли диабет янада оғир мураккаб асоратга эга бўлиб, бу ноқулай натижага олиб келиши мумкин [49; 69-74-б, 58; 58-59-б].

Қандли диабет билан ЛОР аъзоларининг бир қатор касалликларининг ўзига хос клиниканинг хусусиятлари, касалликларни даволаш ва прогноз қилиш билан характерланади [15; 15-18-б, 134; 106-110-б]. М.Я. Козлов ва бошқаларнинг маълумотларига кўра, қандли диабет фонида ривожланадиган ЛОР - аъзоларининг ўткир касалликлари бўлган 21 беморда қонда глюкоза миқдорининг кўпайиши кузатилди, уларнинг тикланиши яллиғланишга қарши даволанишдан кейин кузатилган. Олимлар 195 нафар ҚД билан касалланган беморларини қамраб олган беморларнинг 85,6% да оғиз қуруқлиги, аниқ цианоз ва 47% бемор болаларда оғиз шиллиқ қаватининг шишиши аниқлаганлар. Муаллифларнинг фикрига кўра, оғиз ва тил шиллиқ қаватининг қуриши, шишиши, тилнинг ипсимон сўрғичларининг атрофияси ва қизил жилоланган тил каби аломатлар ҚД нинг "кичик белгилари" га тегишли бўлиши мумкин[28; 29-42-б, 130; 423-427-б].

Бир қатор муаллифлар [1; 20-б, 36; 57-б] қулоқ ва юқори нафас йўллариининг ҳолатини ўрганиб, эшитиш органлари ва юқори нафас йўллариининг турли хил бузилишлари кўпинча ҚД белгиларига қараганда олдинроқ ва аниқроқ пайдо бўлишини ва шунинг учун бу касалликни аниқлашга ҳисса қўшиши мумкинлигини таъкидладилар. Барча тадқиқотчилар ҚДнинг оғир шакли билан мастоидит ва интракраниал асоратлар билан қулоқнинг йирингли-яллиғланиш касалликларининг асоратлари сезиларли даражада юқори эканлигини билдирдилар [63; 165-166-б, 95; 31-36-б].

ҚД фонида ривожланадиган ташқи ва ўрта қулоқнинг яллиғланиш касалликлари, улар жараённинг давомийлиги ва консерватив терапиянинг паст самарадорлиги билан тавсифланади. Шундай қилиб, ҚД билан оғриган

беморларда эшитиш йўлида қичишиш, фурункулез, дерматозлар, курук себорея, ташқи эшитув йўли терисига тарқалиши тез-тез қайд этилади. Ташқи кулоқда диабетик ўзгаришларнинг пайдо бўлиши бир қатор омилларнинг таъсирига боғлиқ бўлиб, улар орасида метаболик касалликлар ва бактериал флора биринчи ўринда туради[40; 29-б, 131; 788-796-б].

Кулоқ кирининг кўп миқдорда секрецияси ва ҚДда олтингугурт миқдорининг ташқи эшитув йўлида тез-тез шаклланиши аниқланди. 530 нафар қандли диабет билан касалланган бемор болаларни ўрганиб, 196 нафар бемор болаларда олтингугурт тиқинлари ёки кулоқ олтингугурти гиперсекрециясини аниқлади. Кулоқ олтингугурти таркибида глюкоза аниқланди. Муаллифнинг сўзларига кўра, олтингугуртнинг гиперсекрецияси ва ундаги глюкозани аниқлаш глюкозатолерантликни тести бузилган беморларда қайд этилган. Бу яширин диабетнинг дастлабки кўрсаткичи бўлиб хизмат қилиши мумкин, чунки кулоқ олтингугурти таркибида соғлом одамларда глюкозани сақламайди[42; 16-20-б, 128; 194-198-б].

Инсулиндан олдинги даврда ташқи отит ва кулоқ фурункулини даволаш яллиғланиш жараёнининг атрофдаги тўқималарга тарқалиши билан эшитиш йўли деворларининг некрози каби даҳшатли асоратлар билан кечди. Адабиётларда кулоқ супрасининг осон учрайдиган трофик яраларининг клиник мисолларини келтиради, кўпинча қандли диабет фонида бемор болаларда оғир некроз билан тугайди[43; 157-181-б, 129; 169-176-б].

Бир қатор муаллифлар ташқи отитнинг клиник кўринишининг диабетнинг оғирлигига тўғридан-тўғри мутаносиб боғлиқлигини аниқладилар: диабет қанчалик оғир бўлса, ташқи эшитиш йўлининг яллиғланиши шунчалик қатъий бўлса, консерватив терапия шунчалик қийин амалга оширилди. Бу ҚД билан оғриган бемор болаларнинг 50% да чакка суяқларининг остеомиелити шаклида ўткир отитнинг асоратлари ривожланиши билан тасдиқланади [109; 509-517-б, 135; 224-б].

Кўпгина тадқиқотчилар [41; 42-б, 123; 827-832-б] ўткир ўрта отитнинг оғирлиги ва унинг асоратлари диабетнинг клиник белгиларининг оғирлигига

боғлиқлигини аниқладилар. Ўрта кулоқнинг яллиғланиши билан аъзоларнинг интоксикацияси туфайли яширин диабетнинг аниқ босқичга, компенсация босқичидан декомпенсация босқичига ўтиши кузатилди. ҚДда яраларни секин даволаш туфайли баъзи муаллифлар [66; 145-б, 124; 807-812-б] катта жарроҳлик аралашувлардан тўхташни тавсия қилишди.

Айтиш керакки, ўткир ўрта йирингли отит ривожланишидан азият чекадиган турли хил клиник оғирликдаги аниқ ҚД бўлган бемор болаларда қон ва сийдикдаги глюкозанинг одатдаги даражаларига нисбатан кўпайиши даврида кўриш ва эшитишнинг ёмонлашиши қайд этилади [44; 248-249-б, 125; 485-490-б]. ҚД билан оғриган бемор болаларда яллиғланишли кулоқ касалликларининг пайдо бўлиши ва ривожланишига ёрдам берадиган сабаблар турлича бўлади [118; 437-440-б].

Тўпланган тажрибага асосланиб, оториноларингологлар эндокринологлар билан эрта, яқин алоқада бўлиши, ҚД билан оғриган бемор болаларда мураккаб кулоқ касалликларига жарроҳлик аралашуви, шунингдек, бундай беморларни даволаш учун инсулиндан фойдаланиш зарурати тўғрисида умумий фикрга келишди [45; 140-146-б, 126; 307-309-б].

Бузилган метаболизм, диабетик ацидоз, сувсизланиш ва гипергликемия маҳсулотларининг таъсири ҚД да юқори нафас йўллариининг шиллиқ қаватининг характерли кўринишини келтириб чиқаради. Адабиётда шиллиқ қаватининг силлиқ енгиллиги, унинг ёрқин пушти ранги ва "лакланган" шакли билан ифодаланган "фаринголарингоксероз" кўринишининг тавсифлари мавжуд; беморларнинг шикоятлари томоқдаги қуруқликка, хириллашга, қуруқ йўтал билан характерланади [47; 100-б, 127; 560-566-б].

ҚД да атрофик фарингит ривожланишининг сабаби тўқималарнинг сувсизланиши бўлиб, инсулин терапияси пайтида жуда тез тўхтатилади. Декомпенсацияланган диабетда юқори нафас йўллариининг шиллиқ қаватининг ёрқин пушти ранги шиллиқ қаватнинг майда томирлари ва капиллярларининг ангиопатиялари мавжудлиги билан изоҳланади [48; 251-б, 136; 25-28-б].

Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра , куруқлик ва шиллик каватнинг "лакланган" кўриниши "диабетик ринофарингит"нинг хусусиятлари ва белгилари ҳисобланади. Айтиш керакки, ҚД енгил ва ўртача оғирликдаги беморларда асосан ўткир яллиғланиш касалликларининг одатий кўриниши қайд этилади. Бироқ, ҚД оғир ҳолатларда улар жуда аниқ хира кечиши билан фарқланади[61; 189-193-б, 136; 25-28-б].

Россиялик олимлар диабет билан оғриган бемор болаларнинг 112 клиник касаллик тарихи ва амбулатория карталарини таҳлил қилиш натижасида уларнинг юқори нафас йўллариининг яллиғланиш ва сурункали касалликларига мойиллигини қайд этади. 11,7%да синусит, тонзиллит аниқланди, доимий кечиши билан тавсифланади, кўпинча жарроҳлик даволашни талаб қилади. Шу билан бир вақтда бошқа клиницистлар 2,4% бемор болаларда қандли диабет билан касалланмаган бемор болаларда ўткир ўрта отит касаллигини аниқладилар. Бир қатор муаллифлар [60; 642-649-б] қандли диабет билан касалланган бемор болаларда ЛОР аъзоларининг зарарланишини аниқладилар ва уларнинг кечиш хусусиятларни ўрганиб чиқдилар[113; 133-137-б, 119; 511-519-б].

Сурункали тонзиллит кўпинча диабет билан оғриган беморларда кузатилади [117; 29-38-б, 120; 792-797-б]. Унинг частотаси 27,4% ни ташкил этади, бу ҚД бўлмаган болаларда ўртача кўрсаткичдан биров юқори бўлади. Сурункали тонзиллит кўпинча оғир ҚД билан оғриган ёш болаларда учрайди. Шу билан бирга, сурункали тонзиллитнинг кучайиши узоқ давом этди ва ҳар доим метаболик реакцияларнинг декомпенсациясини келтириб чиқарди, инсулиндозасини ўзгартириш керак бўлади. Сурункали тонзиллитнинг клиник белгилари ва унинг кучайиши маҳаллий ва умумий реакцияларнинг сустлиги ва оғирлиги билан ажралиб туради, аммо муртақларда яширин инфекциянинг мавжудлиги ҚД нинг компенсацияси қийин, лабил шаклининг пайдо бўлишига ёрдам берди [121; 2095-2140-б, 122; 63-71-б].

Шундай қилиб, адабиётларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ҚД билан оғриган беморларда ўткир йирингли ўрта отитнинг шаклланиши ва кечишини

ўрганиш оториноларингология ва диабетологиянинг кам ўрганилган жихатларидан биридир. Бу касалликларни ташхислаш ва даволаш самарадорлигини ошириш учун ушбу муаммони чуқур ўрганиш зарурлигини тақозо этади. Адабиётда фақат алоҳида нашрлар мавжуд [135; 224-б, 147; 133-137-б] ҚД фонида ўткир йирингли ўрта отит билан оғриган бемор болаларда а инсулинни муваффақиятли ишлатиш ҳақида. Бироқ, унинг таъсир қилиш механизми охиригача ўрганилмаган. Ушбу муаммони ҳал қилиш оториноларингологияда қисқа таъсир қилувчи инсулиндан маҳаллий фойдаланишни клиник амалиётга кенг жорий этиш имконини беради.

II БОБ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРДА КАСАЛЛИКНИНГ КЛИНИК ВА ПАТОГЕНЕТИК ТУЗИЛИШИ БЎЙИЧА КЛИНИК ТАВСИФИ ВА ТАДҚИҚОТНИНГ УСУЛЛАРИ ТАДҚИҚОТ ҲАЖМИ ВА ДИЗАЙНИ

§ 2.1. Текширилган бемор болаларнинг клиник тавсифи

Мазкур тадқиқотни бажариш ва ишончли натижалар олиш учун маълум миқдорда тадқиқотлар, тадқиқот объекти ва предметини тўғри танлаш керак, бундан ташқари статистик таҳлил олиб бориш учун кузатувлар сони (n) етарли бўлиши лозим. Шу сабабдан тадқиқот материалларига батафсил тўхталишни мақсадга мувофиқ деб билдик.

Бу илмий ишда тадқиқот икки стратегик йўналишда олиб борилди. Бу йўналишларнинг ҳар бирида битта патологик жараённинг бориши билан боғлиқ бўлган эпидемиологик жиҳатларини ўрганиш - прогресловчи иммунитет танқислиги туфайли юқори нафас йўллари ва бошқа ҳаёт учун зарур аъзоларининг зарарланиши ва авж олувчи асоратларинининг ривожланиши эди.

Қандли диабет фонида ривожланган ўткир йириггли ўрта отит билан касалланган бемор болаларнинг клиник ва лаборатория тадқиқотлари Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг ЛОР-бўлимида, вилоят эндокринология диспансери ҳамда Ўзбекистон Республикаси Фанлар Академияси Иммунология институти ва инсон геномикаси лабораторияларида ўтказилган.

Ушбу вазифаларни ҳал қилиш учун биз ВБКТТМ клиникасининг ЛОР бўлимида ҳамда вилоят эндокринология диспансери болалар бўлимида 2021-2024 йилларда даволанган 700 нафар беморни ретроспектив таҳлил қилдик. Улардан 460 нафари қишлоқ жойларида, 240 нафари шаҳар шароитида яшайди

Шулардан, мазкур диссертация иши бўйича маълумотлар Бухоро вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР бўлимида ҳамда вилоят эндокринология диспансери болалар бўлимида ўткир йириггли ўрта отит ташҳиси билан даволанган 101 нафар беморларда олиб борилган, бу беморлар

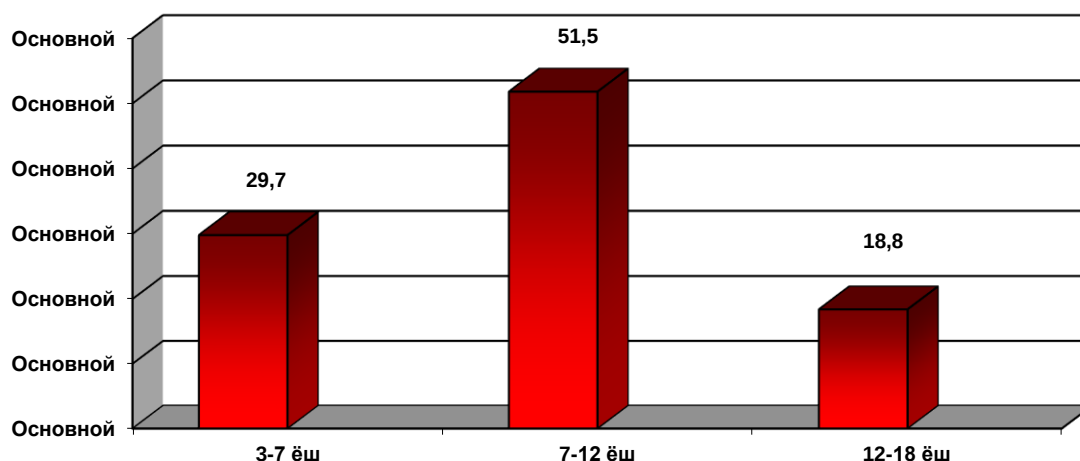
асосий гуруҳни ташкил этган. Касалликнинг кечиши давомийлиги беморлар анамнезидан 6 ойдан 5 йилгача бўлган муддатни ташкил қилган. Беморларнинг барчаси консерватив даво муолажаларини олган.

Барча назоратга олинган бемор болалар клиник ва лаборатор, биокимёвий, оториноларинголок ва иммунологик тадқиқотларни ўз ичига олган кенг давомли текширувдан ўтказилди. Бу борада уларнинг шикоятлари, ўтказилган ва йўлдош касалликлар, касалликнинг келиб чиқиш сабаблари, касалликнинг давомийлиги ва эрта даволаш чора-тадбирлар самарасига эътибор қаратилган.

Бемор организмнинг иммунологик реактивлигини динамикада ўрганиш учун 50 нафар бемор болалар ушбу тадқиқотга жалб қилиниб, шулардан 24 нафар ўткир йирингли ўрта отит билан зарарланган бемор болалар анъанавий даволанганлар бўлса, 26 нафар ўткир йирингли ўрта отит билан зарарланган бемор болалар анъанавий , иммуностимуляцион терапия қабул қилган беморларни ташкил этган.

1 – кичик гуруҳга 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган 16 (15,8%) нафар болалар, 2-кичик гуруҳга 8 ёшдан 12 ёшгача бўлган 30 (29,7%) нафар болалар ва 3-кичик гуруҳга 13 ёшдан 18 ёшгача бўлган 55 (54,4%) нафар бўлган болалар кирди.

2.1 –жадвал ва 2.1-расмда назорат остига олинган бемор болаларни ёши ва жинсини ҳисобга олган ҳолда тақсимланиш материаллари тақдим этилган. 2.1 –жадвалдан кўриниб турибдики, текширилаётганларнинг 52,4% ни ўғил болалар, 47,5% ни қиз болалар ташкил этди. Шуниси эътиборга жоизки, барча ўрганилган ёш гуруҳларида, жинсига қараб, умумий болалар сонига ўғил болалар сони устунлик қилди. Юқорида келтирилганлардан кўриниб турибдики, ўткир йирингли ўрта отит билан касалланиш ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан 1,5 марта кўп учради. Бу кўрсаткич ёш ошган сари ҳам бир бирига пропорционал ошиб борди.



2.1 –расм. Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан зарарланган бемор болаларни ёшига қараб тақсимланиши

2.1-жадвал

Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан зарарланган бемор болаларни ёши ва жинсига қараб тақсимланиши

Жинси	Беморлар ёши						Умумий (n=101)	
	3 ёшдан 7 ёшгача (n=16)		8 ёшдан 12 ёшгача(n=30)		13 ёшдан 18 ёшгача(n=55)			
	мут	%	мут	%	мут	%	мут	%
Ўғил болалар	8	50	14	46,6	31	56,4	53	52,4
Қиз болалар	8	50	16	53,3	24	43,6	48	47,5

Ушбу қонуниятни тушунтириш жуда ҳам қийин, бунинг сабаби биз учун ҳали аниқ бўлмаган бола организмнинг биологик жинсий хусусиятларга боғлиқдир. Шу билан бирга, 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан текширилаётган ўғил болаларнинг тенг ярмидан кўпини ташкил қилади - 44,8% (2.1 –расм). Таъкидлаш жоизки, гименолепидоз билан зараланган болаларга хос бўлган организмнинг анатомио-физиологик, патоморфологик ҳамда маҳаллий ва умумий хусусиятлари билан изоҳлаш мумкин.

**Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан зарарланган бемор
болалардаги преморбид фон**

Преморбид фон		Беморлар сони (n = 101)	
		Мутлақ сон	%
Анемия		99	98,01
Гипотрофия		25	24,7
Эксудатив-катарал диатез		20	19,8
Чала туғилиш		19	18,8
Паратрофия		14	13,8
Ирсий касалликлар		11	10,9
Туғруқ	- физиологик	73	72,2
	- патологик	28	27,7

Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан зарарланган бемор болаларда преморбид фон ўрганилганда, (2.2 -жадвал), 99 нафар бемор болаларда анемия кечаётганлиги аниқланди, шунингдек тез-тез учрайдиган йўлдош касалликлардан гипотрофия – 25 нафар , эксудатив-катарал диатез – 20 нафар , чала туғилиш – 19 нафар, паратрофия – 14 нафар ва ирсий касалликлар – 11 нафар болаларда кузатилган.

Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан зарарланган болаларда организмнинг тана ҳарорат реакциясини аниқлашда, бемор болалар шифохонага мурожаат қилганларида, ёшига қараб, 51 (50,4%) нафар бемор болаларда тана ҳароратининг 38° С дан юқори кўтарилгани, 41 (40,6%) нафар бемор болаларда субфебрил (37-38 ° С) тана ҳароратининг кўтарилгани қайд этилди, фақатгина 9 (8,9%) нафар бемор болаларда 37° С гача кўтарилганлиги аниқланди (2.3-жадвал).

Жадвал 2.3 дан кўриниб турибдики, биринчи гуруҳда тана ҳароратининг кўтарилганлиги 2 (2%) нафар бемор болаларда 37°С гача кўтарилган, 13

(12,9%) нафар бемор болаларда 37-38° Сгача кўтарилган, 14(13,8%) нафар болада эса 38° С дан юқори ҳарорат кузатилган.

2.3-жадвал

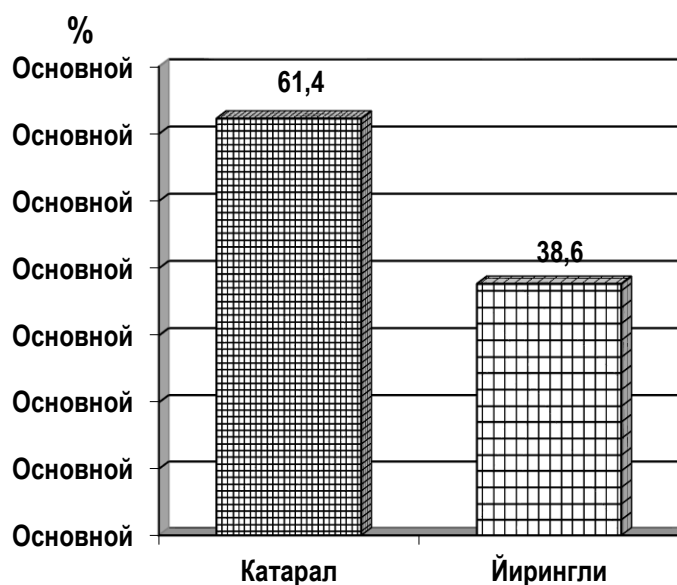
Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан зарарланган касалхонага ётқизилган бемор болаларнинг тана ҳароратининг ёшига қараб кўтарилганлиги

Касалхонага ётқизилгандаги тана ҳарорати	Беморлар ёши					
	3 ёшдан 7 ёшгача		8 ёшдан 12 ёшгача		13 ёшдан 18 ёшгача	
37,0 °С гача	2	2	6	6	1	1
37,0-38,0 °С	13	12,9	23	22,9	5	4,9
38,0 °С дан юқори	14	13,8	30	30	7	6,9
Жами	29	28,7	59	58,7	13	12,8

Иккинчи гуруҳда 6 (6%) нафар болаларда субфебрилитет аниқланган бўлса, 23 (22,9%) нафар болаларда 37-38° Сгача кўтарилган ва 30 (30%) нафар беморда 38° С дан юқори ҳарорат кузатилган. Учинчи гуруҳда 1(1%) нафар болаларда субфебрилитет аниқланган бўлса, 5 (4,9%) нафар болаларда тана ҳарорати 37-38° Сгача кўтарилган, 7(6,9%) нафар бемор болаларда эса 38° С дан юқори ҳарорат кузатилган. Умуман олганда назорат остига олинган бемор болаларнинг 40,6% да тана ҳароратининг 37-38 °С дан юқори кўтарилганлиги аниқланди.Бу эса ўз навбатида организмнинг инфекцияга қарши курашиш кучининг жавоб реакцияси эканлигидан далолат беради.

Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎОнинг яллиғланиш шаклига ва унинг намоён бўлишини таҳлил қилганда, кўп ҳолларда (61,4%) бемор болаларга ЎЎОнинг катарал шакли аниқланди. Шу билан бирга, ЎЎОнинг катарал шаклининг ярмидан кўпи 2-чи ёш гуруҳида 32 (51,6%) нафар болаларда қайд этилган .Ўтказилган тадқиқотларга кўра, назорат остига олинган болаларда ўткир ўрта отитнинг ногора парданинг тешилгунгача (80% гача) даври аниқланди.

Баъзи муаллифлар бу патологик ҳолатни ноғора парда ва эшитув найининг анатомик тузилишининг ёшга боғлиқ хусусиятлари билан боғлашади (Евдошченко Е. А., 1983). Бироқ, бошқа кўплаб омилларни ҳам ҳисобга олиш керак. Улар орасида ҳаётнинг биринчи кунларидан бошлаб антибиотиклар ва сульфаниламидлардан фойдаланиш, замонавий шароитда бола танасининг аллергиязациясининг кучайиши, сунъий озиқлантиришни кенг жорий этиш ҳисобига унинг умумий ва маҳаллий ҳимоя кучларининг камайиши ва бошқа омиллар муҳим ўрин тутди.



Расм. 2.2. Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО кўринишлари

2.4-жадвал

Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО нинг клиник шаклларининг тақсимланиши

Шакллари	Беморларнинг ёши					
	3-7 ёшгача		8-12 ёшгача		13-18 ёшгача	
	абс	%	абс	%	абс	%
Катарал	17	16,9	32	31,9	13	12,6
Йирингли	13	12,9	20	19,9	6	5,8
Жами:	30	29,8	52	51,8	19	18,4

Ўрта кулоқ ўткир зарарланишида касалликнинг йирингли шакли 39(38,6%) нафар бемор болаларга учраб, рўйхатга олинганларнинг тахминан 1/3 қисмини ташкил этади (2.2-расм). ЎЎОнинг йирингли шаклини таҳлил қилганда, худди шу иккинчи ёш гуруҳида тахминан бир хил-20 нафар (51,2%) болаларга аниқланди. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, бола ёши катталашган сари касалланиш даражаси пасаяди.

§ 2.2. Тадқиқот усуллари

Барча бемор болалар клиник ва оториноларингологик текширувдан ўтдилар. Шу билан бирга, уларнинг шикоятларига, ўтказилган ва бирга келадиган касалликларга, преморбид фонга, касалликнинг сабабига, давомийлигига, илгари ўтказилган тиббий тадбирларнинг таъсирига эътибор қаратилди. Агар керак бўлса, беморларга невролог, педиатр, эндокринолог ва бошқа мутахассислар маслаҳати буюрилди.

Барча беморларда ЛОР аъзоларини ҳолати отоскопия, олдинги ва орқанги риноскопия, фарингоскопия ва билвосита ларингоскопия, бурун халқумни текшириш усуллари ёрдамида баҳоланди. Зарур ҳолларда отоскопия Зигле воронкаси билан катталаштирилган ҳолда қилинди, сўргичсимон ўсимталарнинг Шюллер бўйича рентгенографияси, бурун ва ёндош бўшлиқларининг олдинги (оғиз очик ҳолдаги бурун-энгак) проекциясидаги рентгенографияси бажарилди.

Отоскопия пайтида ноғора парданинг ранги, билиш белгилари, ҳолати, ҳажми ва шакли, ундаги перфорациянинг локализацияси, кулоқдан йирингли ажралма табиати ва ноғора бўшлиғининг шиллиқ қаватининг ҳолати баҳоланди. Агар керак бўлса, диагностик ва даволаш мақсадида nonперфоратив отит учун тимпанопункция ва парацентез ўтказилди.

Эшитиш қобилиятининг функционал ҳолати умумқабул қилинган усулларда бажарилган аккумуляция ва тонал бўсаға аудиометрияси асосида баҳоланди. Аккумуляция ёрдамида текширилувчиларнинг шивирлаб ва суҳбатли жонли сўзлашувни қабул қилиши, С₁₂₈ ва С₂₀₄₈ камертонларнинг ҳаво

ва суяк бўйича абсолют қабул қилиш вақти, камертонал синамалар натижалари (Вебер, Швабах, Рине) баҳоланди. Тонал бўсаға аудиометрияси ISO-64 стандарти бўйича калибровка қилинган МА-31 (ГДРда ишлаб чиқилган) аудиометрида бажарилди. Эшитув найларининг ўтказувчанлиги ютинганда, Тойнб ва Вальсальви синамаларида, Политцер усули билан қулоққа ҳаво пуркалганда ҳамда заруриятга қараб эшитув найи катетеризациясида текширилди ва баҳоланди.

Мувозанат аъзосининг фаолияти субъектив (бош айланиши ва бошқалар) ва объектив (спонтан ва прессор нистагмни аниқлаш, кординацион тажрибалар ва бошқалар) текширишлар натижалари асосида баҳоланди. Калорик ва айланма синамалар зарур ҳолларда бажарилди.

Олд риноскопия пайтида бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг ҳолатига, бурун тўсиғига эгрилик мавжудлигига, бурун тўсиғи соҳасига дўнглик ва шип мавжудлигига, полипларга, қасноқларга, эркин йирингли ажралмага, шунингдек бурун чиғаноқларининг ҳолати ва ҳажмига эътибор қаратилди. Ўрта ва юқори бурун йўлларида йирингли ажралмага алоҳида эътибор берилди. Орқа риноскопия пайтида биз ҳалқум безларининг ҳолати, бурун чиғаноқларининг орқа учлари, полипларнинг мавжудлиги, шиллиқ ва йирингли ажралмага ҳамда хоаналарнинг ўтказувчанлигига эътибор қаратилди.

Ларингоскопияда: билвосита ларингоскопия, фонацияда овоз бойламларининг ҳаракатчанлиги текширилди.

Беморларни кенг қамровли клиник кўриқдан ўтказишда соматик ва стоматологик ҳолатни умумий қабул қилинган клиник ўрганиш, лаборатория, микробиологик ва иммунологик усуллар, шунингдек шикоят, анамнестик маълумотлар, касалликнинг субъектив ва объектив белгиларининг батафсил маълумотлари билан форматланган ҳужжатлар ишлатилган.

Даволаш турларидан келиб чиқиб ЎЎО билан хасталанган беморлар 2 гуруҳга бўлиндилар: қиёслаш-назорат гуруҳи (39 нафар бемор) ва асосий гуруҳга (62 нафар бемор). Қиёслаш гуруҳидаги беморларга комплекс

шаклидаги анъанавий даво муолажалари буюрилган. Асосий гуруҳдаги 62 нафар беморларга ҳам мажмуавий-анъанавий даволаш муолажалари ҳамда илгариги гуруҳдагилардан фарқли ўлароқ, қўшимча иммунмувофиқлаштирувчи препарат Иммун-5 қўлланилган. Беморларда бу дори воситасини қўллаш усули ва қоидалари қуйидагича бўлди: барча беморларга 7мг дозадаги Иммун-5 тавсия этилди ва уни нонуштадан олдин ичиш буюрилди. Беморлар капсула ҳолида чиқадиган бу препаратни кунда бир маротаба 10 кун давомида қабул қилдилар. Бундай 10 кунлик даво 3 ой давомида қайтарилиб турилди ва иложи борича ойнанг дорини қабул қилган ўша кунларига тўғрилашга ҳаракат қилинди. Дорини қабул қилишда беморларда деярли ножўя таъсирлар кузатилмади. ЎЎО билан хасталанган беморларнинг комплекс даво таркибига иммунмодуллашчи хоссага эга бўлган Иммун-5 дори воситасини киритишимизнинг қуйидаги сабаблари ва бир қанча афзалликлари мавжуд: ўрганилаётган беморларнинг иммун тизимидаги ўзгаришларини мувофиқлаштириш зарурлиги, ЎЎО ва ЛОР аъзоларининг асосий касалликлари Иммун-5 ни қўллаш кўрсатмаларига тўла мувофиқлиги, препаратни қўллаш схемасининг оддийлиги ва қабул қилишнинг осонлиги, бемор тиббий ходимга боғлиқ бўлмаган ҳолда дорини ўзи қабул қила олишлилиги, препаратни нохуш таъсир бермаслиги, ишлаб чиқарувчи тавсия этган шаклда ишлатилиши бўлиб ҳисобланади.

Микроблар агентини йўқ қилиш мақсадида биз антибиотикларга сезгирли антисептиклар билан ташқи эшитув йўлини ювдик. Антибиотикларни бурун ёндош бўшлиқларига эпителийнинг цилиер фаоллигига ножўя таъсир қилмайдиган концентрацияни ҳисобга олган ҳолда ишлатилди. Шу билан бирга, антибиотиклар 7-10 кун давомида энтерал ёки парентерал қўлланилди.

§ 2.3. Болаларда лаборатория қон таҳлиллари

Болаларда қондаги глюкоза таҳлиллари

Глюкоза- кўпчилик томонидан керакли маҳсулотдир. Аммо ҳамма ҳам глюкозанинг бошқа тури – танамизда мавжуд бўлган глюкоза ҳақида тушунчага эга эмас. Нима учун организмга глюкоза керак, унинг миқдори конимизда бўлиши керак, меъёрдан кўпайиш хавфи бола организми учун зарарли бўлиб, кўпгина бузилишларга олиб келиши мумкин.

Глюкоза организмда жуда муҳим рол ўйнайдиган углеводдир, яъни у асосий энергия манбаи ҳисобланади. Глюкозасиз танамизнинг барча хужайраларининг ҳаётӣ фаолияти бузилиши мумкин. Ушбу модда организм учун автомобиллар учун ёқилғи каби зарурдир. Қондаги глюкоза миқдори ҳар қандай ёшдаги инсон саломатлиги ҳолатини баҳолашга имкон беради. Ушбу модда даражасининг мувозанатини сақлаш жуда муҳимдир.

Озиқ-овқатдан танага кирадиган одатӣ глюкоза миқдори, махсус гормон-инсулин ёрдамида парчаланади ва қонга киради. Биз қанча глюкоз истеъмол қилсак, ошқозон ости беи шунчалик кўп инсулин ишлаб чиқаради. Бироқ, ишлаб чиқарилган инсулин миқдори чекланган. Шунинг учун ортиқча глюкоза жигарда, мушакларда ва ёғ тўқималарида "сақланади".

Биз овқатланмасак ёки диетада бўлсак, айтганидек, балансиз бўлса, мувозанат бузилади. Кейин глюкоза даражаси пасаяди, бу миянинг ёмонлашишига олиб келади. Инсулин ишлаб чиқарадиган ошқозон ости беи дисфункцияси билан ҳам номутаносиблик мумкин. Таъкидлаш жоизки, Украинада қандли диабет билан касалланган деярли 10 минг бола расман рўйхатга олинган. Аммо барча болалар ва уларнинг ота-оналари бу жиддий ташхисни билишмайди. Ҳар йили диабетга чалинган ёш беморлар сони тез суръатлар билан ўсиб бормоқда.

Болаларда қонда глюкоза даражасининг бузилиши белгилари чанқоқлик, қуруқ оғиз, тез-тез сийиш, заифлик, терлаш, бош айланиши, тез юрак уриши оғиздан ацетон ҳиди.

Агар болада юқоридаги аломатлар бўлса, у билан шифокорга шошилинг ва қон глюкоза тестини ўтказишни унутманг.

Ушбу таҳлил учун қон томирдан ёки бармоқдан олинади. Аниқ шароитда-таҳлил эрталаб қатъий равишда оч қоринга амалга оширилади. Охирида ортиқча егулик, жисмоний ва ҳиссий чарчашлар чекланади. Иложи бўлса, процедурадан олдин болага дори берилмайди. Сиз оддий сув ичишингиз мумкин.

Болаларда қондаги глюкоза миқдори

Қондаги глюкоза миқдорининг нормаси бевосита боланинг ёшига боғлиқ. Болада маълум бир ёшда қандай кўрсаткич бўлиши кераклиги жадвалда келтирилган. Таҳлил натижасини баҳолаш яқуний ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Боланинг ёши	Глюкоза даражаси (ммол / Л)
2 кундан 5 ҳафтагача	2,8 – 4,4
5 ҳафтадан 14 йилгача	3,3 – 5,5
14 йилдан кейин	4,1 – 5,9

Агар глюкоза миқдори периферик қонда кўтарилса (гипергликемия), бу бундай касалликлар ёки шароитларни кўрсатиши мумкин:

- синовдан олдин охириги 2-4 соат ичида овқат қабул қилган;
- қандли диабет;
- эндокрин патологиялар;
- панкреатит (ошқозон ости бези яллиғланиши);
- жигар касалликлари;
- буйрак касалликлари.

Агар, аксинча, қанд миқдори периферик қонда тушса (гипогликемия), болада бор деб тахмин қилиш мумкин: рўза тутиш, ошқозон ости бези касалликлари, жигар касалликлари, ҳипотирозидизм, алкоголь, мишяк ёки гиёҳванд моддалар билан заҳарланиш.

Болаларда қандли диабет турлари

Қандли диабетнинг икки тури мавжуд.

1-тоифа диабет (ёки инсулинга боғлиқ дори) бу ошқозон ости безининг гормон ишлаб чиқарувчи ҳужайраларини йўқ қилиш, шунингдек, мутлак инсулин етишмовчилигининг шаклланиши билан боғлиқ.

2-тоифа диабет-қондаги инсулин даражаси ўзгарганда ривожланади.

Болаларда 1-тип қандли диабет белгилари:

- аномал ташналик ва оғиз бўшлиғидаги қуруқлик;
- тез-тез сийиш;
- кечаси сийдикни тутолмаслик;
- қаттиқ чарчоқ ва дармонсизлик;
- доимий очлик ҳисси;
- кескин вазн йўқотиш.

Болаларда қандли диабетни даволаш

Касалликни даволаш дори-дармонлар, парҳез, шунингдек, махсус дори-дармонлардан иборат.

Шифокор бола учун керакли миқдордаги витаминларни ўз ичига олган балансли овқатланишни ишлаб чиқиши керак. Шу билан бирга, парҳез боланинг картошка ва нон маҳсулотларини истеъмол қилишини чеклаши керак. Жисмоний машқлар, шунингдек, глюкоза даражасини пасайтириш ва организмнинг инсулинга сезувчанлигини ошириш учун шифокор томонидан танланади.

Шифокор томонидан тайинланган дори-дармонларга қандли диабет 2-типига инсулин ёки метформинли дорилар киради.

III БОБ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 1-ТУРИ ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ

§ 3.1. Қандли диабет 1-тури фонида ривожланган ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник хусусиятлари

Ўтказилган текширув асосида ЎЙЎОнинг клиник кўринишларининг куйидаги хусусиятлари аниқланган (3.1-жадвал). Шундай қилиб, қандли диабет фонида ривожланган ўткир йирингли ўрта отитда бемор бола қулоғидан тўсатдан йиринг оқиши (77,5%), қулоқ оғриғи ва қулоқ тикилиши ёки эшитиш қобилиятининг пасайиши (82,5%), шунингдек иситма ва бош оғриғи (52,5% ва 67,5%) шикоятлари кузатилган.

3.1-жадвал

Текширилган болаларда шикоятлар ва уларнинг учраш даражаси

Шикоятлар	Бош оғриғи	Қулоқда оғриқ	Қулоқдан йиринг оқиши	Тана хароратининг	Қулоқда	Бош айланishi	Эшитишнинг пасайиши	Умумий ҳолсизлик	Қўнгил айниши ва
Нозология									
Қандли диабет фонида ЎЙЎО, n=40	<u>27</u> 67,5	<u>33</u> 82,5	<u>31</u> 77,5	<u>21</u> 52,5	<u>30</u> 75,0	<u>9</u> 22,5	<u>33</u> 82,5	<u>27,5</u> 76	<u>10</u> 25,0
Қандли диабетсиз фонида ЎЙЎО, n=10	<u>8</u> 80,0	<u>8</u> 80,0	<u>9</u> 90,0	<u>7</u> 70,0	<u>6</u> 60,0	<u>3</u> 30,0	<u>7</u> 70,0	<u>4</u> 40,0	<u>3</u> 30,0

Эслатма: нумераторда рақам; махражда %

Беморларнинг тахминан ярмида қулоқда шовқин, умумий ҳолсизлик кузатилган. 17 (42%) нафар болалар қўнгил айланиши ва қайт қилишдан шикоят

қилишган. Юқоридаги барча шикоятлар қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан касалланган болаларга нисбатан, қандли диабетсиз ЎЎО билан касалланганларга камроқ аниқланган. Шундай қилиб, 90% ҳолатларда кулоқдан йиринг оқиши, 80% ҳолатларда бош оғриғи ва 70% ҳолатларда ЎЎО билан касалланган бемор болаларда юқори тана ҳароратининг кўтарилишидан шикоят қилишган.

Умумий ҳолсизлик болаларнинг 40%, кўнгил айланиши ва қайт қилиш болаларнинг 30% да қайд этилган. Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан оғриган бемор болаларда аниқ клиник аломатлар иммун тизимининг бузилишининг натижаси бўлиши мумкин, бу организмнинг инфекцион агентга мослашиш механизмларининг бузилишига, иммунопатологик жараёнларнинг кучайишига ва хронизация жараёнининг тезлашишига олиб келиши мумкин.

Бу ҳолат инфекцион жараённинг шаклланиши ва ривожланишида бирга келадиган патологиянинг тури ва оғирлиги маълум рол ўйнашини тасдиқлайди.

Бемор болаларни қабул қилиш вақтида ЎЎО билан оғриган беморларнинг шикоятлари турлича бўлиб, улар касалликнинг босқичига қараб ўзини намоён қилган. 7 (17,5%) нафар бемор болаларда касалликнинг кечиши доимий характерга эга бўлган.

Беморларнинг умумий сонидан 19 нафари (47,5%) вестибуляр анализаторнинг шикастланишига хос бўлган бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш ва бошқа шикоятлардан шикоят қилган. Ушбу беморларнинг баъзиларида вестибуляр бузилишлар аниқланди: уларнинг 3 нафарида (7,5%) ўз - ўзидан пайдо бўлган кам кўламли нистагм аниқланди, 10% беморларда Ромберг позасининг бузилиши, шунингдек 5% беморларда ёпиқ кўзлар билан юриш пайтида статокинетик барқарорликнинг бузилиши.

23 (57,5%) нафар беморларда кулоғида субъектив шовқин борлиги аниқланган. Даволашнинг мақбул вариантыни ишлаб чиқиш учун биз ўрта кулоқнинг ҳолатини синчковлик билан ўрганиб чиқдик. Бунинг учун

анъанавий отоскопиядан ташқари, ўрта кулоқ тузилмаларининг анатомик ва топографик хусусиятларини батафсил ўрганишга имкон берадиган отомикроскопия ўтказилди. Отоскопияда ташқи эшитув йўли кенг, йирингли ажралма билан тўлган, ногора парданинг таранг тортилган қисмида марказий ва периферик перфорациялар кўринади.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, асосий патологиясининг фаолияти иккиламчи касалликнинг кечишига маълум таъсир кўрсатади. Шунинг учун қандли диабет фонида ривожланган ЎЎОнинг клиник ва лаборатория белгиларининг учраш даражаси инкор етиб бўлмайдиган қизиқиш уйғотди. Шундай қилиб, ЎЎОнинг клиник кечиш хусусиятлари ўзига хос хусусиятларга эга эди.

Қандли диабет фонида ЎЎОнинг ривожланиши асосий касалликнинг даражаси ва кечиш оғирлигига боғлиқлигини тасдиқлайди. Бундан ташқари, қандли диабет фонида ривожланган ЎЎОда клиник белгилар аниқроқ намоён бўлади, бу йирингли-яллиғланиш жараёни фон патологиясини кучайтиришини кўрсатади ва бу ўз навбатида иммун тизимининг чуқур бузилишига олиб келади. Шундай қилиб, ҳосил бўлган патологик занжир реакцияси патогенетик ваколатли даволаниш билан бузилмагунча бир-бирини қўллаб-қувватлаши мумкин.

§ 3.2. Қандли диабет фонида ривожланган ўткир йирингли ўрта отитнинг лаборатор ва инструментал кўрсаткичлари

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, назорат остига олинган бемор болаларни иммунологик тадқиқотлардан ташқари, барча беморлар учун қуйидаги лаборатория ва инструментал тадқиқотлар ўтказилди: умумий қон текшируви, эшитиш ўткирлиги текшируви, сўргичсимон ўсиқ катаклари рентгенологик текшируви, шунингдек, кулоқдаги йирингли ажралмани бактериологик ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш.

Текширилган беморларнинг қон таҳлили шуни кўрсатдики, қандли диабет фонида ЎЎОнинг ривожланишида периферик қондаги гемоглобин,

эритроцитлар, моноцитлар ($P < 0,05$) кўрсаткичлари одатдагидан анча паст, лейкоцитлар, нейтрофиллар, эозинофиллар, ЭЧТ эса одатдагидан юқори ($P < 0,05$) кўрсаткичларга эга (3.3-жадвал.). Қандли диабет фонида ЎЎОнинг ривожланишида яллиғланиш ва интоксикация белгилари янада аниқроқ эди: лейкоцитоз $10 \cdot 10^9 / л$ дан $13 \cdot 10^9 / л$ гача, 23 (57,5%) нафар беморда $14 \cdot 10^9 / л$, 7 (17,5%) нафар беморларда ундан юқори, бааларда ЭЧТнинг 20 мм/соат тезлашганлиги ва нейтрофиллар фоиз сонининг кўрсаткичлари тегишли ёш гуруҳларининг меъёрий кўрсаткичларидан 20% га ошганлиги аниқланган.

Гемоглобин (89,9 г/л), эритроцитлар (2,9%), лимфоцитлар (23,5%) ва моноцитларнинг (2,55%) ўртача қийматлари қандли диабетсиз ЎЎО бўлган болаларга нисбатан паст ва таққосланадиган ёшдаги соғлом болаларга қараганда анча паст кўрсаткичларга эга. Қондаги эозинофилларнинг таркиби алоҳида аҳамиятга эга эди, чунки у АлД белгиларидан биридир. Шундай қилиб, қандли диабет фонида ЎЎО билан зарарланган бемор болалар периферик қонида эозинофилларнинг ўртача кўрсаткичлари, қандли диабетсиз ривожланган ЎЎОда бу кўрсаткичларга нисбатан деярли 2 баравар юқори бўлганлигини кўрсатди.

7 (17,5%) нафар бемор болаларда гиперлейкоцитоз $17 \cdot 10^9$ ва ундан юқорилиги аниқланган бўлса, шунингдек ЭЧТнинг 20 мм/соатдан ошганлиги аниқланди. 3.2-жадвалда қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО ва қандли диабетсиз фонида ривожланган ЎЎО билан оғриган беморларнинг периферик қон параметрлари, шунингдек, таққосланадиган ёшдаги соғлом болалар кўрсаткичлари кўрсатилган.

Лаборатория тадқиқотлари натижалари А. А. Баранов (2007) томонидан таҳрирланган “Болалар касалликлари” қўлланмасида келтирилган ёш меъёрий кўрсаткичлари билан таққосланган.

Эшитиш функциясини ўрганиш барча беморларда эшитиш қобилиятини йўқотганлигини тасдиқлади, гарчи субъектив равишда беморларнинг 25% гача эшитишдан шикоят қилмаган. Шундай қилиб, кулоқ супрасидандан 4 м гача бўлган масофада пичирланган нутқ 48 (60%) нафар бемор томонидан, 4 дан 2

м гача — 28 (35%) нафар, 2 дан 0,5 м гача — 4 (5%) нафар беморга аниқланган. Касал кулоқдаги Федеричи ва Ринне синамалари барча текширилганларда салбий эди, Вебер тести касал томонга латерализация қилинган.

3.2-жадвал

Текширилган болаларнинг периферик кон параметрлари

Кўрсаткичлар	Қандли диабет фонида ЎЙЎО п=40	Қандли диабетсиз ЎЙЎО п=10
Гемоглобин, г/л	89,94±2,03*	95,54±2,05
Эритроцитлар, 10*12 [л	2,96±0,07*	3,25±0,07
Лейкоцитлар, 10*9 [л	12 10±0 23 *	10,41±0,26
Лимфоцитлар, %	23,55±2,46*	20,51 ±2,15
С/я нейтрофиллар, %	69,35±2,46*	60,51±2,15
Моноцитлар, %	2 55±0 226*	4,51±0,215
Эозинофиллар, %	4 15±0 246*	2,51±0,215
ЭЧТ, мм/соат	9 72±0 603*	8,79±1,07

Эслатма: * - назорат гуруҳига нисбатан сезиларли фарқлар * - $P<0,05$; - қандли диабет фонида ривожланган ЎЙО ва қандли диабетсиз ЎЙОли беморлар ўртасидаги ишонччилик фарқи.

Текширилган беморларда эшитиш қобилятининг бузилиши маълумотлари 3.1-расмда келтирилган.

Қандли диабет фонида ривожланган ЎЙО билан оғриган беморларда кулоқ оғирлигининг I - (67,5%) ва II- (27,5%) даражадаги беморлар аниқланди ва фақат 2 (5%) нафар беморда III даражадаги кулоқ оғирлиги аниқланди. Қандли диабет фонида ривожланган ЎЙОда 2,5% бемор болаларда аниқланди. Қандли диабетсиз ЎЙОда эшитиш қобилятини йўқотишнинг сенсориневрал шакли аниқланмаган.

Нутқ зонасида қандли диабет фонида ривожланган ЎЙОда беморларда хаво ўтказувчанлиги билан эшитиш чегараларининг ўртача қиймати 20-40 дБ, 25 нафар беморларда (62,5%) 40-60 дБ, 14 нафар беморларда (35%) 60-80 дБ беморларда аниқланган. 37 (92,5%) беморларда нормал частота диапазонидаги суяк ўтказувчанлиги бўсағаси меъёрий бўлиб қолди, 2 (5%) нафар беморларда

10дБга ошди, 1(2,55) нафар беморларда 20дБга ошганлиги аниқланди. 28 (70%) нафар беморларда ҳаво ўтказувчанлиги горизонтал характерга, 11 (27,5%) нафар беморда кўтарилувчи ва 1 (2,5%) нафар беморда пастга тушувчи характерга эга бўлди.



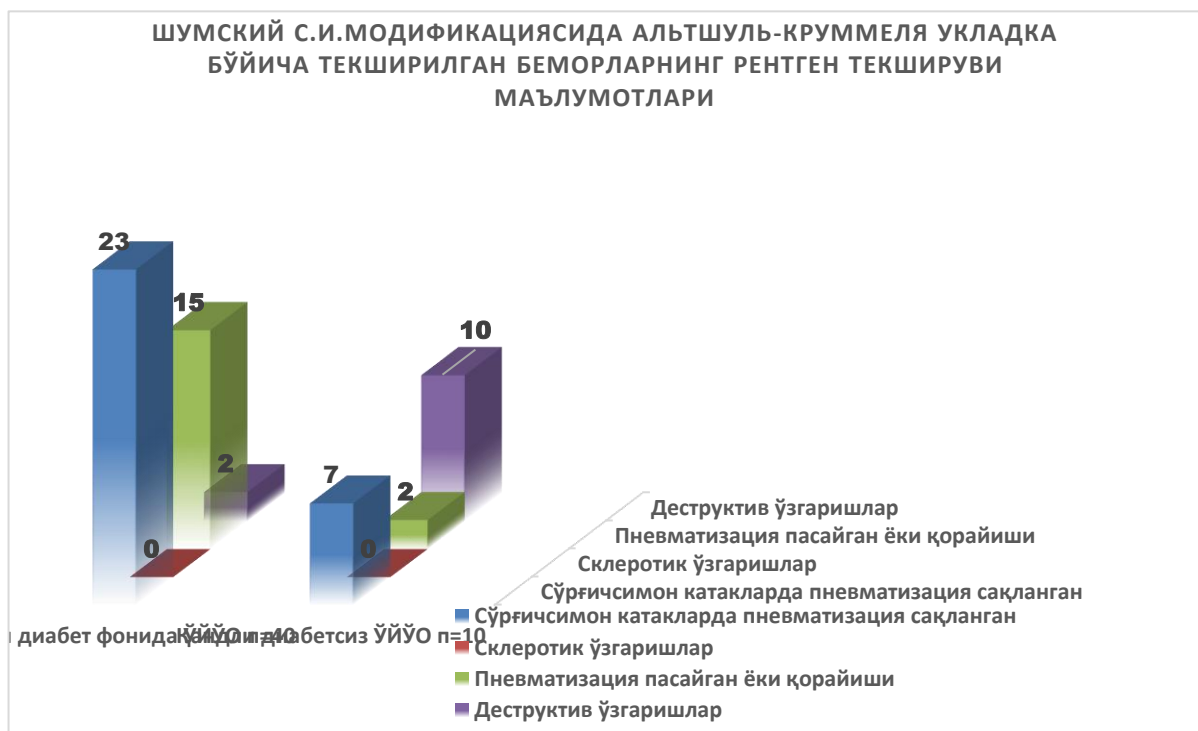
3.1-расм. Текширилган беморларда эшитиш қобилиятининг бузилиши маълумотлари

Суяк-ҳаволи интервал барча беморларда қайд этилган ва нутқ частоталарида (500, 1000, 2000, 4000 Гц) 37 (92,5%) нафар беморда 10-30 дБ оралиғида эди, 2 (5%) нафар беморда 30-50дБ оралиғида эди. 1 (2,5%) беморда сенсориневрал эшитиш қобилияти йўқолган, бу аллақачон мавжуд бўлган ўтказувчан шакл билан биргаликда эшитиш қобилиятининг аралаш турини ривожланишига олиб келган.

Олинган рентген текширув маълумотларини таҳлил қилишда (3.2-расм) сўрғичсимон катакларининг сояланиши қандли диабет фонида ривожланган ўўОда, қандли диабетсиз ўўО бўлган бемор болаларга нисбатан кўпроқ учради (мос равишда 37,5% ва 25%).

Шуни таъкидлаш керакки, қандли диабет фонида ривожланган ўўОда сўрғичсимон катакларда ҳаводорлиги (60%) ҳолларда, қандли диабетсиз

ЎЎОда эса сўрғичсимон ўсиқ катакларининг ҳаводорлиги (70%) ни ташкил этган. Бу, шунингдек, эшитув найининг ўтказувчанлиги ва вентилияцион функциясининг бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин, бу яллиғланишнинг ноғора бўшлиғи шиллиқ қаватига ва сўрғичсимон ўсиқ катакларига тарқалишининг асосий сабабларидан биридир.



3.2-расм. Шумский С.И.модификациясида Альтшуль-Круммеля укладка бўйича текширилган беморларнинг рентген текшируви маълумотлари

Қандли диабет фонида ЎЎО билан касалланган бемор болалар қулоғидан йирингли ажралма микробиологик текширилганда маълум даражада кутилмаган натижалар берди. 3.5-жадвалда микробиологик текширув натижалари келтирилган. Жадвалдан кўриниб турибдики, қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан касалланган бемор болаларда *Streptococcus pneumoniae*, *Haemoflus inqenzae*, *Moraxella catarralis* аниқланган бўлса, қандли диабетсиз ЎЎОда *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris* микроорганизмлари аниқланди.

Юқоридаги барча патогенлар асосан бошқа микроорганизмлар билан биргаликда топилган. Қандли диабетсиз ЎЎО билан касалланган бемор беморларнинг тахминан ярмида микроорганизмларнинг монокултуралари топилган ва қандли диабетсиз ЎЎОда эса беморларда битта културанинг ўсиши фақат 25% ҳолларда аниқланган. Аэроб-анаэроб ассоциацияси қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан касалланган беморларнинг 13 (32,5%) нафарида ва қандли диабетсиз ЎЎО билан касалланган 9 (22,5%) нафар бемор болаларда аниқланган.

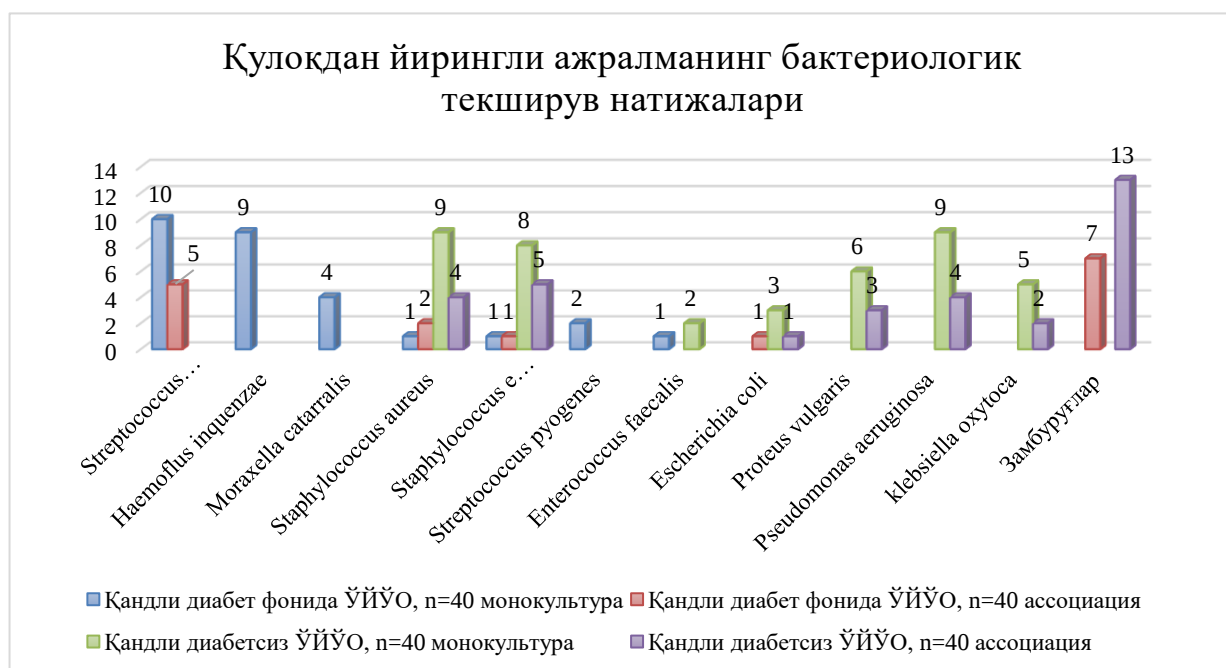
3.3-жадвал

Қулоқдан йирингли ажралманинг бактериологик текширув натижалари

Қўзғатувчи тури	Қандли диабет фонида ЎЎО, n=40		Қандли диабетсиз ЎЎО, n=40	
	монокультура	ассоциация	монокультура	ассоциация
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	10	5		
<i>Haemoflus influenzae</i>	9			
<i>Moraxella catarralis</i>	4			
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	2	9	4
<i>Staphylococcus e idermidis</i>	1	1	8	5
<i>Streptococcus pyogenes</i>	2			
<i>Enterococcus faecalis</i>	1		2	

Escherichia coli		1	3	1
Proteus vulgaris			6	3
Pseudomonas aeruginosa			9	4
klebsiella oxytoca			5	2
Замбуруғлар		7		13

Бу ҳолат билвосита беморларнинг ошқозон-ичак трактига хос микрофлораси билан касалланиш хавфи юқори эканлигини кўрсатади, яъни эшерихиоз, псевдомонад ва протей инфекциясини ўз ичига олган "касалхона" инфекцияси, бу уларнинг беморларимизга тез-тез экиш даражасидан далолат беради.Шуни таъкидлаш керакки, касалхонага ётқизилишидан олдин деярли барча беморлар кенг спектрли антибиотиклар ва сульфаниламидлар билан мунтазам ёки тартибсиз даволанган. Кўринишидан, иккинчиси ўрта кулоқдаги микрофлоранинг табиатининг ўзгаришига олиб келди.



3.3-расм. Кулоқдан йирингли ажралманинг бактериологик текширув натижалари

Аэроб ва анаэроб микрофлоранинг ҳар хил турларини аниқлаш билан бир қаторда, биз ажратилган бактериал штаммларнинг оториноларингологик амалиётда тез-тез ишлатиладиган антибиотикларнинг асосий гуруҳларига сезгирлигини аниқладик ва олинган маълумотларни ҳисобга олган ҳолда антибиотикларни терапевтик дозаларда буюрдик.

Суяк тўқимасини, терини ва ўрта кулоқнинг шиллиқ қаватларнинг зарарланиш сабаблари, юқоридаги клиник кўринишлар анаэроблар ва айниқса агрессив энтерококклар, ичак таёқчалари, протей ва бошқаларнинг ҳаётий фаолияти маҳсулотлари бўлиши мумкин, табиий патогенлик, сезиларли частота билан чиқарилади (протеаз, гиалуронидаза, фибринолизин, гемолизин, гемотоксин ва бошқалар.).

Кўринишидан, ўрта кулоқ учун одатий бўлмаган ушбу агрессив аэроб инфекциясининг пайдо бўлиши фон касаллиги бўлган беморларнинг организмнинг умумий қаршилиги ва иммунитет кучларининг заифлашиши билан боғлиқ.

Анаэроблар ва ошқозон-ичак трактига хос бўлган баъзи шартли патоген микроорганизмлар (энтерококклар, ичак таёқчаси, протей, кўк-йирингли таёқча, клебсиелла) кўпинча кулоқдаги йирингли яллиғланиш жараёнларининг этиологик омилларига айланади. Шу билан бирга, ифлос кулранг, ифлос яшил ёки чириган ҳидли йирингли анаэроб ва анаэроб-аэроб инфекция учун патогномоникдир.

Ушбу клиник белгилар анаэроб микрофлоранинг мавжудлиги тўғрисида билвосита хулоса чиқариш ва анаэроб дорилар ёрдамида даволанишни ўз вақтида тузатиш учун муҳимдир. Кулоқдаги йирингли ажралмалар 20 (25%) нафар беморда микроорганизмлар бактериал-замбуруғли ассоциациясига эга бўлган.

Экиш пайтида бактериал-замбуруғли ассоциацияси аниқланган беморларда ажралма ифлос-яшил, ифлос-кулранг гўштли бадбўй ҳидли

характерга эга бўлган. Уларнинг клиник кўриниши доимий оторея, лабиринт кўринишлари, бош оғриғи, кулоқ оғриғи, умумий интоксикация белгилари ҳамда консерватив давога ёмон берилувчанлиги билан ажралиб туради.

Агарда қандли диабетсиз ЎЎОда замбуруғли-бактериал флор ассоциациясининг клиник кўринишлари адабиёт маълумотларига мос келадиган бўлса, унда қандли диабет фонида ривожланган ЎЎОда замбуруғли флорасининг пайдо бўлиши бизда мавжуд адабиётларда топилмади.

Тадқиқотда қандли диабет 1-тип фонида ривожланган ЎЎО билан касалланган асосий гуруҳ 70 нафар бемор болаларнинг 22 (31.4%) ва назорат гуруҳ бемор болаларнинг 7 (15.9%) нафарида кўрсатма асосида тимпанопункция ўтказилди. Тимпанопункция қилинган 22 нафар боладан 13 (59,1%) нафарида тимпанопункция пайтида йирингли пунктат олинган, 7 (31,8%) нафар боладан экссудат ва 2 (9,1%) нафар болада мирингит ҳолати аниқланган (3.4-жадвал). Тимпанопункциядан кейин юқоридаги бемор болаларга тегишли терапия чора тадбирлари ўтказилган.

3.4-жадвал

Қандли диабет 1-тип фонида ривожланган ЎЎО билан оғриган бемор болаларда тимпанопункциялар сони

Пунктат характерлари	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳ	
	мут	%	мут	%
Йирингли	13	59,1	4	57.1
Экссудат	7	31,8	2	28.6
мирингит	2	9,1	1	14.3
Жами:	22	100,0	7	100

Мисол учун қуйидаги кузатув олиб борилди: Бемор С.М., 5 ёш, К.Т. №1148-257. Бемор бола 2021 йил 15 майдан онасининг сўзидан тез чарчаш, дармонсизлик, иштаҳанинг пастлиги, тез чанқаш, кўнгил айланиши, қусиш, оғиз қуриши, бош оғриши, уйқунинг бузилиши, тана ҳароратининг кўтарилиши ва

чап қулоғидан йирингли ажралма оқиши шикоятлари билан вилоят болалар кўп тармоқли клиник шифохонаси ЛОР-касалликлари бўлимига ётқизилган.

Ташхис: Чап томонлама ўткир йирингли отит. Ноғора парданинг тешилгунгача бўлган босқичи.Отоантрит.

Йўлдош касаллиги: Қандли диабет.Анемия-2 даража.

Анамнездан 10 кундан давомида касал бўлиб, тана ҳароратининг кўтарилиши, чап қулоқ соҳасида оғриқ, қулоқ орқасида шиш, иштаҳасизлик, қусиш ва тутқаноқ белгилари пайдо бўлган.

Бемор бола стационарга тушганида умумий аҳволи ўртача оғирликда. Эс-хуши аниқ. Тери ранглари оқимтир.Шиллиқ қаватлар оқимтир. Ўпкасида везикуляр нафас.Юрак тонлари бўғиқ.пулси 90та бир дақиқада.Талоқ катталашмаган. Жигар катталашмаган. Стул ва диурез меъёрий.

Отоскопияда:ташқи эшитув йўли кенг.Ноғора парда қизариб шишган, бўртиб турибди. Билиш белгилари кўринмайди.Чап томонлама антрал соҳада шиш бор.Палпацияда оғриқли.

Олд риноскопияда:бурун шиллиқ қаватида қизариш,шиш бор.Бурун ўрта йўлида шилимшиқ ажралма бор.

Беморга бўлимда антибиотикотерапия, яллиғланишга қарши терапия, қувватни оширувчи ҳамда маҳаллий терапия олиб борилди.

Ушбу даво чора-тадбирларини олиб боришимизга қарамай, болада яна безовталиқ, иштаҳасизлик, қичқириб йиғлаш пайдо бўлди ва қайта педиатр,эндокринолог ва оториноларинголог кўриги ташкил қилинди.

Педиатрлар томонидан фақатгина ички аъзоларда биров патологик ҳолатлар борлиги аниқланди. Оториноларинголог томонидан текширилганда отоскопия пайтида чап қулоқ пардасида қизириш, шиш борлиги, ноғора парданинг қалинлашганлиги ва билиш белгиларининг кўринмаслиги аниқланди. Умумий ҳолатнинг оғирлиги туфайли бемор болада чап томонлама тимпанопункция қилинди ва натижада шиллиқли-йирингли пунктат олинди. Пунктат бактериологик текширувга юборилди. Экилган йирингли экссудатдан

Streptococcus pneumonia аниқланди ва унинг Бактокс ва таревидга сезгирлиги аниқланди.

Маҳаллий даво учун мураккаб эритма (диоксидин, гидрокортизон суспензияда, нафтизин) ва иммунокорригирловчи терапия учун Иммун-5 препаратидан кунига 1 капсуладан ичиш тавсия этилди. Тимпанопункциядан 2 кун ўтгач, беморнинг аҳволи бир оз яхшиланди, тутқаноқлар тўхтади, токсикоз ҳолати камайди.

Орадан 3 кун ўтгач бемор аҳволида яна ёмонлашиш кузатилди. Интенсив терапия олиб борилишига қарамай, беморга интоксикация ҳолати кучая борди, тана ҳарорати 39-40°С гача кўтарилди. Отоскопияда: ноғора парда қизариб, шишган, ноғора парданинг юқори қисмлари қалинлашган, қулоқдан оқиши тўхтаган.

Беморга қайта чап томонлама тимпанопункция қилинди, шунга қарамай бемор аҳволига яхшиланиш кузатилмади. Боланинг аҳволи ўта оғирлашгани учун умумий оғриқсизлантириш остида чап томонлама антротомия ўтказилди; антрал бўшлиқда суяк нормал зичликда, ёпишқоқ шиллиқли-йирингли пунктат олинди. Антрал бўшлиғи физиологик эритма билан ювилиб, Бактокс эритмаси юборилди.

Антротомиядан кейинги иккинчи куни боланинг аҳволи яхшиланди, токсикоз ҳолатлари аста-секин камая бошлади, қулоқлардан йиринг 5 кундан кейин тўхтади. Бола яна 20 кун кузатув остида бўлди ва амбулатория шароитида даволаниш учун қониқарли ҳолатда стационардан чиқарилди.

Олинган натижалар маълумотлари умумлаштирилганда, қандли диабет фонида ривожланган ЎЎОнинг ўзига хос клиник кечиши ва клиник - лаборатория хусусиятларига эга деб айтиш мумкин, улар қандли диабетсиз ЎЎОнинг клиник кечишидан тубдан фарқ қилади ва ўрта қулоқ яллиғланишининг камроқ аниқ белгилари билан тавсифланади.

ХУЛОСА

1. Болаларда қандли диабет 1-тип кечиши оғирлигининг турли даражаларида ЎЎО клиник аломатларидан бош оғриғи 27 нафар (67,5%), кулоқда оғриғи 33 нафар (82,5%), кулоқдан йиринг оқиши 31 нафар (77,5%), тана ҳароратининг кўтарилиши 21 нафар (52,5%), кулоқда шовқин 30 нафар (75%), бош айланиши 9 нафар (22,5%), эшитишнинг пасайиши 33 нафар (82,5%), умумий ҳолсизлик 27 нафар (76%), кўнгил айланиши ва қусиш 10 нафар (25%), вестибулометрияда вестибуляр бузилишлар 19 (47,5%), сўрғичсимон ўсиқлар рентгенографиясида пневматизациянинг пасайиши (60%) ҳолатлари асосий гуруҳ бемор болаларида назорат гуруҳига нисбатан 2,5 маротаба кучайганлиги аниқланди.

2. Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан касалланган бемор болаларда кулоқдан йирингли ажралма таркибида *Streptococcus pneumoniae*, *Haemoflus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* аниқланган бўлса, қандли диабет билан касалланмаган ЎЎО билан касалланган болаларда кулоқдан йирингли ажралма таркибида *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris* микроорганизмлари учраши аниқланди. Қандли диабет фонида ривожланган ЎЎО билан касалланган бемор болаларнинг тахминан ярмида микроорганизмларнинг монокултуралари топилган бўлса, қандли диабет билан касалланмаган ЎЎО бўлган болаларда эса монокултурали ўсиши фақат 25% ҳолларда кузатилиши ўрта кулоқ учун одатий бўлмаган ушбу агрессив аэроб инфекциясининг пайдо бўлиши фон касаллиги бўлган беморларнинг организмнинг умумий қаршилиги ва иммунитет кучларининг заифлашиши билан боғлиқлиги аниқланди.

3. Болаларда қандли диабет фонида ривожланган ўткир ўрта отит билан оғриган бемор болаларнинг иммунитет кўрсаткичлари, иммун тизимининг хужайравий звеноси кўрсаткичларининг Т-хелперлар (CD4+) 1,47 марта, Т-супрессорлар (CD8+) 1,16 марта, иммунорегулятор индекснинг (CD4+/CD8+) 1,2 марта пасайиши, CD16+ лимфоцитларнинг 1,26 мартага ошиши билан тавсифланади, шунингдек яллиғланишга қарши цитокин IL-4 миқдорининг мос равишда 2,79 марта ($24,3 \pm 5,72$ пг/мл ва $8,7 \pm 1,65$ пг/мл) сезиларли ўсиши ва IFN- γ таркибининг ишончли 1,7 марта ($11,2 \pm 2,07$ пг/мл ва $19,2 \pm 5,38$ пг/мл) мос равишда соғлом одамлар билан солиштирганда камайиши кузатилди.

4. Иммун тизими бузилишларининг оғирлигини баҳолаш асосида 1-тип қандли диабет билан оғриган болаларда ўрта кулоқнинг яллиғланиш жараёнининг ривожланишини олдини олишга қаратилган иммунотерапия тактикаси аниқланган ва маҳаллий иммуномодулятордан (Иммун-5) фойдаланишни ўз ичига олган оқилона иммунотерапия схемаси ишлаб чиқилди, бу касалликнинг клиник белгиларини яхшилаш фонида яллиғланишга қарши цитокин IL-4 миқдорининг 2,25 мартага ($24,3 \pm 5,72$ пг/мл ва $10,81 \pm 0,72$ пг/мл пг/мл) мос равишда пасайиши ва IFN- γ цитокин миқдорининг мос равишда ($11,2 \pm 2,07$ пг/мл и $18,1 \pm 0,60$ пг/мл) ошиши, иммун тизими кўрсаткичларининг яхшиланиш ва тикланиш имконини берди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Қандли диабет 1-типи фонида ривожланган ўткир ўрта отитларда қуйидаги симптомлар пайдо бўлганида: бош оғриши ва уйқунинг бузилиши, кулоқ соҳасида кучли оғриқ, кулоқдан йирингли ажралма келиши, тутқаноқлар ва менингизм симптомларининг пайдо бўлишида оториноларинголог кўриги тавсия қилинади.

2. Қандли диабет 1-типи фонида ривожланган ўткир ўрта отит билан зарарланган болаларда функционал, клиник-иммунологик бузилишлар кузатилганда, анъанавий комплекс давога иммуномодуллашчи дори-воситаларини қўшиш тавсия қилинади.

3. Иммуномодуллашчи (Иммун-5) дори воситасининг иммуномодулятор таъсирини қандли диабет 1-типи фонида ривожланган ўткир ўрта отит билан зарарланган болаларда ҳужайрали, гуморал ва цитокин кўрсаткичларини ўрганиш, асосан СД4+, Т-хелперлар / индукторлар, СД25+ ва СД95+, иммуноглобулинлар Ig A, M, G ва цитокинларни (ИЛ-4, IFN- γ) периферик қонда текшириш орқали аниқлаш мумкин.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Абдукадыров К.Р. Клинико-иммунологическое обоснование лечения больных гнойным средним отитом на фоне аллергического диатеза // Автореф. дис. канд. мед. наук. - 2011. – С.20.
2. Абызов Р. А. Динамика показателе Т- и В-систем иммунитета больных хроническим гнойным средним отитом при различных видах лечения // Иммунология и аллергология. – Киев. - 2003. - №2. - С. 17.
3. Айходжаева М.А. Клинико-диагностическое значение определения сывороточных антител к антигенам островковых клеток и к антигену инсулина у детей и взрослых в предикции СД типа 1 // Автореф. дис... канд. мед. наук. - 2004. – С. 76.
4. Акбаров З. С., Рахимова Г. Н. Инсулиновая помпа - эффективный и безопасный способ лечения детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа (обзор) // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент. - 2016. - №2. - С. 43-46.
5. Алиханова Н.М. Распространенность осложнений сахарного диабета у детей по Узбекистану и их клинико-функциональные особенности в зависимости от различных факторов риска // Дис. канд.мед.наук. - 2001. – С. 125.
6. Амонов Ш. Э. и соавт. Современные принципы диагностики и лечения больных с хроническим гнойным средним отитом // Педиатрия. - Ташкент. - 2016. - №1. - С. 136-139.
7. Арефьева Н.А., Медведев Ю.А. Иммунологические аспекты оториноларингологии // Новости оториноларингопатологии. - Москва. - 1997. - №4. – С. 3-9.
8. Арифов С.С. Сравнительное изучение степени интоксикации у больных острого гнойного среднего отита // Вестник оториноларингологии. – Москва. - 1998. - №3. - С. 23.
9. Ахмедова Д. А. Эстрадуральный абсцесс как гнойное отогоненное

внутричерепное осложнение у детей // Достижения и перспективы специализированной медицинской помощи детям (узбекская модель): сборник тезисов международной конференции (2015 г., г. Ташкент). - Ташкент. - 2015. - С. 24.

10. Ахмедова Ш. У. и соавт. Иммуномодулин в комплексном лечении детей с вновь выявленным сахарным диабетом 1 типа // Вестн. врача общ. практики. – 2001. – - №2. – С. 21-24.

11. Ахмедова Ш.У. Клинические, молекулярно-генетические и иммунологические особенности сахарного диабета типа 1 у детей узбекской популяции // Дис. канд. мед. наук. - 2005. – С. 139.

12. Богомильский М.Р. Значение бактериальной иммунокоррекции в лечении болезней уха, горла и носа у детей // Трудный пациент. - 2007. - №10. - С. 21-23.

13. Богомильский М.Р. Особенности бактериальной микробиоты при остром гнойном среднем отите у детей // Вестник оториноларингологии. – Москва. - 2021. – Т. 86. - №3. - С. 4-8.

14. Богомильский М.Р. Острый средний гнойный отит у ребенка 5 лет, осложнившийся мастоидитом и абсцессом височно-нижнечелюстного сустава // Вестник оториноларингологии. - Москва. - 2017. - Т. – 82. - №2. - С. 74-76.

15. Болотова Н.В., Шутрова А.В. Изменения мочевыводящей системы у детей, больных сахарным диабетом. - 1-го типа // Лечащий врач. - Москва. - 2015. - №9. - С. 15-18.

16. Болотова Н.В., Шутрова А.В. Состояние мочевыделительной системы у детей больных сахарным диабетом. - 1-го типа // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. - Москва. - 2015. - Т. – 94. - №5. - С. 13-18.

17. Бустонов М.О. Местный иммунитет среднего уха: иммунокомпетентные клетки и их взаимоотношения // Материалы I съезда оториноларингологов Республики Узбекистан (20-21 октябрь 2000 г.). – Ташкент. - 2016. - С. 33-34.

18. Виноградова Т.В. и соавт. Функциональная клиническая

иммунология в педиатрии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - Москва. - 2002. - №5. - С. 51-53.

19. Вохидов Н.Х. Интерпретация лейкограммы при остром гнойном среднем отите у детей грудного возраста // Вестник оториноларингологии. - Москва. - 2002. - №6. - С. 48-49.

20. Вохидов Н.Х. Особенности распространения острого среднего отита у детей в зависимости от сезона года г. Бухары // Врач общей практики. – Самарканд. - 1999. - №2. - С. 67-68.

21. Вохидов Н.Х. Особенности функционального состояния показателей эритроцитарной системы в клинике острых средних отитов у детей раннего возраста // Вестник врача общей практики. – Самарканд. - 1999. - №4. - С. 15-16.

22. Вохидов Н.Х. Разновидность микрофлоры в клинике гнойных средних отитов у детей // Вестник врача общей практики. – Самарканд. - 1999. - №3. - С. 21-22.

23. Вялкова А. А. и соавт. Заболевания органов мочевой системы у детей с сахарным диабетом 1 типа в Оренбургской области // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - Москва. - 2015. - Т. – 60. - №4. - С. 201.

24. Гарашенко Т.И. и соавт. Применение мукоактивных препаратов при заболеваниях верхних дыхательных путей и среднего уха // Материалы Российской научно-практической конференции (19-20 ноября 2002 г.). – Москва. - 2002. - С. 37-38.

25. Григорьев К.И. и соавт. Отипакс при лечении острого среднего отита у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - Москва. - 2000. - №2. - С. 45-48.

26. Даминов Т. А. и соавт. Роль инфекций в развитии острого гнойного отита у детей // Медицинский журнал Узбекистана. - Тошкент. - 2015. - №2. - С. 81-84.

27. Даминова М.Н., Таджиев Б.М. Нарушения работы тонкого кишечника у подростков, больных сахарным диабетом. - 1 типа // Инфекция,

иммунитет и фармакология. - Ташкент. - 2015. - №5. - С. 93-95.

28. Дедов И.И. Качество медицинской помощи, оказываемой детям с сахарным диабетом 1-го типа // Проблемы эндокринологии. - Москва. - 2015. - Т. 6. - №14. - С. 29-42.

29. Джаббарова Д. Р. Совершенствование диагностики и лечения хронических гнойных средних отитов у детей // Педиатрия : научно-практический журнал. - Ташкент. - 2020. - № 4. - С. 149-154

30. Древаль А.В. и соавт. Распространенность сахарного диабета у детей и подростков в Московской области // Пробл. эндокринологии. - 2007. - №2. - С.3-5.

31. Енин И. В. и соавт. Профилактика стойкой тугоухости у больных острым средним отитом // Вестник оториноларингологии. – Москва. - 2007. – - №1. – С. 26-28.

32. Жемойтяк В.А., Полягошко А.Ю. Изменения содержания диастазы мочи после приема аскорбиновой кислоты у детей с сахарным диабетом. - типа 1 // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - Москва. - 2015. - Т. – 60. - №4. - С. 239-240

33. Завадский Н.В. Острое воспаление среднего уха: этиология, патогенез и лечение // Вестник оториноларингологии. - Москва. - 2000. - №1. - С. 4-6.

34. Загайнова Н.С. Состояние иммунной реактивности у больных с осложненными средними отитами // Актуальные вопросы клинической оториноларингологии. Сборник научных трудов. – Иркутск. - 1992. - С. 67-71.

35. Заграбян Н. Влияние дефицита витамина D на проявление и течение сахарного диабета 1-го типа у детей // Проблемы эндокринологии. - Москва. - 2016. - Т. – 62. - №5. - С. 20.

36. Захарова Н. Б. и соавт. Роль биомаркеров MCP-1 и VEGF в развитии диабетической нефропатии у детей с сахарным диабетом // Клиническая лабораторная диагностика. - Москва. - 2015. - Т. – 60. - №9. - С. 57.

37. Звягина Г. А. О лечении острого среднего отита у детей в условиях

стационара // Межрегионарная науч. практическ. конф. – Ижевск. - 1998. - С. 122-123.

38. Исломов А.Й. Характеристика аэробных и анаэробных микроорганизмов при гнойных заболеваниях среднего уха у детей // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент. - 2010. – С.21.

39. Каманин Е.И., Трофимов А.Е. Ципрофлоксацин в лечении больных острым и хроническим отитом // Вестн. оториноларингол. – 2003. - №2. - С. 24-28.

40. Карманов М.Е. и соавт. Некоторые эпидемиологические показатели инсулинзависимого сахарного диабета у детей Москвы // Пробл. эндокринологии. - 2002. - №4. - С.29.

41. Касаткина Э.П. и соавт. Современные аспекты лечения инсулинзависимого сахарного диабета у детей // Пробл. эндокринологии. - 2012. - №4. – С.42.

42. Касаткина Э.П. и соавт. Современные подходы к ранней диагностике и лечению специфических осложнений сахарного диабета у детей и подростков // Клиническая диабетология. - 2009. - №2. - С. 16-20.

43. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей и подростков // Медицина. - 2016. - С. 157-181.

44. Кожевникова К.В., Полякова О.В. Диагностика микроциркуляторных нарушений и кардиоваскулярной патологии у детей с сахарным диабетом // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - Москва. - 2016. - Т. – 61. - №3. - С. 248-249.

45. Кондратенко И. В. Инсулинозависимый сахарный диабет у ребенка раннего возраста в структуре моногенного синдрома иммунной дисрегуляции (дефицита LRBA) // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. – Москва. - 2022. - Т. – 101. - №2. - С. 140-146.

46. Крюков А. И., Туровский А.Б. Клиника, диагностика и лечение острого воспаления среднего и наружного уха // Лечащий врач. - 2002. - №10. – С. 20-24.

47. Кураева Т.Л. Метформин в лечении сахарного диабета 2 типа у детей и подростков // ЭФ. Педиатрия. – 2011. - №1. - С.100.

48. Лаврова Е. А. и соавт. Состояние сердечно-сосудистой системы у детей сахарным диабетом 1 типа в зависимости от длительности заболевания // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - Москва. - 2016. - Т. 61. - №3. - С. 251.

49. Лаврова Е.А. и соавт. Вариабельность суточной гликемии как фактор риска диабетической автономной кардиоваскулярной нейропатии у детей // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. - Москва. - 2017. - Т. 96. - №3. - С. 69-74.

50. Лаптев Д. Н. Дистанционное наблюдение и лечение детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа // Проблемы эндокринологии: Двухмесячный научно-практический журнал. - 2020. - Т. 66. - №4. - С. 50-60.

51. Лаптев Д.Н. Преимущество помповой инсулинотерапии и систем мониторингирования гликемии в реальном времени в отношении снижения частоты эпизодов гипогликемии у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа // Проблемы эндокринологии. - 2014. - Т. 60. - №2 - С. 24-30.

52. Латышев О.Ю. Заболевания-спутники и другие осложнения сахарного диабета 1 типа у детей и подростков // Образ жизни: медицинский журнал. – Москва. - 2020. - № 3. - С. 47-55.

53. Латышев О.Ю. Питание детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа. Новые горизонты // Диабет. Образ жизни: медицинский журнал. - Москва. - 2021. - № 4. - С. 39-45

54. Латышев О.Ю., Киселева Е.В. Сахарный диабет 1 типа и спорт // Диабет. Образ жизни. - Москва. - 2018. - №4. - С. 32-34.

55. Макаревич И.Г. и соавт. Иммунологические и биохимические изменения, встречающиеся при острых средних отитах // Матер. Всероссийского симпозиума. – Санкт-Петербург. - 1994. - С. 58-59.

56. Максимова В.П. Самоконтроль сахарного диабета у детей // Пробл. эндокринологии. - 2012. - №4. - С.44.

57. Маматова Т.Ш. и соавт. Эффективность аугментина при лечении острых гнойных средних отитов: научное издание // Бюл. ассоциации врачей Узбекистана. - 2006. - №1. - С.70-73.

58. Маматова Т.Ш. Пардаев Д.Э. Клиника и течение острого гнойного среднего отита у больных сахарным диабетом // Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент. - 2017. - №3. - С. 58-59.

59. Меркулова Е.П. и соавт. Современные особенности осложненного течения острого гнойного среднего отита у детей // Педиатрия. Журн. им. Г. Н. Сперанского. – Москва. - 2006. - №4. – С. 118.

60. Микаелян Н.П. и соавт. Нарушения функций мембранорецепторного аппарата клеток крови у детей, больных сахарным диабетом I и II типа // Биомедицинская химия. – 2011. - №57 (6). - С. 642-649.

61. Микаелян Н.П., Гурина А.Е. Влияние оксидативного стресса на состояние инсулиносекреции и инсулинсвязывающей активности клеток крови при сахарном диабете и его осложнениях у детей // Российский медицинский журнал. - Москва. - 2016. - №4. - С. 189-193.

62. Минасян В. С. Иммунные нарушения у новорожденных и грудных детей с острым средним отитом // Педиатрия. Журн. им. Г. Н. Сперанского. – Москва. - 2004. - №4. –С. 27-30.

63. Минасян В.С., Полунин М.М. Особенности течения рецидивирующих средних гнойных отитов у детей, имеющих маркеры герпетических инфекций // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. - Москва. - 2015. - Т. – 94. - №1. - С. 165-166.

64. Михалева Л. Л. Исследование наиболее значимых биохимических маркеров углеводного обмена и оценки ренальных функций у детей с сахарным диабетом I типа // Клиническая лабораторная диагностика. - Москва. - 2016. - Т. – 61. - №9. - С. 541-542.

65. Мицура В.М. Содержание цитокинов в сыворотке крови больных хроническим гепатитом с при интерферонотерапии и комбинированной терапии альфа-интерфероном и ронколейкином // Иммунопат, аллергол.,

инфектол. - Москва. - 2003. - №2. - С. 43-44.

66. Мухитдинов У.Б. Изучение иммунного статуса, механизмов иммунорегуляции и разработка методов иммунной терапии при хроническом гнойном среднем отите у детей // Дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент. - 2009. – С. 145.

67. Нарзуллаев Н.У. Особенности течения острого среднего отита у детей при острой кишечной инфекции // Дис. ... канд. мед. наук. - Бухара. - 2007. – С.129.

68. Насретдинов М.Т., Насретдинов Т.Х. Иммунотерапия хронического гнойного среднего отита у детей // «Болалар оториноларингологиясининг долзарб муаммолари» Республика илмий-амалий анжумани. – Ташкент. - 2006. - С. 29-30.

69. Нестерова И. В., Сепиашвили Р. И. Иммуотропные препараты и современная иммунотерапия в клинической иммунологии и медицине // Аллергология и иммунология. – 2000. - Т.1. - №3. - С. 18-28.

70. Нестерова И.В. Ретроспективный анализ клинической эффективности коротких курсов интерферонов в лечении ОРВИ у иммунокомпрометированных часто и длительно болеющих детей // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. - Москва. - 2014. - Т. 93. - №2. - С. 62-67.

71. Никонова Т.В. и соавт. Роль апоптоза в патогенезе сахарного диабета 1 типа. // Сахарный диабет. – 2010. - №1. - С. 45-49.

72. Орзиев С. Х. Болаларда ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечишини тавсифи // Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени. - Ташкент. - 2016. - №1. - С. 36-38.

73. Орзиев С. Х. и соавт. Изменения показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у детей при гнойно- воспалительных заболеваниях среднего уха // Вестник оториноларингологии. – Москва. - 2014. - №3. - С. 39-40.

74. Орзиев С. Х. и соавт. Ўткир ва сурункали йирингли ўрта отит билан хасталанган болаларда липидларнинг перекиси оксидланиши ва антиоксидант

тизимининг ҳолати // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент. - 2014. - №5. - С. 132-135.

75. Орзиев С.Х. Болаларда ўткир ва сурункали ёирингли ўрта отитнинг учрашини ретроспектив таҳлил натижалари // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Тошкент. - 2015. - №3. - С. 55-58.

76. Орзиев С.Х. Болаларда ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечишини тавсифи // Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени. - Ташкент. - 2016. - №1. - С. 36-38.

77. Орзиев С.Х., Бугланов А.А. Нарушения иммунологической реактивности у детей с хроническим гнойным средним отитом // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент. - 2014. - Т. 1. - №3. - С. 99-100.

78. Орзиев С.Х., Бугланов А.А. Об иммунологической характеристике острого гнойного среднего отита у детей // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент. - 2015. - №4. - С. 191-192.

79. Орзиев С.Х., Карабаев Х.Э. Ўткир ва сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган болалардаги калликреин-кинин тизими ҳолати // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент. - 2015. - №2. - С. 67-69.

80. Орифов С.С., Хакимов А.М. Сурункали йирингли ўрта отит билан ҳасталанган беморларда хужайравий ва гуморал иммунитетнинг баъзи кўрсаткичларини текшириш // Патология. – 2008. - №1. - С. 41-43.

81. Петряйкина Е. Е. Сахарный диабет 1 типа у детей и подростков г. Москвы. Данные московского сегмента Федерального регистра больных сахарным диабетом 2015-2020 гг. // Проблемы эндокринологии. – Москва. - 2021. - Т. 67. - №6. - С. 113-123.

82. Плужников М. С. и соавт. Местная противовоспалительная терапия наружных и средних отитов // Всети.оторинолар. - 2006. - №4. - С. 45-47.

83. Полякова Е.Ю., Щеплягина Л.А. Факторы влияния на минерализацию скелета у детей с сахарным диабетом 1 типа // Остеопороз и остеопатии. – Москва. - 2016. - №2. - С. 97-98.

84. Прозоровская К.Н. и соавт. Основные принципы иммунокоррекции в оториноларингологии // Вестн. отоларингологов. – Москва. - 1998. - №1. – С. 47-50.

85. Радциг Е. Ю. и соавт. Основные возбудители острого среднего гнойного отита у детей дошкольного возраста // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. - Москва. - 2015. - Т. – 94. - №5. - С. 72-76.

86. Радциг Е. Ю. и соавт. Практические аспекты уточнения этиологии острого среднего гнойного отита у детей-дошкольников: результаты собственных исследований // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. - Москва. - 2017. - Т. 96. - №1. - С. 62-66.

87. Радциг Е. Ю., Бугайчук О. В. Клинические особенности течения острого среднего гнойного отита вирусной и вирусно-бактериальной этиологии у детей дошкольного возраста // Вестник оториноларингологии. - Москва. - 2017. - Т. – 82. - №5. - С. 15-18.

88. Рахимова Г.Н. Ранние стадии сахарного диабета 1 и 2 типов (особенности патогенеза, диагностики, лечения и профилактики) // Автореф. дисс... д-ра мед.наук. - 2002. – С.39.

89. Рахимова Г.Н., Садыкова А.С. Генетическая детерминированность риска развития хронической болезни почек у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа узбекской популяции полиморфизмом гена АПФ // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент. - 2016. - №6. - С. 161-167.

90. Рязанцев С.В. и соавт. Иммунологический контроль эффективности иммунокоррекции хронического гнойного среднего отита // Иммунология. – 2008. - № 6. - С. 60.

91. Рязанцев С.В., Чернушевич И.И. Влияние рекомбинантного интерлейкина 1-В на микробную флору среднего уха у больных хроническим гнойным отитом // Вестник оториноларингологии. - Москва. - 2000. - №3. – С. 50-51.

92. Сабо Ожано. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости острым средним отитом детей в Камбодже // Вестник оториноларингологии. –

Москва. - 2002. - №5. - С. 45-46.

93. Самойлова Ю. Г. Диагностическая значимость аутоантител при нарушениях углеводного обмена в детском возрасте // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. - Москва. - 2020. - Т. 99. - № 4. - С. 209-218.

94. Селькова Е.П., Радциг Е.Ю. Респираторные вирусы в этиологии риносинусита и острого среднего гнойного отита у детей // Эпидемиология и инфекционные болезни. - Москва. - 2015. - №3. - С. 21-23.

95. Смирнов В. В., Накула А. А. Сахарный диабет 1-го типа у детей и подростков: этиопатогенез, клиника, лечение // Лечащий врач. – Москва. - 2015. - №6. - С. 31-36.

96. Сучкова О.В. Школа диабета. Занятие 1. Что такое диабет? // Диабет. Образ жизни: медицинский журнал. - Москва. - 2022. - №1. - С. 17-26.

97. Ташманова А.Б. Достижение целевых уровней терапии сахарного диабета 1 типа у детей и подростков в школе диабета // Приоритетные направления и модернизация охраны здоровья детей в Узбекистане: сб. тезисов VII съезда педиатров Узбекистана. - Ташкент. - 2014. - С. 96-97.

98. Титов В.Н. Становление в филогенезе, этиология и патогенез синдрома резистентности к инсулину. Отличия от сахарного диабета второго типа // Вестник РАМН. – 2012. - №4. - С. 65-73.

99. Тихонович Ю.В. Детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19, у пациентки 6 лет с манифестацией сахарного диабета 1-го типа диабетическим кетоацидозом // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. – Москва. - 2021. - Т. 100. - № 2. - С. 295-300.

100. Тошев Г.К. Оценка эффективности новой структурированной программы обучения больных сахарным диабетом 1 типа у детей и подростков в регионах Республики Узбекистан // Педиатрия. - Ташкент. - 2015. - №4. - С. 56-60.

101. Хушвакова Н.Ж. Состояние клеточного и гуморального иммунитета у детей с рецидивирующим экссудативным средним отитом // Stomatologiya. - Ташкент. - 2017. - Т. 66. - №1. - С. 89-91.

102. Шайхова Х.Э. Клинико-экспериментальное изучение эффективности лимфотропной антибиотикотерапии при гнойных средних отитах // Материалы I съезда оториноларингологов Республики Узбекистан. - 2000. - С. 73-78.

103. Эсамуратов А.И. и соавт. Изучение и оценка чувствительности к антисептикам возбудителей гнойных средних отитов // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент. - 2015. - №1. - С. 196-198.

104. Эсамуратов А.И. Матякубова З.А Оценка степени и индекса резистентности штаммов возбудителей гнойных средних отитов // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент. - 2014. - Т. 1. - №3. - С. 202-204.

105. Ярлыков С.А. и соавт. Иммунологические показатели у больных хроническим гнойным средним отитом // Вестн. оториноларингол. – 1997. - №2. - С.31-33.

106. Alam S., Bhatnagar S. Current status of anti-diarrheal and anti-secretory drugs in the management of acute childhood diarrhea. India Pediatr. – 2016. – V. 73 (8). – P. 693-696.

107. Arnold B.F., Colford MJ. Jr. Treating water with chlorine at point-of- Use to improve water quality and reduce child diarrhea in developing Countries: a systematic review and meta-analysis. // Am J Trop Med Hyg. – 2017. – V. 76 (2). - P. 354-364.

108. Bak Alets L. O. et al. Phagocytosis and killing of bacteria by middle ear macrophages // Arch. Otolaryngol. - 2017. - V.11. - №2. – P. 138-144.

109. Barnett E. D., Klein J. O. The problem of resistant bacteria for the management of acute otitis media // Pediatr. Clin. North. Am. – 2015. – V.42. - №3. – P. 509-517.

110. Barry B. et al. Physiopathological and therapeutic values of experimental model of acute otitis media: Review of the literature // Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. - 2013. – V. 110. - № 6. – P. 326-331.

111. Bentdal Y.E., Nafstad P. Acute otitis media in schoolchildren: allergic

diseases and skin prick test positivity // *Acta Otolaryngol.* – 2017. – V. 127 (5). -P. 480-485.

112. Bernstein Y.V. et al. The middle ear mucosa immune system in otitis media with effusion // *Amer. J. otolaryngol.* - 2005. – V. 93. - №5. - P. 607-611.

113. Borch Jonsen K. Epidemiology of microangiopathy in type 1 diabetes mellitus. A review // *Diabete-Metab.* - 2013.- V. 19 (1). - P 133-137.

114. Brandtzaeg P. Mucosal immunity: integration between mother and the breast-fed infant // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2015. - V. 24. - №11. - P. 62-65.

115. Burkin A.V., Kharchenko G.A. Clinikal and epidemiological Description of acute intestinal infections in children of the lower Volga Region // *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol.* – 2016. - №1. -P. 69-72.

116. Ciprandi G. et al. Allergy and Otitis Media in Clinical Practice. // *Curr. Allergy Asthma Rep.* – 2020. - №20. - P. 33.

117. Coco A.S. Cost-effectiveness analysis of treatment options for acute Otitis media. // *Ann Fam Med.* – 2017. – V. 5(1). - P. 29-38.

118. Cohen D.L. et al. The Variability of overnight urinary albumin excretion in insulin-dependent diabetic and normal subjects // *Diabetic Med.* - 2017 - V.4. -P. 437-440.

119. Corbeel L. What is new in otitis media // *Eur J Pediatr.* – 2017. - V. 166. - №6. – P. 511-519.

120. Dallal M.M. et al. Occurrence of enter pathogenic bacteria in children under 5 years with diarrhea in south Tehran. // *East Mediterr Health J.* – 2016. – V. 12 (6). - P. 792-797.

121. Dinarello C. A. Biologic basis for interleukin-1 in disease // *Blood.* - 2006. – V. 87. - №6. – P. 2095-2140.

122. Esposito S. et al. Treatment of acute otitis media In paediatrics: a meta-analysis // *In fez Med.* – 2015. - V. 13. - №2. – P. 63-71.

123. Finkelstein Y. et al. Otitis media with effusion as a presenting symptom of chronic sinusitis. // *J. Laryngol. Otol.* – 1989. - №103. - P. 827–832.

124. Garg A.X. et al. Absence of renal sequelae after childhood *Escherichia*

coli O157:H7 gastroenteritis. // *Kidney Int.* – 2016. – V. 70 (4). - P. 807-812.

125. Gehanno P. et al. Bacterial epidemiology of acute otitis media // *Ann. Pediatr.* - 2012. - V.39. - №8. – P. 485-490.

126. Goodhill V., Vrockmann R. Secretory otitis media Ear. disease, deafness and diagnosis // Ed. V. Goodhill. - London. - 2009. – P. 307-309.

127. Gregorio G.V. et al. Zinc supplementation reduced cost and duration of acute diarrhea in children. // *J Clin Epidemiol.* – 2017. – V. 60 (6). - P. 560-566.

128. Hamaguchi Y. et al. Kinetics of lysosomal protease activity in human otitis media. With effusion // *Amer J. Otolaryngol.* - 2017. – V. 8. - №4. – P. 194-198.

129. Haugsten P., Lorenzen P. The bacterial etiology of acute suppurative otitis media // *J. Laryngol.* – 2000. – V. 94. - №2. – P. 169-176.

130. Hautalahti O. et al. Failure of xylitol given three times a day for preventing acute otitis media // *Pediatr Infect Dis. J.* – 2017. - V. 26. - №5. – P. 423-427.

131. Humphrey L.L. et al. Chronic renal failure in non-insulin-dependent diabetes mellitus. a population-based study in Rochester, Minnesota. I // *Ann Intern Med.* - 2009 – V. 111. - P. 788-796.

132. Johnsson U., Hellstrom S. Bacteriological characterization of the effusion material in animal model for serious and purulent otitis media // *Acta. Otolaryngol.* - 2009. – V. 110. - №1. - P. 100-104.

133. Lailach S. et al. Aktueller Stand der Lebensqualitätsmessung bei Patienten mit chronischer Otitis media und Schallleitungsschwerhörigkeit. // *HNO* 2018. - № 66. - P. 578–589.

134. Luntz M. et al. Cochlear implantation in children with otitis media: third stage of a longterm prospective study. // *Harefuah.* – 2017. – V. 146 (2). - P. 106-110.

135. Malagutti N. et al. High Human Papillomavirus DNA loads in Inflammatory Middle Ear Diseases. // *Pathogens.* – 2020. - №9. - P. 224.

136. Maltseff A. et al. Contribution of hypertension to the development of diabetic retinopathy, an epidemiological study I // *Giorn. It. Di. Diabetol.* - 2015. -

V. 15. - P. 25-28.

137. Mogi G. et al Immunologic aspects of otitis media with effusion // Acta oto-rhino-laryngol. Belg. - 2013. - V.37. - №1. - P. 5-8.

138. Motta G. et al. Acute recurrent pharyngotonsillitis and otitis media // Acta otorhinolaryngol Ital. – 2016. - V. 26. - №5. – P. 30-55.

139. Onwubinko C. et al. Characterization of Streptococcus pneumoniae isolated from children With otitis media // FEMS immunol Med Microbiol. – 2017. - V. 50. - №1. – P. 119-125.

140. Palva T. et al. Immunologic aspects of otitis media // Acta. Otolaryngol. – 2018. - V. 89. - №3-4. – P. 177-181.

141. Rahman A. et al. Healing time, long-term result and effects of stem cell treatment in acute tympanic membrane perforation // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. – 2017. - V. 71. - №7. – P. 1129-1137.

142. Runneldagoo B. et al. Rationale for antibiotic therapy in pediatric ear, nose and throat infections: immunologic issues // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2014. – V. 13. - №1. - P 15-20.

143. Ruuskanen O., Heikkinen T. Viral-bacterial interaction in acute otitis media // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2014. – V. 13. - №11. - P. 1047-1049.

144. Ruuskanen O., Heikkinen T. Otitis media, etiology and diagnosis // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2004. – V. 13. - №1. – P. 23-26.

145. Ryan A. F. et al. The effect of complement on immunologically mediated middle ear effusion and inflammation // Clin Immunol. Immunopathol. - 2016. - V. 40. - №3. – P. 410-421.

146. Saez-Llorens X. Pathogenesis of acute otitis media // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2004. – V. 13. - №11. – P. 1035-1038.

147. Songu M. et al. Risk factors for otitis media with effusion in children with adenoid hypertrophy. // Acta Otorhinolaryngol. Ital. – 2020. - №40. - P. 133–137.

148. Sugita P. et al. The bacteriological findings between the middle ear and the pharynx in cases of acute suppurative otitis media // J.Otolaryngol. Jap. -

2009. – V.82. - №7. – P. 641-646.

149. Van der Veen E.L., Schilder A.G. Predictors of chronic suppurative otitis media in children. // Arch. Otolaryngol Head Neck Surg. – 2016. – V. 132 (10). - P. 1115-1118.

150. Vlastos I. et al. Quality of life in children with chronic suppurative otitis media with or without cholesteatoma. // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2009. - № 73. - P. 363–369.

151. Wang C. et al. The curative effect of corticosteroid on acute otitis media with middle ear effusion // Lin Chung Er, Bi Yan Hou, Tou Jing Wai, Ke Za Zhi. – 2017. – V.21. - №4. – P. 167-168.

152. Weiss N.M. et al. Mapping the ChOLE classification to hearing outcomes and disease-specific health-related quality of life. // Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngol. – 2020. - № 277. - P. 2729–2738.