O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
O'ZBEKISTON VRACHLAR ASSOCIACIYASI
OTORINOLARINGOLOGIYA BO'LIMI

"ZAMONAVIY OTORINOLARINGOLOGIYA: MUAMMO VA INNOVACIYALAR"
O'ZBEKISTON OTORINOLARINGOLOGLAR V RESPBULIKA SYEZDI MATERIALLARI

9-10 sentyabr, 2021 yil, Toshkent

МАТЕРИАЛЫ
V РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СЪЕЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА «СОВРЕМЕННАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ИННОВАЦИИ»

9-10 сентября 2021 г., г.Ташкент

MATERIALS
V REPUBLICAN CONGRESS OF OTORINOLARINGOLOGISTS OF UZBEKISTAN "MODERN OTORINOLARYNGOLOGY: PROBLEMS AND INNOVATIONS"

September 9-10, 2021, Tashkent

UO`K: 422.104.10.31
KBK: 56.8(5Узб)

“ZAMONAVIY OTORINOLARINGOLOGIYA: MUAMMO VA INNOVACIYALAR” O’ZBEKISTON OTORINOLARINGOLOGLAR V RESPBULIKA SYEZDI MATERIALLARI

МАТЕРИАЛЫ V РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СЪЕЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА «СОВРЕМЕННАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ИННОВАЦИИ»

MATERIALS V REPUBLICAN CONGRESS OF OTORINOLARINGOLOGISTS OF UZBEKISTAN "MODERN OTORINOLARYNGOLOGY: PROBLEMS AND INNOVATIONS"

– Ташкент: Изд. «Fan ziyosi», 2021 г. 232 стр.

ISBN 978-9943-746-74-9 © Изд. «Fan ziyosi», 2021

TAXRIRIYAT:

t.f.d., professor Shayxova X.E.

TAXRIRIYAT A‘ZOLARI:

Prof..Boymuradov Sh.A.- t.f.d., Toshkent tibbiyot akademiyasi prorektori;

Prof. Xasanov U.S. – t.f.d., O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining otorinolaringologiya bo'yicha bosh mutaxassisi, TTA Otolaringologiya va stomatologiya kafedrasi mudiri;

Prof. Arifov S.S. – t.f.d., O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining bosh maslahatchisi, TKMRM Otorinolaringologiya kafedra mudiri;

Prof. Karabayev X.E. – t.f.d., O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bolalar otorinolaringologiyasi bo'yicha bosh mutaxassisi, TashPTI Otorinolaringologiya kafedrasi;

Prof. Amonov Sh.E. - TashPTI Otorinolaringologiya kafedrasi mudiri;

Prof. Kasimov K.K. – t.f.d., AndDTI Otorinolaringologiya kafedrasi mudiri;

Dots. Shamsiyev D.F. – t.f.d., TGSI otorinolaringologiya kafedrasi mudiri;

Prof. Xushvakova N.D. – t.f.d., SamDTI Otorinolaringologiya kafedrasi mudiri;

Prof. Nurov U.I. – t.f.d., BuxDavTI Otorinolaringologiya kafedrasi mudiri;

Prof. Djabborov K.D. – t.f.d., TGSI Otorinolaringologiya kafedrasi;

Prof. Xasanov S.S. – t.f.d., TashPTI Otorinolaringologiya kafedrasi;

Prof. Matkuliyev X.M. - t.f.d., Otolaringologiya va stomatologiya kafedrasi, TMA;

Dots. Mamatova T.Sh. - t.f.n., TKMRM Otorinolaringologiya kafedrasi;

Dots., Vohidov N.X. - t.f.n., BuxDavTI Otorinolaringologiya kafedrasi;

Dots., Vohidov U.N.. – t.f.d., TGSI Otorinolaringologiya kafedrasi;

Dots., Bakieva Sh.X. - t.f.d., Otolaringologiya va stomatologiya kafedrasi, TMA;

Dots., Abdullaeva N.N. - t.f.d., Otolaringologiya va stomatologiya kafedrasi, TMA;

Dots., Xaydarova G.S. - t.f.d., Otolaringologiya va stomatologiya kafedrasi, TMA;

Dots., Xodjanov Sh.X. - t.f.n., Otolaringologiya va stomatologiya kafedrasi, TMA;

Katta o'qituvchi, Axundjonov N.O. - Otolaringologiya va stomatologiya kafedrasi, TMA;

T.f.n., katta o'qituvchi, Djuraev J.A. - Otolaringologiya va stomatologiya kafedrasi, TMA.

Приветствие участникам
V съезда оториноларингологов Узбекистана.

Глубокоуважаемые коллеги!

Республиканский съезд оториноларингологов Узбекистана это один из самых значимых форумов для оториноларингологов, на котором обсуждаются современные проблемы и достижения в области оториноларингологии. Оториноларингология в настоящее время значительно расширяет свои границы и охватывает все более широкий спектр клинических направлений, приобретает междисциплинарный и многопрофильный характер. Разработка научных исследований, клинических рекомендаций и руководств, консолидация всего потенциала в области оториноларингологии являются необходимыми условиями для оказания населению современной, высокотехнологичной квалифицированной медицинской помощи.

В научную программу V Съезда включены важные проблемы оториноларинголо-гии: вестибулология и отоневрология, заболевания глотки, гортани, реконструктивная хирургия среднего уха, ринология и др. Особое

внимание уделено вопросу кохлеарной имплантации – как наиболее перспективному направлению хирургической реабилитации неслышащих детей. За последнее время в отечественной оториноларингологии произошли значительные позитивные изменения, в медицинскую практику активно внедряются эндоскопические методы лечения, благодаря чему существенно повысилось качество оказания специализированной медицинской помощи.

Всех участников конгресса ожидает напряженная работа на пленарных и секционных заседаниях, сателлитном симпозиуме и мастер-классе, которые посвящены наиболее важным практическим и теоретическим проблемам специальности. Большое внимание уделено проблемам внедрения инновационных медицинских технологий, безопасности и эффективности применения новых лекарственных средств, совершенствованию помощи больным с онкологическим поражением головы и шеи, развитию и совершенствованию малоинвазивных методов диагностики и лечения. Кроме того, выступления ведущих специалистов будут посвящены острой и хронической очаговой и общей инфекции в оториноларингологии, современным подходам к диагностике, антибактериальному, хирургическому и общему лечению заболеваний органов верхних дыхательных путей, равновесия и слуха.

Пандемия коронавируса COVID-19, вызвавшая сильнейший эпидемиологический шок и заставшая врасплох все без исключения страны мира, войдёт в историю как одно из важнейших событий первой четверти XXI века. К настоящему времени еще не созданы четкие алгоритмы,рекомендации и программы по проведению реабилитации больных, перенесших COVID-19. Масштабы нынешней пандемии COVID-19, нанесенный ею урон человечеству не имеют себе равных в современном обществе, а ее последствия могут быть столь же серьезными. В настоящее время основное внимание уделяется лечению острого течения COVID-19. Однако уже сегодня необходимо обратить внимание на отдаленные последствия инфекции и методы их предупреждения или снижения до минимума. Вопросам особенностям поражения и осложнениям ЛОР заболеваний при COVID-19, а также лечения и реабилитации их последствий будут посвящены доклады на специальной секции.

Несмотря на то, что оториноларингология в значительной степени является хирургической специальностью, консервативное лечение также играет важную роль в терапии острой патологии и обострений хронических заболеваний. Участники съезда смогут обсудить эффективность и рациональность фармакотерапии, рекомендации по применению лекарственных средств в области оториноларингологии. Насыщенную научную программу съезда дополнит виртуальная выставка, где отечественные и зарубежные

компании представили лекарственные средства и медицинское оборудование, инструменты.

Знаменательно, что V съезд оториноларингологов Узбекистана совпадает со знаменательной датой 30-летием независимости Узбекистана. Оториноларингология Узбекистана имеет свою историю и имеет свои достижения в развитии данной области здравоохранения.

Наша общая задача - значительно расширить современные инновационные методы лечения и диагностики в ЛОР практике в региональных структурах здравоохранения. Особое внимание следует уделить высокотехнологичной помощи в оториноларингологии и широко распространять ее во все регионы республики.

На съезде будут обсуждены дальнейшие пути развития отечественной оториноларингологии, пересмотрены некоторые классификации, традиционные схемы диагностики и лечения. Приняв участие на международном форуме оториноларингологов, вы получите возможность почерпнуть современную, интересную, полезную и главное наглядную информацию о новых технологиях и достижениях отечественной и зарубежной оториноларингологии.

Председатель отделения оториноларингологии
Ассоциации врачей Узбекистана,
доктор медицинских наук,
профессор **Шайхова Х.Э.**

РАЗДЕЛ ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

TELEAUDIOLOGY AS A HELPFUL TOOL IN DIAGNOSIS, TREATMENT AND REHABILITATION IN COVID-19

Skarzynski P.H.[1,2,3], Pierzyńska I.[3], Żelazowska M., Wołujewicz K.[1]

[1]World Hearing Center, Institute of Physiology and Pathology of Hearing, Warsaw/Kajetany, Poland.

[2]Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland.

[3]Institute of Sensory Organs, Warsaw/Kajetany, Poland.

Nowadays, due to transmission risk of SARS-CoV-2, it is really important to limit to a minimum number of traditional consultations, procedures, and surgeries. However, it is also a great challenge to provide high-quality health care to patients. Children and adults with hearing impairments and other otorhinolaryngological disorders often need to be diagnosed as early as possible, as a late or inacurrate diagnosis might have serious consequences. One of the most important and helpful solutions could be telemedicine, especially teleaudiology.

The aim of this presentation is to share the experience of using telemedical solutions in COVID-19 in the frame of the National Network of Teleaudiology.

First of all, the surgery itself or the undertaken treatment is not sufficient to improve the patients' quality of life. Effective rehabilitation and regular check-ups with a specialist are also necessary. It is particularly important in patients with implantable hearing devices and hearing aids (fitting of the speech processor or checking and fitting the hearing aid). Thus it needs to travel to the clinic at least a few times, which generates additional costs and increases transmission risk of SARS-CoV-2. The world's first National Network of Teleaudiology gives patients the opportunity to reduce the number of visits to a minimum; it is incredibly important in COVID-19 and helps to minimalize transmission risk. Nowadays, all telesolutions, such as teleconsultations, teleaudiology, telefitting, telesurgeries, and telerehabilitation are valuable, helpful, and necessarily. Currently, patients could choose from among 19 centers within the National Network of Teleaudiology in major Polish cities, which means that patients from all over the country can choose the nearest facility from their home, and 8 centers abord in four continents: in Odessa, Lutsk and Kiev (Ukraine), Brest (Belarus), Bishkek and Osh (Kyrgyzstan), Shymkent (Kazakhstan) and Dakar (Senegal).

To sum up, telemedicine in diagnosis, treatment, and rehabilitation of the ENT disorders, especially teleaudiology and telefitting is a great solution helping to minimalize transmission risk of SARS-CoV-2 and simultaneously, provide high-

quality care to patients. In modern times, in the pandemic, the role of telemedicine and teleaudiology could not be underestimated.

COCHLEAR IMPLANTATION AND HEARING PRESERVATION WITH RESIDUAL HEARING IN CHILDREN IN PARTIAL DEAFNESS TREATMENT

Skarzynski P.H.[1,2,3], Skarzynski H.[1], Zhuchko L.[3], Golubok T.[3]

[1]World Hearing Center, Institute Physiology of Pathology of Hearing, Warsaw/Kajetany

[2]Medical University of Warsaw

[3]Institue of Sensory Organs, Kajetany

Hearing preservation surgery became a hot topic in otology recently. It is very challenging situation due to possibilities of decreasing of hearing thresholds. Especially important is hearing at low frequencies.

The first child with substantial hearing was implanted in July 2004 (PDT-EC). After that, till today only several clinics started to perform such surgery on children population unlike PDT-EAS, which was implemented in more clinics and first cases were implanted over 17 years ago.

In that study, different groups of children with different electrode were assessed. The analysis includes 1043 children implanted in Partial Deafness Treatment from 1997 to 2019. In conclusion authors presented individual experience with implantation different children with different electrodes. Also hearing preservation classification was used to compare different groups. In conclusion hearing preservation surgery in children is safe procedure. Very important is assessment period when meticulous analysis should be carried out. Long term observation (over ten years) is important to show leads for less experienced centers.

BONE CONDUCTIVE IMPLANTS – WHEN AND HOW

Skarżyński P.H. [1,2,3], Prokopiuk Sergii[3], Cywka Katarzyna[1]

[1]World Hearing Center, Institute of Physiology and Pathology of Hearing, Warsaw/Kajetany, Poland.

[2]Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland.

[3]Institute of Sensory Organs, Warsaw/Kajetany, Poland.

Introduction. In the World Hearing Center is realized the biggest surgical program in the world, including several thousand surgical procedure yearly, allowed us to perform progressively implement of different modern treatment solutions.

The main aim of this study is to present current indications for the use of various types of bone conduction implants.

These devices are indicated in cases of conductive, mixed or single side deafness (SSD) where conventional hearing aids are not tolerated or indicates. There are a lot of solutions dedicated to specific hearing loss, however device selection is often limited by factors such as, audiological condition, temporal bone condition, age, surgical, social or patient expectation.

Material and Method

Material includes a group of patients with such kind of implants like Bonebridge, Baha Attract and Ponto system.

Results

Audiological indication for **Bonebridge** implantation are typically conductive or mixed hearing loss with a mild inner ear component indicated by audiometric testing with the bone conductive threshold, better than or equal to 45 dB HL (500Hz, 1 kHz, 2 kHz, 3 kHz).

The results shows that **Baha Attract** system is very good solution if range of hearing loss on bone conduction threshold is not greater than 45 dB and air bone gap is more than 30-35 dB.

The **Ponto** System is indicated for patient with bone conductive hearing loss or mixed hearing loss with pure tone average bone conduction thresholds in ear to be implanted better than 45 dB HL (mean value from 0,5, 1, 2, 3 kHz) .

Moreover, all bone conductive devices also may be used in patients affected by single-sided deafness.

Conclusion

High satisfaction from the patients' point of view as well as the results of audiological examination were observed in group of users Baha, Ponto and Bonebridge implant systems.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА СУРДОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШ КЎРСАТКИЧИ ТАҲЛИЛИ

Авезов М.И.[1], Нурметов Э.З.[2]

[1]Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали клиникаси

[2]Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази.Урганч

Муаммонинг долзарблиги: Товуш қабул қилувчи ҳар бир тирик организмнингэшитишқобиляти пасайиши ёки умуман йўқолиши мумкин. Жаҳон Соғлиқни сақлаш маълумотига кўра 2025 йилга бориб эшитиш қобиляти пастлиги ва у билан боғлиқ касалликлар хозирги кунга караганда 30% ошиши ҳамда 2050 йилда 1 млрд дан зиёд аҳоли эшитиш муаммосидан азият чекиши

кутилмокда. Эшитиш пасайиши билан боғлиқ касалликларнинг 70% ни айнан сенсоневрал типдаги эшитиш пастлиги ташкил килади. Шунингдекхар туғилган 1000 боладан биттаси кар соқов бўлса, охирги 2 йилда бу курсаткич 3-4 нафар болани ташкил килмокда.

Ҳаммага маълумки эшитиш, кўриш аъзолари инсон ақл идрокини, ҳис туйғуларини, ўзаромулоқотларини бошқаришда аҳамиятикаттадир. Айнан эшитиш билан боғлиқ бўладиган муаммолар инсоннинг турмуш тарзига ва меҳнатга лаёқатлилигига таъсир килмасдан колмайди. Айнан шу нуқтаи назардан инсон эшитишининг меъёрида бўлиши муҳим аҳамият касб этади.

Ишнинг мақсади: эшитиш пастлиги бор беморларни аудиологик таҳлил материаллари асосида тарқалишини ўрганиш.

Текшириш усули ваматериали: Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ва ТТА Урганч филиали клиникаси ЛОР-бўлими сурдолог хонасида 2020 йилнинг декабрь ойига қадар1713 нафар бемор эшитиш пастлиги (IV) даражаси ҳамда кар ва лол сифатида рўйхатга олинган. Барча беморларнинг шикояти, касаллик анамнези, хаёт тарзи тўлиқ ўрганилиб, отоскопия ва камертонал, аудиологик текширув (InteracousticsAD 629, Гемания ва Amplivox, Буюк Британия) аудиометри аппарати орқали ўтказилган. Мурожаатларнинг 29.7% шаҳар аҳолиси, 70.3% қишлоқ ахолиси эканлиги аниқланди. Беморларнинг жинсга нисбатан тарқалиши ўрганилганда эркаклар 56.3%, аёллар 42,9% ташкил қилиши аниқланди. Текширилган беморларнинг яшаш жойига қараб ўрганилганда энг юқори кўрсаткич Хонқа туманида 204 та ҳолатда бўлса, паст кўрсаткич Янгибозор туманида-76 та беморни ташкил қилади.

Шунингдек эшитиш пастлигини типларига қараб нисбатлари ўрганилганда, сенсоневрал эшитиш пастлиги IV-даража 432 нафар беморда, кар ва лол ташхиси 1281 беморда шулардан 1263 нафарида туғма шакли қолганида орттирилган шакли қайд этилди.

Жахон Соғликни сақлаш ташкилотининг ёшга боғлиқ таснифи асосида мурожаатлар ўрганилганда 24 ёшгача 43%, 25-44 ёшда 17%, 45-60 ёшда 19%, 61-75 ёшда 15%, 75-90 ёшдаги 6%беморда аниқланди.

Шунингдек хозирги кунгача Хоразм вилоятида 47 нафар болада кохлеар имплантация жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлиб, олий неъматлардан бири бўлган эшитиш бахтига муяссар бўлишди.

Хулоса: Эшитиш муаммоси билан аёллар ва эркаклар орасида деярли бир хил даражада учраши, шунингдек кейинги йиллар сенсоневрал типдаги эшитиш пастлигисуръати нисбатан ўсаётганлиги аникланди.

Тавсия: Шундай экан, хомиладор аёлларнинг тиббий маданияти юқори бўлиши,чақалоқлик даврининг эрта вақтида ва 40 ёшдан ошган беморлар ҳар 6

ойда қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари шифокоридан тиббий кўрикдан ўтишини тақозо килади.

Зеро, инсон саломатлиги ҳар нарсадан устун!

ОСОБЕНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Агзамова Г.С., УринбоевА.Т., Шамсиев Д.Ф.

Ташкентский Государственный стоматологический институт,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В основе возрастных изменений слуховой функции при атеросклерозе лежат морфологические изменения во внутреннем ухе, в частности, в спиральном органе и сосудистой полоске. Морфологическими исследованиями установлено, что в сосудистой системе улитки происходят возрастные изменения. Они касаются калибра артериол и венул, сокрашении их количества, исчезновения части сосудистых анастомозов. При атеросклерозе сосудов избирательно поражается (дегенеративный процесс) основной завиток улитки.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами обследовано 45 человек в возрасте от 37 до 70лет. Среди них женщин было 22, мужчин – 23. Обследованию подлежали больные из ЛОР отделения 20 больных,из неврологии 13 и эндокринологии 12 больных. Жалобы в основном все больные предъявляли на головокружение, шум в ушах, голове, у некоторых шум носил постоянный характер и переходил в треск, визг, шуршание, гул и т д. Головокружение, шаткость при ходьбе. Методы исследования слуховой функции проводили как субъективные в том числе, камертональные тесты, тональная пороговая аудиометрия, речевая аудиометрия, а также объективные импедансометрия, СВП. При необходимости вестибулярные тесты.Всех больных консультировали терапевт , кардиолог, невролог и эндокринолог. При необходимости проводили доплерографию, МРТ, МСКТ,ЭКГ, исследовании крови (общий анализ и на сахар), биохимические анализы: (коагулограмму, ферменты, креатинин, мочевину крови), и общий анализ мочи. При рентгенологическом исследовании у всех пациентов обнаружены явления остеохондроза позвоночника в области шейных позвонков. Патологические изменения со стороны других ЛОР-органов были в виде хронического тонзиллита, субатрофического ринофарингита, вазомоторного ринита, аллергического ринита. Методы исследования: слуховой функции проводили и после лечения. Воспринимали шепотную речь на расстоянии до 1 м 11 человек, от 1 до 3 м – 8, более 3 м – 5, не слышали ее – 21. Разговорную речь у ушной

раковины слышали 4 больных, на расстоянии от 0,1 до 1 м – 9, от 1 до 3 м – 7, от 3 до 5 м – 14 и свыше 5 м – 11.

Результаты. Наряду с проводимом лечением узкими специалистами, нами вводили больным кортексин 10 мг на 2,0 новокаина в/м. Этот препарат оказывает нейротрофическое, нейропротективное и ноотропное действие – это комплекс полипептидов коры головного мозга скота. В настоящее время не существует одного самого эффективного метода лечение хронической тугоухости, тем не менее даже незначительное улучшение слуха у детей и взрослых в результате проведения консервативной терапии, приводящей к стабилизации слуха, считается эффективным реабилитационным мероприятием. А также больным проводили лечение в согласии с неврологами и эндокринологами при отсутствии противопоказаний:

- Церебролизин 10,0 в/в;Трентал5,0, Сермион4мг на физ-растворе 0.9%-100мг.
- Тиоцетам 10,0 в/в;
- L-лизина эсцинат 10,0 на физ. растворе 0,9% 100 мл.

Степень снижения слуха по воздушной проводимости в двух частотных диапазонах (речевом и верхнем) представлена в таблице.

Восприятие тонов по воздушной и костной проводимости у больных пожилого возраста с нейросенсорной тугоухостью до лечения

Изучаемые показатели	Пороги слухового восприятия у больных до лечения							
	до 30 дБ		31-50 дБ		51-70 дБ		более 70 дБ	
	125-3000 Гц	4000-8000 Гц	125-3000 Гц	4000-8000 Гц	125-3000 Гц	4000-8000 Гц	125-3000 Гц	4000-8000 Гц
	Число обследованных							
Воздушная проводимость	15	10	9	13	8	12	13	10
Костная проводимость	12	9	10	14	9	10	14	12

Из таблицы видно, что снижение слуха более чем на 50 дБ на частотах 125-3000 Гц было у 21 лиц, а в диапазоне 4000-8000 Гц – у 22.

Выводы. Таким образом, больным необходимо тщательное обследование у сурдолога, невролога, кардиолога и эндокринолога. Учитывать сопутствующие заболевания и проводить своевременное лечение больным с нейросенсорной тугоухостью, не исключая слухопротезирования.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Амонов А.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз

Проведенные нами тщательное изучение причин формирования и развития сенсоневральной тугоухости (СНТ) у 400 детей показало, что у 364 (91 %) случаев удалось выяснить значение возможных факторов имеющих роль в развитии патологии органа слуха, а у 36 (9%)- родители детей не смогли указать на причины развития заболевания уха. Среди обследованных врожденная форма СНТ установлена у 217 (54,25 %), приобретенная- 183 (45,75 %) (в эту группу включены дети с неустановленной причиной развития сенсоневральной тугоухости).

Из 217 обследованных детей с врожденной СНТ наследственность по тяжелой степени тугоухости и глухоты было отягощена у 67 (16,75 %) случаях. Из них у 19 (4,75 %) детей родители были глухонемыми (отец, мать, дедушка, бабушка). Следует отметить, что у 36 (9 %) семьяхсенсоневральная тугоухость тяжелой степени и глухота имелись второго, третьего и четвертого ребенка. Из общего обследованного контингента детей 70 (17,5%) родились из близкородственного брака.

Изучение течение беременности у матерей детей с врожденной формой СНТ показало, что 81(20,2 %) матери перенесли различные вирусные и бактериальные инфекции, особенно в первой половине беременности, 74 (18,5 %) - отмечено наличие в крови цитомегаловирусной инфекции, 56 (14%) страдали анемией, 43(10,7%)- ранние токсикозы с нефропатией, 146 (36,5 %) принимали различные виды лекарственных препаратов. У 66 (16,5 %) матерей имели 2-х и более факторы риска развития сенсоневральной тугоухости.

Из 400 обследованных у 348 (87%) случаев дети родились доношенными по сроку и по весу, 23 (5,75%) детей родились недоношенными по сроку и по весу, 16 (4%) - были недоношенными по сроку и доношенными по весу (не менее

2500 гр.), 13 (3,25) - доношенными по сроку и недоношенными по весу. Следует отметить, что 14 (3,5%) дети в анамнезе перинатального периода выявлено перенашивание беременности (более 42 недель) и большой вес тела при рождении (более 4000 г).

Выраженные проявления гемолитической болезни новорожденных с гипербилирубинемией наблюдались у 32 (8 %) детей. Родители 43 (10,7%) детей указали на наличие патологии родов, в том числе кесарево сечение, инфицированность околоплодных вод, длительный безводный период, гипоксию или асфиксию плода, обвитие пуповины вокруг шеи, проведение реанимационных мероприятий для восстановления естественного дыхания .

В качестве возможной причиной развития приобретенной СНТ и глухоты у детей родители указывали на перенесенные вирусные заболевания у ребенка, в том числе острую респираторную вирусную инфекцию у 145 (36,25%) детей, острую кишечную инфекцию- у 31 (7,75%) , судорожный синдром- у 27 (6,5%), септические состояние- у 22 (5,5 %), менингит или менингоэнцефалит, энцефалопатия- у 21 (5,25%), травмы черепа- у 13(3,1%) детей.

Одной из доминирующих причин повреждения рецепторных клеток кортиевого органа и слухового нерва в наших наблюдениях явилось необоснованное применение ототоксических лекарственных средств, особенно в период новорожденности и раннего возраста до формирования и развития речи (прелингвальном периоде). В 78 (19,5%) случаев в анамнезе детей указывались на применение ототоксических препаратов (гентамицин, канамицин, амикацин) в связи с различными вирусно-бактериальными заболеваниями ребенка.

Таким образом, анализ этиопатогенетических факторов риска развития сенсоневральной тугоухости и глухоты у обследованного контингента детей характеризуется наличием множества возможных факторов риска с преобладанием нескольких факторов у одного и того же ребенка.

ИЗУЧЕНИЕ РЯДА ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ СРЕДНЕГО УХАНА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА

Адилова Г.М., Нарзуллаев Н.У., Ғиёсов Ш.С.
Бухарский Государственный медицинский институт

Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения, у детей острое воспаление среднего уха (ОВСУ) на фоне хронического активного

гепатита занимает ведущее место в структуре соматических заболеваний в связи с тяжелым течением и частыми остаточными явлениями. Состояние иммунной системы до заболевания и реакция её на внедрение возбудителя во многом обусловливают течение и исход заболевания.

Цель: изучение уровня про- (ИФН-$_{Y}$) и противовоспалительного - (ИЛ-10) цитокинов в сыворотке крови у детей с острого воспаление среднего уха на фоне хронического активного гепатита.

Были обследованы 35 детей с ОВСУ, проживающих в г. Бухара. Содержание цитокинов (ИФН-$_{Y,}$ ИЛ-10) в сыворотке крови определяли ИФА-методом с использованием тест-систем фирмы «Вектор Бест» (Россия).

У детей с ОВСУ на фоне хронического активного гепатита, лечившихся традиционным способом концентрация провоспалительного цитокина ИФН-$_{Y}$ была повышена в 3,5 раза по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). У детей с ОВСУ содержание ИЛ-10 составило 86,08 ± 25,72 пг/мл, что было в 8 раза выше по сравнению с контролем (10,95 ± 3,65 пл/мл; $p <0,001$).

Таким образом, у детей с ОВСУ на фоне хронического активного гепатита отмечается усиленная продукция про- и противовоспалительных цитокинов, что может быть расцениваться как необходимое условие для протекции от инфекционного агента и параллельно с этим защитить организм от системного повреждающего действия высоких концентраций провоспалительных цитокинов.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА

Арифов С.С., Орифов С.С.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз

Адекватная оценка динамики клинических проявлений нарушений слуха является важным аспектом при оценке эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с различными заболеваниями органа слуха. Предложенные на сегодняшний день классификации оценки эффективности лечения основаны на анализе только одного клинического проявления, наиболее часто – уровня потери слуха или шума в ушах. Предлагаемая нами классификация позволяет одновременно проводить комплексную оценку 5 основных клинических симптомов нарушения слуха - порог, шум, разборчивость, заложенность, усиленное восприятие звуков.

Шкала оценки шума, разборчивости, заложенности, усиленного восприятия звуков разработана самостоятельно. При оценке порога слуха применена классификация L. Siegel (1975), которая предусматривает следующие градации: отсутствие улучшения слуха (среднее изменение порогов слуха менее чем на 15 дБ); небольшое улучшение слуха (среднее изменение порогов слуха более 15 дБ и средний порог слуха после лечения выше 45 дБ); значительное улучшение слуха (среднее изменение порогов слуха более 15 дБ и средний порог слуха после лечения в интервале 25–45 дБ); практическое восстановление слуха (среднее изменение порогов слуха более 15 дБ и средний порог слуха после лечения менее 25 дБ).

Интерпретация результата эффективности лечения согласно предлагаемой классификации:

Отличный: порог слуха –1по L.Siegel; шум в ушах –отсутствие или значительное уменьшение; нарушение разборчивости речи–отсутствие или значительное уменьшение; чувство заложенности–отсутствие; усиленное восприятие звуков–отсутствие.

Хороший: порог слуха – 2 по L.Siegel; шум в ушах –значительное или небольшое уменьшение; нарушение разборчивости речи–значительное уменьшение; чувство заложенности–отсутствие или значительное уменьшение; усиленное восприятие звуков–отсутствие или значительное уменьшение.

Удовлетворительный: порог слуха – 3 по L.Siegel; шум в ушах –небольшое уменьшение; нарушение разборчивости речи–значительное или небольшое уменьшение; чувство заложенности–значительное уменьшение; усиленное восприятие звуков–значительное уменьшение.

Без изменений: порог слуха – 4 по L.Siegel; шум в ушах –без значимых изменений; нарушение разборчивости речи–без значимых изменений; чувство заложенности–без значимых изменений; усиленное восприятие звуков–без значимых изменений.

Ухудшение: порог слуха – ухудшение; шум в ушах – усиление; нарушение разборчивости речи–ухудшение; чувство заложенности–увеличение; усиленное восприятие звуков–увеличение.

Предлагаемая классификация нами успешно апробирована при оценке лечения 56 больных острой нейросенсорной тугоухости, хотя она позволяет проводить комплексную оценку эффективности лечения нарушений слуха различной этиологии. Широкое ее применение на практикепозволить качество лечебно-профилактических мероприятий у больных нарушением слуха.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Арифов С.С., Каландарова Д.А.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских
Работников МЗ РУз

Значимым этиологическим фактором нейросенсорной тугоухости (НСТ) среди взрослого населения являюися сердечно сосудистые заболевания и наступающие на их фоне изменения мозгового кровообращения.

Цель исследования. Изучить в возрастном аспекте структуру больных НСТ в сочетании стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 56 больных НСТв сочетании стабильной стенокардией напряжения. Среди больных лица мужского пола составили 30 (53,6%), женского – 26(46,4%). У всех больных процесс был двусторонним.

Диагноз заболевания устанавливали на основании жалоб, истории развития болезни, акуметрии, тональной пороговой аудиометрии и импедансометрии.

При постановке диагноза НСТ придерживались Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10). Для оценки степени тугоухости применяли международную классификацию нарушений слуха (ВОЗ, 1997).

Результаты исследования. Возраст больных был в пределах от 31 до 60 лет (средний возраст составил 46.2±1.9 года). Больные по возрастным группам, (интервал каждого составил 10 лет) на момент первичного обследования были распределены в следующем виде: 31–40 лет – 8 (14,3%), 41–50 лет – 22 (39,3%), 51–60 лет – 26 (46,4%). У 26 больных установлена первая и 24 – вторая степень потери слуха, У 6 больных имело место повышение порогов воздушного и костного проведения в высокочастотной зоне, и усредненный показатель воздушного проведения у них не достигал значения I степени тугоухости (менее 26 дБ). Эти больные по возрастным группам были распределение соответственно в следующем виде: 31–40 лет 3 – 1 – 4; 41 – 50 лет 14 – 6 – 2; 51 – 60 лет 9 – 17 – 0;

Выводы. 1. С повышением возраста увеличивается число больных НСТ в сочетании стабильной стенокардией напряжения и соответственно наиболее часто она выявлен у больных в возрастной группе 51–60 лет.

2. У больных НСТ старше 50 лет нарушение слуха достоверно чаще проявляется более выраженной степенью потери слуха.

ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ДОИНСУЛЬТНЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

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

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

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

У подавляющего большинства лиц, страдающих гипертонической болезнью с ДЦВР (80,9%) снижено восприятие С128 с середины темени, причем с утяжелением заболевания степень снижения восприятия увеличивается. Восприятие его у больных нарушено больше, чем у лиц контрольной группы.

Восприятие С128 с сосцевидных отростков также нарушено у подавляющего большинства обследованных (77,3%), но в меньшей степени, чем со средины темени. Кроме того, (16,3%) его не воспринимали со средины темени, а с сосцевидных отростков только 1,8%.

Восприятие высокого тона (С2048) снижено больше (75,4%), чем С128 через воздушную среду (59,1%). Таким образом, значительное снижение

восприятия С128 через костную среду и большее понижение чувствительности к тону С2048, чем к С128 через воздушную среду, свидетельствует о преимущественном поражении звуковоспринимающего отдела звукового анализатора у больных с ДЦВР.

Применение пороговой тональной аудиометрии дает возможность выявить двусторонние кохлеарные изменения у большинства больных ГБ (76,4%). В зависимости от характера аудиометрических кривых определяются 3 типа их: 1) с «провалом» на 2000, 4000 или 6000 Гц; 2) нисходящий и 3) горизонтальный. Для большинства таких больных (70,8%) характерны кривые 1- го и 2- го типа, с понижением восприятия или отсутствием его на высокие тоны через кость. Такой тип аудиометрических кривых обусловлен поражением основного завитка улитки, что можно объяснить малой сопротивляемости его вредному воздействию. Кривые 3-го типа встречаются редко (5,4%) и зависят они от поражения кортиева органа на всем протяжении или же вовлечением в процесс и слухового нерва.

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

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

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

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

При использовании речевой аудиометрии появляется возможность выяснить степень нарастания разборчивости речи от ее интенсивности и судить о соотношении между тональным и речевым слухом. У больных гипертонической болезнью нарушение речевого слуха выявлено у подавляющего большинства (86,4%), оно имело двусторонний характер. При гипертонической болезни, в зависимости от величины диапазона речи определяется 3 группы страдающих: с увеличением, нормальным и

укороченным диапазоном разборчиво речи. Чаще выявляются лица с 1-м типом кривых разборчивости речи (49,1%). У большинства лиц, имеющих 2й тип кривой слух изменен. Кривые разборчивости у них сдвинуты по оси абсцисс вправо больше, чем на среднюю потерю слуха на речевые частоты, что свидетельствует о наличии у них тоно-речевой диссоциации.

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

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

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ

Байбориева А.А., Субанбекова А.Б.
Кафедра оториноларингологии медфакультета КРСУ им Б.Н. Ельцина
Бишкек, Кыргызстан

Вестибулярные шванномы (ВШ) по данным разных авторов встречаются в 6%-12% всех первичных опухолей внутричерепной локализации и около 23%-24% всех опухолей задней черепной ямки. Среди опухолей мосто-мозжечкового угла невриномы составляют 85-94% [1,2].

ВШ в 95% случаев является односторонней опухолью. 5% неврином имеют мультицентрический двусторонний характер роста и являются проявлением нейроматоза типа II(НФ-2)-наследственного, аутосомного заболевания, имеющий доминантный характер наследования. Истинные невриномы встречаются чаще на четвертом-пятом десятилетии жизни. Двусторонние невриномы, обусловленные НФ-2 проявляются значительно раньше, во втором-третьем десятилетии жизни [3]. Чаще невриномы встречаются у женщин, чем у мужчин [4].

Скорость роста опухоли вариабельна, большинство опухолей растет медленно(2-10 мм в год). Многие опухоли достигают больших размеров или образуют кисту прежде, чем станут клинически значимы. Микроскопически выделяют - тип Антони А и Тип Антони В. Тип Антони А: клетки формируют компактные группы с вытянутыми ядрами, часто напоминают палисад. Тип Антони В – различные узоры звёздообразных клеток и их длинных отростков.

В зависимости от роста опухоли выделяют три группы ВШ: не растущие или с очень медленным темпом роста (менее 0,2 см в год), со средним темпом роста(0,2-1,0 см в год) и быстрорастущие (1,0 см в год).

В практической деятельности наиболее универсальными являются классификации Samıı иKoos [5,6]. Они основаны на оценке размеров невриномы и ее отношении к окружающим мозговым и костным структурам.Так M Samıı предложил классификацию, основанную на оценке преимущественной локализации и распространенности опухоли по данным МРТ: Т1 - интрамеатальная, Т2 – интра-экстрамеатальная, Т3А – заполняющая мостомозжечковую цистерну, Т3В – достигающая ствола мозга, Т4А – сдавливающая ствол мозга, Т4В - грубо дислоцирующая и сдавливающая ствол мозга и VI желудочек. Близкой к этой является классификация W.T.Koosв которой выделены стадии ВШ: 1-я стадия – опухоль находится в пределах внутреннего слухового прохода, диаметр экстраканальной части составляет 1-10 мм; 2-я стадия - опухоль вызывает расширение внутреннего слухового прохода и выходит в мостомозжечковый угол, ее диаметр составляет, 11-20 мм; 3-я стадия - опухоль распространяется до ствола головного мозга без его компрессии, диаметр составляет 21-30 мм; 4 –я стадия - опухоль вызывает компрессию ствола головного мозга, ее диаметр более 30мм.

Невриномы не обладают инфильтративным ростом. Увеличиваясь в размерах, опухоль смещает, раздвигает, сдавливает окружающие ее нервы, ткани, порой образует для себя глубокое ложе в стволе мозга. Рост невриномы приводит к поражению расположенных в непосредственной близости к слуховому нерву VII и XIII пар черепно-мозговых нервов и расширению слухового канала. Дальнейший ее рост ведет к поражению полушария и ножек мозжечка, к сдавливанию корешков и ретроградному перерождению клеток ядер черепно-мозговых нервов. Во многих случаях обнаруживается связь опухоли с мозговым стволом, посредством фиброзной мембраны. Развивающаяся в последующем дислокация ствола и сдавление ликворопроводящих путей приводят к развитию внутренней водянки. В запущенных случаях смерть наступает от нарушений сердечной и дыхательной функций в результате сдавления ствола .

Несмотря на использование современных методов радио- и микрохирургии проблемы лечения вестибулярных шванном до конца не решены. Так как сохраняется высокая летальность, достигающая по данным ведущих клиник мира 2-4% и высокие риски развития интраоперационных и послеоперационных осложнений, ведущие к низкому качеству жизни оперируемых(по шкале Карновски), а также высокий процент рецидивов в этой групп.

В связи с этим ранняя диагностика обсуждаемой патологии особенно актуальна. Ведь своевременная диагностика ВШ на ранних стадиях обеспечивает благоприятный исход лечения, минимальную частоту осложнений, инвалидизации больных, улучшение качества жизни.

Как известно, наиболее ранними клиническими симптомами являются односторонняя прогрессирующая сенсоневральная тугоухость (в 98% наблюдений), шум в ушах (в 60%), вестибулярные расстройства - статокоординаторные нарушения, головокружение (в 67%).

Как правило, больных с ВШ 1-2 стадии (при размере опухоли менее 2 см), первоначально наблюдают оториноларингологи и невропатологи поликлинического звена. Иногда таким больным ошибочно диагностируют другие заболевания уха (кохлеарный неврит, отосклероз, вестибулопатия), церебральный арахноидит, остеохондроз шейного отдела, вегетососудистую дистонию и лечат их иногда длительное время. Вследствие несвоевременной и неправильной диагностики диагноз ВШ устанавливают в стадии уже выраженных клинических проявлений, такие как симптомы поражения тройничного нерва, каудальных нервов, ствола мозга и мозжечковые нарушения. А ведь для уточнения диагноза на ранних стадиях первоначально достаточно исследовать вестибулярную функцию. При этом выявляется одностороннее выпадение калорической реакции по всем компонентам (нистагма, реактивного отклонения рук, сенсорных и вегетативных компонентов). При этом с противоположной стороны вестибулярная реакция на раздражители протекает по типу нормо- или гиперрефлексии гармонично со всеми компонентами. Проведение калорической пробы в условиях поликлиники доступно и не требует дополнительных затрат. Неврологическая симптоматика на ранних стадиях складывается из отсутствия роговичного рефлекса, снижения чувствительности слизистой оболочки полости носа, выпадение вкуса на передних 2/3 языка, четко на стороне не слышащего уха, незначительная неустойчивость в позе Ромберга.

Принципиально важно заподозрить невриному на ранней стадии. Поэтому больным с односторонней нейросенсорной тугоухостью в сочетании с вестибулярными нарушениями необходимо исключить опухоль мостомозжечкового угла, в частности невриному. Стандартом диагностического обследования являются компьютерная томография (КТ) в костном режиме и томография магнитного резонанса (МРТ) с контрастным усилением в режимах Т1 и Т2. Эти методики при невриномах несут максимальную диагностическую информацию о локализации, размерах, структуре опухоли, взаимоотношении ее с костными структурами в области пирамиды височной кости, интракраниальными цистернами и окружающими отделами мозгового вещества в интракраниальном пространстве.

Выводы:

1. Ранняя диагностика ВШ обеспечивает благоприятный исход лечения.

2. При выявлении односторонней сенсоневральной тугоухости у больного необходимо исследовать вестибулярную функцию.

3. При выявлении вестибулярных нарушений на стороне сенсоневральной тугоухости необходимо производство МРТ и КТ головного мозга для исключения ВШ.

OTOTOXICITY EFFECT OF DRUGS: LITERATURE REVIEW

Bakhadirova I.B.

Center for Professional Development of Medical Workers

Hearing loss is a problem that affects people in all cultures, and is also known as the fourth cause of long-term disability in people. It is estimated that it affects between 6 and 8% of the world's population, which translates into 500 million people with hearing loss.

Ototoxicity is a well-known side-effect of drugs which can have wide-ranging consequences on a patient's future quality and standard of living, although in certain cases the benefit of drugs will outweigh the risk of hearing loss. Ototoxicity is particularly dangerous for children, as its occurrence can have a significant impact on their future psychosocial development and subsequent adult life.

Material and methods. To ensure a proper selection of studies and impartiality of the review process, the peer-reviewed articles were identified according to the protocol's inclusion criteria. A search model was developed, taking into account the search terms and databases searched.

Ototoxicity of aminoglycoside antibiotics. Aminoglycosides are known to show their toxicity both in the vestibular system affecting balance, but also show a toxic effect on cochlear cells affecting the hearing organ. This is mainly due to the loss of cochlear and/or vestibular hair cells. The ototoxic effects of AGs vary from a few to as much as 33% in the case of hearing loss, and in the case of the vestibular system, up to 15% of patients who receive these drugs intravenously. It may also affect patients taking medication in the form of ear drops, especially those with perforated eardrum or tympanostomy tube. Gentamycin, triamycin, and streptomycin are preferentially atria-toxic, while amikacin and kanamycin are primarily cochlear-ototoxic.

Ototoxicity of cytostats. Cisplatin (cis-diaminodichloridoplatin (II)), carboplatin, and oxaliplatin belong to the group of the most commonly used anticancer drugs. All these drugs show ototoxic side-effects. However, cisplatin is the oldest drug in this group; it is the most commonly prescribed platinum drug, but is also the most ototoxic. During pharmacotherapy with cisplatin, peripheral neuropathy,

nephrotoxicity, nausea and vomiting have been reported in patients, as well as ototoxicity. Ototoxicity may occur within several hours or days after cisplatin treatment. Hearing loss appears to be dose-dependent and has been characterized as progressive, irreversible, bilateral, and may be accompanied by tinnitus and dizziness. Hearing loss progresses, initially from the high frequencies, and patients have difficulty hearing hissing-type sounds and speech in noisy environments. The hearing loss can then progress to lower frequencies.

Ototoxicity of diuretics. Diuretics can be divided into four specific classes depending on where they affect ion capture. A distinction is made between loop diuretics, whose place of capture is a thicker, growing part of Henle's loops. The place of operation of thiazide diuretics is the distal and cortical parts of the connecting channel. For potassium-saving diuretics, the mechanism of action is based on activity against cells in the cortical, aldosterone-sensitive collective channels. Acetazolamide and mannitol act in the proximal duct.

Ototoxicity of antimalarial drugs. Quinine is an alkaloid known since the 16th century and obtained from the bark of the cinchona tree. Chloroquine, invented in the 1940s, and its analogue hydroxychloroquine, are long-established and widely used antimalarial drugs. As is known, these drugs are widely used in therapy, and their action is considered safe, although they have documented side-effects, and the border between a therapeutic dose and a toxic dose is narrow. An overdose may be associated with cardiovascular disorders that pose a risk to patient health, but, importantly from the point of view of our analysis, it may also cause ototoxic side-effects.

Conclusions. To sum up, the existence of ototoxicity caused by the use of different groups of drugs is known, but there is a need to broaden knowledge in this area and extend research protocols to additional groups of drugs. This will allow doctors to prescribe the safest pharmacotherapeutic methods.

СУРУНКАЛИ ЭКССУДАТИВ ОТИТДАЭНДОСКОПИЯВА АУДИОМЕТРИЯ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Вохидов Н.Х.[1], Вохидов У.Н.[2], Шодиев Ж.А.[2]
[1]Тошкент Давлат стоматология институти
[2]Бухоро Давлат тиббиёт институти

Экссудатив ўрта отитнинг ўз вақтида аниқ ташхис қўйилмаслиги ва адекват даво чораларини қўлланилмаслиги кўпинча эшитишнинг турғун заифлашувига олиб келади.

Ушбу тадқиқотнинг мақсади экссудативотит билан касалланган болаларни ташхислашда эндоскопия ва аудометрия текшириш усулларининг самарадорлигини баҳолаш ҳисобланади.

Тадқиқот материаллари. Илмий тадқиқот иши 2018-2020 йилларда 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган экссудатив отит билан касалланган 56 нафар болаларни клиник кузатиш ва даволаш натижаларига асосланган. Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида болаларнинг клиник текшируви қуйидагиларни ўз ичига олган: шикоятларни аниқлаштириш, анамнез, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, бурун ҳалқумни рентгенологик латерал проекцияси текшируви, бурун бўшлиғи ва бурун ҳалқумни эндоскопик усул ёрдамида текширишлар ўтказилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокама. 2018 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда экссудатив отит билан касалланган 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган 56 нафар болалар текширилди. 18 нафар беморда (32,2%) бир томонлама экссудатив отит, 38 нафар беморда (67,8%) икки томонлама экссудатив отит ташхиси қўйилган. Тонал бўсағали аудиометрияни ўтказишда болаларнинг 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган гуруҳидаги кўпчиликда I-II даражали кондуктив эшитиш қобилиятининг пасайганлиги аниқланди. III даражадаги кондуктив эшитиш қобилияти пасайганлиги анча кам аниқланди ва асосан болаларни 7 ёшдан 12 ёшгача бўлганларида учради. Акустик импеданометрия усули орқали тимпаник бўшлиқда экссудат мавжудлигини аниқлашга имкон берди.

Аксарият болаларда (50 тақулоқ) акустик импедансометрияда тимпанограммалар “С” турига тўғри келди (46%). 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларнинг асосий қисми В типидаги тимпанограммалар (6 қулоқ) кузатилди. Агар беморларнинг ёш таркибини кузатиб борадиган бўлсак, унда патологик тимпанограммалар сони ёшга қараб камайиб борди, аммо доимий консерватив даволашга қарамай 12 ёшдан 14 ёшгача бўлган ёш гуруҳида “В” (22,8%) ва “С” акустик рефлексли (23%) тимпанограммалар аниқланди. Текширувимиз давомида 92 тақулоқда (38%) В типидаги тимпанограмма, 74 тақулоқ (31%) - акустикрефлексли С типли тимпанограмма, 36 тақулоқ (15%) - С типли тимпанограмма аниқланди. акустикрефлексва 38 тақулоқ (16%) –меъёрга, яъни тимпанограмманинг“А” тури тўғрикелди.

Бурун ҳалқумни эндоскопик текширувига кўра, 12 ёшдан 14 ёшгача бўлган 7 нафар беморда (8%) I даражали аденоидлар бўлган. Бурун ҳалқумни визуал текшириш пайтида 3 ёшдан 13 ёшгача бўлган 42 болада (47%) 26 (29%) эшитиш найчаларининг халқум тешикларини II даражали аденоид вегетацияси билан тўсиб қўйишнинг энг кенг тарқалган турлари ва 16 кишида (18%) II даражали аденоидлар асосан горизонтал ўсишга эга бўлиб, эшитиш найчаларининг оғзини қопламаган, аммо тубартизмаларига маҳкам ўрнашганлиги аниқланди. Най

муртаклар гипертрофияси 7 нафар болада топилган. III даражадаги аденоид вегетацияси 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган 40 нафар беморда (45%) кузатилган бўлса, 33 кишида (37%) улар эшитиш найчасининг халқумга очилишидаги тешигини беркитганлиги кузатилди. 12 ёшдан 14 ёшгача аденоид вегетацияси нисбий катталашганлиги кузатилди ва баъзи ҳолларда уларнинг мавжудлиги касалликнинг қайталаниши билан боғлиқ бўлди.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиб айтиш мумкинки, экссудатив отит бўлган беморларни ташхислашда, яъни отоскопия, риноскопия ва фарингоскопия текширувлари ўрнида ЛОР-аъзоларини эндоскопик текшириш самаралироқ ҳисобланиб, аниқ ташхис қўйиш ва даволаш тактикасини тўғри танлашга имкон яратади.

MODERN PRINCIPLES OF RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

Esamuradov A.I.[1], Shamsiev D.F.[2], Mirzaeva M.A.[3]

1Tashkent Medical Academy

2Tashkent State Dental Institute

3Tashkent Pediatric Medical Institute

Relevance: Globally, HGSO affects from 1 to 46% of people living in developed and developing countries. This is approximately 65-330 million people, 60% of them have a significant hearing loss. The prevalence of HGSO in our country ranges from 8.4 to 39.2 per 1000 population. Among patients with ENT pathology, who are assisted in ENT hospitals, 5.7-7% suffer from CHS. The prevalence of CHS with cholesteatoma in the population is 0.01%. The peak occurrence occurs on average in the second and third decades of life. Cholesteatoma is detected in 24–63% of patients with chronic hepatitis C in any localization of tympanic membrane perforation.

Materials and Methods: We examined 84 patients with chronic purulent otitis media who were inpatient treatment in the ENT department of the TMA clinic of the Urgench branch. Division by gender: 58 men (69%), 26 women (30.9%), division according to the localization of the inflammatory process: epitympanitis - 9 (10.7%), mesotympanitis - 53 (63%), epimesotympanitis - 22 (26 , 1%) patients. The duration of the disease ranged from 4 to 11 years. All patients underwent a standard examination of lororgan, otomicroscopy, endoscopy of the nasal cavity and nasopharynx, CT, audiological examination at the time of admission and after 1 month. after the treatment.

Results: If a cholesteatomic process was suspected in the middle ear, an X-ray examination of the temporal bones was performed using high-resolution computed

tomography (CT) with a step of 1–2 mm in axial and coronary projections, performed in remission of the disease. This study makes it possible to determine the presence of a pathological substrate in the middle ear cavities, the integrity of the ossicle chain, anatomical features of the structure of the mastoid process and nearby structures (presentation of the sigmoid sinus, low standing of the bottom of the middle cranial fossa, high location of the jugular vein bulb), as well as the presence of destruction of the walls of the tympanic cavity, antrum, condition of the canal of the facial nerve and inner ear. According to CT of the temporal bones, mesotympanitis is characterized by a change in the mucous membrane in the tympanic cavity, a cicatricial process around the chain of the auditory ossicles, a defect in the chain is possible, more often due to lysis of the long stem of the incus. Antrum with mesotympanitis in remission is usually pneumatized. A sign of a chronic process is the hardening of the cells of the mastoid process. Cholesteatoma in patients with CHS most often has CT-signs of osteodestruction and is accompanied by severe caries of the ossicular chain, pitting of the contours of the walls of the tympanic cavity, enlargement of the entrance to the antrum, as well as an increase in its size, destruction of the wall of the lateral semicircular canal and the canal of the facial nerve.

Conclusion: Despite the high information content of CT of the temporal bones, the diagnosis of the state of the process in the middle ear and the tactics of treating a patient with CHS depend on a comprehensive assessment of all research methods. At the same time, CT data of the temporal bones play an important role in determining the surgical approach and the scope of surgery in patients with CHS.

МИКРОТИЯ ХАСТАЛИГИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАХЛИЛИ

Жафаров М.М.[2], Хасанов С.А.[1], Жафаров М.М. [2], Расулов М.М.[1]

[1]Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти клиникаси

[2]Республика болалар пластик хирургия маркази

Тадқиқот мақсади: Клиникага қулоқ туғма гипогенезияси хасталиги билан мурожаат қилган беморларни тахлил қилиш.

Қулоқ микротияси -туғма аномалия хисобланади ушбу нуқсон эстетик – функционал туғма нуқсонлар қаторига киради. Бу хасталик даражалари бўйича I, II, III даражага ва ташқи қулоқнинг ривожлвнмагани билан умуман бўлмаслиги кузатилади.Касаллик бир томонлама ва икки томонлама бўлиши мумкин. Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникаси поликлиникасига 2003-2018 йиллар мобайнида 9456 мурожаат қилган беморлардан 707 нафарида микротия хасталиги аниқланган. Ўзбекистон Республикаси худудида 1500та туғилган болалардан 1 нафаридагипогенезия, Хоразм вилояти ва Қорақалпоғистон

Республикаларида эса 624 туғилган болалардан 1 тасида учрайди(С.А. Хасанов ва хаммуалифлар, 1990 й).

Хасталикнинг сабаблари куп факторлардан иборат булиб, асосий сабаби эса ирсий фактордир (70-80%). Бундан ташқари радиактив ва зарарли (рентген) нурлари таъсири, хомиладорлик вақтида бетартиб истеъмол қилинган дори воситаларининг токсик таъсири, зарарли одатлар оқибати, юқумли касалликлар билан оғриши (TORCH, вирусли гепатит, грипп, сифилис ва бошқалар.) хомила ичи инфекцияси, стресс холати ва қисман ташқи таъсирлар хам мухим ўрин эгаллайди.

Тадқиқод материали. Текширув натижаларига кўра 15 йил (2003-2018йй.) мобайнида Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти клиникаси Республика болалар пластик хирургия марказига мурожаат килган 707 нафар бемор болаларга “Микротия” ташхиси қўйилди.

Ретроспектив тахлил асосида қуйидагилар аниқланди.

Бемор болаларда микротия I даражасида- 260 нафар (36,7%), II даражасида 220 (31,1%), III даража билан 216 нафар (30,5%) ва ташқи қулоқнинг умуман ривожламаганлиги билан эса 11 нафар (1,5%) бемор болаларда кузатилди. Хасталик ўнг томонламалиги 367 нафарда (51,9%), чап томонлама 276 нафарда (39,03%) ва икии томонлама 53 нафар (7,4%) болаларда учради.

Бемор болаларнинг 390 нафарини ўғил болалар (55,16 %), қиз болалар 317 нафари (44,83%) ни ташкил этди. Кўрикдан ўтган ёшлари бўйича; 3 ойликдан-6 ёшгача 390та бемор (55,1%), 6-12 ёшда 169 нафар(23,9%),13-18 ёшда104 нафар (14,7%) ва 18 ёшдан катталар 44 нафарни (6,2%) ташкил этди. Мурожаат асосида микротиянинг учраш фоизи Тошкент шахридан 141 нафар (19,9%), Тошкент вилоятидан 162 нафар (22,9%), Сирдарё вилоятидан 17 нафар (2,4%), Жиззах вилоятидан 39 нафар (5,5%), Самарқанд вилоятидан 38 нафар(5,3%), Қашқадарё вилоятидан 56 нафар (7,9%), Сурхандарё вилоятидан 58 нафар (8,2%), Бухоро вилоятидан 9 нафар (1,2%), Хоразм вилоятидан 32 нафар (4,5%), Навоий вилоятидан 16 нафар (2,2%), Андижон вилоятидан 28 нафар (2,2%), Наманган вилоятидан 22 нафар (3,1%), Фарғона вилоятидан 39 нафар (5,5%), Қорақалпоғистон Республикасидан 37 нафар (5,2%) ва бошқа қўшни давлатлардан 21 нафар (2,9%) беморга керакли маслахатлар берилган.

Хулоса: Тадқиқод ва текширув натижалари бўйича икки томонлама микротия бир томонлама микротиядан 8 баробар кам учрайди, ўнг микротия чапга қулоққа нисбатан кўпроқ учрайди,анотия эса 1,5% ни ташкил этди. Тошкент шахри ва Тошкент вилоятларида ахоли зичлиги, хамда Республика пластик хирургия маркази пойтахтда жойлашганлиги сабабли микротия хасталиги билан мурожаат қилган беморлар сонининг кўплигинишу билан изохлаш мумкин.

ЭКСПРЕССИЯ ЦИТОКИНОВ В ЖИДКОСТЯХ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Ибрагимов Ш.Р.
Азербайджанский Медицинский Университет

Острый средний отит (ОСО) - это распространенная бактериальная инфекция в детском возрасте, которая вызывает воспалительную реакцию в среднем ухе. Лейкоциты продуцируют различные воспалительные молекулы *in vitro* при стимуляции грамположительными и грамотрицательными бактериями. Основными возбудителями ОСО являются *Streptococcus pneumoniae* , *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* . Предшествующая вирусная инфекция верхних дыхательных путей является наиболее важным предрасполагающим фактором для бактериальной инвазии в среднее ухо, приводящей к ОСО. Установлено, что вирусы могут быть обнаружены в жидкости среднего уха отдельно или вместе с бактериями, и предполагают, что вирусы могут быть возбудителями ОСО в образцах, которые не содержат бактерий в культуре. Патогенез ОСО включает сложное взаимодействие между вирусами, бактериями и воспалительной реакцией хозяина. Патогенез среднего отита зависит от множества факторов, таких как воздействие инфекционных патогенов, анатомия евстахиевой трубы, иммунологический статус, генетическая предрасположенность и врожденная защита слизистой оболочки.

Цитокины образуют сложную сеть медиаторов специфического иммунитета, а также неспецифического ответа на инфекционные агенты. Цитокины IL-1, IL-6 и альфа-фактор некроза опухоли (TNF-a) представляют собой гликопротеины, продуцируемые различными типами клеток при воздействии бактерий и вирусов. Эти полипептидные гормоны опосредуют широкий спектр биологической активности, такой как запуск острого фазового ответа, пролиферация и дифференцировка Т- и В-клеток.

Исследовательские группы состояли из 42 детей с рецидивами ОСО и 16 здоровых детей в возрасте от 1 до 5 лет. Дети с рецидивами ОСО получали лечение антибиотиками. Дети не получали антигистаминные препараты, интраназально кортикостероиды или противоотечные средства. IL-1 бета, IL-6 и фактор некроза опухолей-альфа (TNF-альфа) анализировали в выделениях из носоглотки и сыворотке от детей с рецидивами ОСО или без них. Секреция из носоглотки у здоровых детей, как правило, содержала значительные количества IL-1, IL-6 и TNF-альфа. Чрезвычайно высокие уровни IL-1, IL-6 и TNF-a в секреции носоглотки у здоровых детей четко указывают на активацию местного синтеза в эпителии и / или лимфатическую ткань. Примечательно, что у детей с

рецидивами ОСО были значительно более низкие уровни IL-1 бета, IL-6 и TNF-альфа в секреции носоглотки (P=0,0001, 0,01 и 0,0001 соответственно), чем у здоровых детей. У детей с назофарингеальной колонизацией Haemophilus influenzae были обнаружены значительно более высокие уровни IL-1 бета, IL-6 и TNF-альфа (P=0,0001 соответственно) по сравнению с детьми без колонизации. Эти результаты демонстрируют местную продукцию воспалительных цитокинов в носоглотке, связанные с бактериальной колонизацией, и предполагают, что дети с рецидивами ОСО являются плохими продуцентами цитокинов в носоглотке.

ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ВЗРОСЛЫХ

Исматова К.А., Джаббарова Д.Р., Маматова Ш.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

АКТУАЛЬНОСТЬ: Хронический гнойный средний отит (ХГСО) представляет собой патологию, важную не только в клиническом, но и в социальном отношении, так как является основной причиной снижения слуха у лиц трудоспособного возраста. Актуальность указанной проблематики обусловливается «сложностью лечения на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапе, тяжестью возможных осложнений и необходимостью сохранения социальной адаптированности пациентов в случае возникновения у них стойкой тугоухости и глухоты. В настоящее время фиксируется «рост заболеваемости воспалительными заболеваниями среднего уха (ВЗСУ) среди взрослого населения, особенно их хронической формой». Несмотря на существенный рост числа госпитализированных больных, пациенты с ХГСО в структуре патологии в условиях стационара ежегодно составляют 5,7–7,0% (в среднем 6,1%). Хирургическая активность в ЛОР-стационарах при заболеваниях уха увеличивается и составляет в среднем 8,9%.

ЦЕЛЬ: проанализировать клиническое течение различных форм хронического гнойного среднего отита у взрослых.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В период с 2019 по 2020 гг. нами было обследовано 465 пациентов, обратившихся в клинику “HAPPYLIFE “. Из них 68 человек (14,3%) страдали хроническим гнойным средним отитом с тимпаносклерозом и 397 человек (85,38%) – хроническим гнойным средним отитом с грануляциями, эпидермисами, мукозитом и/ или

холестеатомой. Среди обследованных пациентов было 245 (52,7%) мужчин и 220(47,3%) женщин в возрасте от 19 до 77 лет (средний возраст 45,2 ± 2,3 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Всем пациентам было проведено стандартное обследование: выяснение жалоб, анамнестических данные, ЛОР осмотр, эндоскопия ЛОР-органов, отомикроскопия, и МСКТ височных костей. Для оценки слуховой функции проводили исследование шепотной и разговорной речи, камертональное обследование, аудиологическое исследование (тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия). Кроме того, выполняли лабораторные исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, исследование крови наHBs-антиген, антитела к HCV, RW, ВИЧ.

Длительность заболевания составила от 3 лет до 25 лет и более. Все пациенты жаловались на снижение слуха 465 (100%). Постоянно или периодически возникающие выделения из уха беспокоили 425(91,4%) пациентов. Жалобы на боли в ухе беспокоили 102 больных (43,6%), головные боли в теменно-височной области наблюдались у 95 больных (20,4%), на разлитую головную боль жаловались 68 человек (14,8%). По результатам анализа полученных данных частоты обострений, были получены следующие результаты: обострения 1 раз в 1–2 года – 203 больных (43,6%), 1–3 раза в год – 189 больных (40,6%), некупирующееся гноетечение в течение последнего года – 73 больных (15,7%). При отоскопии слизистые гнойные выделения в наружном слуховом проходе были выявлены у 109 больных (40,1%), гнойные – у 228 (49,04%), наличие холестеатомных масс – у 85 (61,2%), грануляции и полипы были выявлены у 43 (38,7%) человека. Субтотальный дефект БП отмечали у 298 (64,04%) пациентов, тотальный – у 167 (35,9%).

ВЫВОДЫ:

1.Таким образом, основная мера профилактики перехода острого среднего отита в хронический его качественное и рациональное лечение.

2.Степень снижения слуха по звуковоспринимающему типу зависит от длительности болезни и частоты обострения ХГСО.

ТИМПАНОСКЛЕРОЗНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ ВА ТАХЛИЛ ҚИЛИШ

Исматова К.А., Амонов Ш.Э., Джаббарова Д.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Долзарблиги:Хозирги вақтда тиббиётнинг сезиларли даражада ривожланишига қарамай амбулатор полклиника ва шифохоналарда қулоқ касаллиги билан мурожат қилувчи беморлар сони сезиларли кўпайиб бораётганини кўриш мумкин. Беморлар ўртасида қулоқ касалликлари ичида тимпаносклероз (МКБ -74.0) кўплаб учраб турибди.Бу ўз навбатида беморларда эрта эштиш қобилятининг пасайишига ёки бутунлай йўқолишига олиб келади.Бу эса касалликни келиб чиқиш механизмини ва бунга сабаб булувчи факторларни ўрганиш ва уни олдини олишга қаратилган чора тадбирларни ишлаб чиқиш, беморлар ўртасида ногиронлик даражасини камайтириш,замонавий оториноларингологиянинг энг мухим муаммоси саналади.Тимпаносклероз- бу ўрта қулоқнинг ўзига хос носпесифик орқага қайтмас яллиғланиш касаллиги бўлиб, ноғора парда, оссикуляр занжир харакатчанлиги бузулишига, натижада – товушни ички қулоққа етиб боришининг бузулишига, бу эса эштиш қобилятининг йуқолишига олиб келади.ТСК да беморларда эштиш қобилятини йуқотилишида, даволашнинг ягона ва самарали усули жаррохлик хисобланади. Касал қулоқда жаррохликни ўтқазиш ноғора пардадаги, оссикуляр занжирдаги тимпаносклероз ўчоқларининг тарқалишига қараб, бир ёки кўп босқичли даволаш амалга оширилади.

Ишнинг мақсади:Тимпаносклероз билан касалланган беморларда касалликни келтириб чиқарувчи омилларини ўрганиш ва даво чораларини тахлили.

Текширув ва усуллар: 2019-2020 йилларда “Happy life “ клиникасининг ЛОР бўлимига мурожат қилган 18 ёшдан 69 ёшгача булган 68 (100%)та ТСК аниқланган беморда текширилди. Шифохонага келган беморларга МКБ 10 буйича тасдиқланган мезонлар асосида Тимпаносклероз ташхиси қуйилди.Барча беморларда умумий қон тахлили, қон биохимяси,(Са, фосфор миқдори, умумий билирубин)умумий ЛОР кўриги риноскопия, отоскопия, фарингоскопия, отомикроскопия акуметрия, тонал бусаға аудиометрияси, чакка суяги МСКТ си, гистоморфологик текширувлари ўтқазилди.

Олинган натижалар:Текширувларимиздан маьлум бўлдики беморларнинг 68 тасида (100%) у ёки бу даражада эштишнинг пасайишига шикоят килади. Беморларда эштишнинг пасайиши ва сурункали ўрта отит ёки Ўрта отит билан касалланганлик муддати 4 йилдан 30 йилгача булган муддат оралиғини ташкил

қилган.Улардан 45(66,18%) таси аёл ва 23 (33,8%)таси эркак кишилар ташкил қилади. Беморларга ТСК ташхиси жаррохликдан олдин 12(17,6%) тасига ,жаррохлик вақтида 56 та(86,16%) беморга ТСК ташхиси қуйилди. Аудиометрия хулосасига кўра: беморларнинг 5 тасида I даражали кондуктив типдаги эшитиш заифлиги(7,3%) ва 5 тасида I даражали аралаш типдаги эшитиш заифлиги,(7,3%)25 тасида II даражадаги аралаш типдаги эшитиш заифлиги,(36,7%)29(42,6%) тасидаIII даражали аралаш типдаги эшитиш заифлиги, 2 тасида(2,95%)IVдаражали сенсоневрал типдаги ва 2 та(2,95%) беморда аралаш типдаги эшитиш заифлиги аниқланди.Анамнез йиғиш вақтида мурожат қилган беморларнинг 44 таси(64,7%) ёшлигида ўткир ўрта отит билан оғриганлиги ва бу сурункали отитга ўтканлиги билан боғлайди.Улардан 5 (7,3%)нафари ёшлигида ўткир отит ўтқазгани ва бу касаллик анча йиллардан буён безовта қилмасли аниқланди, 2 (2,95%)нафари эса қулоғида шунтлаш жаррохлигини ўтқазгани билан боғлайди ва 3(4,42%) таси ноғора парда травмаси va 2 таси касалликни хомиладорликдан кейин пайдо булиши ва клиник белгиларнинг кучайиши билан боғласа, 12 (17,65%) та бемор касаллик сабабини хеч нима билан боғлаймайди.Беморларнинг барчаси хирургик даво утқазилди улардан 38 (55,9%)таси тимпанопластика, 19 таси (27,9%)ёпиқ тимпанопластика, 9(13,4%) таси оссикулопластика, 9(13,4%) тасида аттикоантротомия жаррохлиги ўтқазилди.

Хулоса: 1. Ташхислаш усулларининг ривожланганлигига қарамай, беморлар ўртасида сурункали ўрта отит билан оғриш даражаси юқори даражада эканлиги ва бу ўз навбатида ТСК ни учраш миқдорини ортишига ва касалликнинг этиологик омили аниқланмай қолаётган беморларнинг борлиги бу борада изланишларни давом эттириш кераклигини кўрсатади .

2. Касаллика сабаб бўлувчи этиологик омилларни аниқлаш ва бартараф қилиш ижтимоий ахамиятга эга булган ёшдаги беморларни эштиш қобилятини сақлаб қолишга ва ногиронликнинг олдини олишга ёрдам беради.

БУРУН-ҲАЛҚУМ ЎСМАЛАРИДА ОТОЛОГИК БЕЛГИЛАР

Қобилова Ш.Ш., Лутфуллаев Ғ.У., Файзуллаев Д.Ш., Назарова К.А.
Самарқанд Давлат тиббиет институти

Хозирда иккиламчи оталгия ва уни кўп касалликлар диагностикасидаги ўрни тўлиқ ўрганилмаган. Мисол, бир томонлама аниқланган оталгия ўсма жараени ва у билан бирга кечувчи бурун ва бурун-ҳалқум яллиғланиши ҳақида далолат бериши мумкин. Ҳалқум ва ҳиқилдоқ ўсма касалликларида отологик белгилар деярли ўрганилмаган. Кўп холларда, эшитишни пасайиши ва эшитишни ўзгаришсиз кечувчи оталгия кўп диагностик хатоликларга олиб келади. Ушбу хатоликлар асоссиз тавсияларга, ўткир жараенни сурункали турга ўтишига, бемор хаети учун хавфли асоратларга олиб келади. Кўпинча, қулоқ сохасидаги оғриқ, эшитишни бузилиши хавфли ўсма касалликларини ягона ва биринчи белгиси бўлиши мумкин.

Эшитув найи тубини зарарланишида қулоқ белгилари: қулоқда шовқин, қулоқ битиши, паст частоталарда эшитишни бузилиши аниқланади. Бурун-ҳалқум ўсмаларида эшитув найи фаолиятини бузилиши, келгусида эшитишни пасайиши, шунингдек ноғора бўшлиғи вентиляциясини бузилиши, транссудатни чиқиши, экссудатив ўрта отитни ривожланиши, сўнг қулоқда яллиғланиш жараени пайдо бўлиши мумкин.

Текшириш мақсади: Бурун-ҳалқум ўсмалари билан касалланган беморларда отологик белгиларни аниқлаш.

Текшириш материаллари: Текширишлар СамМИ 1-сон клиникаси оториноларингология бўлимида ўтказилди, 68 бурун-ҳалқум ўсмалари билан касалланган бемор аудиометрик текширишлардан ўтди.

Олинган натижалар. Бурун-ҳалқум ўсмалари билан касалланган беморларда ўтказилган текшириш натижалари: отоскопияда ноғора парда кўкимтир рангда, хиралашган, бироз қизарган, харакати чекланган, белгиловчи пунктлари ноаниқ, ноғора бўшлиғида суюқлик сатхи. Эшитишни аниқлаш мақсадида «Interacoustics» аудиометрдан фойданилди, эшитиш пасайиши Ҳалқаро классификация бўйича бахоланди, ўрта қулоқ фаолиятини бахолаш учун «Maico» тимпанометри қўлланилди ва J.Jeger классификацияси бўйича хулоса берилди.

Аудиометрик текширув бурун-ҳалқум ўсмалари билан касалланган беморларда эшитиш бузилишини аниқлади: кондуктив турдаги эшитишни пасайиши I даража- 23 (33,8%), кондуктив II даражали- 29 (42,6%), аралаш III даражали -2 (2,9%) сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморда. Тимпанометр кўрсаткичи: тимпанограммани В тури 56 (82,3%) беморда, С- 7 (10,3%) беморда.

Хулоса: бурун-ҳалқум ўсмаларини эрта диагностикаси катта ахамиятга, чунки касалликни даволаш вақтида ўтказилади ва асоратларини олдини олади. Ушбу турдаги ўсмаларда маҳсус бурун касалликлари учун хос белгилар, шу билан бирга отологик белгилар хам кузатилади. Отологик белгилар ўсма касалликларини эрта, айрим холларда эса ягона белгилари бўлиши мумкин. Амбулатор шароитда отологик белгиларни ўз вақтида аниқлаш тўғри ташхис қўйишга ва мутахассисга юборишга олиб келади, бу эса бирламчи мурожатдан то маҳсус давога бўлган даврни қисқартиради.

ЭКССУДАТИВ ЎРТА ОТИТНИ БУРУН, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ВА БУРУН-ҲАЛҚУМ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ

Қобилова Ш.Ш., Лутфуллаев Ғ.У., Лутфуллаева Г.У., Ортиков А.А.
Самарқанд Давлат тиббиет институти

Экссудатив ўрта отит (ЭЎО) сўнгги ўн йилликларда ўрта қулоқнинг энг фаол ўрганилган касалликларидан биридир. ЭЎО кўпинча бир неча сабабчи омилларнинг комбинацияси натижасида юзага келадиган полиэтиологик касалликдир. ЭЎОнинг кенг тарқалган сабаби бўлган обструктив дисфункция, бурун, бурун ендош бўшлиқлари ва бурун-ҳалқум ўсмалари оқибатида эшитув найи ўтказувчанлигининг механик бузилишидан келиб чиқиши мумкин.

ЭЎОда иммун бузилишлар асосан маҳаллий тизимида кузатилади, муконазал иммунитетни нисбатан автоном ишлаши сабабли, ЛОР патологияларида иммунотроп препаратларни маҳаллий қўллаш мақсадга мувофиқлиги кўрсатади. "Гепон" препарати инфекцияларга қарши, иммунитетни самарадорлигини оширадиган иммуномодуляторлар гуруҳига киради, бактериялар, вируслар ёки замбуруғлар сабаб бўлган оппортунистик инфекцияларни даволашда ва олдини олишда қўлланилади.

Тадқиқот мақсади: бурун, бурун ендош бўшлиқлари ва бурун-ҳалқум хавфсиз ўсмалари билан касалланган беморларда экссудатив ўрта отитни комплекс даволашда маҳаллий иммунокорекциянинг клиник самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Клиник тадқиқотлар бурун, бурун ендош бўшлиқлари ва бурун-ҳалқум хавфсиз ўсмалари билан касалланган ва экссудатив ўрта отит ривожланган 46 беморда ўтказилган. Беморларнинг ёши 14 ёшдан 32 ёшгача бўлган. Касаллик эркакларда кўпроқ учраган 42 (91%). Гистологик тузилишга кўра кўп ҳолларда ангиофиброма аниқланган (28 - 61%). Бошқа ўсмалардан 6 (13%) да папиллома ва 7 (15%) да фиброма, 5 (11%) ҳолатда хоанал полип кузатилган.

Барча беморларга жарроҳлик операцияси ўтказилди. Жарроҳлик усулини танлаш ўсма жараёнининг локализацияси ва тарқалиш босқичини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Жарроҳлик даволанишдан сўнг беморлар 2 гуруҳга бўлинди: назорат Гепон иммуномодулятори қўлланилмаган беморлар 22 (48%) ва асосий гуруҳ 24 (52%) Гепон иммуномодулятори билан даволанган беморлар.

Натижалар ва муҳокама. Даволаш жараёнида иккала гуруҳда ҳам ижобий динамика кузатилди. Тимпанометрия кўрсаткичларини динамикаси: даволаш бошланишидан олдин тимпанограммани «В» тури асосий гуруҳда - 20 (83%) ва 18 (83%) назорат гуруҳидаги беморларда аниқланди, тимпанограммани «С» тури асосий гуруҳда - 4 (17%) ва 4 (18%) - назорат гуруҳидаги беморларда кузатилди. Қайта текширув натижалари ўрта қулоқ бўшлиғидаги босимнинг нормаллашиши ва тимпанограммани «А» тури асосий гуруҳнинг 18 (75%) ва назорат гуруҳининг 14 (64%) беморида қайд этилди. «В» тури асосий гуруҳда - 6 (25%) беморларда ва 8 (36%) - назорат гуруҳида кузатилди.

Хулоса. Олинган натижалар бурун, бурун ендош бўшлиқлари ва бурун-ҳалқум ўсмалари билан касалланган беморларда экссудатив ўрта отитни комплекс даволашда «Гепон» препаратини маҳаллий иммунокорекция сифатида қўллаш мақсадга мувофиқлигини кўрсатди.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ В КОМПЛЕКСЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Мавлянова З.Р., Очилзода А.А., Мирсаидова З.Н.

Худжандское отделение ГОУ институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики

Актуальность. Нейросенсорной тугоухость относится к заболеванию, проблема диагностика и лечения которых не теряет своей актуальности в течение многих десятилетий. Однако, эффективность лечения этих заболеваний остается недостаточной, поэтому считаем целесообразным привести наши наблюдения.

В системе этапного лечения нейросенсорной тугоухости важная роль принадлежит физическим факторам на основные патогенетические механизмы, функциональное состояние, трофику, нейрогуморальную регуляцию.

Целью работы явилось изучение эффективности применения физического метода лечения при острой нейросенсорной тугоухости у детей и одновременной проведении комплекса медикаментозной терапии.

Материал и методы исследования. В условиях городского центра здоровья г. Худжанда районного центра здоровья за период 2019 – 2021 гг.

обследована 68 детей с нейросенсорной тугоухостью в возрасте от 3 до 15 лет, 39 (57,3%) - мальчиков, 29 (42,6 %) - девочек. Давность заболевания составляла от 1 до 3 лет, наблюдалось у 22 (32,3 %) детей, от 1 до 3 месяцев - у 46 (67,8 %) детей Всем детям кроме тщательного оториноларингологического обследования, для оценки эффективности проводимого лечения проводили комплексное аудиологическое исследование включающие: (исследования слуха шепотной и разговорной речью, камертональные методы обследование, тональная пороговая и речевая аудиометрия). Лечение нейросенсорной тугоухости у детей было комплексным, включало в себя применения метода одномоментного фоноэлектрофореза, антибактериальную, десенсибилизи-рующую, общеукрепляющую терапию и препараты улучающие обменных процессов в организме. Для лечения использовали сочетание ультразвука с гальваническим током, использовали "ЛОР-3" (постоянный режим частоты 880 кГц интенсивностью 0,2 Вт/см^2) и аппарат "Поток-1" для получения гальванического тока (сила до 0,1 мА). Излучатель ультразвука для эндоурального применения служил и пассивным электродом. Активный электрод устанавливали на противоположном сосцевидном отростке. Для проведения фоноэлектрофореза применяли следующие препараты: растворы прозерин 005 %, калия йодит 3 % , галантамин гидрохлорид 05 % и др. В соответствии с этим наряду применения физического метода лечения детей с нейросенсорной тугоухости назначались препараты обеспечивающие улучшению и восстановлению обменных процессов. Для купирования вегетативно - стрессовых реакций обычно назначаются антигистаминные препараты внутримышечно супрастин 2,5% - 2,0 в течении 5 - 7 дней или перорально в таблетках супрастин в стандартных дозировках в течении 10 - 12 дней. Из вазоактивных препаратов, улучшающее церебральную гемодинамику и микроциркуляцию назначают стугерон по 0,025, кавинтон 0,005 перорально по 1 таблетке, 3 раза в день, в течении месяца или раствора кавинтона по 2,0 мг на 09 % физиологическом растворе внутривенно капельно через день № 6. С целью активизации обменных процессов в нервной ткани звукового анализатора, улучшение клеточного метаболизма, повышение энергетического баланса внутреннего уха проводилось лечение инъекциями АТФ по 2,0 внутримышечно, кокорбаксилаза по 100 мг, витаминов B_6, B_{12} в течении двух недель. Стимулирующая терапия включает назначение препаратов стимулирующих звуковой анализатор и улучшающих синоптическую передачу нервных импульсов (экстракт алоэ, стекловидное тело, экстракт плаценты. кортексин, ФИБС, гумизоль, плазмол. глютаминовая кислота, аминалон в общепринятых дозировках в течении месяца).

Результаты. В результате проведенного курса фоноэлектрофореза в комплексе медикаментозной терапии на основании анализа данных тональной

пороговой аудиометрии у 39 (57,3 %) детей отмечено улучшение слуха в среднем на 20-35 Дб в области речевых частот, у 22 (32,3%) детей наблюдалось полное восстановление слуха, только у 13 (19,1 %) детей лечение оказалось неэффективным. Сопоставление результатов тональной пороговой аудиометрии до и после лечения позволило установить наличие положительных сдвигов в состоянии слуховой функции.

Таким образом, предварительные результаты обнадеживают о целесообразности использования одномоментного электрофонофореза лекарственных веществ в комплексном лечении детей с нейросенсорной тугоухости.

МОЛЕКУЛЯРНО ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МУТАЦИИ МИТОХОНДРИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Миразизова Д.Р., Махкамова Н.Э.
Ташкентский Государственный стоматологический институт,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность.Нарушения слуха относятся к частым заболеваниям органов чувств, нередко приводящих к инвалидизации и осложняющих адаптацию человека в обществе. Данные о распространенности врожденных форм нарушения слуха в различных странах неоднозначны и сильно варьируют. Общепринято, что распространенность наследственных нарушений слуха составляет- 100: 10D населения [Mehl A. et. al., 2002; Chalestori H. et. al., 2007;]. Считается, что примерно половина всех случаев врожденной глухоты имеет наследственную этиологию. Около 75% всех случаев несиндромальной наследственной глухоты приходится на аутосомно-рецессивные формы, 20-25%- на аутосомно-доминантные, и несколько процентов - на сцепленную с Х-хромосомой и митохондриальную формы потери слуха [Piatto V.B. etal., 2005; Morton C.C. etal., 2006]. Наиболее частой причиной заболевания являются мутации в гене GJB2 (gapjunction (32), локализованном в области 13qll-ql2 и кодирующем коннексин 26 (Cx26)- трансмембранный белок, обеспечивающий полноценный ионный обмен между клетками внутреннего уха. Однако, в последнее время, предполагается, что вклад мутаций генов 12SrRNA и tRNASer(UCN) мтДНК, ассоциированных как с врожденной, так и острой нейросенсорной тугоухостью/глухотой, инициированной приемом аминогликозидов, возможно, более высокий, чем оценивалось ранее [Jacobs H.T. et al., 2005; Xing G. etal., 2007].

Антибиотики из группы аминогликозидов широко применяются в медицинской практике как бактерицидные препараты при различных тяжелых, в том числе анаэробных, инфекциях. Использование ототоксических антибиотиков приводит к возникновению острой нейросенсорной тугоухости (ОНТ) у 12% пациентов. Преобладает, как правило, тяжелая степень нейросенсорной тугоухости (III степень потери слуха наблюдается в 44% случаев, IV- в 35%) [Чистякова В.Р. с соавт.,1999]. Острая нейросенсорная тугоухость/глухота, наряду с врожденной, относится к числу наиболее распространенных и тяжелых заболеваний, как среди детей, так и среди взрослых. Однако, несмотря на актуальность и острую социальную значимость проблемы, до сих пор не разработаны способы ранней диагностики и система профилактических мероприятий ОНТ на фоне лечения антибиотиками из группы аминогликозидов, а также не существует точных данных о частоте и спектре различных митохондриальных дефектов у больных с потерей слуха из различных этнических групп. Поскольку применение антибиотиков аминогликозидного ряда, таких как стрептомицин, канамицин, гентамицин, клиндомицин и др., широко распространено в нашей стране, актуальным является изучение частот испектра мутаций генов 12SrRNA и tRNASer(UCN) мтДНК для оценки риска возникновения нейросенсорной глухоты в семьях, где данные мутации находятся в состоянии гетероплазмии и клинически себя не проявляют.

Целью нашего исследования явилось изучение структурных особенностей генов 12SrRNA, tRNASer(UCN) мтДНК, MY07A и USH2A у пациентов с наследственными и постлингвальнымиформами нарушения слуха.

Результаты исследования. Синдром Ушера (СУ)- самая распространенная патология среди больных с сочетанными повреждениями зрения и слуха. Распространенность заболевания- 6: 105 населения [Boughman J.A. etal., 1983;]. 8-33% больных с диагнозом «Тапеторетинальная абиотрофия сетчатки» (ТРА) имеют различную степень потери слуха и страдают синдромом Ушера. СУ является причиной потери слуха у 3-10% детей с глухотой и у 50% детей со слепоглухотой. В настоящее время по клиническим проявлениям выделяют три основных типа синдрома Ушера, которые представляют собой группу 8 генетически гетерогенных заболеваний, наследуемых аутосомно-рецессивно. Наиболее распространенным является первый тип заболевания, который характеризуется врожденной глухотой, вестибулярными дисфункциями и перераспределением пигмента на глазном дне. Сравнительно недавно было установлено, что в некоторых популяциях синдром Ушера II типа (USH2) является наиболее распространённой формой СУ и отвечает за более чем 50% всех его случаев. Вторая форма I типа синдрома- USH1B, вызываемая мутациями в гене MY07A, является наиболее распространенной, и составляет около 75% от

общего количества больных с первым типом заболевания Мутации в гене USH2A обусловливают глухоту у пациентов с СУ типа IIA, а также несиндромальный пигментный ретинит (ПР). В сетчатке повреждение ушерина вызывает преждевременную гибель фоторецепторов из-за невозможности адекватного транспорта фотопигментов в диски наружных сегментов клеток. На сегодняшний день в гене USH2A описано более 80 мутаций. Мутация p.Cys759Phe, ассоциированная с пигментным ретинитом без глухоты и локализованная в 13 экзоне, наряду с другой мажорной- c.22992230delG, которая выявляется, приблизительно, на 44% всех хромосом пациентов с синдромом Ушера (форма IIA), обнаруживается с частотой 4,5% среди пациентов с ПДС.

Выводы: Значительная генетическая гетерогенность наследственных и постлингвальных форм нарушений слуха, объясняет тот факт, что пока еще не созданы универсальные схемы ДНК-диагностики данных дефектов и не разработаны принципы лечения данных тяжелых и инвалидизирующих заболеваний. Кроме того, этнические различия также затрудняют поиск мажорных мутаций генов, ответственных за звуковосприятие у человека. Выявленные генетические особенности вносят вклад в исследование патогенеза нарушения слуха и могут быть использованы для разработки наиболее оптимальных методов диагностики данных заболеваний. Все вышесказанное определяет актуальность и значимость подобных исследований, являясь научной базой для дальнейшего этапа развития медицинской помощи на основе генной терапии.

РОЛЬ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ.

Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии

Распространенность частоты потери слуха составляет 1-3 / 1000 у новорожденных (Mehra, S., R.D.Eavey, and D.G. KeamyJr, 2009) и доходит до 9-10 / 1000 у детей в школьном возрасте (Bright, K., etal., 2011). Потеря слуха существенно влияет на развитие детей, а раннее вмешательство до поступления в школу имеет решающее значение для оптимизации обучения. Игровая аудиометрия – этозолотой стандарт для дошкольного скрининга слуха, но отоакустическая эмиссия предоставляет объективные данные, которые могут улучшить результаты скрининга (Prieve, B. A., 2015).

Цель исследования:определить эффективностьотоакустическойэмиссии в ранней диагностике нарушений слуха у детей.

Материалы и методы исследования: нами обследовано 1000 детей дошкольников. Всем практически здоровым детям проводится ЛОР осмотр, также игровая аудиометрия, затем проводится диагностика слуха методом скрининга регистрация отоакустической эмиссии на аппарате PATH MEDICAL SENTIERO (Германия), при котором идентифицируется положительный или отрицательный тест.

Результаты исследования. При проведении аудиологического исследования у 1000 детей дошкольников методом скрининга,нами была выявлена патология слуха у тех детей, у которых в анамнезе и при оториноларингологическом осмотре отмечалась та или иная ЛОР патология, которая могла приводить в дальнейшем к нарушению слуха. При аудиологическом скрининге - задержанной вызванной отоакустической эмиссией было выявлено наличие патологии слуха у 3,9% детей (n=39). При этом отсутствие ответа было односторонним, так у 1,1% (n=11) детей патология слуха выявлена справа, у 2,8% детей (n=28) - слева. Дети с отрицательным аудиологическимрезультатом теста для комплексной диагностики нарушений слуха направлялись в специализированное учреждение, где результаты подтверждались с нашими данными.

Вывод: таким образом, комплексное обследование детей дошкольного возраста выявила ранее не диагностированную патологию слуха в 3,9%. В качестве скринингового метода на сегодняшний день для ранней диагностики нарушений слуха у детей дошкольников наиболее широко можно применять регистрацию ЗВОАЭ, которая улучшает результаты скрининга.

НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ ВЯЛОТЕКУЩЕГО ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Мухитдинов У.Б., Кадирова М.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью настоящего исследования явилось,изучить причины вялотекущего хронического гнойного среднего отита (ХГСО) у больных с железодефицитной анемией.

Материал и методы. Нами было проведено исследование больных с ХГСО, находившихся на лечении в ЛОР отделении ТашПМИ и 7 городской клинической больницы. Обследовано 68больных с вялотекущим ХГСО в возрасте от 13 до 50 лет. Из них 30 мужского и 38женского пола. Все больные обследованы в плане выявления возможных факторов риска развития анемии, проводилось тщательное изучениеанамнеза,оториноларингологическое

обследование - полости носа, глотки, отоскопию, аудиологическое исследование, проходимость слуховой трубы, лабораторное исследование, включающее развернутое исследование крови, мочи,индекс массы тела, наследственная отягощенностьи КТ исследование. Выявленные нарушения гомеостаза у больных расценивались нами согласно классификациианемией. В исследованиях упирались на классификацию в зависимости от выраженности снижения уровня гемоглобина, выделяли три степени тяжести анемии: легкая – уровень гемоглобина выше 90 г/л; средняя – гемоглобин в пределах 90-70 г/л; тяжелая – уровень гемоглобина менее 70 г/л.Пациенты были изучены в зависимости от степени тяжести анемии.

Результаты и обсуждение. В наших исследованиях наиболее часто встречались анемии при хронических заболеваниях, связанные с дефицитом железа. Характер и выраженность жалоб при анемиис вялотекущим ХГСО были разнообразны и зависели от вида, степени тяжести анемии, скорости ее развития и индивидуальных особенностей больного.У обследованных больных при поступлении в стационар, легкая степень анемии выявлено у 23 (3,4%) (11 мужчин и 12 женщин), средняя у 27 (3,9%) (11 мужчин и 16 женщин) и тяжелая у 18 (2,6%) (8 мужчин и 10 женщин). У больных легкой степенью анемии выявлены общие симптомы, такие как общая слабость у мужчин10 (4,3%), у женщин13 (5,6%), повышенная утомляемость у мужчин 9 (3,9%), у женщин 14 (6,1), раздражительность у мужчин 11 (4,7%), у женщин 12 (5,2%), сонливость у мужчин 15 (6,5%), у женщин 8 (3,5%), головокружение у мужчин 8 (3,5%),у женщин 15 (6,5%), головные боли у мужчин 7 (3%), у женщин 16 (6,9), мелькание "мушек" перед глазами у мужчин5 (2,2%),у женщин 18 (7,8%), сердцебиение при небольшой физической нагрузке или в покое у мужчин 11 (4,8%),у женщин 12 (5,2%), одышка при небольшой физической нагрузке или в покое у мужчин 10 (4,3%),у женщин 13 (5,6%), шум в ушах у мужчин 12 (5,2%), у женщин 11 (4,8%).У больных со средней тяжестью анемии выявлены общие симптомы, у мужчин8 (4,5%),9 (5%), 8 (4,5%), 12 (6,7%), 6 (3,4%), 8 (4,5%), 10 (5,5%), 8 (4,5%), 9 (5%), у женщин 10 (5,6%),9 (5%),10 (5,6%), 10 (5,6%), 8 (4,4%), 10 (5,6%), 9 (5%), 9 (5%), 9 (5%), 15 (8,3%), 12 (6,7%), соответственно, а при тяжелой степени симптомы были более выражены. Анализируя показатели выявленные симптомы особенно выражены у женской половины пациентов. В момент поступления у больных в среднем гемоглобин варьировал от 70–95 г/л у мужчин и 68-90 г/л у женщин. Отоскопическая картина изменялась в лучшую сторону от гиперемии остатков барабанной перепонки и краев перфорации до серого цвета. При отомикроскопии на момент ремиссии (7-8-е сутки) медиальная стенка барабанной полости возвращалась в розовую окраску.

Обследуемые больные с изменениями гомеостаза, проводилось исследование крови в динамике стационарно и после выписки наблюдались амбулаторно, сопоставлялась клиническая картина течения вялотекущего ХГСО. В динамике больные наблюдались у гематолога, к лечению добавлена терапия Мальтофер в возрастной дозировке. В результате проведенного лечения в день выписки у больных в среднем гемоглобин составил 75-96 г/л у мужчин (21 человек) и 70-91 у женщин (22 человек) и продолжали в течение 1-го месяца.

В динамическом наблюдений в катамнезе отмечалась стойкая ремиссия ХГСО у больных легкой и средней степени анемии, однако у больных тяжелым течением анемии имела некоторые особенности течения ХГСО- выделения из уха приобрели стойкий серозный характеру 5 (2,7%), оставалась незначительная гиперемия барабанной перепонки по краям перфорации6(3,4%), незначительная гиперемия медиальной стенки барабанной полости6(3,4%), улучшение слуховой функции (больные выписаны для дальнейшего амбулаторного наблюдения у оториноларинголога и гематолога).

Таким образом, выявленные нарушения белкового обмена у больных с вялотекущим ХГСО подтверждают происходящие нарушения при хронических воспалительных заболеваниях. Данные нарушения влияют на клиническую картину заболевания ХГСО, увеличивают сроки лечения пациентов.

Выводы: 1.В зависимости от степени тяжести анемии могут влиять на течение хронического гнойного среднего отита и увеличить сроки лечения. 2. У больных с вялотекущим течением хронического гнойного среднего отита выявленными нарушениями крови, необходимо консультировать у гематолога и наблюдать в динамике с целью возможной коррекции терапии.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПЕРЕНЕСШИЕ SARS-CoV-2 (инфекции COVID-19)

Мухитдинов У.Б., Мавланов Э.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сегодня внимание всего мирового сообщества приковано к одной общей проблеме - распространению новой коронавирусной инфекции COVID-19 (Coronavirus Disease 2019).

Целью настоящего исследования явилось, провести ретроспективный анализ лучевой диагностики у пациентов хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) после перенесенного COVID-19.

Материал и методы. Нами было проведено ретроспективный анализ больных с ХГСО, находившихся на лечении в 7 городской клинической больницы. Изучено 68 больных с ХГСО в возрасте от 18 до 60 лет. Пациентов разделили на две группы: I группа - ХГСО (n=38) и II - ХГСО, переболевшие COVID-19 (n=30) с положительным анализом на COVID-19, (определение вирусов проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)).

Результаты исследований. Анализ МСКТ-исследований височной кости, позволил выделить пациентов с ХГСО и ХГСО после перенесённого COVID-19, соответственно. Склеротические изменения височной кости выявили в 38(5,6%) наблюдений, соответственно -30 (4,4%). Утолщение межклеточных перегородок в сосцевидном отростке - 15 (3,9%) височных костей, соответственно - 19 (6,3%). Нарушение пневматизации в клетках сосцевидного отростка отметили в 21 (5,5%) наблюдениях, соответственно - 29 (9,6%). Неполное нарушение пневматизации, сочетание воздуха и патологического содержимого выявлено - 17 (4,4%) височных костях, соответственно - 19 (6,3%). Наличие патологического субстрата жидкостной и мягкотканой плотности, являющегося отображением измененной слизистой, грануляций и гноя, в антруме и в клетках сосцевидного отростка - 24 (6,3%)височные кости, соответственно - 28 (9,3%), костном устье слуховой трубы - 16 (4,2%) височных костей, соответственно - 20 (6,6%), в барабанной полости - 18 (4,7%) наблюдений, соответственно - 26 (8,6%).Кариес слуховых косточек выявлен в 27 (4%) случаях и проявлялся частичным или полным отсутствием отдельных элементов цепи, понижением плотности косточек, нечеткостью и неровностью их контуров. В длинном отростке молоточка - 17 (4,5%) височных костей, соответственно - 6 (2%). Разрушения наковальни - 6 (1,6%) височных костей, соответственно - 11 (3,7%) и в теле наковальни - 2 (5,2%), соответственно - 4 (1,4%). Полное разрушение цепи слуховых косточек было обнаружено - 2 (5,3%) височные кости, соответственно - 6 (2%). Нарушение пневматизации костного устья слуховой трубы отметили - 20 (6,7%) височных костей, соответственно - 28 (9,3%). Нарушение пневматизации барабанной полости установлено во всех наблюдениях, нарушение пневматизации адитуса и антрума было отмечено - 18 (4,7%) височных костей, соответственно - 28 (9,3%).

Заключение. Проводя МСКТ диагностику пациентов с ХГСО выявлено у пациентов второй группы более выражены деструктивные костные изменения в височной кости по сравнению с пациентами первой группы. В настоящее время, в условиях отсутствия достоверных подтверждений пациенты с ХГСО все еще рассматриваются как группа высокого риска после тяжелых исходов COVID-19.

СИНУПРЕТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА

Нарзуллаев Н.У., Адилова Г.М., Ахтамов Х.Х.
Бухарский Государственный медицинский институт

О лечении острого гнойного среднего отита у детей на фоне хронического активного гепатита до настоящего времени у оториноларингологов нет единого мнения. Предлагаемые методы консервативного лечения авторами во многих случаях не дают желаемого эффекта. В этой связи эта проблема остается актуальной, требует поиска новых методов лечения с применением последних поколений лекарственных препаратов.

Цель исследования. Определить эффективность препарата «Синупрет» в лечении острых гнойных средних отитов у детей на фоне хронического активного гепатита.

Материал и методы исследования. Проведено лечение 20 детям, страдающим острыми гнойными средними отитами на фоне хроническогогапатита в возрасте 3-14 лет. У 8 больных диагностирован односторонный гнойный средний отит , у 12 больных детей двухсторонний гнойный средний отит. Всем больным после комплексного обследования проводили лечение синупретом, исходя из его фармакологических свойств; контрольной группе больных проведено традиционное лечение.

Критерий эффективности оценивала «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» по результатам субъективных и объективных данных.

Результаты исследований. При поступлении в клинику всех больных отмечено обильное гнойное отделяемое густого, тягучего характера, при бактериологическом исследовании которого обнаружены преимущественно St. aureus, St. epidermidis. У всех обследованных больных детей с острым гнойным средним отитом «синупрет» вставляли на ленточке в наружный слуховой проход и, после разбавления в течении 8-10 дней.

Выводы:

В результате лечения синупретом отмечается быстрая ликвидация отореи за счет муколитической, секреторной и другой активности препарата.

Включение синупрет в комплекс лечения острых гнойных средних отитов позволяет получить более выраженный клинический эффект.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНО - ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Нарзуллаев Н.У., Адилова Г.М., Бакиев Ш.Ш.
Бухарский Государственный медицинский институт

Одной из важных проблем современной оториноларингологии является проблема патологии органов слуха у детей с патологией печени. Возникая в раннем детском возрасте на фоне хронического активного гепатита острый гнойный средний отит (ОГСО) часто приобретает рецидивирующий характер и переходит в хроническую форму. Это обусловлено тем, что основные показатели иммунной системы у детей с ОГСО в раннем возрасте нарушены.

Цель нашей работы- изучить показатели клеточно- гуморального иммунитета у детей раннего возраста, страдающих ОГСО на фоне хронического активного гепатита. Под нашим наблюдением в ЛОР- отделении областной многопрофильной детской больницы г. Бухары были 32 ребенка с ОГСО: в возрасте до 6 мес. -7, от6 мес. до 1,5 лет- 11, от 1,5 до 3-х лет -14.

Были использованы различные методы оценки иммунного статуса: содержание Т- лимфоцитов определяли по методу Е- РОК, В- лимфоцитов по методу ЕФС- РОК. Состояние гуморального иммунного статуса: содержание Т-лимфоцитов определяли по методу Е- РОК, В- лимфоцитов по методу ЕФС-РОК. Состояние гуморального иммунитета оценивали по уровню сывороточных иммуноглобулинов в плазме крови. Для количественного определения иммуноглобулинов классов А, М, G, в сыворотке крови использовали метод простой радиальной иммунодиффузии по Манчини. Фагоцитарную активность нейтрофилов определяли с помощью латекс- теста. Контрольную группу (доноры) составили 30 практически здоровых детей того же возраста и пола.

Проведенные исследования показали, что у доноров контрольной группы относительное количество Т- лимфоцитов составило 57,3 ±2,4%, В- лимфоцитов – 16,4± 1,8%. Фагоцитарная активность нейтрофилов была на уровне 68,6± 5,3%. Уровни сывороточных иммуноглобулинов (гуморальный иммунитет) были следующими: IgA – 108± 21 мг%, IgM – 65± 8мг %, IgG-782± 43мг%.

У обследованных детей с ОГСО отмечалось нарушение функционирования клеточного звена иммунитета. Т- клеточный компонент иммунной системы у них был снижен до 31,5+ 2,6%, что в 0,5 раза ниже,

чем контрольное (Р <0,001). Выявлено также снижение интенсивности фагоцитарной реакции – до 47, ±4,7%. Со стороны В-лимфоцитов статически

достоверных изменений по сравнению с нормой не наблюдалось. Относительная величина этого параметра находилась на уровне 14,1± 2,3% (P <0,05).

Изучение гуморального иммунного ответа показало, что у обследованных детей раннего возраста с ОГСО происходило усиление синтеза основных классов сывороточных иммуноглобулинов. Концентрация IgA возросла до 124±11 мг (P<0,001), IgG до 936 ± мг% (P<0,05).

У больных ОГСО детей происходило 1,2- 1,9- кратное повышение продукции IgA, IgM. Заметное возрастание продукции IgM и IgA у детей, страдающих ОГСО, в постнатальном и раннем возрасте, по- видимому, является неблагополучным признаком, свидетельствующим о внутриутробном инфицировании и выраженности инфекционно – воспалительного процесса, что диктует необходимость безотлагательной санации гнойного очага в антруме.

У больных ОГСО клеточный иммунитет был существенно подавлен. Особенно это касалось Т- лимфоцитов и фагоцитарной реакций. Одновременно наблюдалось усиление работы гуморального звена иммунитета, выражавшиеся в повышении уровня основных классов сывороточных иммуноглобулинов, особенно IgM. Можно предположить, что напряжение гуморального звена иммунитета развивается вследствие недостаточности (дефицита) клеточного звена иммунной системы.

Вероятно, нарушения в иммунной системе являются «способствующим фактором», на фоне которого возможно развитие болезни (ОГСО) и ее осложнений воспалительно- септического характера.

Таким образом, у обследованных детей, страдающих ОГСО на фоне хронического гепатита в раннем возрасте, нарушается функционирование основных показателей клечно-гуморального звена иммунитета. Дефицит клеточного звена сопровождается напряжением гуморального звена иммунитета.

К ВОПРОСУ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БАКТЕРИЙ ВЫДЕЛЕННЫХ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА К ПРЕПАРАТУ «ЙОКС»

Нарзуллаев Н.У., Адилова Г.М., Артикова Ф.А.
Бухарский Государственный медицинский институт

Обследовано 35 детей ввозраста 3- 14 лет страдающих острым и хроническим гнойным отитом среднего уха на фоне хронического активного гепатита. Производился посев патологического материала, взятого из среднего уха на различные питательные среды (ЖСА, МСА, Эндо, кровяной агар, Сабуро,

МПА и т.д.). Посевы инкубировали в термостате, при температуре 37 С. Высеянные культуры изучались для установления их принадлежности к определенным группам микроорганизмов. Среды высеянных культур наибольший процент составляли гемофильные палочки (12-15%), стафилококки (8-13%), пиогенные стрептококки (7-11%), эшерихии (6-8%), грибы рода кандида (5-7%) и в единичных случаях клебсиеллы (3-4%).

У отдельных больных с хронических гнойным средним отитом, с давностью 1-2 лет, также высевались бактерии из рода псевдомонас (P. aeruginosa) протеус (8-13%) и грибы из рода Aspergilles (6-%), mucor (2-3%). В отдельных случаях высевались и анаэробные бактерии.

У всех выделенных культур определяли чувствительность к новому препарату « Йокс», активным компонентом которого является поливидон – йод и аллантоин.

Препарат применяли в концентрированном виде и в разведении 1: 20 и 1:40. С учетом потребности микроорганизмов в чашку Петри разливали различные питательные среды. После затвердения среды специальной трубочкой вырезали луночки в расстоянии 2-3 см друг от друга (всего 4 луночки). Затем засевали исследуемые культуры и в 3 луночку переносили по 0,1 мл концентрированные и разведенные растворы Йокса. Четвертая луночка служила контролем (физиологический раствор). Чашки с посевом культур и Йоксомставили в термостат на 37 С. Учет производили через 24 и 48 часов. Результаты оценивали по диаметру стерильной зоны образованной по окружности луночки. Наибольший эффект получена в лунках с концентрированным раствором препарата и в разведении 1:20.

Наиболее чувствительными к Йоксу оказались гемофильные палочки, стрептококки, стафилококки, кандида. Умеренная чувствительность отмечалась у эшерихий, псевдомонас, протесу, асперигиллез. Низкая чувствительность наблюдалась у гриба Mucor.

Таким образом, полученные результаты показывают, что препарат Йокс можно применять при лечении острого и хронического гнойного среднего отита на фоне хронического активного гепатита, т.к. он обладает широким антимикробным и противогрибковым действием.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Насыров В.А., Изаева Т.А., Беднякова Н.Н., Исмаилова А.А.
Кафедра болезней уха, горла и носа КГМА им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра оториноларингологии КРСУ
Бишкек, Кыргызстан

Введение. Несмотря на сравнительно невысокую распространенность, отогенные внутричерепные осложнения (ОВЧО) остаются актуальным разделом современной оториноларингологии, так как являются тяжелыми жизнеопасными заболеваниями. По данным современной литературы заболеваемость ОВЧО в Европе и странах Америки составляет 0,2-0.32 на 100000 населения в год. Однако в станах Азии и Океании этот показатель варьируется в более широких пределах [1, 2, 4, 5]. Летальность при отогенных внутричерепных осложнениях достигает 30% среди всех больных с ЛОР патологией [1, 2, 4, 5]. Ряд авторов считают, что эти показатели практически не зависят от сроков выполнения хирургической санации очага воспаления, что подтверждено рядом клинических исследований.

Наиболее распространенная форма внутричерепных осложнений – гнойный менингоэнцефалит, на втором месте – абсцессы мозга и мозжечка, на третьем – синустромбозы и отогенный сепсис [1, 3].

Летальность при отогенных внутричерепных осложнениях зависит от многих обстоятельств: тяжести и давности заболевания, общего состояния и возраста больного, своевременности диагностики и госпитализации и т.д. Но не менее значительную роль, на наш взгляд, в исходе заболевания играет и методика лечения больных. Нельзя не отметить успеха современных патогенетически обоснованных видов терапии, постоянное развитие проблем клинической фармакологии, применительно к задачам отиатрии, разработка оптимальных вариантов хирургической и лекарственной терапии. Научно-технический прогресс предполагает также разработку новых методов лечения в послеоперационном периоде, таких как лимфостимулирующая и лимфотропная терапия. Однако лимфотропная терапия в послеоперационном периоде при отогенных внутричерепных осложнениях ранее в клинике не проводилась.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные 230 больных, диагноз у которых был верифицирован во время обследования и операций на среднем ухе по поводу острого и хронического гнойного среднего отитов в ЛОР отделениях Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской республики, Бишкекского научно-

исследовательского центра травматологии и ортопедии, областной больницы г. Ош и г. Нарын в период с 2002 по 2019 гг.

Среди них мужчин было 138, женщин - 92. Таким образом, среди наблюдавшихся нами больных с отогенными внутричерепными осложнениями лиц мужского пола оказалось почти в 2 раза больше, чем женщин. Этот факт был отмечен и другими авторами, и предположительно связывается с тем, что у женщин оказывается более эффективными факторы местной иммунной защиты. Возраст больных колебался от 5 до 82 лет.

Эпитимпанит диагностирован у 141 больных (61,3%), мезотимпанит у 5 (2,2%), острый средний отит у 3 (1,3%), у 81 больных (35,2%) – эпимезотимпанит (рис. 1).

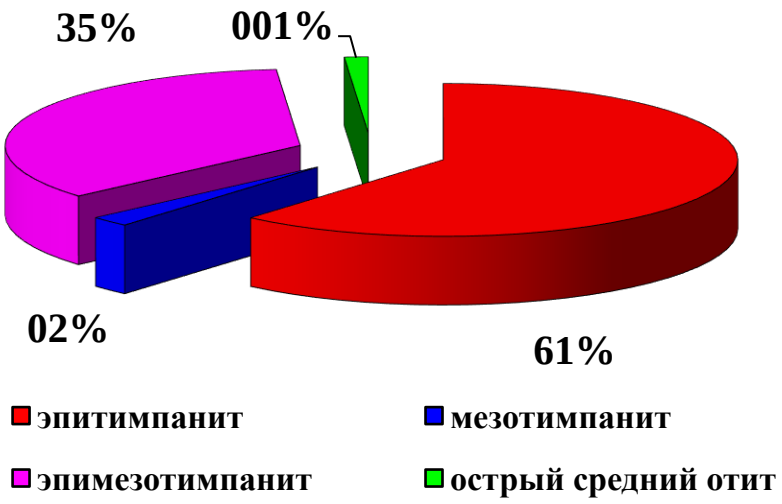


Рис. 1. Частота распространенности патологии среднего уха

В зависимости от полученного метода лечения, все пациенты были распределены на следующие клинические группы (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение обследованных больных на клинические группы в зависимости от характера получаемого лечения

Группы	Количество больных	Характер получаемого лечения
Контрольная группа	n =148	Хирургическое лечение и антибактериальная терапия по общепринятым методикам, симптоматическая по показаниям
Основная группа	n =82	Хирургическое лечение, непрямая лимфостимуляция и антибактериальная терапия (системно и лимфотропно),

		симптоматическая терапия по показаниям

Непрямая лимфостимуляция выполнялась путем введения в межостистые промежутки шейного и верхнегрудного отделов позвоночника лекарственной смеси, состоящей из лидазы, гидрокортизона и 0,5% раствора лидокаина.

Регионарная лимфотропная антибиотикотерапия проводилась по результатам антибиотикограмм. Препарат вводили медленно подкожно в заушной области на стороне процесса на 1 см ниже и латеральнее сосцевидного отростка под углом 45°. Через иглу вводили 0,5 мл раствора лазикса, спустя 5 мин. не вынимая иглы вводили антибиотик в средней суточной дозе. Лечение больных с помощью метода непрямой лимфостимуляции начиналось в первые 1-3 дня поступления в стационар сразу после уточнения клинического диагноза.

Эффективность проводимого лечения в обеих исследуемых группах оценивалась по динамике клинических проявлений заболевания, степени обсемененности полости среднего уха в динамике, изменениям анализа крови и степени летальности.

Результаты и обсуждение. При оценке динамики очаговых симптомов нами установлено, что у больных, получавших лимфостимулирующую и лимфотропную терапию наряду с традиционными методами, динамика снижения выраженности очаговых симптомов показала более яркую тенденцию. Так, на 7-е сутки лечения очаговые симптомы в контрольной группе встречались в 20,2%, тогда как в основной группе этот показатель составлял 4,8% случаев.

При клиническом обследовании больных с отогенными внутричерепными осложнениями, менингеальные симптомы выявлялись в 93,2% больных контрольной группы, и в 91,4% у пациентов основной группы, получавших региональную лимфотропную терапию и стимуляцию лимфодренажа центральной нервной системы.

Следует указать, что первые трое суток лечения по динамике менингеальных симптомов у больных обеих обследуемых групп не имели принципиальных различий. Однако к 14-му дню интенсивной комплексной терапии, менингеальные симптомы имеют место лишь в 8,5% случаев в основной группе, тогда как этот же показатель у больных контрольной группы сохранялся в 47,3%.

В процессе лечения бактериологическое исследование, отделяемого из среднего уха было проведено 118 пациентам с ОВЧО. Их них 82 больным была проведена регионарная лимфостимулирующая и лимфотропная антибиотикотерапия наряду с традиционными методами лечения. Изменение

бактериологической картины барабанной полости при различных методах лечения в динамике отражены в приведенном рисунке 2.

Следует отметить, что забор патологического отделяемого из среднего уха проводился больным при поступлении, на 3-и, 7-е и 14-е сутки лечения. Как видно из рисунка на 3-и сутки лечения у больных, получавших регионарную лимфотропную антибиотикотерапию, наличие патогенной флоры обнаруживалось в 85,4% случаев, в то время как у пациентов контрольной группы этот показатель составлял 94,4%.

Наибольший процентный разрыв показателей наблюдался на 14-е сутки лечения. В эти сроки всего 13,4% случаев основной группы имели наличие патогенных микроорганизмов в полости среднего уха, тогда как в контрольной группе эта цифра равнялась 41,7%.

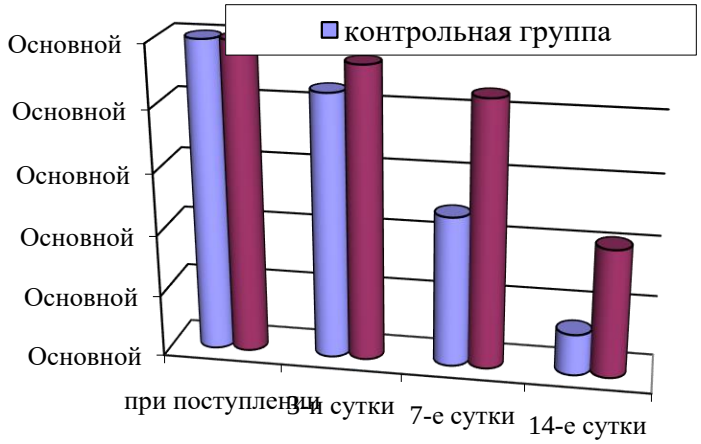


Рис. 2. Динамика изменения бактериологической картины барабанной полости при различных методах лечения

Заключение. Таким образом, сочетание своевременного хирургического вмешательства, полноценного медикаментозного лечения и лимфостимулирующей и лимфотропной терапий может дать хорошие результаты и позволит сократить сроки восстановления функций мозга, и значительно уменьшить время пребывания больного в стационаре при таких тяжелых и грозных заболеваниях как отогенные внутричерепные осложнения.

FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC OTITIS MEDIA IN TWINS

Nurov U.I., GanievJ.A., Ikramova F.S.
Bukhara State Medical Institute

Chronic otitis media is one of the most common conditions in children. The disease progresses rapidly and may have some symptoms, such as otalgia and fever, or the asymptomatic course of the disease can last for a long time. Children under 3 years

old at least once suffer from otitis media. Prolonged otitis media causes mild to moderate hearing loss, which in turn negatively affects the child's early speech development, behavior and quality of life.

The purpose of our study: to study the features of the course of chronic otitis media in twins.

Materials and research methods. We studied 172 pairs of twins born in the Bukhara region from 2001 to 2019 (n = 172). The parents of these children were also involved in the twin study program. Only same-sex twins were selected for testing. Information about whether twins are monozygous or dizygotic was determined by interviewing the parents of the twins, and this is 93-98% correct. We studied the cause of the development and the features of the course of chronic otitis media in twins, who presented special complaints of middle ear disease, depending on their family circumstances. Children were examined regardless of the presence of complaints. In addition to standard research methods (general analysis of blood, urine, bacteriological and biochemical studies), we carried out a thorough otorhinolaryngological examination (otoscopy, anterior rhinoscopy, laryngoscopy, X-ray examination.

Results and their discussion. As a result of the analysis of our data, it was found that the most common signs of chronic otitis media in all twins are: ear pain (100%), suppuration (100%), fever (100%), Pinz's symptom (30%), symptom wache (47%), sepsis (43%), meningism (17.7%), seizures (42%), breast refusal (29.4), toxicosis (12%), exsicosis (56%), discharge from nose (29.4%) and malaise (5.6%). Most children had middle ear candidiasis.

The peculiarity of the clinical manifestation of chronic otitis media in twins, in our opinion, is primarily associated with both the biological properties of the infection and the anatomical and physiological characteristics of the child's body.

Thus, in the etiology of diseases of the upper respiratory tract, there is a hereditary factor, which in turn leads to the development of chronic otitis media. With inflammation of the middle ear, albeit to a small extent, there is still a genetic factor. Studies looking at the difference in the genes that cause the disease are superior to conventional studies looking at otitis media.

SOME FEATURES OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN TWINS OF CHILDREN AND ADULTS WITH HEARING IMPAIRMENT AND VESTIBULAR DYSFUNCTION

Nurov U.I., Odilova G.M., Ikramova F.S.
Bukhara State Medical Institute

The defeat of the auditory and vestibular analyzers, as a rule, is combined with mental and psychotic disorders, which often become dominant in the clinical picture

of the disease and require urgent psychotherapeutic measures.

The purpose of this work is to study the peculiarities of combinations of diseases of the organ of hearing and vestibular dysfunction with mental and psychotic disorders in order to optimize psychosocial rehabilitation in twins.

We observed 64 patients (33 children and 31 adults) with various combinations of impairment of hearing, vestibular function and mental sphere. As a result of the conducted studies, it was established that in 40 (32.8%) children and 41 (27.2%) adults, sensorineural hearing loss (SNT) manifested itself as a prevailing pathology, while other abnormalities in the state of health was absent or were expressed insignificantly.

In 27 (54.1%) children, SNT was combined with severe mental disorders, namely: autism (18 children), logoneurosis (2), enuresis (2), the consequences of neuroinfection, traumatic brain injury (TBI).) in the form of astheno-neurotic (3), depressive (2) syndromes, vegetative-vascular dystonia (VVD). In 6 (9%) patients, cochleo-vestibular disorders (CVD) were revealed due to lesions of the peripheral and central sections of the auditory and vestibular analyzers against the background of the consequences of TBI, VSD. These persons showed apronounced lability of mental functions.

In the group of adult patients with SNT and mental disorders (31 people - 58.9%), persons with depressive (19) and astheno-neurotic (9) syndromes and persistent ear noise (3 persons) prevailed. CVR were detected in 11 (13.9%) adult patients. Mental disorders in these individuals were more severe than in other groups of patients. The course of the disease was of a remitting nature with a sharp deterioration in status during an exacerbation (sharp anxiety, fear, danger of suicidal actions).

Depending on the revealed severity of the pathology, an individual rehabilitation program was formed for each patient, based on the principles of the psychophysiological rehabilitation methodology for patients with hearing impairment, developed by Professor V.M. Rakhmanov (1988).The program included the use of the following technologies: acupuncture-reflexology according to traditional and special schemes; hypnotherapy, including the performance of tasks for the development of hearing in the conditions of hypnotic sleep; massage and physiotherapy procedures; classes with a defectologist and a psychologist; training in the development of auditory function in conditions of dosed exclusion of the visual analyzer and using different colors; psychotherapy and training in behavioral reactions of persons who are in direct contact with the patient; classes on the development of musical skills and artistic creativity in children; optimal vocational guidance, etc. According to indications, the patients were prescribed appropriate treatment measure.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАДЖИКСКИХ СЛОВ ДЛЯ РЕЧЕВОЙ АУДИОМЕТРИ ПРИ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ НА ПОЧВЕ РОДСТВЕННОГО БРАКА РОДИТЕЛЕЙ

Очилзода А.А.

Худжандское отделение ГОУ институт последипломного образования в сфере здровоохранения Республики

Актуальность. Проблема семейной тугоухости на почве родственных браков у детей является одним из актуальных вопросов оториноларингологии.

Среди причин нарушения слуха важное значения имеют факторы наследственного генеза, которые приводят к изменениям в различных структурах слухового анализатора. Роль генетических факторов в развитии заболевания органа слуха является одной из наименее изученных проблем. Данная проблема особенно актуальна в нашем регионе, где сохраняется еще факт вступления в брак кровных родственников (инбридинг) .

Специальные генетические и аудиологические исследования, проведенные

И.Б. Холматовым, показали что действительно существует семейная форма тугоухости среди местных жителей Таджикистана, которая аудиологически характеризуется глубокими кохлеарными поражениями и в проявлении ее отчетливо выступает роль родственных браков – фактора, как известно, способствующего проявлению рецессивной наследственности. Изучение генеалогической, аудиологической и вестибулометрической характеристики при тугоухости на почве родственных браков родителей в Таджикистане, посвящены в работах. В доступной нами литературе кроме. мы не встретили работ, посвященных более глубокому исследованию функции кохлеарного анализатора с патологией органа слуха на почве родственного брака у детей у детей младшего возраста. В связи с этим, тугоухость на почве родственного брака родителей является актуальным и важное значение приобретает более глубокому изучению функцию слухового анализатора у детей младшего возраста.

Цель исследования. Изучение состояния слухового анализатора у детей с тугоухостью на почве родственных браков родителей для определения дальнейшей тактики лечения и реабилитации.

Материал и методы исследования. За период 2019 по 2021 г. г. в условиях ЛОР – клиники на базе Согдийской областной клинической больницы обследовано 98 детей в том числе 48 (48,9 %) детей в возрасте от 6 до 14 лет, мальчиков – 26 (26,5.%), девочек – 22 (22,4 %), и 50 (51 %) детей младшего

возраста (3-5лет) с тугоухостью на почве родственных браков, мальчиков – 30 (30,6 %), девочек – 20 (20,4 %).

У всех детей в возрасте от 6 до 14 лет мы проводили полное аудиологическое обследования в виде, исследование слуха шепотной и разговорной речи, камертональные методы исследования, тональная пороговая и речевая аудиометрия на таджикском языке, Для исследования слуховой функции детей младшего возраста (3-5лет) применяли модифицированную методику игровой тональной пороговой и игровую речевую аудиометрию предложенную нами.

Наличие родственных отношений родителей у тугоухих детей установили путем тщательного сбора анамнеза у родителей и их близких родственников.

Результаты. Результаты проведенной нами тональной пороговой аудиометрии у 98 тугоухих детей, у 33 (36.5 %) была выявлена горизонтальная, у 55 (56,1. %) горизонтально – нисходящая а у 10 (10.2 %) – обрывистая конфигурация кривой аудиограммы. При этом оказалось, что у подавляющего большинство обследованных тугоухих детей (у 55 из 98) определялась горизонтально – нисходящая конфигурация кривой аудиограммы. При исследования слуховой чувствительности к ультразвукам на частоте 80 кгц по Б.М. Сагаловичу у детей с тугоухостью на почве родственного брака родителей с отсутствием костно – воздушного интервала порог восприятия ультразвука были нормальными, а латерализация ультразвука отмечалась в обоих ушах, или она определялась в сторону хуже слышащего уха, Нижняя граница воспринимаемых частот определилась в приделах 30 – 40 Гц. При речевой аудиометрии у всех обследованных детей с отсутствием костно – воздушного интервала кривая разборчивости повторяла конфигурацию нормы, т.е. разборчивость речи достигла 100 %. При подаче речи максимальной интенсивности разборчивость речи оставалась в приделах 100 %.

При исследовании «белым» шумом максимальной интенсивности наличие слухового дискомфорта ни у одного больного не определялась. Дифференциальный порог восприятия силы звука по Люшеру, из общего числа обследованных детей, у 18 (18,3 %) был слабоположительным, а у 80 (81.6 %) были отрицательными.

При сопоставлении аудиологических данных детей в возрасте 6 до 14 лет с тугоухостью на почве родственных браков с данными игровой тональной пороговой игровой и речевой аудиометрии у детей младшего возраста (3-5лет), показатели были идентичными, т.е. кривые игровой тональной пороговой и игровой речевой аудиометрии были как у взрослых.

Выводы. Таким образом, полученные результаты аудиологических методов исследования у детей с тугоухостью на почве родственных браков

родителей является достаточно убедительным, нарушение слуха обусловлены нарушением звукопроводящей системы уха, что дает возможность определении методов реабилитации.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЫТА ШТЕНГЕРА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИТВОРНОЙ ГЛУХОТЫ И ТУГОУХОСТИ У ПРИЗЫВНИКОВ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ СУРДОЭКСПЕРТИЗЕ

Очилзода А.А., Махмудов С.С., Каримов А.О.
Согдийская областная клиническая больница, Худжанд, Таджикистан

Актуальность. Проблема глухоты и тугоухости является одним из актуальных вопросов оториноларингологии. Одним из основных задач в работе сурдологического центра является своевременная диагностика и оздоровления подростков, готовящихся к призыву в Вооруженных силы.

Целью работы явилась повышения эффективности применения способа определения притворной односторонней глухоты опыт Штенгера, а также его модификация, предложенное К.Л. Хиловым, среди призывников военных служб, заподозренных на притворную одностороннюю глухоту и тугоухости. И своевременное решение вопроса пригодности к военной службе Вооруженных сил.

Материал и методы исследования. За период 2018 – 2020 гг. в призивном комиссии при Военномедкомиссариате Согдийской области было проведена оториноларингологическое обследование 1500 призовникам к военной службы Вооруженных сил Республики Таджикистан среди них, у 30 (2%) призывников было заподозрена притворная односторонная глухота и тугоухость. Всем призывникам проводили полное клиническое обследование: обследование включало сбор анамнеза, выяснение жалоб, проводили тщательное оториноларингологическое обследование. Наряду с этими при подозрении на притворной односторонней глухоты и тугоухости среди призывников мы применяли опыт Штенгера, а также его модификация, предложенное К.Л. Хиловым.

Результаты исследования и их обсуждение. Пользуясь метод определения притворной опыта Штенгера а также его модификация, предложенная ь К.Л. Хиловымглухоты клиническим аудиометром типа «МА - 31» на режим проведения опыта Фаулера, на оба наушник подавали тоны одной и той же частоты, начиная со 125 Гц и далее – последовательно на всех частоте аудиометра 30 (2%) - призывникам которое было заподозрена притворную глухоту и тугоухости. В результате применения метода определения притворной глухоты и тугоухости определения притворной опыта Штенгера а также его

модификация, предложенная К.Л. Хиловым глухоты, при увеличения силы звука, подаваемого в обследуемое ухо, до 10 – 15 дБ, и выключение подачи звука здоровом ухе из 30 (2%), у – 26 (86,6 %) обследованных призывников отмечали отсутствие на неизчезновение звука в здоровом ухе. В процессе наблюдения этим призывникам проводили трехкратное аудиометрическое исследование (тональная пороговая аудиометрия) с целью уточнения слуховых порогов. На аудиограммах – 26 (1,7 %) обследуемых призывников на частотах 125 – 8000 Гц определялись нормальное физиологическое состояние слуха. Эти призывники согласно положению о военно-медицинской экспертизы были признаны годным к военной службе. Только у 4 (13,3 %) - призывников при максимальной силе звука, поступающего в обследуемое ухо, они продолжали четко дифференцировать моменты прекращения его подачи в здоровое ухо, что позволило констатировать как нейросенсорную глухоту на одном ухе. Эти призывники согласно положению о военно- медицинской экспертизе были признаны негодным к военной службе. Эти данные полностью подтвердили достоверность результатов, полученных данных определения притворного опыта Штенгера а также его модификация, предложенная К.Л. Хиловым глухоты для диагностики притворной глухоты и тугоухости.

Выводы. Таким образом применение опыта Штенгера а также его модификация, предложенная К.Л. Хиловым свидетельствует о эффективности при определении остроты слуха односторонней функциональной и притворной глухоте и тугоухости среди призывников.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Очилзода А.А., Хасанова М.И., Хакимова Р. А,
Тошходжаева М.Н., Сулаймонов И.И.
Согдийская областная детская клиническая больница, Худжанд, Таджикистан

Актуальность. За последние годы отмечается тенденция к росту числа детей с тугоухостью, обусловленной патологией внутреннего уха в сочетании с церебральным параличом что определяет актуальность исследований, направленных на повышение эффективности медицинской и социальной реабилитации больных.

В современной специальной психологии и специальной педагогике, а также медицинском аспекте, повышенное внимание придаётся категории детей с комплексными нарушениями развитии объясняется возрастающим их количеством, а также отсутствием разработок по их изучению и оказанию им

квалифицированной помощи, способствующей реабилитации, социализации, интеграции. Исходя из этого выработана в г. Худжанде целая система лечебных и оздоровительных мероприятий для больных детским церебральным параличом в сочетании с нейросенсорной тугоухостью.

В настоящее время при городском центре здоровья г. Худжанде функционирует детский сурдологопедический кабинет, медико - психолого - педагогическое отделение, реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями «Манбаи мехр» при детском саде № 26, где с больными ДЦП в сочетании с нейросенсорной тугоухостью проводятся медикаментозные методы лечения и сурдопедагогические занятия, восстановление двигательных нарушений центрального происхождения и борьба с контрактурами, стимуляция воспалительных процессов в нервной системе. В доступной литературе, мы не встретили достаточных сведений, касающихся о эффективности лечения больных детским церебральным параличом в сочетании с нейросенсорной тугоухостью.

Цель работы. Целью нашей работы является оценка эффективности лечения детей нейросенсорной тугоухости в сочетании с детским церебральным параличом современными методами медикаментозного лечения, физиотерапевтического воздействия на больных с различными формами детского церебрального паралича и сурдопедагогических методов реабилитации при помощи звукоусиливающего стационарного аппарата «Аудиофильтр МТ ».

Материал и методы исследования. Нами обследовано 75 детей в возрасти от 3 до 5 лет за период 2019 – 2021 гг. в условиях областного детского сурдологического центра, медико – психолого - педагогического отделения городского центра здоровья г. Худжанда. Мальчиков – 41 (54,6 %), девочек – 34 (45,3 %). Всем больным проводили полное оториноларингологическое обследование, исследование слуха с использованием игровой тональной и игровой речевой аудиометрии на таджикском языке в свободном звуковом поле, разработанные нами и обследование неврологического статуса ребенка, КТ и МРТ головного мозга, регистрировали ЭЭГ, РЭГ, ЭХОЭГ, консультация невролога, окулиста с целью выявления признаков детского церебрального паралича.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования 75 детей в возрасте от 3 до 5 лет за период 2019 – 2021 гг. в условиях областного детского сурдологического центра был установлен ДЦП с задержкой речевого развития. Всем больным проводилось следующие медикаментозное лечение: применение вазоактивных препаратов, улучшающих церебральную гемодинамику и микроциркуляцию стугерон по 0,025, кавинтон 0,005 перорально по 1 таблетке, 3 раза в день, в течении месяца или раствора кавинтона по 2,0 мл на

физиологическом растворе внутривенно капельно. С целью активизации обменных процессов в нервной ткани звукового анализатора, улучшение клеточного метаболизма, повышение энергетического баланса внутреннего уха проводилось лечение инъекциями АТФ по 2,0 внутримышечно, кокарбоксилазы по 100мг, витаминов B_6, B_{12} в течении двух недель. В результате проведенного комплексного курсового лечения показали, что у детей значительно улучшилась двигательная сфера, нормализовался мышечный тонус, расширились бытовые навыки самообслуживания, дети стали самостоятельно брать руками игрушки, ложку, стали передвигаться при помощи посторонних. Проведение ежедневных сурдопедагогические занятий постепенно дети стали пытаться повторять за педагогом произносимые звуки, начиная с артикуляторно наиболее простых. В первую очередь необходимо сформировать у ребенка необходимость в речевом общении. В процессе обучения используется письмо и чтение (глобальное, послоговое). Результаты развития устной речи у детей различны. Однако, при условии интенсивной помощи родителей к концу первого курса обучения, ребенок начинает активно имитировать речь окружающих людей. У большинства детей удается сформировать через 1,5 года с момента проведения операции умение строить высказывание из нескольких слов, экспрессивный словарь ребенка при этом составляет не менее 50 слов. Через 2 года у ребенка формировалась связанная речь, позволяющая детям общаться в быту, рассказывать об увиденном, читать стихи, петь песенки. Это опережает сроки формирования речи у тугоухих детей раннего возраста в сочетании с ДЦП.

Заключение. Таким образом, эффективность лечения детей нейросенсорной тугоухостью в сочетании с детским церебральным параличом достигается применением комплекса медикаментозной лечения и новых физиотерапевтических методов лечения и одномоментных сурдопедагогических занятий при помощи звукоусиливающего стационарного аппарата «Аудиофильтр МТ ».

О СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЕФЕКТАМИ СЛУХА СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Очилзода А.А.

Городской центр здоровья №2 г. Худжанда, Таджикистан

Актуальность. Одной из актуальных проблем оториноларингологии является оказание специализированной помощи детям с дефектами слуха и речи. Данные ряда исследователей, указывают на имеющуюся тенденцию к абсолютному увеличению числа детей, страдающих тугоухостью во всем мире (более 3-7 % от общей численности населения). По данным профессора

Холматова И.Б. в структуре тугоухости среди сельского населения Таджикистана наибольший удельный вес занимает хронический средний отит (43,3 %), а среди городского населения кохлеарный неврит (41,5 %). В связи с этим возрастает актуальность проблемы организации помощи детям с дефектами слуха.

Целью работы являлось повышение эффективности организации сурдологической помощи детям с дефектами слуха среди населения области.

Материал и методы исследования. Для решения обширного круга вопросов, связанных с реабилитацией тугоухости у детей в городе Худжанде функционирует городской детский сурдологический центр. В структуре центра входят: детский сад и школа интернат для слабослышащих детей, который является базой для повышения квалификации врачей, а также сурдологический стационар на базе областной клинической больницы. В основе деятельности центра положен консультативно диагностический и диспансерный принцип работы. Наряду с комплексным оториноларингологическим обследованием: осмотр лор – органов, полное аудиологическое обследование. На диспансерном учете в сурдологическом центре находится за период 2006 – 2011 гг. 545 детей с нарушениями слуха и речи (мальчиков-220 (40,3 %), девочек – 194 (35,5 %)), в том числе 217 (39,8 %)с тугоухостью различных степеней и 328 (60,1 %) с глухотой и отсутствием речи. Городской сурдологический центр оказывает консультативную помощь по реабилитации слуха и речи по районам Согдийской области. Так, в 2011 г. было принято 850 детей с дефектами слуха, что составило 35 % от общего числа находившихся на лечении больных.

Результаты. При изучении причин тугоухости детей, находящихся на диспансерном учете по этиологическим фактором, выявлена глухота у 328 (36,3 %), а у 217 детей нейросенсорная тугоухость различной степени: инфекционный генез у 163 (29,9 %), медикаментозная этиология у 94 (17,2 %), тугоухость на почве родственного брака (16,1 %).неясный генез у 68 (12,4 %), травматическая этиология у 49 (8,9 %), на почве хронический средний отитов у 49 (8,9 %), наследственный генез у 27 (4,9 %). За последние 10 лет возросло число больных, впервые обратившихся к врачам сурдологического центра. Так, количество первичных обращений увеличилось в 1,5 раза, а количество посещений - в 3 раза. Результаты слуховой реабилитации с помощью звукоусиливающего аппарата оказались более эффективными у детей, владеющих речью, в то время как у детей с недостаточно развитой или отсутствующей речью результаты были малоэффективны. У 46 детей после подбора слухового аппарата слух улучшался на 10-30 дБ при 100% разборчивости речи, а у 4 детей разборчивость речи, была 80%. Окончательная

его пригодность определялась в ближайшие (1 мес.) и отдаленные (6 мес.) сроки адаптации к слуховому аппарату.

Вывод. Таким образом, реализация всего комплекса изученных разделов работы городского центра позволяет обеспечить детское население города своевременной сурдологической и слухопротезной помощью и улучшает показатели реабилитации детей с дефектами слуха и речи.

ВЕСТИБУЛО - АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

Разаков А.Д., Абдукаюмов А.А., Каримова Н.А., Амонов Ш.Э.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии.

Актуальность. Во всем мире ХГСО страдают от 1 до 46% населения, проживающих в развитых и развивающихся странах, из которых 60% имеют значительное снижение слуха. В 31 случаях на 10000 населения заболевание сопровождается снижением слуха с периферическим кохлеовестибулярным нарушением.

Цель исследования: выявить и определить степень нарушений слухового и вестибулярного анализаторов у больных с ХГСО

Материалы и методы исследования: было обследовано 80 больных с ХГСО различной формы и длительностью заболевания. Из 80 пациентов, было -37женского пола, мужского пола -43, Распределение больных по возрасту: дошкольный возраст- 8.8 %, младший школьный возраст- 16.2 %, подростковый возраст- 37.5%, взрослые 32.5 %.

Проведен осмотр ЛОР органов с включением отомикроскопии и отоэндовидеофиксацией. Выявлено: грануляция среднего уха- 27.5% , полипы- 12,5% гнойный выделения- 51,2% ретракционный карман-10% холестеатома-10%

Комплекс аудиологических тестов. Комплекс лучевой диагностики включал МСКТ височных костей. Комплексная вестибулометрия с применением современной компьютерной видеонистагмографии (ВНГ) включала: статокоординационные и статокинетические тесты, тест сакади плавного слежения, оптокинетический и битермальные тесты. Полученные нистагменные данные подвергались цифровой и математической обработке.

Результаты и обсуждение. Жалобы на снижение слуха и периодические выделения из уха были у всех пациентов, жалобы на шум в ухе – у (73,5% больных. «Самостоятельные» жалобы на головокружение наблюдались у 24 (30%) пациентов. Тошнота, связанная с головокружением беспокоила 23 (28,7%)

пациентов. При аудиологическом обследовании смешанная тугоухость выявлена у 55% пациентов, кондуктивная тугоухость у 40% пациентов сенсоневральная тугоухость -5% пациентов. При сборе жалоб пациентов в динамике получены следующие результаты: головокружение у 30 %, шум в ушах 73.5% , тошнота 28,7 %, выделения из уха 100%, снижения слуха 96,2%. Наличие спонтанного нистагма при ВНГ осмотре было выявлено у 4(8%). Данная группа пациентов имела ХГСО в форме эпитимпанита. Вращательный (Rotation test) выявил позиционный нистагм нарушения тонуса 17% случаев, при этом 8% пациентов вестибулярные жалобы не предъявляли. Воздушная колоризация выявила признаки гипофункции периферического вестибулярного анализатора в 38 % случаях. Тест встряхивания головы выявил усиление патологического горизонтального нистагма с учетом стороны поражения в 22 % случаях.

ВЫВОДЫ

1. Наличие смешанной тугоухости при ХГСО указывает на поражения внутреннего уха.

2. Выявление и степень скрытых вестибулярных нарушений объективным методом ВНГ в группе больных со смешанной тугоухостью на фоне ХГСО является подтверждением о вовлеченности внутреннего уха и предполагает проведение безотлагательных мероприятий с целью предупреждения более грозных осложнений ХГСО.

STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF THE LONG-TERM VENTILATION IN TYMPANOPLASTY

Usmanova N.A., Makhamadaminova Sh.A.
Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Abstract. The fibrotic processes in the tympanic cavity isthe reason for the unfavorable outcome of tympanoplasty. It is occur in chronic purulent otitis media in the postoperative period. This problem is of particular importance in tympanoplasty performed at the final stage of the operation. This is due to a number of factors: the initial dysfunction of the auditory tube, the increase in tubar dysfunction after undergoing a operation, the formation of a" small " tympanic cavity by laying a tympanic membrane graft. One of the ways to prevent fibrosis in the postoperative period is to create conditions for additional ventilation of the tympanic cavity. This is necessary during the entire repair period, which is 6 to 12 months.

Objective: to study the effectiveness of tympanoplasty with prolonged aeration of the tympanic cavity.

Materials and methods: The study was conducted by forming groups of patients. The first group consisted of patients who had a tympanoventilation tube

installed in the anterior parts of the neotympanal membrane during or after surgery. The second group (the comparison group) consisted of patients operated in the traditional way without installing a tube. The composition of the groups by gender and age practically did not differ. The disease occurred in men and women with approximately the same frequency. The examination of patients included an assessment of complaints, the duration of the disease at the time of the initial operation, as well as the time intervals between the sanitation and reconstructive hearing-improving operations. The drainage function of the auditory tube was studied in patients. At the same time, some of them revealed the III degree of patency of the auditory tube. In cases of delineation of the mouth of the auditory tube and the presence of an air cavity in the meso-hypothympanum, tympanometry was performed. To evaluate tympanometry data: in most cases, a tympanogram of type "B" was registered, in some cases, type "A" and type "C" of tympanograms were noted. Instrumental examination of the patients was supplemented by computer tomography of the temporal bones in the coronary and axial projections. The audiological examination included a set of subjective and objective methods performed before the operation and during the postoperative dynamic observation.

Results and conclusions: the anatomical and morphological outcome of the operation and the functional effect were the criteria for evaluating tympanoplasty using the long-term ventilation method. The anatomical and morphological result of surgical treatment was considered as positive in the formation of a complete (except for the presence of a tympanostomy), mobile neotympanal membrane and an air tympanic cavity. The method of prolonged ventilation of the tympanic cavity increases the effectiveness of tympanoplasty performed at the final stage of conservative-sparing radical surgery.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕЗАПНОЙ ТУГОУХОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Холматов Д.И., Махамадиев А.А., Қиёбеков Б.Л.
ГОУ Таджикский гос. мед. университет им. Абу али ибн Сино

Цель. Оптимизация диагностики и лечения внезапной тугоухости травматического генеза (ВТТГ).

Материалы и методы. Обследовано 22 пациентов с ВТТГ, из них мужчин было 10 (45,4%), женщин- 12 (54,6%) в возрасте от 6 до 38 лет. Всем больным проведено отоневрологическое, комплексное аудиологическое обследование, компьютерная томография сосцевидных отростков (по показаниям). Для оценки объективной картины уха, проводили отомикроскопию, рентгенографию и компьютерную томографию височной кости и черепа (по необходимости).

Функциональное состояние органа слуха проверяли с помощью тональных пороговых и надпороговых тестов, куда входили: тональная пороговая аудиометрия в расширенном диапазоне частот при костном и воздушном проведении по Б.М. Сагаловичу, определение слуховой чувствительности к низким тонам, к ультразвуку частотой 80 кГц, определение дифференциального порога слуха по Люшеру и речевая аудиометрия.

Результаты и их обсуждение. Травмы уха характеризовались гиперемией и отёком слизистой барабанной полости, разрывом барабанной перепонки и цепи слуховых косточек в разной степени, а у некоторых наблюдали ко всему прочему оторею.

Больные жаловались в основном на снижение слуха, шум в ушах, периодическое головокружение и тошноту. У некоторых больных наблюдали признаки сотрясения мозга (в анамнезе отмечалась потеря сознания после полученной травмы с интенсивными приступами тошноты и рвоты), которые были подтверждены специалистами – невропатологами и нейрохирургами. После проведения тимпанопластикии курса дегидротационной, сосудистой и витаминотерапии в течение месяца, вышеуказанные жалобы у больных в разной степени уменьшились, либо вообще исчезли.

Результаты проведенной тимпанопластики в сочетании с медикаментозной «противоневритной» терапией оценивали по морфологическому состоянию структур среднего уха, характеру слуховой функции и общего самочувствия больных. Предварительные результаты оценивали как удовлетворительные либо не удовлетворительные.

После проведенной тимпанопластики у большинства больных (72,2%) получили удовлетворительный результат. У больных исчез субъективный шум в ушах, улучшился слух, исчезли признаки головокружения. При отомикроскопии наблюдали хорошее приживление новой барабанной перепонки. У остальных (27,3%), несмотря на проведенную терапию наблюдали отторжение неотимапанального лоскута в результате проявления аллергической реакции с присоединением вторичной инфекции, у 3-х больных, несмотря на хорошие морфологические результаты среднего уха, наблюдали превалирование сенсоневрального компонента тугоухости с наличием субъективного ушного шума.

Выводы. Таким образом, при внезапной тугоухости травматической этиологии, больные должны быть всесторонне обследованы, дана оценка состоянию структур среднего и внутреннего уха, а также проведено предварительное клинико-аудиологическое обследование с последующей тимпанопластикой и проведением комплексного противоневритного лечения.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Холматов Д.И., Гулаёзова А.М., Аъзамова С.Д.
ГОУ Таджикский гос. мед. университет им. Абуали ибни Сино

Цель. Раннее выявление врождённых слуховых нарушений у детей и методы их реабилитации.

Материал и методы. В условиях ЛОР клиники НМЦ РТ «Шифобахш» нами было обследовано 150 (100%) детей в возрасте от 3-х до 5-ти лет, из них: у 63% имело место понижение слуха различной степени, у 37% особых жалоб на слухне было. В ходе обследования применяли объективные аудиологические методы: импедансометрию, регистрацию отоакустической эмиссии (ОАЭ) и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов мозга (КСВП).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований было установлено, что основными причинами нарушения слуха были: различная патология беременности матери (32%), вирусные и бактериальные инфекции матери в период беременности или самого ребёнка (23%), использование ототоксичных препаратов беременной матери либо новорожденному (26%), а также детские соматические заболевания (19%).

Данные аудиологического обследования свидетельствовали о нарушении слуха по типу звуковосприятия у 50% обследованных, у 10% отмечали тугоухость по смешанному типу и у 3% по кондуктивному типу. В частности, об этом свидетельствовали высокие пороги слуха на речевых частотах (от 50 до 100 дБ), отсутствие или высокий порог акустического рефлекса на частотах от 0,5 до 4,0кГц, и отрицательные показатели регистрации ОАЭ и КСВП.

Выводы. По оценкам приведенных исследований было установлено, что 63% обследованного контингента детей имели различные формы скрытых и явных форм нарушений слуха, причём у основного контингента выявленных больных имело место сенсоневральная форма тугоухости. У остальных 37% детей каких-либо отклонений со стороны органа слуха не выявили.

Таким образом, результаты исследования и статистические данные свидетельствуют о том, что дети младшего возраста чаще поддаются различным слуховым нарушениям и патологиям со стороны ЛОР –органов и нуждаются в раннем внимательном регулярном медицинским осмотре.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАТОЛОГИИ СРЕДНЕГО УХА У ЖИТЕЛЕЙ ТАДЖИКИСТАНА

Холматов Д.И., Солиева Ш.А.
ГОУ Таджикский Гос. мед. университет им. Абу али ибн Сино

Цель. Изучение распространённости различных форм хронического среднего отита с выявлением соотношения кондуктивного и нейросенсорного компонента тугоухости.

Материал и методы. В своих исследованиях, мы, прежде всего, начали изучение распространённости хронических средних отитов на основании метода медицинского осмотра здорового населения. В ходе исследований были использованы следующие аудиологические методы: тональная пороговая, надпороговая и речевая аудиометрия, аудиометрия в расширенном диапазоне частот, исследование слуха ультразвуком (80 кГц), определение нижней границы воспринимаемых частот, исследование ототопики, импедансометрия.

Результаты исследования и их обсуждение. Данное изучение позволило нам выявить число больных, страдающих тугоухостью, которым требовалось проведение амбулаторного, стационарного либо диспансерного наблюдения. Это число ставило 8,7 случаев на 1000 населения.

Выявив общее число лиц (580) с нарушением слуховой функции, мы приступили к изучению удельного веса отдельных заболеваний среднего уха в общей структуре патологии уха.

В результате проведенных исследований было установлено, что наибольший удельный вес в структуре тугоухости, занимает хронический гнойный средний отит (49,6%); адгезивный средний отит (25,8%).

Среди жителей этнически замкнутых групп населения (кишлак Ворух - Исфаринский район) выявлено широкое распространение тугоухости на почве родственных браков из общего числа обследованных (580) лиц (17,2%). Удельный вес отосклероза среди обследованных лиц составил 7,4%.

Результаты проведенных аудиологических исследований у больных с хроническим гнойным средним отитом позволили придти к выводу, что соотношение кондуктивного (69,8%) компонента тугоухости относительно нейросенсорного (30,2%) больше лишь в 2,3 раза.

Подобные исследования относительно группы больных с адгезивным средним отитом позволили придти к выводу, соотношение кондуктивного (34,0%) компонента тугоухости относительно нейросенсорного (66,0%) меньше в 1,9 раза.

У больных с отосклерозом соотношение кондуктивного (19,6%) компонента тугоухости относительно нейросенсорного (80,4%) было меньше в 2,4 раза.

У (100) больных с тугоухостью на почве родственных браков соотношение кондуктивного (29,6%) компонента тугоухости относительно нейросенсорного (70,4%) из общего числа обследованных было меньше в 2,4 раза.

Выводы. По оценкам приведенных исследований было установлено, что при кондуктивных формах нарушения слуха процентное соотношение нейросенсорного компонента у больных с хроническим гнойным и адгезивным средним отитом, отосклерозом и тугоухостью на почве родственных браков составляет в среднем 61,8%.

Таким образом, хроническое воспаление среднего уха вызывает повреждения не только в структурах среднего уха, но и затрагивает рецепторный аппарат слухового анализатора и это может служить основой для проведения современных, целенаправленных лечебно-профилактических мероприятий.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЭКССУДАТИВНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хайдарова Г.С., Рахимджанова Г.А.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Проблема снижения слуха, связанного с патологией среднего уха, с каждым годом становится все более актуальной. Из разнообразных форм острого и хронического воспаления среднего уха в настоящее время чаще всего встречается экссудативный средний отит (ЭСО). Его длительное латентное течение способствует развитию тимпаносклероза и возникновению тугоухости, которая является причиной социальной дезадаптации пациентов и негативно сказывается на качестве их жизни.

Из множества факторов этиопатогенеза экссудативного среднего отита ведущим является нарушение вентиляционной функции слуховой трубы. Из-за высокой распространенности ЭСО и важности возможных осложнений, факторы риска заболевания должны быть определены для раннего выявления и предотвращения возможной потери слуха, особенно в детском возрасте.

Целью данного исследования было изучение распространенности ЭСО среди детей дошкольного возраста.

Материалы и методы

Нами было обследовано 560 детей, посещающих детские сады №190 и №551 Олмазарского района г. Ташкента. Всем детям проводился осмотр ЛОР-органов. Дети, имеющие хроническую инфекцию ЛОР-органов, также с

перфорацией барабанной перепонки были исключены из данного исследования. После первичного обследования, включающего отоскопию, в исследование было включено 500 детей. Возраст обследуемых детей составлял от 4 до 7 лет, средний возраст составил 5,5 лет. Из них обследованных детей женского рола 243, что составило 48,6%, мужского - 257, что составило 51,4%. Каждый родитель обследуемого ребенка был информирован о проводимом исследовании и было получено их согласие на исследование.

Результаты. Среди обследованных 500 детей, было обнаружено, что 89 детей (17,8%) страдают ЭСО. Из них 36 мальчиков, 53 девочек. У 46 детей (9,2%) был диагностирован двусторонний ЭСО.

Данные тимпанометрии показали, что у детей с ЭСО в 32,1% регистрировалась тимпанограмма типа С, в 50,3%- типа С, в 17,6% определялись другие типы тимпанограмм. Надо отметить, что отоскопически двусторонний ЭСО был диагностирован только в 12% случаев, односторонний ЭСО - 10,36% случаев. Это подтверждает, что отоскопическая картина не всегда отражает состояние структур среднего уха, ЭСО должен всегда подтверждаться с помощью тимпанометрии.

Таким образом, полученные данные показывают, что дети дошкольного возраста должны раз в год проходить профилактический осмотр у ЛОР-врача для ранней диагностики ЭСО.

THE IMPROVEMENT OF ILBE – THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA IN POSTOPERATIVE PERIOD

Khamrakulova N.O., Khushvakova N.J., Oydinova F.
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. CPOM – is a wide spreading pathology of middle ear of the policlinic and hospital level of otorhinolagyngological care. In the structure of ear diseases, CPOM accounts for 27.2%.The prevalence of CPOM in our country is from 8,4 to 39,2 per 1000 population. Among patients with ENT pathology who are treated in ENT hospitals, 5,7-7% suffers from CPOM, and in the surdology departments – about 40%. CPOM with frequent exacerbations is the cause of otogenic complications, which currently occur in 3,2% of patients: 1,97% have intracranial (meningitis, brain abscess, etc.), 1,35% – extracranial (subperiosteal abscess, labyrinthitis, etc.) complications. The mortality rate from complications in CPOM is 16,1%. One of the causes for the development of destruction in the middle ear is cholesteatoma, which is detected in 24-63% of patients with CPOM with any localization of the perforation of the tympanic membrane. Bone resorption in otitis media with cholesteatoma, according to a number of authors, is detected in 78,8% of cases.

Laser therapy (LT) is a highly effective method of treatment, which has been successfully developing for more than 30 years as a completely independent direction of modern medicine. It is necessary to note the wide range of indications for LT and the possibility of its combined use with traditional methods of treatment. One of the most common methods of exposure to the human body is intravenous laser blood exposure (ILBE). A deep scientific study of the issue and the predictability of the results of therapy contribute to the use of ILBE both independently and in combination with other methods of treatment. It is difficult to find an analogue of ILBE in terms of ease of use, versatility and effectiveness of treatment.

The aim of the work was to increase the effectiveness of postoperative administration in patients after tympanoplasty with chronic purulent otitis media by choosing the optimal treatment method.

Materials and methods: 40 patients aged from 1 to 63 years were examined (the average age of the persons included in the study was from 25 to 35 years), suffering from CPOM, who were admitted to the clinic "SAOMED" and to the ENT department of the "Samarkand Regional Multi-disciplinary Children's Center" for the purpose of surgical treatment. Patients of the control group (n = 20), in addition to traditional treatment, received a course of intravenous laser therapy performed using the Matrix-ILBE device. The procedure was performed daily, for 10 days. The dynamics and effectiveness of the therapy were evaluated by using the DAS28 index.

Result: The patients were divided into 2 groups. In 38 patients (group 1), a favorable result of TP was noted – on the 9-14 day after the operation, the plastic flap was implanted. In 1 patient (group 2), the outcome of TP was unsatisfactory – at the same time, a marginal or central flap defect was noted due to an inflammatory disease of the nasal cavity.

CONCLUSION: Under the influence of intravenous laser blood exposure (ILBE), the rheological properties of blood are improved, metabolic processes are normalized, anti-inflammatory effects are shown, and regenerative processes are normalized and stimulated. As a result, the inflammatory process is stopped 2 times faster and the wound heals.

К ВОПРОСУ О ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Хушбоков А.Ч.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) признан одной из самых распространенных патологий в отиатрии и находится на втором месте по частоте

встречаемости среди ЛОР-патологии. Летальность от внутричерепных осложнений, ассоциированных с воспалением в полости среднего уха и околоносовых пазухах, составляет 16,2 – 50% [13, 33].

Современная медицинская наука об этиопатогенезе наиболее распространенных патологий в популяции пришла к мысли о мультифакториальной природе их развития у более 90% всех неинфекционных форм патологий [4]. Их отличительной особенностью считают индивидуальную проявляемость патологии вследствие сочетания воздействий генетических и средовых влияний и их силы. Для каждой такой патологии определена предрасположенность, зависящая от наследственных и внешне средовых факторов, поэтому есть больные, больше или меньше предрасположенные к развитию определенного заболевания [7].

Молекулярная генетика дает возможность оценки роли генов-кандидатов в патогенезе различных заболеваний.

В основе предрасположенности к болезням находится генетическое разнообразие (генетический полиморфизм) популяций по ферментам, структурным, транспортным белкам, антигенным системам и т.д. Практически для каждой болезни можно выделить главные гены предрасположенности, продукты которых играют ключевую роль в инициации патологического процесса, и второстепенные, чьи продукты играют дополнительную роль. Таким образом, гены предрасположенности – это варианты генов (аллели), совместимые с нормальным ходом онтогенеза, но на более поздних стадиях развития в неблагоприятных условиях они приводят к различным заболеваниям [7].

Активно изучается влияние генетических факторов на развитие ЛОР патологии [14, 20, 21].В патогенезе ХГСО остается нерешенным ряд вопросов, что не позволяет дать целостную характеристику этиологических и патогенетических факторов его развития, а также молекулярно-генетических механизмов, связанных с нарушениями цитокинового статуса. В связи с этим представляется актуальным комплексное изучение закономерностей развития и течения ХГСО, в том числе поиск генетических предикторов тяжести заболевания, что позволит разработать алгоритмы персонального тестирования для оценки предрасположенности к развитию ХГСО, развитию его осложненных и тяжелых форм

Можно сделать предварительный вывод, что становление ХГСО из острого среднего отита также примерно одинаково будет зависеть от наследственных и средовых факторов, однако это предположение необходимо многократно перепроверять.

ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ВА АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

Хушбоков А.Ч.
Тиббиёт ходимларинг касбий малакасини ривожлантириш маркази
Ташкент, Узбекистан

Тадқиқод мақсади: Ўрта қуловнинг яллиғланиш касалликларини олдини олишдаги айрим муаммоларни аниқлаш.

Кузатувимиздаги урта кулокнинг сурункали йирингли яллигланиш касалликлари аникланган беморларнинг анамнезидан, касалликнинг пайдо бўлишида бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, совуққотиш, тез-тез шамоллашлар, юқори нафас йўлларининг хасталиклари сабаб булади, демак кулоқ касалликларининг пайдо бўлиши ижтимоий иқтисодий , экалогик холат, яшаш тарзи ва иш мухитининг омиллари мухим ўринда эканлиги маълум бўлди.

Ўрта қулоқ касалликларини олдини олишнинг бош масалаларидан бири ўткир яллиғланиш жараёнларини сурункали формага ўтишига олиб келувчи омилларни йўқотиш ёки камайтириш. Кўкрак ёшидаги болаларда касалликни келиб чиқишларида организмнинг табиий резистентлиги мухим урин тутади. Кўкрак сути таркиби(она сути)да носпецифик гуморал химояни таъминловчи лизоцин, иммуноглобулинлар ва бошқа куплаб биокимёвий фаол моддалар мавжуд булиб, болаларни ташки мухит шароитига мослашишида ва касаликларни олдини олишда мухим ахамиятга эга. Кўкрак ёшидаги болаларда касалликларни, жумладан ўрта қулоқ касалликларини олдини олишда ва даволашда она сути мухим ўринда туради.

Болалада яқин йилларга қадар юқумли касалликларда ўткир йирингли урта отит кўплаб амалиётларда кузатилган. Хозирги пайтда болалар орасида специфик профилактиканинг ўтказилиши бўғма, қизамиқ, қизилча, полимиелит каби касаликларининг кескин рўй беришлари амалиётда кузатилмаяпти.

Ўткир отит ривожланиши ва унинг сурункали шаклга отишида бурун ва халқумда сурункали инфекция ўчоғининг мавжудлиги катта ахамиятга эга. Ушбу ўчоқларни ўз вақтида санация қилиш ва бурун орқали нафас олишни тиклаш ўрта отитларни ривожланиши профилактикасининг муҳим компонентларидан бўлиб хисобланади.

Ўткир ўрта отит отказган беморлар соғайгандан кейин хам отоскопияда мъёрий манзара болса хам олти ой давомида шифокор назоратида бўлиши зарур. Ушбу муддат охирига келиб беморлар қайта қуринишлари лозим, агар эшитувни зайифлашиши, отоскопик манзарани ўзгариши аниқланса лозим булган даволаш тадбирлари ўтказилади (эшитув найига ҳаво жунатиш, ноғора парда пневмомассажи, биостимуляторлар) корсатмага асосан жарроҳлик амалиёти:

тимпанатомия, ноғора бўшлиғини шунтлаш кабиларни бажариш лозим. Агар жарроҳлик амалиётига корсатмалар бўлмаса бемор диспансер назоратига олиниши ва даврий равишда йилига бир-икки марта тиббий кўрикдан ўтиши лозим. Сурункали, йирингли, ўрта отит билан оғриган беморларда узоқ вақт ремиссия холати кузатилса, отоскопик манзара нормал болганда хам ўрта қулоқ бўшлиғида кенг микёсда кариесли жараён ёки холетсеотома ривожланиши мумкин, бу эса хаёт учун оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ РЕЧИ И ЗВУКОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Шайхова Х.Э., Хаджимухамедов Ш.Б.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность. В настоящее время метод кохлеарной имплантации является наиболее эффективным в слухоречевой реабилитации глухих детей. Кохлеарный имплант обеспечивает восстановление порогов слухового восприятия до 20-40дБ, качественно улучшает восприятие звуков окружающей среды, но вместе с тем, не дает возможности автоматически понимать речь и разговаривать свободно. Период времени необходимой для этого реабилитации (развития слухового восприятия и речи) охватывает весь период обучения в садике и в школе.

Цель.: анализ особенностей речевого развития ребенка после кохлеарной иплантации при долинглавальной потере слуха.

Методы исследования. Для проведения анализа исследования были использованы данные из историй болезни 35 пациентов, состоящих и наблюдающихся в клинике Инвиво, г. Ташкент за период 2018-2021гг.

Результаты. Даже после достижения оптимальной настройки речевого процессора кохлеарного импланта пороги слуха составляли 20-40дБ и соответствовали 1 степени тугоухости. Это давало ощутимые затруднения восприятия при общении носителя кохлеарного импланта с окружающими, если они общались тихим голосом и на расстоянии (особенно при использовании сложных речевых звучаний- окончаний, предлогов, приставок, тихих согласных). Наличие КИ только с одной стороны, затрудняло восприятие звуков в шуме. Эти пациенты также испытывали трудности при локализации звука в пространстве, восприятии речи при участии в беседе нескольких собеседников.

Выводы. Пациенты с КИ затрудняются в дифференциации фонем, сходных по акустическим характеристикам в специально созданных условий (отсутствие шума, восприятие речи с опорой на артикуляцию говорящего, четкая дикция собеседника, направленность звучания со стороны имплантированного

уха) звуки и речь с КИ искажены, обрабатываются медленнее, процесс слушания требуется внимательности и четкости. Особенность пациентов с КИ-достаточно длительная реабилитация и адаптация к восприятию звуков с электронных носителей.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЭЛЕКТРОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Шайхова Х.Э., Хаджимухамедов Ш.Б.
Ташкентская Медицинская Академия

Цель: Оценка различных методов диагностики нарушений слуховой функции у детей и факторов, влияющих на эффективность использования слуховых аппаратов и кохлеарных имплантов.

Материалы и методы: Обследовано 46 детей с сенсоневральной тугоухостью в возрасте от 3 месяцев до 5 лет. Комплексное аудиологическое обследование включало отоскопию, тимпанометрию, акустическую рефлексометрию, регистрацию ОАЭ, КСВП (в ответ на щелчки, тоны и чирп-тоны), ССВП, мульти-ССВП, поведенческую и игровую аудиометрию. В 80% случаев тугоухость была врожденной, в 20% - приобретенной.

Результаты: согласно полученным результатам, определение порогов слышимости на основании ССВП и КСВП требует сопоставления с данными поведенческой аудиометрии и сурдопедагогического обследования. Регистрация КСВП в ответ на чирп-тоны частотой 500 Гц позволяет получить представление о восприятии низкочастотных звуков, а в ответ на чирп-тоны частотой 4000 Гц – о восприятии высокочастотных звуков. При изучении факторов, влияющих на качество реабилитации детей, принимались во внимание результаты сурдопедагогического обследования и развития речи ребенка. Эффективность слуховых аппаратов в нашей группе детей зависела от степени тугоухости, времени обнаружения тугоухости или глухоты, адекватности выбора слуховых аппаратов, типа ушных вкладышей, настройки слуховых аппаратов и помощи со стороны сурдопедагога. Кохлеарная имплантация решает проблему реабилитации глухих детей. Своевременная диагностика и адекватная помощь со стороны сурдопедагога и родителей, развитие звуковосприятия и памяти способствует развитию речи у ребенка.

ТИМПАНОСКЛЕРОЗ

Эргашев У.М.
Ташкентская Медицинская Академия

Тимпаносклероз (ТСК)–это исход неспецифического воспаления среднего уха, приводящее к образованию плотных конгломератов в толще слизистой оболочке среднего уха и/или барабанной перепонки, который впоследствии приводит к снижению слуха (1,3,5,6,7). По данным различных авторов, доля пациентов с тимпаносклерозом среди всех больных с хроническим воспалением в среднем ухе составляет от 3% до 43% (1,2,4). Статистические данные тимпаносклероза по Республики Узбекистан очень скудны из-за отсутствия возможности диагностики в регионах. Учитывая тот факт, что тимпаносклероз это исход неспецифического воспаления среднего уха, по количеству выявленных больных хроническим средним отитом можно вычислить реальные масштабы распространенности данной патологии в нашей Республики. По прогнозам всемирной организации здравоохранения, к 2030 году число лиц с социально значимыми дефектами слуха увеличится более чем на 30%. Этот факт подтверждает актуальность тимпаносклероза, что побудило интерес к данной патологии.

Этиология тимпаносклеротического процесса к настоящему времени изучено фрагментарно и целостного взгляда на данную патологию не имеется. Достоверно известно, что склерозирование слизистой оболочки напрямую связано с негнойным воспалительным процессом–средним отитом бактериальной или вирусной природы.

Мы провели ретроспективный анализ истории болезни пациентов пролеченных в ЛОР отделении многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в период с 2016 по 2019 год. Были отобраны истории болезни 57 пациентов с диагнозом «Хронический средний отит, тимпаносклероз» в возрасте от 18 до 62 лет. Из них 31(54%) были женского, 26(46%) мужского пола.

По распространённости патологического процесса больные были разделены на три группы: только на барабанной перепонке 11 больных (19,3%); 2г руппа на барабанной перепонке и вокруг молоточка, 27 больных (47,4%); 3 группа по всей барабанной полости 19 больных (33,3%).

Длительность хронического отита была от 10 лет и больше. Выделений из уха не было более чем 5 лет.

Удалённые тимпаносклеротические бляшки были подвержены гистоморфологическим исследованиям, что позволило обнаружить участки хронического катарального воспаления с преобладанием макрофагов,

нейтрофилов, а также участки грубоволокнистой соединительной ткани, элементы кальцинатов. В отдельных случаях обнаружены элементы костной ткани и многослойные гиалиновые массы. Это доказывает, что тимпаносклероз не является морфологически завершенным процессом, а продолжает постепенно прогрессировать.

При проведении спектроанализа удаленных масс на тимпаносклеротических бляшках выявлены ненасыщенные жирные кислоты, что свидетельствует о наличии продолжающегося хронического воспаления. Данное состояние может свидетельствовать о возможности образования тимпаносклеротических бляшек промежуточными продуктами хронического воспаления.

Детальный ретроспективный анализ данных позволил обнаружить тот факт, что количество больных из южных и западных регионов Республики было больше чем остальных. Для выяснения причины установленного нами факта мы провели сопоставление данных об особенностях регионально-климатических условий жизни и обнаружили разницу в жесткости питьевой воды в этих регионах, которая была больше, чем в остальных регионах.

Таким образом наши наблюдения показали, что тимпаносклероз имеет прямую корреляцию с хроническим воспалением среднего уха и климатические природные условия, а также жесткость питьевой воды могут иметь значение в патогенезе тимпаносклероза.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА СРЕДНЕГО УХА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ОТИТА

Эсамурадов А.И.[1], Мирзаева М.А.[2], Шамсиев Д.Ф.[3]

[1]Ташкентская медицинская академия

[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт

[3]Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальность: Хроническое воспаление среднего уха, несмотря на значительный прогресс в профилактике, диагностике и лечении, остается одним из самых распространенных и опасных заболеваний детского возраста. Это связано со многими медицинскими и социальными причинами, а также с такими неблагоприятными последствиями, как тугоухость и опасность внутричерепных осложнений, вызванных обострениями хронического процесса в среднем ухе.

Материалы и методы: Нами было обследовано 84пациента с хроническим гнойным средним отитом, находившихся на стационарном лечении в ЛОР отделении, клиники ТМА Ургенчского филиала. Разделение по гендерному признаку: мужчин 58 (69%), женщин 26 (30,9%), разделение по

локализации воспалительного процесса: эпитимпанит – 9 (10,7%), мезотимпанит – 53(63%), эпимезотимпанит – 22 (26,1%) пациентов. Длительность заболевания составила от 4 до 11 лет. Микробиологические методы включали изучение видового состава микрофлоры из уха на твердых питательных средах; после видовой идентификации выделенной микрофлоры исследовали ее чувствительность к антибиотикам различных групп методом диффузии в агар со стандартными индикаторными дисками. Для выращивания культур стрептококков и гемофильной палочки создавали микроаэрофильные условия с применением 10%-ного CO2.

Результаты: По результатам микробиологических исследований внаружномслуховомпроходесразнойчастотойвысевалисьграмположительныекокки (Staphylococcus aureus, Staph. spp., St. epidermidis), грамотрицательные неферментирующие (Pseudomonas aeruginosa) палочки; облигатно-анаэробные (Peptostreptococcusspp., Fusobacterium spp.) бактерии, дрожжеподобные (Candida spp.) и плесневые (Aspergillus spp.) грибы и др., чаще в ассоциации (2–3 микроорганизма). St. epidermidis в посевах из наружного слухового прохода оценивали как представителя нормального биоценоза кожи наружного слухового прохода. Смешанная флора иногда была представлена ассоциациями Staphylococcus aureus с грамотрицательной флорой (11%), в 4% случаев в микробных ассоциациях присутствовали дрожжевые и плесневые грибы. В посевах из антрума и барабанной полости микробные патогены присутствовали в исследуемом материале в моноварианте: Staphylococcus aureus (55%), неферментирующая палочка (25%), вульгарный протей (10%), Klebsiella pneumoniae (5%). У больных с выраженным блоком адитуса, приведены результаты исследования микробной флоры различных отделов среднего уха у детей с хроническим гнойным средним отитом. Данные исследования показали, что у всех больных с выраженными деструктивными изменениями в среднем ухе возбудители отличались высокой резистентностью к антибактериальным препаратам. Лечение таких больных необходимо проводить с использованием меропенема в сочетании с фторхинолонами местно.

Заключение. Таким образом, в результате бактериологического исследования установлено, что в этиологической структуре ХГСО доминирующими микроорганизмами являлись грамположительные гноеродные кокки (золотистый и эпидермальный стафилококки), неферментирующие палочки (синегнойная палочка), реже выявляли облигатно-анаэробные микроорганизмы, среди них преобладали пептострептококки.

РАЗДЕЛ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

НАУЧНЫЙ АНАЛИЗ ПЕВЧЕСКОГО ГОЛОСА ИСПОЛНИТЕЛЯ МУГАМА С ПОМОЩЬЮ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ВО ВРЕМЯ ИСПОЛНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОГО МУГАМА

Александрия Султан фон Брюсельдорфф
Азербайджанская Национальная Консерватория, Баку, Азербайджан

Азербайджанский вокальный мугам, *дастгях* мугам, является важной ветвью модально-традиционной азербайджанской музыки. Основанный на различных школьных традициях древних городов Азербайджана, инструментальный и вокальный мугам исполняется как импровизационный процесс. Традиционное исполнение вокального мугама певцами-хананде требует музыкальных навыков, владения необычайным вокальным диапазоном, сильного, яркого и гибкого голоса и преданности делу на протяжении всей жизни. Несмотря на обилие научного материала, включающего всестороннее исследование почти всех аспектов мугама, мало что известно об акустических и физиологических особенностях вокального аппарата исполнителей мугамаи о том, как воспроизводится звук во время исполнения мугама. Настоящее новаторское исследование было проведено впервые в рамках вокальной науки, медицины и педагогики касательно азербайджанских исполнителей вокального мугама с использованием динамической Магнитно-Резонансной Томографии (МРТ)в режиме реального времени. Данное исследование направлено на изучение движений различных органов голосового аппарата мужского субъекта при исполнении традиционного Азербайджанского мугама *Баяты-Шираз* известным исполнителем мугама, Народным Артистом Азербайджана, солистом Азербайджанского Государственного Оперного Театра Мансумом Ибрагимовым, согласившимся выступить в этом исследовательском проекте в рамках моей текущей докторской работы под названием «Акустические и физиологические параметры вокального аппарата исполнителей мугама и ашигов» в Азербайджанской Национальной Консерватории. При содействии научного директора отделения диагностической радиологии проф. Д-ра Юргена Хеннига и доктора Максима Зайцева в Университетском медицинском центре Фрайбурга, во время сеанса были сделаны МРТ-сканирование во время исполнения в положении лежа на спине, а также измерение и оценка данных, реконструкция изображений и объединение видеофрагментов со звуком. Основываясь на качественном и количественном подходах, эта невероятная видеозапись

раскрывает профили голосовых трактов, включая артикуляционные различия, раскрытие губ, ширину глотки и др. во время исполнения мугама. В результате, такое глубокое изучение горла исполнителя мугама с использованием медицинских и акустических инструментов принесет пользу многим дисциплинам, в том числе практикующим врачам, отоларингологам, заботящимся о певцах с повышенной чувствительностью, педагогам по вокалу и, что наиболее важно, исполнителям, которые могли бы получить знания о собственном голосе с целью развития своей деятельности; а также предоставит важную информацию для просвещения о здоровье, благополучии и физиологических певческих стратегиях исполнения мугама в образовательном, медицинском и педагогическом контекстах.

Ключевые слова: Азербайджанский мугам, ханенде, наука голоса, акустические параметры, анатомо-физиологические особенности певца, магнитно-резонансная томография в реальном времени, артикуляционные различия, раскрытие губ, ширина глотки, положение гортани, горло, отоларингология, вокальная педагогика, Мансум Ибрагимов.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГИПОТИРЕОДИЗМА НА АКУСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ГОЛОСА

Акбаров Э.Ф.

National Prime Hospital, Баку, Азербайджан

При литературном обзоре возможно обнаружить немалое число научных работ, посвященных влиянию эндокринной системы на ЛОР органы. Наряду с этим, гормоны щитовидной железы регулируя процессы обмена веществ не могут не оказывать влияния и на гортань, в частности. Благодаря исследованиям уже известно, что при гипотиреозе (Г) происходит утолщение подслизистого слоя гортани, за счет скопления мукополисахаридов. Однако насколько выражены при этом клинические проявления, есть ли прямая корреляция между уровнем тиротропного гормона (ТТГ) и изменениями в функциях гортани?

Целью нашего исследования является попытка установить предполагаемые изменения в акустических параметрах голоса пациентов, перенесших тотальную тироидэктомию по поводу карциномы щитовидной железы и находящихся в вынужденном состоянии Г до получения радиоактивного йода (около 30-40 дней). Учитывая все критерии в исследование, были включены 24 пациента (9 мужчин и 15 женщин) в среднем возрасте 34,95±12,46 лет. Всем пациентам был произведен акустический анализ голоса (multi-dimensional voice program) непосредственно до аблационной терапии (в

состоянии Г) и через 1,5 месяца после начала заместительной терапии (в эутироидном состоянии).

Из акустических параметров были оценены частота основного тона (ЧОТ), нестабильность голоса по частоте (jitter) и по амплитуде (shimmer).В состоянии Г без учета половой разницы самый высокий ЧОТ равнялся 226,2 Гц, а самый низкий составил 94,4 Гц (средний показатель 159,9±39,7 Гц). Акустический анализ после заместительной терапии показал самый высокий ЧОТ равный 275 Гц, а самый низкий 115,4 Гц (средний показатель 185,4±49,2 Гц). Зарегистрированные показатели обоих периодов были сопоставлены при помощи т-теста. В результате были выявлены статистически значимые изменения ЧОТ у обоих полов($p<0,0001$).

Это исследование в очередной раз указывает на негативное воздействие недостатка щитовидных гормонов на качество голоса, вне зависимости от возраста и половой принадлежности и полное восстановление после начала заместительной терапии. Соответственно, рекомендуется уведомлять пациентов этой категории о возможных преходящих нарушениях в качестве голоса в послеоперационный период с обязательной отметкой в предоперационном эпикризе.

ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСФОНИЕЙ

Алиева М.У., Наджимутдинова Н.Ш., Абдукаюмов А.А., Мансурова С.А.
Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Педиатрии, Ташкент, Республика Узбекистан

Дисфония (расстройство голоса) является довольно распространенным заболеванием, затрагивающий почти одну треть населения. Существует большое количество патологических процессов, являющихся причиной возникновения дисфонии. При сохранении дисфонии в течение более 4 недель обязательным является проведение ларингоскопии для исключения серьезных заболеваний гортани. Для повышения эффективности лечения, ранней диагностики и профилактики заболеваний голосового аппарата целесообразно внедрение в практику врача-оториноларинголога, современных объективных методов оценки состояния голосовой функции гортани, позволяющих осуществить раннюю диагностику нарушений голосовой функции.

Целью исследования явилось изучение особенностей спектральных характеристик голоса при дисфониях у детей

Материал и методы исследования: проведено исследование 25 детей в возрасте от 3 лет до 10 лет с охриплостью голоса длительностью более 4 недель.

Проведено комплексное обследование с включением методов эндоскопической визуализации. Для исследования спектральных характеристик голоса проведен спектральный анализ голоса. Исследование проведено на специальной компьютерной программе, которая позволяет адекватно представлять частотный диапазон от 0 до 22 кГц. Спектральный анализ проводится также по программе Sound Forge 4.0 методом быстрого преобразования Фурье с различными вариантами параметров усреднения.

Результаты исследования. Методами визуализации выявлено следующие патологические процессы в гортани: голосовые узелки – 36%, мембрана голосовых связок – 16%, односторонние парезы голосовых связок – 24%, респираторный папилломатоз – 24%.

Спектральный анализ голоса выявил, что при длительном, рецидивирующем течении дисфоний исследование спектрального состава голоса, анализ устойчивости основного тона и продолжительности фонации различных гласных звуков помогает прогнозировать течение заболевания, оценить степень вероятности перехода функциональных изменений в органическое состояние.

СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИОННОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ОСНОВЕ ПАРАМЕТРОВ ЛЕЙКОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Арифов С.С.[1], Хасанов А.А.[2], Хасанов С.А.[1]

[1]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

[2]Частная клиника «Хасанов Абдурахмон»

Установлено, что в ответ на различные по силе раздражители в организме человека развиваются определенные адаптационные реакции. Л.Х.Гаркави и соавт. установили, что каждой из адаптационных реакций соответствует определенное состояние неспецифической резистентности, объективным и упрощенным показателем которой является лейкоцитарная формула.

Цель исследования. Оценить состояние неспецифической резистентности организма у больных хроническим тонзиллитом (ХТ).

Материалы и методы. Всего обследованы 45 больных ХТ, которые были разделены на 2 группы. В первую группу были объединены 31 больных ХТ пожилого и старческого возраста, у которых кроме указанной патологии не выявлены заболевания других органов и систем. Вторая группа сформирована из 14 больных ХТ в возрасте от 25 до 45 лет, также без сопутствующих и сопряженных заболеваний. Формирование групп, таким образом, проведено с целью исключения влияния других факторов на показатели лейкограммы.

Определение типа адаптационной реакции проводили на основе анализа лейкоцитарной формулы крови согласно рекомендациям Л.Х.Гаркави и соавт.

Результаты исследования. У больных первой группы РТ выявили 16 (51,6%), РА – 13 (41,9%) и РХС – 2 (6,5%) больных. Во второй группе 3 (21,4%), 9 (64,3%) и 2 (14,3%) соответственно. Из двух вариантов РА, в первой группе РСА встречался в 9 (69,2%) и РПА в 4 (30,8%) случаях и во второй группе 5 (55,6%) и 5 (45,4%) соответственно. У больных в первой группы наиболее часто встречалась РТ, далее РА и наименьше РХС. Во второй группе наиболее часто встречалась РА, далее РТ и наименьше РХС. Из вариантов РА в первой группе чаще установлен РСА, а в группе сравнения – РПА. В процентном сопоставлении в группе сравнения РХС встречалась два раза чаще, чем в первой группе. Патологический тип адаптационной реакции, т.е. РХС встречался только при ХТТАФ II степени и по одному больному ХТТАФ I степени в каждой группе. У 65% больных ХТПФ первой группы и 25% второй группы установлена РТ. У 60% больных ХТТАФ I степени обеих групп встречался РА. При ХТПФ из двух вариантов РА в обеих группах чаще установлена РСА (первой группе - 85,7%, второй группе – 66,7%). Следует отметить, что при ХТПФ РПА встречалась чаще во второй группе (33,3%) по сравнению с первой группой (14,3%). При ХТТАФ I степени из двух вариантов РА в первой группе РСА и РПА встречались поровну (50%), тогда как во второй группе чаще установлен РПА (66,7%). Следует отметить, что при ХТТАФ I степени РСА встречалась чаще в первой группе (50%) по сравнению с первой группой (33,3%).

Таким образом, у больных ХТ наряду с патологическими реакциями (РХС), которая установлена у всех больных ХТТАФ II степени и 10% ХТТАФ II степени, наблюдались различные типы физиологических адаптационных реакций (РА, РТ). При неблагоприятном течении ХТ неспецифическая резистентность снижена, что проявляется патологическим адаптационной реакцией – РХС, либо предельным напряжением нормальной адаптационной реакции – в умеренном (РСА) или выраженной в виде (РПА).

METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS

Artikova D.T.
Professional Development Center qualifications of medical professionals

Relevance. In recent years, special attention has been paid to pathological changes in the tonsils of the palate as a possible latent infectious foci of intoxication and oozing of the body. At the same time, the existing conservative methods of treating chronic tonsillitis (ChT) are not fully pathogenetically justified, since they do not

completely block the infection and do not inhibit its spread to other organs and systems of the body.

Obtained results. The method of treatment of ChT patients includes traditional general therapy and local treatment of patients.21 patients in traditional treatment (Group I),local treatment was carried out with 3% solution of Lugol to the surface of the tonsils, washing the lacuna of the tonsils with an antiseptic solution of furacillin in a ratio of 1: 5000. In the proposed method, 25 patients (II Group) took part, in which, in addition to the general traditional treatment, patients were additionally prescribed to drink the drug "Bakstims" 5.0 ml 3 times a day Local treatment of patients in this group consisted of: washing the lacuna of the palatine tonsils with an antiseptic solution of furacillin in a ratio of 1:5000, inject from 2 to 5 ml of the drug "Bakstims"into the lacunae. As a result of the treatment, the patients of both groups noted improvement in the general condition of the subject, expressed by the disappearance of complaints from the patients. As a result of treatment, in 93% of patients of the II Group, complaints disappeared after 4 local treatments, although local treatment of 6-7 units with antiseptic solution was necessary for the disappearance of complaints in Group I patients, this was observed in 87% of all patients. After treatment in the pharyngoscopy, 17.2% of redness and infiltration of the palatine tonsils disappeared in I group patients and 47.6% in II group.A month later, a re-examination of the patients showed that redness and infiltration in the Palatine Arches was observed in 16.3% of patients of Group I and 57.4% of patients of Group II. Treatment did not have a therapeutic effect in 47.4% of patients in Group I and 10.7% in Group II. The emptying of the tonsils after treatment significantly decreased in 35,4% of patients of Group I, 82,3% of patients of Group II. In Group I 38,1% and 6,9% changes were not observed in Group II. Pathological detachment of the lacunae of the tonsils after treatment was lost in both groups of patients. A month after the treatment, 82,1% of patients in Group I and 100% of patients in Group II did not find pathological detachment from the lacunae. After treatment of lymphadenitis in the jaw, the rate significantly decreased to 28,7% in Group I and to 75,9%in Group II.A month after the treatment, these figures were 19,3% in Group I and 78,9% in Group II. The conducted course of treatment did not have any effect on the lymphadenitis of the jaw in 59.8% of patients of Group I and 12.4% of patients of Group II. In the majority of patients of the II Group who received the drug" Bakstims" immediately after treatment, many local symptoms of ChTdisappeared: tangy almond lacunae were cleaned from caseous-purulent plugs, the tonsils were emptied, the infiltration, redness and swelling of the larvae disappeared. After therapyin Group II, the lymph nodes in the jaw decreased significantly, the pain disappeared. In Group I, in the majority of patients treated traditionally lymphadenitis and porous redness were preserved.

Summary: As a result of the conducted studies, we were able to determine a number of advantages of local treatment with the drug "Bakstims" in comparison with the accepted traditional method of local treatment of ChT. This was confirmed by a decrease in the level of control value of MDAs in the blood of patients who received an antioxidant agent in the structure of the treatment complex. Normalisation of catalase activity in patients means that the antioxidant balance in the body is normalised and membrane destructive processes stop, a situation not seen in patients who have been treated traditionally.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС: ЭТИОЛОГИЯ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

ВладимироваТ.Ю., Чечко А.Н.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ

Цель. Выявить этиологические факторы и предпосылки развития рецидивов паратонзиллярного абсцесса для определения лечебной тактики.

Методы исследования. С ноября 2020 года по июнь 2021 года на базе клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ было проведено комплексное обследование 17 пациентам с паратонзиллярным абсцессом при поступлении: исследование уровня рНи α-амилазы слюны, С-реактивного белка в крови, трансоральное и чрескожное ультразвуковое исследование паратонзиллярной области, компьютерная томография глотки.

Пациенты были разделены на две группы. К первой группе относились пациенты с рецидивом паратонзиллярного абсцесса. Во вторую группу входили пациенты с первой в анамнезе госпитализацией по указанному заболеванию.

Выявлялись этиологические, клинико-анатомические предпосылки развития рецидивов паратонзиллита/паратонзиллярного абсцесса.

Результаты. Первая группа составила 5 человек, вторая – 12. Проведен анализэтиологических причин. Одонтогенные причины впервой группе составили40 % (2 пациента), у которых были диагностированыретенированный 2.8 зуб и средний кариес 1.7 зуба; во второй группе 8 % (1 пациент) с ретенированным1.8 зубом. Тонзилогенные причины в первой группе - 60 % (3 пациента), во второй группе - 66,6 % (8 пациентов). У 25 % (3 пациента) со второй группы причина не была выявлена. У пациентов с одонтогенной этиологией при исследовании рНслюны она составляла меньше 7,0. α-амилазы слюны была повышена у одного пациентав первой группе с тонзилогенной этиологией и составляла 610 Е/мл (верхняя граница нормы 530 Е/мл). Во второй группе у 25 % пациентов (3 пациента)была повышена α-амилазы слюны (2 пациента были с

хроническим тонзиллитом, 1 без поражения небных миндалин). С-реактивный белок был повышен у всех пациентов в первой и во второй группе. При трансоральном и чрескожном ультразвуковом исследование паратонзиллярной области у всех пациентов были выявлены анэхогенные образования в области воспаления. У первой группы также отмечались гиперэхогенные изменения (рубцовые изменения), во второй группе указанных изменений не выявлено. При компьютерной томографии глотки во всех случаях отмечалась асимметрия мягких тканей в области мягкого неба. При объеме жидкости от 2 мл отмечалась визуализация жидкости в центре абсцесса.

Заключение. В настоящий момент, согласно требованиям клинических рекомендаций РФ, при поступлении пациентов с паратонзиллярным абсцессом нет обязательного исследования биохимического состава слюнной жидкости ротовой полости, ультразвукового исследования. При отсутствии поражения небных миндалин эти исследования необходимы для точной верификации первичного очага инфекции, который может быть связан с воспалением слюнных желез Вебера, одонтогенными причинами.

Исходя из полученных выше результатов, компьютерная томография глотки не выявила значимых анатомических различий у пациентов с рецидивом паратонзиллярного абсцесса и впервые выявленном. Гиперэхогенные изменения в паратонзиллярной клетчатке выявленные при ультразвуковом исследовании у пациентов с рецидивом могут являться одной из его причин, что может быть связано с поражением протоков слюнных желез Вебера и последующим их воспалением с вовлечением паратонзиллярной клетчатки. О данном этиологическом факторе свидетельствует повышение α-амилазы слюны у части пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ

Вохидов У.Н., Шерназаров О.Н., Султонов Д.М., Эрматов А.З.
Ташкентский Государственный стоматологический институт

Стенозы гортани (СГ) являются относительно редкой патологией и составляют по данным различных авторов до 7,7%, от общего количества оториноларингологических больных, при этом точных данных о распространенности паралитических стенозов гортани (ПСГ) в литературе не представлено.

Целью исследования явилось оценка эффективности различных видов хирургического лечения больных с двусторонними паралитическими стенозами гортани.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 28 пациент (18 женщин и 10 мужчины) в возрасте от 18 до 75 лет, страдающий паралитическим стенозом гортани, находившийся на лечении в клинике Ташкентского государственного стоматологического института на кафедре оториноларингологии в период с 2016 по 2020 год. В работе представлен анализ 28 случаев хирургического лечения двусторонних паралитических стенозов гортани. Развитию стеноза гортани в нашем исследовании у 100% пациентов предшествовали оперативные вмешательства на щитовидной железе. Наряду с общими клинико-лабораторными методами с целью диагностики двусторонних паралитических стенозов гортани до операции, во время хирургического вмешательства, в послеоперационном периоде использовались непрямая и прямая ларингоскопия, фиброларингоскопия.

Результаты исследования. ПО методу хирургического лечения больные были разделены на 3 группы. Больным первой группы с целью щадящего восстановления дыхательного просвета гортани 8 пациентам (2 мужчин и 6 женщин (25% и 75%, соответственно) проведено внутригортанное микроларингохирургическое лечение двустороннего паралитического стеноза гортани путем частичного иссечения голосовой складки в задней трети и голосового отростка черпаловидного хряща. У больных второй группы с целью компенсации дыхательной недостаточности оперативное расширение голосовой щели в межголосовом пространстве в задней трети путем латерофиксации по Lichtenberger была произведена у 6 больных с парамедианным положением голосовых складок. Из них 1 пациент - мужчина и 5 - женщин (16,67% и 83,33%, соответственно). Латерофиксация голосовой складки лигатурой проводилась под контролем зрения при помощи опорной микроларингоскопии.

У больных третьей группы хирургическое лечение в виде дилятации гортани с установкой стента-дилятатора проводилось у большинства включенных в исследование пациентов (50%, 14 человека).

У больных первой группы в послеоперационном периоде отмечалось расширение просвета гортани до 6-8 мм и улучшение дыхательной функции. Дыхание было компенсировано в покое, но физическую нагрузку выполнять не могли. У больных второй группы в сроки от 8 месяцев до 1 года, наблюдалось постепенное сужение просвета гортани и стеноз возобновлялся. При этом, при односторонней латерофиксации голосовой складки, рестеноз отмечали у 2 пациентов (33,3%). У 2 больных третьей группы ухудшение дыхания в виде постепенного нарастания дыхательной недостаточности наблюдалось в сроки от

1 года до 4 лет. При объективном осмотре пациентов ширина голосовой щели на вдохе составляла не более 3 мм.

Выводы: Результаты лечения с применением латерофиксации голосовой складки, частичного иссечения голосовой складки в задней трети и голосового отростка черпаловидного хряща показали, что после проведения вышеуказанных методов хирургического вмешательства в 33% случаев возникает рецидив стеноза, поэтому необходимо разработать тактику хирургического лечения и послеоперационного ведения данного категория больных.

LASER ENDOSCOPIC LARYNGOPLASTY IN PATIENTS WITH CHRONIC PARALYTIC STENOSIS OF THE LARYNX

Vokhidov U.N., Shernazarov O.N.
Tashkent State Dental Institute

One of the types of stenosis of larynx is paralytic stenosis of the larynx (PSL), in which the narrowing of the larynx lumen is associated with a disorder of motor function in the form of a decrease in the strength/amplitude of voluntary movements (paresis) or their complete absence (paralysis) due to a violation of the innervation of the corresponding muscles of the larynx.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of laser endoscopic laryngoplasty in patients with chronic bilateral paralytic laryngeal stenosis.

Materials and methods of study: We observed 22 patients with chronic bilateral paralytic stenosis of the larynx, from 22 to 66 years old at ENT department Tashkent state dental institute during 2017 to 2020. From observed patients 16 of them were female and 6 were male. In 11 patients in anamnesis was carried out surgery on the thyroid gland, in other patients were not provided thyroid gland surgery.

Evaluation of effectiveness of the treatment was carried out on the basis of general clinical data, standard otorhinolaryngological examination, video endostroboscopy, fibrolaryngoscopy, spirometry.

Results: According to the data of endoscopic research methods, the vocal folds of the patients were in the paramedian position before the surgical treatment. In 7 of them, cicatricial changes were revealed in the area of the interscapular part of the larynx, in 4 patients, scars and granulations were noted in the sublining space, above and around the tracheostomy tube.

In the surgical treatment of patients with chronic paralytic stenosis of the larynx, we used the method of laser endoscopic submucosal chordaritenoidotomy. A diode laser with a wavelength of 980 nm was used in the contact mode.

On the second day after the operation, all patients noted an improvement in breathing. During fibrolaryngoscopy and video endostroboscopy, the following

dynamics of the laryngoscopic picture was observed: during the first 48 hours after the operation, there was edema of the mucous membrane in the area of the surgical intervention. On the 3rd-7th day after the operation, the edema of the laryngeal mucosa decreased significantly, on the 10th-14th day, reactive inflammation in the larynx was minimal.

In the long-term postoperative period (after 4-6 months), we examined 9 patients. With video endostroboscopy: the glottis is triangular; during phonation, the anterior 2/3 of the vocal fold on the side of the operation performed touch the contralateral side, which provides a sonorous voice.

Thus,the Laser submucosal chordaritenoidotomy is a gentle method of surgical treatment due to the fact that the volume of the resected tissues is optimal for the formation of a lumen of the larynx sufficient for breathing and preservation of the voice and protective function of the larynx.

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF THE LASER ENDOSCOPIC LARYNGOPLASTY IN PATIENTS WITH CHRONIC PARALYTIC STENOSIS OF THE LARYNX

Vokhidov U.N., Shernazarov O.N., Sultonov D.M.
Tashkent State Dental Institute

Chronic stenosis of the larynx (CSL) is a group of diseases which is the main symptom of is persistent narrowing of the larynx lumen, disrupting the flow of air into the respiratory tract, leading to the development of obstructive respiratory failure, as well as pronounced impairment of the voice function. One of the types of stenosis is paralytic stenosis of the larynx (PSL), in which the narrowing of the larynx lumen is associated with a disorder of motor function in the form of a decrease in the strength/amplitude of voluntary movements (paresis) or their complete absence (paralysis) due to a violation of the innervation of the corresponding muscles of the larynx.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of laser endoscopic laryngoplasty in patients with chronic bilateral paralytic laryngeal stenosis.

Materials and methods of study: We observed 22 patients with chronic bilateral paralytic stenosis of the larynx, from 22 to 66 years old at Otorhinolaryngology department during 2017 to 2020. From observed patients 16 of them were female and 6 were male. In 11 patients in anamnesis was carried out surgery on the thyroid gland, in other patients were not provided thyroid gland surgery.

Evaluation of effectiveness of the treatment was carried out on the basis of general clinical data, standard otorhinolaryngological examination, video endostroboscopy, fibrolaryngoscopy, spirometry.

Results: According to the data of endoscopic research methods, the vocal folds of the patients were in the paramedian position before the surgical treatment. In 7 of them, cicatricial changes were revealed in the area of the interscapular part of the larynx, in 4 patients, scars and granulations were noted in the sublining space, above and around the tracheostomy tube.

In the surgical treatment of patients with chronic paralytic stenosis of the larynx, we used the method of laser endoscopic submucosal chordaritenoidotomy. A diode laser with a wavelength of 980 nm was used in the contact mode.

On the second day after the operation, all patients noted an improvement in breathing. During fibrolaryngoscopy and video endostroboscopy, the following dynamics of the laryngoscopic picture was observed: during the first 48 hours after the operation, there was edema of the mucous membrane in the area of the surgical intervention. On the 3rd-7th day after the operation, the edema of the laryngeal mucosa decreased significantly, on the 10th-14th day, reactive inflammation in the larynx was minimal.

In the long-term postoperative period (after 4-6 months), we examined 9 patients. With video endostroboscopy: the glottis is triangular; during phonation, the anterior 2/3 of the vocal fold on the side of the operation performed touch the contralateral side, which provides a sonorous voice.

Thus,the Laser submucosal chordaritenoidotomy is a gentle method of surgical treatment due to the fact that the volume of the resected tissues is optimal for the formation of a lumen of the larynx sufficient for breathing and preservation of the voice and protective function of the larynx.

ПРИМЕНЕНИЕ CO_2 ЛАЗЕРА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ

Гаффарова М.А.[1], Ахорова З.А.[2], МавлановаЗ.Р.[3]

[1]ООО «Медицинский Дом», медицинский центр Добромед, Россия

[2]Таджикского госмедуниверситета им. Абуали ибн Сино, Таджикистан

[3]Худжандское отделение ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”, Таджикистан

Проблема хронического тонзиллита по-прежнему сохраняет свою актуальность как во врачебном, так и в общемедицинском плане и представляет приоритетную задачу в современной оториноларингологии. Значимость данной проблемы, обусловлена ростом и частотой встречаемости этой патологии среди всех возрастных групп населения. До сих пор нет единого мнения об

эффективности того или иного способа лечения хронического тонзиллита, несмотря на постоянное совершенствование и разработку новых методов. Поиск современных и эффективных методов лечения хронического тонзиллита продолжается.

Одним из путей повышения эффективности системы здравоохранения и более экономического использования больничных ресурсов, является внедрение малозатратных технологий и развитие стационар замещающих форм оказания медицинской помощи населению. К их числу относятся дневные стационары и центры амбулаторной хирургии.

Рост уровня жизни людей, повышение внимания к собственному здоровью позволяет получать качественную медицинскую помощь и проходить обследования, не только в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, но и за счет собственных средств. Многопрофильные частные клиники оснащены современным оборудованием. Население, несмотря на снижение реальных доходов, обращалось и обращается в коммерческие медицинские учреждения для получения квалифицированного высокотехнологического лечения.

Новым направлением в оториноларингологии является применение CO_2 лазеров. Использование CO_2 лазеров в оториноларингологии обусловлено тем, что эти лазеры обладает гемостатическим действием. Проблема кровотечения во время и после операции на небных миндалинах была весьма актуальной, с использованием лазеров минимизировалась, как и снизился риск развития осложнений, сократились сроки выздоровления и реабилитационный период.

Цель исследования. Применение CO2 лазера при лакунотомии небных миндалин у пациентов с хроническим тонзиллитом.

Материалы и методы исследования

В медицинском центре Добромед и на базе кафедры оториноларингологии Таджикского госмедуниверситета проведено лечение пациентов с хроническим тонзиллитом CO_2 лазером в амбулаторных условиях. Оториноларингологическое и лабораторное обследование проведено 40 пациентам (20 женщин и 20 мужчин), страдающим хроническим тонзиллитом в возрасте от 18 до 55 лет.

Результаты и обсуждение

После предварительной санации небных миндалин проводили лечение с применением CO_2 лазера Eraser-C. CO_2 лазер относится к типу инфракрасных лазеров, т.к. генерирует лазерное излучение на длине волны 10,6 мкм. Лечение в импульсном режиме проведено (22 пациентам, женщин – 12, мужчин -10), в ультра импульсном режиме (18 пациентам, из них женщин -8, мужчин-10). Лакунотомию небных миндалин проводили под местной анестезией с применением геля и спрея Дисилан.

При работе в импульсном режиме фокусированный лазерный луч мощностью 6,5 - 7,5 Вт направляли на поверхность пораженной миндалины и производили вапоризацию в течении 10-15 мин до появления гладкой поверхности. При этом вапоризируется не вся миндалина, а лишь ее поверхностные участки с гнойными пробками. При этом большая часть лимфоидной ткани, обеспечивающей иммунную защиту, остается. После удаления поверхностных слоев оставшаяся лимфоидная ткань под влиянием лазера уменьшается в размерах.

В ультраимпульсном режиме лакунотомия небных миндалин также осуществляли под местной анестезией, длительность импульса составляла 550 мкс, частота излучения равнялась 350 Гц. Все пациенты процедуры перенесли хорошо. Отмечена минимальная зона термического поражения. После процедуры 2-3 дня наблюдался небольшой отёк небных миндалин, фибринозный налёт на миндалинах, болевые ощущения при глотании.

Сравнение воздействия импульсного и ультраимпульсного режима показало, что при обоих режимах достигается одна и та же глубина зоны воздействия. Однако ширина зоны коагуляции при работе в импульсном режиме гораздо больше, чем при воздействии в ультраимпульсном режиме. Преимущество работы в ультраимпульсном режиме перед импульсным заключается в том, что один и тот же эффект достигается в короткий период времени по сравнению с импульсным режимом работы, не происходит нагрев близлежащих тканей, за счет чего снижается вероятность возможных осложнений.

Выводы

CO_2 лазер обладает избирательным действием, что гарантирует хороший клинический результат, способствует быстрому заживлению. Абляция проходит в зонах воздействия лазерного луча, без травмирования соседних тканей. Безопасность пациента во время процедуры, нет неприятных ощущений. Короткий реабилитационный период.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Джаббарова Д.Р., Мухитдинов У.Б., Салимов М.З.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время хронический аденоидит продолжает занимать одно из первых мест среди инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у детей. Этим заболеванием страдает 5,3% детей в возрасте от 3 до 14 лет. У детей дошкольного и младшего школьного возраста

патология глоточной миндалины составляет 74,3% в структуре заболеваний уха, горла, носа. В структуре заболеваний верхних дыхательных путей доля хронического аденоидита составляет 20-50%.

Неблагоприятные эффекты хронического аденоидита на здоровье ребенка многообразны: они нарушают нормальный процесс дыхания, формируют характерные изменения лица, приводят к опасности развития осложнений со стороны жизненно важных органов: патологии сердца, почек. В настоящее время доказана тесная связь заболеваний бронхолегочной системы у детей с аденоидитами.

Цель исследования: изучить анамнестические данные детей больных хроническим аденоидитом

Материалы и методы исследования: в исследовании принимали участие 75 детей в возрасте 3-11 лет. Было сформировано 2 группы: 50 детей с диагнозом хронический аденоидит (основная группа) и 25 практически здоровых детей (контрольная группа).

Средний возраст пациентов основной группы составил 7,5±0,84 лет. Длительность анамнеза заболевания колебалась от шести месяцев до 5 лет, в среднем 3±0,5 лет.

Сопутствующими заболеваниями были: гипертрофированные небные миндалины 2 степени у 26%, 1 степени у 9%, 3 степени 4%, признаки хронического тонзиллита обнаружены у 16%.

Результаты исследования. При анализе анамнестических данных нами было установлено, что у родителей детей основной группы достоверно чаще наблюдались хронический тонзиллит и гипертрофия аденоидов ($p<0,05$ в обоих случаях), что свидетельствует о наследственной предрасположенности к формированию данной патологии.

Выявленная нами в основной группе более высокая частота осложнений беременности у матери ($p<0,05$) может быть одной из причин нарушения органогенеза плода, влиять на дифференцировку органов и клеток его иммунной системы, в том числе и глоточной миндалины.

Кроме того, у детей основной группы чаще отмечались перинатальные осложнения ($p>0,05$), анемия и энцефалопатия, раннее искусственное вскармливание ($p<0,05$ и $p<0,001$, $p<0,01$, соответственно) и проявления атопического дерматита ($p<0,001$), что можно отнести к факторам, предрасполагающим к развитию хронической патологи.

Более чем у 20% детей с хроническим аденоидитом отмечался неблагоприятный аллергический фон. Так, в анамнезе этих детей отмечались проявления атопического дерматита, обструктивного бронхита.

Развитие заболевания большинство родителей связывает с началом посещения детского дошкольного учреждения (89,4%). К группе часто болеющих детей было отнесено 80,0% обследуемых основной группы, что достоверно выше показателя контрольной группы ($p<0,001$).

Заключение. Было установлено, что развитие хронического аденоидита и гипертрофии аденоидов у детей связано с наследственной предрасположенностью, неблагоприятным течением перинатального и адаптивного периода в дошкольном учреждении.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУТИКАЗОНА ПРОПИОНАТА В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОИДОВ У ДЕТЕЙ.

Джаббарова Д.Р., Эгамбердиева З.Д., Иброхимов Х.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Гипертрофия глоточной миндалины является одной из наиболее частых причин назальной обструкции у детей, примерно у 70% детей дошкольного возраста, с жалобами на нарушение носового дыхания. Считается, что увеличение размеров глоточной миндалины у детей в возрасте 1–7 лет носит физиологический характер и обусловлено закономерными транзиторными изменениями иммунной системы возрастного характера.

Совершенствование терапевтических технологий при патологии глоточной миндалины связано с использованием возможностей противоаллергического лечения, а также антибактериальной, противовоспалительной, иммунорегулирующей терапии. Особое место занимают интраназальные кортикостероиды, применение которых способствует снижению экспрессии провоспалительных цитокинов в лимфаденоидной ткани, уменьшению интенсивности воспалительной реакции и объемных размеров глоточной миндалины.

Целью данного исследования было изучение влияния интраназального применения кортикостероида флутиказона пропионата на показатели назальной обструкции у детей с гипертрофией глоточной миндалины.

Материал и методы. В открытое клиническое исследование было включено 20 детей (12 мальчиков и 8 девочек) в возрасте 1–7 лет со среднетяжелыми проявлениями назальной обструкции, обусловленной гипертрофией глоточной миндалины. Пациентам включенным в исследование, назначали флутиказон пропионат (Флутинекс) в суточной дозе 100 мкг (по одной инсуффляции препарата в каждую половину носа 2 раз в день) в течение 4 недель, для диагностики гипертрофии глоточной миндалины использовали эндоскопию носа и носоглотки. При эндоскопии носоглотки до начала лечения

определялась гипертрофия глоточной миндалины с 50–80% хоанальной обструкцией.

После лечения результаты эндоскопии носоглотки позволили констатировать наличие хоанальной обструкции в интервале 25–45%, максимальная степень обструкции 45% просвета хоаны регистрировалась у 3 из 20 (15%) пациентов. Противовоспалительное действие препарата связано с угнетением экспрессии медиаторов воспаления и ингибированием синтеза метаболитов арахидоновой кислоты что способствовало значительному уменьшению объемных размеров глоточной миндалины.

Выводы. Учитывая минимальную биодоступность флутиказона пропионатаи способность препарата воздействовать на ключевые механизмы воспалительного процесса, его можно рекомендовать в качестве важного компонента комплексного лечения гипертрофии глоточной миндалины.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ У ВЗРОСЛЫХ.

Каршибоев Ф., Абдуллаева Н.Н.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы. В общей структуре заболеваний верхних дыхательных путей одно из значительных мест занимает патология гортани. При этом существенный удельный вес 55-70% случаев среди всех продуктивных процессов приходится на доброкачественные новообразования гортани различного гистологического строения. К факторам риска развития опухолей гортани можно отнести: вредное влияние окружающей среды, в том числе повышенное содержание канцерогенных веществ, курение, злоупотребление алкогольными напитками, воспалительные процессы в верхних дыхательных путях, наследственность, стрессы, микротравмы, повышенные голосовые нагрузки. Доброкачественные новообразования гортани приводят к нарушениям фонаторной и дыхательной функций и способны к озлокачествлению в 3-8% случаев.

Несмотря на успехи в диагностике, хирургическом и медикаментозном лечении сохраняются и имеют определенную актуальность целый ряд проблем, связанных, прежде всего, с качественным лечением данной патологии. В настоящее время весь арсенал научных исследований направлен на совершенствование методик и повышение результатов лечения больных с новообразованиями гортани.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с доброкачественными опухолями гортани.

Материал и методы исследования: В клинике LOR Medical Service обследовано 35 взрослых пациентов в возрасте от 20 до 56 лет с доброкачественными опухолями гортани. Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное обследование.

Результаты исследования. С целью определения оптимального метода хирургического лечения все больные были разделены на две группы.

1-я (10 больных) — больные, которым выполнено удаление новообразования с помощью эндоларингеальной микрохирургии гортани инструментальным способом;

Для удаления опухолевой ткани использовали микроинструменты, а остановку кровотечения осуществляли с помощью микрокоагулятора «ERBE», мощностью неболее15 Вт с экспозицией 0,3-0,5 сек., что позволило избежать обугливания тканей.

2-я (25 больных) —пациенты, оперированные путем использования световой энергии, излучаемой лазером на диоксиде углерода CO2 (AlmaLasers, Израиль). Мощность излучения на выходе световода от 6 до 8 Вт. Возможность использования более низкой мощности лазера и механизма быстрой доставки энергии лазера позволяет регулировать длительность импульса в интервале от 0,1 до 10 с и проводить абляцию ткани без обугливания и предсказуемую, повторяемую вапоризацию на микроскопическом уровне.

В послеоперационном периоде все больные находились на традиционном лечении. Кроме того, больных после завершения лечения переводили на фонопедическую коррекцию к фониатрам. После соответствующей фониатрической реабилитации голос у таких больных становился звучным.

Выводы

1. При сравнении возможностей лазерной и инструментальной хирургии-первая имеет ряд несомненных преимуществ, тем не менее в случаях диагностической эндоскопии (взятие биопсии) оправдана инструментальная хирургия .

2. Фонопедическая коррекция служит обязательным и неотъемлемым компонентом в комплексе лечения больных с различными доброкачественными новообразованиями гортани. В послеоперационном периоде фонопедия обеспечивает уменьшение сроков реабилитации.

РОЛЬ ГРИБА КАНДИДА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Касимов К.
Андижансий Государственный медицинский институт

Актуальность работы: Статистические данные свидетельствуют о высокой распространенности хронического тонзиллита среди населения, особенно, у лиц молодого возраст. В ряде случаев при хронических заболеваниях миндалин имеет мест суперинфицирование грибами, что изменяет течение хронического тонзиллита и затрудняет консервативное лечение. Необходимость данного исследования продиктован, возрастающей ролью грибковой флоры в патологии миндалин [3].

Цель исследования: Сопоставление данных микологического исследования больных хроническим тонзиллитом с морфологическими и бактериологическими исследованиям небных миндалин после тонзилэктомии.

Материалы и методы исследований. Параллельное микологическое и морфологическое обследование проведено 25 больных хроническим тонзиллитом, среди них 11 мужчин и 14 женщин в возрасте от 10 до 46 лет. Микологическое обследование производилось путем посева патологического материала из лакун миндалин селективные среды.

Результаты исследования: Обследованы 40 миндалин, с каждой из которых перед тонзилэктомией сделан посев на жидкую среду Сабуро с последующим пересевом через сутки на твердую среду Сабуро. Сплошной рост Кандида в культуре получен у 13 больных. У 12 больных при посеве патологического отделяемого из небных миндалин роста грибковой флоры не было выявлено. Удаленные миндалины фиксировали в нейтральном формалине. Морфологическое исследование проводилось на тотальных парафиновых срезах сделанных по длину миндалин. При микроскопическом исследовании гистологических препаратов миндалин у всех больных, у которых в посеве из миндалин получен рост грибковой флоры были обнаружены грибковые элементы, как при использовании ШИК реакции, так и при окраске по Грам-Вейгарту, грибковые элементы выявлялись в виде отдельных дрожжевых клеток, почкующих дрожжеподобные элементы, расположены группами, несептированных гифов псевдомицелия, встречающихся в виде отдельных фрагментов. При этом дрожжевые элементы обнаруживались не только в криптах, но и на глоточной поверхности миндалин на уровне покровного эпителия, а также субэпителиальной соединительной ткани.

Дрожжеподобные скопления встречались на уровне лимфоидной ткани, лимфатических фолликулов, соединительно-тканной капсулы и изредка в паратонзиллярной ткани. Псевдомицеллярные структуры определялись в составе тканевого детрита крипт, на глоточной поверхности миндалин, на уровн покровного эпителия и в субэпителиальной соединительной ткани непосредственно под эпителиальной выстилкой, при этом нити псевдомицелия как бы проникали из соединительной ткани в покровный эпителий. В одном наблюдении ниточка псевдомицелия выявлена в лимфатическом фолликуле. В криптах и на поверхности миндалин нити псевдомицелия, как правило, определялись в ассоциации с микробной кокковой флорой, но при наличии их в ткани миндалин они не имели микробного компонента.

Морфологическая картина хронического тонзиллита у больных данной группы не имела каких - либо специфических черт, выделяющих её из обычной картины хронического тонзиллита.

Однако, она отличалась большей степенью выраженности воспалительной реакции, дающей основание говорить об обострении воспалительного процесса. Так, на многих участках глоточной поверхности миндалин наблюдалась инфильтрация покровного эпителия нейтрофильными лейкоцитами со слущиванием покровного эпителия вплоть до образования эрозивной поверхности.

Подлежащая соединительная ткань была густо инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, сегментоядерными лейкоцитами, особенно, в местах эрозий. Сосуды субэпителиальной зоны были полнокровны, с утолщенной гомогенной стенкой и набухшим сочным эндотелием, с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов в просвете.

Состояние лимфоидной ткани миндалины характеризовалось резкой гиперплазией лимфатических фолликулов с выявлением реактивных центров и парафолликулярной зоны, богатой клетками - типа плазмобластов с базофильной цитоплазмой. В реактивных центрах фолликулов часто обнаруживались макрофаги с пигментными включениями в цитоплазме, дающими слабое ШИК - позитивное окрашивание. При наличии склеротических изменений лимфоидной ткани в участках склероза отмечалось большое количество тучных клеток, нередко с явлениями дегрануляции. Крипты были выполнены детритом и лейкоцитами. Во многих участках эпителиального покрова наблюдались картины лимфоэпителиального симбиоза, то есть взаимного проникновения лимфоидной и эпителиальной ткани, что делало неразличимой границу между покровным эпителием и подлежащей лимфоидной тканью. В группе больных с отрицательными результатами микологического обследования микроскопически дрожжевые элементы выявлены у 5 больных.

Гистологически у 3 больных в миндалинах, в которых были выявлены мицеллярные структуры, картина хронического тонзиллита соответствовала изменениям миндалин I-группы больных, то есть имело место обострение воспалительного процесса с образованием эрозией на глоточной поверхности миндалин.

Результаты гистологических исследования миндалин у больных с хроническим тонзиллитом еще раз подтверждает, что грибковое инфицирование встречается чаще, чем следует думать, и не всегда может быть выявлено только методами микроскопии и посевов.

Выводы.

1. Гистологические изменения в миндалинах не только подтвердила данные микологического обследования, но и позволила обнаружить грибковые элементы в значительно большем числе случаев.
2. При наличии инфицирования миндалин грибами рода Кандида, воспалительные изменения более выражены, что позволяет высказаться в пользу этиологической роли дрожжевых грибов в развитии обострений хронического тонзиллита.

ТУРЛИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЛИ ДИСФОНИЯЛАРДА ФОНЕАТРИК МАШҚЛАРНИ ҚЎЛЛАШ

Махамадаминова Ш.А., Махмудов А.Р.
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент

Мақсад: Қуйидаги изланиш мақсади турли этиопатогенезли дисфония билан хасталанган беморларда фонеатрик машқларни ўтказиш.

Методлар: Изланув давомида 10 та бемор қайт этилди. Баржа беморларда ЛОР аьзолари кўриги ва билвосита видеоларингоскопия ўтказилди. Анамнестик ва клиник – инструментал текширувлар натижалари йиғилди ва анализ қилинди. Беморларданафас ва фонеатрик вaLaxVox машқлари ўтказилди.

Натижалар: Фонеатрик машқларни қўллаш ёрдамида турли келиб чиқишли дисфония/афонияларни бартараф этилди. Фонеатрик машқлар 10 та беморда қўлланилди. Улардан 9 таси овоз бойлами парез/параличи, 1 та гипертонус дисфония аниқланди. Овоз бойлами парез/параличи билан беморлар 8 таси қалқонсимон бези хажмли хосилалари туфайли турли хажмдаги жаррохлик амалиётларини ўтказган. 1 та беморда парез келиб чиқиши номалум бўлиб, идеопатик деб бахоланди. Овоз сифати 10 та бемордан 7 тасида тўлиқ тикланди, 9 та паралитик дисфонияли беморлардан хаммасида тўғри нафас олишга

ўргатилиб, овоз хосил бўлишида нафас тежамкорлигига эришилди; гапиришдаги хансираш йўқолди.

Хулосалар: Овоз бойлами парез/параличи туфайли келиб чиққан дисфония аксарият сабаби қалқонсимон безда ўтказилган жаррохлик амалиётидир. Барча овоз бойлами парез/параличли беморлар овоз хириллаши билан бирга гапирганда нафас етишмаслигига хам шикоят қилишди. Нафас ва фонеатрик машқлар курсидан сўнг фонацияда нафас тежамкорлиги хамма беморларда сезиларли яхшиланди. Овоз сифати 10 тадан 7 та беморда тўлиқ тикланди.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СУБСТРАТА ОПУХОЛИ ПРИ ОПУХОЛИПОБНЫХ, ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОРТАНИ.

Муминов С.Х.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Цель: проведено изучение и оценка прогрессии предраковых поражений гортани (легкая, умеренная, тяжелая дисплазии и Cancer in situ) в инвазивные злокачественные новообразования, необходимость адекватного мониторинга и последующего наблюдения и лечения.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное изучение историй болезни пациентов с прединвазивными и инвазивными поражениями гортани за 10-летний период с 2010 по 2019гг.

Результаты: Анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов за 10-летний период показал, что общее число с ЛОР-патологией составило 28030, из них, с заболеваниями гортани – 770; женщин 302, мужчин – 468. В возрастном аспекте пациенты до 20 лет составили - 8,9%; 21-30 лет - 20,7%; 31-40 лет - 42,4%; 41-50 лет - 35,3%; 51-60 лет - 20,5%; старше 60 лет 12,2%. Как видно, наибольшая часть пациентов была в трудоспособном возрасте – 41-50 лет, что также подчёркивает актуальность проводимых исследований, т.к. прогрессирование процесса и его озлокачествление потребует проведения ларингэктомии, что в последующем влечёт за собой длительную инвалидизацию и социальную дезадаптацию.

Результаты проведённых 290 морфологических обследований показали, что у 109 (37,6%) пациентов развился рак гортани; доброкачественные фибромы – у 52 (17,9%); полип гортани – у 48(16,6%); псевдоэпилематозная гиперплазия – у 29(10,0%); киста гортани – у 21 (7.2%); певческие узелки – у 11(3,8%(; неспецифические гранулёмы – у 9(3,1%); лейкоплакия – у 7(2,4%); гемангиома – у 4(1,4%). Как видно из полученных данных морфологического исследования наибольшее количество больных выявлено с раком гортани. По морфоструктуре

из 109 (37,6%) пациентов с раком: у 24 – определялась легкая степень дисплазии, у 22 (20,2%) - средняя, у 16 (14,7%) – тяжелая, у 47(43,1%) – карцинома CIS, которая в последующем прогрессировала до инвазивного рака. Прогрессирование процесса выявлено через 4 года после проведения первичной биопсии.

Заключение: Полученные результаты предварительных исследований показали, что морфологический субстрат опухолевой ткани при предопухолевых поражениях гортани имеют большое значение для проведения правильного лечения и выбора тактики, т.к. поражения средней степени дисплазии больше по поведению схожи с тяжелой степенью поражений, а тяжелая дисплазия сильно отличается от карциномы in situ (CIS), которая является более агрессивной, в сравнении с другими поражениями.

Дисплазии гортани легкой степени могут перерасти в злокачественные поражения, причём эта способность коррелирует со степенью дисплазии покрывного эпителия.

Таким образом, гистологическая классификация предраковых поражений гортани, основанная на наличии или отсутствии атипичных клеток и на их степени несомненно имеет большое значение с клинической точки зрения, прежде всего, являясь важным прогностическим фактором исхода заболевания.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЎТКИР ЯЛИҒЛАНИШЛАРИНИ АЙРИМ КЛИНИК ВА МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Муминов С.Х.[1], Палванов Б.Б.[2]

[1]Андижон Давлат тиббиёт институти

[2]Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади: Ҳиқилдоқда ялиғланиш жараёнларида ривожланиши мумкин бўлган айрим морфологик ва клиник хосликларни аниқлаш.

Кузатувимиздаги ҳиқилдоқнинг турли кўринишдаги касалликларида клиник, лабаратор хамда махсус текширишлардан олинган натижаларни куйидагича баён қилиш мумкин.

Беморларимизда ҳиқилдоқ шиллиқ қаватларида ялиғланиш белгилари уларнинг ривожланиш муддати , тури, макро ва микро организмнинг ҳолати, жинси, ёшига боғлиқ ҳолда турлича характерга эга бўлиши ҳамда жараённинг жойлашган маконига мувофик клиник белгилари намоён бўлиши аниқланди.

Текширувларимиздан шиллиқ қаватнинг ҳужайраларининг зарарланишининг ривожланиш даражасига мутанносибликда тўқималардан ўзгаришлар намоён бўлади.

Патологик жараённинг ривожланиш даражаси ҳужайраларнинг ҳалок бўлиши (апаптоз) ва пролиферация нисбатига боғлиқ холда рўй бериши мумкинлиги аниқланди. Касалликнинг соғайиши да эса организмдаги иммун тизими билан ҳужайралар пролиферацияси ҳамда апаптоз орасидаги мувоззанатга боғлиқ ҳолда аксарият рўй бериши аниқланди.

Юқорида қайд қилганлармиздан келиб чиққан ҳолда кузатувимиздаги ҳиқилдоқнинг ўткир ялиғланишли (ларингитлар) ҳиқилдоқ танасида кечадиган ялиғланиш жараёнларини шиллиқ қаватларда ривожланадиган морфологик ўзгаришларга асосланиб ўткир ялиғланишларни фарқланишларини қуйидагича баҳоладик: Катарал, шишли – флегмоноз (Инфилътратли ва хўппозланувчи).

Ўткир катарал ларингит амалиётда мустақил камдан-кам учрайди одатда ўткир респиратор вируслик инфекцияни бир кўринишида ривожланади. Беморларимизни айримларида эса бурун-ҳалқумдаги грипп ва риновирус инфекцияларининг фаоллашуви босқичларида иккиламчи асоратланиш кўринишида намоён бўлган билвосита ларингоскапияда шиллиқ қаватнинг шишинқираши , тарқоқ гиперемия айниқса овоз бойламларида яққол намоён бўлди, айрим беморларимизда Ҳиқилдоқ шиллиқ қаватларида нуқтасимон кўринишда қон қуйилишлар шиллиқ қават безларидан ажралган қуюқ шиллиқ йиғиндиси вақт ўтиши билан қалоқларга айланишлари кузатилди. Беморларда йўталиш натижасида қалоқларни кўчишлари эса қонаш, қон аралаш шиллиқ ажралишлари кузатилди . Касалликнинг илк босқичларида беморлардан олинган биопатлар кесмаларида қил томирларининг кенгайиши , айримларида қил томирларнинг қайрилмалик тортмалар шаклидаги кўринишлари , кўчган эпителийлар уларнинг ўрнида ичида геморрагик ёки шиллиқ қон аралашлик тўпламалар, лейкоцитлар сақлаган майда пуфаксимон кўринишдаги бузилишлар,кўпчиликлари деструкцияга учраган, юзаки эррозиялар, яра-чақаланишлар, эхимоз, петехия, доғсимон, кичик-кичик ҳажмдаги қон қуйилишлар, шиллиқ қаватда айниқса овоз бойламларида, чумич-ҳиқилдоқ усти қопқоқ бурмаларида учради.

Шишллиқ ларингитларда эса шиллиқ қаватнинг ҳужайра элементлари, хужайралар аро бўшлиқларида яққол шиш вакуолизацияга ўхшаш шунинг учун ҳам кўп қаватлик копловчи эпителий айрим эпителиоцитларнинг вакуолизацияси , лейкоцитлар сақлаган катта ҳажимдаги шишли бўшлиқлар шакилланганлиги туфайлик тўқималарни бўшашганлиги шиллиқ қават ости қўшувчи тўқималарни ҳужайралар аро бўшлиқларда ва қопловчи эпителий базал мембранасида шишлар туфайли уларда бўшашганликларни аниқландик. Қўшувчи тўқималар ҳужайраларида эса дистрофия ва деструкция ҳолатлари , толали тизимлар эса гомогенизацияланган фибринлик шишиши ва фибринлик некроз рўй берганлиги аниқланди.

Флегмоноз ларингит (Ҳиқилдоқ ангинаси, шиллиқ ости ларингит).

Чўмичсимон – ҳиқилдоқ усти қопқоғи ва чўмичсимон тоғайлар оралиғидаги майдондаги лимфоид тўқималарининг ўткир ялиғланиши кесмаларида қопловчи эпителий бир маромда юпқа тортганлиги , кўп қаватли эпителий танасини ичида лейкоцитлар вакуолизацияли бўшлиқлар шиллиқ ости қўшувчи тўқималарида нейтрофилли лейкоцитлар билан диффузли инфилътирланган шиллиқ ости ғоваксимон тўқималар эса инфекциялар туфайли шишган серрозли инфилътират билан тўйинган кейин чалик жараённинг фаоллашўви туфайли йиринглаш шиллиқ ости қаватини некрози аста секин ялиғланиш чегараланиб грануляцияли тўқималар билан чегаралиниши ва хўппоз ривожланиши кузатилди. Чегараланиш рўй бермаган беморларда эса йирингланиш жараёни ҳиқилдоқ мушакларига ва тоғайга тарқалиши кузатилди.

Тадқиқотимизнинг натижаларига асосланиб қуйидагича хулосалашни имкони бўлди

- Ҳиқилдоқнинг ўткир ялиғланишларида ҳиқилдоқ танасида ривожланадиган патологик жараён бевосита макро ва микро организм ҳолати, жинси, ёши, муддати, турига, этиологиясига боғлиқ ҳолда босқичма- босқич содир бўлди.
- Ҳиқилдоқнинг ўткир ялиғланишларида айрим ҳолларда клиник белгилари бир хил бўлсада ҳиқилдоқ танасининг шиллиқ қаватлариниг ҳужайраларида рўй берадиган морфологик ўзгаришлар турли кўринишда рўй бериши аниқланди.
- Ҳиқилдоқнинг ўткир ялиғланишларини даволашда бемор организмининг иммун тизими , ҳужайралар пролиферацияси ҳамда апаптоз орасидаги мувозанатлар ва ялиғланишнинг этиологияси, беморнинг жинси, ёшиларини инобатга олган ҳолда даволаш тадбирларни белгилаш даволанишни самарали бўлишида муҳим эканлигини тадқиқотимиз тасдиқлади.

ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАПИЛЛОМАТОЗОМ

Наджимутдинова Н.Ш.

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Педиатрии, Республика Ташкент, Узбекистан

Респираторный рецидивирующий папилломатоз (РРП) относится к нередко встречающейся патологии у детей и взрослых, вызывается вирусом папилломы человека (ВПЧ) 6-го или 11-го типов, может приводить к тяжелым последствиям в связи с прогрессирующим ростом, озлакачествляться, а иногда и приводить к смерти (GalitskayaM.G., 2009; FörsterG. Etall, 2008; GoonP., 2008).

Целью исследования явилось – определение тактики ведения детей с РРП по данным иммунологических исследований

Материалом наших исследований послужило обследование 71 ребенка с РРП.Диагностика папиллом основывалась первично на ларингоскопическом исследованииЛабораторные исследования:проведено - полимеразная цепная реакция (ПЦР) При этом, проводили типирование и количественное исследование вируса в клетках для мониторинга папилломовирусной инфекции и выявления возможной взаимосвязи между вирусной нагрузки в лабораторном образце и клиническим течением (распространённостью, частотой рецидивов), а так же прогнозированием её течения.

Результаты исследования. Нами разработаны прогностические критерии мониторирования вирусной нагрузки молекулярно-биологического определения ВПЧ в биоптатах из ткани папиллом, взятых во время операций и рекомендации ведения лечебной тактики. При этом выявлено при мониторировании изменение уровня вирусной нагрузки в зависимости от вида лечения. Лечебные мероприятия в виде системной интерферонотерапии показали наилучший эффект в группе с тяжелым течением РРП при вирусной нагрузке более 1 000 000 копий на 10^3 клеток, при этом побочные эффекты нивелировали на фоне уменьшения рецидивов папилломатоза, однако длительность лечения составила 1 год. В группе больных с вирусной нагрузкой 100 000 копий на 10^3 клеток – отмечено хороший эффект при применении интерферонотерапии в течении от 3 месяцев до полугода, с минимальными побочными эффектами. В группах же при вирусной нагрузке до 10 000 копий на 10^3 клеток мы считаем нецелесообразным применение системной интерферонотерапии учитывая большое количество побочных эффектов, так же укорочение приема так же не уменьшает количество рецидивов. Лучший эффект наблюдается при использовании с профилактической целью вакцины Гардасил – так её применение нивелировало рост папиллом более чем на 3 года в группах с вирусной нагрузкой менее 100 000 копий на 10^3 клеток. В группах же до 10 000 копий на 10^3 клеток специальная терапия не требуется стоит ограничиться хирургическим удалением папиллом.

Выводы. Разработанная нами схема прогностического определения вирусной нагрузки HPV с определением на её основе тактики лечения привела к резкому сокращения количества рецидивов во всех группах с увеличением продолжительности ремиссии и сокращением количества оперативных вмешательств. Данная тактика позволяет избежать развития побочных эффектов применения системной интерферронотерапии и в тоже время дает возможность уменьшить количество хирургических манипуляций и уменьшения возможности рубцовых осложнений.

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

Норкулова Л.Э., Абдуллаева Н.Н.
Ташкентская медицинская академия

Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии является лечение пациентов со стенозами гортани и трахеи. Если в случаях острых стенозов гортани возникает прямая угроза жизни больного, что диктует необходимость принятия экстренных мер, то хронической стеноз требует специализированной высокотехнологичной хирургической помощи. Разнообразие этиологических факторов и клинической картины заболевания обуславливает необходимость детального изучения методов точной топической диагностики данной патологии для выбора адекватного метода лечения.

Целью настоящей работы явилось изучение причин возникновения стенозов гортани по данным ретроспективного анализа историй болезни 264 больных ХСГ за 2010-2020гг., находившихся на лечении в клинике ТМА в отделении оториноларингологии.

В ходе исследований мы выяснили, что самые различные этиологические факторы приводят к весьма полиморфным поражениям дыхательных и пищепроводных путей. Поэтому нами использована классификация, разработанная на нашей кафедре. В основе классификации лежат 2 основных принципа: этиологический фактор и морфологический тип повреждения полых органов шеи. Такое деление позволяет детализировать особенности патологических изменений и облегчает рациональное планирование лечебной тактики.

1. Этиологический фактор:
- реанимационные мероприятия (интубация и трахеостомия);
- наружные травмы гортани и трахеи;
- двухсторонние нейрогенные параличи гортани
- ожоги гортани и гортаноглотки.
2. Морфологический тип поражения:
- хондроперихондрит,
- паралитический стеноз,
- рубцовые деформации,
- дефект.

В результате ретроспективного анализа мы выяснили, что значительное число больных перенесли реанимационные мероприятия в виде продолженной ларинготрахеальной интубации и трахестомии (107пациентов). Реанимационные

мероприятия, чаще всего, приводили к развитию хондроперихондритов (13 взрослых), либо к рубцовым стенозам подголосового отдела гортани (45 взрослых), что было обусловлено длительной интубацией, погрешностями при выполнении трахеостомии, недостаточным уходом за трубкой и стомой.

Наружные травмы гортани и шеи наблюдались у 82 больных, в результате которых формировались распространенные рубцовые стенозы в сочетании со скрытыми дефектами стенок.

Нейрогенные параличи и последствие их лечения были обнаружены у 47 больных, вследствие повреждения возвратных нервов при операциях на щитовидной и паращитовидной железах.

Ожоги гортани и гортаноглотки у 28 больных привели к стойкой рубцовой деформации пищепроводных и дыхательных путей.

Таким образом, этиологические факторы, приведшие к стойким деформациям полых органов шеи, отличались крайним разнообразием. Анализ причин позволяет определить дальнейшую хирургическую тактику лечения, и тем самым повысить эффективность проводимого лечения.

ҲИҚИЛДОҚ ФАОЛИЯТИДАН ФОЙДАЛАНИШДАГИ НУҚСОНЛАР ВА АСОРАТЛАРИ

Палванов Б.Б.[1], Муминов С.Х.[2]

[1]Тошкент тиббиёт академияси

[2]Андижон Давлат тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади: Ҳиқилдоқнинг ишлатишдаги айрим нуқсонларни ва асоратланишларини аниқлаш

Кузатувимиздаги беморларнинг касаллик анамнезидан , клиник , лаборатор ва махсус (билвосита ва бевосита ларингоскопия) текширишлар натижаларини таҳлилидан ҳиқилдоқнинг турли касалликларини этиологияси ва ривожланиш босқичлари, клиник намоён бўлишлари турли характерда эканлиги аниқланди.

Тиббий адабиётларда ёзилишича ҳиқилдокда 40 дан ошиқ касалликлар учраши ва уларнинг этиологияси, клиникаси ва оқибатлари турличадир. Беморларимиз касаллигини этиологиясини синчиклаб таҳлил қилганимизда: ҳиқилдоқ механизмидан нотўғри фойдаланиш, шикастланишлар, яллиғланишлар ҳамда ўсмасимон, қолаверса саратон олди жараёнларини ривожланишига сабаб бўлиши мумкин экан. Буларни барчасини инобатга олиб ушбу йуналишда яъни ҳиқилдоқ фаолиятидан фойдаланишдаги нуқсонларга батафсилроқ тўхталмоқчимиз.

Дарвоқе, ҳиқилдоқ механизмидан нотўғри фойдаланиш овоз бурмаларини шикастланиши билан бир қаторда ҳиқилдоқ мушакларини ўзаро ҳаракат мувозанатларига путур етказади. Бу эса овоз бурмаларини зич жуфтлашмаслиги оқибатида ва ҳаво окимини овоз тирқиши орқали тез ўтиши бунда шиллик кават тўқималарида сўрилиш- сўриш хусисияти ва бошқа ҳаракатлантирувчи жараёнлар ривожланиб, овоз бурмаларини қил томирлар деворини ўтказувчанлигини ошириши натижасида шиллиқ қават эпителийсини шиши ва қалинлашиши ривожланади. Овоз бурмаларида турғун йўғонлашиш ҳиқилдоқ бурмаларини олд қисми шиллиқ қаватида локал қалин тортилишлари содир бўлади. Буларнинг барчасини асосий сабабчиларидан бири овоздан нотўғри фойдаланиш. Ҳиқилдоқнинг ташкил қилган мураккаб анатомик тизимидаги носоғлом ҳолатлар уларнинг танасида патологик ривожланишнинг манбаи бўлади.

Баьзи беморларимизда овоз бузилишини сабабчиси ҳиқилдоқнинг ташқи мушаклари ва ютқун мушакларида овоз ҳосил булишида тўхтам бўлмаслигидан эканлиги аникланди. Баьзи муаллифларнинг ва бизнинг фикримизча кучаниб сўзлаш овоз бурмаларида полипларни, қадаҳ ҳамда тугунларни ривожланишининг сабабчиларидан бири бўлиши мумкин. Бу хавфсиз патологик жараённи ҳаёт учун юқори даражали хавфли эмас деб тушунилади. Аммо бемор учун улар доимо ноқўлайлик, безовталик ва хавотирликни туғдиради. Шуни қайд килиш лозимки бу хатарсиз жараёнлар саратонли жараёнга нисбатан инсонларда 18 маротаба кўпроқ учрайди. саратон олди касалликлари ва саратонни ривожланишида этиологик омилларнинг энг асосийларидан бири ҳиқилдоқда аввалам бор хавфсиз жараёнларни ривожланишидир. Шу сабабли амалий шифокорлар ва овозни бузилиши билан шуғулланувчи мутахасисслар полипларни ва тугунчаларни сабабчиларини яхши билиши ва клиник морфологик кечишларини фарқлашлари лозим. Бу самарали даволаш усулини қўллашга имкон яратади. Кучаниб ҳосил қилинган овоз ҳиқилдоқ фаолиятини издан чиқаради. Овозни кўпинча бузилишини асосида хаддан ташқари овоз аъзосини мушакларини таранглашиши сабаб бўлади. Узоқ муддатда давом этувчи фаолиятини зўриқиши натижасида ҳиқилдоқ мушакларини мадори камаяди, ҳаётий фаолияти йуқолади ва аддукция заифлашади. Маьлумки ҳиқилдоқ фаолиятини зўрайиши одатда барча овоз ҳосил қилувчи тизим механизмига тарқалади, бу аьзони айрим кисмларига бошқаларга нисбатан кўпроқ юклама-оғирлик тушади. Шамоллаган даврида ашула айтиш ёки кучаниб сўзлаш баьзи бир одамларда одатга айланган ҳиқилдоқ фаолиятини зўриқтириш шамоллаш ўтгандан кейин хам давом этади. Узоқ муддатга давом этувчи овозни зўриқтириш вақт ўтгандан кейин заифланиб, қўшимча нафас олиш, овоз бурмаларини эса салқи бўлиш ҳолати кузатилади. Бу қалқон-чумичсимон

мушакларни заифлашганидан дарак беради. Ҳиқилдоқ атрофидаги мушакларни таранглашганлигини кўз билан кўриш ва пайпаслаб аниқлаш мумкин. Ҳиқилдоқ мушакларини юқори даражали таранглашишини белгиси овоз бурмаларининг орқа чўмичсимон тоғайлар тарафидаги қисмини очилиб туриши, ёруғликни узунлиги ўзгарувчан овоз кўшимча нафас олиш, турли даражадги қаттиқлик ва ғижирлаш билан ҳосил бўлади. Агарда бу ҳолат йўқолмаса, овоз бурмаларини шиллиқ қаватида қадах, тугунча, сурункали нохусусиятли ларингит ривожланади. Ҳиқилдоқдаги бундай ўзгаришлар овозни хириллашишига, дағаллашишига, кўшимча нафас олишга олиб келади. Бу ҳолатга инфекция кўшилса сурункали яллиғланиш ва овоз бурмаларини қаттиқланиши ривожлантиб чуқур морфофункционал жараёнлар кузатилиши мумкин.

Овоздан нотўғри фойдаланиш яни кучаниб гапиришнинг сабабчиси ҳиқилдоқдаги аъзовий ўзгаришлар бўлиши мумкин. Аъзовий ўзгаришларга бақириш, қичқириш, чинқириш, кўп гапириш, нафас олаётганда ва чиқараётганда кучаниб овоз ҳосил қилиш, нафас олаётганда сўзлаш, шиддатли портлов даражасида овоз чиқариш, қаттиқ овоз ҳужуми, тез-тез йўталиш, чекиш, ичимлик ичишга ружу қилиш, чангли муҳитда ишлаш ва шовқинли шароитда гаплашишлар каби омиллар сабабчи бўлиши мумкин.

Шундай қилиб ҳиқилдоқ физиологик механизмларидан нотўғри фойдаланишлар ҳиқилдоқ танасида бевосита мураккаб патофизиологик ва морфологик жараёнларни ривожланиши ва сурункали яллиғланишларни, ўсмасимон касалликларни (қадаҳ, тугунчалар, сурункали нохусусиятли ларингитлар, овоз бурмаларини турғун йўғонлашишлари) каби асоратланишлар рўй беради.

Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш ҳиқилдоқ физиологик механизмларидан туғри фойдаланиш, ҳиқилдоқнинг ўткир, сурункали ялиғлланишларини, ўсмасимон ва ўсма касалликларини профилактикасида муҳим.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CELLULAR AND HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH VARYING DEGREES OF LYMPHOPROLIFERATIVE SYNDROME.

Rasulova N.A., Abdullaev Kh.N.
Tashkent Pediatric medical institute

Relevance. Recurrent nasopharyngeal infection and an allergic response to infectious antigens are the main links in the pathogenesis of the proliferation of adenoid vegetation. The main method of treatment of adenoid vegetations is the removal of the

hypertrophied pharyngeal tonsil-adenotomy, which is most often performed in childhood both in inpatient and outpatient settings.

Goal. To study the immune status in children with adenoid vegetation and hypertrophy of the palatine tonsils. 65 sick children were under our supervision. All of them were on inpatient treatment in the otorhinolaryngology departments of the TashPMI and RSNPMC clinics from 2018 to 2021. The average age of the patients was 5.8±4.3 years. Among those surveyed, 38.3% were girls and 61.7% were boys. In children with IAV (isolated adenoid vegetations), neutrophils, abs*10 to the 9th degree (2.49±0.86) ($p<0.05$), as well as lymphocytes with the CD3 phenotype (B-lymphocytes) -(0.89±0.39) g/l were elevated in the peripheral blood, compared to the comparison group (0.73±0.44)g/l ($p<0.05$). For this group, a high level (concerning the comparison group) of IgM, mg/l -106.4±80.5 / 102.8±72 in peripheral blood was detected ($p<0.05$). In children with LLH (local lymphoid hypertrophy), a low level (relative to the control) of T-lymphocytes with the CD3 phenotype was detected - 1.40±0.22 g / l ($p<0.05$), and a high level of B-lymphocytes with the best phenotype CD3 -1.69±0.37 g / l ($p<0.05$). The same group was characterized by a high level of IgM in the peripheral blood -102.1±73.3 g / l ($p<0.05$). In children with SLH (systemic lymphoid hypertrophy), there was a deficiency (concerning the comparison group) of T - lymphocytes with the CD3 phenotype - 0.91±0.52 g/l ($p<0.05$), T-helper cells with the CD3 phenotype - 0.51±0.29 g/l ($p<0.05$). In this group of children, the levels of IgG -5.39±3.24 g/l ($p<0.05$), IgM - 102.2±72.5 g/l ($p<0.05$) in peripheral blood were significantly higher than the corresponding indicators in the comparison group of 4.09±2.14 g/l/98.2±34.2 g/l.

Conclusions. Comparing the obtained results for the main groups of cytokine and immune statuses, it can be concluded that at the time of the examination, children with HMLC had a violation of immune regulation.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОДСВЯЗОЧНОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

Рузматов К.М., Шамсиев Д.Ф.
Ташкентский Государственный стоматологический институт,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Разнообразие причин повреждения гортани и трахеи и возникающих после этого грубых изменений анатомо-топографического строения органов шеи, большой риск для жизни больного в случае посттравматических и послеоперационных осложнений - все это требует особого, индивидуального и многогранного подхода к таким пациентам. Поэтому данные пациенты представляют интерес для многих специалистов: оториноларингологов, хирургов, торакальных хирургов, эндоскопических

хирургов, реаниматологов. Одним из наиболее частых и тяжело протекающих осложнений является стеноз гортани и трахеи, лечение которого до сих пор является достаточно сложной задачей. К тому же стеноз часто рецидивирует, что также не лучшим образом влияет на излечение пациентов от этого грозного заболевания.

Цель работы. С целью улучшения результатов хирургического лечения больных со стенозами гортани и трахеи путем разработки новых операций, внедрения современных технологий и применения диагностическо-лечебного алгоритма.

Материал и методы. Для этого нами было обследовано 10 больных с хроническим стенозом гортани и трахеи.

Этиологией развития подсвязочного стеноза гортани у всех пациентов являлась длительная интубация. Всем пациентам была произведена операция баллонная дилатация подсвязочного стеноза гортани под прямой опорной ларингоскопией с использованием видеоэндоскопической техники.

Результаты. В результате проведенного лечения у всех больных удалось добиться стойкого расширения просвета подскладкового отдела гортани, сократить длительность стационарного лечения и периода полной реабилитации. Рестенозирование подскладкового стеноза гортани наблюдалось только у одного пациента.

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

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

Дилатацию рубцового стеноза подскладкового отдела гортани проводили при достижении 100% содержания кислорода в крови. В просвет стеноза после предварительно удаленной интубационной трубки заводили баллонный катетер. С помощью специального шприца-манометра в баллон диаметром 10 мм нагнетали жидкость, достигая давление в 10 атм. (время экспозиции 1 мин), затем жидкость из баллона эвакуировали и баллон удаляли. После достижения

100% сатурации через 5—6 мин процедуру повторяли. Дилатация проводилась в три подхода, между подходами проводили искусственную вентиляцию легких.

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

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

Длительность стационарного лечения составила 3-5 сут. Фиброларинготрахеоскопию выполняли в 3-е и 5-и сутки стационарного лечения. Проводилась консервативная антибактериальная, противовоспалительная (дексаметазон до 16 мг внутривенно в 1-е сутки и до 12 мг в последующие) терапия, местное эндоскопическое лечение путем инъекций дексаметазона в область рубца гортани, щелочные ингаляции, ингаляции с антисептиком. Пациентов выписывали для амбулаторного наблюдения на 7-й и 14-й дни после операции и далее наблюдали каждый месяц в течение года. Пациентам с трахеостомой при отсутствии процесса рестенозирования подскладкового отдела гортани, отсутствии жалоб на затруднение дыхания через 2 мес. после баллонной дилатации проводили пластику трахеального дефекта.

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

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

Выводы.

Система баллонной дилатации является современным малоинвазивным и малотравматичным методом лечения ограниченных стенозов подскладкового отдела гортани, позволяющим избежать проведения открытых хирургических

вмешательств -ларинготрахеальной пластики либо крикотрахеальной резекции, и значительно сокращающим длительность стационарного лечения пациентов и периода полной реабилитации.

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

Операция под прямой опорной ларингоскопией позволяет детально визуализировать зону стеноза, определить точную локализацию и под контролем зрения провести хирургическое вмешательство. Поэтому разработка новых и усовершенствование существующих хирургических способов ларинготрахеопластики является актуальной и социально значимой задачей и имеет важное практическое значение.

ОВОЗ ЎЗГАРИШЛАРИДА КОМПЛЕКС ТАШХИСЛАШ

Саломов Қ.М., Амонов Ш.Э., Маматова Ш.Р.
ТошПТИ Оториноларингология, болалар оториноларингологияси, болалар стоматологияси кафедраси

Мавзунинг долзарблиги. Овоз ўзгаришларини комплекс ташхислаш, хозирги кунда овоз ўзгаришарини ташхислашда қўлланилиш замонавий тиббиётда мухум ишлардан бири хисобланади.Кўпинча хиқилдоқ касалликлари овознинг бузилиши яни дисфония билан намоён бўлади. Овоз ўзгаришлари нафақат инсонлар ўртасидаги муносабатларга тасир қилибгина қолмай балки касбий фаолиятида хам қийинчиликлар туғдиради. Бу айниқса иш фаолияти овоз билан боғлиқ бўлган сохалар яни, ўқтувчилар, санаткорлар ва бошқа фаолияти овоз билан боғлиқ шахсларда хаёти сифатининг бузилишига олиб келади. Дисфонияни келиб чиқишига қараб функционал ва органик турларга бўлинида. Функционал дифонияда фақатгина овоз бойламларининг функцияси бузилса, органик дифонияда овоз бойламларида органик ўзгаришлар кузатилади, яни хар хил турдаги хосилалар аниқланади, мисол тариқасида овоз бойламлари полипи, кистаси, тугунчаси, папиламатози ва бошқалар.Беморлада овози ўзгариши кузатилганда биринчи бўлиб, бирламчи тиббиё ёрдам масканига яни поликлиникага оториноларингологга мурожат қилади, шунақа вақтда врач тўғри ташхис қўя олиши ва тўғри даво муолажаларини қўллай олиши керак.

Ишнинг мақсади. Овоз ўзгаришига олиб келадиган касалликларни комплекс ва замонавий ташхислаш усулларини такомиллаштириш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Текшириш “Happy life medical centre” клиникасида 50 та бемор да ўтқазилди. Текширувлан ўтган беморларнинг

ёши 6 ёшдан 80 ёшгача бўлди. Шундан аёл жинсли беморлар 17 та, эркак жинсли беморлар 33 тани ташкил килди. Болалар 11 тани, катталар 39 тани ташкил қилди. Беморларда хиқилдоқ фиброскопияси, Эндоскопияси, Стробоскопияси, Эзофагогастродуоденоскопияси, қалқонсимон безини ултратовуш текшируву, Қолқонсимон без гармонлари олинди, Бўйин азолари МРТ си, фонапед маслахати, эндокринолог маслахати ўтқазилди.

Натижалар. Клиникага мурожат қилганда барча беморлар хар хил даражадаги овоз ўзгаришига, томоғи қичишига, бази беморлар кўп гапирганида овози чиқмай қолишига ва нафаси маълум бир даражади сқишига шикоят қилди. Мурожат қилган беморларда текширишлар натижасида 18 (36%) та беморда овоз бойламлари полипи, 16 (32%)та беморда овоз бойламлари тугунчаси, 6 (12%) функционал дисфония, 8 (16%) овоз бойламлари кистаси, 2 (4%) интубациядан кейинги хиқилдоқ торайиши кузатилда. Барча мурожат қилган беморлар орасида 19 (38%) беморда ошқозон ичак системаси касалликлари, 2 (4%) беморда эрозив гастирит ва ўн икки бармоқ касаллиги учради.

Хулоса.

1. Овоз ўзгаришларига бир неча азолардаги касалликлар олиб келиши мумкин.
2. Комплекс текширишлар ўтқазиш касалликга аниқ ва тўлиқ ташхис қўйишга ёрдам беради шу билан бирга тўлиқ иузалишга олиб келади**.**
3. Ошқозон ичак системаси касалликлари хиқилдоқ холатига ёмон тасир қилади ва кейинчалик хиқилдоқ касалликларига олиб келиши мумкин.

РЕЗУЛЬТАТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хасанов А.А.[1], Хасанов С.А.[2]

[1]Частная клиника «Хасанов Абдурахмон»

[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Цель исследования. Оценить эффективность консервативной терапии больных хроническим тонзиллитом пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Всего проведен анализ результатов лечения 96 больных ХТ. Все больные были разделены на 2 группы. Первую группу были объединены 31 (32,3%) лиц, у которых не выявлены заболевания других органов и систем. Во вторую группу были включены 65 (67,7%) больных с наличием ХТ и сопутствующих заболеваний. Из общего количества больных, объединенных во вторую группу у 31 (47,7%) имелись три и более, 22 (33,8%) два и лишь 12 (18,5%) одно сопутствующее заболевание. Лечение и диспансерное наблюдение

проводилась согласно общепринятым положениям [Пальчун В.Т., 2013]. Курс консервативной терапии составил 7–10 сеансов и проводится 2-4 в год. Больным проведено с учетом течения заболевания от четырех до восьми курсов лечения в год. Продолжительность курсов составило в среднем – 2,6±0,1 лет. После окончания лечения за всеми больными осуществлялось диспансерное наблюдение в течение трех лет.

Результаты исследования. При анализе эффективности лечения 96 больных, включенных в разработку в целом у 82,3% из них к концу диспансерного наблюдения достигнуто клиническое выздоровление. При ХТПФ клиническое выздоровление установлено 93% и т.к. больные этой формой составили 74% лиц, включенных в разработку, что оказало влияние на общий результат. Аналогичная тенденция наблюдалась у больных ХТТАФ I степени. При ХТТАФ II степени клиническое улучшение и клинический положительный сдвиг достигнуты в равной степени по 42,9% каждый.

Результат в виде без изменения и ухудшение среди больных не наблюдалось.

При анализе по группам установлено, что в первой группе получена более высокая эффективности лечения. В первой группе достигнуто клиническое выздоровление 96,8% и клиническое улучшение 3,2% больных. Во второй группе клиническое выздоровление 75,2% и клиническое улучшение 18,5% и клинический положительный сдвиг 6,1% случаях.

Таким образом, проведение адекватного консервативного лечения ХТ у больных пожилого и старческого возраста позволило добиться в абсолютном большинстве случаях (82,3%) клинического выздоровления или достижения стойкой ремиссии.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Шамсиев Д.Ф., Вохидов У.Н., Шерназаров О.Н., Мамасаидов Ф.Ф.
Ташкенсткий Государственный стоматологический институт

Хронический тонзиллит занимает лидирующую позицию в структуре ЛОР-заболеваний и особенно у детей и лиц молодого возраста.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения хронического тонзиллита с применением промывания небных миндалин с назначением препарата тонзилгон Н.

Пациенты и методы исследования. Исследования проводились в ЛОР клинике Ташкентской медицинской академии с 2019по 2020 гг. В нем приняло участие 60 больных, в возрасте от 18 до 46 лет, при этом по гендерному признаку

мужчин – 22 (36,7%), женщин – 38 (63,3%) – с диагнозом хронический тонзиллит простой (26 пациентов, что составляет 43,4% от общего количества больных) и токсико-аллергической формы I степени вне фазы обострения (34 пациента, что составляет 56,6% от общего количества больных). Диагноз хронического тонзиллита основывался на комплексе анамнестических, клинических, лабораторных данных, в рамках классификации хронического тонзиллита по Преображенскому–Пальчуну. Критериями исключения пациентов из исследования являлись признаки наличия острого бактериального воспаления небных миндалин, требующие назначения системной антибактериальной терапии, аллергия на компоненты тонзилгона Н, органические заболевания печени, эпилепсия, заболевания и травмы головного мозга, противопоказания к применению спиртосодержащих лекарственных форм, а также наличие хронического тонзиллита токсико-аллергической формы II степени. Все пациенты были случайным образом распределены на две группы: основную и контрольную, каждая по 30 больных. До включения в исследование 34 пациента (56,6% от общего числа больных) получали в среднем по одному-два курса комплексной терапии в год по поводу обострений хронического тонзиллита, которая включала как прием противовоспалительных препаратов, так и промывание небных миндалин растворами антисептиков. Продолжительность заболевания у больных составляла от 1 года до 5 лет. Препарат тонзилгон Н применялся в дозировке по 2 таблетки 3 раза в день в течение 14 дней. Тонзилгон Н хорошо переносился пациентами, аллергических реакций, нежелательных явлений зарегистрировано не было. Первую группу составили 30 пациентов, у которых одновременно с приемом препарата Тонзилгон Н выполнялось промывание небных миндалин растворами антисептиков. Контрольная группа больных, которым выполнялось только лишь промывание небных миндалин без назначения препарата тонзилгон Н, составила 30 человек.

Результаты исследования. В группе больных, принимавших препарат тонзилгон Н, субъективная и объективная симптоматика положительной динамики была отмечена уже на 4±1 сутки от начала лечения в виде уменьшения болевых ощущений и чувства дискомфорта в глотке при глотании, неприятного вкуса во рту, улучшения общего самочувствия, а также уменьшения гиперемии краев передних небных дужек, их отечности, наличия патологического содержимого в лакунах миндалин. После проведенного курса консервативного лечения: чувство дискомфорта в глотке сохранилось у 2 пациентов (6,6%) в контрольной группе; патологическое содержимое в лакунах миндалин у 1 пациента в контрольной группе (3,3%), вышеуказанной симптоматики у пациентов основной группы не отмечалось. В течение 7±1 день приема препарата полностью купировались воспалительные изменения в глотке, тогда

как у больных контрольной группы этого удалось добиться только лишь спустя 9±1 день от начала лечения.

Заключение. Препарат тонзилгон Н успешно может применяться в комплексной терапии воспалительных заболеваний глотки, в частности при использовании схем лечения хронического тонзиллита простой и токсико-аллергической формы I степени у взрослых.

РАЗДЕЛ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НОСА

ЎТКИР РИНОСИНУСИТЛАРНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ЭТИОЛОГИЯСИ ВА УЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ АНТИБИОТИКЛАРГА СЕЗГИРЛИГИ

Абдуллаев У.М., Алиев Ш.Р., Шайхова Х.Э.
Тошкент Тиббиет Академияси

Мавзунинг долзарблиги. Риносинусит одамларда энг кўп тарқалган касалликлардан биридир. Касаллик этиологиясида бактериялар, вируслар, спора хосил қилмайдиган анаэроблар, замбуруғлар уларнинг бирлашмалари тез-тез учрайди. (Smith K.A., 2020й, Рязанцев С.В., 2020й)

Ҳозирги кунда Риносинусит касалликларининг камайиш тенденцияси кузатилмаётганлигининг асосий сабаби беморларда қўзғатувчилар доирасининг алмашинуви, ҳужайра ичи инфекциялари аҳамиятининг ошиши, ҳамда асосий этиологик агентларнинг антибактериал препаратларга резистентлигини кучайиши ва иммун тизими заифлашган шахслар сонининг кўпайиб бораётганлиги билан изоҳланади. (К.Ж.Джаббаров, 2012й; М.Ю.Маткаримов ва ҳаммуаллифлар, 2014й; С.В.Рязанцев, 2020й, World Health Organization 2014й, Шаумаров А.З., Шайхова Х.Э. 2020й).

Материал ва текшириш усуллари.Тадқиқот учун ТТА кўп тармоқли клиникаси оториноларингология бўлимида ва поликлиникасига мурожаат қилган ва даволанаётган 7 ёшдан 60 ёшгача бўлган беморларолинди. Булардан 17 нафари болалар ва 32 нафари катталарбўлиб, жами 49 нафар беморлар татқиқотга киритилди.Ўткир риносинусит (ЎР) ташҳиси тасдиқланган беморларда этиологик омиллари ўрганилади. Бурун бўшлиғидан биологик ашё олиш антибиотиклар билан даволашни бошламасдан олдин амалга оширилди.

Олинган натижалар ва уларнинг тахлили.ЎР касалликлари билан оғриган 17 нафар беморболаларнинг 15 нафарида йирингли ажралмаларидан (88.2%) микроорганизимлар ажратиб олинди. Катталардаэса бу кўрсаткич-32 нафаридан 27 нафар(84.4%)ни ташкил қилди.Болаларда умуман 33 та, катталарда эса 46 та микроб штаммлари ажратиб олинди. Ажратиб олинган микроб культуралари болаларда 11(73.3%) монокультура кўринишида учради, катталарда бу кўрсаткич 16(59.2%) ташкил қилди.

Аниқланган микрорганизмлар қуйидагича таснифланди: болаларда Staphylococcus sp., (12.1%), Str. pneumonia33.3%, Haemophilus influenzae21.2%, Moraxella catarrhalis 18.2%, Анаэроблар 3%, Str.pyogenes 9%, Грам(-) флора 3%ни ташкил қилди.Катталарда эса бу кўрсаткичлар қуйидагича таснифланди: Staphylococcus sp., (26,1%), Str.pneumonia 19.5%, Haem.influenzae 17.3%, Mor. catarrhalis 13.0%, Анаэроблар 8.7%, Str.pyogenes 8.7%, Грам (-) флора 6.5%,шу билан бир қаторда болаларда касаллик этиологиясида 33.3% холларда Str.pneumonia ўйнаган бўлса, катталарда бу кўрсаткич 19.5% ташкил қилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики ўткир риносинусит билан оғриган беморлардан ажратиб олинган бактериялар штамларидан стафилококклар асосан цефалоспрорин ва хинолин қатори антибиотиклари вакилларига кучли сезгирлиги, стрептококк бактериялар вакиллари эса юқорида келтирилган гуруҳлардан ташқари, пенциллин қатори антибиотикларига сезгирлиги юқори бўлди. *Haem.influenzae, Mor.catarrhalis* қўзғатувчилари эса карбапенам ва фторхинолин қатори антибиотикларига юқори сезгирлиги аниқланди.

Хулосалар.

1. ЎР касаллик келтириб чиқарувчи этиологик факторлар структурасида асосан ролни катта ёшдаги беморларда Грам мусбат кокклар, яъниStaphylococcus sp. вакиллари ўйнади.Болалардакасаллик этиологиясидаги фарқ асосан Str.pneumonia 33.3%, Haem.influenzae 21.2%, Mor.catarrhalis 18.2%, орасида аниқланди.Катталарда стрептококк гурухи бактериялари 28.2%ни ташкил қилган бўлса, болаларда эса бу кўрсатгич 42.2%ни ташкил қилди.

2. Ажратиб олинган бактериялар штаммлари болалар ва катталарда турлича бўлганлиги сабабли уларга таъсир кўрсатувчи антибиотиклар ўртасида ҳам фарқ юзага келди. Катталарда асосан этиологик омилни грам мусбат кокклар вакиллари ўйнаган бўлиб, цефалоспрорин ва хинолин қатори антибиотикларига (84%) сезгирлиги юқорилиги маълум бўлди, болаларда эса грам мусбат кокклар билан бир қаторда Haem.influenzae ва Mor.catarrhalis турлари юқорилиги учункарбапенам ва фторхинолин қатори антибиотикларига (70-80%) юқори сезгирлиги аниқланди.

RHINOGENIC COMPLICATIONS OF SINUSITIS.

Abdullaeva M.N., Nurmukhamedova F.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevance: Currently, sinusitis is one of the most common among otorhinolaryngological diseases, so the problem of timely diagnosis and treatment of sinusitis, especially its complications, is very relevant. On average, 5-15% of the adult population suffer from sinusitis, and year after year, most patients require inpatient treatment. Very often, a sluggish course of acute sinusitis, potentially increases the risk of the disease becoming chronic. Objective: to study the common types of rhinogenic complications in acute sinusitis on the basis of a retrospective analysis.Material and methods: a retrospective analysis of 630 medical records of patients treated in the Department of otorhinolaryngology from 2019 to 2021. All patients were treated according to standard methods.: anamnesis collection, general ENT examination, endoscopy of ENT organs, ONP radiography (MSCT, MRI), general blood test (UAC).Results of the study: We studied 30 patients who had rhinogenic complications after suffering from one or another acute sinusitis. The results of the retrospective analysis showed that rhinogenic complications occurred in 14 (46.6%) patients with acute frontitis, 9 (30%) with ethmoiditis and 7 (23.3%) with sphenoiditis. According to our results, the most common patients were those with orbital complications, which comprised 26 (86%) patients and 4 (14%) patients with intracranial complications. Among the orbital complications there were: dacryocystitis in 5 (19.2%) patients; subperiosteal abscess of the orbit – 4 (15.4%) patients; reactive edema of the paraorbital and eyelid tissue in 14 (53.8%) patients; retrobulbar abscess in 1 patient (3.8%); phlegmon of the orbit in 2 (7.7%) patients. The patients with intracranial complications with the lowest frequency of occurrence in acute sinusitis were 4 patients: arachnoiditis (leptomeningitis) in 2 (25%) patients; extradural abscess in 1 (12.5%); subdural abscess in 1 (12.5%); Anamnesis collection showed that 25 (83.3%) patients had recurrent sinus pain in the past, headaches in 23 (76.6%), nasal congestion and discharge in 14 (46.6%), which 15 (50%) patients were treated with antibiotics and vasoconstrictors. X-ray examination in the majority of patients 27 (90%) showed the presence of fluid level in the inflamed sinus or a total decrease in its transparency. Conclusions: 1. In acute sinusitis, orbital complications are more common (86%). The occurrence of intraocular complications is due to anatomical proximity - the orbit is surrounded on three sides by the walls of the paranasal sinuses, from below - by the maxillary, from inside - by the latticed and wedge-shaped, from above-by the frontal.2. The majority of patients with a history of recurrent sinus pain (86%) and headaches (76.6%). 3. X-ray examination in 90% of cases revealed the level of fluid in the inflamed sinus.

БОШ МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТИ БОР БЕМОРЛАР БУРУН БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ МУКОЦИЛИАР ТРАНСПОРТ ФУНКЦИЯСИНИ ТЕКШИРИШ

Абдураҳмонов И.Р., Шамсиев Д.Ф.
Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон.
Тошкенд Давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш. Мукоцилиар транспорт тизими дисфункцияларини диагностика қилиш анча қийин, яна ҳам қийинроги чиндан ҳам у рецидивланиш жараёни билан боғлиқ ёки боғлиқмаслигини аниқлашдир. Ҳилпилловчи эпителей транспорт функциясини ўрганишнинг этарлича усуллари маълум. Бугунги кунда кўпчилик текширувчилар мукоциллиар транспортни ўрганишнинг энг содда ва энг кўп маълумот берадиган метод сифатида сахарин тестини тавсия этишади Биз муаллифлар фикрига қўшиламиз ва бизнинг нигоҳимизда ҳақақатдан ҳам сахарин тести жуда қулайлиги, сезиларли даражада пул сарфи камлиги ва қўллашнинг оддийлиги сабабли клиник амалиётда кўп қўлланилиши керак.

Тадқиқод мақсади: болаликдан бош мия фалажи билан параназал синуситлари бор беморларда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоциллиар транспорт функциясини ўрганиш .

Тадқиқод усуллари ва материаллари: Самарқанд тиббиёт институти 1-клиникаси болалар неврологияси булими ва маслаҳат поликлиникасида 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган 59 та бош мия фалажи билан даволанаётган беморда ЛОР текшируви (анамнез, шикоятлари, ринскопия, фарингоскопия) ва компьютер томография текширув натижаларига асосланиб параназал синуситларнинг турли шакллари аниқланди. Бу гуруҳ параназал синуситлари бор беморларда бурун бўшлиги шиллиқ қаватининг функционал ҳолатини ўргандик. Ушбу текширувда биз стандарт сахарин тестидан фойдаландик. Бундан ташқари барча беморларда мукоцилиар дисфункция ташхисини тасдиклаш учун эндоскопик текширишга асосланган метелин кўки киритиш методидан ҳам фойдаландик. Олинган кўрсаткичларни таққослаш учун бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида патологияси бўлмаган 20 та болаликдан бош мия фалажи билан параназал синусити йўқ беморларда ҳам текшириш ўтказилди. Барча текширилган беморлар бурун бўшлиғи шиллиқ қавати функционал хусусиятларини ўрганиш давомида ўткир ва сурункали яллигланиш жараёнининг кўринишига қараб параназал синуситлар гуруҳларга бўлинди. Беморларни параназал синуситларни ўткир ва сурункали шаклини ҳар бирини 3 гуруҳга бўлиб текширу ўтказилди, яъни ўткир синусит билан 27 та бемор ($1^а$,$2^а$,$3^а$ -гуруҳлар), сурункали синусит билан 32 та бемор ($1^б$,$2^б$,$3^б$ -гуруҳлар). $1^а$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи

ўткир этмоидит ташхиси билан 12 та бемор, $2^{а}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи ўткир гайморoэтмоидит ташхиси билан 8 та , $3^{а}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи ўткир гемисинусит ташхиси билан 7 та беморда текшириувлар қилинди. $1^{б}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи сурункали этмоидит ташхиси билан 15 та бемор, $2^{б}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи сурункали гайморoэтмоидит ташхиси билан 12 та , $3^{б}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи сурункали гемисинусит, полисинусит ташхиси билан 5 та беморда текшириувлар қилинди.

Тадқиқод натижалари: таққослаш учун бурун ва бурун ёндош бўшликларида патологияси бўлмаган 20 та болаликдан бош мия фалажи билан параназал синусити йўқ беморлардан олинган натижа, яъни сахарин киритилган вақтдан оғизда ширин таъм пайдо бўлгунча ўтган вақт 5 дақиқадан 19 дақиқагача, ёки ўртача 10,7±0,76 дақиқани ташкил қилди. Ўтказилган текширув натижасида бош мия фалажи билан параназал синуситнинг ўткир шаклларида, яъни текширилган 27 та бемордан бурун бўшлиғи шиллиқ қавати мукоцилиар тарнспорт вақти ҳақида қуйидагича маълумотлар олинди. $1^{а}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи ўткир этмоидит ташхиси билан 12 та беморда бурун бўшлиғи мукоцилиар транспорт кўрсатгичи ўртача 27,4±0,62дақиқани , $2^{а}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи ўткир гайморoэтмоидит ташхиси билан 8 та беморда ўртача 28,3±0,69дақиқани , $3^{а}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи ўткир гемисинусит ташхиси билан 7 та беморда ўртача 27,8±0,66дақиқани ташкил қилди. Ўтказилган текширув натижасида бош мия фалажи билан параназал синуситнинг сурункали шаклларида, яъни текширилган 32 та бемордан бурун бўшлиги шиллиқ қавати мукоцилиар тарнспорт вақти ҳақида қуйидагича маълумотлар олинди. $1^{б}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи ўткир этмоидит ташхиси билан 15 та беморда бурун бўшлиғи мукоцилиар транспорт кўрсатгичи ўртача 28,7±0,66дақиқани , $2^{б}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи ўткир гайморoэтмоидит ташхиси билан 12 та беморда ўртача 29,7±0,69дақиқани , $3^{б}$ гуруҳ болаликдан бош мия фалажи ўткир гемисинусит ташхиси билан 5 та беморда ўртача 31,5±0,71дақиқани ташкил қилди. Текширув натижалари

Хулоса: текширув маълумотлари болаликдан бош мия фалажи бор ўткир ва сурункали параназал синусити бўлган беморларда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати транспорт функсиясининг бузилганлигини кўрсатади. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати транспорт функция бузилиш даражаси яллигланиш жараёнининг кечишига (ўткир ёки сурункали) тўғридан тўғри боғликдир.

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИИ И КЛИНИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ТАШКЕНТА

Абдурашидова Х.Б., Нурмухамедова Ф.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Аллергический ринит широко распространен среди населения земного шара и имеет тенденцию к росту. Он является одним из причин затруднения носового дыхания и ринореи, а это в свою очередь одно из наиболее частых причин обращения к оториноларингологу. В детском и подростковом возрасте вышеперечисленные жалобы влияют на качество жизни, учебу, в младшем возрасте на физическое и умственное развитие ребенка, а также на его деятельность. Кроме всего прочего аллергический ринит в большинстве случаев приводит к бронхиальной астме, что диктует более серьезного отношения к данному заболеванию.

Цель. Анализ этиологии и клинического течения аллергического ринита у детей и подростков, проживающих в городе Ташкента.

Материалы и методы исследования: Нами были проанализированы анамнестические и объективные клинические признаки аллергического ринита у55 больных детей от 3 до 18 лет, которые обратились в поликлинику при клинике ТашПМИ и в частную клинику «Happy Life Medical Centre».

Методы исследования включали: сбор анамнестических данных, общий ЛОР-осмотр, консультация аллерголога, общепринятые клинико-лабораторные исследования, аллергические пробы.

Результаты исследования: в ходе исследования 55 детей (n=26 (47,3%) девочек, n=29 (52,7%) мальчиков) на основании жалоб, ЛОР-осмотра, а также клинико- лабораторных данных был поставлен диагноз аллергический ринит. Из них у 39(70,9%) был диагностирован сезонный АР, тогда как 16(29,1%) составил круглогодичный.

Сенсибилизация была выявлена на пыльцу клёна у 28 (71,8%) детей из 39 пациентов с поллинозом, у остальных пациентов на пыльца трав и цветов – 11 (28,2% от 39),а у8 (17,78%)пациентов обнаружен аллерген на домашние животные, у 6 (13,33%) детей на бытовой пыль и у 2 (4,44%) пациентов диагностирован аллергический ринит на споры плесневых грибов.

При анализе клинического проявления аллергического ринита было определено, что основными клиническими проявлениями аллергического ринита у детей являлись ринорея (водянистые выделения из носа)–55 (100%), затруднение носового дыхания 51 (92,72%), пароксизмальное чихания – 48 (87,27%), возникающие в основном в первую половину дня, чувство жжения в носу и зуд – 38(69,1%), с вовлечением области носогубного треугольника, у

некоторых подростков - першение и зуд в горле – 34 (61,82%), слабость 28 (50,9%), нарушение сна 22 (40%). Для пациентов младшей возрастной категории были характерны такие жалобы как заложенность носа, проявляющимся ротовым дыханием, сопением, изменением голоса. У 21(38,18%) детей отмечался зуд кончика носа, при этом пациент с помощью ладони, проводил непроизвольное движением снизу-вверх (симптом - "аллергического салютом"), в результате чего у пациентов возникали поперечные носовые складки, расчесы, царапины на носу.

Выводы: Основными факторами аллергического ринита у детей является поллиноз сезонного характера (70,9%), и аллергический ринит в основном проявляется рinореей (100%), затруднение носового дыхания 51 (92,72%), периодическим чиханием (87,27%) и чувством жжения в носу и зуда (69,1%).Учитывая этиопатогенез развития аллергического ринита, данные пациенты нуждаются в консультации детского отоларинголога совместно с аллергологом, и должны проходить ежегодную лечебно-профилактическую терапию.

ҒАЛВИРСИМОН КАТАКЧАЛАР ОСТЕОМАСИ

Авезов М.И.[1], Собиров Қ.С.[2]

[1]Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали клиникаси

[2]Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази.Урганч

Муаммонинг долзарблиги: Остеома-яхши сифатли ўсма бўлиб, гарчи инфильтрат хосил қилиш хусусияти бўлмасада, бурун ёндош бўшлиқлари суяк деворларининг деструкциясига олиб келиши ва натижада юз суяги деформацияси, кўз олмасини, бош мияни босиб қўйиши каби салбий оқибатларга олиб келиши билан ажралиб туради [1].

Остеома бир вақтнинг ўзида барча синусларга кам холатларда тарқалади ва кўпинча катта ўлчамдаги шакллари учрайди.Остеома бошқа бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яхши сифатли ўсмаларида фарқи секин ўсиш характерига эга бўлади. [2].

Юқоридаги ҳолатлар остеома касаллиги муаммосини долзарблигини белгилайди ва оториноларинголог шифокорларнинг ушбу патологияларни ташхислаш ва даволаш жараёнларига бўлган қизиқишларини янада орттиради.

Бемор С.У.43 ёшда бўлиб клиникага 14.12.2020 да бош оғриши, оғриқнинг кўз олмаси соҳасига тарқалиши, бурун битиши, хид билиш пасайиши ва кўз ёши куп миқдорда ажралиши каби шикотлари билан мурожаат қилиб келди ҳамда даволаниш учун ётқизилди.

Анамнезидан бемор икки йил олдин махаллий яшаш жойида септопластика жарроҳлик амалиётини ўтказган.

Риноскопияда: бурун даҳлизи кенг, бурун шиллиқ қаватлари оч-пушти рангда, бурун тусиғида қирраси аниқланиб пастки чиғаноқлари катталашмаган. Бурун-халқум очиқ. Бошқа ЛОР-аъзоалида патологик ўзгаришлар топилмади.

МСКТ хулосаси: ғалвирсимон катакча остеомаси, икки томонлома юқори жағ бўшлиғи шиллиқ қаватлари гиперластик ўзгариши билан.

Бемор клиникада умумий қабул қилинган барча клиник ва лабаратор текширувлардан ўтди.

Беморда 15.12.2020 да “икки томонлама эндоназал эндоскопик гайморотомия. Чап томонлама ғалвирсимон катак соҳаси остеомасини олиб ташлаш ва қайта септопластика” жаррохлик амалиёти ўтказилди.Патогистологик хулоса: Текширилаётган материал суякдан тузилган бўлиб, дистрофик ўзгариш аниқланади. Остеома.

Хулоса ўрнида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари хосилалар жараёнларида кўп маълумот берувчи радиологик текширувлардан фойдаланиш ва эндоназал эндоскопик жаррохлик усулидан фойдаланиш керак бўлади.

Шунингдек, хар бир бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари билан касалланган беморлар оториноларинголог шифокорлар тавсиясига тўлиқ риоя қилишлари ва 40 ёшдан ошган кишилар ҳар 6 ойда тор мутахассислар кўригидан ўтишлари тавсия этилади.

Зеро, инсон саломатлиги ҳар нарсадан устун!

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ СТАЦИОНАРИДА ДАВОЛАНГАН МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТНИ УЧРАШИ

Адилова Г.М., Нарзуллаев Н.У.
Бухоро Давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг максади. Оториноларингология стационарида даволанган мактабгача ёшдаги болаларда аллергик ринитнинг учрашини таҳлил этиш.

Тадқиқотнинг материали ва услуби. Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг болалар оториноларингология бўлимида 2014-2015 йил давомида даволанган мактабгача ёшдагиболалар касаллик тарихи таҳлил қилинди. Беморларга мажмуавий оториноларингологик, аллергологик текширишлар ўтказилди. Кўрсаткичлар орасидаги тафовутланишлар ишонарлигини Стьюдент-Фишер жадвалиасосидабаҳоланди.

Тадқиқотнинг натижалари. 2018 йилда жами бўлимда 402 нафар мактабгача ёшдаги болаларда воланган бўлса, 2019 йилда букўрсаткич 424

нафарни (271 нафар ўғил болалар, 153 нафарқизлар) ташкилэтди. Улардан аллергик ринит билан хасталанганлар 2018 йилда 107 нафар - 26,6 % кишини (63 нафар ўғил болалар, 44 нафарқизлар) ташкилэтганбўлса, 2019 йилда букўрсаткич 117 нафар. - 27,5 *% (69*нафар ўғил болалар, 48 нафарқизлар) ташкилэтди. Уларорасидагитафовут ишонарсизбўлди (P>0,1). Аллергик ринит билан хасталанган болаларнинг 224 нафар (58,4%) касалликнинг мавсумий ва аксариятида 93 нафар (41,1%) доимий шакли қайд этилди, яъни улар орасида ишонарли тафовут кузатилди (P<0,1). Беморларнинг 89 нафари (39,7 %) касаллик бошқа аллергик касалликлар билан кўшилишиб келди ва улар орасида аллергик диатез ва конъюктивит ишонарли кўп учради (P<0,1).

Хулосалар. 1. Оториноларингология стационарида даволанган мактабгача ёшдаги болаларда аллергик ринитнинг учраши бошқа касалликларга нисбатан кичик улушни ташкил этди.

2. Аллергик ринитнинг мавсумий шаклининг кўп учраши кузатилди.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СИНУС ХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Амонов Ш.Э., Ражабов А.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Целью настоящего исследования явилось совершенствование диагностики и хирургического лечению назальной обструкции у детей, с учетом лечебно-диагностических возможностей современной видео-эндоскопии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 38 детей в возрасте от 10 до 18 лет с назальной обструкцией у детей с хроническим гепатитом В. Обследование включало сбор жалоб и анамнеза больных, общий ЛОР осмотр, видео эндоскопию носа и носоглотки с использованием набора видеосистемы эндоскопа фирмы “KARL STORZ” (Германия), также проводились рентгенография околоносовых пазух или их компьютерная томография.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования у 130 больных (54,2%) - диагностированы аденоидные разращения II-III степени, у 78 (32,5%) - разные виды деформации перегородки носа, у 32 (13,3%) - острое и хроническое синуситы, в основном являлось хронические гайморoэтмоидиты. Из них: у 14 (5,8%) больных была - гнойная форма, у 8 (3,3%) – кистозная, у 6 (2,5%) - гнойно-полипозная и у 4 (1,7%) - полипозная. После предварительной подготовки к хирургическому вмешательству, всем больным под общим обезболиванием была произведена одномоментная аденотомия с коррекцией деформации перегородки

носа и микрогаймороэтмоидотомия, где максимально использованы возможности видеоэндоскопии.

Эндоскопическая синус хирургия создала возможность визуально оценить состояние слизистой оболочки и всех стенок пазухи по ходу выполнения оперативного вмешательства, что бывает затруднительно при традиционных способах операции. Параллельно, было осмотрено состояние среднего носового хода и расширено естественное соустье выводных отверстий. Кроме того, хирургическое лечение под видеоэндоскопией позволила без особых технических сложностей успешно выполнить коагуляцию кровоточащих сосудов по ходу операции, что позволило полностью устранить интра - и возможное послеоперационное кровотечение.

Таким образом, применение видеоэндоскопии при лечении назальной обструкции у детей с хроническим гепатитом В, является методом выбора, которая создает возможность получения до - и интраоперационной необходимой информации о патологических состояниях носовой полости и околоносовых пазух, что является, несомненно, успешным в реабилитации подобного контингента больных.

ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ COVID-19 (клинический случай)

Амонов Э.И., Кучмуратова С.Р.
Центральный военный госпиталь СГБ РУз.

На сегодняшний день, в клинической практике очень часто встречаются поздние осложнения перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. Одним из осложнений, который требует тщательного клинического исследования и лечения является тромбоз кавернозного синуса.

Цель: изучение клинико – функциональных особенностей ЛОР органов, у больных перенесших новую коронавирусную инфекцию, для дифференцированного подхода.

Материалы и методы: в клиническом исследовании изучен пациент с жалобами на заложенность в носу, выделения из носа, при повороте глаз вправо двоение предметов, боли в области правого глаза, отсутствие обоняния. Свое состояние связывает с простудой. Из анамнеза перенес новую коронавирусную инфекцию COVID-19 2 месяца назад. Учитывая резкое появление жалоб (в течении 2х дней), пациент осмотрен врачами и госпитализирован с диагнозом Транзиторная ишемическая атака. В ходе исследования выявлены признаки гиперкоагуляции (д-димер 1020,2 кг/мл), при этом данные коагулограммы были в норме (ПТИ-72%, фибриноген-2,9 г/л, тромбиновое время-15,9 сек, АЧТВ-46

сек, гематокрит-42%). На МРТ головы выявлены признаки начальных проявлений сосудистой энцефалопатии. Пансинусит. При этом данных за ОНМК не выявлены. Пациент осмотрен неврологом, ЛОР врачом, гематологом, офтальмологом, реаниматологом.

Результаты: по данным лабораторных и инструментальных исследований, а также осмотра узких специалистов и консилиума, был выставлен следующий диагноз: Тромбоз кавернозного синуса, начальная стадия. Хронический гиперпластический пансинусит. Пациенту проведено антикаогулянтная, антиагрегантная, улучшающая микроциркуляцию и противовоспалительная терапия. На фоне лечения, состояние пациента улучшилась, боли в области правого глаза прошли, обоняние частично восстановилось, признаки пансинусита прошли.

Заключение. Таким образом, дифференцированный подход к диагностике ЛОР органов у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, с участием узких специалистов даёт возможность своевременно диагностировать патологию, что ведет к правильному лечению и выздоровлению.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Арифов С.С., Курбонов Ж.А.

Центр развития повышения квалификации медицинских работников МЗ РУз.

Вопросы лечения воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух (ОНП) чрезвычайно актуальны для современного здравоохранения (Кривопалов А.А. и др., 2019).По данным Европейского соглашения по риносинуситу и полипозу носа в редакции 2012 г. (EPOS) заболеваемость острым риносинуситом (ОРС) в странах Европы составляет 6-15% (FokkensW.J. et al, 2020).

Целью исследования явилось оценка результатов микробиологического исследования полости носа у больных с острым риносинуситом.

Материалы и методы исследования. В работе было проведено комплексное обследование 92 пациентов с острым бактериальным риносинуситом в возрасте от 22 до 55 лет. Среди них было 63 женщины и 29 мужчин. Средний возраст больных с острым бактериальным риносинуситом составил 32,60±9,66 года. В качестве контрольной группы было обследовано 30 практически здоровых лиц (24 женщины и 6 мужчин) в возрасте от 23 до 55 лет (средний возраст составил 34±9 лет), что было сопоставимо с группой больных острым бактериальным риносинуситом. Диагноз острый бактериальный

риносинусит ставился согласно критериям, приведенным в «Европейском соглашении по риносинуситу и полипозу носа» редакции 2012 года (EPOS 2012 – European Position Paperon Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012). Алгоритм обследования включал сбор анамнеза, оториноларингологический осмотр, эндоскопическую риноскопию, рентгенологическое исследование околоносовых пазух (рентгенографию или компьютерную томографию околоносовых пазух), бактериологическое исследование пациентов.

Наиболее распространенным эндоскопическим признаком острого бактериального риносинусита являлся отек слизистой оболочки среднего носового хода, который до начала лечения можно было наблюдать у 98,9% пациентов. Гнойное отделяемое в области среднего носового хода обнаруживалось только у 48,9% больных с острым бактериальным риносинуситом, а гнойное отделяемое в области сфеноэтмоидального кармана - у 17,4% пациентов. При рентгенологическом обследовании больных с острым бактериальным риносинуситом было установлено преобладание распространенных форм поражения околоносовых пазух (у 66 больных - 71,7%) над изолированными гайморитами (у 26 пациентов - 28,3%). Микробиологическое исследование, проведенное методом посева мазка из среднего носового хода на питательные среды, показало доминирование Staphylococcus epidermidis и Staphylococcus aureus, а также их ассоциации во всех группах. Так, Staphylococcus epidermidis получен при исследовании материала от 50 больных с острым бактериальным риносинуситом (54,4%). Из них в виде монокультуры - у 37 (40,2%) человек, у 13 (14,1%) - в составе бактериальных ассоциаций. У 24 (26,1%) пациентов был выделен Staphylococcus aureus, в том числе в виде монокультуры - у 11 пациентов (12,0%), в виде ассоциаций-у 13 (14,1%).

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ-БЛИЗНЕЦОВ

Арифов С.С.[1], Нуров У.И.[2]

[1]Ташкентский институт усовершенствования врачей. Ташкент, Узбекистан

[2]Бухарский Государственный медицинский институт. Бухара, Узбекистан

Актуальность: Воспалительные заболевания околоносовых пазух (ВЗОП) - актуальная проблема практической оториноларингологии. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 36% составляют люди, страдающие синуситами.

Приходится учитывать, что близнецы рождаются недоношенными, среди них высока мертворождаемость, выше детская смертность. Уровень интеллекта среди близнецов ниже, чем среди одиночно рожденных.

Известно, что моноциты уничтожают чужеродные микроорганизмы, поврежденные собственные клетки, участвуют в регуляции образования других иммунокомпетентных клеток, презентуют информацию об антигене лимфоцитам, из них дифференцируются тканевые макрофаги.

В связи с этим **целью** данной исследовательской работы было изучение функциональной активности моноцитов у больных с ВЗОП детей-близнецов в сравнии с не близнецами.

Материалы и методы. Для выполнения цели были проведены исследования у 122 детей-близнецов и не близнецов от 7 до 18 лет, постоянно проживающие в Бухарской и Навоийских областях Узбекистана. Все больные дети были госпитализированы и получали лечение в Бухарском и Навоийском областных многопрофильных медицинских центрах.

Все обследованные дети были разделены на 4 группы: 1 группа - дети-близнецы с ВЗОП (п=45); 2 группа - дети не близнецы с ВЗОП (п=45); 3 группа - здоровые близнецы без ВЗОП (п=16); 4 группа - здоровые не блезнецы без ВЗОП (п=16).

Первая группа были разделена на 3 подгруппы в зависимости от нозологических единиц: 1а подгруппа - 15 детей-близнецов хроническими гнойными гайморитами (ХГГ); 1б подгруппа - 15 детей-близнецов хроническими риносинуситами (ХР); 1в подгруппа - 15 детей-близнецов хроническими фронтитами (ХФ).

Вторая группа также была разделена на 3 подгруппы по тому же признаку: 1а подгруппа - 15 детей-близнецов ХГГ; 1б подгруппа - 15 детей-близнецов ХР; 1в подгруппа - 15 детей-близнецов ХФ.

Функциональную активность моноцитов in vitro определяли по фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) и выявлению вирусных включений в моноцитах (ВВМ) у 122 больных и здоровых и больных детей-близнецов и не близнецов.

Результаты исследований и их обсуждение. Установлено, что у практически здоровых детей-близнецов (3-группа) ФАМ составляет 25,7±0,9%, а у детей не близнецов (4-группа) данный параметр был не достоверно, но заметно выше - 27,3±1,1% (табл. 1).

У детей-близнецов с ВЗОП отмечается достоверное снижение этого показателя по отношению к 3 группе (контроль), так у больных детей с ХГГ (1а подгруппа) отмечается снижение в 2,49 раза - до 10,3±0,9%, с ХР (1б подгруппа)

в 2,34 раза - до 11,0±0,7%, с ХФ (1в подгруппа) в 1,72 раза - до 14,9±0,8% (P<0,001).

У обследованных больных ВЗОП не близнецов в сравнении с контрольной группой (4-группа) также отмечались достоверные отличия (P<0,05), но разница была не так выраженной, как у больных детей-близнецов. Так, данные 2а подгруппы (ХГГ) отличалась от данных контроля в 2,24 раза - до 12,2±1,0%, 2б подгруппа (ХР) в 2,07 раза - до 13,2±0,9%, 2в подгруппа (ХФ) в 1,66 раза - до 16,4±1,0% (P<0,001).

Таким образом, установлена, что у больных ВЗОП, и близнецов, и не близнецов отмечается достоверное снижение ФАМ по отношению данных контрольных групп (P<0,05 - P<0,001), что подтверждается сравнительно низкой кратностью отличий от контрольных значений. Но анализ показывает, что интенсивность снижения данного показателя было больше у детей-близнецов по отношению к детям не близнецам, причем это проявляется при разных патологиях практически одинаково. Полученные результаты доказывают, что при ВЗОП неспецифический фактор защиты - ФАМ больше страдает у детей-близнецов, чем у одиночно рожденных.

Достоверное снижение ФАМ наблюдается у всех больных детей-близнецов с ХГГ, ХР и ХФ, но менее интенсивно по отношению к другим изученным патологиям наблюдается у больных детей с ХФ (P<0,05).

Вывод. При различных риносинуситах у детей снижается ФАМ крови, что обусловливает развитие хронического гнойного очага и формирует условия для внутриклеточного персистирования вирусов, которая характеризуется увеличением моноцитов с вирусными включениями.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСКРИВЛЕНИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА СОЧЕТАННЫХ РЕТРОГНАТИЕЙ У ПОДРОСТКОВ

Бобохонов М.Г.[1], Хасанов С.А.[1], Махсудов С.Н.[2]

[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт

[2] Ташкентский Государственный стоматологический институт

По данным В.Н. Ким (1985), из 150 обследованных детей искривление перегородки носа встречалось в 68% случаев, причем мальчики составляли 71,6%, а девочки – 28,4% от общего числа.

Ретрогнатия верхней челюсти - это недоразвитие верхнечелюстных костей, которое вызывает смещение назад средней части лица и создаёт иллюзию выпуклости (выступающей вперед) нижней челюсти. Частота распространенности верхней ретрогнатии различна по данным разных авторов и

составляет 1-16% (Graber, 1977; E. Ellis, J.A. McNamara, 1984;J. Mermigos, 1990; Н.Г. Бушан, 1990; Ю.А. Гиоева, 1991; А.М. Ковалевский, 2001; Э.М. Терехова, Т.Н. Мельниченко, 2001; L. U. Hagg, 2003).Вытяжение (протракция) верхней челюсти с использованием лицевой маски является стандартным протоколом лечения патологии прикуса Class III с недоразвитием верхней челюсти, особенно в раннем возрасте (Ge YS, Liu J, Chen L, Han JL, Guo X.; 2012 10.2319/012912-76.1; Муртазаев С.С., Насимов Э.Э., Муртазаев С.М., Вестник ТМА 2017 № 4, 103-108).

Морфометрический анализ риномаксиллярного комплекса, обычно выполняющийся с использованием обзорных рентгенограмм, ортопантомографии (ОПТГ), МСКТ, 3D конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), МРТ и УЗИ (зонографии) черепа, не позволяет изучать антропометрические точки, расположенные на разных глубинах и слоях в двумерной (2D) проекции. Таким техническим требованиям в современной медицине отвечает метод «дистанционной рентгенографии» – телерентгенография (ТРГ) головы (цефалометрия). Учитывая высокую информативность рентгеновского изображения, пропорциональность объема и расстояния исследуемого органа (соразмерность), ТРГ-метод включен в «золотой стандарт» ортодонтии.

Изучение данных литературы, касающихся вопросов ИПН у подростков при ретрогнатии, позволило нам сделать следующие выводы:

- научные сведения о влиянии ИПН на формирование других отделов РМК единичны, изучением тактики оториноларинголога в случае сочетания деформации перегородки носа с патологией других структур РМК ранее никто не занимался;

- сведения о распространенности ИПН у детей с ретрогнатией малочисленны и разноречивы частота ИПН у больных при ретрогнатией не изучена;

- не разработаны принципы диагностики ИПН у подростков с ретрогнатией;

- отсутствуют телерентгенограммометрические данные, характеризующие размеры риномаксиллярного комплекса (РМК) при ИПН у подростков с ретрогнатией, наличие которых позволило бы судить об аномалиях и деформациях в данной области;

- отсутствуют данные об особенностях клинических проявлений ИПН у подростков при ретрогнатии;

- хотя многочисленными авторами установлена связь между искривлением перегородки носа и зубочелюстными аномалиями, не предпринимались

совместной работы оториноларингологов и ортодонтов в выявлении и лечении ИПН этой патологии у подростков.

Заключение.

Ринология – молодая и быстро развивающийся специальность. Одной из ее особенностей является факт центрального расположения носа в лицевой части скелета, в тесном контакте с черепными ямками, глазницами и зубочелюстным аппаратом. Все это в силу анатомической близости, при определенных условиях может способствовать взаимному вовлечению в патологический процесс носа и прилегающих к нему морфологических структур. Это определяет тесный контакт оториноларинголога с врачами других специальностей. В связи с этим изучение вопросов диагностики, лечения и реабилитации детей с искривлением перегородки носа и ретрогнатией (задним положением) верхней челюсти, открывает новые возможности для совместной работы ЛОР-врачей и ортодонтов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО НОСТРИЛА ПРИ РИНОСЕПТОПЛАСТИКАХ

Гашимзаде Ф.А., Панахиан В.М.

Азербайджанский Медицинский Университет

Операция по риносептопластике помогает изменить размер и форму носа, сделать его более гармоничным и восстановить дыхательную функцию. В ходе операции врач может также осуществить коррекцию спинки, кончика и носовой перегородки. Однако, как во время любого хирургического вмешательства, тут также возможны определённые осложнения. Наиболее распространёнными среди них являются: нарушение микрорельефа спинки носа, искривление и смещение пересаженных трансплантатов, западение спинки носа, нарушение носового дыхания вследствие синехий в носовой полости, ассимметричность носовых крыльев. Зачастую за повторной операцией обращаются пациенты, которых не устраивает эстетический результат. Во избежание таких последствий риносептопластики, целесообразно применение эндоназальных нострилов в послеоперационном периоде.

Послеоперационный эндоназальный нострил предназначен для установки в носовые ходы с целью обеспечения носового дыхания, удержания срединного положения носовой перегородки, формирования свода носовых ходов и предотвращения рубцовых деформаций после операций риносептопластики. Он выполнен в виде двух полых трубок из упругого эластичного полимерного биологически инертного материала. Выпускается в 7 размерах, адаптируем к морфологии носа пациента и его возрасту. Введённый в носовую полость

эндоназальный нострил поддерживает крылья, кончик и перегородку носа в естественной для них позиции, а также создаёт условия для нормального дыхания пациента. Эндоназальный послеоперационный нострил устанавливается хирургом в первые дни после операции и рекомендуется постоянное ношение в течение первой недели, в дальнейшем устанавливается только по ночам.

В Азербайджане в послеоперационном периоде при различных деформациях носа были применены 58 эндоназальных нострилов. Результаты послеоперационного ведения больных с нострилом оказались положительными. Эндоназальный нострил сыграл существенную роль в создании максимальной комфортности, обеспечении носового дыхания, формировании свода носовых ходов, удержании срединного положения перегородки носа и предотвращении рубцовых деформаций.

БОЛАЛАРДА ДОИМИЙ АЛЛЕРГИК РИНИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БОШЛАНҒИЧ ВЕГИТАТИВ ТОНУС ХОЛАТИ КЎРСАТГИЧЛАРИ

Далиев А.Г., Тухтасинов Н.Н.
Андижан давлат тиббиёт институти

Татқиқотнинг долзарблиги Организмда ҳамма аъзо ва тизимларни меъёрда ишлашини, патологик жараёнларни ривожланиши ва кечишини назорат қилишда вегетатив нерв тизимининг аҳамияти катта.

Вегетатив нерв тизимидаги кечадиган ўзгаришлар маълум касалликларнинг рифожланишида бирламчи, бошқаларида эса организмнинг турли тизим ва тўкималаридаги юзага келган шикастланишларга жавоб кўринишида, яъни иккиламчи омил сифатида намоён бўлади. У ёки бу касалликларда вегетатив ўзгаришларнинг ўзгарувчанлиги ва уларнинг даражаси, кўп ҳолларда вегетатив нерв тизими тури ва бошлангич тонуси билан белгиланади. Вегетатив нерв тизими фаолиятидаги дисбаланс касалликларнинг турли даврларида хар хил даражада намоён бўлиши мумкин ва бу мувозанатини тиклаш мақсадида ўтказиладиган барча тадбирлар беморларни тузалишига ижобий таъсирини ўтказади.Болаларда доимий аллергик ринит билан хасталанганбеморларда касалликнинг тури хамда клиник кечишини хисобга олган холда, болаларда аллергик ринитни доимий турида дастлабки вегетатив тонус холатини ўрганиш катта илмий ва амалий ахамиятга эга

Тадкикотнинг максади: болаларда доимий аллергик ринит билан хасталанган болаларда бошлангич вегетатив тонусини турли хил типларини учрашини ўрганиш.

Ишнинг максади. Хаммаси бўлиб йил давомида доимий аллергик ринит билан хасталанган, 7ёшдан 18 ёшгача булган 47 нафар бемор текширувдан ўтказилди. Улардан кизлар 18 нафар (38 2%), угил болалар 29 нафар(61.7%) ни ташкил этди. Кузатув гурухидагилар 20 та соглом шахсларни ташкил килади.Текшириш усулларидан анамнез йигиш, аллергологик текширув утказиш, лор аъзоларини эндоскопик текшириш хамда бошлангич вегетатив тонусни бахолаш усулларини уз ичига олган. Бошлангич вегетатив тонусни бахолаш, М.И.Сеченов номли Москва тиббиёт академияси, «Вегетология муаммолари» маркази томонидан ишлаб чикилган диагностик жадвал ёрдамида хамда кардиоинтервалограммани интеграллаш курсаткичларини хисоблаш билан бахоланди. Доимий аллергик ринит ташхисини куйишда ва уни турини аниклашда жахон согликни саклаш бошкармаси томонидан 2001 йил тасдикланган Allergic rhinitis and impact on asthma (ARIA) номли хужжатида келтирилган классификациядан фойдаланди.

Тадкикот натижаси. Бир йил давомида доимий аллергик ринит билан хасталанган 21 нафарида (44.6%) вегетатив асаб тизимининг парасимпатик кисми ваготония холати юкорилиги, 7 нафарида (14.8 %) эйтония холати ва 9 нафарида(19.1%) симпатикотония холати статистик исботланди. Кизлар уртасида бошлангич вегетатив тонус холатини хар хил типларини учраши куйидагича берилган: ваготония 7 нафар, эйтония 9 нафар симпатикотония ва эйтоник типлар 3 тани ташкил килади. Текширув гурухидагиларнинг кўрсаткичлари эса куйидагича: эйтония холати 23 нафар (48.9%), ваготония 8 нафар (17,1%), симпатикотония 6 нафар (12.7 %) ни ташкил килган.

Хар хил типдаги бошланғич вегетатив тонус учрашини статистик ахамиятга эга булган фарки кардиоинтервалограмма жадвали курсаткичлари буйича аникланмади (P>0.1).

Картиоинтервалограмма кўрсаткичлари сифат хамда сон даражасида шуни кўрсатадики беморларда касалликнинг ривожланиб бориш жараёнида дастлабки вегетатив тонусининг кандай тури бўлишидан катий назар, янада яққолрок бўлиши аникланди.

Хулоса.

1.Йил давомидаги доимий аллергик ринит билан хасталанган беморлар орасида эркакларда ваготония холати юқорилиги аникланди.

2. Йил давомидаги доимий аллергик ринит билан хасталанган беморларда дастлабки вегетатив тонус холати курсаткичлари яккол фарк билан кечиши аникланди.

3. Ушбу клиник маълумотлардан келиб чиққан холда статистик анализ натижасини ўрганиш учун тадкикотни давом эттириш керак деган хулосага келдик.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Джаббарова Д.Р., Эгамбердиева З.Д., Исматова К.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Аллергический ринит - хроническое заболевание полости носа, в патогенезе которого лежит IgE - опосредованное воспаление слизистой оболочки полости носа. Глоточная миндалина представляет собой иммунокомпетентный орган, продуцирующий иммуноглобулины, активно функционирующий у детей в возрасте от 2 до 7 лет (Быкова В.П., 1996, Гущин И.С., 2002). Наиболее часто аденоиды у детей с аллергическим ринитом осложняется инфекционным синуситом, отитом, хроническими заболеваниями нижних дыхательных путей (Лопатин А.С., 2003). Разработка алгоритма терапевтической тактики ведения детей с аллергическим ринитом и аденоидами является актуальной проблемой.

Целью исследования является определение клинико-лабораторных особенностей течения и лечения аденоидов у детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. В ЛОР отделение 7 ГКБ были обследованы 32 детей с диагнозом аллергический ринит, сопуствующий: аденоиды II-III степени. В первую и вторую группы вошли 20 детей (62,5%), страдающие персистирующей формой аллергического ринита, осложненным аденоидами, третью группу составили 12 пациентов (37,7%) без атопии с аденоидами II-III степени, в возрасте от 3 до 10 лет. Всем больным проведены исследования: передняя и задняя риноскопия, эндоскопическое исследование носоглотки, риноманометрия, определение процентного содержания эозинофилов в периферической крови, эксфолиативный цитологический анализ назального секрета.

По **результатам исследований** выявлено, что течение аденоидита в сочетании с аллергическим ринитом значительно отличалось по клиническим симптомам от аденоидов без сопутствующей аллергии. Затрудненное носовое дыхание являлось основным симптомом, беспокоящим детей всех трех групп. Наблюдали присутствие приступов чихания и зуда крыльев носа у детей с атопией при полном отсутствии этих симптомов у больных третьей группы. Для больных с аллергическим ринитом была характерна сочетанная аллергопатология (бронхиальная астма - 15,7%,атопический дерматит -60,1%),

эозинофилия периферической крови и назального секрета. Повышенное содержание эозинофилов в назальном секрете, как объективного маркера аллергического ринита, регистрировали у 27 (85,4%) больных первых двух групп. В отличие от них только у 3 детей третьей группы выявляли эозинофилы в назальном секрете в невысоком процентном соотношении до 10%.

На основании проведенного клинико-лабораторного обследования нами был разработан метод ступенчатой терапии аденоидов у детей с аллергическим ринитом, который включает в себя три этапа. Первый этап терапии заключался внаряду с консервативным лечением аллергического ринита проведение мероприятий по элиминации бытовых аллергенов из окружающей бытовой среды. Второй этап включал в себя санацию очага бактериальной инфекции в соответствии с результатами определения чувствительности микрофлоры, выделенной со слизистой оболочки полости носа. Третий этап терапии заключался в применении топических кортикостероидных препаратов. Проведенный курс консервативного лечения у 18 детей (55,9%) с аллергическим ринитом и гипертрофией глоточной миндалины оказался эффективным, что позволило отложить проведение аденотомии. У остальных 14 (44,11%) больных курс терапии позволил снизить тяжесть течения ринита, купировать воспаление и подготовить детей к аденотомии, степень назальной обструкции существенно не изменилась в положительную сторону.

Вывод. Всем пациентам с аденоидами необходимо проводить тщательное аллергологическое обследование, так как причиной назальной обструкции у них является не истинная гипертрофия глоточной миндалины, а аллергический отек слизистой оболочки полости носа и носоглотки.

ТАКТИКА РИНОХИРУРГА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИСКРИВЛЕНИЯХ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.

Джалилов Д.С., Панахиан В.М., Гасымов Д.Л.
Азербайджанский Медицинский Университет

Искривление перегородки носа в разной степени отмечается у 90% населения, чаще у мужчин. Основными причинами данной патологии являются различные травмы. При этом происходит сужение носовых ходов, которое затрудняет носовое дыхание. Поэтому одной из распространённых вмешательств в носу являются септум- операции. До сегодняшнего дня было предложено множество вариантов этих вмешательств, начиная от «подслизистой резекции носовой перегородки по Киллиану», до «септопластики Cottle».

В зависимости от направления и силы травматического удара происходит не только искривление носовой перегородки, но и деформация наружного носа.

Поэтому получить удовлетворительные результаты лишь при вмешательстве на носовой перегородке не представляется возможным. При таких комбинированных травмах наружного носа с искривлением носовой перегородки мы применяем метод открытой риносептопластики. Данный метод даёт возможность визуализировать все отделы септума, при этом упрощая ринохирургу работу в верхнем хрящевом и костном отделах.

В период с 2013-2016 гг. под нашим наблюдением находилось 38 пациентов с травматическим искривлением перегородки в комбинации с деформацией наружного носа. Возраст обратившихся больных варьировал от 18 до 46 лет. Из них 32 лиц мужского, 6-женского пола. У 16 пациентов наблюдались травмы с давностью 5 лет и более. Исключение составлял тот факт, что у 12 из них ранее была произведена операция септопластики. При риноскопическом обследовании этих больных были обнаружены повторные искривления носовой перегородки, особенно в верхних отделах. У всех пациентов были жалобы на затруднение носового дыхания.

Всем больным была произведена операция с доступом как при открытой ринопластике. Это дало возможность исправить все искривлённые части носовой перегородки. Отдалённые результаты после операции были удовлетворительными. В дальнейшем не было выявлено жалоб на носовое дыхание.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА A1188C RS3212227 В ГЕНЕ IL 12B СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХПРС

Джураев Ж.А., Хасанов У.С., Ахунджанов Н.А., Хамиджонов Ш., Махситалиев М.

Ташкентская медицинская академия

Заболевания околоносовых пазух относятся к наиболее часто встречаемой патологии в оториноларингологии, чему способствует современная экологическая обстановка, широкая распространенность аллергических и вирусных респираторных заболеваний, снижение местного и общего иммунитета. Все исследователи сходятся во мнении, что за последние годы в мире отмечается тенденция к увеличению заболеваемости хроническим синуситом, и в том числе – хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС).

Материал и методы:

В соответствии с целью исследования и для выполнения поставленных задач клинические исследования были проведены у 140 больных с ХПРС и с хроническими риносинуситами, находившихся на обследовании и лечении в

ЛОР-отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2017-2019 гг. Обследуемые пациенты соответствовали следующим критериям: наличие в полости носа полипозной ткани, обтирирующей общий носовой ход полностью или не менее чем на 50%; жалобы на длительное затруднение носового дыхания; по мнению пациента, заболевание существенно снижает качество его жизни; отсутствие острой воспалительной патологии; письменно заверенное информированное согласие на оперативное лечение и морфологическое исследование операционного материала.

Результаты.

С учетом того, что выявляемость аллеля А преобладала всех группах исследование. Следует учитывать, что в частота выявления аллеля А в 1-группе незначительно превалировала, относительно её значений в 2- и контрольной группе. Частота выявления аллеля С, напротив была незначительно выше среди пациентов 2 группы, относительно его частоты в 1 группы и популяционной выборке.Исследование распределения генотипов показало, что гомозиготный генотип А/А был незначительно, почти в 1,2 раза чаще выявлен в 1 группе состав 80.64%, в то время как частота выявления гетерозиготного генотипа А/С была несущественно в 1,1 раза выше среди пациентов с ХРС 2 группы. Обратную ситуацию можно было наблюдать при исследовании гомозиготного генотипа С/С, который не был выявлен среди всех групп исследований.

Проведенный анализ показал, что если частота выявления аллеля А не имела статистически-значимых отличий в выявлении в 1 и контрольной группах, однако была отмечена тенденция к повышению его выявляемости среди больных с ХПРС (χ^2 =0.07; P=0.2; RR=1.01; OR=1.14; 95% CI: 4.13- 3.09), в то время как для аллеля С, напротив, была характерна тенденция к повышению его встречаемости среди условно-здоровых лиц(χ^2=0.07; P=0.7; RR=0.98; OR=0.87; 95% CI: 1.68- 2.33).

Анализ частот выявления генотипа А/А показал, что среди пациентов с ХПРС данный генотип был выявлен статистически-незначимо менее чем в 1,1 раза чаще, по сравнению с группой условно-здоровых лиц (χ^2=0.08; P=0.2; RR=1.03; OR=1.17; 95% CI: 4.55- 3.34). Исследование распределения генотипа А/С показало тоже самую картину, в соответствии с которой было обнаружено незначительное и статистически-незначимое превалирование – в 1,1 раза частоты его выявления в контрольной группе условно-здоровых лиц, относительно значений выявляемости данного генотипа у больных 1 группы с ХПРС (χ^2=0.08; P=0.3; RR=0.88; OR=0.85; 95% CI: 3.890-2.44).

Таким образом, полученные нами данные подтверждают сложность генетического механизма развитие полипозных процессов у пациентов с ХПРС и свидетельствуют о необходимости и важности понимания сложных генных

взаимодействий при анализе развития и клинической стадии исследуемой патологии. Анализируя распространенность генотипических вариантов данного полиморфизма, мы выявили прямую ассоциированность моногенотипа C/C полиморфизмаA1188C rs3212227 в гене IL12B с развитием полипозных процессов.

Кроме того, эти данные подчеркивают прогностическую значимость C/C-генотипа полиморфизма rs1800896гена IL-12B в развитии ХПРС. У носителей данного генотипа относительный риск развития ХПРС возрастает более, чем в 3 раза, по сравнению с носителями других генотипических вариантов полиморфизма rs3212227гена IL12B.

Отсутствие значимых различий в распространённости генотипов генов IL12B среди условно-здоровых доноров и пациентов ХРС, возможно, объясняется тем, что наличие неблагоприятного полиморфизма, само по себе, ещё недостаточно для развития этого заболевания. У генетически предрасположенных лиц ХПРС будет развиваться по схеме взаимодействия в системе «генотип-фенотип» (генно-средовых). При этом, наличие неблагоприятных генотипических вариантов может оказывать влияние на клиническое течение заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800895 592C>A В ГЕНЕ IL10 СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ХПРС

Джураев Ж.А.[1], Хасанов У.С.[1], Ахунджанов Н.А.[1], Вохидов У.Н.[2]

[1]Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан
[2]Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Хронический полипозный риносинусит - заболевание, характеризующиеся хроническим воспалением слизистой оболочки носа и носовых пазух. В тканях полипов и интраназальном секрете наблюдается увеличение концентрации различных медиаторов воспаления, в частности интерлейкинов, вследствие повышения их синтеза denovoэффекторными клетками. Особенное значение придается повышению концентрации цитокинов, задействованных в развитии, рекрутировании и активации эозинофилов (ИЛ-4, ИЛ-12, ИЛ-13, ГМ-КСФ), основных провоспалительных (ИЛ-1, ИЛ-2, ФНО-а, ИЛ-10), регуляторных цитокинов (ИЛ-10, TLR2b), способствующих хронизации воспалительного процесса в носовой полости.

Материал и методы:

В соответствии с целью исследования и для выполнения поставленных задач клинические исследования были проведены у 140 больных с ХПРС и с хроническими

риносинуситами, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2017-2019 гг. Обследуемые пациенты соответствовали следующим критериям: наличие в полости носа полипозной ткани, обтирирующей общий носовой ход полностью или не менее чем на 50%;жалобы на длительное затруднение носового дыхания; по мнению пациента, заболевание существенно снижает качество его жизни; отсутствие острой воспалительной патологии; письменно заверенное информированное согласие на оперативное лечение и морфологическое исследование операционного материала.

Результаты и их обсуждения.

Проведено исследование распределения аллелей и генотипов полиморфизма rs1800895в гене IL10 среди пациентов с ХПРС, ХРС и среди условно-здоровых лиц. В основной группе было отмечено преобладание аллеля С частота по сравнению аллеля А, частот которых составили 80.64% против 19.35%, соответственно. В контрольной группе частота аллеля С составившая 82.9% также преобладала, по сравнению с частотой встречаемости аллеля А равной 3.4%. В целом выраженность различий находилась на высоком уровне.

Также было исследовано распределение генотипов С/С, С/А и А/А полиморфизма rs1800895 592 C>A в гене IL10. В 1 группе с наиболее высоко частотой было был выявлен гомозиготный генотип С/С, частота обнаружения которого составила 67.74%. Незначительно меньшие значения данного показателя были получены при исследовании частоты выявления гетерозиготного генотипа С/А, составившие 25.8% (таблица 1). При этом значительно меньшие значения встречаемости, составившие 2.81% были выявлены при исследовании генотипа А/А среди пациентов с ХПРС, при этом у больных с ХРС наблюдалось чуть выше, чем больных с ХПРС (5%).

Исследование распределения генотипов в популяционной группе выявило различия между значениями встречаемости генотипов характерные, с незначительными отличиями, для 1 группы. Также, как и в 1 группе наиболее высокие значения частоты выявления среди условно-здоровых лиц, – 69,9% были обнаружены при исследовании гомозиготного генотипа С/С. Для гетерозиготного генотипа С/А, также характерно наличие несущественно меньшего значения встречаемости равного 26,0%. Наименее значительная частота выявления среди условно-здоровых - 4.1% также, как среди пациентов с ХПРС, была установлена при исследовании гомозиготного генотипа А/А.

Проведенный сравнительный анализ встречаемости аллелей и генотипов как в контрольной (3-я группа), так и в основной (1-я группа) группах, результаты которого представлены в таблице 2.

Сравнение частот распределения аллелей в 1 и контрольной группах показало, что в основной группе С-аллель встречается статистически-незначимо чаще, чем в

контрольной (χ^2=14.71; P=0.70; RR=0.83; OR=0.14; 95% CI: 1.788- 0.393). Сравнение частот распределения аллелей, в основной группе А-аллель встречается статистически-значимо чаще, чем в контрольной (χ^2=14.71; P=0.29; RR=1.19; OR=6.76; 95% CI: 6.76-17.98). Генотип А/А был статистически-незначимо чаще выявлен в контрольной выборке, по сравнению с группой пациентов с ХПРС. В частоте гетерозиготного генотипа также не было обнаружено значимых различий, однако проведенный анализ указывал на несущественно более высокую частоту его выявления среди больных с ХПРС (χ^2=0.07; P=0.32; RR=0.90; OR=0.87; 95% CI: 3.305-2.267). Аналогичная картина была отмечена и при исследовании распределения гомозиготного генотипа А/А (χ^2 =0.16; P=0.31; RR=1.43; OR=1.45; 95% CI: 12.63-9.06).

Выявленная достоверно высокая частота данного генотипа в 1 группе пациентов с ХПРС, по сравнению с 2 группой ХРС, также подтверждает наше предположение о протективной роли генотипического варианта А/А полиморфизма rs1800895 592 C>A в гена IL10, в отношении развития ХПРС у пациентов (6.45% против 5.0%, соответственно, при χ^2=0.02; P=0.45; RR=1.17; OR=1.18; 95% CI: 8.557-8.942). Вероятно, данный факт обусловлен тем, что у носителей генотипа А/А гена IL10 противовоспалительная активность эпителиальных матриксных металлопротеиназ значительно повышена, по сравнению с пациентами-носителями других генотипических вариантов.

КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯЛИ БЕМОРЛАРДА БУРУН ВА ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ.

Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н.
Тошкент тиббиёт академияси

Юқори ва пастки нафас йўллари тузилиши, вазифалари ва патологик жараёнлар ривожланиш механизми бўйича ўхшашлиги ҳисобига ушбу тизим касалликлари бир-бири билан узвий равишда боғлангандир. Юқори ва пастки нафас йўллари яллиғланиш касалликлари этиопатогенезида респиратор вируслар таъсирида шиллиқ қават эпителий ҳужайраларининг бутунлиги бузилиши ётади. Клиник-рентгенологик текширувлар натижасида шифохонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва ёндош бўшлиқлари касалликлари ўткир ва сурункали касалликлари кўплаб учраши аниқланди. Бу эса юқори нафас йўллари яллиғланиш касалликларини ўз вақтида даволаш нафақат пастки нафас йўллари яллиғланиш касалликларини эрта ва самарали даволашга балки уларнинг ривожланишини олдини олиш имконини ҳам беради.

Тадқиқотнинг мақсади: касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари эрта ташхислаш.

Тадқиқот материал ва усуллари:Белгиланган вазифаларни ҳал этиш учун КТП ташхиси қўйилган 102 нафар бемор танлаб олинди, улар 2018 йилдан 2021 йилгача Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси терапия реанимация ва пульмонология бўлимида стационар даволанган. Беморлар туман поликлиникалари шифокорларининг кўрсатмаларига биноан режали ҳамда шошилинч равишда қабул қилинган. Барча беморлар Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси пульмонология ва қулоқ, бурун ва томоқ касалликлари бўлимларида клиник, эндоскопик ва рентгенологик (МСКТ) текширилди.

Тадқиқот натижалари: Беморларнинг ёши 18 ёшдан 60 ёшгача (ўртача 39,1 ± 1,14 ёш) бўлиб, эркакларнинг ўртача ёши - 34,1 ± 2,7 ёшни,аёллар - 40,1 ± 2,9 ёшниташкил этди. Жинс бўйича тақсимот: аёллар – 61 нафар (59,8%), эркаклар - 41 нафар (40,2%). Текширилган беморлар орасида, бизнинг маълумотларга кўра, КТП 1,5:1 нисбатда эркакларга қараганда аёлларда кўпроқ учрайди. Шуни таъкидлаш керакки, БЖССТ нинг ёш бўйича таснифига асосан 18 ёшдан 45 ёшгача бўлган беморлар энг кўп сонли гуруҳ бўлиб ҳисобланди,аксарият, яъни 75 нафар бемор энг ишга лаёқатли ёшга тўғри келди, бу 73,5% ни ташкил қилади.

ЛОР аъзоларининг ёндош касалликлари орасида ўткир ва сурункали риносинусит, фарингит (58,5%), бурун тўсиғи қийшайиши (35,8%), вазоматор-аллергик ринит (27,3%), сурункали тонзиллитнинг (19,8%) тез-тез учрашини таъкидлаш лозим. ВАШ шкаласи ёрдамида текширилган беморларнинг умумий сонидан 27 та (25,5%) бемор ўзларининг назал шикоятларини ўртача-оғир /оғир деб, 30 таси (33,0%) енгил деб тавсифлади. 102 та беморнинг барчасида БЁБ компютер томографияси ва 3 Dрентгенографияси ўтказилди. БЁБдаги рентгенологик ўзгаришлар: шиллиқ қават 6 мм дан ортиқ қалинлашган. 32 та (30,2%) беморда рентгенологик ўзгаришлар аниқланди.

Хулоса: Шифохонадан ташқари пневмонияли беморларнинг қарийиб 3/4 қисмида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари аниқланди. ЛОР аъзолари касалликлари орасидан юқори нафас йўллари ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликлари энг кўп фоизни яъни 58,5% ни ташкил этди. БЁБ ларини МСКТ текширувлари натижасида энг кўп ҳолларда сурункали этмоидит ва сфеноидит (59,25% ва 70,3% мос равишда) касалликлари учради. Бундан шу ҳулосага келиш мумкинки, бурун ва БЁБ лари сурункали касалликлари, айниқса сурункали этмоидит ва сфеноидит касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш тадбирларини ўтказиш касалхонадан ташқари пневмония касаллигининг ривожланиш хавфини камайтиради.

КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯЛИ БЕМОРЛАРДА БУРУН ВА ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ.

Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н.
Тошкент тиббиёт академияси

Комплекс равишда клиник, рентгенологик, микробиологик текширувлар натижасида касалхонадан ташқари пневмония (КТП) ли беморларда бурун ва ёндош бўшлиқлари касалликлари ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликлари кўплаб учраши аниқланди. Ушбу касалликларнинг юқори миқдорда учраши касалхонадан ташқари пневмония ривожланишида асосий хавф омилларидан бири бўлишини эътироф этиш зарур. Ушбу касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва ўз вақтида самарали даволаш тадбирларини ўтказиш касалхонадан ташқари пневмония касаллиги билан оғриган беморларнинг эрта ва ижобий соғойишига, касалликнинг келажакда қайталаниш эҳтимоллигини камайтиради.

Тадқиқотнинг мақсади: касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда ўткир ва сурункали риносинусит (РС) касалликларини даволашни такомиллаштириш.

Тадқиқот материал ва усуллари:Белгиланган вазифаларни ҳал этиш учун КТП ташхиси қўйилган 102 нафар бемор танлаб олинди, улар 2018 йилдан 2021 йилгача Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси терапия реанимация ва пульмонология бўлимида стационар даволанган. Барча беморлар клиник, лабаратор ва инструментал текширувлардан ўтказилди ва даволаш тадбирлари ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Беморларнинг ёши 18 ёшдан 60 ёшгача (ўртача 39,1 ± 1,14 ёш) бўлиб, эркакларнинг ўртача ёши - 34,1 ± 2,7 ёшни,аёллар - 40,1 ± 2,9 ёшниташкил этди. Текширилган беморларнинг уч хил гуруҳида Str. pneumoniae нинг ажратиб олиш частотасини таҳлил қилишда муҳим бир жиҳат қайд этилди. Шуниси эътиборга лойиқки, ўртача оғирликдаги синусит билан оғриган беморлар гуруҳида, яъни биринчи гуруҳда Str. pneumoniae 9 та (29%) беморда, иккинчи гуруҳда 4 та (13,3%), учинчисида 2 та (9,1%) беморда ажратиб олинди. Биринчи ва учинчи гуруҳ ўртасида статистик жиҳатдан ишонарли фарқлар қайд этилди ($x2 = 5,93$; $p<0,05$).

Кўп микроорганизмлар чидамлилигининг юқори частотаси ҳимояланмаган пенициллинларга, 1-авлод цефалоспоринларига ва 2-авлод фторхинолонларига нисбатан кузатилди, аммо 2-авлод фторхинолонлари бошқа фторхинолонлар каби полирезистент стафилококкларга нисбатан танланган препаратлар ҳисобланади. Ажратиб олинган қўзғатувчиларга нисбатан олган

маълумотларимиз КТП ва ёндош СРС бўлган беморларда эмпирик антибиотиклар спектрини аниқлаш имконини беради. Ушбу мақсад учун оптимал препаратлар: амоксициллин/клавуланат, цефалоспоринларнинг 3-4 авлоди (цефиксим, цефотаксим, цефепим), макролидлар (кларитромицин), фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксацин) ҳисобланади.

Хулоса: КТП билан оғриган беморларда балғам ва бурун ажралмасининг микробли манзараси деярли бир хил. КТП билан оғриган беморларда (1-гуруҳ) сурункали РС кечишининг асосий қўзғатувчиси Streptococcus pneumoniae (29%) ҳисобланади. КТП ва РС кечишида бактериал этиологиянинг устунлиги, нафас йўлларида доимо персистрланган микрофлоранинг мавжудлиги сурункали РС ва КТП нинг кечишида антибактериал терапиянинг мақсадга мувофиқлигини белгилайди, бунда табиийки, ЮНЙ ва ПНЙ касалликларининг энг юқори эҳтимоли бўлган қўзғатувчиларига эътибор қаратилади. Антибактериал терапия интраназал ГКС ва бурун бўшлиғини ювиш билан биргаликда амалга оширилиши керак. Бизнинг тадқиқотимизда антибактериал терапия, интраназал ГКС ва бурун бўшлиғини ювиш биринчи гуруҳдаги беморларга тавсия этилди.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА

Ибатов Н.А., Шамсиев Д.Ф.
Ташкентский Государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последнее время многие проявляют интерес к ринопластическим операциям, и при этом стараются устранить деформацию наружного носа и не уделяют внимания сохранению или восстановлению функций полости носа и околоносовых пазух. Необходимо учитывать, что при выполнении ринопластики помимо косметических задач надо решать также более сложную задачу - восстановление функций носовой полости. Поэтому эстетические операции в области наружного носа должны выполняться оториноларингологами, которые владеют также эндоназальными хирургическими вмешательствами.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 72 пациента которым была проведена ринопластика. При сравнении результатов обследования пациентов, оперированных различными хирургическими доступами, оказалось, что нарушения носового дыхания достоверно чаще встречаются после «эндоназальной» техники (65%), чем после «открытой» ринопластики (48%).

Результаты. Нами была обнаружена связь функциональных нарушений после ринопластики с объемом операции. Для того, чтобы оценить динамику заболевания после проведенной операции, мы использовали метод визуальной оценки симптомов. Для этого пациентам до после операции предлагали заполнить специальные карты, в которых они отмечали выраженность основных симптомов (носовое дыхание, выделение из носа, головная боль) по 10-балльной шкале.

При сравнении пациентов, у которых одноэтапно с ринопластикой были проведены различные внутриносовые вмешательства (конхопластика, септопластика) и пациентов, у которых была исключительно ринопластика, функциональный результат вмешательства оказался существенно лучше в первой группе (5,3±1,5 баллов и 9,2±1,3 по субъективной оценке пациентов соответственно).

У значительной части пациентов (69%), подвергнувшихся эстетической ринопластике, выявляется существенное нарушение функции носового дыхания. Основными причинами послеоперационной назальной обструкции является недостаточность клапана носа (64%), искривление перегородки носа (62%), гипертрофия нижних носовых раковин (38%), синехии полости носа (8%), буллы средних носовых раковин (4%).

В отличие от функции носового дыхания, состояние мукоцилиарного транспорта у пациентов, перенесших ринопластику существенно не страдает (время мукоцилиарного транспорта 17±2,8 мин в первой группе и 16±2,9мин во второй ($p>0,05$). Признаки нарушения обоняния выявлены у некоторых пациентов только в раннем послеоперационном периоде. У 55% пациентов, перенесших эстетическую ринопластику, выявляется нарушение местной иннервации в виде гипоэстезии. С течением послеоперационного периода выраженность невралгических нарушений уменьшается, однако у 3% сохраняется при отдаленных сроках наблюдения. Наиболее существенные изменения наблюдаются у пациентов после открытого доступа, резекции оснований крыльев и латеральной эндоназальной остеотомии.

Функциональные нарушения после ринопластики обычно связаны с объемом операции. При сравнении пациентов, у которых одноэтапно с ринопластикой были проведены различные внутриносовые вмешательства (конхопластика, септопластика) и пациентов, у которых была исключительно ринопластика, функциональный результат вмешательства оказался существенно лучше в первой группе (6,2±1,5 баллов) чем во второй(8,9±1,3баллов по субъективной оценке).

Выводы. Таким образом, для достижения хорошего результата после эндоназального вмешательства на внутриносовых структурах в сочетании с

ринопластикой, важным обстоятельством является адекватное ведение больных в послеоперационном периоде, с тщательным проведением необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В СОЧЕТАНИИ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Исакбаев М., Исакбаев Ж.М., Маманиязов Ш.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья,
Багдадское районное медицинское объединение

Введение. Одной из часто встречающих осложнении искривление носовой перегородки является чихание, выделении из носа затруднение

Актуальность. Значительная распространенность заболеваний, относящихся к группе вазомоторных ринитов (вазомоторный ринопатии), как у взрослых, так и у детей делает данную проблему весьма актуальной. Различают три вида деформации перегородки носа искривление, гребень и шип. Одно из осложнений деформации перегородки носа является вазомоторный ринит. Вазомоторный ринит имеет два формы аллергическая форма, нейровегетативная форма.

Возникающие постоянно или периодически те или иные патологические явления неблагоприятно отражаются на состоянии нервной системы, обусловливают нарушение трудоспособности, в особенности у работников интеллектуального труда, а нередко и школьников. В детском возрастеоно служит нередко препятствием для проведения рационального режима, достаточного пребывания на свежем воздухе, занятия спортом и т д. Так как трактуется постоянно как простудное заболевание. Следует отметить и большое значение знакомства с различными формами вазомоторного ринита и в самых обычных условиях среди заболеваний трактуемых врачами как повторный острый катар верхних дыхательных путей или же хронический катар, острый или хронический ринит параназальный синусит у взрослых и детей,есть немало таких где имеются процессы нейро-вегетативного или аллергического характера.Местное часто беспрерывное применение при этом стандартных противовоспалительных или сосудосуживающих средств оказывается здесь нередко не только бесцельным но даже вредным, ухудшающим течение процесса и препятствующим выздровлению. Различные формы деформации кроме нарушения дыхания приводить растройству обонятельнойи других фунций носа, эти явление до некоторой степени становится причиной развития гипертрофия нижних носовых раковин при деформации носовой перегородки.

Цель и задачи . Мы перед собой ставили задачу изучать искривление носовой перегородки в сочетание нейровегетативной форма вазомоторного ринита.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 33 больных с искривлением носовой перегородки,мужчин 20(60,6%)и женщин 13(39,4%).Из них искривление в право у 15(45,5%)больных а искривление в лево у 18(54,5%) больных.Всем больным во втором этапе произедено операция подслизистой редрасация по методу Хаитов О.Р.,Алимов А.И. нашему модификации (Исакбаев М.,Исакбаев Ж. 2015).Результаты лечение оценивалось с улучшением и незначительном улучшением.В первой группе из 23(100%)больных с улучшением у 21(91,3%)больных незначительное улучшением у 2(8,7%) больных .

Во втором группе у 10 больных произведенном операция конхотомия и подслизистой резекция носовой перегородки. По методу Киллиана у 10(100%) больных хорошие результаты отмечено у 4(40%) больных и незначительное улучшением у 2(20%)больных , без эффекта лечение у 4(40%) больных.Учитывая хорошие результаты операции в первом группе мы рекомендуем использовать ультразвукое подслизистое вазотомии и подслизистое редрассация носовой перегородки.

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИЧЕСКИ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Исмоилов И.И., Шамсиев Д.Ф.
Ташкентский Государственный стоматологический институт.
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В декабре 2019 г. в Китае зарегистрирована серия необъяснимых случаев пневмонии. Последующие исследования выявили новый штамм коронавируса - SARS-CoV-2, который является возбудителем острого инфекционного заболевания Coronavirus disease 2019 (COVID-19). За короткий период времени эпидемия новой коронавирусной инфекции переросла в пандемию, охватившую более 200 стран мира. COVID-19 оказывает беспрецедентное воздействие на сообщества во всем мире. Изучение патогенеза гнойно-воспалительных заболеваний носа и придаточных пазух невозможно без комплексного анализа различных факторов гомеостаза и прежде всего состояния микроциркуляции, которое в значительной степени зависит от реологических свойств крови. Под общим для всех форм движения жидкости законом по мере повышения вязкости среды скорость движения уменьшается, а затраты энергии

на ее перемещение увеличиваются. Следовательно, ухудшение реологических свойств крови и микроциркуляция находятся в прямой зависимости. Нарушение микроциркуляции всегда существенно отражается на развитии патологических процессов. Однако функция микроциркуляторной системы нарушается раньше и нормализуется позже, чем клинические проявления болезни.

Материал и методы исследования. В своих исследованиях мы изучили реологические свойства крови у 65 больных с острыми риносинуситами после коронавирусной инфекции. У больных определялись следующие основные показатели: вязкость крови, коэффициент агрегации эритроцитов, степень деформируемости эритроцитов, средний объем одного эритроцита, гематокрит, фибриноген, морфологические свойства эритроцитов.

Учитывая то, что тяжесть гемореологических расстройств зависит от степени интоксикации и распространенности воспалительного процесса, мы разделили больных на 3 условные группы. В первую вошли больные с острыми моносинуситами. Вторая группа включала пациентов с острыми гемисинуситами. Третью группу составили больные с острыми пансинуситами.

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

Результаты.

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

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

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

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

ALERGIK RINITNI DAVOLASHDA KORTIKOSTEROIDLARINING TA'SIRI

Iskhakova Fotima Sharipovna, Xushvakova Nilyufar Jurakulovna, Tirkashev Sharofjon

Samarqand Davlat tibbiyot instituti

Tadqiqot maqsadi mahalliy kortikosteroidlarning allergik rinit kasalligini davolashdagi ta'sirini o'rganish.

Tekshirish usullari va materiallari Bizning ishimiz allergik rinit (AR) bilan kasallangan 18-65 yosh orasidagi 45 nafar bemorni tekshirish va davolash natijalariga asoslangan. ARning dastlabki dastlabki belgilari bu: burun va ko'zlarda qichishish, aksirish, burun bitishi, rinoreya, hid bilish pasayishi, ko'zning qizarishi, ko'zning yoshlanishi kabi belgilar edi. Keyinchalik alomatlar eshitish qobiliyatini pasayishi, ko'z qovog'ining shishishi, bosh og'rig'i, charchoq va asabiylikni o'z ichiga oladi. Forineks burun spreyi (topikal kortikosteroid) kuniga bir marta har bir burun yo'liga 2 ta dozasida (har biri 50 mkg) ishlatilgan (umumiy sutkalik doza - 200 mkg. Davolashda samarali natijaga erishilgandan so'ng, dozalar kamaytirildi va qo’llab-quvvatlovchi terapiya sifatida 8 hafta davomida kuniga bir marta har bir burun yo'liga 1 dozadan (har biri 50 mkg) (100 mkg umumiy kunlik doza) tavsiya etiladi. Preparat mavsumiy allergik rinit bilan kasallangan deyarli barcha bemorlarda birinchi marta qo'llanilgandan keyin 12 soat ichida klinik jihatdan muhim ta'sir ko'rsatdi. Biroq, davolanishning to'liq samarasini dastlabki 48 soat ichida olish mumkin emas, shuning uchun bemor to'liq terapevtik ta'sirga erishish uchun uni muntazam ravishda ishlatishda davom etishi kerak.

Tadqiqot natijalari. AR simptomlarining og'irligi sezilarli darajada pasaygan 43 bemorda aniq ijobiy ta'sir kuzatildi. Forineks preparatini qo'llash fonida nojo'ya ta'siri ikki bemorda burundan qon ketishi shaklida kuzatildi, bu tasir o'z-o'zidan tez muddatda to'xtadi va preparatni bekor qilishni talab qilmadi. Mahalliy glyukokortikosteroidlarni qo'llash bo'yicha klinik tajriba allergik rinitning alomatlarini yengillashtiradigan yuqori natija ko'rsatdi va allergik rinit uchun eng samarali dori terapiyasi ekanligi aniqlandi.

Xulosa. AR bilan og'rigan bemorlarda Forineksni qo'llash tajribamiz shuni ko'rsatadiki, preparat AR ning nazofarengial alomatlarini yaxshi nazorat qiladi, mahalliy reaksiyani va organizmning umumiy allergic holati pasaytiradi. Forineks shuningdek nojo'ya ta'siri minimal darajadagi, yuqori samarali, xavfsiz dori hisoblanadi.

ОСОБЕННОСТИ ДВУХМЕРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Риносинуситы являются наиболее распространённым среди заболеваний ЛОР-органов у детей раннего возраста. При этом они никогда не являются начальным звеном в цепи патологических изменений и чаще всего развиваются вследствие ОРВИ. В подавляющем большинстве случаев при ОРВИ поражаются околоносовые пазухи- возникает отек слизистой оболочки и застой секрета. Эпидемиологическая статистика, приведенная в редакции EPOS 2012 [2], показала, что распространенность ОРС находится в пределах 6–15% в разных странах мира. Причем у детей младше 4-х лет ежегодно регистрируется 2 случая на 1000 человек детского населения, а в возрасте 12–17 лет – 18 случаев. В Москве на долю ОРС приходится около 27–30% всех случаев патологии верхних отделов дыхательных путей у детей [3].

ОРС в детском возрасте чаще, чем у взрослых, сопровождается осложнениями. Так, по данным М.Р. Богомильского (2001), у детей до 3-х лет он наблюдается в 94,7% случаев, при этом у 10–22% детей осложнения протекают в форме гнойно-септических орбитальных процессов, а у 2,1% – в форме внутричерепных патологий [4]. Согласно данным В.Ф. Учайкина (2003), у 43,2% детей ОРС сопровождается острой пневмонией, а у 20,3% диагностируется хроническая пневмония.

Цель исследования: изучить особенности ультразвуковой диагностики при синуситах у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Исследования проводилось на базе клиники ТашПМИ. В исследования детей с риносинуситами у детей раннего возраста или двухмерное УЗИ используется в большинстве современных ультразвуковых аппаратов. В ультразвуковых аппаратах, основанных на В-методе сканирования, датчик состоит из нескольких последовательно расположенных пьезоэлементов, каждый из которых излучает ультразвуковой сигнал и воспроизводит изображение на экране в виде точки. Каждая точка расположена на экране на таком расстоянии, которое соответствует расстоянию до зоны отражения. В результате из отдельных точек складывается общее изображение объекта. Яркость точек зависит от амплитуды отраженного сигнала.

Результаты исследования. В результате исследования у 25 детей раннего возраста выявилось 12% - пансинусита (3 больных), 20% гемисинусит (5 больных), 20% гаймороэтмоидит (5 больных) и 48% - этмоидит (12 больных).

Выводы: При ультразвуковое исследовании было выявлено что у детей раннего возраста чаще поражается этмоидальная пазуха, не маловажным фактором является то, что гной протекая по задней стенки глотки, дает бронхолегочные осложнения. Нужно отметить, что ультрозвуковое исследование при синуситах является безопасным и информативным методом при диагностике.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Касимова Ш.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: несмотря на принятые профилактические меры, в последнее время почти в 1,5 раза возросло число женщин с патологическим течением беременности и их неблагоприятным исходом родов. Во время беременности в организме женщин происходят ряд патофизиологических изменений, приводящих к физиологическим иммунодефицитным состояниям, и они становятся восприимчивы ко многим гнойно-воспалительным процессам.

В последнее время вопросы диагностики и тактики лечения РС у беременных, по непонятным причинам выпадают, отсутствуют фундаментальные работы посвященные данной патологии. По нашему мнению, решение данной проблемы связано с одной стороны несовершенством

организации диспансерного наблюдения беременных с патологией ЛОР органов, с другой стороны недостаточностью знаний патогенетической терапии таких женщин. Данный вопрос является актуальной проблемой как в акушерстве и гинекологии, так и оториноларингологии.

Цель исследования: разработать тактику ведения и выработать рациональные методы лечения беременных с хроническим риносинуситом.

Материал и методы исследования:

В работе представлены данные исследования и лечения 46 беременных женщин (из них - 31 основная и 17-контрольная группа) с хроническими гнойными заболеваниями околоносовых пазух. Продолжительность заболевания у беременных как в основной, так и в контрольной группе в среднем составила 3,4±1,2 лет.

Результаты исследования: Основные методы лечения РС направлены на применение комплексных терапевтических мероприятий, включающих элиминацию содержимого полости носа и местного лекарственного воздействия на бактериальную инфекцию. Метод орошения полости носа при лечении РС солевыми растворами в последнее время во многих европейских, американских и российских клиниках входит в стандарты лечения. При промывании носа морской водой у беременных с РС быстро удаляются бактерии, вирусы и аллергены из полости носа, что помогает быстрейшему выздоровлению. Для ирригационно-элиминационной терапии полости носа у беременных основной группы (31 беременных), мы применяли солевой раствор “Дельфин”. Лекарство Дельфин считается противовирусным и антибактериальным средством. Манипуляция проводилась 2 раза в день, на курс лечения потребовалось 6-8 процедур.

В последнее время, одним из эффективных средств в лечении синусита у больных является применение глюкокортикоидов (ГК) в виде интраназального спрея. Одним из эффективных и современных ИКС является Форинекс. Клинический эффект от применения препарата у беременных с РС в первые 12 часов достигается у 28%, а у 50% в течении 35 часов. Терапевтическая доза составляет 1 впрыскивание (50 мкг) в каждую ноздрю один раз (общая суточная доза -100 мкг) в сутки в течении 4-6 дней.

В тоже время, одним из основных направлений в лечении РС является применение антибиотиков. С целью воздействия на патогенную микрофлору, мы применяли комбинированный антибактериальный топический назальный спрей Изофра. Спрей назначался по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 4 - 6 раз в сутки. Средняя продолжительность курса терапии составила 6-7 дней.

Женщины в контрольной группе (17 беременных) получали традиционную терапию: промывание полости носа растворами Дельфин по методу Проетца 1

раз в день в течение 6-8 дней; из антибиотиков назначались таблетки ампициллина по 250 мг. 4 раза в сутки, после еды, в течении 6-8 дней. В качестве сосудосуживающего препарата применялся спрей ксемелина 1 доза 2 раза в день.

В клинической картине в основной группе из 31 беременных в 7 (22,4%) случаях у одной (3,2%) с гайморитом, у 4 (12,8%) гемисинуситом и у 2 (6,4%) пансинуситом от проводимой терапии эффект от лечения был незначительным, поэтому им была произведена пункция верхнечелюстной пазухи (5 случаев) и зондирование (2 случая) лобной пазухи с дальнейшим промыванием раствором Дельфина. После этих манипуляций явления воспаления заметно уменьшились и у них наступило значительное улучшение состояния.

В контрольной группе из 17 беременных из-за неэффективности проводимой терапии в 8 (47,1%) случаях с гайморо-этмоидитом у 5 (29,4%), у 2 (11,8%) с гемисинусит и у 1(5,9%) с пансинуситом, по ходу лечения для полной ликвидации гнойного процесса произведена пункция верхнечелюстной пазухи (7 случаев) и зондирование лобной пазухи (1 случай) с последующим промыванием раствором фурациллина. Отдаленные результаты лечения прослежены в течении года. Из 31 беременной основной группы, у которых достигнуто клиническое выздоровление, рецидивы заболевания через 3 месяца были у 1 (3,2%), из 2 (6,5%) беременных у которых достигнуто улучшение состояния рецидив заболевания через месяц был у - 1(5,8%), через 3 месяца у 1(5,8%) и им проведен повторный курс лечения аналогичный первому, после чего достигнуто стабильное улучшение состояния.

В контрольной группе из 17 беременных у 12 (70,0%), у которых было достигнуто клиническое выздоровление, рецидив заболевания был у 3 (17,6%), через 1 месяц у 2 (11,7%), через 2 месяц у 2 (11,7%). Из числа тех у которых достигнуто улучшение состояния у 4 (23,5%) рецидив заболевания отмечен у 3 (через месяц - у 1 и через 3 месяца - у 2). Им проведен повторный аналогичный первому курс лечения, после чего наблюдалось стойкое улучшение состояние. У одной беременной, у которой лечение было неэффективным проведено оперативное лечение (гайморо-фронтотомия). Таким образом ступенчатый метод терапии РС с применением ирригационно-элиминационной терапии, глюкокортикоидов и антибиотиков в виде интраназальных спреев является в достаточной степени результативным.

ВЫВОДЫ:

1. Гнойное воспаление носа и околоносовых пазух фактор, оказывающий неблагоприятное воздействие на течение беременности.

2. Ступенчатый метод терапии хронических риносинуситов с применением орошения полости носа, интраназального кортикостероида

Форинекс и топического назальногой спрея Изофра является самым эффективным методом терапии.

3. При лечении риносинуситов, для уменьшения побочных явлений лекарственных препаратов, беременным необходимо применять местные топические назальные спреи.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Касимов Х.К., Касимов К.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность исследования. В ЛОР стационарах количество детей госпитализированных по поводу заболеваний околоносовых пазух за два года увеличилось с 27,6%, до 29,5%.

Естественно, перед оториноларингологами стоит проблема разработки наиболее эффективных методов лечения детей с аллергическим риносинуситом.

Цель исследования: разработать новые подходы комплексного лечения и прогнозирования острых синуситов у детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. Обследовали и проводили лечение 46 больных острым синуитом на фоне АР в возрасте от 5 до 18 лет.

При лечении больных учитывалась тяжесть течения заболевания. Проводился ступенчатый метод терапии. В начале орошение полости носа солевыми растворами, после чего введение топического интраназального кортикостероида (ИКС) и на следующем этапе применение назального топического антибактериального спрея. После орошения мы применяли назальный спрей форинекс. Препарат оказывает выраженное противовоспалительное и антиаллергическое действие в результате быстро уменьшается отек слизистой оболочки носа, восстанавливается проходимость просвета соустий околоносовых пазух.

С целью воздействия на патогенную микрофлору, мы применяли комбинированный назальный антибактериальный топический спрей “Неладекс Н.С.”, оказывающий противовоспалительное, антибактериальное и сосудосуживающее действия.

Результаты проводимой терапии. Для оценки эффективности проводимой терапии мы использовали показатели шкалы субъективных ощущений, в первую очередь, динамику основных симптомов синусита (головная боль и боль в проекции пораженной пазухи, выделения из носа,

затруднение носового дыхания, температура тела), объективные данные (отек и гиперемия слизистой оболочки носа, наличие гнойного отделяемого из носа) и общее состояние больного .

После лечения у 89% больных общее состояние значительно улучшилось: полностью исчезли головные боли, слабость и гипосмия, дыхание через нос восстановилось, прекратились выделения из носа и носоглотки, нормализовалась температура тела. При риноскопии: слизистая полости носа розовая, носовые ходы чистые. Улучшение состояния достигнуто у 11% больных, у них также исчезли вышеуказанные симптомы, но периодически наблюдались слизистые выделения из носа, временами беспокоила заложенность носа.

Таким образом: Основным направлением лечения острого синусита на фоне АР является устранение проявлений аллергии, достижение стойкой бактерицидной концентрации антибиотиков в носу и околоносовых пазухах, улучшение дренажной и вентиляционной функций околоносовых пазух.

ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛО НОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ СИНУСИТЕ

Касимов Х.К., Касимов К.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Аллергический ринит (АР) является одним из основных факторов развития острого синусита. По даннымлитературе в детском возрасте острый синусит в 94% - 97% случаев имеет аллергический генез.

Не до конца изученными остаются морфологические показатели структуры слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, толщина собственного слоя и характер сосудистой реакции при остром синусите аллергического генеза.

Цель исследования: экспериментально изучить морфологическую структуру слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при остром синусите, протекающем на фоне аллергического ринита.

Материал и методы исследования:В зависимости от времени воздействия аллергического фактора, животные были разделены на 3 равные группы (по 10 морских свинок), две группы для опыта и одна группа контрольная. Экспериментально моделировали явления АР.

Результаты исследования. Морфологическая структура мягких тканей стенки полости носа и верхнечелюстных пазух при сочетании острого синусита и аллергического ринита представлена следующим: при обзорном микроскопическом исследовании отмечено, что мягкие ткани стенки носа

морских свинок подвергнуты выраженным патоморфологическим изменениям в виде развития дисциркуляторных, дистрофических, дезорганизационных, деструктивных, воспалительных процессов. По видимому, началом этих патоморфологических изменений является поражение стенок сосудов, прежде всего микроциркуляторного русла, затем других крупных сосудов в виде повышения проницаемости стенки за счет альтеративных повреждений их и на фоне имеющихся воспалительных процессов в виде синусита.

Собственная пластинка полностью разрушена и сливается с тканевыми элементами подслизистого слоя. Артериальные сосуды несколько сужены, стенка их утолщена за счет пролиферации собственных клеток и инфильтрации воспалительными клетками.

Венозные сосуды расширены и полнокровны с диапедезными кровоизлияниями в окружающую ткань. Интерстициальная соединительная ткань отечная и разрыхлена с очагами воспалительной и аллергической инфильтрации. Результаты гистохимического окрашивания методом ШИК реакции показали, что в отличии от серии с аллергическим ринитом, при наличии фонового синусита в покровном эпителии и в стенке сосудов, а также в интерстициальной ткани количество ШИК положительного вещества значительно увеличено.

При окрашивании методом Вейгерта отмечается, что в базальной мембране и в составе соединительной ткани подслизистого слоя отмечалось уменьшение содержания эластических волокон, что свидетельствует об избыточном накоплении кислых мукополисахаридов как ответ на аллергический ринит, так и на повреждение тканевых элементов стенки носовой полости фонового синусита.

Таким образом воспалительная инфильтрация сопровождается развитием вторичных изменений в виде кровоизлияния, деструкции и некроза тканевых элементов.

МОФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛО НОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Касимов Х.К.[1], Арифов С.С.[2], Касимов К.[1], Далиев А.Г.[1]

[1]Андижанский Государственный медицинский институт

Центр развития повышения квалификации медицинских работников МЗ РУз, Ташкент

Актуальность исследования. Одним из распространенных заболеваний детского возраста является острый синусит и наибольшее число больных приходится на возраст от 4 до 15 лет. Ежегодно количество таких больных увеличивается на 1,5% – 2%. Аллергический ринит (АР) является одним из основных факторов развития острого синусита. Исследуя ткань носовых раковин у больных аллергическим ринитом, Польнер С.А. (1999) выявил утолщение слизистой оболочки, а в ряде случаев мелкополиповидные образования на её поверхности, метаплазию выстилающего эпителия в многослойный плоский. Наблюдались в большом количестве бокаловидные клетки, иногда в самих клетках отмечалась слизь. С целью изучения морфологической структуры слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при АР Арифов С.С. и Далиев А.Г. рекомендуют проводить экспериментальные исследования, что позволит, усовершенствовать методы диагностики заболевания и проводить динамическое наблюдение за его течением.

Анализ литературных данных показал, что почти все работы, по изучению морфологической картины при аллергическом рините, носили фрагментарный характер. Не до конца изученными остаются морфологические показатели структуры слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, толщина собственного слоя и характер сосудистой реакции при остром синусите аллергического генеза.

Цель исследования: экспериментально изучить морфологическую структуру слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при остром синусите, протекающем на фоне аллергического ринита.

Материал и методы исследования: Исходя из вышеизложенного, нами экспериментально на морских свинках было гистологически изучен характер воспалительного процесса слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух при остром синусите, протекающем на фоне аллергического ринита.

В зависимости от времени воздействия аллергического фактора, животные были разделены на 3 равные группы (по 10 морских свинок), две группы для опыта и одна группа контрольная. Масса морских свинок в пределах от 200 до 300 г. Экспериментально моделировали явления АР путем закапывания в левую полость носа 0,1 мл. 0.2% раствора динитрохлорбензола один раз в день в течении 7 дней. Одновременно после удаления шерсти на спине один раз в день смазывали 0,1 мл. 0.2% раствора динитрохлорбензола в течении 7 дней. Перед очередным смазыванием каждый 2-3 дня удаляли шерсть на спине.

Результаты исследования: Гистологическая картина слизистой оболочки носа и околоносовых пазух морских свинок в контрольной (в норме) группе. У морских свинок околоносовая пазуха, как и у человека представлена верхнечелюстной пазухой. Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи более

толстая, чем слизистая оболочка полости носа за счет наличия в ней большого количества слизистых и серозных желез. Покровный эпителий также представлен многорядным цилиндрическим эпителием, в отличие от покровного эпителия полости носа низкий, среди эпителия бокаловидные клетки в незначительном количестве. Базальная мембрана тонкая и светлая. Собственная пластинка рыхлая с большим количеством тонкостенных сосудов и свободно лежащими клетками гемато-гистиогенного происхождения. В подслизистом слое много железистых структур, синусоидальных венозных сосудов.

Со стороны костной пластинки окружена тонкой надкостницей, которая плотно сливается с волокнистыми структурами подслизистого слоя.

Таким образом, околоносовые пазухи в анатомическом и количественном плане похожи на человеческие, хотя верхнечелюстная пазуха у них узкая. Покровный эпителий слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи представлен многорядным цилиндрическим реснитчатым эпителием, но по сравнению с эпителием носа он низкий и без бокаловидных клеток. В подслизистом слое стенки верхнечелюстной пазухи хорошо развита сосудистая сеть и представлена широкими синусоидальными венозными сосудами. Это является отличительным признаком строения носа и верхнечелюстной пазухи от человеческих.

Морфологическая структура мягких тканей стенки полости носа и верхнечелюстных пазух при сочетании острого синусита и аллергического ринита представлена следующим: при обзорном микроскопическом исследовании отмечено, что мягкие ткани стенки носа морских свинок подвергнуты выраженным патоморфологическим изменениям в виде развития дисциркуляторных, дистрофических, дезорганизационных, деструктивных, воспалительных процессов. По видимому, началом этих патоморфологических изменений является поражение стенок сосудов, прежде всего микроциркуляторного русла, затем других крупных сосудов в виде повышения проницаемости стенки за счет альтеративных повреждений их и на фоне имеющихся воспалительных процессов в виде синусита.

В последствии эти альтеративные изменения сопровождались развитием острого аллергического воспалительного процесса. Покровный эпителий по сравнению с предыдущей серией экспериментов несколько утолщен и деформирован за счет удлинения и утолщения ресничек, пролиферации эпителиоцитов и набухания бокаловидных клеток. Базальная мембрана покровного эпителия также неравномерно утолщена вследствии набухания волокнистых структур и пролиферации соединительнотканных клеток. Местами на базальной мембране имеются очаги деструкции и вакуолярного дефекта.

Собственная пластинка полностью разрушена и сливается с тканевыми элементами подслизистого слоя. Артериальные сосуды несколько сужены,

стенка их утолщена за счет пролиферации собственных клеток и инфильтрации воспалительными клетками (рис.1).

Венозные сосуды расширены и полнокровны с диапедезными кровоизлияниями в окружающую ткань. Интерстициальная соединительная ткань отечная и разрыхлена с очагами воспалительной и аллергической инфильтрации. Результаты гистохимического окрашивания методом ШИК реакции показали, что в отличии от серии с аллергическим ринитом, при наличии фонового синусита в покровном эпителии и в стенке сосудов, а также в интерстициальной ткани количество ШИК положительного вещества значительно увеличено.

При окрашивании методом Вейгерта отмечается, что в базальной мембране и в составе соединительной ткани подслизистого слоя отмечалось уменьшение содержания эластических волокон, что свидетельствует об избыточном накоплении кислых мукополисахаридов как ответ на аллергический ринит, так и на повреждение тканевых элементов стенки носовой полости фонового синусита.

При синусите на фоне АР, слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи значительно утолщена за счет в основном наличия диффузной воспалительной инфильтрации.

Покровный эпителий утолщен, извилистый за счет сдавления его подлежащей воспалительной инфильтрацией. На поверхности покровного эпителия реснички отсутствуют, сам многорядный цилиндрический эпителий местами метаплазирован в многослойный эпителий, ядра эпителиоцитов расположены на разных уровнях, по сравнению с нормой они гиперхромные.

Базальная мембрана неровная, извилистая, в одних участках утолщена, в других не определяется. Собственная пластинка и подслизистый слой не различаются из-за диффузной воспалительной инфильтрации.

Воспалительные инфильтраты в основном концентрированы вокруг сосудов, местами доходят до покровного эпителия, формируя выпуклые участки в сторону просвета полости и с атрофией покровного эпителия. Такая воспалительная инфильтрация сопровождается развитием вторичных изменений в виде кровоизлияния, деструкции и некроза тканевых элементов.

Выводы:

1.Таким образом, результаты морфологического исследования тканевых элементов стенки носовой полости и околоносовых пазух показали, что при экспериментальном синусите на фоне аллергического ринита развиваются как обще патологические, так и характерные для фонового воспалительного процесса изменения.

2.Общие патоморфологические изменения проявились, в виде развития дисциркуляторных, дистрофических, дезорганизационных, деструктивных, воспалительных процессов, а характерными изменениями явились появления фонового воспалительного инфильтрата. Характерные изменения для аллергического ринита начинались с поражением стенок сосудов, прежде всего микроциркуляторного русла, затем других крупных сосудов в виде повышения проницаемости стенки за счет альтеративных повреждений их и миграции воспалительных клеток через стенку сосудов в окружающие ткани.

3.Воспалительные инфильтраты и дисциркуляторные явления привели к развитию вторичных изменений в виде белковой дистрофии в цитоплазме покровного эпителия и мукоидного, фибриноидного набухания, фибриноидного некроза во всех волокнистых структурах соединительной ткани собственной пластинки и подслизистого слоя.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ И БАКТЕРИАЛЬНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Касимов Х.К.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность работы: В настоящее время уровень острых и хронических риносинуситов в детском возрасте остается высоким, так как профилактика и их диагностика не до конца разработаны.

В ЛОР стационарах количество детей госпитализированных по поводу заболеваний околоносовых пазух за два года увеличилось с 27,6% до 29,5%.

В структуре заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) аллергический ринит (АР) и синусит считаются самыми распространенными заболеваниями, при этом АР является одним из ведущих факторов в развитии данной патологии у детей. Ранее эти два заболевания считались как отдельные клинические состояния, но в настоящее время они все чаще рассматриваются как единый воспалительный процесс ВДП. По данным Ткаченко В.И.(2013) воспаление околоносовых пазух у детей на фоне АР встречается в 94% -97% случаев. При АР происходит нарушение функционального состояния слизистой оболочки полости носа в результате создаются условия для проникновения инфекции и развития воспалительного процесса [13]. Диагностика синуситов основана на сопоставлении результатов клинико-функциональных методов исследования.

Несмотря на большое число исследований посвященных острым синуситам у детей протекающим на фоне АР, имеются ряд нерешенных аспектов данной проблемы. В частности, не достаточно освещены вопросы функционального

состояния полости носа у детей с острым бактериальным синуситом (ОБС) и синуситом протекающем на фоне АР (ОСАР).

Цель исследования: Провести сравнительный анализ диагностической значимости функционального состояния полости носа у детей ОБС и ОСАР.

Материал и методы исследования: Было обследовано 66 детей (основная группа) острым синуситом на фоне АР и 30 детей (контрольная группа) с острым бактериальным синуситом. Больные были в возрасте от 3 до 18 лет, мальчики - 50 девочек -46. Для изучения функционального состояния полости носа нами проводились следующие методы исследований: определение дыхательной, всасывательной и обонятельной функции, а также цилиарной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа.

Результаты исследования: Нарушение носового дыхания один из основных симптомов при синуситах, поэтому определение дыхательной функции носа не зря называют «золотым стандартом» для оценки его функционального состояния. Жалобы на затруднение носового дыхания среди детей с ОСАР наблюдались у 64 (96,7%) и с ОБС у 24 (80,0%) . Нормальное носовое дыхание отмечено у 3,3% детей с ОСАР, что в 6 раз меньше, чем у детей с ОБС - 20,0% ($P < 0,02$). Нарушения носового дыхания легкой (I степени) у детей с ОСАР составило 3,3%, а у детей ОБС почти в 5 раз больше и наблюдалось в 16,6% случаев. При этом нарушения дыхания высокой степени (III и IV степень) в 1,5 раза выше у детей с ОСАР и отмечено у 77,2%, а в группе детей с ОБС у 49,9 %. Интересно отметить, что при ОБС нарушения носового дыхания в основном наблюдались на стороне пораженной пазухи, а среди больных детей с ОСАР не зависели от стороны поражения пазухи и были обычно двухсторонними. Основной причиной приводящий к затруднению носового дыхания является отек слизистой оболочки носа и носовых раковин, наличие обильного отделяемого в носовых ходах.

Восстановление носового дыхания у этих больных наступало постепенно, по мере уменьшения аллергического отека в полости носа. По ходу лечения улучшение носового дыхания у детей с ОБС, в среднем на 2 дня раньше, наступало быстрее чем у больных с ОСАР. При остром гнойном синусите нарушается и всасывательная функция слизистой оболочки полости носа. По нашим данным, всасывательная функция слизистой оболочки полости носа у практически здоровых детей была равна 58,3±2,2 мин. У детей с ОБС время всасывания несколько снижено и составило в среднем 42,2± 1,6 мин, более значительное снижение отмечено у детей с ОСАР 38,5±1,1 мин. Снижение всасывательной функции слизистой оболочки носа у детей с ОСАР по сравнению с детьми ОБС, по нашему мнению, обусловлено деформацией покровного эпителия, деструкцией и поражением стенок сосудов за счет воспалительного процесса в виде аллергического риносинусита.

В значительной степени страдает и обонятельная функция носа при обеих формах острого синусита. Данное явление связано: во - первых закрытием обонятельной части носа из-за отека слизистой оболочки, а во - вторых токсическим действием аллергического явления и гнойного процесса в пазухах. Нарушения обонятельной функции из 66 детей с ОСАР отмечено у 63 (95,5%) и у 19 (63,3%) детей с ОБС. Нормальное обоняние у детей с ОБС отмечено в 36,6% случаев, почти в 5 раза чаще, чем у детей с ОСАР - 7,5%. Нарушения обоняния легкой (первой и второй) степени у обеих групп детей было почти одинаково (53,3% и 53,0% соответственно). Высокая степень нарушения обоняния (третья и четвертая) наблюдалась у 39,3% детей с ОСАР, что почти в 3,5 раза больше, чем у детей с ОБС (10,0%). При этом четвертая степень нарушения или аносмия

имела место у 10,6% детей с ОСАР, тогда как у детей с ОБС не было ни у одного. Значительное нарушение обоняния у детей с ОСАР обусловлено с одной стороны широким распространением воспалительного процесса в носу и около носовых пазухах, а с другой стороны действием аллергического фона слизистой оболочки носа и нарушение обоняние у них носит эссенциональный характер. В ряде случаев возможно токсическое поражение обонятельного нерва, в связи с чем у ряда детей даже после лечения наблюдалась стойкая гипосмия.

Определение транспортной функции слизистой оболочки полости носа является одним из достоверных показателей оценивающих характер воспаления и эффективность проводимой терапии. Нами отмечено значительное угнетение транспортной функции слизистой оболочки полости носа при обеих формах острого синусита по сравнению со здоровыми детьми. По литературным данным у здоровых детей время появления угольной пыли в носоглотке составляет в среднем 20,1+1,1 мин. При ОСАР средний показатель составил 52,2 ±1,0 мин, а при ОБС 41,3 ± 0,7 мин.($P \leq 0{,}001$).

Следует отметить, что у 10,0% детей с ОБС и у 1,2% с ОСАР угольная пыль не появилась в носоглотке даже спустя 2 часа от начала опыта. Данное явление связано с угнетением транспортной функции мерцательного эпителия в результате выраженного отека слизистой оболочки и наличием обильного слизисто-гнойного выделения, которое смывало порошок с переднего конца носовой раковины. Резкое угнетение транспортной функции мерцательного эпителия при ОСАР объясняется, помимо аллергического отека слизистой оболочки полости носа, еще и деструкцией клеток мерцательного эпителия. Данное явление связано с тем, что при ОСАР сравнительно шире и глубже угнетена транспортная функция носа чем при ОБС.

Таким образом, показатели проведенных исследований свидетельствуют о значительном нарушении функционального состояния слизистой оболочки полости носа у детей, что свидетельствует об их значительное роли в патогенезе

острого риносинусита, при этом более выраженные сдвиги наблюдаются у детей с ОСАР.

Выводы:

1. У детей с острым синуситом в значительной степени отмечаются нарушения функционального состояния полости носа, которые играют существенную роль в патогенезе осрых синуситов детского возраста.

2. Нарушения функционального состояния полости носа более выражены у детей с ОСАР, чем с ОБС.

3. Полученные данные важны не только для диагностики заболевания, но и для проведения рационального лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУИТОМ

Курбанов Э.Х.

Самаркандский Государственный медицинский институт,

Самарканд, Узбекистан

Актуальность темы исследования. Полипозный риносинусит (ПРС) одно из часто встречаюшихся заболеваний полости носа и придаточных пазух. Проблема полипов носа ипридаточных пазух остается актуальной, поскольку основные этиопатогенетические аспекты этой патологии до конца не изучены.

Проблема полипозного риносинуита предопределяется достаточно высоким уровнем распространенности заболевания и многочисленными медицинскими исоциальными аспектами, связанными с лечением и реабилитацией больных. В научном аспекте проблема полипов носа остается актуальной, поскольку ряд вопросов данной патологии остаются не решенными. Согласно последним Европейским документам EAACI, дефекты слизистой выстилки внутриносовых структур носа в виде полипозных разрастаний есть специфическая конструкция гипертрофического процесса, развивающегося на фоне эозинофильной субстанции. Установлено, точнее интерпретируется, что полипозный риносинусит является многофакторным полиэтипатогенетическим заболеванием. Из-за широкой распространенности полипозного риносинусита и внедрение эндоскопической ринохирургии, на сегодняшний день нет методов лечения, которые могли бы гарантировать отсутствие рецидива. Подавляющее большинство авторов склоняются к использованию в этих целях топических и системных глюкокортикостероидов после операции. Однако целевых исследований, направленных на изучение морфологии слизистый носа до и после хирургического вмешательства, и в динамике проведения противорецидивной терапии в доступной литературе встречаются единично. К тому же результаты этих исследований порой противоречивые. Это

свидетельствует об актуальности исследований, направленных на уточнение показаний и обоснование целесообразности применения лекарственных препаратов при полипозном риносинусите до и после оперативных вмешательств, а также при рецидивах данной патологии. Цель исследования. Провести оценку результатов гистологического исследования слизистой оболочки полости носа у пациентов с полипозным риносинуситом для определения тактики послеоперационного лечения.

Материал и методы

Под наблюдением находились 174 больных с различными заболеваниями носа и придаточных пазух из них 110 пациентов с полипозным риносинуитом.

С 2016 по 2020 г. в патологоанатомическом отделении Клинике СамМИ №1 была проведена морфологическое исследование материалов из полости носа 110 пациентов с полипозным риносинуситом в возрасте от 18 до 70 лет. Все больные находились на лечении в клинике БИОНУР для проведения планового оперативного лечения (полисинусотомии) и материалы были направлены для верификациии клинического диагноза. Сроки заболевания у пациентов превышали 5 лет, ранее операций по поводу полипозного риносинусита им проводилось. Всем больным перед хирургическим вмешательством выполнялась биопсия слизистой оболочки полости носа из полипозной ткани среднего носового хода (медиальная поверхность средней носовой раковины). Гистологическое исследование проводилось по стандартной методике с окраской препаратов гематоксилином и эозином. Во всех случаях проводилось исследование на грибковые элементы и кристалов Шарко—Лейдена. Для определения наличия дрожжеподобных грибков рода Candidaпроводили ШИК – реакцию.

Результаты. По результатам гистологического анализа слизистой оболочки полости носа, согласно протоколу, пациенты были разделены на 3 группы. В 1ю группу были включены 40 (36.6%) пациентов, у которых по данным гистологического анализа определялось преобладание эозинофильного воспаления, отсутствие нейтрофильной инфильтрации с маловыраженным и умеренным отеком тканей. Фиброзные изменение не наблюдались. Подобная гистологическая картина характерна для полипозного риносинусита, в патогенезе которого преобладают аутоиммунные процессы, а также выраженной реакции стромы полипов. В материалах данной группы больных ШИК - положительных грибков не было обнаружено.

После полученного морфологического анализа в 1й и 2 й группе больных в после операционном периоде для предотвращения рецидива был назначен в комплексе лечения Димиста топический кортикостероид назального применения и АНИС для ароматерапии.

Заключение

Таким образом, в морфологической картине слизистой оболочки полости носа пациентов с полипозным риносинуситом 1й и 2й групп преобладало эозинофильное воспаление, что подтверждает необходимость использования в таких случаях топических и/или системных глюкокортикостероидов в послеоперационном периоде. У 3.й группе 26,7% пациентов с полипозным риносинуситом в слизистой оболочке полости носа преобладало нейтрофильное или лимфоцитарное воспаление, что свидетельствует о значении послеоперационной антибактериальной терапии у этой группы больных

ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУИТОМ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Курбанов Э.Х.

Самаркандский Государственный медицинский институт,

Самарканд, Узбекистан

Введение: Полипозный риносинусит (ПРС) среди воспалительных заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух представляет одну из наиболее актуальных проблем современной ринологии. Среди причин, способствующих развитию и рецидивированию полипозного процесса, обсуждается участие аллергии, хронических воспалительных процессов в околоносовых пазухах, вызванных бактериальной флорой, вирусными агентами, рассматривается влияние различных анатомических аномалий, способствующих нарушению аэрации и поддержанию воспалительного процесса, и наличие генетической предрасположенности.

Имеется разные методы определения микрофлоры полости носа из них часто используемый иммуно-серологический метод является непрямым, поскольку выявляет не возбудителя, а иммунный ответ на него, который может иметь индивидуальные вариации. Однако существует альтернативный способ определения микробных сообществ методом хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров. В основе метода лежит высокоточное определение специфических маркерных молекул, входящих в состав клеточных липидов микроорганизмов. Высокочувствительный и селективный метод газовой хроматографии –масс спектрометрии (ГХ-МС) позволяет одновременно измерять концентрации более сотни микробных маркеров непосредственно в анализируемом материале. Таким образом, слизистая оболочка полости носа является доступным объектом исследования и может использоваться для

экспресс-диагностики ряда заболеваний. С помощью газовой хроматографии можно проводить ускоренную (менее двух часов) индикацию микроорганизмов по спектру специфических компонентов их мембран или специфическим продуктам пиролиза и гидролиза клеточных препаратов.

Пациенты и методы

Обследовано 110 больных полипозным риносинуитом в возрасте от 17 до 60 лет. Всем пациентам проводились углубленное клиническое обследования, а также исследование микробиоты носа с использованием метода масс-пектрометрии микробных маркеров. Для клинической практики весьма важно, что среди этих микроорганизмов определяются как аэробы, так и анаэробы, вирусы и грибы.

Результаты: Установлено МСММ демонстрируют в одном анализе присутствие как резидентной так и факультативной микрофлоры.

Заключение: Использование метода МСММ позволяет оценить экосистему носа у больных полипозным риносинуитом с учетом различных видов бактерий, грибов и даже вирусов. С помощью метода МСММ удается определять индивидуальные свойства микробиоты слизистой оболочки носа у больных полипозным риносинуитом, что позволяет рекомендовать данный метод к использованию в клинической практике оториноларинголога.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Лутфуллаев У.Л.[1], Сафарова Н.И.[1], Лутфуллаева Г.У.[2], Аскаров Ш.Н.[1]

[1]Самаркандский Государственный медицинский институт

[2]Клиника №1 СамМИ, Самарканд, Узбекистан

За последние годы опубликовано множество работ посвященных диагностике и лечению заболеваний носа околоносовых пазух (ОНП). Несмотря на это, в отечественной литературе недостаточно исследований по диагностике и лечению синуситов при доброкачественных НН и ОНП. В связи с тем что, в их развитии имеют значение иммунный статус и процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ), приводящие к эндогенной интоксикации организма, лечение синуситов при доброкачественных НН и ОНП с учетом вышеперечисленных факторов требует дальнейшей разработки.

Под нашим наблюдением находилось 38больных с синуситами при доброкачественных НН и ОНП. Синуситы при доброкачественных НН и ОНП характеризуются односторонней блокадой носового дыхания, выделениями из носа, нарушением обоняния, носовыми кровотечениями, головной болью. Для

диагностики и оценки состояния больных кроме клинико-инструментальных, микробиологических и гистологических, проводились иммуно-биохимические исследования. Все больные получали иммуномодулятор синтетического происхождения полиоксидоний (по 6 мг в/м 1 раз в сутки в течение 5 дней в послеоперационном периоде, далее в этой же дозировке 1 раз в неделю в течение 5 недель) на фоне традиционного лечения (ТЛ). ТЛ включало в себя пункцию и зондирование пазух, промывание их по Проэтцу, хирургическое удаление новообразования, противовоспалительную и симптоматическую терапию.

После лечения при риноскопическом контроле и КТ-исследовании признаков воспалительного процесса а также новообразования не выявлено. Повторно проведенный посев из ПН и соустья ОНП дал отрицательный результат.

Констатируя вышеизложенное, можно сделать заключение, что после применения полиоксидония на фоне ТЛ у больных с синуситами при доброкачественных новообразованиях носа и ОНП, показатели иммунного статуса и эндогенной интоксикации приблизились к контрольным показателям, значительно сократилось количество рецидивов воспалительного процесса и новообразования, а это свидетельствует о высокой эффективности данного препарата.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАНАЗАЛЬНО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Лутфуллаев У.Л., Валиева Н.К., Рахмонов А.А., Валиева С.Ш.
Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. В разных регионах Узбекистана распространенность аллергического ринита (АР) достигает от 25 до 38%. Эта нозологическая единица представляет собой глобальную медико-социальную проблему и встречается в практике врачей многих специальностей.

Целью исследования было определение эффективности курса глюкокортикостероидов (ГКС) для лечения аллергического ринита и сравнения состояния слизистой оболочки полости носа до и после лечения ГКС.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 36 пациентов с диагнозом АР. Среди них 16 (44%) мужчины и 20 (55%) женщин. Средний возраст пациентов 30-35 лет. Все пациенты подписали информированное согласие на лечение. Контрольную группу составили пациенты, которые не получали лечения ГКС (n = 15). Исследовательскую группу составили пациенты, которые получали ГКС в течение 3 месяцев (n = 21). Все пациенты получали лечение ГКС, действующим веществом которого был мометазона фуроат. Суточная доза 200 мкг. После курса терапии всем исследовательским был

определен уровень продуктов перекисного окисления липидов, определенных экстракционно-спектрофотометрическим методом.

Результаты. В ходе исследования установлено, что все пациенты исследовательской группы, получавших ГКС в течение 3 месяцев имели характерные морфологические изменения. В слизистой оболочке полости носа отмечалось разрастание зрелой волокнистой соединительной ткани и большое количество желез, которые вырабатывают слизь. Это свидетельствует об активной функциональной перестройке реснитчатого эпителия. В контрольной группе наблюдалась десквамация с гиперплазией клеток камбиального слоя слизистой оболочки полости носа. Нарастание количества бокаловидных клеток и рост плотности сосудов на 1 мм-10.4, кистозная трансформация ацинусов желез с накоплением в просвете белкового секрета.

Таким образом, использование интраназальных ГКС является эффективным при лечении АР, что подтверждается выраженными морфологическими изменениями слизистой оболочки полости носа.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Лутфуллаев У.Л., Сафарова Н.И., Хамраев Ф.Х., Толлибоев М.А.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт,
Самарканд, Узбекистан

Мукоцеле околоносовых пазух - это своеобразная ретенционная мешотчатая киста какой-либо одной околоносовой пазухи, образующаяся в результате облитерации носового выводного протока и скопления внутри пазухи слизистого и гиалинового секрета, а также элементов десквамации эпителия. Чаще всего мукоцеле околоносовых пазух локализуется в лобной пазухе (80 %), затем в решетчатой лабиринте (15 %) или на границе между ними, что нередко приводит к проникновению «кисты» в глазницу, вызывая экзофтальм, - факт, который объясняет частое обнаружение ее офтальмологами.

В большинстве случаев мукоцеле придаточных пазух носа наблюдается у больных в возрасте от 11 до 20 лет и сравнительно редко встречается в более молодом – до 10 лет или в пожилом возрасте – 50-60 лет. В связи с чем приводим наше наблюдение.

Больная Т. 56 лет (ист.бол. № 1517) 12.12.19 г. поступила в ЛОР отделение 1 - клиники СамМИ с жалобами на припухлость в области лобной пазухи слева, выпячивание левого глазного яблока, головную боль.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 3 лет, по поводу данного заболевания лечилась в 2017 году в глазном отделение клиники СамМИ, где

была произведена операция (дакриоцистотомия), после чего наблюдала у себя припухлость в лобной области в холодное время года, а также выпячивание левого глазного яблока. С диагнозом «Мукоцеле левой лобной пазухи» больная была госпитализирована в ЛОР отделение 1 - клиники СамМИ.

Заключение МСКТ: признаки наличия новообразования в структуре левой фронтальной пазухи, в полости ячеек решетчятых костей слева, с деструкцией медиальной стенки левой орбиты, основания фронтальной пазухи и стенок решетчатого лабиринта слева. Вторичный экзофтальм слева

Лечение: под общим эндотрахеальным наркозом произведена фронтотомия слева.Вся левая лобная пазуха была заполнена кистозной жидкостью, которую удалили вместе с капсулой кисты, проникающую в бульбарную клетчатку левой глазницы. Левая лобная пазуха промыта раствором антисептика, облитерированный лобно-носовой канал вновь сформирован с удалением части клеток решетчатого лабиринта и носовой кости слева, в который вставили дренажную трубку и вывели через левую ноздрю. Дренажная трубка зафиксирована шелковыми нитками, также ушита кожная рана. Асептическая повязка.В послеоперационный период назначены антибиотики, анальгетики. На 7-день после операции больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

При контрольном обследовании через 2 недели можно было отметить постепенное возвращение левого глаза к нормальному положению.

Выводы. При диагностике мукоцеле околоносовых пазух большую роль играет проведение КТ и пункция пораженной пазухи. Лечение данного заболевания хирургическое –вскрытие пазухи с последующим извлечением кисты вместе с капсулой.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ

Мадаминова Н.Э., Салиахунова Х.О., Ташбаев Д.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Микробы, появившиеся около 3,5 млрд. лет назад, являются самой древней группой организмов из ныне существующих на Земле. Повсеместная распространенность и суммарная мощность метаболического потенциала микроорганизмов определяют их важнейшую роль в круговороте веществ, поддержании динамического равновесия в биосфере Земли. Человек и микробы существуют друг с другом нераздельно, в организме человека обнаруживаются тысячи видов бактерий, архей, грибов и вирусов.

Растущая доступность высокопроизводительных технологий позволила провести общесистемное профилирование генома, транскриптома, эпигенома, микробиома и метаболома, изменила наши представления, обеспечивая фундамент для исследования астмы и аллергии на принципиально ином уровне, исходя из новой парадигмы сложного взаимодействия между микробиомом и его хозяином, которые могут провоцировать или препятствовать формированию респираторного заболевания.

Изменения микробного состава были связаны с несколькими заболеваниями человека. Существует также доказательства того, что, в дыхательной системе, состав микрофлоры дыхательных путей колеблется от здоровых людей и людей с такими заболеваниями, как астмаи кистозный фиброз (CF). К сожалению, с ограничены исследования в настоящее время, она не может быть заключена с той же степенью хронической риносинусита (CRS). Поэтому необходимо выяснить патофизиологии этого заболевания, такие как;

1) отношения между микробиомом и воспалительных моделей,

2) возможные причинно-следственные связи между микробом и CRS,

3) изучение микробиомо возможных терапевтических свойств. Нарушение регуляции взаимодействий между иммунной системой и синантропных бактерий фактором, способствующим развитию и хронизации ряда воспалительных заболеваний.

Цель исследования. Изучение микробиотических состояний при хроническом риносинусите и профилактика патологических процессов.

Методы исследования. Основные подходы к анализированию человеческой микрофлоры являются: культурно-зависимые и культурно-независимые методы. Культура зависимые методы включают выделение и культивирование микроорганизмов до их идентификации в соответствии с морфологическими, биохимическими или генетическими характеристиками. Эти методы требуют больших затрат времени, из-за культуры и смещения, так как некоторые средства массовой информации и условия роста способствуют росту некоторых бактерий над другими.

Результаты исследования. Таким образом, похоже на CF, данные указали, что исследование микробиом является уникальным для каждого отдельного пациентаи сообщество микробов диверсифицирован. В качестве общего принципа, уменьшая бактериальное разнообразие коррелирует с тяжестью заболевания при MB, в то время как пациенты CRS было характерно измененного микробного состава и большее изобилие золотистого стафилококка. Там не было ни одного общего профиля микрофлора у пациентов с похожими клиническими условиями в исследованиях, проведенных до сих пор, хотя золотистый стафилококк был видным в большинстве исследований.

Таким образом, существует явная необходимость в большей серии четко определенных пациентов, отобранных и изученных оптимальным образом, а также избежание вмешательств в последнее применяемых антибиотиков, чтобы установить связь между микробом и болезнью CRS. Исследования выявили несколько важных факторов, которые также могут повлиять на CRS. Прежде всего, включение четко определенных пациентов, используя фено- и потенциально endotypes верхних дыхательных путей больных, и контрольной группы в значимых цифрах необходимо обратить внимание на обоснованные выводы.

Более того, недавнее лечение антибиотиками в течение 1 месяца до сбора может значительно снизить разнообразие микробиома в образцах, и загрязнение бактерий от других органов, таких как кожа, должны быть приняты во внимание. Факторы, которые могут возмущать процедур сбора или оценки загрязняют ДНК хозяина или РНК, наличие вирусов, таких как бактериофагов в образцах, которые могут повлиять на количество и генов микробов, а также технические вопросы, такие, как методы добычи (например, измененный лизостафин-лизоцим способ повышения выделение ДНК стафилококк).

В настоящее время большинство публикаций в исследованиях микрофлоры человека были освещены последовательности 16S рРНК при идентификации бактерий. Их результаты могут недооценивать уровень разнообразия и микробного состава усилением химеры и псевдогенов и / или неправильный выбор грунтовки. Метагеномный метод может избежать этих проблем, опуская усиление и позволяет обнаружить ген содержимое комплексной микрофлоры и сравнить функциональное содержимое генов между образцами, но все еще может иметь ограничения, как описано выше, и в образцах с низким уровнем микробным бременем. Тем не менее, исследователи теперь все чаще используют новые методы, чтобы изучить микробиомупри хронических риносинуситах.

Вывод. Манипулирование микробиоты или введение в частности здоровой микробиоты может оказаться полезным для лечения воспалительных заболеваний. Золотистый стафилококк и синегнойная палочка являются основными возбудителями развития хронического риносинусита и стойких тяжелых болезней дыхательных путей. Как устойчивость бактерий усложняет эффективность антибиотиков, использование пробиотических бактерий, как колонизаторов и антимикробных агентов, которые могут ингибировать рост патогенных бактерий ожидает дальнейшего развития.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ, С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Маматова Ш.Р., Карабаев Х.Э., Саломов К.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Риносинуситы являются наиболее распространённым среди заболеваний ЛОР-органов у детей раннего возраста. При этом они никогда не являются начальным звеном в цепи патологических изменений и чаще всего развиваются вследствие острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИВоспалительные заболевания носа и околоносовых пазух могут приводить к различным осложнениям как в соседних с ними областях (глазница, череп), так и отдаленных (бронхи, легкие). Возникновение последних осложнений вызвано комплексом причин: нарушением нормального носового дыхания, что приводит к снижению вентиляции в легких; рефлекторным влияниям патологических изменений ВДП на нижние, распространением инфекции сверху вниз, аллергическим фактором, вызывающим сенсибилизацию организма[11,12].

Бронхолегочные осложнения, связанные с заболеваниями носа и околоносовых пазух развивается у детей и протекает в три стадии: начальная – синобронхит, промежуточная – затяжная или рецидивирующая пневмония, завершающая – хроническая пневмония.

Цель исследования: изучить особенности диагностики острых риносинуситов на фоне бронхолегочной патологии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 72 больных детей (32 девочки и 40 мальчиков) в возрасте от 1 до 3 лет, которые были проконсультированы оториноларингологами в отделении пульмонологии клиники ТашПМИ. Наблюдаемым больным был поставлен диагноз – острый гнойный риносинусит. В отделение эти больные были госпитализированы с диагнозом острая пневмония (60 детей) и острый бронхит (12). Больные были разбиты на 3 группы по 24 детей:

1 группе было проведено рентгенография ОНП

2 группе было проведено двухмерная ультразвуковое исследование ОНП

3 группе двухмерная ультразвуковое исследование и рентгенография ОНП

Всем больным была сделана рентгенография грудной клетки для выявления бронхолегочной патологии.

Всем больным детям было проведено комплексное обследования:

-пальпация и перкуссия околоносовых пазух,

-оториноларингологическое исследования (риноскопия, фарингоскопия, отоскопия и ларингоскопия),

-двухмерное ультразвуковое исследования (В-режим) околоносовқх пазух,

-рентгенография придаточных пазух носа и грудной клетки

- Бактериологический посев из зева.

- при необходимости бронхоскопия и КТ.

Лабораторные исследования: ОАК. ОАМ

Результаты исследования. Полученными нами данных у 44 больных детей поставлен диагноз острая пневмония, остальные 28 страдали острым бронхитом. У всех больных на момент обращения наблюдалось заложенность носа и кашель, у 56 отмечалась ринорея, 46 – параназальный синдром и 25 присутствовали признаки лихорадки.

Выводы.

1. Оптимальными техническими параметрами для двухмерного ультразвукового исследования околоносовых пазух является частотный режим 7,5-10 МГц, использование линейных датчиков с рабочей поверхностью не более 37 мм и проведение сканирования в двух проекциях - сагиттальной и аксиальной, что позволяет с высокой достоверностью сканировать верхнечелюстную и решетчатую пазухи.
2. Основными эхографическими признаками экссудативного синусита у детей раннего возраста при двухмерном ультразвуковом сканировании являются отек слизистой оболочки, проявляющийся снижением эхогенности неоднородной структуры, и секрет внутри синуса
3. По сравнению с обзорной рентгенографией двухмерная ультрасонография является более информативным методом в выявлении патологии околоносовых пазух при экссудативных процессах.
4. Используя в своей практике обзорную рентгенографию, мы подвергали облучение пациентов, что не бывает при двухмерном ультразвуковом исследование. Исходя из этого, двухмерная ультразвуковое исследование даёт возможность наблюдать динамику лечения и корректировать в соответствии с результатами сканирования.

Таким образом, полученные нами данные позволили заключить, что при своевременной и адекватнойдиагностике острого риносинусита на педиатрических участках, уменьшается риск бронхолегочных осложнений.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Маматова Ш.Р., Карабаев Х.Э., Джаббарова Д.Р., Исматова К. А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Риносинуситы являются наиболее распространённым среди заболеваний ЛОР-органов у детей раннего возраста. При этом они никогда не являются начальным звеном в цепи патологических изменений и чаще всего развиваются вследствие острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). В подавляющем большинстве случаев при ОРВИ поражаются околоносовые пазухи возникает отек слизистой оболочки и застой секрета. Эпидемиологическая статистика, приведенная в редакции EPOS 2020 [2], показала, что распространенность острого риносинусита (ОРС)находится в пределах 6-15% в разных странах мира. Причем у детей младше 3-х лет ежегодно регистрируется 788 случая на 1000 человек детского населения, а в возрасте 12-17 лет - 186 случаев. В Москве на долю ОРС приходится около 27-30% всех случаев патологии верхних отделов дыхательных путей у детей [3].

Цель исследования: изучить особенности ультразвуковой диагностики при риносинуситах у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. В исследования включены 56 детей (25 девочек и 31 мальчиков) в возрасте от 1 до 3 лет, мамы этих больных, обратившихся на консультацию к оториноларингологу приемного отделения ТашПМИ, которым было проведено ультразвуковое исследование придаточных пазух носа.

У всех больных на момент обращения наблюдалось заложенность носа (56 человек), 27 - слизистые выделения, 39 - слизисто-гнойные выделения из носа и носоглотки. У 25 отмечалась субфебрильная температура (37,2-37,4°С).

Проводили пальпацию решетчатых и верхнечелюстных пазух большими пальцами обеих рук на точки первой и второй ветвей тройничного нерва проверяя их болезненность, которой в норме быть не должно, мягко надавливали передние стенки в области собачьей ямки, также проводили перкуссию в проекции придаточных пазух носа: согнутым под прямым углом средним пальцем передних стенок придаточных пазух носа, данные методики у 35 детей вызывало беспокойство.

Результаты исследования. В 35 случаях установлен острый двухсторонний гаймороэтмоидит: У 5 больных - с утолщением слизистой оболочки гайморовой пазухи, 16 пациентов – острый односторонний гаймороэтмоидит.В процессе терапии всем обследованным детям повторялось

УЗИ ОНП, позволявшее оценивать ее эффективность, вносить необходимые коррективы. Все случаи острого синусита закончились выздоровлением.

Выводы. Таким образом, УЗИ является информативным и удобным методом динамического наблюдения за процессом санации пораженных пазух в ходе лечения. Двухмерное УЗИ позволяет достоверно установить толщину отечной слизистой оболочки, поэтому по ультразвуковым данным можно оценить не только характер, но и выраженность воспалительного процесса в ОНП. Поскольку доказано, что эхография дает возможность с высокой чувствительностью оценить состояние ОНП, очевидно, что использование двухмерного УЗИ позволит уменьшить эксплуатацию рентгенографии в педиатрической практике. Однако ультразвуковая диагностика не обеспечивает оценку внутриносовых структур, поэтому она не в состоянии заменить рентгенография и КТ. Тем не менее, это отличный инструмент в ежедневной практике врача оториноларинголога и при повторных исследованиях пара назальных синусов после лечения.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS

Mamatova T.Sh., Artikova D.T.
Professional Development Center qualifications of medical professionals

The frequency of odontogenic maxillary sinusitis according to international sources ranges from 3% to 44% (Naitapp S. N. 2002, Timofeeva A. A. 2004, Kachalova A.V. 2008, Piskunov S. Z. 2011). It is not uncommon for otorhinolaryngologists to underestimate the association of maxillary sinusitis with dental diseases. This problem is at the intersection of two specialties – otorhinolaryngology and dentistry. Despite significant improvements in dental care to the population and the latest technology in treatment, the number of odontogenic maxillary sinusitis does not decrease, but tends to increase. his is facilitated by the late diagnosis of diseased teeth, filling and prosthetics with an intra-maxillary implant, periodontitis, and a cyst of the upper jaw tooth. Our clinic as well as other ENT clinics in Tashkent have experience in treating patients with odontogenic maxillary sinusitis. In this context, we present five years of data on the treatment of odontogenic maxillary sinusitis from our clinic.

Purpose of the study: Determination of treatment tactics for odontogenic inflammation of the maxillary sinus, as well as in the presence of a foreign body (filling material) in the sinus.

Research materials and methods: The objects of the study were 68 patients who were treated in the ENT department of the State Clinical Hospital N 1 in Tashkent

for the last 5 years, aged from 18 to 55 years. Number of patients: 50 women and 18 men, all patients had a history of treatment of the 3rd-5th tooth at the dentist. All patients underwent MSCT of the paranasal sinuses, in which 5 patients had signs of an odontogenic cyst, 42 had signs of purulent inflammation of the maxillary sinus, and 21 had a foreign body (filling material) on the side of the affected tooth. Patients with signs of an inflammatory process of the sinus periodically complained of headache, nasal discharge with an unpleasant smell and difficulty in nasal breathing. Patients with signs of an inflammatory process of the sinus periodically complained of headache, nasal discharge with an unpleasant smell and difficulty in nasal breathing. 8 of them received treatment from a neurologist for trigeminal neuralgia before X-ray diagnosis. Depending on the characteristics of these clinical symptoms, the scope of therapeutic measures was determined. With foreign bodies, according to the results of the study, with signs of limited inflammation of the sinus mucosa in 11 patients and in 5 patients with odontogenic cyst, endonasal endoscopic surgery was performed on the affected maxillary sinus. And in 10 patients, a microhaimorotomy was performed with the removal of a hyperplastic mucosa with single polyps. 42 patients with signs of purulent inflammation of the sinus were punctured, when receiving pus, the sinus was sanitized through an installed catheter, daily administration of antibiotics, and then endoscopic maxillary sinusitis was performed.

In the post-operative period, the sinus was irrigated through a catheter. The patients were discharged in a satisfactory condition, with a recommendation to receive physical therapy at their place of residence.

Conclusion: Thus, odontogenic maxillary sinusitis with a thorough collection of anamnesis, a comprehensive examination of the patient including CT and MSCT does not provide difficulties. The choice of the optimal treatment method depends on the timing and duration of the disease, changes in the sinus mucosa. In the treatment of odontogenic maxillary sinusitis, we mean the solution of two problems: identification and establishment of the causes that caused odontogenic maxillary sinusitis, as well as adequate surgical treatment.

АЛЛЕРГИК РИНИТНИ УЧРАШИНИ ЙИЛЛИК ТАХЛИЛИ

Назаров Ж.И.

Фарғона вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази

Аллергик ринит (АР) энг кўп учрайдиган аллергик касаллик бўлиб, унинг Ўзбекистонда тарқалиши 10 йил ичида 2 маротаба ортиши қайд этилган (Назаров О.А., 2010).

Изланишнинг мақсади. АРни Фарғона вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази шароитида 2019 йилда учрашини тахлил қилиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тахлил этилган йилдавомида Фарғона вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази шароитида жами АР билан хасталанган 441 бемор текширувдан ўтказилди. Ташҳискасалликларнинг халқаро таснифи 10-шакли (ХКТ–10) ва ARIA таснифи асосида шакиллантирилди.

Тадқиқот натижаси. АР ЛОР аъзолари касалликлари орасида учраши 14%, аллергик касалликларга нисбатан эса 54% ташкил этди. АР билан хасталанган беморларнинг 265 (60,1%) аёл ва 176 (39,9%) эркак жинсига мансуб бўлди. Уларланинг ёши 18 дан 82 ёш оралиғида бўлди ва ўртатча кўрсаткич 38.7±3.41 ни ташкил этди. Беморларнинг ёш гурухлари бўйича тақсимланиши қуйидагича бўлди: ёш– 110 (24,9%); етук – 149 (33,8%); ўрта – 122 (27,7%); кекса – 37 (8,4%); қариялик– 23 (5,2%). 181 (41%) беморларда доимий ва 260 (59%) мавсумий АР аниқланди ва уларнинг нисбати 1:1,44 ташкил этди.АР интермитацияланувчи шакли 298 (67,6%) ва персистацияланувчи шакли 143 (32,4%) беморларда қайд этилди. Беморларнинг 149 (33,8%) касалликнинг енгил, 199 (45,1%) ўрта оғирликда ва 93 (21,1%) оғир кечишикузатилди. Ушбу кўрсаткич мос равида доимий АР 83 (45,9%), 66 (36,5%), 32 (17,6%) ва мавсумий АР 66 (25,4%), 133 (51,1%), 61 (23,5%) нисбатда тақсимланди. 122 (27,7%) холатда касаллик илк бор аниқланган, қолган 319 (72,3%) бемор эса аввал шу касаллик билан диспансер кузатувда бўлган. 72,8%, яъни 321 беморларда АР бошқа касалликлар аниқланган. Уларнинг 62% аллергик ва қолган 38% бошқа аллергик бўлмаган касалликлар эди. Битта бошқа касаллик аниқланган бемордар сони 154 (48%), иккита – 87 (27%), уч ва ундан кўп – 80 (25%) ташкил этди. Аниқланган бошқа касалликларнинг 71% йўлдош ва 29% хамрох касаллик сифатида бахоланди.

Хулосалар.

1. АР барча аллергик касалликлар орасида энг кўп холатда аниқланди.
2. 86,4% беморлар ёш, етук ва ўрта гурухларга мансуб бўлди.
3. АРнинг мавсумий ва интермитацияланувчи шакилларини, ҳамда уларнинг ўрта оғирликда кечувчи холатларини кўп учраши қайд этилди.
4. Беморларда аниқланган бошқа касалликлар орасида аллергик табиатга эга йўлдош касалликлар кўпчиликни ташкил этди.

BURUN BO'SHLIG'I XAVFSIZ QON TOMIR XOSILALARINI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH

Nematov O'ktam Suyunovich
Lutfullayev G'ayrat Umrillayevich t.f.d., dotsent
Hamraev Farid Hamidullaevich t.f.n.
Samarqand Davlat tibbiyot institute

Kirish: Qon tomirlari o'smalari odamdagi barcha qon tomir xosilalarining 1 - 7% gacha uchraydi. Ushbu o'smalarning 60 dan 80% gacha bosh soxasida uchraydi. Ma'lumki, qon tomir o'smalari halokatli o'sishga ega, garchi ular gistologik tuzilishida yaxshi bo'lsa ham, ular klinik jihatdan o'zini juda agressiv tutishadi, atrofdagi to'qimalarni, shu jumladan tog'ayvasuyaklarniy o'qqilishga qodir. Ko'pgina boshqa o'smalardan farqlio'laroq, qontomir o'smalari yosh, mehnatga layoqatli odamlarda rivojlanadi. LOR organlarining qontomir o'smalariga qarshi kurash muammosi o'ta dolzarb bo'lib, qoniqarsiz natijalar ko'pincha kuzatiladi.

Maqsad: Tadqiqotning maqsadi kasallikning klinik, laboratoriya, rentgenologik va morfologik parametrlarini har tomonlama tahlil qilish asosida burun bo'shlig'ining qontomir xosilalarini diagnostikasi va davolash algoritmini optimallashtirishdir.

Tadqiqot materiallari va usullari: Burun bo'shlig'ining xavfli qontomir xosilalari bo'lgan 65 bemorni kompleks tekshirish va davolash rejalashtirilgan. Bemorlarni o'rganish ularni asosiy va nazorat guruhlariga tarqatish orqali amalga oshiriladi. Asosiy guruhga burun bo'shlig'ining gemangiomasi, burun septumining qonash polipi, atrofdagi to'qimalarni qontomirlari bilan rinolit bilan kasallangan bemorlar kiradi. Nazora tguruhi 25 ta sog'lom odamdan iborat bo'ladi. Bemorlarni quyidagi guruhlarga bo'lish orqali davolash amalga oshiriladi: a) an'anaviy jarrohlik muolajasidan o'tadigan bemorlar; b) ultratovush aralashuvidan o'tadigan bemorlar; c) an'anaviy jarrohlik va ultratovush tekshiruvini o'tkazadigan bemorlar.

Natijalar: ushbu tadqiqot burun bo'shlig'ining xavfli qontomir xosilalari bo'lgan bemorlarning diagnostikasi va davolash natijalarini yaxshilaydi, davolash va diagnostika tadbirlarining iqtisodiy samaradorligini optimallashtiradi va bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi.

Xulosa: Gemangioma – burun bo'shlig'ining eng keng tarqalgan qontomir o'smasi. Ammo burundagi tomirlar xosilalarining differentsial diagnostikasida davolashning keying taktikasini belgilaydigan turli xil gistologik variantlar haqida unutmaslik kerak. Otorinolaringologning ambulatoriya amaliyotida burun bo'shlig'ining barcha xosilalarining onkologik ogohligi haqida eslash kerak. Ushbu holatlarni o'z vaqtida tashxislash va davolash kasallikning dastlabki bosqichlarida malakali tibbiy yordam ko'rsatishga imkon beradi.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АДЕНОИДНОЙ ВЕГЕТАЦИЕЙ СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Нурмухамедова Ф.Б., Эркинова К.Ф.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Аннотация: Аллергический ринит (АР) широко распространен среди населения земного шара, имеет тенденцию к росту, и представляет серьезную проблему в связи со снижением качества жизни и частыми осложнениями. Известно, что аллергический ринит существенно снижает качество жизни больных, провоцируя развитие других заболеваний ЛОР-органов, одно из которқх является аденоидная вегетация (АВ).

На сегодняшний день основным методом лечения аденоидных вегетаций (АВ) является хирургический — аденотомия. Однако она не всегда приводит к ликвидации патологического состояния, поскольку часто возникают после - операционные рецидивы гипертрофии и воспаления глоточной миндалины. Этому способствуют ряд причин, но самое главное, аллергия.

Исходя из этого, **целью исследования** явилось, изучение клинико-лабороторных показателей до и после проведения аденотомии у детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы: Было обследовано 34 детей (3-14 лет) с аденоидной вегетацией. Дети были разделены на две обследуемые группы: аденоидная вегетация с персистирующей формой (круглогодичным) аллергическим ринитом (основная группа) (n=16) и дети только с аденоидной вегетацией (группа сравнения) (n=18).

Результаты исследования: В основной группе больных встречались почти с одинаковой частатой дети возраста 3-6 лет и 7-10 лет, тогда как в группе сравнения превалируют дети младшего возраста (3-6 лет). Аденоидная вегетация сочетанная с аллергическим ринитом имеет более тяжелое течение по сравнению с контрольной группой пациентов. Основная группа детей имеет значительную аллергическую наследственную отягощенность по сравнению с контрольной ($p<0,001$), кроме этого у этой группы выявлялась III степень гипертрофии глоточной миндалины чаще ($p <0,05$). Клеточный состав мазков-отпечатков слизистой оболочки носа в основной группе характеризуется достоверным повышением содержания эозинофилов и снижением содержания лимфоцитов и моноцитов. Данные скарификационных тестов оказались положительными на домашнюю пыль - Клещ D. pteronyssinus или D. farinae, шерсть животных, перо подушки, тараканы, гистамин, хлопок, а также грибки. Наблюдение за пациентами основной группы в течение 1 года показали нестойкий характер

достигнутых результатов, что проявлялось возобновлением первоначальных жалоб. У 7 (43,75%) детей отмечались ухудшение уже спустя месяц после проведенной аденотомии. К концу года данные жалобы проявлялись наиболее четко. Конечный результат показал, что у основной группы пациентов только у 4 (25%) детей отмечали хороший результат, тогда как рецидив аденоидной вегетации был отмечен у 7 (43,7%), а возобновление жалоб у 12 (75%) пациентов. Вторая группа пациентов показала у 16 (88,8%) прооперированных детей положительный результат.

Выводы: Проведенные исследования показали, что у детей с аденоидной вегетацией сочетанной с аллергическим ринитом, требует иной подход к тактики лечения и дальнейших изучений в этом направлении, так как, несмотря на множество достижений в оториноларингологии, многие стороны данной проблемы остаются по-прежнему не решенными.

SIMILARITY OF NASAL SEPTUM ELIMINATION AND DEFORMATION OF THE EXTERNAL NOSE IN MONOZYGOTIC TWINS

Nurov Ubaydullo Ibodullaevich,
Ikramova Firangiz uleymanovna,
Alimova Shaxnoza Azamatovna
Bukhara State medical institute

Relevance: It is known that 2% of the world's population is twins. One third of them are monozygotic twins. The genetic structure, phenotype, and sex of monozygous twins are the same. According to the literature, in monozygous twins, diseases such as curvature of the nasal septum, allergic diseases, otosclerosis, hydrocephalus, hearing loss, defects of the palate and tongue are equally common. Curvature of the nasal septum is one of the main factors leading to difficulty breathing through the nose. In 40% of cases, difficulty breathing occurs from the curvature of the nasal septum. Genetic factors play an important role in the etiology of curvature of the nasal septum.

Objective: to study non-traumatic curvature of the nasal septum and deformity of the external nose in monozygotic twins.

Materials and methods of research: In our study, we studied the similarity of nasal defects, curvature of the nasal septum and deformity of the external nose in monozygous twins. Madina and Sabrina, 16-year-old twins, came to the Bukhara LOR med CENTER clinic due to difficulty breathing through the nose, headache and curvature of the outer nose on the left side. The history indicated that both twins had no nasal injuries. Boththwinsunderwentclinicalandlaboratorystudies. In a blood

test, it turned out that the blood group of both twins is the same, that is, A (II) Rh +. Computed tomography showed that the left nasal passage is completely closed, the size of the curvature of the nasal septum is the same in both girls. At rhinoscopy, the cartilaginous part of the nasal septum is bent to the left, the inferior turbinate on the right side is enlarged, and the outer nose is deformed in the shape of the letter "C". Boththwinsunderwentopenrhinoseptoplastyundergeneralanesthesia.

Research results and their discussion: If the curvature of the nasal septum occurs in the anterior part of the nasal septum as a result of injury or trauma, then the posterior curvature is associated with a genetic etiology. But in our example, everything was the other way around, i.e. the curvature was in front of the nasal septum. According to RankoMladin's classification, the curvature of the nasal septum is divided into 7 different types.In this classification, the curvature of the nasal septum of the 6th type, i.e. horizontal curvature in the anterior part of the nasal septum is defined as a genetic etiological. In the patients who applied to us, the curvature was also found in the anterior part of the nasal septum, but only in an upright position.

Conclusion: The curvature of the nasal septum affects the size of adjacent organs, which leads to an increase in the turbinates on the opposite side and the first ethmoid cell. Curvature of the ridge of the nasal septum leads to deformation of the external nose in the form of "S" or "C". Computed tomography results show that the repetition of the nasal map is a genetic factor.

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Рахимова Г.Ш., Шамсиев Д.Ф.
Ташкентский Государственный стоматологический институт

Физиологические процессы в организме беременных, связанные с изменением гормонального статуса, могут влиять на активность некоторых медиаторов, участвующих в развитии воспалительной и аллергической реакций. При этом по литературным данным каждая пятая беременность сопровождается ринитом. Однако не всегда заложенность носа при беременности должна интерпретироваться как ринит беременных, так как может быть вызвана заболеваниями околоносовых пазух, глотки или аллергическими реакциями. Главная причина развития вазомоторного ринита при беременности – изменение гормонального фона женщины.

Анатомические особенности строения носовой полости: искривления и повреждения носовой перегородки, аденоиды, полипы и кисты провоцируют развитие патологии. К развитию специфических форм вазомоторного ринита могут приводить изменения фонового уровня различных эндогенных гормонов (половых, гормонов щитовидной железы, гипофиза и т. д.), участвующих в регуляции кровотока в сосудах полости носа. Известно, что в I триместре беременности плацента способна вырабатывать большие количества диаминоксидазы (гистаминазы), в результате чего в этот период снижается содержание сывороточного гистамина, но пока не совсем ясно, каким образом этот механизм может быть связан с патогенезом ринита беременных. Может быть,именно поэтому тяжелые формы ринита обычно развиваются, начиная со II триместра. Известно, что эстрадиол и прогестерон существенно повышают экспрессию гистаминовых рецепторов в клетках эпителия полости носа. Результатом этого могут стать резкая манифестация назальной гиперреактивности, приводящая к быстрому развитию тахифилаксии даже при кратковременном использовании сосудосуживающих капель, и усиление симптомов уже имеющегося аллергического ринита. Аллергические заболевания являются актуальной медико-социальной проблемой во всем мире, что обусловлено высокой распространенностью, необходимостью проведения адекватной терапии и постоянного мониторинга состояния пациента с целью профилактики обострения. Немаловажной является проблема аллергических заболеваний у беременных.

Цель работы. Определить особенности течения динамику развития ринита беременных.

Материал и методы. Группу исследования составили 30 беременных женщин в возрасте от 19 до 37 лет на сроке беременности от 8 до 38 недели с симптомами ринита, которые возникли впервые при беременности и прошли в течение 2 недели после родов. Группу сравнения составили 20 здоровых беременных женщины в возрасте от 20 до 30 лет на сроке беременности от 8 до 38 недели без симптомов ринита.

Всем пациенткам проводился: сбор анамнеза, осмотр ЛОР-органов, клинический анализ крови, цитологическое исследование назального секрета, определение времени мукоцилиарного транспорта назального секрета с помощью сахаринового теста, микробиологическое исследование отделяемого из полости носа, а также анализ катамнестических данных путем телефонного опроса.

Результаты. В группе больных с ринитом беременных жалобы на заложенность носа возникали в среднем с 2-й по 30-ю неделю беременности, в среднем на сроке 10,4±3,2 недели. При этом у 16 женщин (53,3%) — в первом

триместре, у 8 женщин (26,6%) — во втором триместре, а у 4 женщин (20%) — в третьемI триместре и беспокоили на момент обращения к врачу на протяжении в среднем 3,7±0,8 месяца.

Среди обследованных женщин (33,3%) использовали интраназальные деконгестанты в среднем на протяжении 8,4±2,1 недели. Длительное использование α_2-адреномиметиков вызвало развитие медикаментозного ринита, что затрудняло дифференциальную диагностику ринита при беременности. Однако при катамнестическом исследовании выявлено, что симптомы ринита купировались самостоятельно в течение 2 недели после родов, что подтверждает наличие у пациенток ринита беременных, а развитие медикаментозного ринита явилось следствием неконтролируемого использования лекарственных средств при беременности.

При эндоскопическом осмотре ЛОР-органов в группе беременных женщин с ринитом отмечалась гиперемия слизистой полости носа и отек слизистой нижних носовых раковин. При этом эти показатели превышали данные показатели в контрольной группе. Таким образом, получены достоверные различия выраженности изменений в полости носа в группе исследования и в контрольной группе: 3,7±0,6 и 0,8±0,4 балла по визуально аналоговой шкале соответственно. Искривление перегородки носа наблюдалось у 8 женщин (26,6%) случаев и достоверно превышало данный показатель в группе исследования 3 женщины из 20 (15%) случаях в контрольной группе.

Выводы. Возникновение симптомов ринита беременных чаще наблюдалось в I триместре беременности, в среднем на 11,9±2,1 неделя беременности и в большинстве случаев не имело очевидной причины, что требует анализа влияния различных факторов на появление ринита. Во всех случаях беременных женщин беспокоила заложенность носа различной степени выраженности, как правило, на протяжении всего дня, с усилением выраженности жалоб в горизонтальном положении. Заложенность носа приводит к затруднению носового дыхания и дыханию через рот, что обусловливает сухость слизистых и першение в горле. Назальная обструкция может являться причиной головной боли, дневной усталости и нарушения сна. Все это способствует снижению качества жизни у беременных.

MICROBIOTICS AND CHARACTERISTICS OF CHRONIC RHINOSINUSITIS

Saliahunova X.O., Madaminova H.E.
Andijan State Medical Institute

Microbiota is an integral part of the human body, which is actively studied, incl. methods of mass parallel sequencing. However, the microbiomes of the lungs and sinuses have only come under scrutiny in the last decade.

For patients with cystic fibrosis, controlling airway microorganisms is important to preserve lung function. Elucidation of the role of sinuses and the presence of polyps in the formation of the microbiome of the respiratory tract became the goal of our study. We have shown that proteobacteria, also found in samples from the lower respiratory tract, are present in the sinuses already in childhood.

Relevance. In the past 30 years, molecular biology techniques have allowed bacterial culture free studies of microbial communities, identifying microflora much more diverse than previously thought, including those in the upper respiratory tract. When available, studying the pathophysiology of the upper respiratory tract is necessary to establish a link between the microbiome and inflammatory patterns in order to find their clinical reflections as well as their possible causal relationships.

Such research could shed light on the path to therapeutic approaches when correcting an imbalanced microbiome. In the review, we summarize the methods used and current knowledge about the microbiome of upper respiratory tract diseases, limitations and pitfalls, and identified areas of interest for future research.

Purpose of the study. Study of macrobiotic conditions in chronic rhinosinusitis and prevention of pathological processes.

Research methods. The main approaches to analyzing human microflora are: culture-dependent and culture-independent methods. Culture dependent methods include the isolation and cultivation of microorganisms prior to their identification according to morphological, biochemical or genetic characteristics. These methods are time consuming, due to culture and bias, as some media and growth conditions favor the growth of some bacteria over others.

Research results. Summary of studies of chronic rhinosinusitis microflora; specimen type, technique used and genus determined Using culture independent (qPCR and 16S rRNA gene sequencing) methodology to identify the causative agent of chronic rhinosinusitis patients , including 57,407 pyro sequences were obtained. The most common of these were from Coagulase-negative staphylococci (100%), 21/21 specimens, Corynebacterium (SPP specifically not Corynebacterium tuberculostearic) (85.7%) 18/21, P. acne (76.2%), 16/21, and Staphylococcus aureus (66.7%) 14/21.

Although these authors found significantly different distributions of 16S rRNA isolated from CRS versus non-CRS cases, neither the wealth nor the evenness indices showed statistically significant differences. In another approach using 16S rRNA genes clone sequences in a terminal fragment limiting polymorphism length assay (T-RFLP), bacteria present in 70 clinical samples from 43 CRS patients undergoing endoscopic surgery were characterized; a total of 48 separate groups were found.

Thus, similar to CF, the data in the inventory indicated that the microbiome is unique to each individual patient and the microbial community is diversified. As a general guideline, decreased bacterial diversity correlated with disease severity in CF, while CRS patients had an altered microbial composition and a greater abundance of Staphylococcus aureus. There has been no general profile of microflora in patients with similar clinical conditions in the studies done so far, although Staphylococcus aureus has been prominent in most studies.

Conclusion. New molecular techniques increase our chance of identifying new bacteria inside the nose and nasal cavities; as a key function of the host has evolved into high microbial pressure, they will show a very complex network of microbes and thus microbe-host interactions.

On the receiving side, a specific phenotype and endotypes CRS been described is characterized by an imbalance of Th1 and function Th2.U patients CRSwNP , Staphylococcus aureus was determined unfold effect on mucosal immune functions. The relationship between the microbiome and mucous membranes can be bidirectional, with pressure from bacteria and insufficient protection from the host.

НЕЙРООРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СФЕНОИДИТОВ

Сотволдиев С.Р., Ашуров А.М.

Центр развития Повышения Квалификации Медицинских Работников

Острые и хронические сфеноидиты иногда могут сопровождаться формированием разнообразных осложнений (1,2). В первую очередь речь идет о риногенных орбитальных и внутричерепных осложнениях, частота которых колеблется от 6,6 до 12,4% [5,6].Орбитальные осложнения возникают в 2 раза чаще на фоне острого воспаления основной пазухи, чем вследствие хронического их воспаления. Кроме того, острые сфеноидиты отличаются выраженной тенденцией к затяжному, рецидивирующему течению и хронизации патологического процесса [3,7].

Обследованы 203 больных сфеноидитами, возраст 14 до 70 лет, из них 122 мужчины, 81 женщины.

У 25 (12%) из 203 обследованных больных острым и хроническим сфеноидитом наблюдались орбитальные осложнения. Пациенты были разделены на две группы. Первой группе отнесены 14(6,9%) пациентов с нейроофтальмологическими осложнениями; поражением зрительным и глазодвигательными нервными структурами, без выраженных воспалительных изменений со стороны тканей орбиты. Нейроофтальмологические осложнения были выявлены при изолированном остром гнойном сфеноидите у 9 больных, при остром сочетанном сфеноидите у 4 больных. При хроническом гнойном изолированном сфеноидите нейроофтальмологические осложнения наблюдались у 7 больных, при хроническом сочетанном – у 5 больных. Сочетанное воспаление включало: сфеноэтмоидит (5 больных), гемисинусит (2 больных).

Вторую группу составляет 11(5%) пациентов, с осложнениями мягких тканей глазницы. Внутриорбитальные осложнения воспалительного характера, как правило, развивались у больных при сочетанных сфеноидитах.

Основные жалобы, которые при поступлении предъявляли больные первой группы, с нейроофтальмологическими орбитальными осложнениями включали как общие характерные для сфеноидита симптомы в виде головных болей, выделений из носа, гипосмия, так и офтальмологические функциональные симптомы как, снижение зрения, пелена или туман перед глазами, двоение предметов, косоглазие.

Воспаление мягких тканей глазницы сопровождался яркими клиническими картинами: гиперемия, отек, птоз, экзофтальм, ограничение движения глазного яблоко и выраженной общей интоксикацией.

Тактику лечения при орбитальных осложнениях выбрали дифференцированно, для первой группы пациентам больше нейротропная, для второй антибактериальная, против отёчная терапия. Ценность данной работы заключается в том, что дифференцированный подход риногенным внутриглазничных осложнениях.

МСКТ – КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ АНАТОМИИ КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ

Сотволдиев С.Р., Ашуров А.М.

Центр развития Повышения Квалификации Медицинских Работников.

Известно, что околоносовые пазухи (ОНП) – воздушные полости, расположенные в лицевой части черепа вокруг носа [10]. В воспалительный процесс могут быть вовлечены любые: верхнечелюстные, лобные, клиновидные пазухи и клетки решетчатого лабиринта.

Клиновидная пазуха (КП) отличается от остальных ОНП своим глубоким расположением в черепе, непосредственно в теле клиновидной кости (КК). Именно это обосновывает трудность доступа к ней для изучения, диагностики патологического процесса, проведения различных вариантов лечебных манипуляций. Широкое внедрение такого метода исследования как компьютерная томография (КТ) дало возможность более детально изучить это «загадочное образование».

МСКТ проводили в коронарной, аксиальной и в сагиттальной проекция. Это позволило нам наилучшим образом осмотреть остиомеатальный комплекс и все воздухоносные структуры. В передней проекции были рассмотрены расположение межпазушной перегородки, сонной артерии, двух КП по отношению друг к другу, на глубоких срезах в ряде случаев выявлены костные дегистценции в области сонных артерий и отношение canalsopticus к КП.

Изучена степень анатомия КК в различных возрастных группах. Всего обследовано 150 компьютерных томограмм пациентов в возрасте от 14 до 70 лет**.** Первую возрастную группу составили 40 томограмма пациентов от 14 до 25 лет; вторую группу - 72 пациентов от 26 до 55 лет; третью группу - 38 пациентов в возрасте от 56 до 70 лет.

На снимках КП была развита во всех возрастных группах. Форма КП характеризовалась выраженной вариабельностью и во многом зависела от степени резорбции КК и направления распространения пневматизации.

Проведенное периметрическое исследование показало, что проекционная площадь КП прямо пропорциональна возрасту человека: у пациентов 56-70 лет на рентгенограммах обнаружены дополнительные глубокие латеральные карманы КП, что является результатом резорбции костной ткани.

Определена частота вариантов пневматизации КК, с учетом возрастного аспекта. Пневматизации КК оценена по классификации В.С.Майковой-Строгоновой и Д.Г.Рохлина, [1955], где: I степень пневматизации - отсутствие пневматизации, II степень - пневматизация передней трети тела КК, III степень - пневматизация до середины дна турецкого седла, IV - пневматизация до уровня задней стенки дна седла и V степень - пневматизация всего тела КК и спинки седла.

Обработка результатов, проведённых периметрических исследований позволили охарактеризовать степень пневматизации КК. По степени пневматизации обследованные распределены следующим образом: у 17,3,0% отмечалась II степень, у 42,0% - III степень, у 33,0% - IV степень, у 7,4% - V степень.При распределении вариантов частоты пневматизации КК в возрастном аспекте нами получены следующие результаты. В возрастной группе пациентов от 14 до 25 лет мы наблюдали распределение размеров КП между второй (50,0%),

третьей (33,3%) и четвёртой (16,7%) степенями пневматизации. По нашим данным у людей в возрасте 26 - 55 лет происходит увеличение размеров пневматизации КК.

Нами отмечено, что увеличение размеров пневматизации КП у пациентов после 45 лет связано с истончением её стенок, остеопорозом губчатого вещества костной ткани, окружающей пазуху.

Таким образом, изучение анатомии КК с помощью МСКТ, можно сделать вывод, что данная кость наиболее вариабельная и сложная в топографо-анатомическом отношении, так и в возрастном плане.

REVIEW OF THE OLFACTORY DYSFUNCTION AS A PREDICTOR FACTOR IN THE SEVERITY OF COVID-19

Doston Sultonov Mirkomilovich, MD,[1]
Ulugbek Vokhidov Nuridinovich, MD, PhD,[2]
Otamurod Shernazarov Normurodovich, MD,[2]
[1]Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Inha University, Incheon, South Korea
[2]Department of Otorhinolaryngology, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Objective. One of the comorbid symptom of COVID-19 is olfactory dysfunction and dysgeusia as well, however, pathophysiological mechanism of these symptoms are still unclear. Only there are several theories. This signs are might be an important in the prediction of the disease duration and severity.

The aim was to analyze recent articles and study the relationship between an olfactory dysfunction and the severity of the duration of COVID-19.

Materials and Methods. We reviewed 496 articles related to the olfactory dysfunction in COVID-19 which are published in 2020 and 2021. Literature searched fromPubmed, National Library of Medicine and Scopus. For each database used keywords such as olfactory dysfunction, smell dysfunction and COVID-19. Resulting articles were imported into a systematic review and underwent screening them. As a result ten studies included in analysis.

Discussion. There are total of 1217 patients were identified for olfactory dysfunction analysis. 652 of them reported about the olfactory dysfunction. This review demonstrated a 53.6% of olfactory dysfunction among the 1217 patients with COVID-19.

The most interesting fact is that, in 411 (63%) patients with smell dysfunction were from mild to moderate severity of COVID-19. This might be say about that the onset

loss of smell has positive impact to the duration of COVID-19 disease. However, there is no evidence based research in this issue.

Conclusion. COVID-19 is associated with olfactory dysfunction in many patients, however, its pathogenesis is not well understood yet. Also in many studies shown that onset olfactory dysfunction might predict in mild or moderate duration of COVID-19. Nevertheless, in-depth studies are needed to understand pathogenesis and clinical features of COVID-19 in patients with olfactory dysfunction.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ

Усенов С.Н.[1], Абдукаюмов А.А.[2]

[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт

[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

В последние годы проблема заболеваемости полости носа и околоносовых пазух у детей приобрели особую актуальность. Взаимосвязанность органов верхней дыхательной сферы и так же огромное влияние окружающей среды на состояние её слизистой оболочки выводит эти проблемы на первый план современной оториноларингологии.

Целью исследования явилось оценка клинического состояния риносинуситов у детей зоны Приаралья

Материал исследования. Обследованы 85 пациентов с ХРС, которые наблюдались в г. Нукусе, г. Ургенче. Соотношение мальчики/девочки в группе детей из Приаралья составило 56/29, т.е. 1,9/1. Из зоны экологической катастрофы было 19 детей, все сельские жители, а из зоны экологического бедствия было 66 детей, из которых 24 было сельских, а 42 – городских (жители г.Нукуса и Ургенча).

Результаты исследования. В зависимости от фенотипа, выделяли полипозный риносинусит (ХРСП) (был у 1/5 детей общей группы) и ХРС без полипов (ХРСбП). Общими признаками заболевания у всех больных ХРС (n=85) были: затруднение носового дыхания с одной или обеих сторон - 84%, головная боль – 56,9% случаев, выделения из носа различного характера от слизистого до гнойного - 75,2%, нарушение обоняния – 72,3%, понижение трудоспособности, утомляемость – 43,8%. Сравнительный анализ выраженности симптомов по ВАШ показал, что у детей Приаралья по всем симптомам оценка по ВАШ превышала 5. По данным K. Macdonaldetal оценка ВАШ более 5 баллов показатель резкого снижения качества жизни сопоставимого с качеством жизни больных со злокачественными опухолями, астмой, артритом. Общая оценка

тяжести клинической симптоматики по шкале ВАШ была у детей Приаралья составила6,2 и 6,0 у детей с ХРСНП и ХРСбНП соответственно

Обсуждение. Изучение особенностей клинического течения ХРС у детей Приаралья выявило следующее. Клиническими особенностями ХРС у детей Приаралья является преобладание мальчиков в когорте пациентов, более выраженная субъективная оценка по шкале ВАШ с характерным отсутствием различий по шкале ВАШ при полипозной и простой форме ХРС, когда среднее значение составило…, и было более 5 по всем симптомам, что указывает на значительное негативное влияние на качество жизни детей; высокая частота сочетания ХРС с аденоидными вегетациями, редкое сочетание ХРС с воспалительными заболеваниями среднего уха, высокая частота коморбидности хроническими заболеваниями органов пищеварения и дыхания у детей Приаралья. Эндоскопическими особенностями явилось преобладание субатрофических процессов в полости носа и ОНП, МСКТ-особенностями – скудность признаков на фоне яркой клинической симптоматики и высокой оценки по ВАШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800895 592C>A В ГЕНЕ IL10 СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ХПРС

Хасанов У.С., Джураев Ж.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Хронический полипозный риносинусит - заболевание, характеризующиеся хроническим воспалением слизистой оболочки носа и носовых пазух. В тканях полипов и интраназальном секрете наблюдается увеличение концентрации различных медиаторов воспаления, в частности интерлейкинов, вследствие повышения их синтеза denovo эффекторными клетками. Особенное значение придается повышению концентрации цитокинов, задействованных в развитии, рекрутировании и активации эозинофилов (ИЛ-4, ИЛ-12, ИЛ-13, ГМ-КСФ), основных провоспалительных (ИЛ-1, ИЛ-2, ФНО-а, ИЛ-10), регуляторных цитокинов (ИЛ-10, TLR2b), способствующих хронизации воспалительного процесса в носовой полости.

Материал и методы:

В соответствии с целью исследования и для выполнения поставленных задач клинические исследования были проведены у 140 больных с ХПРС и с хроническими риносинуситами, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской

академии в 2017-2019 гг .Обследуемые пациенты соответствовали следующим критериям: наличие в полости носа полипозной ткани, обтурирующей общий носовой ход полностью или не менее чем на 50%;жалобы на длительное затруднение носового дыхания; по мнению пациента, заболевание существенно снижает качество его жизни; отсутствие острой воспалительной патологии; письменно заверенное информированное согласие на оперативное лечение и морфологическое исследование операционного материала.

Результаты и их обсуждения.

Проведено исследование распределения аллелей и генотипов полиморфизма rs1800895в гене IL10 среди пациентов с ХПРС, ХРС и среди условно-здоровых лиц. В основной группе было отмечено преобладание аллеля С частота по сравнению аллеля А, частот которых составили 80.64% против 19.35%, соответственно. В контрольной группе частота аллеля С составившая 82.9% также преобладала, по сравнению с частотой встречаемости аллеля А равной 3.4%. В целом выраженность различий находилась на высоком уровне.

Также было исследовано распределение генотипов С/С, С/А и А/А полиморфизма rs1800895 592 C>A в гене IL10. В 1 группе с наиболее высоко частотой было был выявлен гомозиготный генотип С/С, частота обнаружения которого составила 67.74%. Незначительно меньшие значения данного показателя были получены при исследовании частоты выявления гетерозиготного генотипа С/А, составившие 25.8% (таблица 1). При этом значительно меньшие значения встречаемости, составившие 2.81% были выявлены при исследовании генотипа А/А среди пациентов с ХПРС, при этом у больных с ХРС наблюдалось чуть выше, чем больных с ХПРС (5%).

Исследование распределения генотипов в популяционной группе выявило различия между значениями встречаемости генотипов характерные, с незначительными отличиями, для 1 группы. Также, как и в 1 группе наиболее высокие значения частоты выявления среди условно-здоровых лиц, – 69,9% были обнаружены при исследовании гомозиготного генотипа С/С. Для гетерозиготного генотипа С/А, также характерно наличие несущественно меньшего значения встречаемости равного 26,0%. Наименее значительная частота выявления среди условно-здоровых - 4.1% также, как среди пациентов с ХПРС, была установлена при исследовании гомозиготного генотипа А/А.

Проведенный сравнительный анализ встречаемости аллелей и генотипов как в контрольной (3-я группа), так и в основной (1-я группа) группах, результаты которого представлены в таблице 2.

Сравнение частот распределения аллелей в 1 и контрольной группах показало, что в основной группе С-аллель встречается статистически-незначимо чаще, чем в контрольной (χ^2=14.71; P=0.70; RR=0.83; OR=0.14; 95% CI: 1.788-

0.393). Сравнение частот распределения аллелей, в основной группе А-аллель встречается статистически-значимо чаще, чем в контрольной (χ^2=14.71; P=0.29; RR=1.19; OR=6.76; 95% CI: 6.76-17.98). Генотип A/A был статистически-незначимо чаще выявлен в контрольной выборке, по сравнению с группой пациентов с ХПРС. В частоте гетерозиготного генотипа также не было обнаружено значимых различий, однако проведенный анализ указывал на несущественно более высокую частоту его выявления среди больных с ХПРС (χ^2=0.07; P=0.32; RR=0.90; OR=0.87; 95% CI: 3.305-2.267). Аналогичная картина была отмечена и при исследовании распределения гомозиготного генотипа A/A (χ^2 =0.16; P=0.31; RR=1.43; OR=1.45; 95% CI: 12.63-9.06).

Выявленная достоверно высокая частота данного генотипа в 1 группе пациентов с ХПРС, по сравнению с 2 группой ХРС, также подтверждает наше предположение о протективной роли генотипического варианта A/A полиморфизма rs1800895 592 C>A в гена IL10, в отношении развития ХПРС у пациентов (6.45% против 5.0%, соответственно, при χ^2=0.02; P=0.45; RR=1.17; OR=1.18; 95% CI: 8.557-8.942). Вероятно, данный факт обусловлен тем, что у носителей генотипа A/A гена IL10 противовоспалительная активность эпителиальных матриксных металлопротеиназ значительно повышена, по сравнению с пациентами-носителями других генотипических вариантов.

КОИНВАЗИЯ АСКАРИДОЗОМ И ЛЯМБЛИОЗОМ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Халафли Х.Н.
Азербайджанский Медицинский Университет

Во всем мире паразитами инвазировано более 2 миллиардов человек, и у большинства из них есть сочетанные инвазии. Коинфекция с передаваемыми через почву гельминтами и протозойных паразитов особенно распространены у детей младшего возраста. Однако до недавнего времени диагностика коинфекции была ограничена из-за низкой чувствительности обычных микроскопических методов диагностики. По мере развития диагностических технологий с улучшенной пропускной способностью и повышенной чувствительностью возможность обнаружения коинфекцийстала более возможной. Применение полимеразной цепной реакции в реальном времени позволила одновременно выявлять не только *Ascarislumbricoides* , но и также кишечные простейшие, такие как *Giardialamblia*.

Эозинофилия и повышенный уровень IgE в сыворотке крови являются показателями атопии, однако и другие факторы также могут играть ключевую

роль в развитии атопии, в частности такие, как кишечные паразитарные инвазии. Инвазии в детском возрасте помогают вызвать Th1-смещенный иммунитет и предотвращают индукцию Th2-системы, которая вызывает атопию. Острые паразитарные инвазии могут усиливать проявления аллергии, тогда как хронические паразитарные инвазии снижают атопическую предрасположенность. Тем не менее, причинная связь между геогельминтозной инвазиней и атопическими расстройствами не установлена. Некоторые глистогенные вещества, особенно цитокины, оказывают респираторное и противоаллергическое действие и, следовательно, могут успешно применяться в качестве лечебных средств при многих атопических и аллергических расстройствах.

Методы исследования. Было проведено перекрестное исследование у 48детей в возрасте от 3 до 15 лет с аллергическим ринитом. Образцы плазмы испытуемых использовали для количественного определения цитокинов.

Результаты. У детей с сочетанной инвазией имело место значительное снижение продукции цитокинов Th1, интерлейкин - 2 (ИЛ-2) ($p<0,05$), ИЛ-12 ($p<0,05$) и фактор некроза опухоли альфа ($p<0,05$) по сравнению сдетьми моно-инвазированных *Giardia*. У коинвазированных детей было увеличение соотношения IL-10/гамма-интерферон (IFN-γ) по сравнению с неинвазирован-ными детьми ($p<0,05$) и детьми, инвазированных только аскаридами ($p<0,05$). Повышенное соотношение IL-10 / IFN-γ в условиях пониженного цитокинового ответа Th1 указывает на поляризацию Th2 в группе детей с коинвазией. Снижение цитокинов Th1 у детей коинвазированных *аскари-дами* и *лямблиями* может нарушить способность хозяина искоренить *Giardia* инвазию, ведущий к хроническому лямблиозу. Аскаридоз и лямблиоз вызывают значительную хроническую заболеваемость у детей, том числе и аллергический ринит.

ОСОБЕННОСТИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Ходжанов Ш.Х., Джураев Ж.А., Мардонов Х., Жалолов О.

Ташкентская Медицинская Академия

Введение.

За последние два десятилетия во всех странах мира имеет место рост числа грибковых заболеваний. При этом отмечено не только увеличение дерматомикозов, но намного выросла заболеваемость системными висцеральными микозами. Значительный удельный вес грибковых заболеваний

среди другой патологии не может быть объяснен только улучшением микологической диагностики, но это связано и с несомненным фактическим ростом заболеваемости. Так, в США по данным Всемирной организации Здравоохранения смертность от грибковых заболеваний увеличилась за последние 15 лет в 10 раз. При этом отмечается учащение висцеральных микозов.

Материал и методы.

В основу настоящей работы положены клинико-лабораторные наблюдения и исследования 73 больных с различными формами грибковых поражений ЛОР органов. Из них с грибковыми поражениями носа и придаточных пазух было 9 больных, с заболеваниями ротоглотки – 31 больных, с микозами гортани – 4 больных, с отомикозами – 28 больных и 1 больной с системными диссеминированными формами глубоких микозов. Клинико-лабораторная диагностика грибковых заболеваний ЛОР органов осуществлялась комплексом исследований: клинических, микроскопических, культуральных, серологических, гистологических и экспериментальных на животных. С целью изучения значимости грибковой флоры в патогенезе ряда ЛОР заболеваний мы провели микологические исследования у 25 здоровых людей (контрольная группа). С 2010 года нами производилось специальное клиническое обследование больных, страдающих воспалительными заболеваниями гайморовых полостей. Большинство больных было прислано к нам на консультацию после длительного и безуспешного лечения всевозможными средствами, применяющимися в настоящее время при терапии больных хроническими и подострыми формами гайморитов, которая в основном заключалась в производстве многочисленных акций гайморовых пазух с промыванием и введением антибиотиков. Часть больных подверглась хирургическому лечению. В результате проведенного комплексного клинико-лабораторного обследования грибковый гайморит был диагностирован у 73 больных (44 женщин и 29 мужчин). Возраст больных был от 18 до 60 лет.

Результаты.

Следует отметить, что под рубрикой длительность заболевания включена общая длительность воспалительного процесса гайморовой пазухи по анамнестическим данным, что не всегда соответствует давности самого грибкового заболевания. Из 73 больных у 46 было одностороннее поражений гайморовой пазухе (у 24 поражена правая пазуха, у 22 левая) и у 27 двустороннее. Правая и левая гайморова пазуха поражается примерно одинаково, что соответствует общей закономерности локализации воспалительных процессов в придаточных пазухах носа. В ряде клинических наблюдений воспалительный процесс был распространенным и не ограничивался лишь гайморовыми

пазухами, протекал с поражением клеток решетчатого лабиринта, лобной и основной пазух.

Таким образом, грибковый гайморит чаще всего сочетается с выражением клеток решетчатого лабиринта. Из 73 больных у 21 грибковый гайморит возник в пазухе, ранее подвергшейся оперативному вмешательству. Причем у 9 больных оперативное вмешательство, вследствие его неэффективности, проводилось неоднократно (2 и более). У одного из больных на гайморовой пазухе было проведено II оперативных вмешательств. Только выявление грибкового характера заболевания и ведение специальной терапии избавило больного от дальнейших осложнений.

В основном все симптомы, характерные для обычных гайморитов выделения из носа, заложенность носа, головная боль и др. имеются и при микозах, но они своеобразны. Заложенность носа односторонняя или двусторонняя, в зависимости от локализации процесса отмечена у всех обследованных нами больных с грибковыми поражениями гайморовых пазух. Характерным является то, что заложенность носа при этом очень резко выражена и чаще всего является постоянной. При двусторонних процессах полностью отсутствовало носовое дыхание, что, естественно, являлось ведущей жалобой больных.

Другим постоянным симптомом, отмеченным у всех наших больных, были выделения из носа. Они чаще всего являлись периодическими приступообразными и обильными, нередко с характерным запахом. Головная боль была у 66 из 73 больных. У большинства из них головная боль была невыраженной (ощущение давления, тяжести надбровных областях). Но у 19 больных головная боль была очень интенсивной, носила приступообразный характер. Все они лечились у невропатологов. При обследовании у всех этих больных нами была диагностирована вторичная оралгия тройничного нерва. Возбудителями заболевания у этой группы больных были в основном плесневые грибы: у 8 - Penicillium, у 3 – Aspergellus, у 2 – Alternaria, у 1 –Mucor, у 1 – Cephalosporium, и лишь у 4 – дрожжеподобные грибы - Candida.

У больных с грибковыми поражениями гайморовых пазух в той или иной степени отмечена повышенная местная чувствительность не только области гайморовых пазух, но и носа, вследствие чего даже обычный осмотр (передняя риноскопия) для ряда больных был тяжелой и болезненной процедурой. По-видимому, такая повышенная чувствительность и наличие зуда обусловлены раздражением периферических рецепторов слизистой оболочки гайморовой пазухи и полости носа как самим грибком, так и продуктами его жизнедеятельности. У 5 больных ведущим симптомом была длительная припухлость в области щеки на стороне пораженной пазухи, что служило одним

из оснований для неправильного первичного диагноза опухолевого процесса. Из 5 этих больных у 3 возбудителем были плесневые грибы, у 2 рода Aspergellius, у 1 Scopulariopsis и у 2 - Candida. У 19 больных грибковый гайморит сопровождался симптоматикой вазомоторного ринита с характерными приступами чихания, жидкими выделениями из носа и пр. Однако в отличие от вазомоторного ринита выделения не были прозрачными. Из 19 больных, грибковый гайморит которых сопровождался вазомоторными проявлениями, у 12 возбудителями являлись дрожжеподобные грибы candida и лишь у 7 плесневые. Риноскопическая картина у ряда больных напоминала таковую при аллергическом рините. Слизистая оболочка средних и нижних носовых раковин у них была бледная, цианотичная, нижние раковины у большинства больных резко набухшие, что обусловило резкое затруднение носового дыхания. У 19 больных в средних носовых ходах были полипы. При этом возбудителями забеливания у 15 больных были плесневые грибы и у 4 – кандида. Характерно, что ни в одном наблюдении полипы не были больших размеров и не обтурировали носовые ходы. Патогенетические образование полипов у наших больных, по-видимому, является следствием длительного воспалительного процесса грибковой этиологии, так как в случаях клинического излечения грибкового процесса рост полипов полностью прекращался.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

Шаматов И.Я., Насретдинова М.Т., Шопулотова З.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт

Гайморит одонтогенный является одной из распространенных патологий в практикеспециалистов-оториноларингологов и стоматологов. Острое течение, частые осложнения, нередкие рецидивы делают данную патологию одной из актуальных в оториноларингологии и стоматологии. Довольно часто причиной развития гаймарита могут служить острые или хронические одонтогенные воспалительные процессы и не качественное оказание стоматологических помощи.

Разработка физических методов воздействия на патологический очагс регионарной антибиотикотерапиейстановится приоритетным в выборе тактики лечения гнойных процессов.

Целью исследования: научно обосновать местное применение остеотропного антибиотика в комплексе с низкочастотным ультразвуком.

Материал и методы исследований.

В период с 2018 по 2020 гг.в ЛОР отделение Самаркандского областного детского многопрофильногоцентра были пролечены37 больных с одонтогенным гаймаритом. Больные были в возрасте от 7 до 18 лет. Девочек было 22 (59,5%), мальчиков 15 (40,5%).

Все больные были разделены на две группы:контрольную составили 19(51,4%) больных и основную - 18(48,6% больных). Контрольная группа получала стандартное лечение:парентеральное введение цефалоспоринов и воздействие низкочастотного ультразвука (НУЗ) на проекцию гаймаровых пазух. Кроме того, проводилась санация одонтогенного очага инфекции.

Основная группа получало после предварительной анемизации слизистой полостиносаантибиотик – линкомицин, форма выпуска раствор для инъекций 300 мг/мл. Антибиотик вводился надкостно по проекции переходной складки 7 верхнего зуба. Предварительно ткани инфильтрировались 2% раствором лидокаина. Курс лечения 3-5 инъекций, однократно в день. В последующемпроводились сеансы воздействия НУЗ чрезкожно в область верхечелюстной пазухи. Так же проводилась санация одонтогенного очага. При воздействии НУЗ использовалась частота 44 кГц.

Следует отметить, что в обеих группах проводилась синусэвакуация путем безпункционной манипуляции. Все больные параллельно получали местное санационное лечение у стоматолога до полного стихания дентального гнойного процесса.

Для определения этиологии возбудителя проводились бактериологические исследования. По результатам бактериологических исследований при необходимости продолжалась антибиотикотерапия с учетом чувствительности.

Результаты. В КГ результаты местного осмотра показали исчезновение отека и припухлости в среднем на 10,3±1,2 сутки. В ОГ этот показатель составил 6,1±0,9. Исчезновение боли отмечалось на 5,5±1,5 сутки в КГ и на 3,1±1,1 в ОГ.

Патологическая эксудация из носовых ходов прекратились в ОГ раньше чем в КГ (4,1±1,6 и 8,5±1,3 соотвественно).

Изучение показателей лейкоцитоза и СОЭ показало более раннюю нормализацию показателей в ОГ, чем в КГ (10,1±1,7 и 14,5±1,5 соотвественно).

Заключение. Проведенные исследования показали, что применение в комплексном лечении одонтогенного гайморита остеотропного антибиотика – линкомицин с НУЗ улучшило результаты лечения по сравнению с КГ, что видно по сокращению сроков исчезновения отеков и болевых ощущений, более ранней нормализации показателей клинических анализов.

HEAD AND NECK CANCER: MANAGEMENT PATHWAY IN ENGLAND

Quraishi M Sh., Muradov F.
ENT Surgeon, England

In the United Kingdom approximately 12,200 new Head and Neck cancer cases are seen every year in a national population of 67 million. It is the 8th most common cancer in the country.

For the last 20 years, the Head and Neck management pathway has been streamlined into a hub and spoke model where a tertiary hospital hosts a weekly regional Head and Neck cancer Multi-Disciplinary Team (MDT) meeting and works in conjunction with local district general hospitals. Each MDT unit would cater to a population of 1-2 million and typically would include a team of ENT, Maxillofacial and Plastic surgeons, Pathologists, Radiologists, Oncologists, Dieticians, Speech and language therapists, Physiotherapists, Specialist Head and Neck nurse practitioners and Administrative staff.

The English National Health Service has evolved a single cancer pathway with timelines to deliver Head and Neck cancer care. The pathway starts from referral by primary care to a treatment plan to be decided by the MDT within 31 days which should then commence by day 62. Following treatment, the patient is sent back to the referring hospital for rehabilitation and follow up. Between 28% and 67% of people diagnosed with head and neck cancers in England survive their disease for five years or more.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА БОЛЬНЫМ С ОСТЕОПОРОЗОМ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ачилова Н.Г., Нормуродов Б.К.
Ташкентская медицинская академия

Проблема остеопороза обладает широкой распространенностью в плане значимости, поэтому признана ВОЗ, включившей это заболевание в перечень ключевых вопросов в рамках Всемирной Декады костей и суставов (2000-2010 гг.). Клиническими исследованиями ClinCardia (2009) доказано, что прием статинов не менее одного курса, в течение 1-2 лет, снижает риск возникновения осложнений остеопороза на 38% и модулирует активность клеточных мембран

остеобластов. Многими учеными в отечественной и зарубежной литературе указано влияние гипоэстрогенемии на течение остеопороза и пародонтита у женщин в пожилом и старческом возрасте.

Наличие взаимосвязи потери костной массы челюстей со снижением минеральной плотности костей скелета, у женщин в менопаузе, остается до конца не установленным фактом. Для уточнения этиопатогенеза резорбции альвеолярной кости необходимо дальнейшее исследование этой проблемы (Атрушкевич В.Г., 2012, 2014). Несмотря на актуальность регионарный остеопороз челюстей, относится к малоизученным костным патологиям.

Разработка и обоснование алгоритма профилактических мероприятий с использованием препаратов кальция, гормонозамещающая терапия, средств гигиены разнонаправленного действия позволит снизить негативное влияние остеопороза на ткани, окружающие имплантат и увеличить продолжительность их использования. В последнее время значительно возрос интерес к дентальной имплантации. В период раннего климактерического периода у женщин с остеопорозом предоперационная подготовка дает эффективные результаты в направлении профилактики периимплантитов и стабилизации имплантантов в кости (Конопля Е.Е., 2011, Гаранина Т.С., 2014). Литературных данных о планировании дентальной имплантации с учетом остеопороза в раннем климактерическом периоде с применением гормонзамещающей терапии мало и они не освещают диагностические критерии и показания к проведению имплантации. Применение гормонозамещающего препарата Экстракта красного клевера, обладающего остеотропным, остеостимулирующим и стабилизирующим содержание гормона Эстрогена у больных в период менопаузы практически не изучено.

Вышеизложенное, определило актуальность и приоритетность изучаемой проблемы.

Цель исследования. Разработка предоперационной подготовки и комплекса лечебно-профилактических мероприятий при планировании дентальной имплантации у больных с учетом остеопороза в климактерическом периоде

Материалы и методы исследования: Все пациенты (n=30) были разделены на 3 группы по степени тяжести воспалительных заболеваний пародонта, которая оценивалась клинически и рентгенологически по классификации Американской академии пародонтологии (ААП)[1]. Контрольную группу(n=8) составили пациенты той же возрастной группы без заболеваний пародонта, забор слизистой оболочки у которых осуществлялся во время вмешательств, не связанных с дентальной имплантацией.

Хирургическое лечение оценивалось по клиническим признакам: наличие болевого симптома, сроки и состояние эпителизации ран, ранние послеоперационные осложнения и степень остеоинтеграции дентальных имплантатов. Степень остеоинтеграции контролировали по рентгенологическим методам исследования (дентальная рентгенография, панорамная томография) на каждом этапе лечения. Комплексная терапия заключалась в использовании в предоперационной подготовке гормонозамещающего и остеостимулирующего препаратов.

Результаты исследования: Нами установлено, что для пациентов 1 группы исследования (15 человек) характерны изменения по III типу классификации ААП, для пациентов 2 группы (7 человек) – IV типу соответственно. Необходимо дополнить, что у 5-и пациентов 2 группы на момент лечения отмечалось наличие в анамнезе сахарного диабета II типа.

У 25 % пациентов (7 человек) наблюдались ранние послеоперационные осложнения (отек и гиперемия мягких тканей), причем 75 % осложнений (6 человек) составляли пациенты с сопутствующим сахарным диабетом. Лечение осложнений осуществлялось по стандартным схемам местного лечения послеоперационной антибиотикотерапией. Сроки установки формирователей десны варьировались от 7 до 14 недель ($p < 0,05$). Пришеечная резорбция составляла от 0 до 1,5 мм.

Применение гормонозамещающего и остеостимулирующего препарата у женщин в раннем климактерическом периоде, страдающим остеопорозом челюстных костей в предоперационном периоде приводит к нормализации гормонального фона, стабилизация имплантантов способствует остеорегенерации костной ткани, снижает риск противовоспалительных осложнений при проведении дентальной имплантации у больных с данной патологией.

Выводы:

1. Климактерический период сопровождается ухудшением гигиенического состояния полости рта и прогрессированием воспалительных заболеваний пародонта.

2. Период предменопауза часто сопровождается патологическими нарушениями со стороны костной системы и психики больного.

3. Оценка совокупности анамнестических, клинических, лабораторных и функциональных показателей позволит с высокой степенью достоверности прогнозировать динамику остеоинтегративного процесса у пациентов, страдающих остеопорозом костной ткани в период менопаузы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ашуров А.М.[1], Абдуллаева Р.Р.[2]

[1]Центр развития Повышение Квалификации Медицинских Работников

[2]Республиканская детская многопрофильная больница. Каракалпакстан

У детей дошкольного и младшего школьного возраста 74,3% в структуре заболеваний уха, горла и носа составляет патология в кольце Пирогова-Вальдейера. Дети с аденоидами или гипертрофией глоточной миндалины, относятся к группе часто болеющих детей.

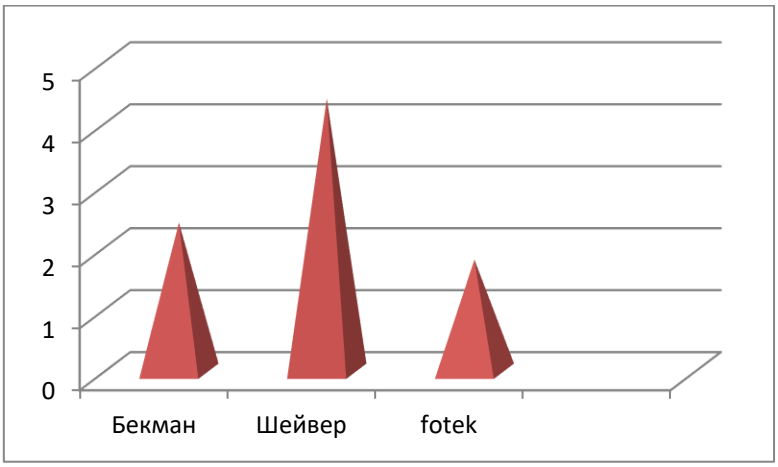
Лечение детей с патологией глоточной миндалины на фоне сопутствующих аллергических заболеваний сегодня является актуальной проблемой и для педиатров, и для аллергологов, и для оториноларингологов.

Актуальность проблемы аденоидов обусловлена тем, что она выходит за пределы оториноларингологии и тесно связана с бронхолёгочной патологией, аллергизацией организма, изменениями в местном и гуморальном иммунитете. Поэтому гипертрофия носоглоточной миндалины привлекает внимание не только оториноларинголога, но и врачей других специальностей.

Операция аденотомия, является одной из наиболее широко распространенных операции в оториноларингологии и активно применяется с XIX века. Автору этой операции H. W. Meyer на его родине в городе Копенгагене в знак особой благодарности был воздвигнут памятник на средства врачей и родителей оперированных детей. В структуре оториноларингологической патологии гипертрофия носоглоточной миндалины занимает значительное место и составляет от 30% до 45,2% (Быкова В.П. и др. 2005.; David H. etal. 2002). В структуре оперативных вмешательств отделений детской оториноларингологии аденотомия составляет до 80%. Но операция проводятся по определённым показаниям и требованиям, в некоторых случаях, когда имеется противопоказания со стороны общего организма, проводить операция аденотомия невозможно на определённый срок. Один из таких факторов – наличие анемии у ребенка. Данная патология широко распространена в Республике Каракалпакстан, также не разработаны стандарты - показания для проведения аденотомия. Многие дети страдают от хронической гипоксии, развиваются сопряженные заболевания не решение проблемы гипертрофии носоглоточной миндалины.

Работа проведена в Республиканской детской больнице г. Нукус за период с 2016 по 2019гг. нами было обследовано 332 дети с 3 до 14 лет (средний возраст 6 года), с гипертрофией носоглоточной миндалины, из них 200 (60%) мальчики, 132 (40%) девочки.

Характерная особенность у детей с гипертрофией носоглоточной миндалины - это наличие железодефицитной анемии у 260 больных (78,3%), только у 72 больных было гемоглобин выше 100г.%. Самый высокий гемоглобин среди обследованных больных 120г.%, самый низкий показатель 72г.%. Средний показатель гемоглобина составляет 85г.%. В предоперационном периоде больным назначена улучшающая свертывающие системы крови. Дицинон по ½ таб. 2 раза, кальций глюконат по 1 таб. 3 раза и аскорутин по 1 таб. 3 раза в день. Несмотря на наличие анемии, у больных послеоперационный период прошло без особенностей. Интероперационная кровопотеря во время аденотомии при применении различных способов.



Таким образом, учитывая наличие железодефицитной анемии, целесообразно применять малокровный метод удаление (аденотом Бекмана, коагулятор «Фоиек») аденоидной ткани.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Владимирова Т.Ю., Барышевская Л.А., Завалко Т.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ

В настоящее время огромное количество публикаций, докладов, статей посвящены проблеме COVID-19 инфекции. Активно изучаются клинические и эпидемиологические особенности заболевания, предикты тяжелого течения и неблагоприятного исхода болезни. Острый респираторный дистресс-синдромом и гиперкоагуляцию с ее различными проявлениями относят к тяжелым осложнениям при SARSCov2-инфекции. Гиперкоагуляцию и неконтролируемый тромбоз многие исследователи считают синонимом новой коронавирусной инфекции, основой её патогенеза. При изучении литературы, посвященной данной проблеме, неоднократно встречается описание тромбоза сосудов

головного мозга с развитием ОНМК, тромбоэмболии лёгочной артерии, тромбоза вен нижних конечностей, мезентериальных сосудов, но отсутствует клиническое описание первичного тромбоза сосудов глазницы, лицевой области, полости рта.

По нашим наблюдениям у пациентов, перенесших COVID19, в стадии разрешения заболевания или через несколько дней после выписки из стационара на фоне остаточных явлений, несмотря на продолжающуюся антикоагулянтную терапию возможно развитие первичного тромбоза сосудов лицевой области с реактивными изменениями в полости носа околоносовых пазухах, глазницах, полости рта и глотки. Пациенты могут жаловаться на интенсивную боль пораженной половины головы на фоне субфебрильной температура тел, умеренно затруднённое дыхание носом с этой стороны, отёк век, другие глазные признаки. При передней риноскопии возможны сукоровично-гнойных выделенияв полости носа. У таких больных снижена пневматизация околоносовых пазух за счет умеренного отека слизистой оболочки, возможны признаки скопления незначительного количества экссудата в нижних отделах пазух. Глазничные симптомы у таких больных могут быть расценены как риногенные внутриглазничные осложнения. При хирургическом вмешательстве в просвете пазухи обнаруживается небольшое количество серозно-сукровичного отделяемого. Слизистая оболочка пазухи в таких случаях гиперемирована, утолщена, с участками сосудистой инъекции и кровоизлияния, визуализируются зоны некроза слизистой оболочки. Несмотря на интенсивное лечение, у больных развивается отрицательная динамика заболевания и даже летальным исходом. Оценка аналогичной картины как осложнения COVID19 с проявлениями тромбоза вен глазницы, кавернозного синуса, лицевых вен, вен крыловидного сплетения и проведение соответственной терапии в сосудистых центрах позволяют не только избежать летальных исходов, но и добиться выздоровления.

Выводы. 1. У пациентов, перенёсших новую коронавирусную инфекцию, тромботические осложнения различной локализации могут возникать первично на фоне COVID 19-ассоциированной коагулопатии в период реконвалесценции, несмотря на приём антикоагулянтов. 2. Изменения в ЛОР органах при соответствующем анамнезе должны расцениваться как результат тромботических осложнений, а не как причина. необходимо проведение обширной тщательной дифференциальной диагностики с привлечением сосудистых хирургов, терапевтов, офтальмологов, врачей лучевой диагностики, неврологов, нейрохирургов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА

Исакбаев М., Исакбаев Ж.М., Маманиязов Ш., Маманиязова Г.М.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья,
Багдадское районное медицинское объединение.

Бурное развитие в течение последних лет лечение аденомы гипофиза позволила применить этот лечении на гипофиза .

Гипофиз представляется весьма подходящим объектом стереотаксических операций. Так как полость турецкого седла хорошо видна на обычных краниограммах и служит надежным ориентиром во время операции. Однако размеры гипофиза относительно малы (в среднем 14.4 х11.5х57 мм) и его величина и форма колебляются в широких пределах.

Описано стереотаксических криохирургии гипофиза Э .Н.Кандель, Д.В.Атлас, 1974. Но имеет сложниые строны.

Целью этого является совершенствовании диагностики и лечении гипофизарных опухолей, так к нормального аденогипофиза при различных эндокринных заболеваниях и гормонозависимом раке.

Материалы и методы исследовании.

Мы для лечении и криохирургической лечении рекомендуем “игольчатый криоаппарат”, по нашей модификации использующие аппарата в оториноларингологии (см фото 1).Для успешного замораживании мы рекомендуем вставлении вокруг аденомы гипофиза материал из хлопчато бумажные ткани.

Заключение. Рекомендованные нами лечении аденомы гипофиза даёт хороший эффект криогенного метода лечении: совершенствовании техника криогенного метода лечении открывает новые возможности криогенного лечения. Для осуществалении этой задачи мы считаем ненеобходимо совершенствовании лечении разработкой аппаратурыи роли эндоскопический способ криовоздействии.

Мы считаем расширит научное экспериментальное и клиническое исследовании и наблюдении и успешное завершении изображений, кандидатских и докторских работ.

Выводы.

1)Лечении аденома гипофиза остаётся актуалными в этом этапе.

2) Криогенный метод лечении имеет большое значении.

3)Криогенные методы лечении является более эффективнее.

4)Разработка более удобные криоапликаторов необходимо.

5)Выполнение криовоздейсвии с использованием носовые фиброэндоскопа мы считаем более удобным.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР ОРГАНОВ

Касимова Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: В последнее время почти в 1,5 раза возросло число женщин с патологическим течением беременности, одной из причин данного явления являются гнойно-воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (ВДП). Не смотря на все это, в последнее время вопросы диагностики и тактики лечения РС у беременных, по непонятным причинам выпадают, отсутствуют фундаментальные работы посвященные данной патологии.

Цель исследования: разработать тактику ведения и выработать рациональные методы лечения беременных с хроническим риносинуситом.

Материал и методы исследования:

В работе представлены данные исследования и лечения 46 беременных женщин с хроническими гнойными заболеваниями околоносовых пазух.

Результаты исследования. Для ирригационно-элиминационной терапии полости носа у беременных мы применяли солевой раствор “Дельфин”. Манипуляция проводилась 2 раза в день, на курс лечения потребовалось 6-8 процедур.

Одним из эффективных и современных ИКС является Форинекс. Терапевтическая доза составляет 1 впрыскивание (50 мкг) в каждую ноздрю один раз в сутки в течении 4-6 дней.

С целью воздействия на патогенную микрофлору, мы применяли комбинированный антибактериальный топический назальный спрей Изофра. Спрей назначался по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 4 - 6 раз в сутки в течение 6-7 дней.

После этих манипуляций явления воспаления заметно уменьшились и у них наступило значительное улучшение состояния.

После лечение клиническое выздоровления достигнута у 93,5% беременных улучшение у 6,5%. Рецидивы заболевания через в течение года были у 3,2% и им проведен повторный курс лечения аналогичный первому.

Таким образом ступенчатый метод терапии беременных с РС применением ирригационно-элиминационной терапии, глюкокортикоидов и антибиотиков в виде интраназальных спреев является в достаточной степени результативным.

МУКОРМИКОЗ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.

Кодиров Ш.Ш., Махамадаминова Ш.А.
Ташкенсткая медицинская академия, Узбекистан, Ташкент

Мукормикоз, одна из тяжелейших патологий грибковой этиологии, которая была забыта и достаточно редко встречалась и чаще напоминала о себе как эндемичное заболевание вспышка которого наблюдалась в Индии ещё до пандемии COVID-19, заболеваемость которым была в 70 раз выше, чем в среднем в мире (Prakash H, Chakrabarti A., 2021). В нынешнюю пандемию COVID-19 по данным МинЗдрава Индии на 25 мая 2021 года было зарегистрировано более 11 700 пациентов, получающих лечение от мукормикоза. Кожный барьер представляет собой защиту хозяина от кожного мукормикоза, Возбудители мукормикоза обычно не проникают через неповрежденную кожу. Однако ожоги, травмы кожи и стойкая мацерация кожи позволяют организму проникать в более глубокие ткани. Вспышки после стихийных бедствий, которые наблюдались после цунами в Индонезии в 2004 году, после разрушительных торнадо, произошедших в Джоплине, штат Миссури (США), в июне 2011 года были связаны с травматической имплантацией зараженной почвы или воды (RodriguesM.L., Albuquerque P.C., 2018).

Мукормикоз вызывается повсеместно распространенными в окружающей среде плесневыми грибами, включая виды Rhizopus, Apophysomyces, Mucor и Lichtheimia. Стоит отметить, что эта инфекция в целом в иммунокомпетентном организме не вызывает болезни, при этом она может быть смертельной для пациентов с нарушенной иммунной системой. Инфекция проявляется как быстро развивающаяся ангиоинвазивная инфекция, наиболее частыми формами которой являются носо-орбитально-церебральные и легочные проявления. Смертность недопустимо высока, достигая в некоторых случаев 80% при нынешней пандемии (Prakash H, Chakrabarti A., 2021), в литературе описывают летальность 90-100% (Климко, Н.Н., 2008;Chamilos G. etal., 2006;Pagano L., 2004).

Причина резкого увеличения числа случаев заболевания отмечено так же в Узбекистане уже после первой волны пандемии COVID-19. И первыми столкнулись отоларингологи – появились больные с риноцеребральным мукормикозом, заболевание, которое фактически не фиксировалось в нашей стране. Точные причины неясны, однако несомненны ряд факторов которые сопутствуют развитию мукормикоза: широкое использование (и неоправданное использование) стероидов при COVID-19 дажев легкой форме; плохо контролируемый диабет который впервые развивается или же обостряется самим COVID-19 и возможно, повреждение слизистой оболочки вирусом. Другие

гипотезы, связанные с хозяином, патогеном или предшествующей инфекцией SARS-CoV-2 пока являются лишь предположительными, вызывают много споров и изучаются.

Своевременная диагностика имеет решающее значение, поскольку начало лечения критично по времени из-за быстрого прогрессирования инфекции, однако этому препятствует нехватка доступных диагностических тестов. Диагноз основывается на гистологическом исследовании и культуре тканей, которые могут быть инвазивными, медленными и нечувствительными. Даже после того, как диагноз поставлен, лечение затруднено. Хирургическая обработка инфицированной и некротической ткани необходима для того, чтобы дать пациенту шанс на выживание; однако это может привести к потере зрения, серьезному уродству или к тому и другому. Основой противогрибкового лечения является амфотерицин В, нефротоксичный полиеновый противогрибковый препарат, используемый с 1958 года. Наиболее эффективные липосомные препараты каспофунгин и липосомальный амфотерицин В – недоступны на сегодняшний день в Узбекистане.

Эпидемия мукормикоза привлекла внимание к серьезности грибковых инфекций и относительно слабому состоянию науки по их профилактике, диагностике и лечению. Это дает возможность стимулировать действия по решению многочисленных неотложных проблем. Кроме выявления факторов риска, которые могут способствовать текущей эпидемии, приоритеты должны включать разработку быстрой, надежной и неинвазивной или минимально инвазивной диагностики мукормикоза, доступ к существующим методам лечения и совершенствование методик ведения.

БОЛЕЗНЬ ВЕГЕНЕРА В ПРАКТИКЕ ОТОЛАРИНГОЛОГА

Лутфуллаев У.Л., Валиева Н.К., Валиева С.Ш., Кудратова М.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт

Болезнь Вегенера (ХВ) - это системное заболевание неизвестной этиологии, гистологически характеризуется гранулематозно-некротическим системным васкулитом, привлечением дыхательных путей, почек, органа зрения, слуха и ЦНС.

ХВ относится к аутоиммунным заболеваниям, основной «мишенью» аутоиммунных комплексов является артерии мелкого и среднего калибра. Главным иммунохимическим маркером заболевания считают Антинейтрофильные в цитоплазме антитела (ANCA). В 80-95% пациентов первыми симптомами заболевания являются заболевание ЛОР-органов. Если

поражения сосудов ограничивается одной локализацией, свидетельствуют о так называемой «ограниченной» ХВ. Последняя в отличие от «генерализованной» характеризуется легким течением и лучшим прогнозом.

Диагноз ХВ выставляется с использованием критериев Американского колледжа ревматологов. Для постановки диагноза необходимо наличие двух критериев из четырех: поражение верхних дыхательных путей, язвы слизистой оболочки полости рта; наличие инфильтратов или полостей на рентгенограммах или КТ легких; изменения в моче (микрогематурия более 5 эритроцитов в поле зрения, эритроцитарные цилиндры) гистологические изменения в виде гранулематозного воспаления стенок сосудов.

Биопсию следует рассматривать как вспомогательное средство диагностики, если уровень антинейтрофильных антител не превышает норму. Однако, диагностическое значение гистологического исследования резко возрастает при так называемом «ограниченной» ХВ. Особенностями этого метода является его недостаточная чувствительность: примерно в половине случаев при ЛОР-локализации не удается найти характерных изменений в биоптате, что приводит к необходимости повторного взятия материала.

При гистологическом исследовании идентифицируют три патологические характерные признаки: гранулематозное воспаление, васкулит и некроз. Причем зоны некроза настолько обширны, что иногда их называют «географическим некрозом».

Наш опыт диагностики ХВ включая результаты лечения 59-летней пациентки, которая обратилась с жалобами на затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа, затекание по задней стенке глотки. При осмотре диагностирована С-образное искривление носовой перегородки преимущественно в хрящевому отделе, увеличение обеих нижних носовых раковин. Интенсивный отек слизистой оболочки носовой полости слабо реагировал на аппликацию адреналина.

Интраоперационно при доступе к скелету носовой перегородки отмечено интенсивная гиперплазию слизистой оболочки перегородки слева, которая и имитировала С-образное смещение носовой перегородки, поскольку четырехугольный хрящ располагался по средней линии. Обращали внимание также на папилломатозные изменения нижних носовых раковин, особенно слева. В связи с выявленными изменениями оперативные вмешательства дополнены биопсией слизистой и мягких тканей полости носа в области носовой перегородки и нижних носовых раковин.

Результаты гистологического исследования подтвердили диагноз ХО. В крови пациентки нашли повышенный титр ANCA, что и дало возможность

диагностировать ХО. Больная переведена в ревматологической отделение, где начали лечение циклофосфаном и гидрокортизоном.

МИКРОЦЕРКУЛЯТОРНЫЕ И КАОГУЛЯЦИОННОЕ ЗВЕНЬЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Нармуротов Б.К., Курбанов Ё.Х.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность проблемы. Одним из наиболее частых компонентов при множественных и сочетанных повреждениях являются переломы. Длительность сроков консолидации переломов определяется степенью нарушений микроциркуляции в зоне перелома, изменениями клеточного и коагуляционного гемостаза и минерального обмена. В связи с чем повышение эффективности лечения переломов челюстно-лицевых костей на основе ранней диагностики сосудистых и гемостазиологических изменений имеет большое значение для практического здравоохранения. При переломах нижней челюсти и их осложнениях (нагноение костной раны, мягких тканей и травматические остеомиелиты) нарушения антитромбогенной активности стенки сосудов, сосудисто-тромбоцитарного, коагулянтного звеньев системы гемостаза, компонентов системы фибринолиза, реологических свойств крови недостаточно изучены. Вместе с тем, такое исследование позволило бы выявить характерные особенности изменения показателей системы гемостаза, антитромбогенных свойств сосудистой стенки и реологических свойств крови при переломах и их осложнениях, установить наличие корреляционных связей между степенью этих изменений и течением патологического процесса. Это может дать возможность выбрать оптимальные методы патогенетической терапии при указанной патологии.

Цель исследования – изучить функциональное состояние различных звеньев системы гемостаза, в том числе антитромбогенную активность стенки сосудов, реологические свойства крови у больных с переломами нижней челюсти; определить показания к применению гомеопатического препарата у данной категории больных.

Задачи исследования:

1. Изучить сосудисто-тромбоцитарное, коагуляционное звенья системы гемостаза, состояние системы фибринолиза у больных с переломами нижней челюсти.

2. Изучить антитромбогенную активность стенки сосудов у больных с переломами нижней челюсти.

3. Определить состояние реологических свойств крови у больных с переломами нижней челюсти.

4. Выявить влияние гомеопатического препарата на различные звенья системы гемостаза, антитромбогенную активность стенки сосудов и реологические свойства крови у больных с осложненным течением переломов нижней челюсти.

Нами изучены основные показатели агрегационной активности тромбоцитов и антиагрегационной способности сосудистой стенки у больных с переломами нижней челюсти.

Как видно из данных, у больных с переломами нижней челюсти до начала лечения отмечается более высокая функциональная активность тромбоцитов по сравнению с контрольной группой, что проявляется в статистически достоверном увеличении максимальной скорости агрегации кровяных пластинок до 57,5±9,5 усл.ед. (pi=0,00001), максимальной степени их агрегации до 52,7±10,4% (pi=0,00001) при одновременном возрастании времени достижения максимальной скорости агрегации до 704,1±145,5 с. (pi=0,00001) и времени достижения максимальной степени агрегации до 58,3±4,8 с. (p!=0,0293) . На 3-5 сутки после начала лечения продолжается дальнейшее усиление функциональной активности тромбоцитов, что сопровождается дальнейшим возрастанием максимальной скорости агрегации до 83,1±14,6 усл.ед. (pi=0,000001; p2=0,0002), максимальной степени их агрегации до 78,4±12,1% (pi=0,000001; p2=0,0001) и увеличением времени достижения максимальной скорости агрегации до 929,9± 167,4 с. (pi=0,000001; p2=0,0010), времени достижения максимальной степени агрегации до 103,6±16,9 с. (p,=0,00001; p2=0,00001). На 10-12 сутки лечения происходит лишь частичное восстановление функциональных свойств тромбоцитов, о чем свидетельствует снижение максимальной скорости агрегации кровяных пластинок до 44,1±6,2 усл.ед. (pi=0,0004; p2=0,0005), однако не достигает уровня контроля (32,9±6,7 усл.ед.), снижение максимальной степени агрегации кровяных пластинок до 38,01±6,2% (p!=0,0244; p2=0,0010) , времени достижения максимальной скорости агрегации до 614,1±91,7 с. (pi=0,00001; p2=0,0344), но их значения остаются достоверно выше группы контроля. В тоже время отмечена нормализация времени достижения максимальной степени агрегации кровяных пластинок (pi=0,1553). Анализ антиагрегационной активности стенки сосудов у больных с переломами нижней челюсти показал статистически достоверное снижение (pi=0,0069) её по сравнению с контролем, что свидетельствует об уменьшении синтеза и секреции эндотелиальными клетками простациклина,

мощного дезагреганта и вазодилататора,идругих субстанций; препятствующих процессу агрегации кровяных пластинок. К 3-5 суткам лечения у данной категории больных антиагрегационная активность сосудистой стенки продолжает оставаться сниженной и статистически достоверно не отличается (p2—0,3718) по сравнению с данными при поступлении, но достоверно (pi=0,0069) снижена по сравнению с группой контроля. На момент выписки больных 10-12 сутки лечения происходит восстановление антиагрегационной способности стенки сосуда, так как она достоверно (p=0,1513) не отличается от данных группы контроля.

Следовательно, у больных с переломами нижней челюсти создаются благоприятные условия для адгезии и агрегации тромбоцитов. Кроме того, статистически достоверное повышение функциональной активности тромбоцитов по сравнению с контрольной группой свидетельствует о нарушении баланса между образованием и секрецией простациклина и других естественных дезагрегантов стенкой сосуда и тромбоксана А2 кровяными пластинками в сторону последних, что предопределяет склонность к тромбообразованию у больных с переломами нижней челюсти. Повышенная функциональная активность тромбоцитов, с одной стороны, и снижение антиагрегационной активности стенки сосудов, с другой, за счёт резкого снижения выработки и секреции простациклина и простациклиноподобных веществ, при повреждении эндотелия может привести к адгезии тромбоцитов к субэндотелию с последующей "реакцией освобождения" из них фактора роста, вызывающего пролиферацию гладкомышечных клеток и фибробластов, их миграцию в интиму и усиленную секрецию коллагена и других компонентов соединительной ткани.

Выводы

1. Патогенез микроциркуляторных расстройств у больных с переломами нижней челюсти обусловлен изменениями в его сосудистом и внутрисосудистом компонентах: снижением антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности стенки сосудов, возрастанием функциональной активности тромбоцитов, депрессией системы фибринолиза, возникновением коагулопатии потребления, усилением реологических свойств крови. Выраженность указанных нарушений зависит от наличия и характера воспалительных осложнений переломов нижней челюсти.

2. У больных с переломами нижней челюсти имеется скрытое течение ДВС-синдрома, обусловленное нарушениями в тромбоцитарном, коагуляционном звеньях системы гемостаза, фибринолиза, выраженность и степень восстановления которых, после проведенного курса лечения, обусловлена наличием или отсутствием воспалительных осложнений.

3. Угнетение и степень восстановления антитромбогенной активности стенки сосудов зависит от наличия и характера воспалительных осложнений. У больных с неосложненным течением переломов она снижена в меньшей степени, чем у пациентов с осложненным заживлением переломов нижней челюсти. Чем выше антитромбогенная активность стенки сосудов, тем благоприятнее исход данного заболевания.

4. У больных с переломами нижней челюсти имеются нарушения в реологических свойствах крови, обусловленные повышением вязкости крови, агрегационной способности эритроцитов и снижением их деформируемости.

5. Высокие показатели вязкости крови, агрегации эритроцитов и низкая способность эритроцитов к деформации выявлены у больных с переломами нижней челюсти преимущественно с осложненным течением.

6. Частичное восстановление после традиционного курса лечения у больных с переломами нижней челюсти антитромбогенной активности стенки сосудов, совпадающее по времени со стабилизацией клинической картины заболевания, свидетельствует об уменьшении нарушений функции эндотелия по синтезу естественных антиагрегантов и антитромбина III.

7. Применение в комплексном лечении больных с переломами нижней челюсти гомеопатического препарата Траумель С способствует восстановлению антикоагулянтной активности стенки сосудов и реологических свойств крови, у больных с неосложненным течением и снижает явления коагулопатии во всех обследуемых группах больных.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОТОРИНОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хатамов Ж.А.

Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр

Актуальность проблемы. По результатом многочисленных исследований оториногенные гнойно - воспалительные ВЧО встречаются с частотой от 1,0 до 6,5 %. Летальность при этих заболеваниях достигает от 8-20,8%, инвалидизация – от 10,0 до 45,0%. С внедрением в повседневную практику новейших методов диагностики, эффективных методик комплексного лечения и реабилитации, результаты лечения при оториногенных ВЧО значительно улучшились. Но все это, к сожалению, не решает проблему распространенности данной тяжелой патологии среди больных с ЛОР заболеваниями.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей клинического течения, ранней диагностики, и разработки комплексного лечения больным с оториногенными ВЧО.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 86 больных с оториногенными ВЧО получившие лечение в ЛОР клинике за последние 20 лет. Взрослых было 74 (86%), детей 12 (14%). В первые часы после поступления в стационар, всем больным проводили комплексное обследование: осмотр оториноларинголога, невропатолога, окулиста, МСКТ и МРТ головного мозга, сосцевидных отростков и околоносовых пазух, лабораторные обследования. У 62 (72%) пациентов наблюдались отогенные, у 24 (28%) риносинусогенные внутричерепные осложнения.

Среди больных оториногенными ВЧО изолированные осложнения (менингит, менингоэнцефалит, синустромбоз, сепсис, эпи-субдуральные абсцессы, абсцесс мозга, абсцесс мозжечка) диагностированы у 48,9%, а комбинированные осложнения (менингит + абсцесс мозга, менингит + абсцесс мозжечка, менингоэнцефалит + синустромбоз + сепсис) у 51,1% больных.

Причиной возникновения отогенных осложнений у 9 (15%) больных был острый гнойный средний отит (ОГСО), у 53 (85%) хронический гнойный средний отит. Причиной риногенных внутричерепных осложнений у 8 (28%) больных был острый гнойный синусит, у 12 (50%) хронический гнойный синусит, у остальных 4 (22%) фурункул и карбункул носа.

После обследования всем больным проводилось экстренное хирургическое вмешательство в среднем ухе, придаточных пазухах носа. Проводили комплексную интенсивную терапию до и послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. При поступлении больные жаловались на интенсивные головные боли, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, отмечалось нарушение сознания различной степени (оглушение, сопор, кома), повышение температуры тела до 39-40^{0}С и клиника судорожного синдрома. У больных были четко выражены очаговые симптомы в виде сенсорной и моторной афазии и менингеальные симптомы в виде ригидности затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского. Пункция спинномозгового канала проводилась в положении больного лежа на боку после результатов МСКТ и МРТ. Ликвор мутный, серого или грязно-желтого цвета. Давление ликвора у больных с менингоэнцефалитами варьировалось от 190 до 240 мм.вод.ст., общее количество белка от 0,66 до 6 г/л с резко выраженной реакцией Панди и Нонне-Апельта. Плеоцитоз в ликворе достигал 3 тысячи клеток в кубическом мм (мм3). При бактериологическом исследовании мазков выделений из уха, околоносовых пазух, полостей абсцессов и спинномозговой жидкости высеялось Streptococcus Pneumoniae – у 32 %, Haemophilus influenzae – у 22 %, Moraxella catarrhalis – у 16

%, Streptococcus heamoliticus – у 5 %, непатогенные микроорганизмы – у 22% болных, грибки рода Candida у 3% больных.

Хирургическую санацию очага инфекции производили незамедлительно в течении первых часов и до одних суток, а тяжелых с нарушением сознания после стабилизации состояния больного. Оперировано в первые 2 часа- 11 больных, от 2 до 6 часов- 28 больных, от 6 до 12 часов- 24 больных, от 12 до 24 часов- 23 больных. Трепанационную рану за ухом вели открытым способом. Из придаточных пазух на второй день удаляли тампон. В послеоперационном периоде трепанационные полости ежедневно промывали 1 % антисептическим растворам диоксидина или раствором декасана. Системная антибиотикотерапия назначалась с самого начала лечения и продолжалась в среднем в течении от 7 до 20 дней. Наиболее часто использовали антибиотики бета-лактамного ряда, цефалоспорины и макролиды. Нередко антибиотики применяли в комбинации и вводили внутримышечно, внутривенно, эндолюмбально. Антибиотикотерапия сочеталась с назначением противогрибковых средств.

Одновременно с антибактериальной терапией больные получали интенсивную противовоспалительную терапию - дезинтоксикационного, дегидратационного, десенсибилизирующего, противоотечного и общеукрепляющего действия. Всем больным обеспечивали тщательный уход, высококалорийное энтеральное питание (при необходимости через зонд) и при показаниях назначали симптоматическую терапию. После проведенного лечения из всех обследованных больных отогенными ВЧО выписаны из стационара с улучшением состояния 16 больных, с выздоровлением 39 больных, 7 больных умерло. С риногенными ВЧО выписаны с улучшением состояния 6 больных, с выздоровлением 13 больных. У 2 больных с риногенным абсцессом левой лобно-височной доли головного мозга отмечалось двухсторонная центральная слепота вследствие поражения центрального отдела зрительного анализатора, 3 больных умерло.

Выводы:

1. По результатам исследований выявлено, что среди больных с оториногенными ВЧО часто диагностируются комбинированные осложнения у 51,1% больных, чем изолированные у 48,9%.

2. Своевременная ранняя диагностика, представленная система комплексной неотложной интенсивной терапии и слаженная работа специалистов позволяет получит положительный результат лечения при оториногенных ВЧО.

К ПАТОГЕНЕЗУ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Шайхова Х.Э., Якубов Р.Р.
Ташкентская медицинская академия.

Изучение патогенетических механизмов развития сочетанных поражений ЛОР-органов и заболеваний внутренних органов имеет большую научно-практическую значимость. Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава встречаются часто и по этиологии является полиэтиологичным и мультифакторным. Ни одна из существующих классификаций до конца не раскрывает сущность патологического процесса в челюстно-лицевой области. Причинами приобретенных деформаций являются травмы, нарушения обмена веществ, эндокринные заболевания, которые обусловлены структурно-функциональными нарушениями дыхательной, выделительной, нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Патологии внутренних органов у новорожденных и детей раннего детского возраста, оказывающей негативное влияние на функциональное состояние указанных органов и систем, что могло явиться первопричиной нарушения процессов роста и минерализации как тканей зубов и челюстей, так и всего скелета в целом.

Планируя данное исследование у детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава, мы исходили из концепции, что тяжесть патологии ЛОР-органов и прогрессирующее течение заболеваний внутренних органов, вероятно обусловлены нарушением микроциркуляции крови и обмена веществ, возникающего вследствие местных нарушений , выражающихся в ограничении движений нижней челюсти, нарушении дыхания в связи с анатомическими изменениями и воспалительным процессом ЛОР-органов. Это часто сопровождается с синдромов обструктивного апноэ сна, гипоксией, хронической патологии внутренних органов, имеющего важное значение в возникновении и прогрессировании основного заболевания.

Поэтому мы сочли необходимым изучить факторы, влияющие на дыхательную функцию, на процессы роста челюстей, на процессы обмена веществ в целом, что играет главную роль в формировании защитных, компенсаторно-приспособительных и адаптивных возможностей, в общем физическом развитии ребенка.

Для этого у 35 детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава в возрасте от 3 до 18 лет нами изучена структура и частота встречаемости патологии ЛОР-органов, способствующих развитию обструкции дыхания, гипоксии и их последствий. Предварительные

результаты обследования показали, что наиболее тяжелые формы отмечались у детей с грубыми формами деформаций врожденного и приобретенного генеза. Следует отметить, что у 28 больных отмечалось частичное ограничение движений нижней челюсти, у 7- полное ограничение с признаками ретро-микрогении и латерогнатии .

Комплексное исследование ЛОР-органов позволило выявить скрытые и выраженными формы патологии у всех больных с деформациями челюстей. При этом у детей дошкольного возраста часто встречались хронические воспалительные заболевания носа, носоглотки и глотки. Увеличения глоточных и носоглоточных миндалин. У детей старшего возраста часто встречались хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух, ИПН, хронические тонзиллофарингиты. Полость рта у них осматривалась эндоскопом.

Заключение. Обследование общего состояния 35 больных детей с тяжёлыми деформациями челюстей и патологией ВНЧС показало, что у них формируется дыхательная недостаточность и гипоксия с её тяжёлыми последствиями. Этому способствуют как сопутствующие невоспалительные процессы ЛОР органов, такие как ИПН, Увеличения глоточных и носоглоточных миндалин, а также хронические риносинуситы и ринофарингиты. В свою очередь дисметаболические процессы в организме способствуют отставанию в физическом развитии, что также ослабляет дыхательную функцию, т.е. существует прямая и обратная взаимосвязь.

CLINICAL PECULIARITIES AND DIAGNOSIS OF PEDIATRIC DIZZINESS AND VERTIGO

Ergashev J.D., Amonov Sh.E., To'xtaxo'jayev M.X.
Tashkent Pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. Imbalance in pediatric practice is not frequent or common complaint among children and adolescents. According to large sample sized studies, dizziness or imbalance was reported in 3.5 million patients (5.6%) with a mean age of 11.5 years. Dizziness was reported in 1.2 million patients (2.0%) with a mean age of 12.7 years and balance impairment in 2.3 million patients (3.7%) with a mean age of 10.6 years (Brodskiy et al. 2020). Therefore, children complaints of dizziness merit careful evaluation in the diagnosis of vestibular or other disorders.

Purpose. Our work aimed to present and describe the clinical peculiarities of vertigo in a pediatric population.

Materials and methods. Current study includes forty-one children and adolescents presenting with vertigo to the clinical bases of the otorhinolaryngology department of the Tashkent Pediatric Medical Institute between the years 2015–2020.

Among them there were 23 boys and 18 girls. For all patients have been performed general otorhinolaryngology examinations audiometry, videonystagmography and consultations with other related specialties in case of necessity.

Results. Forty-one patients with a mean age of 15 years were evaluated. The most common etiology was migraine-associated vertigo. In twenty-five (62%) of cases vertigo associated with migraine. In case of seven (17%) patients, after all consultations with other related specialties, the vertigo estimated as psychogenic. Nine patients (22%) had pathological findings on the otoneurological examination. In twenty-eight (68%) patients the electronystagmography evaluations showed pathologic findings. Prevalence of cases among girls and boys was slightly significant (p=0.05) towards the boys.

Conclusions. Various etiologies of vertigo may present with similar symptoms and signs in the pediatric patient. Children may have less facility in describing their symptoms. Therefore, a differential diagnosis of vestibular problems in children must take into account their general level of maturation, especially the development of postural control. This is the reason why treatment and follow up should be specificallytailored for each case according to the diagnosis. In our series the prevalence of dizziness and imbalance in case of boys was significant; however it might be related with our small sample size, as large sample sized works showed that the Prevalence of dizziness and imbalance did not vary by sex (p= 2).Close collaboration with other medical disciplines is often required to reach the correct diagnosis and treatment while avoiding unnecessary laboratory examinations and extra medical costs.

М У Н Д А Р И Ж А

О Г Л А В Л Е Н И Е

РАЗДЕЛ: ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

Skarzynski P.H.[1,2,3], Pierzyńska I.[3], Żelazowska M., Wołujewicz K.[1]
TELEAUDIOLOGY AS A HELPFUL TOOL IN DIAGNOSIS, TREATMENT AND REHABILITATION IN COVID-19 **……..8-9**

Skarzynski P.H.[1,2,3], Skarzynski H.[1], Zhuchko L.[3], Golubok T.[3]
COCHLEAR IMPLANTATION AND HEARING PRESERVATION WITH RESIDUAL HEARING IN CHILDREN IN PARTIAL DEAFNESS TREATMENT **……..……...9**

Skarżyński P.H. [1,2,3], Prokopiuk Sergii[3], Cywka Katarzyna[1]
BONE CONDUCTIVE IMPLANTS – WHEN AND HOW **……9-10**

Авезов М.И.[1], Нурметов Э.З.[2]
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА СУРДОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШ КЎРСАТКИЧИ ТАҲЛИЛИ **……..10-12**

Агзамова Г.С., Уринбоев А.Т., Шамсиев Д.Ф.
ОСОБЕНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА **……12-14**

Амонов А.Ш.
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ **……..14-15**

Адилова Г.М., Нарзуллаев Н.У., Ғиёсов Ш.С.
ИЗУЧЕНИЕ РЯДА ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ СРЕДНЕГО УХАНА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА **……...15-16**

Арифов С.С., Орифов С.С.
КЛАССИФИКАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА **…….16-17**

Арифов С.С., Каландарова Д.А.
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ ……..…**18**

Ахунджанов Н.А., Хасанов У.С., Джураев Ж.А.
ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ДОИНСУЛЬТНЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ **……..……19-21**

Байбориева А.А., Субанбекова А.Б.
К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ **……21-24**

Bakhadirova I.B.
OTOTOXICITY EFFECT OF DRUGS: LITERATURE REVIEW **……24-25**

Вохидов Н.Х.[1], Вохидов У.Н.[2], Шодиев Ж.А.[2]
СУРУНКАЛИ ЭКССУДАТИВ ОТИТДАЭНДОСКОПИЯВА АУДИОМЕТРИЯ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ **……..……26-27**

Esamuradov A.I.[1], Shamsiev D.F.[2], Mirzaeva M.A.[3]
MODERN PRINCIPLES OF RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA **……..……..……27-28**

Жафаров М.М.[2], Хасанов С.А.[1], Жафаров М.М. [2], Расулов М.М.[1]
МИКРОТИЯ ХАСТАЛИГИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАХЛИЛИ **…….…….28-29.**

Ибрагимов Ш.Р.
ЭКСПРЕССИЯ ЦИТОКИНОВ В ЖИДКОСТЯХ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ **……..……..30-31**

Исматова К.А., Джаббарова Д.Р., Маматова Ш.Р.
ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ВЗРОСЛЫХ **…….31-33**

Исматова К.А., Амонов Ш.Э., Джаббарова Д.Р.
ТИМПАНОСКЛЕРОЗНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ ВА ТАХЛИЛ ҚИЛИШ **……..……..……..33-34**

Қобилова Ш.Ш., Лутфуллаев Ғ.У., Файзуллаев Д.Ш., Назарова К.А.
БУРУН-ҲАЛҚУМ ЎСМАЛАРИДА ОТОЛОГИК БЕЛГИЛАР **……35-36**

Қобилова Ш.Ш., Лутфуллаев Ғ.У., Лутфуллаева Г.У., Ортиков А.А.
ЭКССУДАТИВ ЎРТА ОТИТНИ БУРУН, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ВА БУРУН-ҲАЛҚУМ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ **……36-37**

Мавлянова З.Р., Очилзода А.А., Мирсаидова З.Н.
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ В КОМПЛЕКСЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ **……..37-39**

Миразизова Д.Р., Махкамова Н.Э.
МОЛЕКУЛЯРНО ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МУТАЦИИ МИТОХОНДРИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ **…….39-41**

Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А.
РОЛЬ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ **…….41-42**

Мухитдинов У.Б., Кадирова М.Х.
НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ ВЯЛОТЕКУЩЕГО ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ **…….42-44**

Мухитдинов У.Б., Мавланов Э.Р.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПЕРЕНЕСШИЕ SARS-CoV-2 (инфекции COVID-19) **…….44-45**

Нарзуллаев Н.У., Адилова Г.М., Ахтамов Х.Х.
СИНУПРЕТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА **……46**

Нарзуллаев Н.У., Адилова Г.М., Бакиев Ш.Ш.
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНО - ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА **……47-48**

Нарзуллаев Н.У., Адилова Г.М., Артикова Ф.А.
К ВОПРОСУ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БАКТЕРИЙ ВЫДЕЛЕННЫХ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА К ПРЕПАРАТУ «ЙОКС» **……..48-49**

Насыров В.А., Изаева Т.А., Беднякова Н.Н., Исмаилова А.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ **……50-53**

Nurov U.I., GanievJ.A., Ikramova F.S.
FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC OTITIS MEDIA IN TWINS **…..……53-54**

Nurov U.I., Odilova G.M., Ikramova F.S.
SOME FEATURES OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN TWINS OF CHILDREN AND ADULTS WITH HEARING IMPAIRMENT AND VESTIBULAR DYSFUNCTION **……54-55**

Очилзода А.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАДЖИКСКИХ СЛОВ ДЛЯ РЕЧЕВОЙ АУДИОМЕТРИ ПРИ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ НА ПОЧВЕ РОДСТВЕННОГО БРАКА РОДИТЕЛЕЙ **……56-58**

Очилзода А.А., Махмудов С.С., Каримов А.О.
ПРИМЕНЕНИЕ ОПЫТА ШТЕНГЕРА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИТВОРНОЙ ГЛУХОТЫ И ТУГОУХОСТИ У ПРИЗЫВНИКОВ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ СУРДОЭКСПЕРТИЗЕ **……58-59**

Очилзода А.А., Хасанова М.И., Хакимова Р. А, Тошходжаева М.Н., Сулаймонов И.И.
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ **……..……...……59-61**

Очилзода А.А.
О СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЕФЕКТАМИ СЛУХА СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ **……61-63**

Разаков А.Д., Абдукаюмов А.А., Каримова Н.А., Амонов Ш.Э.
ВЕСТИБУЛО-АУДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТАХ **……..……..……63-64**

Usmanova N.A., Makhamadaminova Sh.A.
STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF THE LONG-TERM VENTILATION IN TYMPANOPLASTY **……..……64-65**

Холматов Д.И., Махамадиев А.А., Қиёбеков Б.Л.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕЗАПНОЙ ТУГОУХОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ **……..……..…….65-66**

Холматов Д.И., Гулаёзова А.М., Аъзамова С.Д.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ **……..……..67**

Холматов Д.И., Солиева Ш.А.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАТОЛОГИИ СРЕДНЕГО УХА У ЖИТЕЛЕЙ ТАДЖИКИСТАНА**……..…68-69**

Хайдарова Г.С., Рахимджанова Г.А.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЭКССУДАТИВНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА **……..……...…….69-70**

Khamrakulova N.O., Khushvakova N.J., Oydinova F.
THE IMPROVEMENT OF ILBE – THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA IN POSTOPERATIVE PERIOD **……..…….70-71**

Хушбоков А.Ч.
К ВОПРОСУ О ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) **……..……..……71-72**

Хушбоков А.Ч.
ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ВА АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ **……..…….....73-74**

Шайхова Х.Э., Хаджимухамедов Ш.Б.
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ РЕЧИ И ЗВУКОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ **……74-75**

Шайхова Х.Э., Хаджимухамедов Ш.Б.
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЭЛЕКТРОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ **……..……75-76**

Эргашев У.М.
ТИМПАНОСКЛЕРОЗ **……..……..……76-77**

Эсамурадов А.И.[1], Мирзаева М.А.[2], Шамсиев Д.Ф.[3]
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА СРЕДНЕГО УХА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ОТИТА **……..…….77-78**

РАЗДЕЛ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

Александрия Султан фон Брюсельдорфф
НАУЧНЫЙ АНАЛИЗ ПЕВЧЕСКОГО ГОЛОСА ИСПОЛНИТЕЛЯ МУГАМА С ПОМОЩЬЮ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ВО ВРЕМЯ СПОЛНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОГО МУГАМА **……79-80**

Акбаров Э.Ф.
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГИПОТИРЕОДИЗМА НА АКУСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ГОЛОСА **……..……..……80- 81**

Алиева М.У., Наджимутдинова Н.Ш., Абдукаюмов А.А., Мансурова С.А.
ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСФОНИЕЙ **…..……..……81-82**

Арифов С.С.[1], Хасанов А.А.[2], Хасанов С.А.[1]
СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИОННОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ОСНОВЕ ПАРАМЕТРОВ ЛЕЙКОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ **……..…..82-83**

Artikova D.T.
METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS **…….....83-85**

ВладимироваТ.Ю., Чечко А.Н.
РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС: ЭТИОЛОГИЯ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ **……..……...……85-86**

Вохидов У.Н., Шерназаров О.Н., Султонов Д.М., Эрматов А.З.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ **……..86-88**

Vokhidov U.N., Shernazarov O.N.
LASER ENDOSCOPIC LARYNGOPLASTY IN PATIENTS WITH CHRONIC PARALYTIC STENOSIS OF THE LARYNX **……..…….88-89**

Vokhidov U.N., Shernazarov O.N., Sultonov D.M.
EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF THE LASER ENDOSCOPIC LARYNGOPLASTY IN PATIENTS WITH CHRONIC PARALYTIC STENOSIS OF THE LARYNX **……89-90**

Гаффарова М.А.[1], Ахоровa З.А.[2], МавлановаЗ.Р.[3]
ПРИМЕНЕНИЕ CO_2 ЛАЗЕРА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ **……..……90-92**

Джаббарова Д.Р., Мухитдинов У.Б., Салимов М.З.
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ **…….** **92-94**
Джаббарова Д.Р., Эгамбердиева З.Д., Иброхимов Х.Х.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУТИКАЗОНА ПРОПИОНАТА
В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОИДОВ У ДЕТЕЙ**…….…….94-95**

Каршибоев Ф., Абдуллаева Н.Н.
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ У ВЗРОСЛЫХ **……..……95-96**

Касимов К.
РОЛЬ ГРИБА КАНДИДА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА **……97-99**

Махамадаминова Ш.А., Махмудов А.Р.
ТУРЛИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЛИ ДИСФОНИЯЛАРДА ФОНЕАТРИК МАШҚЛАРНИ ҚЎЛЛАШ **…...……..……...…..……99-100**

Муминов С.Х.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СУБСТРАТА ОПУХОЛИ ПРИ ОПУХОЛИПОБНЫХ, ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОРТАНИ **……..100-101**

Муминов С.Х.[1], Палванов Б.Б.[2]
ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЎТКИР ЯЛИҒЛАНИШЛАРИНИ АЙРИМ КЛИНИК ВА МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ **……..……..……101-103**

Наджимутдинова Н.Ш.
ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАПИЛЛОМАТОЗОМ **…..……..……..……103-104**

Норкулова Л.Э., Абдуллаева Н.Н.
АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ **……..……..……..……104-106**

Палванов Б.Б.[1], Муминов С.Х.[2]
ҲИҚИЛДОҚ ФАОЛИЯТИДАН ФОЙДАЛАНИШДАГИ НУҚСОНЛАР ВА АСОРАТЛАРИ**.....106-108**

Rasulova N.A., Abdullaev Kh.N.
COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CELLULAR AND HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH VARYING DEGREES OF LYMPHOPROLIFERATIVE SYNDROME **……..……108-109**

Рузматов К.М., Шамсиев Д.Ф.
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОДСВЯЗОЧНОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ **…….109-112**

Саломов Қ.М., Амонов Ш.Э., Маматова Ш.Р.
ОВОЗ ЎЗГАРИШЛАРИДА КОМПЛЕКС ТАШХИСЛАШ **……..……112-113**

Хасанов А.А.[1], Хасанов С.А.[2]
РЕЗУЛЬТАТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА **……..……..113-114**
Шамсиев Д.Ф., Вохидов У.Н., Шерназаров О.Н., Мамасаидов Ф.Ф.
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА **……..……114-116**

РАЗДЕЛ: ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Абдуллаев У.М., Алиев Ш.Р., Шайхова Х.Э.
ЎТКИР РИНОСИНУСИТЛАРНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ЭТИОЛОГИЯСИ ВА УЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ АНТИБИОТИКЛАРГА СЕЗГИРЛИГИ **……..……116-117**

Abdullaeva M.N., Nurmukhamedova F.B.
RHINOGENIC COMPLICATIONS OF SINUSITIS **……118-119**

Абдурахмонов И.Р., Шамсиев Д.Ф.
БОШ МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТИ БОР БЕМОРЛАР БУРУН БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ МУКОЦИЛИАР ТРАНСПОРТ ФУНКЦИЯСИНИ ТЕКШИРИШ **……..…….....119-120**
Абдурашидова Х.Б., Нурмухамедова Ф.Б.
АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИИ И КЛИНИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ТАШКЕНТА **…….121-122**

Авезов М.И.[1], Собиров Қ.С.[2]
ҒАЛВИРСИМОН КАТАКЧАЛАР ОСТЕОМАСИ **……..……122-123**

Адилова Г.М., Нарзуллаев Н.У.
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ СТАЦИОНАРИДА ДАВОЛАНГАН МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТНИ УЧРАШИ **……..……123-124**

Амонов Ш.Э., Ражабов А.Х.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СИНУС ХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В **……..124-125**

Амонов Э.И., Кучмуратова С.Р.
ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ COVID-19 (клинический случай) **……..…….125-126**

Арифов С.С., Курбонов Ж.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ **……126-127**

Арифов С.С.[1], Нуров У.И.[2]
ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ-БЛИЗНЕЦОВ **……..……127-129**

Бобохонов М.Г.[1], Хасанов С.А.[1], Махсудов С.Н.[2]
АКТУАЛЬНОСТЬ ИСКРИВЛЕНИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА СОЧЕТАННЫХ РЕТРОГНАТИЕЙ У ПОДРОСТКОВ **……129-131**

Гашимзаде Ф.А., Панахиан В.М.
ПРИМЕНЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО НОСТРИЛА ПРИ РИНОСЕПТОПЛАСТИКАХ **……..……131-132**

Далиев А.Г., Тухтасинов Н.Н.
БОЛАЛАРДА ДОИМИЙ АЛЛЕРГИК РИНИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БОШЛАНҒИЧ ВЕГИТАТИВ ТОНУС ХОЛАТИ КЎРСАТГИЧЛАРИ **……132-134**

Джаббарова Д.Р., Эгамбердиева З.Д., Исматова К.А.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ **……134-135**

Джалилов Д.С., Панахиан В.М., Гасымов Д.Л.
ТАКТИКА РИНОХИРУРГА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИСКРИВЛЕНИЯХ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ **……135-136**

Джураев Ж.А., Хасанов У.С., Ахунджанов Н.А., Хамиджонов Ш., Махситалиев М.
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА A1188C RS3212227 В ГЕНЕ IL 12B СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХПРС **……136-138**

Джураев Ж.А.[1], Хасанов У.С.[1], Ахунджанов Н.А.[1], Вохидов У.Н.[2]
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800895 592C>A В ГЕНЕ IL10 СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ХПРС **…….138-141**

Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н.
КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯЛИ БЕМОРЛАРДА БУРУН ВА ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ **…….....141-142**

Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н.
КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯЛИ БЕМОРЛАРДА БУРУН ВА ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ **……..……..142-143**

Ибатов Н.А., Шамсиев Д.Ф.
РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА **……..144-145**

Исакбаев М., Исакбаев Ж.М., Маманиязов Ш.
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В СОЧЕТАНИИ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ **……..…….145-147**

Исмоилов И.И., Шамсиев Д.Ф.
СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИЧЕСКИ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ **…….147-148**

Iskhakova F.Sh., Xushvakova N.J., Tirkashev Sh.
ALERGIK RINITNI DAVOLASHDA KORTIKOSTEROIDLARINING TA'SIRI **……..…149-150**

Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р.
ОСОБЕННОСТИ ДВУХМЕРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА **…….....150-151**

Касимова Ш.А.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ **……..…..……..……151-153**

Касимов Х.К., Касимов К.
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА **…154-155**

Касимов Х.К., Касимов К.
ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛО НОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ СИНУСИТЕ **……..……155-156**

Касимов Х.К.[1], Арифов С.С.[2], Касимов К.[1], Далиев А.Г.[1]
МОФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛО НОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ **……..……..…….156-160**

Касимов Х.К.
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ И БАКТЕРИАЛЬНЫМ РИНОСИНУСИТОМ **…..……..……160-162**

Курбанов Э.Х.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУИТОМ **……..……...……163-165**

Курбанов Э.Х.
ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУИТОМ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ **……165-166**

Лутфуллаев У.Л.[1], Сафарова Н.И.[1], Лутфуллаева Г.У.[2], Аскаров Ш.Н.[1]
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ **……166-167**

Лутфуллаев У.Л., Валиева Н.К., Рахмонов А.А., Валиева С.Ш.
ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАНАЗАЛЬНО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА **……..…… 167-168**

Лутфуллаев У.Л., Сафарова Н.И., Хамраев Ф.Х., Толлибоев М.А.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ **…..……168-169**

Мадаминова Н.Э., Салиахунова Х.О., Ташбаев Д.А.
ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ **……169-171**

Маматова Ш.Р., Карабаев Х.Э., Саломов К.М.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ, С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА **……..……172-174**

Маматова Ш.Р., Карабаев Х.Э., Джаббарова Д.Р., Исматова К. А.
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**……..174-175**

Mamatova T.Sh., Artikova D.T.
EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS **……..175-176**

Назаров Ж.И.
АЛЛЕРГИК РИНИТНИ УЧРАШИНИ ЙИЛЛИК ТАХЛИЛИ **…….……177-178**

Nematov O'.S., Lutfullayev G'.U., Hamraev F.H.
BURUN BO SHLIG'I XAVFSIZ QON TOMIR XOSILALARINI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH **……...……178-179**

Нурмухамедова Ф.Б., Эркинова К.Ф.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АДЕНОИДНОЙ ВЕГЕТАЦИЕЙ СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ **……..……179-180**

Nurov U.I., Ikramova F.S., Alimova Sh.A.
SIMILARITY OF NASAL SEPTUM ELIMINATION AND DEFORMATION OF THE EXTERNAL NOSE IN MONOZYGOTIC TWINS **…….……180-181**

Рахимова Г.Ш., Шамсиев Д.Ф.
ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ **……181-182**

Saliahunova X.O., Madaminova H.E.
MICROBIOTICS AND CHARACTERISTICS OF CHRONIC RHINOSINUSITIS **……184-185**

Сотволдиев С.Р., Ашуров А.М.
НЕЙРООРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СФЕНОИДИТОВ **…….……..…185-186**

Сотволдиев С.Р., Ашуров А.М.
МСКТ – КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ АНАТОМИИ КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ **……..…186-188**

Sultonov D.M.[1], Vokhidov U.N.[2], Shernazarov O.N.[2]
REVIEW OF THE OLFACTORY DYSFUNCTION AS A PREDICTOR FACTOR IN THE SEVERITY OF COVID-19 **……..……..……..……188-189**

Усенов С.Н.[1], Абдукаюмов А.А.[2]
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ **……..……..……189-190**

Хасанов У.С., Джураев Ж.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800895 592C>A В ГЕНЕ IL10 СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ХПРС**……190-192**

Халафли Х.Н.
КОИНВАЗИЯ АСКАРИДОЗОМ И ЛЯМБЛИОЗОМ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ……..……..……..192-193

Ходжанов Ш.Х., Джураев Ж.А., Ахунджанов Н.А., Мардонов Х., Жалолов О.
ОСОБЕННОСТИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ……..…..……..……..193-196
Шаматов И.Я., Насретдинова М.Т., Шопулотова З.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ……..……..196-197

РАЗДЕЛ: ОБЩИЕ ВОПРОСЫ В ОТОРИНОЛАРИНОЛОГИИ

Quraishi M Sh., Muradov F.
HEAD AND NECK CANCER: MANAGEMENT PATHWAY IN ENGLAND ……198

Ачилова Н.Г., Нормуродов Б.К.
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА БОЛЬНЫМ С ОСТЕОПОРОЗОМ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ……198-200

Ашуров А.М.[1], Абдуллаева Р.Р.[2]
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ……..…….201-202

Владимирова Т.Ю., Барышевская Л.А., Завалко Т.А.
ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ……..……..……..……202-203

Исакбаев М., Исакбаев Ж.М., Маманиязов Ш., Маманиязова Г.М.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА …….……204-205

Касимова Ш.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР ОРГАНОВ 205-206

Кодиров Ш.Ш., Махамадаминова Ш.А.
МУКОРМИКОЗ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ ……206-.207

Лутфуллаев У.Л., Валиева Н.К., Валиева С.Ш., Кудратова М.А.
БОЛЕЗНЬ ВЕГЕНЕРА В ПРАКТИКЕ ОТОЛАРИНГОЛОГА ……207-209

Нармуротов Б.К., Курбанов Ё.Х.
МИКРОЦЕРКУЛЯТОРНЫЕ И КАОГУЛЯЦИОННОЕ ЗВЕНЬЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ……209-212

Хатамов Ж.А.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОТОРИНОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ **……..……212-214**

Шайхова Х.Э., Якубов Р.Р.
К ПАТОГЕНЕЗУ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА **…….215-216**

Ergashev J.D., Amonov Sh.E., To’xtaxo’jayev M.X.
CLINICAL PECULIARITIES AND DIAGNOSIS OF PEDIATRIC DIZZINESS AND VERTIGO . **……..216-217**

Тўпламда чоп этилган илмий ишлар бўйича масъулият муаллифлар зиммасига юклатилади.

Ответственность за научные работы, опубликованные в сборнике, возложена на их авторов.

“ZAMONAVIY OTORINOLARINGOLOGIYA: MUAMMO VA INNOVACIYALAR” O’ZBEKISTON OTORINOLARINGOLOGLAR V RESPBULIKA SYEZDI

MATERIALLARI

09-10 sentyabr, 2021 yil

Toshkent

МАТЕРИАЛЫ

V РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СЪЕЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

«СОВРЕМЕННАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ИННОВАЦИИ»

09-10 сентябр 2021 г., г.Ташкент

MATERIALS

V REPUBLICAN CONGRESS OF OTORINOLARINGOLOGISTS OF UZBEKISTAN

"MODERN OTORINOLARYNGOLOGY: PROBLEMS AND INNOVATIONS"

September 09-10, 2021, Tashkent

Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлигининг
«FAN ZIYOSI» нашриётига
2021 йил 14 февралда берилган 30819 7041-сонли лицензияси
Нашриёт манзили: Тошкент шаҳри, А. Навоий кўчаси, 30 уй.
Офсет қоғози. Бичими 60x84/16

Times гарнитурасида офсет усули. Шартли босма табоғи 14,75
Буюртма № 48.. Адади 100 нусхада
«MUNIS DESIGN GROUP» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.
100000 Тошкент ш., Буз-2 мавзе, 17-А уй.

ISBN 978-9943-7467-4-9