

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.28.12.2017.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САИДОВ САНЖАР ХУСЕНОВИЧ**

**БОЛАЛАРДА ЭКССУДАТИВ ЎРТА ОТИТНИ КОМПЛЕКС  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.04 – Оториноларингология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)**

**Саидов Санжар Хусенович**

Болаларда экссудатив ўрта отитни комплекс ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш ..... 3

**Саидов Санжар Хусенович**

Совершенствование комплексной диагностики и лечения экссудативного среднего отита у детей ..... 21

**Saidov Sanjar Husenovich**

Perfection of complex diagnostics and treatment of exudative otitis media in children..... 39

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 43

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.28.12.2017.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САИДОВ САНЖАР ХУСЕНОВИЧ**

**БОЛАЛАРДА ЭКССУДАТИВ ЎРТА ОТИТНИ КОМПЛЕКС  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.04 – Оториноларингология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2018**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.1.PhD/Tib24 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб саҳифасида ([www.tsd.uz](http://www.tsd.uz)) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:** **Амонов Шавкат Эргашевич,**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:** **Кузовков Владислав Евгеньевич**  
тиббиёт фанлари доктори (Россия)

**Арифов Сайфиддин Саидазимович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:** **Вильнюс университетининг медицина факультети (Литва)**

Диссертация химояси Тошкент давлат стоматология институти ҳузуридаги DSc.28.12.2017.Tib.59.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100047, Тошкент ш., Яшнобод тумани, Махтумкули кўчаси, 103 уй. Тел./факс: (+99871) 230-20-65; факс: (+99871) 230-47-99; e-mail: [tdsi2016@mail.ru](mailto:tdsi2016@mail.ru)).

Диссертация билан Тошкент давлат стоматология институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100047, Тошкент шаҳри, Яшнобод тумани, Махтумкули кўчаси, 103-уй. Тел.: (+99871) 230-20-65.

Диссертация автореферати 2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2018 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ж.А. Ризаев**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,  
тиббиёт фанлари доктори

**Л.Э. Хасанова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий  
котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

**А.А. Абдукаюмов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт  
фанлари доктори

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, 2017 йилда дунё аҳолисининг 5 фоизи – 360 миллион киши, шундан 32 миллион бола эшитиш қобилиятининг пасайиши ва кейинчалик йўқолиши туфайли ногирон бўлиб қолмоқда<sup>1</sup>. Эшитиш қобилиятини йўқотиш глобал муаммо бўлиб, ҳар йили 750 миллиард доллар сарфлашни талаб қилмоқда, қолаверса, эшитиш қобилияти бузилган болаларнинг 60%ида даволаш мумкин бўлган сабаблар орқали юзага келгани исботланган. Экссудатив ўрта отитнинг ўз вақтида ташхисланмаслиги ва адекват даво чораларини қўлланилмаслиги кўпинча турғун эшитишнинг заифлашувига олиб келади. Ҳатто енгил даражадаги эшитиш заифлиги ҳам нутқ шаклланишининг бузилишига, бола ақлий ривожланишининг секинлашувига сабаб бўлади.

Жаҳон тиббиётида болалардаги экссудатив ўрта отитни комплекс ташхислаш ва самарали даволашни такомиллаштиришга йўналтирилган тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Болаларда экссудатив ўрта отитни бурун, бурун-ҳалқум эндоскопияси ва отоэндоскопияси ёрдамида ташхислаш, ноғора бўшлиғи ажралмаларининг иммунологик кўрсаткичлари, қон зардобдаги А, М, G иммуноглобулинларнинг миқдори ва хасталикнинг сурункали шакли асоратларида антрум шиллиқ қаватидаги морфологик ўзгаришларини асослаш зарурати мавжуд. Болаларда экссудатив ўрта отитни консерватив ва хирургик даволаш, касалликнинг олдини олишга қаратилган профилактик тадбирлар механизмини яратиш, касаллик асоратларини камайтириш ва бартараф этувчи замонавий усулларни ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасида олиб борилаётган ислохотлар туфайли аҳолининг тиббий маданияти ошмоқда, касалликларни эрта аниқлаш, тўғри ташхислаш ва асоратларини камайтиришга эришилди, хасталикни сифатли даволаш билан бирга профилактикасига ҳам алоҳида эътибор берилди бошлади. Ушбу йўналишдаги ишларнинг узвий давоми сифатида болалардаги экссудатив ўрта отитнинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш, тўғри ва эрта ташхислаш орқали самарали даволаш орқали ногиронликни камайтириш ёки бартараф этиш зарур. Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича 2017–2021 йилларга мўлжалланган Ҳаракатлар стратегиясида «...оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматдан фойдаланишини кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада кенгроқ амалга ошириш» белгилаб берилган<sup>2</sup>. Бу борада болалардаги экссудатив ўрта отит касаллигини комплекс ташхислаш ҳамда инновацион технологияларни қўллаб хирургик даволаш усулларини ишлаб чиқиш муҳим вазифалардандир.

<sup>1</sup> Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ахборот бюллетени, 2017 йил.

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

Мазкур диссертация иши Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чоратадбирлари тўғрисида» ги қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Жаҳон тиббиётида экссудатив ўрта отитнинг ташхиси ва даволанишига оид қатор ишлар қилинган. Илмий манбаларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, кўплаб муаллифлар экссудатив ўрта отитнинг ривожланиши эшитув найининг дисфункцияси туфайли келиб чиқади деб ҳисоблайдилар (Славинский А.А., 2001; Дворянчиков В.В., 2005; Сапожников Я.М. ва ҳаммуал., 2006). Бошқа тадқиқотчилар ташхислашда транстубар эндоскопия ва отоэндоскопия, бурун ва бурун-ҳалқумни эндоскопик текшириш усулларини қўллайдилар (Крюков А.И., Туровский А.Б., Шубин М.Н., 2002; Kluq C., Fabinyi V., Tschabitscher M., Ogawa K.). Экссудатив ўрта отитнинг ташхислаш, даволаш ва профилактика қилишдаги мавжуд муваффақиятларга қарамасдан, ҳали бу борада ечимини кутаётган муаммолар кўп. Хусусан, кечикиб ташхислаш билан боғлиқ ҳолатлар, эшитиш аъзоси касалликларининг асоратлари ривожланиши ва бунинг натижасида ўрта қулоқнинг ўз вазифасини бажара олмаслиги кабилар. Кўринадики, болаларда учровчи эшитиш заифлиги нафақат тиббий, балки ижтимоий муаммо бўлиб, у нутқ шаклланишининг бузилиши ҳисобига ижтимоий дезаптацияга олиб келади.

Ўзбекистонда ҳам экссудатив ўрта отитнинг айрим жиҳатлари муаллифлар томонидан ўрганилган. М.Б. Тўхтаевнинг (2010)тадқиқотлари шуни кўрсатадики, экссудатив ўрта отитда тимпанометриянинг сезувчанлиги етарли даражада юқори бўлиб, 92%ни, махсуслиги эса ўртача 60%ни ташкил этади.

Экссудатив ўрта отитни даволаш комплекс олиб борилиши зарур бўлиб, бир неча босқичларни қамраб олади. Биринчиси – ушбу касаликни келтириб чиқарувчи сабабларни йўқотишдир. Мазкур босқич ўз таркибига бурун, бурун-ҳалқум ва бурун ёндош бўшлиқларини санация қилиш, тимпанопункция ёрдамида ёки эшитув найини катетеризация қилиш билан ноғора бўшлиғига дори воситасини юборишни олади. Дренажлашнинг мавжуд бўлган усуллари доим ҳам ўрта қулоқ бўшлиқларида экссудат такрор ҳосил бўлишининг олдини ололмади ва қатор ҳолатларда касаллик қайталаниши кузатилади. Бу асосан аттикоантрал соҳадаги яллиғланиш жараёнларининг суст кечиши билан боғлиқ бўлиб, ноғора бўшлиғидаги дренаж найчасининг вентилияцион ва дренаж функциясини етишмаслиги

оқибатида юз беради. Бунга адитус ёки тимпанал диафрагма йўлининг беркилиши ҳам сабаб бўлиши мумкин. Кўпинча ўрта кулоқ бўшлиғини дренажлаш давомийлиги (2-3 ой) бўйича етарли бўлмади ва антромастоидал бўшлиқнинг ёмон вентилияцияси натижасида ретракцион холестеатома, адгезив отит асоратлари келиб чиқади. Сурункали экссудатив ўрта отитга чалинган беморларни бундай даволаш у қадар самарадор эмас, чунки у касалликнинг тез-тез қайталанишига сабаб бўлиб, бир неча бор қайта дренажлаш заруратини юзага келтиради.

Шундай қилиб, болалардаги экссудатив ўрта отитнинг ташхисланиши ва даволанишидаги ҳал этилмаган муаммолар отитрия соҳаси олдидаги муҳим илмий ва клиник вазифа ҳисобланади. Мазкур татқиқот иши экссудатив ўрта отит касаллигининг келиб чиқишининг олдини олиш ва комплекс даволашга қаратилган.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг «Кулоқ, томоқ ва бурун касалликларини ташхислаш, даволаш ва реабилитация қилишнинг самарадорлигини оширишнинг замонавий йўллари излаб топиш» (2011-2017 йй.) илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** ташхислаш, консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари такомиллаштириш асосида болалардаги экссудатив ўрта отитни комплекс даволаш самарадорлигини оширишдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

болалардаги экссудатив ўрта отитни бурун, бурун-ҳалқум эндоскопияси ва отоэндоскопия ёрдамида ташхислаш имкониятларини баҳолаш;

бурун ва бурун-ҳалқум хасталиклари заминиде кечадиган болалардаги экссудатив ўрта отитни ташхислаш ва клиник кечиш хусусиятларини аниқлаш;

болалардаги экссудатив ўрта отитда ноғора бўшлиғи ажралмаларида микробиологик ва иммунологик кўрсаткичларни (ноғора бўшлиғининг ажралмалари ва қон зардобидеги А, М, G иммуноглобулинларни) аниқлаш;

болалардаги сурункали экссудатив ўрта отитнинг асоратларида антрум шиллиқ қаватининг морфологик ўзгаришлари хусусиятларини асослаш;

комплекс ташхислаш асосида болалардаги экссудатив ўрта отитнинг консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари такомиллаштириш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган экссудатив ўрта отит ташхиси билан текширувдан ўтган ва даволанган 176 нафар бемор танланган.

**Тадқиқотнинг предмети** қон зардобиде, ноғора ва бурун бўшлиғи ажралмалари, болалардаги сурункали экссудатив ўрта отит касаллиги асоратларида антрум шиллиқ қаватидан олинган кесмалар ташкил этади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Диссертация тадқиқотини амалга оширишда бурун ва бурун-ҳалқум соҳасининг эндоскопияси, отоэндоскопия, отомикроскопия, аудиометрия, тимпанометрия, моно-тимпанометрия,

мультиспирал компьютер томографияси (МСКТ), бурун хилпилловчи эпителийсининг транспорт функциясини текшириш, иммунологик, микробиологик, морфологик ва статистик таҳлил усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

экссудатив ўрта отит касаллигини эрта босқичларда нур ва эндоскопик ташхислашнинг оптимал вариантлари ишлаб чиқилган;

болалардаги экссудатив ўрта отитда бурун ва бурун-халқум патологиясини эрта жарроҳлик йўли билан бартараф қилиш зарурати асосланган;

экссудатив ўрта отитнинг сурункали шаклида нафақат ноғора бўшлиғи, ўрта қулоқ барча бўшлиқлари шиллиқ қаватида ҳам морфологик ўзгаришлар бўлиши исботланган;

экссудатив ўрта отитнинг сурункали шаклида антро-аттикотомия билан антрумни жуфт дренажлашнинг аъзони сақлаб қолувчи самарадор жарроҳлик амалиёти эканлиги исботланган;

болалардаги турғун эшитиш заифлигининг ривожланиш профилактикасида экссудатив ўрта отитни босқичли ва комплекс даволаш усуллари ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ўтказилган тадқиқотлар натижасида болаларда экссудатив ўрта отитни босқичма-босқич даволаш усули ишлаб чиқилган;

сурункали экссудатив ўрта отитни антро-аттикотомия билан антрумни жуфт дренажлаш орқали даволаш ретротимпанал бўшлиқларни дренажлаш имконини берган;

ишлаб чиқилиб амалиётга жорий қилинган мослама, ноғора парда жароҳатланишининг олдини олган ва ноғора бўшлиғи ажралмаларини ўрганишга ёрдам берган;

экссудатив ўрта отитда қўлланган ретроград отооксигенотерапия ўрта қулоқнинг барча бўшлиқларида аэрацияни тиклаган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тажрибаларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, бурун-халқум соҳасининг эндоскопия, отоэндоскопия, отомикроскопия, аудиометрия, тимпанометрия, моно-тимпанометрия, мультиспирал компьютер томографияси, микробиологик, иммунологик, морфологик ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, болалардаги экссудатив ўрта отит касаллигини ташхислаш ва даволаш самарадорлигини баҳолашда халқаро ва маҳаллий тажрибалар таққосланганлиги, хулоса ва олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ЭЎОни келтириб чиқарувчи сабабларни ташхислаш бўйича олинган маълумотлар тўплами республикада кейинчалик касалликни тадқиқ қилишда асос вазифасини бажариши, даволаш жараёнидаги кузатувлардан олинган маълумотлар экссудатив ўрта

отитни ўрганиш спектрини мужассамлаштириш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ЭЎОни даволашда қўлланадиган усул, эшитув найининг дисфункциясини бартараф этишга қаратилган консерватив ва жарроҳлик амалиёти, ноғора бўшлиғини шунтлаш, антроаттикотомия билан антрумни жуфт дренажлаш даволаш самарадорлигини ошириши ва даволаш муддатини камайтириши, қайталаниш ва эҳтимолли турғун эшитиш заифлигини олдини олиши билан белгиланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Болаларда экссудатив ўрта отитни комплекс ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш бўйича олинган натижалар асосида:

«Экссудатив ўрта отит билан хасталанган беморларни олиб бориш тактикаси» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 19 апрелдаги 8н-р/84-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма экссудатив ўрта отит касаллигини даволаш ва олдини олишнинг тизимли тартибини шакллантириш имконини берган;

«Экссудатив ўрта отитда ноғора бўшлиғидан суюқликни эвакуация қилиш ва йиғиш мосламаси» бўйича Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг фойдали моделга патенти олинган (№ FAP 00910). Мазкур усул беморларнинг экссудатив ўрта отитда ноғора бўшлиғидаги суюқликларни эвакуация қилиш ва йиғиш мосламаси орқали экссудатив ўрта отит касаллигини даволаш ва эшитиш пастлигининг олдини олиш имконини берган;

Экссудатив ўрта отитни ташхислаш ва даволашнинг самарали тизимини ишлаб чиқиш ва такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий санитария қисмининг клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 20 апрелдаги 8н-д/83-сон маълумотномаси). Олинган тадқиқот натижаларининг клиник амалиётга жорий қилиниши экссудатив ўрта отит касаллигининг ривожланишини олдини олишда ринологик босқичда 79,5% га, отохирургик босқичда жарроҳлик амалиётидан кейин 99,4% га яхшиланишини таъминлаган;

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 3 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича 26 та илмий иш нашр этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг фалсафа доктори диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 11 та мақола, шундан 4 таси республика ва 7 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги, амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр қилинган ишлар, диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Болаларда экссудатив ўрта отитнинг этиопатогенези, ташхислаш ва даволашнинг замонавий талқини»** деб номланган биринчи бобда болаларда экссудатив ўрта отитнинг этиологияси, патогенези, ташхислаш ва даволашнинг замонавий маълумотлари келтирилган адабиётлар таҳлил қилинган. Таҳлиллардан кўринадики, айрим патогенетик жиҳатлар танқидий баҳоланган, эрта ташхислаш ҳамда даволаш тизимини ўрганиш зарурлиги, касаллик профилактика усулларининг афзалликлари ва камчиликлари кўрсатиб берилган, эришилган натижалар ҳамда ечимини кутаётган томонлари белгиланган.

Диссертациянинг **«Болаларда экссудатив ўрта отитни ташхислаш ва даволаш материаллари ва усуллари»** деб номланган иккинчи бобда клиник текширишларнинг умумқабул қилинган усуллари, жумладан беморнинг шикоятлар таҳлили ва касаллик анамнези, соматик текширишлар, ЛОР шифокори кўриги (отоскопия, риноскопия: олдинги, орқа, орофарингоскопия) ёритилган. Шунингдек, бурун ва бурун-ҳалқумнинг эндоскопияси, эшитув найининг ҳалқум тешиги эндоскопияси, отоэндоскопия, отомикроскопия, бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси, зарурият бўлганда мультиспирал компьютер томографияси ўтказилди. Эшитишни текшириш ўз таркибига тонал бўсаға аудиметрияси, динамик импедансометрия усулларини олади (тимпанометрия, моно-тимпанометрияни акустик рефлексининг қайд қилиниши). Моно-тимпанометрия икки хил «Williams» ва «Toynbee» тестлари ёрдамида ўтказилди, уларнинг натижасига кўра бутун ва унга мос ҳолдаги ноғора парда перфорациясини (ноғора бўшлиғи шунтлангандан сўнг), эшитув найининг ўтказувчанлиги аниқланди.

Бизнинг кузатувларимизга 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган экссудатив ўрта отит билан оғриган 176 нафар бола қамраб олинган. Улар Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникаси ЛОР-бўлими, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий амалий тиббиёт маркази ЛОР-аъзоларининг туғма ва орттирилган касалликлари бўлими ва Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий санитария қисмининг 2-сон клиник шифохонаси ЛОР-бўлимида 2011 йилдан 2016 йилгача бўлган муддатда текширилган ва даволанган. Улардан: икки томонлама жараён 105 нафар болада аниқланган (59,7%), бир томонлама жараён – 71 тасида (40,3%). Шундай қилиб, тадқиқотда иштирок этган хаста кулоқларнинг умумий сони – 281 тани, тадқиқотда жалб қилинганлардан ўғил

болалар -110 та ( 62,5%), қизларда – 66 та (37,5%). Иштирок этганлардан 115 (65,3%) нафар болада касалликнинг ўткир шакли, 61 (34,7%) тасида эса экссудатив ўрта отитнинг сурункали шакли аниқланди.

Диссертациянинг «**Экссудатив ўрта отит билан хасталанган болаларда касалликнинг клиник хусусиятлари ва тадқиқот натижалари**» деб номланган учинчи бобида экссудатив ўрта отитга текширилувчи бемор болаларнинг клиник, аудиологик, эндоскопик, микроскопик, нурли, микробиологик, иммунологик ва морфологик текшириш натижалари келтирилган.

Шуни таъкидлаш зарурки, экссудатив ўрта отитнинг ҳар икки шаклида ҳам беморларда бўладиган ва энг кўп учрайдиган шикоятлар бу - бурундан нафас олишнинг қийинлашиши ва бурундан турли ажралмаларнинг ажралишидир. Сурункали экссудатив ўрта отит билан оғриган катта ёшли болалар ёки уларнинг ота-оналари 100% ҳолатда эшитиш пасайишига шикоят қилган бўлсалар, ўткир экссудатив отитларда бу кўрсаткич 41,7%дан ошмади, бу эса уларни шифокорга кеч мурожаат қилишининг асосий омили бўлиб ҳисобланади. Беморлар қулоғида оғриқ бўлиш ҳолатининг жуда паст кўрсаткичи (7,6%) ҳам уларни шифокорга кеч мурожаат қилишига асосий сабаб бўлган.

Тимпанометрик текшириш усули шуни кўрсатдики, экссудатив ўрта отитнинг ўткир турида В шаклидаги тимпанограмма (75,7% беморларда) қайд қилинган бўлса, сурункали кечишида 11,5% ҳолатда D шаклидаги тимпанограмма қайд қилинди, бу экссудатив ўрта отитнинг сурункали кечишида ноғора бўшлиғида морфологик ўзгаришлар ривожланиш имкониятини билвосита тасдиқлайди.

Тонал бўсаға аудиометрияси шуни кўрсатдики, аудиометрик эгрилик 82 (46,6%) ҳолатда юқорига кўтарилувчи характерда, 64 (36,4%) ҳолатда эса – горизонтал йўналишли бўлиши кузатилди. Ҳар икки ҳолатда ҳам чиғаноқнинг эшитиш захираси деб номланувчи суяк-ҳаво ёриғи мавжуд бўлади. 30 та ҳолатда (17,0%) аудиограмма пастга тушувчи характерга эга бўлиб, чиғаноқ захирасига эга бўлмасдан ва эшитиш пастлиги аралаш типда бўлди. Улардан 19 нафар беморда (63,3%) ноғора бўшлиғидаги суюқлик чиқариб ташлангандан сўнг товуш қабул қилишнинг суяк бўсағаси тикланди. Бизнинг фикримизча, бу ҳолат шу билан тушунтириладики, экссудат лабиринт дарчаларини тўсиб қўйиши натижасида «скаляр» эшитиш заифлиги юзага келади, ўрта қулоқдан суюқлик чиқариб ташлангач эса, эшитиш қобилияти тезда тикланади. Барча беморларда отоскопия, отомикроскопия, отоэндоскопия ва монотимпанометрия натижалари бўйича эшитув найининг вентилиацион фаолиятидаги бузилишлар таҳлил қилинди ва текширишлар ўтказилди. 1-жадвалда текширишдан ўтган болалардаги эшитиш найининг ўтказувчанлигининг бузилиш даражалари тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

ЭЎО билан хасталанган болаларда эшитув найининг ўтказувчанлигини бузилиш даражаси

Бузилиш даражаси	ЎЭЎО (n=115)		СЭЎО (n=61)		P	Жами (n=176)	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Меъёр	3	2,6	2	3,3	>0,05	5	2,8
I-II даражаси	42	36,5	14	23,0	>0,05	56	31,8
III даражаси	62	53,9	34	55,7	>0,05	96	54,6
IV даражаси	8	7,0	11	18,0	<0,05	19	10,8
V даражаси	0	0	0	0		0	0
Жами:	115	65,3	61	34,7	<0,001	176	100,0

1-жадвалдаги маълумотлардан кўришиб турибдики, 97,2% ҳолатда эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилишининг маълум даражалари қайд қилинган бўлса, фақат 2,8% ҳолатда мазкур функциянинг сақланганлиги маълум бўлди. Касалликнинг клиник шаклидан қатъий назар 96та беморда (54,6%) эшитув найининг ўтказувчанлигининг учинчи даражаси аниқланган бўлса, 56 нафар бемор болаларда (31,8%) – биринчи ва иккинчи даражали бузилишлар аниқланди, бу ҳолат ЭЎО бемор болаларда эшитув найининг ҳалқум тешиги механик беркилганлигини тасдиқлайди.

58 нафар бемор (32,9%) болаларда ўтказилган бурун, бурун-ҳалқум эндоскопик таҳлили– уларда вазомотор ёки аллергия ринитни, 38 нафар беморда (65,5%)- мазкур ҳолат бурун тўсиғининг турли деформациялари билан бирга келиши кузатилди, 73 (41,5%) беморларда иккинчи ва учинчи даражали аденоид вегетацияси аниқланди, улардан: 32 нафар беморда (43,8%) аденоидлар вегетацияси, танглай муртақларининг иккинчи, учинчи даражали гипертрофияси, 24 нафар беморда (32,9%)- эшитув найи болишларининг гипертрофияси, 17 нафар беморда ( 23,3%) илгари ўтказилган жарроҳлик амалиёти (аденотомия, реаденотомия) билан боғлиқ бўлган бурун-ҳалқумдаги чандикли ўзгаришлар кузатилади. 45 нафар (25,6%) бемор болаларда бурун-ҳалқум орқа деворидан оқиб келувчи йирингли чизик (синуситнинг кўриниши) ва эшитув найининг ҳалқум тешигида ҳам худди шундай йирингли чизик аниқланди. Бурун - ҳалқумни эндоскопик текшириш эшитув найининг ҳалқум тешиги ўтказувчанлигининг бузилиши ёки беркилганлиги 135та беморда (76,7%) аниқланди. Ушбу далил яна бир бор ЭЎОни асосан эшитув найи дисфункцияси замида ривожланишини тасдиқлайди. Биз томонимиздан яна шу нарса аниқландики, ЭЎОли 12 нафар бемор (6,8%)да эшитув найи ҳалқум тешигининг очиқ турганлиги маълум ахамиятга эгаллиги кузатилди.

Чакка суягини МСКТ усулида текшириш, унинг структур ўзгаришлари тўғрисида объектив маълумот берувчи усул ҳисобланади. Мазкур текшириш ноғора бўшлиғидаги ўзгаришлар характерини батафсил ўрганиш имконини беради. Натижада аттико-антрал соҳани қисман ёки тўлиқ блоки мавжудлигини аниқлаш мумкин, шунингдек ушбу текшириш усулини

қўллаб, сўрғичсимон ўсимтадаги ўзгаришларни ҳам аниқлаш мумкин. Биз олган маълумотлар 2- жадвалда келтирилган.

2-жадвал

ЭЎО бўлган болаларда сўрғичсимон ўсимтанинг МСКТ нурланиш хусусиятлари

Сўрғичсимон ўсимтанинг пневматизация даражаси	ЎЭЎ		СЭЎ		Назорат	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пневматик тузилиши	11	15,1***	0	0	38	76,0
Кампневматик тузилиши	48	65,8***	33	54,1***	8	16,0
Диплоэтик тузилиши	12	16,4	19	31,1**	4	8,0
Склеротик тузилиши	2	2,7	9	14,8**	0	0
Жами:	73	100,0	61	100,0	50	100,0

Изоҳ: \* - назорат гуруҳига нисбатан нисбий маълумотлар ишончли (\*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001).

2-жадвалдаги маълумотларни таҳлили асосида шундай хулосага келиш мумкинки, сўрғичсимон ўсимтанинг пневматизация даражаси билан ЭЎОнинг клиник шакллари ўртасида тўғри алоқа мавжуд. Бизнинг олиб борган тадқиқотлар шуни тасдиқладики, сўрғичсимон ўсимтаси кам пневматик тузилишга эга бўлган болаларда ЭЎО кўпроқ келиб чиқади.

Ўтказилган таҳлиллар экссудатив ўрта отитда гуморал иммунитетдаги чуқур ўзгаришларни кўрсатди. Касалликни комплекс консерватив даволашда иммуностимулятор иммунал дори воситаси қўлланилди. Дори воситаси суюқлик ва таблетка кўринишида бўлиб, 4 ёшгача бўлган болаларга 1 миллилитрдан 3 маҳал, 4-6 ёшдаги болаларга кунига бир маҳал, битта таблеткадан, 6-12 ёшли болалар учун эса кунига битта таблеткадан 2 маҳал буюрилди. 12 ёшдан катта болаларга кунига 3 маҳал битта таблеткадан буюрилди. Даволаниш давомийлиги 4-8 ҳафтани ташкил этди. Даволаш курси тугагандан сўнг қон зардоби ва бурун бўшлиғи ажралмалари таркибидаги А, М, G иммуноглобулинларининг миқдорий даражаси ўрганилди. Тадқиқот натижалари 3 ва 4-жадвалларда келтирилган.

3-жадвал

ЭЎО билан касалланган болаларнинг иммунотерапия ўтказилгандан кейин қондаги иммунологик кўрсаткичлари

Имуноглобулинлар синфи	Ig даражаси (M±m), г/л		
	Соғлом	ЭЎО беморлари	
		Анъанавий даво тизими	иммуноотерапия
A	2,28±0,30	1,36±0,21*	2,03±0,02^^
M	1,58±0,18	1,0±0,15*	1,45±0,11^
G	14,10±0,75	11,15±0,61**	14,08±0,72^^

Изоҳ: \* - соғлом болалар гуруҳи натижалари ишончли (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001), ^ - иммун даво ва анъанавий даво гуруҳида натижалар ишончли (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01).

ЭЎО билан хасталанган болаларда иммунотерапия ўтказилгандан кейин  
бурун ажралмаларидаги иммуноглобулинлар даражаси

Имуноглобулинлар синфи	Ig даражаси М±m (мг/л)		
	ЭЎО беморлар		
	Соғлом	Анъанавий даво тизими	иммунотерапия
sA	531,1±76,1	312,7±51,2*	512,9±57,1^^
A	561,9±69,1	189,5±35,4***	559,7±75,2^^^
G	86,2±2,9	186,2±47,5	88,3±1,5

Изоҳ: \* - соғлом болалар натижалари ишончли (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001), ^ - иммун даво ва анъанавий даво гуруҳи натижалар ишончли (^^ - P<0,01, ^^ - P<0,001).

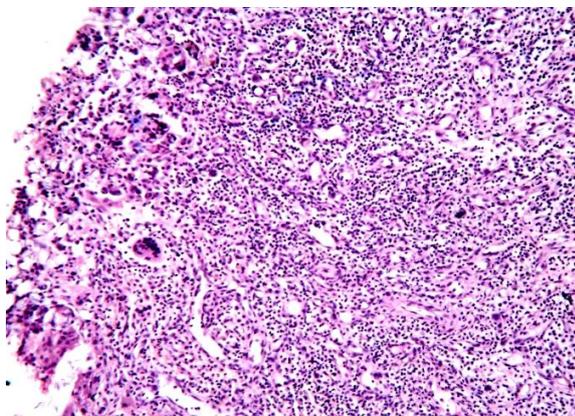
Юқоридаги жадвалларни маълумотларидан кўришиб турибдики, экссудатив ўрта отитда ўтказилган иммунокоррекцияловчи терапиядан сўнг қон зардобидеги ва бурун бўшлиғидаги экссудат таркибида иммуноглобулинларнинг даража кўрсаткичи меъерий кўрсаткичларга яқинлашди.

Шунингдек, биз томонимиздан ноғора бўшлиғи экссудати таркибидаги IgE даражаси тадқиқот қилинди. Олиб борилган тадқиқотлар натижасида бирорта ҳам беморнинг ноғора бўшлиғи экссудати таркибида IgE аниқланмади.

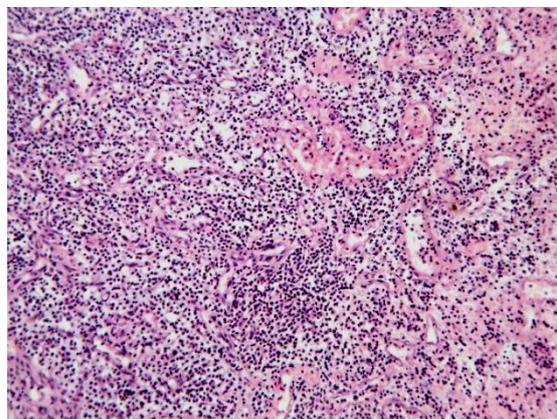
Беморларда ўтказилган антро-аттикотомия жарроҳлик амалиёти вақтида улардан олинган биопсия материаллари текширилганда, улардаги морфологик кўриниш турлича эканлиги аниқланди.

Жарроҳлик амалиёти ўтказилган 11 нафар бемордан (55%) антрум бўшлиғидан шиллик-суяк усти қопламаси олинди ва уларда фиброз ҳамда грануляцион тўқима мавжудлиги аниқланди. (1- расм).

Қон томирлар орасидаги турли даражадаги яллиғланиш хужайралари аниқланди (2-расм), улар орасида эса сезиларли даражада кўп микдорда плазматик хужайралар, шунингдек ёт таначали гигант хужайралар ҳам аниқланди.



1-расм. Мононуклеар инфилтратли кўп қон томирларга эга гранулали тўқималар  
Гематоксиллин ва эозин бўёқли.  
катталиги ×100.



2-расм. Кенг тарқалган яллиғланган  
инфилтратлар ва ўсмали қон томирлари.  
Гематоксинли ва эозин билан бўялган.  
катталиги ×100.

Инфильтрат хужайралар миқдорини ҳисобланганда қуйидагилар аниқланди: унда лейкоцитлар миқдори  $1,81 \pm 0,005$ , лимфоцитлар  $-2,79 \pm 0,011$ , плазмоцитлар  $-4,712 \pm 0,094$ , бунда плазмоцитлар миқдори лейкоцитлар ва лимфоцитлар миқдоридан статистик ишончли равишда сезиларли даражада юқори миқдорда бўлди ( $P < 0,001$ ).

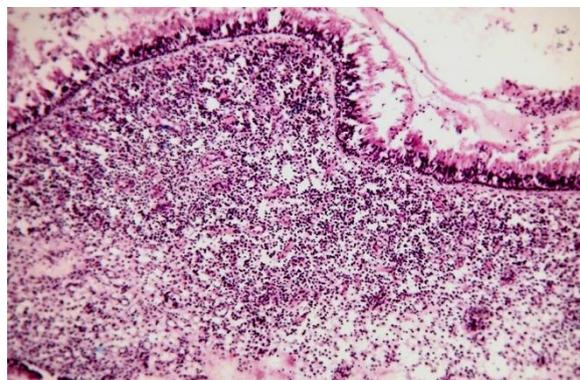
5 нафар беморда (25,0%) унча сезиларли бўлмаган, думалок хужайрали инфилтрацияли, кўп қаватли эпителийли кистасимон ҳосила аниқланди. Ушбу ҳосиланинг алоҳида бўлақларида хужайраларнинг дағаллашиш хусусияти сақланиб қолади, бунинг натижасида эса кистоз бўшлиқнинг ён томонлари шохли тангачалар билан тўлиши аниқланди. (3-расм). Кистасимон ҳосилалар ғадир-будир тўлқинли бириктирувчи тўқима билан бирга аниқланди ва унинг таркибида яллиғланиш хужайралар инфилтрациясининг турли даражаси аниқланди.

Яллиғланиш инфилтрат хужайраларини ўрганиш шуни кўрсатдики, унинг таркибида  $1,99 \pm 0,007$  лейкоцитлар,  $3,36 \pm 0,014$  лимфоцитлар ва  $5,11 \pm 0,094$  плазмоцитлар бир майдон бирлигида аниқланди. Худди олдинги гуруҳдагидек, бу ерда ҳам плазмоцитлар миқдори сезиларли даражада юқори бўлди.

4 та биоптатларда (20%) полипсимон ҳосилалар аниқланди, улар текис ва цилиндрсимон эпителий билан қопланган бўлиб, мазкур эпителийларда моноклеар ва стромасида яқка ҳолда безсимон структуралар яллиғланиш инфилтрациясида яққол намоён бўлади (4-расм).



3-расм. Кистасимон ўсимта, ясси эпителий билан қопланган.  
Гематоксилин ва эозин билан бўялган.  
Катталиқ ўлчами  $\times 100$



4-расм. Цилиндрик ҳилпилловчи эпителий билан қопланган, яллиғланган инфилтратли тўқималар.  
Гематоксилин ва эозин билан бўялган.  
Катталиқ ўлчами  $\times 100$

Яллиғланиш инфилтрат хужайралари орасида плазматик хужайралар энг кўп миқдорда аниқланади.

Бир майдон бирлигидаги хужайралар миқдорини ҳисоблаш шуни кўрсатдики, лейкоцитлар сони  $1,77 \pm 0,006$ ни, лимфоцитлар  $2,35 \pm 0,005$ ни, плазмоцитлар  $3,24 \pm 0,017$ ни ташкил этди, бунда плазмоцитлар миқдори лейкоцитлар ва лимфоцитлардан сезиларли даражада юқори бўлишини кўрсатди.

Шуни қайд этиш зарурки, олинган тўқималарнинг барча морфологик вариантларидан плазмоцитлар миқдори кўп бўлиши иммун компонентнинг

яллиғланиш реакцияси мавжудлигидан далолат беради. Ушбу нуқтаи назарни кўллаб-қувватлаш ва жараёнларнинг сурункали бўлишини кайд этилиши лимфоцитлар миқдори билан ҳам тушунтирилади.

Касалликда ўткир давр жараёнлари давом этишидан лейкоцитларнинг етарли миқдорда мавжудлиги далолат беради. Кўрсаткичлар миқдори тўғрисидаги олинган маълумотларни ўзаро солиштириш барча морфологик вариантларда яллиғланиш реакциялари фақат бир томонлама хусусиятга эгаллигини кўрсатди. Полиплар ҳосил бўлишида, киста мавжуд бўлганда ва гранулематоз тўқима ривожланганда ҳам яллиғланиш инфилтрати ўз таркибида асосан лейкоцитларни, лимфоцитларни, плазмоцитларни сақлаши маълум бўлди.

Диссертациянинг «**Болалардаги экссудатив ўрта отитда босқичли комплекс даволаш самарадорлигини баҳолаш**» деб номланган тўртинчи бобида экссудатив ўрта отитни босқичли комплекс даволаш ва даво усуллари кийим баҳолаш натижалари келтирилган. Ўтказилган даволаш усулларига боғлиқ ҳолда ЭЎО билан оғриган бемор болалар 3 гуруҳга бўлинди:

Биринчи гуруҳга - 91 (51,7%) нафар бемор киритилган бўлиб, улар консерватив ва жарроҳлик усули билан даволашнинг ринологик босқичидан ўтган.

Иккинчи гуруҳда 85 (48,3%) нафар бемор бўлган, уларга юқорида қўлланилган усуллар билан биргаликда тимпанопункция ёки ноғора бўшлиғини шунтлаш усуллари қўлланилди.

Учинчи гуруҳга - 36 (20,5%) нафар бемор экссудатив ўрта отитнинг сурункали шакли билан киритилган, уларда ижобий эшитиш динамикаси кузатилмаган. Чакка суякларини МСКТ текшириш асосида 28 (15,9%) ҳолда антро-аттикотомия антрумни жуфт дренажлаш билан жарроҳлик амалиёти ўтказилди, 8 (4,5%) нафар беморда эса, узоқ муддатга вентилицион найча қўйиш билан тимпанотомия амалиёти бажарилди.

Барча беморларда комплекс консерватив терапия курси қўлланилди. Олиб борилган даволашнинг асосий мақсади эшитув найи дисфункциясига сабаб бўлган ҳолатларни бартараф этишга қаратилган бўлди. Этиологик омилларга боғлиқ ҳолда даволаш курси ўз таркибига: элиминацион чора тадбирларни, антибактериал (ўсган флора сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда), вирусларга қарши, яллиғланишга қарши, муколитик, иммуномодуляр ва гипосенсибилизация терапия усуллари жамлаб олди. Маҳаллий усулда бурунга деконгестантлар ва кортикостероидлар қўлланилди. Физиотерапевтик муолажалардан: антибиотиклар ва гидрокартизон билан ингалиция, сўрғичсимон ўсимта соҳасига лидаза билан электрофарез, бурун ёндош бўшлиғи ва бурун соҳасига магнит-лазерли терапия, Политцер усули бўйича эшитув найини пуфлаш, катта ёшли болаларга эса ноғора пардага ўзи пуфлаши ёки пневмомассаж усуллари қўлланилди.

Биз томонимиздан таклиф этилган даволаш усуллари таққослаш мақсадида барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга - 91 (51,7%) нафар бемор киритилган бўлиб, улар консерватив даво олганлар ва

зарурат бўлганда эшитув найи дисфункциясини йўқотишга йўналтирилган жарроҳлик амалиёти ўтказилганлардир. Улардан 62 (68,1%) беморга ўткир, 29 (31,8%) нафар беморга эса – сурункали экссудатив ўрта отит ташхиси қўйилди. Эшитув найи дисфункциясини йўқотиш мақсадида бизлар томонимиздан дастлаб консерватив даволаш курси ўтказилди. (антибиотикларни, вирусларга ва яллиғланишга қарши дори воситаларини, антигистамин дори воситаларини, секретолитиклар ва деконгестантларни қўллаш, Проец усули бўйича дори воситаларини йўналтириш ёки юқори жағ бўшлиқларига антибиотиклар ва кортикостероидларни пункция қилиш усули билан юбориш) ва жарроҳлик амалиётлари ўтказилди (аденотомия, аденотонзиллотомия, пастки бурун чиғаноқларини дезинтеграцияси, эшитув найи болишларидаги чандикларни кесиш, септопластика).

Иккинчи гуруҳга 85 нафар (48,3%) бемор бола киритилган бўлиб, уларга юқорида келтирилган даво муолажалари билан бир вақтнинг ўзида ноғора бўшлиғини шунтлаш амалиёти ўтказилди. Улардан 53 (62,4%) беморга ўткир, 32 (37,6%) нафарига эса – сурункали экссудатив ўрта отит ташхиси қўйилди. Шунт ноғора парданинг орқа-пастки квадрантига ўрнатилиб, ўртача тўрт ҳафтадан саккиз ҳафтагача қўйилди.

Ўтказилган даво муолажаларидан кейин иккала гуруҳдаги беморлар тўртинчи ва саккизинчи ҳафтада қайта кўрикдан ўтказилди. Олинган маълумотлар натижалари 5 жадвалда келтирилган.

5-жадвал

Экссудатив ўрта отитли беморларни комплекс босқичма-босқич даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили

Гуруҳлар	Беморларнинг клиник-аудиологик кузатувининг ижобий натижалари (беморлар сони)				Ижобий натижа олинмаган (беморлар сони)	
	2 ҳафтадан кейин		4 ҳафтадан кейин		8 ҳафтадан кейин	
I (n=91)	48	52,7	26	28,6***	17	18,7***
II (n=85)	42	49,4	24	28,2**	19	22,4***
жами (n=176)	90	51,1	50	28,4***	36	20,5***

Изоҳ: \* - 2-ҳафтадан кейин кўрсаткичларнинг ишончилиги (\*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001).

5 - жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, босқичли даволашдан сўнг, ҳар икки гуруҳда клинко-аудиологик кўрсаткич маълумотлари ўзаро ишончли фарқ қилмади. Эшитув найи дисфункциясини йўқотиш мақсадида ўтказилган чора тадбир ва ноғора бўшлиғини шунтлаш натижалари ҳам ишончли фарққа эга бўлмади. Демак, бундан кўринадики, 8 ҳафта давомида олиб борилган клинко-аудиологик назорат ноғора бўшлиғини шунтлаш жарроҳлик амалиёти ўткир экссудатив ўрта отитнинг кечиши, даво натижаларининг яхшиланишини ҳамisha ҳам келтириб чиқармаслиги маълум бўлди.

2 ҳафта давомида эшитув найи дисфункциясини йўқотишга қаратилган консерватив даволаш ва жарроҳлик амалиётини ҳамда ноғора бўшлиғини

шунтлаш жарроҳлик амалиётини ўтказиш натижасида 90 нафар беморда (51,1%) ижобий клинко-аудиологик самара кузатилди. Натижада, бу ҳолат эндо ва микроотоскопия, моно-тимпанометрия маълумотларини меъёрлашишига олиб келди, эшитишнинг яхшилаши ва «А» шаклдаги тимпанограмма қайд қилинди. 4 ҳафтадан кейин эса 50 (28,4%) нафар беморда ижобий клинко-аудиологик кўрсаткичлар қайд қилинди.

Бизнинг тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, эшитув найи функциясини тиклашга қаратилган ва ўз вақтида қўлланилган жарроҳлик амалиёти ноғора бўшлиғини шунтлаш заруриятини кескин камайтиради.

Консерватив ва жарроҳлик терапиясининг комплекс курси (ринохирургия ва ноғора бўшлиғини шунтлаш) ўтказилгандан сўнг 140 нафар беморда (79,5%) ижобий эшитиш динамикаси қайд қилинди, бунинг натижасида эса эндо ва микроотоскопия, моно-тимпанометрия маълумотларини меъёрлашиши, аудиометрик текширишларда эшитишнинг яхшиланишини қайд этилиши, «А» шаклдаги тимпанограммада -113 (64,2%) нафар беморларда, «С» шаклдаги 27 (15,3%) нафар беморда қайд қилинди.

Бироқ, 36 (20,5%) нафар экссудатив ўрта отитнинг сурункали шакли билан оғриган беморларда (8 ҳафта) давомли кузатув даврида ижобий клинко-аудиологик динамика кузатилмади. Шу сабабли сурункали экссудатив ўрта отит ташхиси билан 28 нафар беморда (15,9%) антро-аттикотомия антрумни жуфт дренажлаш билан жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

8 та ҳолатда (4,5%) ноғора бўшлиғини ревизияси билан бирга тимпанотомия ўтказилди ва ретракцион чўнтакни кесиш ҳамда вентилицион найчани жойлаштириш амалиёти бажарилди. Вентилицион найчани ноғора бўшлиғида бўлиш муддати ўртача 3-6 ойни ташкил этди.

6-жадвал

#### Антро-аттикотомиядан кейин импедансометриянинг натижалари

Вақти (ой)	Тимпанограмманинг турлари					
	А		С		В	
	Беморлар сони (n=28)					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	9	32,1	11	39,3	8	28,6
2	13	46,4	11	39,3	4	14,3**^
4	16	57,1	6	21,4**	2	7,1***
6	22	78,6	4	14,3***	2	7,1***

Изох: \* - А турдаги тимпанограммада нисбий нисбатларни ишончилиги (\*\* -  $P<0,01$ , \*\*\* -  $P<0,001$ ), ^ - А турдаги тимпанограммада нисбий нисбатларни ишончилиги (^ -  $P<0,05$ ).

Антро-аттикотомия антрумни жуфт дренажлаш билан жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда назорат импедансометрияси ўтказилди, бунинг натижасида олинган маълумотлар 6-жадвалда келтирилган.

6-жадвалдан кўриниб турибдики, «А» тимпанограммасини қайд қилиш жарроҳлик амалиётидан бир ой ўтгач 32,1%ни, икки ой ўтгач – 46,4%, тўрт ой ўтгач – 57,1%, олти ойдан сўнг 78,6%ни ташкил этди.

7-жадвал

Антро-аттикотомиядан кейин эшитув найи ўтказувчанлигининг тикланиш даражаси

Вақт (ой)	Эшитиш найининг ўтказувчанлиги бузилиши даражаси							
	Меъёр		I-II даражаси		III даражаси		IV даражаси	
	Беморлар сони (n=36)							
	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
1	0	0	5	13,9*	14	38,9***	17	47,2***
2	7	19,4	14	38,9	9	25,0	6	16,7
4	18	50,0	11	30,6	6	16,7**	1	2,7***
6	27	75,0	7	19,4***	2	5,6***	0	0

Изох: \* - меъёрга нисбатан мутлоқ маълумотлар ишончли (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001).

Шунингдек, тадқиқотимизда шунтлаш, тимпанотомия ва антро-аттикотомиядан кейинги даврда эшитиш найининг ўтказувчанлиги ўрганилди. Ўтказилган жарроҳлик аралашувидан сўнг эшитиш найи ўтказувчанлигининг тикланиш ҳолати 7-жадвалда келтирилган.

Кўрсаткич маълумотларини таҳлил қилиб, қуйидаги хулосага келиш мумкин: жарроҳлик амалиётидан кейинги дастлабки ойларда эшитув найи ўтказувчанлигини меъёрлашиши аниқланмади, бироқ 6 ойдан сўнг 75% беморларда ушбу кўрсаткич тикланди.

Бундан кўринадик, экссудатив ўрта отитнинг сурункали шаклларида эшитув найининг ўтказувчанлиги антро-аттикотомиядан 4 ой ўтгач меъёрлаша бошлади.

8- жадвал

Антро-аттикотомиядан кейин аудиометриянинг натижалари

Вақти (ойларда)	Эшитиш пасайиши даражаси									
	N (0-25)		I (26-40)		II (41-55)		III (56-70)		IV (71-90)	
	Беморлар сони (n=36)									
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	1	2,8	4	11,1	11	30,6	19	52,8	1	2,8
2	3	8,3	14	38,9	8	22,2	10	27,8	1	2,8
4	8	22,2	14	38,9	7	19,4	7	19,4	0	0
6	13	36,1	15	41,7	5	13,9	3	8,3	0	0

Эшитиш фаолиятининг тикланишини ўрганиш учун антро-аттикотомиядан сўнг динамикада аудиометрия ўтказилди, бунинг натижалари эса 8- жадвалда келтирилди. Эшитишни тадқиқ қилиш бу кўрсаткичларнинг меъёрлашиши бир ойдан сўнг - 2,8%га, 6 ойдан сўнг - 36,1%га етиши маълум бўлди.

Бир йил давомида 34та (94,4%) беморда олиб борилган катамнестик кузатишлар натижасида касалликнинг қайталаниши қайд қилинмади.

2 нафар болада интраоперацион холестеатома мавжудлиги аниқланди ва уларда санацияловчи жарроҳлик амалиёти бажарилди. Иккинчи босқичда эса ўрта қулоқда реконструктив жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

## ХУЛОСА

«Болаларда экссудатив ўрта отитни комплекс ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Болалардаги экссудатив ўрта отитни эндоскопик, микроскопик, нур усулларини қўллаб комплекс ташхислаш уни эрта аниқлаш ва даволаш тактикасини танлаш имконини беради. Мазкур усуллар асосида экссудатив ўрта отитнинг ўткир шаклида 29,0%, сурункали шаклида 57,0% ҳолатларда ретракцион чўнтакни мавжудлиги аниқланди.

2. Болалардаги экссудатив ўрта отитни ривожланишига асосий сабаб синуситлар (48,9%) заминида келиб чиқувчи эшитув найи фаолиятининг бузилиши ҳисобланади.

3. Экссудатив ўрта отитда ноғора бўшлиғи ажралмасида патоген флора ўсиши кузатилмайди, қон зардобиди А, М, G иммуноглобулинларининг миқдори пасаяди, бурун ажралмаларида эса IgG кўрсаткичи 2,5 марта ошади. Комплекс даволашда иммуностимулятор иммунал дорисини қўллаш гуморал иммунитет кўрсаткичларини меъёрлашишига олиб келади.

4. Экссудатив ўрта отитда антрум шиллиқ қаватида морфологик ўзгаришлар (грануляция, фиброз, кистоз, полипоз) аниқланди. Мазкур ҳолат касалликни сурункали шаклда кечишига сабаб бўлади.

5. Экссудатив ўрта отитда бурун ва бурун-ҳалқумнинг қўшалок хасталикларида жарроҳлик амалиётини эрта қўллаш 79,5% беморларда клиник-аудиологик кўрсаткичларини яхшиланишига олиб келади.

6. Болалардаги сурункали экссудатив ўрта отитда антро-аттикотомия билан антрумни жуфт дренажлаш жарроҳлик амалиёти ва ретроград отооксигенотерапияни қўллаш ўрта қулоқ бўшлиқларининг меъёрий аэрациясини тикланишига олиб келади, катамнестик кузатишлар натижасида 94,4% беморда касалликнинг қайталаниши кузатилмади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.28.12.2017.Tib.59.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА НАУК ПРИ ТАШКЕНТСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ**  

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**САИДОВ САНЖАР ХУСЕНОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И  
ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ**

**14.00.04 – Оториноларингология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ – 2018**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № B2017.1.PhD/Tib24.**

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета [www.tdsi.uz](http://www.tdsi.uz) и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» по адресу ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный руководитель:** **Амонов Шавкат Эргашевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** **Кузовков Владислав Евгеньевич**  
доктор медицинских наук (Россия)

**Арифов Сайфиддин Саидазимович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **Медицинский факультет Вильнюсского университета**  
(Литва)

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. в \_\_\_\_ часов на заседании научного совета DSc.28.12.2017.Tib.59.01 при Ташкентском государственном стоматологическом институте. (Адрес: 100047, Ташкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, 103. Тел./факс: (99871) 230-20-65; e-mail: [tdsi2016@mail.ru](mailto:tdsi2016@mail.ru)).

С диссертацией (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского государственного стоматологического института (зарегистрирована за № \_\_\_\_\_) Адрес: 100047, Ташкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, 103. Тел./факс: (99871) 230-20-65.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года.  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года).

**Ж.А. Ризаев**

Председатель научного совета по присуждению  
учёных степеней, доктор медицинских наук

**Л.Э. Хасанова**

Ученый секретарь научного совета по присуждению  
учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

**А.А. Абдукаюмов**

Председатель научного семинара при научном  
совете по присуждению учёных степеней,  
доктор медицинских наук

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии(PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным информационного бюллетеня Всемирной организации здравоохранения<sup>1</sup> (ВОЗ), в 2017 году 360 миллионов человек, что составляет более 5% населения земного шара, из них 32 миллиона детей, стали инвалидами в результате снижения и дальнейшей потери слуха. Являясь глобальной, проблема потери слуха ежегодно обходится в 750 миллиардов долларов. Доказано, что в 60% случаев потеря слуха у детей вызвана причинами, которые можно предотвратить. К развитию стойкой тугоухости нередко приводят несвоевременная диагностика и отсутствие адекватного лечения экссудативного среднего отита (ЭСО). Развившаяся тугоухость, даже легкой степени, может стать причиной нарушения формирования речи и задержки интеллектуального развития ребенка.

В мире проводятся исследования, направленные на совершенствование комплексной диагностики и повышение эффективности лечения экссудативного среднего отита у детей. Для диагностики ЭСО у детей используют эндоскопию носа, носоглотки и отоэндоскопию, проводят иммунологические исследования выделений носовой полости, определяют уровень иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови и морфологические изменения в слизистой полости антрума при последствиях хронической формы заболевания. Большое значение имеет создание механизма профилактических мероприятий, разработка различных методов консервативного и хирургического лечения, направленного на предупреждение возникновения экссудативного среднего отита у детей, современных методов, позволяющих уменьшить либо устранить последствия заболевания.

В связи с проводимыми в нашей стране реформами, повышается медицинская культура населения, достигнуты успехи в раннем выявлении, правильной диагностике заболеваний и уменьшении их последствий. Вместе с качественным лечением заболевания особое внимание уделяется его профилактике. В качестве непрерывного продолжения работ в данном направлении необходимо снизить или устранить инвалидность путем определения причин возникновения экссудативного среднего отита у детей и эффективного лечения заболевания. В Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах отмечено: «дальнейшая реализация комплексных мер по ... расширению доступа матерей и детей к качественным медицинским услугам, оказанию им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи»<sup>2</sup>. Важной задачей является разработка метода комплексной диагностики и хирургического лечения экссудативного среднего отита у детей с применением инновационных технологий.

Данная диссертационная работа в определенной степени способствует

---

<sup>1</sup> Информационный бюллетень ВОЗ, февраль 2017 г.

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан №ПУ-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан».

выполнению задач, предусмотренных Указом Президента Республики Узбекистан №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах», Постановлением Президента Республики Узбекистан №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан», а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологии республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и техники республики VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** За последние годы в мировой медицине был выполнен ряд работ, посвященных диагностике и лечению экссудативного среднего отита. Анализ литературных источников показал, что большинство авторов считают, что экссудативный средний отит развивается на фоне дисфункции слуховой трубы (Славинский А.А., 2001; Дворянчиков В.В., 2005; Сапожников Я.М. и др., 2006). Большую роль в диагностике экссудативного среднего отита играют методы трансбуарной эндоскопии и отоэндоскопии, эндоскопии носа и носоглотки (Крюков А.И., Туровский А.Б., Шубин М.Н., 2002; Kluq C., Fabinyi B., Tschabitscher M., 2001; Ogawa K. et al., 2004). Однако, несмотря на успехи в диагностике, лечении и профилактике экссудативных средних отитов, многие аспекты этой проблемы нуждаются в дальнейшем исследовании. В частности, в результате запоздалой диагностики заболевания со стороны органа слуха возможно развитие последствий, которые могут привести к потере функции среднего уха. Следовательно, тугоухость, особенно у детей, проблема не только медицинская, но и социальная, так как тугоухость приводит к социальной дезадаптации личности за счет нарушения формирования речи.

В Узбекистане проблема экссудативного среднего отита находится в центре внимания многих специалистов. Так, исследования М.Б. Тухтаева (2010) показали, что чувствительность тимпанометрии при экссудативном среднем отите достигает 92%, а специфичность составляет 60%.

Лечение экссудативного среднего отита должно быть комплексным и включать несколько этапов. Первый – устранение причин, приводящих к данному заболеванию. На этом этапе необходима санация полостей носа, носоглотки, околоносовых пазух, а также введение лекарственных веществ в барабанную полость путем катетеризации слуховой трубы и с помощью тимпанопункции. Известные способы дренирования не всегда предотвращают повторное образование экссудата в полостях среднего уха. В ряде случаев имеют место рецидивы заболевания. Это связано с вялым течением воспалительного процесса в аттико-антральной области, возникающим в результате недостаточной вентиляции и дренажа при нахождении дренажной трубки в барабанной полости. Этому может способствовать блокирование соустьев тимпанальной диафрагмы или

адитуса. Часто дренирование полостей среднего уха по продолжительности (2-3 мес.) является недостаточным, и в результате плохой вентиляции антромастоидальной полости возникают такие осложнения как ретракционная холестеатома, адгезивный отит. Существующие способы лечения хронического экссудативного среднего отита зачастую оказываются недостаточно эффективными, частые рецидивы заболевания приводят к необходимости повторных неоднократных дренирований.

Таким образом, нерешенные проблемы диагностики и лечения экссудативного среднего отита у детей являются важной научной и клинической задачей отиатрии. Настоящая работа направлена на предупреждение возникновения и комплексное лечение экссудативного среднего отита

**Связь диссертационного исследования с планом научно-исследовательских работ высшего образовательного или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентского педиатрического медицинского института: «Поиск новых путей повышения эффективности диагностики, лечения и реабилитации, рациональных способов профилактики заболеваний уха, горла и носа» (2011-2017 гг.).

**Целью исследования** является повышение эффективности комплексного лечения экссудативного среднего отита у детей путем совершенствования диагностики, консервативных и хирургических методов лечения.

**Задачи исследования:**

оценить диагностические возможности эндоскопии носа, носоглотки и отоэндоскопии при экссудативном среднем отите у детей;

изучить особенности диагностических критериев и клинического течения экссудативного среднего отита у детей на фоне патологии носа и носоглотки;

изучить микробный пейзаж секрета барабанной полости и определить иммунологические показатели (уровень иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови и экссудате барабанной полости) при экссудативном среднем отите у детей;

обосновать особенности морфологических изменений слизистой оболочки антрума при осложненных формах хронического экссудативного среднего отита у детей;

усовершенствовать способы консервативного и хирургического лечения экссудативного среднего отита у детей на основании результатов комплексных диагностических исследований.

**Объектом исследования** служили 176 детей в возрасте от 3-х до 18 лет с экссудативным средним отитом, которые находились на обследовании и лечении.

**Предметом исследования** являются сыворотка крови, секрет назальной и барабанной полости, срезы из слизистой оболочки антрума при осложненных формах хронического экссудативного среднего отита у детей.

**Методы исследования.** В диссертационном исследовании были использованы такие методы как эндоскопия носа и носоглотки, отоэндоскопия, отомикроскопия, аудиометрия, тимпанометрия, монотимпанометрия, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) околоносовых пазух и височных костей, оценка транспортной функции мерцательного эпителия полости носа, иммунологический, микробиологический, морфологический и статистический анализ.

**Научная новизна исследования:**

разработаны оптимальные варианты лучевой и эндоскопической диагностики на ранних стадиях экссудативного среднего отита;

обоснована целесообразность ранней хирургической коррекции патологии носа и носоглотки при экссудативном среднем отите у детей;

доказано, что при хронической форме экссудативного среднего отита морфологические изменения могут затрагивать не только барабанную полость, но и все полости среднего уха;

доказано что, антро-аттикотомия с двойным дренированием антрума является эффективной органосохраняющей хирургической операцией;

разработаны эффективные поэтапные и комплексные методы терапии экссудативного среднего отита, которые способствуют профилактике развития стойкой тугоухости у детей.

**Практические результаты исследования.**

В результате проведенных исследований разработан метод поэтапного лечения экссудативного среднего отита у детей:

лечение хронического экссудативного отита путем двойного дренирования антрума обеспечивает возможность дренирования ретротимпанальных полостей;

разработанное и внедренное в практику приспособление предотвратило травмы барабанной перепонки и позволило изучить секрет барабанной полости;

ретроградная отооксигенотерапия при экссудативных средних отитах восстановила аэрацию всех полостей среднего уха.

**Достоверность результатов исследования.** Правильность использованных в работе теоретических подходов и методов, проведенных экспериментов с методической точки зрения обосновывается достаточным числом больных, применением для исследования носоглоточной области эндоскопии, отоэндоскопии, отомикроскопии, аудиометрии, тимпанометрии, монотимпанометрии, МСКТ, а также микробиологических, иммунологических, морфологических и статистических методов, сравнением данных международных и отечественных экспериментов при оценке диагностики и эффективности лечения экссудативного среднего отита у детей, подтверждением заключения и полученных результатов со стороны уполномоченных органов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования аргументирована тем, что полученные знания о причинах, приводящих к возникновению ЭСО, в

дальнейшем послужат основанием для углубленных исследований, а сведения, полученные в результате наблюдений и в процессе лечения, помогут приблизиться к решению этой проблемы.

Практическая значимость результатов исследования определяется тем, что применяемые в лечении ЭСО консервативные и хирургические методы: шунтирование барабанной полости, антро-аттикотомия с двойным дренированием антрума, направленные на устранение дисфункции слуховой трубы, повышают эффективность и сокращают сроки лечения, предупреждают рецидив и возможную стойкую тугоухость.

**Внедрение результатов исследования.** На основании результатов проведенного исследования, направленного на совершенствование диагностики и лечения экссудативного среднего отита у детей:

Утверждено методическое пособие «Тактика ведения больных, страдающих экссудативным средним отитом» (Справка Министерства здравоохранения №8 н-р/84 от 19 апреля 2018 года). Данное методическое пособие позволяет формировать системный порядок лечения и предупреждения экссудативного среднего отита;

Получен патент Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан на полезную модель «Приспособление для эвакуации и забора жидкости, находящейся в барабанной полости, при экссудативном среднем отите» (№FAP 00910). Данный метод дает возможность для лечения экссудативного среднего отита и предупреждения тугоухости с помощью приспособления эвакуации и сбора жидкости в барабанной полости.

Результаты исследования, направленного на разработку и совершенствование эффективной системы диагностики и лечения экссудативного среднего отита, внедрены в практическое здравоохранение, в частности, используются в клинической практике Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии, Медико-санитарной части Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (справка Министерства здравоохранения № 8н-д/83 от 20.04.2018 года). Внедрение полученных результатов в клиническую практику обеспечило предупреждение развития экссудативного среднего отита на ринологическом этапе на 79,5%, а на отохирургическом этапе после хирургической операции – на 99,4%.

**Апробация результатов диссертации.** Результаты проведенного исследования были обсуждены на 3-х международных и 3-х республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 26 работ, из них 16 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций доктора философии, в том числе 4 – в республиканских и 7 – в зарубежных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, 4-х глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность диссертационной работы, сформулированы цель, задачи, объект и предмет исследования, соответствие приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, научная новизна исследования, изложены практические результаты, раскрыты научная и практическая значимость полученных результатов, приведены сведения о внедрении результатов исследования в практику, об опубликованных работах, структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Экссудативный средний отит у детей – современный взгляд на вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения**» приведён обзор литературы, где проанализированы современные данные об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении больных экссудативным средним отитом. При анализе источников литературы критически оценены некоторые аспекты патогенеза, методы ранней диагностики и лечения, требующие дальнейшего изучения.

Во второй главе диссертации «**Материалы и методы диагностики и лечения экссудативного среднего отита у детей**» описаны общепринятые методы клинического обследования, в частности в ходе исследования проводился анализ жалоб больного и изучение анамнеза заболевания, соматические исследования, осмотр ЛОР-врача (отоскопия, передняя и задняя риноскопия, отофарингоскопия). Проводилась также эндоскопия носа и носоглотки, глоточного устья слуховой трубы, отоэндоскопия, отомикроскопия, рентгенография околоносовых пазух, при необходимости их мультиспиральная компьютерная томография. Исследование слуха включало тональную пороговую аудиометрию, динамическую импедансометрию (тимпанометрия, регистрация акустического рефлекса – монотимпанометрия). Монотимпанометрия выполнялась с помощью двух тестов: Williams и Тоунбея, в результате которых была определена проходимость слуховых труб соответственно при целой и перфорированной барабанной перепонке (после шунтирования барабанной полости).

Под нашим наблюдением были 176 детей в возрасте от 3-х до 18 лет с экссудативным средним отитом, которые в 2011-2016 гг. находились на обследовании и лечении в ЛОР-отделении Ташкентского педиатрического медицинского института, а также в отделении врожденных и приобретенных заболеваний ЛОР-органов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии и ЛОР-отделении ЦКБ№2 медико-санитарного объединения Министерства здравоохранения РУз. Среди обследованных было 110 (62,5%) мальчиков и 66 (37,5%) девочек. У 115 (65,3%) детей диагностирована острая форма, у 61 (34,7%) – хроническая форма экссудативного среднего отита. Двусторонний процесс установлен у 105 (59,7%) детей, односторонний – у 71 (40,3%). Общее количество больных ушей – 281.

В третьей главе диссертации «**Клиническая характеристика и результаты исследований у детей с экссудативным средним отитом**»

приведены результаты клинических, аудиологических, эндоскопических, микроскопических, лучевых, микробиологических, иммунологических и морфологических исследований у больных ЭСО.

Следует подчеркнуть, что наиболее частыми жалобами при обеих формах экссудативного среднего отита были затруднение носового дыхания и выделения из носа. Если дети старшего возраста с хроническим экссудативным средним отитом или их родители в 100% случаев жаловались на снижение слуха, то при остром экссудативном среднем отите этот показатель не превышал 41,7%, что являлось фактором, способствующим позднему обращению к врачу. Самый низкий процент встречаемости жалобы на боль в ушах (7,6%) также становится причиной несвоевременного обращения больных к врачу.

Тимпанометрия показала, что при острой форме экссудативного среднего отита чаще регистрировалась тимпанограмма типа В (у 75,7%), а при хронических формах у 11,5% – тимпанограмма типа D, что косвенно подтверждает возможность развития морфологических изменений в барабанной полости.

При проведении тональной пороговой аудиометрии аудиометрическая кривая у 82 (46,6%) обследованных имела восходящий характер, у 64 (36,4%) – горизонтальный. В обоих случаях имелся костно-воздушный разрыв, так называемый, слуховой резерв улитки. У 30 (17,0%) больных аудиограмма имела нисходящий характер без определенного резерва улитки, и тугоухость имела смешанный тип. У 19 (63,3%) из этих пациентов после эвакуации жидкости из барабанной полости костный порог звуковосприятия был восстановлен. На наш взгляд, такое состояние объясняется тем, что экссудат блокирует окна лабиринта, в результате чего возникает, так называемая, «скалярная» тугоухость, при которой после ликвидации жидкости из среднего уха слух сразу же восстанавливается. По результатам отоскопии, отомикроскопии, отоэндоскопии и тестов монотимпанометрии всем пациентам проводилось исследование нарушений слуховой трубы, её вентиляционной функции. В таблице 1 приведены данные о степени нарушения проходимости слуховой трубы у обследованных детей.

Таблица 1

Степень нарушения проходимости слуховой трубы у детей с ЭСО

Степень нарушения	Острый ЭСО, n=115		Хронический ЭСО, n=61		P	Всего, n=176	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Норма	3	2,6	2	3,3	>0,05	5	2,8
I-II	42	36,5	14	23,0	>0,05	56	31,8
III	62	53,9	34	55,7	>0,05	96	54,6
IV	8	7,0	11	18,0	<0,05	19	10,8
V	0	0	0	0		0	0
Всего	115	65,3	61	34,7	<0,001	176	100,0

Как видно из таблицы 1, различная степень нарушения проходимости слуховой трубы выявлена у 97,2% обследованных, только у 2,8% эта функция была сохранена. Независимо от клинической формы заболевания у 96 (54,6%) пациентов обнаружена III степень нарушения проходимости слуховой трубы, у 56 (31,8%) – I-II степень, что является подтверждением механической обструкции глоточного устья слуховой трубы при ЭСО у детей.

При эндоскопии носа и носоглотки у 58 (32,9%) больных обнаружены проявления вазомоторного или аллергического ринита, у 38 (65,5%) это состояние сочеталось с разными видами деформации перегородки носа, у 73 (41,5%) пациентов определялись аденоидные вегетации II и III степени, у 32 (43,8%) из них аденоиды сочетались с гипертрофией небных миндалин II и III степени, у 24 (32,9%) – с гипертрофией трубных валиков, у 17 (23,3%) – с рубцовыми изменениями в носоглотке, связанными с ранее перенесенными оперативными вмешательствами (аденотомия или реаденотомия). У 45 (25,6%) детей определялась полоска гноя, стекающая по задней стенке носоглотки (проявления синусита) и над глоточным устьем слуховой трубы. У 135 (76,7%) больных эндоскопия носоглотки выявила также нарушение проходимости или блокирование глоточного устья слуховой трубы. Данный факт еще раз подтверждает, что ЭСО в основном развивался на фоне дисфункции слуховой трубы. Было установлено еще и то, что у 12 (6,8%) больных ЭСО имела место зияющая слуховая труба.

МСКТ височных костей является объективным методом, дающим детальную информацию о его структурных изменениях. Это исследование позволяет подробно изучить характер изменений в барабанной полости, определить наличие полного или частичного блокирования аттико-антральной области, а также изменения в самом сосцевидном отростке. Полученные нами данные приведены в таблице 2.

Таблица 2

Лучевые особенности сосцевидного отростка при МСКТ височных костей у детей с ЭСО

Степень пневматизации сосцевидного отростка	Острый ЭСО		Хронический ЭСО		Контроль	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пневматическое строение	11	15,1***	0	0	38	76,0
Малопневматич. строение	48	65,8***	33	54,1***	8	16,0
Диплоэтическое строение	12	16,4	19	31,1**	4	8,0
Склеротическое строение	2	2,7	9	14,8**	0	0
Всего	73	100,0	61	100,0	50	100,0

Примечание: \* – Различия относительно данных контрольной группы достоверны (\*\* –  $P < 0,01$ , \*\*\* –  $P < 0,001$ ).

Проанализировав данные таблицы 2, мы пришли к выводу, что степень пневматизации сосцевидного отростка и клинические формы ЭСО имеют

прямую взаимосвязь. Результаты наших исследований подтвердили, что у детей с малопневматическим строением сосцевидного отростка ЭСО развивается чаще.

Проведенный анализ выявил глубокие изменения в гуморальном иммунитете у детей с экссудативным средним отитом. В комплексной консервативной терапии экссудативного среднего отита нами был использован иммуностимулирующий препарат Иммунал, выпускаемый в форме жидкости и таблеток, который детям до 4-х лет назначали по 1 миллилитру 3 раза в день, детям в возрасте от 4-х до 6 лет – по 1 таблетке 1 раз в день, детям в возрасте от 6 до 12 лет – по 1 таблетке 2 раза в день, детям старше 12 лет – по 1 таблетке 3 раза в день. Длительность лечения – от 4-х до 8 недель. После проведенного курса терапии определяли уровень иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови и назальном секрете. Результаты исследований приведены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3

Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови у детей с ЭСО до и после курса иммунотерапии,  $M \pm m$

Иммуноглобулин	Уровень Ig, мг/л		
	здоровые	трад. лечение	иммунотерапия
A	2,28±0,30	1,36±0,21*	2,03±0,02^^
M	1,58±0,18	1,0±0,15*	1,45±0,11^
G	14,10±0,75	11,15±0,61**	14,08±0,72^^

Примечание: \* – различия относительно данных группы здоровых достоверны (\* –  $P < 0,05$ , \*\* –  $P < 0,01$ , \*\*\* –  $P < 0,001$ ); ^ – различия между данными после традиционного лечения и иммунотерапии достоверны (^ –  $P < 0,05$ , ^^ –  $P < 0,01$ ).

Таблица 4

Уровень иммуноглобулинов в назальном секрете у детей с ЭСО до и после иммунотерапии,  $M \pm m$

Иммуноглобулин	Уровень Ig, мг/л		
	здоровые	трад. лечение	иммунотерапия
sA	531,1±76,1	312,7±51,2*	512,9±57,1^^
A	561,9±69,1	189,5±35,4***	559,7±75,2^^^
G	86,2±2,9	186,2±47,5	88,3±1,5

Примечание: \* – различия относительно данных группы здоровых достоверны (\* –  $P < 0,05$ , \*\*\* –  $P < 0,001$ ); ^ – различия между данными после традиционного лечения и иммунотерапии достоверны (^^ –  $P < 0,01$ , ^^ –  $P < 0,001$ ).

Как видно из таблицы, после проведенной иммунокорректирующей терапии экссудативного среднего отита уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови и в назальном секрете приблизился к нормальным

значениям. Что касается уровня IgE, то ни у одного из обследованных больных, IgE в экссудате барабанной полости не обнаружен.

Результаты исследования биопсийного материала, полученного во время оперативного вмешательства, свидетельствуют о различной морфологической картине у этих пациентов. Так, у 11 (55%) пациентов в слизисто-надкостничном покрытии полости антрума выявлена фиброзная и грануляционная ткань (рис. 1).

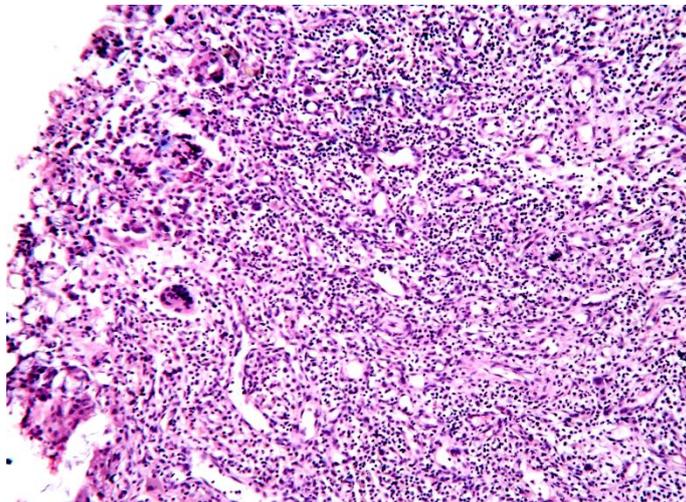


Рис. 1. Грануляционная ткань с большим числом кровеносных сосудов и мононуклеарной инфильтрацией. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 100$ .

Среди кровеносных сосудов обнаруживали воспаленные клетки с различной степенью инфильтрации (рис. 2), среди которых преобладали плазматические клетки, а также гигантские клетки инородных тел.

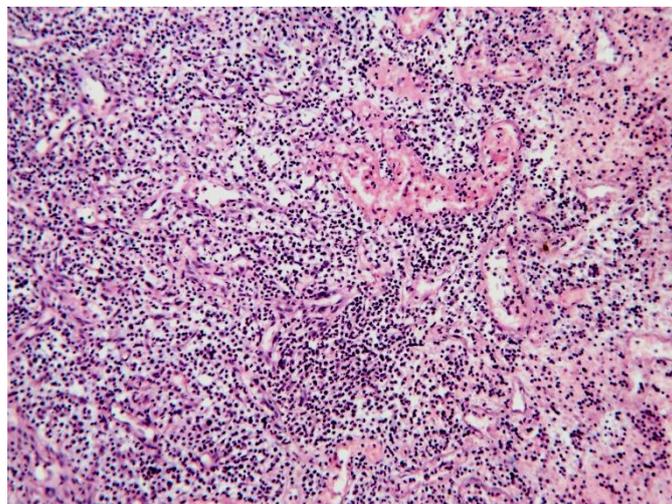


Рис. 2. Выраженная воспалительная инфильтрация и новообразованные кровеносные сосуды. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 100$ .

При подсчете клеток инфильтрата было установлено, что количество лейкоцитов составило  $1,81 \pm 0,005$ , лимфоцитов –  $2,79 \pm 0,011$ , плазмоцитов –  $4,71 \pm 0,094$ , при этом количество плазмоцитов было статистически достоверно больше, чем лейкоцитов и лимфоцитов ( $P < 0,001$ ).

У 5 (25,0%) больных имели место кистоподобные образования, выстланные многослойным эпителием с незначительной круглоклеточной инфильтрацией. На отдельных участках этих образований сохранялась способность клеток к ороговению, в связи с чем рядом с кистозной полостью обнаруживались участки, заполненные роговыми чешуйками (рис. 3). Кистоподобные образования были окружены рыхло-волокнистой соединительной тканью с различной степенью инфильтрации клетками воспаления.



Рис. 3. Кистоподобные образования, выстланные плоским ороговевающим эпителием. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 100$ .

Изучение клеток воспалительного инфильтрата показало, что в нем было  $1,99 \pm 0,007$  лейкоцитов,  $3,36 \pm 0,014$  лимфоцитов и  $5,11 \pm 0,094$  плазмоцитов на единицу площади. Как и у пациентов предыдущей группы, здесь значительно преобладали плазмоциты.

В 4 (20%) биоптатах были обнаружены полипообразные образования, покрытые плоским и цилиндрическим эпителием с выраженной воспалительной инфильтрацией мононуклеарами и единичными железистыми структурами в строме (рис. 4).

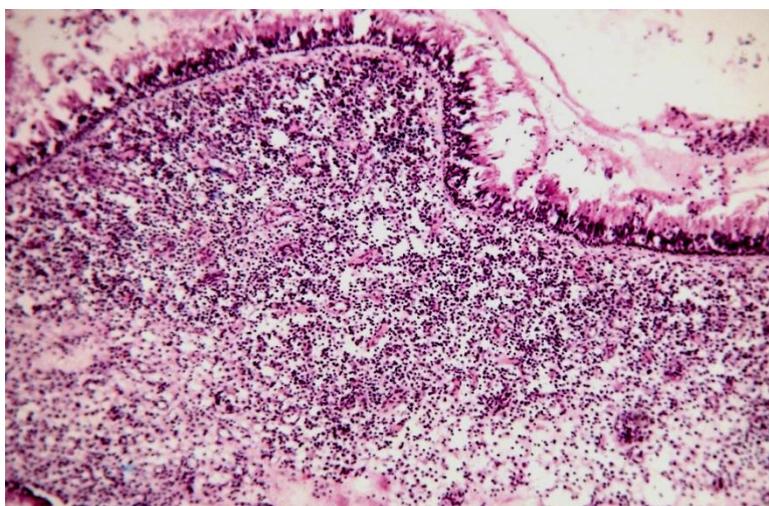


Рис. 4. Воспалительная инфильтрация в ткани, покрытой цилиндрическим мерцательным эпителием. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.  $\times 100$ .

Среди клеток воспалительного инфильтрата преобладали плазмоциты.

Подсчет количества клеток на единицу площади показал, что лейкоцитов на единицу площади было  $1,77 \pm 0,006$ , лимфоцитов  $2,35 \pm 0,005$ , плазмоцитов  $3,24 \pm 0,017$ , при этом количество плазмоцитов было значительно больше, чем лейкоцитов и лимфоцитов.

Следует отметить, что при всех морфологических вариантах в удаленной ткани преобладали плазмоциты, что свидетельствует о присутствии в воспалительной реакции иммунного компонента. В пользу этой точки зрения и отражением хронизации процесса свидетельствует и количество лимфоцитов.

О том, что процесс, как правило, находился в стадии обострения, можно утверждать на основании достаточного количества лейкоцитов. Полученные количественные показатели свидетельствуют о том, что воспалительная реакция при всех морфологических вариантах имела однонаправленный характер. И при образовании полипов, и при наличии кист, и при развитии гранулематозной ткани воспалительный инфильтрат содержал в основном лейкоциты, лимфоциты, плазмоциты.

В четвертой главе диссертации **«Оценка эффективности комплексного поэтапного лечения экссудативного среднего отита у детей»** приведены результаты комплексной поэтапной терапии экссудативного среднего отита и сравнительная оценка методов лечения. Дети с ЭСО в зависимости от проведенной терапии были разделены на три группы. В 1-ю группу был включен 91 (51,7%) пациент, который прошел ринологический этап консервативного и хирургического лечения.

Во 2-й группе было 85 (48,3%) больных, которым, кроме вышеуказанной терапии, одномоментно выполнялась тимпанопункция или шунтирование барабанной полости.

3-ю группу составили 36 (20,5%) детей с хронической формой ЭСО без положительной слуховой динамики, 28 (16,0%) из которых, на основании данных МСКТ височных костей, была проведена аттико-антротомия с двойным дренированием антрума, у 8 (4,5%) – тимпанотомия с установлением вентиляционных трубок.

Все больные получали комплексную консервативную терапию, основной целью которой было устранение причин, приводящих к дисфункции слуховой трубы. В зависимости от этиологического фактора, лечение включало элиминационные мероприятия, антибактериальные (в зависимости от чувствительности высеянной флоры), противовирусные, противовоспалительные, муколитические, иммуномодулирующие и гипосенсибилизирующие препараты. Местно, в нос использовались деконгестанты и топические кортикостероиды. Из физиотерапевтических процедур назначались ингаляции с антибиотиками и гидрокортизоном, электрофорез лидазы на область сосцевидного отростка, магнитно-лазерная терапия на область носа и околоносовых пазух, продувание слуховой трубы по Политцеру, а детям старшего возраста – самопродувание или пневмомассаж барабанной перепонки.

Для сравнительной оценки эффективности использованных нами методов лечения больные были разделены на две группы. 91 (51,7%) больной 1-й группы получал консервативную терапию, при необходимости им выполнялось хирургическое вмешательство, направленное на устранение дисфункции слуховой трубы. У 62 (68,1%) из этих пациентов диагностирован острый, у 29 (31,8%) – хронический экссудативный средний отит. Для устранения дисфункции слуховой трубы больным проводили курс консервативного (антибиотики, противовирусные, противовоспалительные, антигистаминные препараты, секретолитики и деконгестанты, перемещение лекарственных средств по Проэцу или пункция верхнечелюстных пазух с введением антибиотиков и кортикостероидов) и хирургического (аденотомия, аденотонзиллотомия, ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин, рассечение спаек трубных валиков, септопластика) лечения.

Во 2-ю группу включены 85 (48,3%) детей, которым одновременно с хирургическим вмешательством в полости носа и носоглотке проводилось шунтирование барабанной полости. У 53 (62,4%) из них диагностирована острая, у 32 (37,6%) – хроническая форма экссудативного среднего отита. Шунт устанавливался в задненижнем квадранте барабанной перепонки, срок нахождения шунта – в среднем от 4-х до 8 недель.

После лечения, больных обследовали на 4-й и 8-й неделях. Полученные результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5

Результаты комплексной поэтапной терапии у больных ЭСО

Группа	Положительная клиничко-аудиологическая				Без улучшения	
	через 2 нед.		через 4 нед.		через 8 нед.	
1-я, n=91	48	52,7	26	28,6***	17	18,7***
2-я, n=85	42	49,4	24	28,2**	19	22,4***
Всего, n=176	90	51,1	50	28,4***	36	20,5***

Примечание: \* – различия относительно данных через 2 недели достоверны (\*\* –  $P < 0,01$ , \*\*\* –  $P < 0,001$ ).

Как видно из таблицы, после поэтапной терапии клиничко-аудиологические показатели у пациентов обеих групп достоверно не различались. Результаты мероприятий по устранению дисфункции слуховой трубы и результаты шунтирования барабанной полости достоверных различий также не имели. Следовательно, проведенное в течение 8 недель клиничко-аудиологическое наблюдение показывает, что шунтирование барабанной полости достоверно не всегда улучшает результаты лечения и исход при остром экссудативном среднем отите.

В результате двухнедельной консервативной терапии и хирургического лечения дисфункции слуховой трубы и шунтирования барабанной полости, у 90 (51,1%) пациентов наблюдалась положительная клиничко-

аудиологическая динамика. Благодаря этому, нормализовались результаты эндо- и микроотоскопии, монотимпанометрии, наступило улучшение слуха, регистрировалась тимпанограмма типа А, а спустя 4 недели у 50 (28,4%) больных отмечались положительные клиничко-аудиологические параметры.

Наши исследования показали, что при своевременном оперативном вмешательстве, направленном на восстановление функции слуховой трубы, необходимости в шунтировании барабанной полости не возникает.

После проведенного курса комплексного консервативного и хирургического лечения (ринохирургия и шунтирование барабанной полости) у 140 (79,5%) пациентов отмечалась положительная слуховая динамика, что привело к нормализации данных эндо- и микроотоскопии, монотимпанометрии, отмечалось улучшение слуха при аудиометрическом исследовании, у 113 (64,2%) больных регистрировалась тимпанограмма типа А, у 27 (15,3%) – типа С.

Однако, у 36 (20,5%) больных с хронической формой экссудативного среднего отита, за период наблюдения (8 нед.) положительная клиничко-аудиологическая динамика не была достигнута. В связи с этим, 28 (15,9%) пациентам была выполнена антро-аттикотомия с двойным дренированием антрума.

У 8 (4,5%) детей выполнена тимпанотомия с ревизией барабанной полости и иссечением ретракционного кармана и установлением вентиляционной трубки. Срок нахождения вентиляционной трубки, в среднем, 3-6 месяцев.

В послеоперационном периоде после аттико-антротомии с двойным дренированием антрума проводили контрольную импедансометрию, результаты которой приведены в таблице 6.

Таблица 6

Результаты импедансометрии после антро-аттикотомии, n=28

Время, мес.	Тип тимпанограммы					
	А		С		В	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	9	32,1	11	39,3	8	28,6
2	13	46,4	11	39,3	4	14,3**^
4	16	57,1	6	21,4**	2	7,1***
6	22	78,6	4	14,3***	2	7,1***

Примечание: \* – различия относительно данных тимпанограммы типа А достоверны (\*\* –  $P < 0,01$ , \*\*\* –  $P < 0,001$ ); ^ – различия относительно данных тимпанограммы типа А достоверны (^ –  $P < 0,05$ ).

Как видно из таблицы, через 1 месяц после операции тимпанограмма А типа регистрировалась у 32,1% обследованных, через 2 месяца – у 46,4%, через 4 месяца – у 57,1%, через 6 месяцев – у 78,6%.

Нами изучена также проходимость слуховой трубы после шунтирования, тимпанотомии и антро-аттикотомии. Данные о восстановлении проходимости слуховой трубы после проведенного оперативного вмешательства приведены в таблице 7.

Таблица 7

Сроки восстановления проходимости слуховой трубы после антро-аттикотомии, n=36

Время, мес.	Степень нарушения слуховой трубы							
	норма		I-II		III		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	-	-	5	13,9*	14	38,9***	17	47,2***
2	7	19,4	14	38,9	9	25,0	6	16,7
4	18	50,0	11	30,6	6	16,7**	1	2,7***
6	27	75,0	7	19,4***	2	5,6***	-	-

Примечание: \* – различия относительно данных нормы достоверны (\* – P<0,05, \*\* – P<0,01, \*\*\* – P<0,001).

Проанализировав полученные данные, мы пришли к следующим выводам: в первые месяцы после операции, нормализации проходимости слуховой трубы не отмечалось, однако через 6 месяцев она восстановилась у 75,0% больных.

Следовательно, проходимость слуховой трубы при хронических формах экссудативного среднего отита начинает нормализовываться спустя 4 месяца после антро-аттикотомии.

Для изучения восстановления слуховой функции после антро-аттикотомии в динамике проводили аудиометрию (табл. 8). Исследования слуха показали, что через месяц изучаемые показатели нормализовались у 2,8% обследованных, через 6 месяцев – у 36,1%.

Таблица 8

Результаты аудиометрии после антро-аттикотомии, n=36

Время, мес.	Степень тугоухости									
	N (0-25)		I (26-40)		II (41-55)		III (56-70)		IV (71-90)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	1	2,8	4	11,1	11	30,6	19	52,8	1	2,8
2	3	8,3	14	38,9	8	22,2	10	27,8	1	2,8
4	8	22,2	14	38,9	7	19,4	7	19,4	-	-
6	13	36,1	15	41,7	5	13,9	3	8,3	-	-

При катamnестическом наблюдении в течение одного года у 34 (94,4%) пациентов рецидива заболевания не наблюдалось. У 2 детей была

обнаружена интраоперационная холестеатома, выполнена saniрующая операция, а вторым этапом проведена реконструктивная операция на среднем ухе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследований, проведенных по диссертации доктора философии (PhD) на тему: «Совершенствование комплексной диагностики и лечения экссудативного среднего отита у детей», сделаны следующие заключения:

1. Использование эндоскопических, микроскопических, лучевых методов при комплексной диагностике экссудативного среднего отита у детей позволяет выбрать его раннюю диагностику и тактику лечения. На основании полученных результатов, у 29,0% пациентов с острой формой экссудативного отита и у 57,0% с хронической формой обнаружены ретракционные карманы.

2. Основной причиной развития экссудативного среднего отита у детей является нарушение функции слуховой трубы, возникающее на почве синуситов (48,9%).

3. При экссудативном среднем отите в секрете барабанной полости не отмечается рост патогенной флоры, уменьшается количество иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови, при этом уровень IgG в назальном секрете возрастает в 2,5 раза. Использование в комплексном лечении иммуностимулирующего препарата иммунал способствует нормализации показателей гуморального иммунитета.

4. При экссудативном среднем отите в слизистой оболочке антрума выявлены морфологические изменения (грануляционные, фиброзные, кистозные, полипозные), которые являются причиной хронизации заболевания.

5. При сочетанном течении патологии носа и носоглотки с экссудативным средним отитом, раннее проведение хирургического вмешательства в 79,5% случаев привело к улучшению клинико-аудиологических показателей.

6. При хронической форме экссудативного среднего отита у детей антро-аттикотомия с двойным дренированием антрума и использование ретроградной отооксигенотерапии приводит к восстановлению нормальной аэрации полостей среднего уха; при катamnестическом наблюдении в течение одного года у 94,4% больных рецидива заболевания не наблюдалось.

**THE SCIENTIFIC COUNCIL DSc.28.12.2017.Tib.59.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES  
THE TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE**

---

**TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

**SAIDOV SANJAR HUSENOVICH**

**PERFECTION OF COMPLEX DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF  
EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN CHILDREN**

**14.00.04 - Otorhinolaryngology**

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2018**

**The theme of the doctoral (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Committee at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under number B2017.1.PhD/Tib24.**

The doctoral (PhD) dissertation has been prepared at the Tashkent medical academy.

The abstract of the dissertation is posted in two languages (Uzbek, Russian and English (resume)) on the website of the Scientific Council [www.tdsi.uz](http://www.tdsi.uz) and on the website of «Ziyonet» information and educational portal [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)

**Scientific consultant:** **Amonov Shavkat Ergashevich**  
doctor of medical sciences, professor

**Official opponents:** **Kuzovkov Vladislav Evgenevich**  
doctor of medical sciences (Russia)

**Arifov Sayfiddin Saidazimovich**  
doctor of medical sciences, professor

**The leading organization:** **Faculty of Medicine, Vilnius University (Lithuania)**

Defence will take place «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_2018 at \_\_\_\_\_ at the meeting of Scientific Council DSc.28.12.2017.Tib.59.01 at the Tashkent state dental institute (address: 100047, Uzbekistan, Tashkent, Yashnabad dist., Makhtumkuli str. 103. Phone: (+998971) 230-20-65; fax: (+998971) 230-47-99; e-mail: [tdsi2016@mail.ru](mailto:tdsi2016@mail.ru)).

Dissertation is registered in Information - resource centre of Tashkent state dental institute, registration number №\_\_\_\_\_, The text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: (Address: 100047, Uzbekistan, Tashkent, Yashnabad dist., Makhtumkuli str. 103. Phone: (+998971) 230-20-65).

Abstract of dissertation sent out on «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_2018 year.  
(mailing report №\_\_\_\_\_ on «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_2018 year).

**J.A. Rizaev**

Chairman of scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences, doctor of medical sciences

**L.E. Khasanova**

Scientific secretary of the scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences, doctor of medical sciences, docent

**A.A. Abdukayumov**

Chairman of scientific seminar under scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences, doctor of medical sciences

## INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

**The aim of the study** is to increase the effectiveness of complex treatment of exudative otitis media in children on the basis of improving diagnosis, conservative and surgical methods of treatment.

**The Object of research work.** 176 children aged 3 to 18 years with exudative otitis media who were on examination and treatment.

**The scientific novelty of the of research work.**

Optimal variants of radial and endoscopic diagnostics at early stages of exudative otitis media have been developed;

the expediency of early surgical correction of the nose and nasopharyngeal pathology with exudative otitis media in children is justified;

it is proved that with the chronic form of exudative otitis media, there can be morphological changes not only in the tympanic cavity, but also in all cavities of the middle ear;

it is proved that, anthro-atticotomy with double drainage of antrum - is an effective organ-preserving surgical operation;

developed effective step-by-step and complex methods of treatment of exudative otitis media, which contribute to the prevention of development of persistent hearing loss in children.

**Implementation of the research results.**

Based on the results obtained to improve the comprehensive diagnosis and treatment of exudative otitis media in children:

The methodical manual «Tactics of management of patients suffering from exudative otitis media» was approved (Ministry of Health Reference №8Н - p/84 of April 19, 2018). This methodological manual allows the formation of a systematic treatment and prevention of exudative otitis media;

A patent of the Agency for Intellectual Property of the Republic of Uzbekistan for a utility model «Device for evacuation and sampling of fluid in the drum cavity with exudative otitis media» (No. FAP 00910) was obtained. This method makes it possible to treat exudative otitis media and prevent hearing loss with the aid of evacuation device and fluid collection in the tympanic cavity with exudative otitis media;

The results of scientific research aimed at developing and improving an effective system for diagnosing and treating exudative otitis media are implemented in practical public health, in particular, in the clinical practice of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Pediatric Center, the Medical and Health Unit of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (reference from the Ministry of Health for №8Н - д/83 of 20.04.2018). The introduction of the results into clinical practice provided an improvement in the prevention of development of exudative otitis media at the rhinological stage by 79.5%, and at the otosurgical stage after surgery by 99.4%.

**The outline of the thesis.** The use of endoscopic, microscopic, ray methods in the complex diagnosis of exudative otitis media in children allows one to choose its early diagnosis and treatment tactics. Based on these methods, in the acute form

of exudative otitis -29.0% of cases, with chronic - 57.0% of cases, a retraction pocket was found.

The main cause of development of exudative otitis media in children is a violation of the function of the auditory tube, which occurs on the basis of sinusitis (48.9%).

With exudative otitis media, the growth of pathogenic flora was not observed in the secretion of the drum cavity, the amount of IgA, IgM, IgG in the blood serum was reduced, IgG values in nasal secretion increased by 2.5 times. Use in the complex treatment of immunostimulating drug immunal helps normalize the indicators of humoral immunity.

With exudative otitis media, morphological changes (granulation, fibrotic, cystic, polyposis) were revealed in the antrum mucosa. The latter is the cause of chronic disease.

With the combined course of the pathology of the nose and nasopharynx with exudative otitis media, early surgical intervention in 79.5% of cases led to an improvement in clinical and audiological indicators.

In the chronic form of exudative otitis media in children, anthro-atticotomy with double drainage of the antrum and the use of retrograde otoxygen therapy lead to the restoration of normal aeration of the middle ear cavities, in case of follow-up for one year 94,4% of patients did not have recurrence.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PULISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Двойное трансмастоидальное дренирование осложненных форм хронического экссудативного среднего отита // Вестник оториноларингологии. – Москва, 2011. – №5. – С. 49-50 (14.00.00; 18).

2. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х., Амонов А.Ш. Комплексная диагностика экссудативного среднего отита у детей // Российская оториноларингология. – Санкт-Петербург, 2012. – №5 (60). – С. 14-16 (14.00.00; 116).

3. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Совершенствование комплексной диагностики и лечения экссудативного среднего отита у детей // Оториноларингология, Восточная Европа: Международный научно-практический журнал. – Минск, 2012. – №4 (09). – С. 66-70 (14.00.00; 97).

4. Саидов С.Х. Повышение эффективности лечения хронических секреторных средних отитов у детей // Российская оториноларингология. – Санкт-Петербург, 2013. – №1 (62). – С. 184-186 (14.00.00; 116).

5. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Диагностика экссудативного среднего отита у детей // Узбекистон тиббиёт журнали. – Тошкент, 2013. – №2. – С. 54-55 (14.00.00; 8).

6. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Трансмастоидальное дренирование антрума при лечении экссудативного среднего отита у детей // Оториноларингология, Восточная Европа: Международный научно-практический журнал. – Минск, 2013. – №2 (11). – С. 16-20 (14.00.00; 97).

7. Саидов С.Х. Экссудативный средний отит – патология носа и носоглотки // Узбекистон тиббиёт журнали. – Тошкент, 2013. – №3. – С. 76-78 (14.00.00; 8).

8. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Морфологические изменения слизистой оболочки антрума и патогенетическая терапия при хронических формах экссудативного среднего отита у детей // Педиатрия. – Ташкент, 2013. – №3-4. – С. 133-135 (14.00.00; 16).

9. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х., Хусанходжаева Д.Э., Амонов А.Ш. Патогенетическая терапия экссудативного среднего отита у детей // Оториноларингология, Восточная Европа: Международный научно-практический журнал. – Минск, 2013. – №3 (12). – С. 15-19 (14.00.00; 97).

10. Саидов С.Х., Амонов Ш.Э., Мухаммедов И.М. Микробиологические аспекты экссудативного среднего отита // Педиатрия. – Ташкент, 2014. – №3-4. – С. 208-210 (14.00.00; 16).

11. Saidov S.H., Amonov Sh.E., Husanhodjaeva D.E. Pathogenetic aspects of exudative otitis media in children and treatment approaches // European Science Review. – Vienna, 2016. – №1-2. – P. 101-103 (14.00.00; 19).

## II бўлим (III часть; II part)

12. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Совершенствование комплексной терапии острого экссудативного среднего отита у детей при патологии носа и носоглотки // Оториноларингология Бас, Мойын Хирургиясы. – Алмата, 2011. – №3-4. – С. 6-8.

13. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Эффективность хирургической коррекции патологии носа и носоглотки в комплексной терапии острого экссудативного среднего отита у детей // Врач-аспирант: Научно-практический журнал. – Воронеж, 2011. – №4 (47). – С. 79-82.

14. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Эффективность препарата Синупрет в комплексном лечении экссудативного среднего отита у детей в сочетании с риносинуситами // Актуальное в оториноларингологии: Материалы 4-й научно-практической конференции оториноларингологов Центрального федерального округа Российской Федерации. – Москва, 2011. – С. 69-70.

15. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Хирургическая коррекция патологии носа и носоглотки при экссудативном среднем отите у детей // 2-й съезд детских хирургов Республики Узбекистан: Сборник тезисов. – Ташкент, 2011. – С. 203-204.

16. Саидов С.Х., Амонов А.Ш. Диагностика дисфункции слуховой трубы при экссудативных средних отитах у детей // Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных патологий в детской оториноларингологии: Сборник тезисов 2-й научно-практической конференции. – Ташкент, 2012. – С. 114-115.

17. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Применение гомеопатического препарата анаферон в комплексном лечении экссудативного среднего отита у детей на фоне ОРВИ // Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных патологий в детской оториноларингологии: Сборник тезисов 2-й научно-практической конференции. – Ташкент, 2012. – С. 115-116.

18. Saidov S.H., Amonov Sh.E., Magrupov B.A. Patogetic therapy and clinic – morphological change of amucous membrane antrum at chronic forms exudative otitis media at children // 20 th IFOS World Congress. – Seoul, 2013.

19. Саидов С.Х., Бобохонов М.Г., Хамидова Р.С., Иргашева У.А., Авлиёкулов Х.Х. Клинико-морфологические изменения слизистой оболочки антрума при хронических формах экссудативного среднего отита у детей // Новое в решении проблем оториноларингологов: Межрегиональная научно-практическая конференция оториноларингологов. – Барнаул, 2013. – С. 109-110.

20. Саидов С.Х., Хусанходжаева Д.Э., Бобохонов М.Г., Юлдашева С.А., Жумашев У.И., Шавкатов Т.Ш. Трансмастоидальное дренирование антрума при хирургическом лечении экссудативного среднего отита у детей // Новое в решении проблем оториноларингологов: Межрегиональная научно-практическая конференция оториноларингологов. – Барнаул, 2013. – С. 110-113.

21. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х., Амонов А.Ш. Обоснование патогенетической терапии экссудативного среднего отита у детей // Тиббиётда янги кун журнали. – Тошкент, 2013. – №4 (4). – С. 10-12.

22. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х. Экссудативный средний отит у детей – вопросы этиопатогенеза и диагностики // Тиббиётда янги кун журнали. – Тошкент, 2014. - №2 (6). – С. 3-7.

23. Саидов С.Х., Амонов Ш.Э., Хусанходжаева Д.Э., Набиев О.Р. Совершенствование метода диагностики экссудативного среднего отита // Вестник КАЗНМУ. – Алмата, 2014. – №2 (3). – С. 96-98.

24. Саидов С.Х. Инструмент для эвакуации и забора содержимого барабанной полости при экссудативном среднем отите // Приоритетные направления и модернизация охраны здоровья детей в Узбекистане: Сборник тезисов 7-го съезда педиатров Узбекистана. – Ташкент, 2014. – С. 88.

25. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х., Хусанходжаева Д.Э. Комплексная терапия экссудативного среднего отита на фоне аллергических заболеваний дыхательных путей // Тиббиётда янги кун журнали. – Тошкент, 2015. – №1 (9). – С. 58-60.

26. Амонов Ш.Э., Саидов С.Х., Насретдинова М.Т., Хусанходжаева Д.Э. Совершенствование методов консервативной терапии экссудативного среднего отита на фоне аллергического ринита у детей // Медицинский журнал. – Астана, 2016. – №1. – С. 55-59.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси»  
журнали тахририятида тахрирдан ўтказилди  
(17.05.2018 йил).

Босишга рухсат этилди: \_\_\_\_\_ 2018 йил.  
Бичими 60x45 <sup>1</sup>/<sub>8</sub>, «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табағи 2,9. Адади: 100. Буюртма: № \_\_\_\_\_.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,  
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»  
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.