

17-18 маусым 2023 / June 17-18, 2023 / 17-18 июня 2023
Алматы / Almaty



Республикалық форумы / Republican forum / Республиканский форум

**«Оториноларингологияның өзекті мәселелері»
«Актуальные вопросы оториноларингологии»
“Topical questions of otorhinolaryngology”**



бірлесіп / and / совместно с

**CASOS – 2023 2-ші Халықаралық конгресімен
2nd International congress CASOS – 2023
2-м Международным конгрессом CASOS – 2023**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

congresskaz2023.com

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МЕИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ СУЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Нармуротов Б.К., Курбанов Ё.Х.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Введение

В последнее время многими авторами отмечается рост обращаемости пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии

За медицинской помощью, что можно объяснить внедрением в стоматологическую практику новейших технологий, а также ростом требований к внешнему виду человека. По мнению различных авторов, комплексное ортодонтико-хирургическое лечение данной категории пациентов позволяет достичь оптимальных функциональных и эстетических результатов. Мезиальная окклюзия зубных рядов 108 достаточно часто сопровождается сужением верхней челюсти, которое не страняется самостоятельно, а требует ортодонтической и хирургической коррекции.

Цель исследования - разработать алгоритм диагностики и комплексного лечения пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии, сопровождающейся сужением верхней челюсти.

Методы

С 2019 по 2022 год проведено комплексное обследование и лечение 50 пациента в возрасте от 17 до 35 лет с гнатической формой мезиальной окклюзии, сопровождающейся сужением верхней челюсти. Разработан следующий алгоритм диагностики и комплексного ортодонтико-хирургического лечения данной категории пациентов:

- 1) клиническое обследование;
- 2) дополнительные методы обследования: лучевые

методы диагностики (компьютерная томография челюстно-лицевой области, телерентгенограммы в прямой и боковой проекциях, ортопантограммы); антропометрический анализ гипсовых моделей челюстей, электроодонтодиагностика зубов верхней челюсти от зуба 1.5 до зуба 2.5;

3) расширение верхней челюсти. Аппарат Норда изготавливается и фиксируется ортодонтом в предоперационном периоде. Небный distractionный аппарат устанавливается непосредственно в момент операции: остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I и срединному небному шву

4) послеоперационное ведение пациента, активация аппарата до достижения размеров верхней челюсти по трансверсали, близких к норме для данного пациента;

5) предоперационная ортодонтическая подготовка к ортогнатической операции;

6) ортогнатическая операция: остеотомия верхней челюсти по Ле Фор I, двусторонняя скользящая межкортикальная остеотомия нижней челюсти. По показаниям: гениопластика, септоринопластика, остеотомия скуловых костей, липосакция подподбородочной и подчелюстных областей;

7) послеоперационное ортодонтическое лечение;

8) ретенционный период.

Результаты

Срок от начала и до окончания расширения верхней челюсти до нужных размеров, а также последующего ретенционного периода составил в среднем 1 год. Исследования показали, что после операции «быстрого небного расширения» трансверсальные размеры верхней челюсти увеличились от 3 мм до 8 мм, по показаниям. Это привело к правильным межчелюстным взаимоотношениям по трансверсали. Плотность костной ткани при расширении верхней челюсти до 4-мм составляет от 420 до 890 HU (D2–D3). При расширении верхней челюсти от 4х до 8 мм – от 320 до 614 HU (D3–D4), что позволяет приступить ко второму этапу хирургического лечения

109 в первой ситуации. При расширении верхней челюсти до 8 мм второй этап рекомендуется отложить ещё на полгода.

Обсуждение результатов

Проведение хирургического нёбного расширения перед ортодонтическим лечением и ортогнатической хирургией в комплексном лечении пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии, сопровождающейся сужением верхней челюсти, является залогом полной стабильности расширения и значительно облегчает дальнейшие этапы комбинированного лечения.

Список литературы

1. Дробышев, А.Ю. Основы ортогнатической хирургии / А.Ю. Дробышев, Анастасов Г. – М.: «Печатный город», 2007. – 55 с.
2. Matteini, C. Posterior transpalatal distraction with pterygoid disjunction: a short-term model study / C. Matteini, M.Y. Mommaerts // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2001. – Vol. 120. - № 5. – P. 498-502.
3. Mommaerts M.Y. Transpalatal distraction as a method of maxillary Expansion / M.Y. Mommaerts // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. – 1999. – Vol. 37. - № 4. – P. 268-272.
4. Immediate postexpansion changes following the use of the transpalatal distractor /P.X. Pinto [et al.]. // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2001. – Vol. 59. - № 9. – P. 994-1000.
5. Surgical and orthodontic rapid palatal expansion in adults using Glassman's technique: retrospective study / R. Schimming [et al.]. // Br. J. Oral and Maxillofac. Surg. – 2000. Vol. 38. - P. 66-69.

АУДИОВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

д.м.н., Кожантаева С.К.¹, Балымбетова Л.С.¹, Камелова Г.Н.¹, Тавурбаева А.Ж.¹

¹Кафедра оториноларингологии, офтальмологии, НАО Западно - Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Ключевые слова: снижение слуха, головокружение, шум в ушах, COVID–19, SARS-CoV-2.

Введение/цель исследования

Выявить у больных перенесших COVID–19 аудиовестибулярные нарушения.

Методы

Работа выполнена в медицинском центре НАО ЗКМУ им. Марата Оспанова. Обследованы 76 больных перенесших COVID–19. Всем больным проведены акуметрические, аудиометрические и вестибулометрические исследования.

Результаты

Обследованы 76 больных перенесших COVID–19. Всем больным проведены акуметрические, аудиометрические и вестибулометрические исследования. Из 76 (100%) пациентов, перенесших COVID–19 у 34 (44,7%) обнаружено снижение слуха по кондуктивному и по нейросенсорному типу тугоухости, у 25 (32,9%) обнаружены шум в ушах и у 42 (55,2%) обнаружены головокружение.

ЦНС обладает многоступенчатой системой защиты от вирусной инвазии, однако в некоторых случаях инфекционные агенты, в том числе и SARS-CoV-2, могут преодолевать гематоэнцефалический барьер и проникать в головной мозг. Основной точкой воздействия вируса SARS-CoV-2 на клетку являются рецепторы ангиотензин-превращающего фермента 2 (АПФ2), которые

содержатся в различных тканях организма. В связи с особенностями патогенеза COVID–19 характеризуется полиорганными нарушениями и вариабельной клинической картиной, в том числе с поражением периферического и центрального отделов нервной системы, а также центра слуха, расположенного в височной доле головного мозга и содержащего рецепторы АПФ2. SARS-CoV-2 может не только непосредственно присоединяться к рецепторам АПФ2 в корковых центрах слухового анализатора, а также проникать внутрь эритроцитов и вытеснять из них кислород, что может служить фактором длительного повреждающего эффекта на структуры слуховой коры за счет развития оксидантного стресса.

Обсуждение результатов

Выявлена связь между аудиовестибулярными нарушениями и заболеванием вызванным SARS-CoV-2. Больных перенесших ковид стали больше беспокоит снижение слуха, головокружение и шум в ушах. После выяснения патогенетических механизмов развития аудиовестибулярных нарушений, ассоциированных с COVID–19 требуется разработка эффективных схем лечения.

ВЕСТИБУЛЯРНАЯ МИГРЕНЬ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Хайдарова Г.С., Норкулова Л.Э.

Ташкентская медицинская академия; частная клиника VOICE LOR, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: Вестибулярная мигрень, головокружение, головная боль, вестибулярные нарушения

Введение

Изучить современное состояние проблемы диагностики и клинических особенностей ВМ по сравнению с другими формами головокружения

Актуальность проблемы

Вестибулярная мигрень одна из самых частых причин системного головокружения, однако до сих пор эта нозология остаётся труднодиагностируемой. По современным оценкам, вестибулярная мигрень занимает четвертое место среди поражений вестибулярного анализатора. Вестибулярная мигрень (ВМ) встречается приблизительно у 10% пациентов с мигренью. Но она не всегда правильно диагностируется как в Узбекистане, так и за рубежом. Частота встречаемости сочетания системного головокружения и мигрени, по разным источникам варьирует от 3,2 до 26%, однако это сочетание частично обусловлена высокой коморбидностью мигрени и периферических поражений вестибулярного анализатора. По некоторым данным, у пациентов с вестибулярными нарушениями неуточненного генеза при детальном обследовании выявляется до 70% случаев вестибулярной мигрени. Недостаточная доступность информации о ВМ на русском языке и гиподиагностика заболевания делают актуальным обсуждение современных представлений о ВМ для эффективной диагностики и лечения этого заболевания, прежде всего на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи [1;2].

Методы

Было включено 86 пациентов в возрасте от 18 – 65 лет, страдающих мигренью с аурой (24 чел.) и без ауры (62 чел.), согласно, обратившихся на приём в клинику Voice LOR. Диагностика мигрени с аурой и без ауры производилась на основании МКГБ-3 Бета-версия [3]. Женщин было больше мужчин (64 человек и 22 человек соответственно). Диагноз ВМ ставился на основании критериев Н.Neuhauser [4], разработанных Международной ассоциацией головной боли совместно с обществом Барани в 2012 году, согласно которым ВМ делится на достоверную и вероятную. С 2018г. критерии ВМ включены в приложение к новой бета версии МКГБ-3 международной классификации ГБ [5].

Важно, еще раз подчеркнуть, что диагностические критерии вестибулярной мигрени подразумевают наличие у больного вестибулярного головокружения (т.е. ощущения мнимого вращения или движения окружа-

ющих предметов или самого больного в пространстве) или очевидного ощущения неустойчивости, а не таких неспецифических проявлений, как чувство дурноты, слабости, легкости в голове или, например, приближающейся потери сознания.

Диагноз вестибулярной мигрени устанавливается на основании соответствующей клинической картины заболевания.

Исследование включало в себя клиническое неврологическое исследование, анкетное обследование, отоневрологическое и нейрофизиологические исследования.

Результаты

Таким образом, из проведенного сравнительного анализа нами было отмечено, что более половины пациентов с мигренью предъявляют жалобы на головокружение и самым распространенным типом головокружения при мигрени является несистемное головокружение, что подтверждается данными литературы. Системное головокружение при мигрени отмечается относительно редко: 15,5% среди обследованных нами пациентов с мигренью, обратившихся в клинику, причём у 2,6% (4 пациента) диагностирована периферическая вестибулопатия различного генеза.

Обсуждение результатов

В связи с тем, что более половины пациентов с мигренью предъявляют жалобы на головокружение, необходимо уделять особое внимание данному симптому, подробно выявлять какие именно ощущения пациенты называют головокружением. При наличии у пациента с мигренью жалоб на ощущение вращения необходимо проведение вестибулярных проб или направление его на консультацию к отоневрологу для исключения / подтверждения наличия одной из причин периферической вестибулопатии и назначения этиотропного лечения.

Список литературы

1. Табеева Г. Р., Азимова, Ю. Э., Замерград, М В. Современная концепция вестибулярной мигрени (дискуссия). Неврологический журнал. 2012; 17 (2): 45–53.
2. Strupp M., Dieterich M., Brandt T. The Treatment and Natural Course of Peripheral and Central Vertigo. *Deutsches Arzteblatt International*. 2013; 110 (29–30): 505–516. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0505>.
3. Kathleen R., Merikangas PhD. Contributions of Epidemiology to Our Understanding of Migraine. *Headache*. 2013; 53 (2): 230-246. <https://doi.org/10.1111/head.12038>.
4. Neuhauser H. K. Epidemiology of vertigo. *Curr. Opin. Neurol*. 2007; 20: 40–60. <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e328013f432>.
5. Ayzenberg I., Katsarova Z., Mathalikov R., Chernysh M., Osipova V., Tabeeva G., Steiner T.J. The burden of headache in Russia: validation of diagnostic questionnaire in a population based sample. *European journal of neurology*. 2010; 18: 454–459. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.03177.x>.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НЕВРИННОМ ПРИ ПОМОЩИ АУДИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Хаджанов Ш.Х., Джураев Ж.А., Туляганова А. А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение

Необходимость своевременной диагностики вестибулярных шванном диктуется особенностями клинических проявлений, приводящих к серьезным нарушениям качества жизни пациентов (прогрессирующая или внезапная потеря слуха, головокружения, симптомы, обусловленные масс-эффектом опухоли). В настоящее время золотым стандартом диагностики является МРТ, являющаяся относительно дорогостоящим методом исследования, который не проводится рутинно пациентам со снижением слуха. Этими обстоятельствами обусловлена потребность составления алгоритмов

скрининг-диагностики ВШ.

Цель исследования: изучить возможности функциональных аудиологических исследований в диагностике с учетом их достоверности с целью разработки предпосылок для составления скрининг алгоритма ВШ.

Методы

Был проведен обзор зарубежной литературы. Для работы были выбраны систематические обзоры, рассматривающие особенности и достоверность альтернативных методов диагностики ВШ на группах пациентов с МРТ-подтвержденными ВШ.

Результаты

Одним из наиболее простых и доступных методов исследования является тональная аудиометрия. Исходя из наиболее присущей клиники потери слуха у пациентов с ВШ (ипсилатеральная сенсоневральная тугоухость) имеется ряд протоколов, диктующих бинауральную разницу остроты слуха, создающую основания заподозрить ВШ:

Протокол Mangham (разница в 10 dB на любой частоте).

ДОН (разница > 20 dB в районе среднего порога слышимости)

Sheppard (разница 15 dB в районе среднего порога слышимости)

Протоколы отличаются по своим параметрам достоверности:

Чувствительность Специфичность

Mangham 93 40

ДОН 89 45

Sheppard 77 52

При этом можно выявить две тенденции: Специфичность каждого из тестов почти в 2 раза меньше его чувствительности (1) и чем выше чувствительность теста, тем ниже его специфичность.

Итого, ограничение одним методом исследования не позволяет рационально сузить контингент для более специфичных и дорогостоящих методов.

Простым аудиометром возможно проведение такого простого, однако забытого метода исследования как тест распада акустического тона и его вариаций. При правильном проведении теста различные авторы отмечают диагностическую точность от 65 до 95%.

Ранее, диагностическим стандартом ВШ являлось исследование ABR (КСВП). Результаты ABR имеют высокую зависимость от размера опухоли, а их диагностическая чувствительность особенно низка в отношении небольших опухолей. Объединенная чувствительность ABR в исследованиях 93,4%; 85,8% для опухолей < 1 см и 95,6% при опухолях > 1 см. Кроме того, чувствительность ABR была выше для внеканальцевых опухолей, чем для внутриканальцевых. Тест имеет уровень ложноположительных результатов 10%.

Обсуждение результатов

Самостоятельно функциональные методы диагностики не способны служить инструментом для отбора контингента пациентов для более достоверных и дорогостоящих методов исследования. Однако их сочетание и подробный анализ совокупности полученных результатов может стать основой высокоинформативного скрининг-алгоритма.

Список литературы

1. von Kirschbaum C, Gürkov R. Audiovestibular Function Deficits in Vestibular Schwannoma. Biomed Res Int. 2016
2. Carlson ML, Link MJ. Vestibular Schwannomas. N Engl J Med. 2021
3. Sweeney AD, Carlson ML, Shepard NT, McCracken DJ, Vivas EX, Neff BA, Olson JJ. Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guidelines on Otologic and Audiologic Screening for Patients with Vestibular Schwannomas. Neurosurgery. 2018
4. Wiley, Terry & Stoppenbach, Daniel & Feldhake, Laura & Moss, Kayce & Thordardottir, Elin. (1995). Audiologic Practices: What Is Popular Versus

What Is Supported by Evidence (Editor's Award). American Journal of Audiology.

- Gheorghe L, Negru D, Cobzeanu MD, Palade OD, Botnariu EG, Cobzeanu BM, Cobzeanu M-L. The Diagnostic Accuracy of Pure-Tone Audiometry Screening Protocols for Vestibular Schwannoma in Patients with Asymmetrical Hearing Loss—A Systematic Review and Meta-Analysis. Diagnostics. 2022
- Vencak M, Huttunen E, Aarnisaloo AA, Jero J, Liukkonen K, Sinkkonen ST. Evaluation of pure-tone audiometric protocols in vestibular schwannoma screening. J Otol. 2021
- <https://www.interacoustics.com>

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ АДЕНОТОНЗИЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Тогузбаева Д.Е., Калиолдина Д.С.

ТОО ЛОР ЦЕНТР V-ent, г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: Аденоотомия, аденоидные вегетации, дети, хирургическая тактика лечения, лазерная хирургия

Введение

Одной из самых актуальных проблем детской оториноларингологии является лечение различных патологий лимфоэпителиального кольца. Так как аденоотонзиллярная патология занимает ведущую роль среди воспалительных заболеваний детского возраста. Основными методами лечения гипертрофии глоточной и небных миндалин является: консервативное лечение, что не во всех случаях может дать должный результат.

Хирургический с помощью классического «холодного» инструментария под контролем эндоскопа или микроскопа и лазерные технологии

Цель исследования: Разработка новых и усовершенствование известных методик хирургии аденоотонзиллярной патологии у детей на основании применения нового поколения диодного лазера с настраиваемой длиной волны.

Методы

Всего в исследовании приняли 81 детей в основной группе 51 детей у которых применялась контактная лазерная аденоотонзиллотомия с использованием диодного полупроводникового лазера «Leonardo Duo» в возрасте от 3 до 9 лет. Ретроспективный анализ 30 детей (типичная аденоотонзиллотомия) дети, госпитализированные в детское ЛОР-отделение городской клинической больницы №5 с 2018 по 2022 годы

Отбор больных для хирургического лечения миндалин с использованием диодного лазера



Результаты

В Основной группе послеоперационных кровотечений не было. У 43 больных из 51 оперированных (84,3%) температура тела повышалась в первый день после операции от 37,4° до 38,3° и нормализовалась на второй день. У 8 больных (15,7%) температура от 37,2° до 37,6° держалась в течение 3-5 дней. В Группе сравнения послеоперационные кровотечения у 6 больных (20%). В первые сутки после операции температура тела повышалась в таких же пределах у 72% больных и у 12% больных сохранялась в течение 3-5 дней.

Обсуждение результатов

Лазерная адено-тонзиллотомия с использованием диодного лазера и современной эндоскопической техники под эндотрахеальным наркозом, является эффективным методом лечения гипертрофических процессов лимфаденоидного глоточного кольца.

ДИАГНОСТИКА ХОЛЕСТЕАТОМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Имангалиева А.А.^{1,2}, Каражанова А.Т.², Алиев К.Г.², Жұатай К.Ш.²

¹ГКП на ПХВ «Алматинская многопрофильная клиническая больница», г. Алматы, Казахстан

²НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит; холестеатома; магнитно-резонансная томография

Введение

Хронический гнойный средний отит (далее ХГСО) одна из распространенных и актуальных проблем оториноларингологии. Сложность течения данного заболевания помимо снижения слуха обусловлена развитием деструктивных процессов костных стенок, слуховых косточек, нередко вызывает инфицирование с возможным развитием внутричерепных осложнений. Причиной данных осложнений в большинстве случаев является холестеатома. По данным авторов (Sudhoff H, Tos M., 2000) холестеатома встречается в 25-63% случаев больных ХГСО.

Согласно исследованиям, холестеатома состоит из ороговеающего многослойного плоского эпителия схожего с нормальным эпидермисом – этот эпителий получил определение матрикса холестеатомы. Над истонченным матриксом располагается пласт спрессованных роговых слоев – холестеатомные массы. Периматрикс – периферическая часть холестеатомы, от которой напрямую зависит рост холестеатомы и ее инвазивность. Периматрикс состоит из грануляционной ткани или воспаленного субэпителиального соединительнотканного слоя, включающего лимфоциты, нейтрофилы и гистиоциты. Микроскопия периматрикса показала, что в нем присутствуют все факторы для остеокластогенеза и стимуляции костной резорбции. Таким образом, гистологически холестеатома состоит из трех структурных компонентов: периматрикса, матрикса и холестеатомных масс (Имангалиева А.А. Муканова Ж.Т., 2017).

Компьютерная томография высокого разрешения наиболее распространенный инструмент в диагностике холестеатомы. Но это только в отношении костных анатомических структур. Однако возникает вопрос, что же делать для дифференциации холестеатомы с грануляциями, фиброзом и гнойным содержимым?!

Магнитно-резонансная томография в Non-EPI DWI режиме показывает высокоинтенсивный сигнал в местах локализации холестеатомы, возможной причиной является ограничение диффузии воды в самой холестеатоме. По данным ряда авторов (Ganaha A, Outa S, etc. 2011), имеется статистически достоверные данные между результатами MPT Non-EPI DWI режиме и хирургическими результатами.

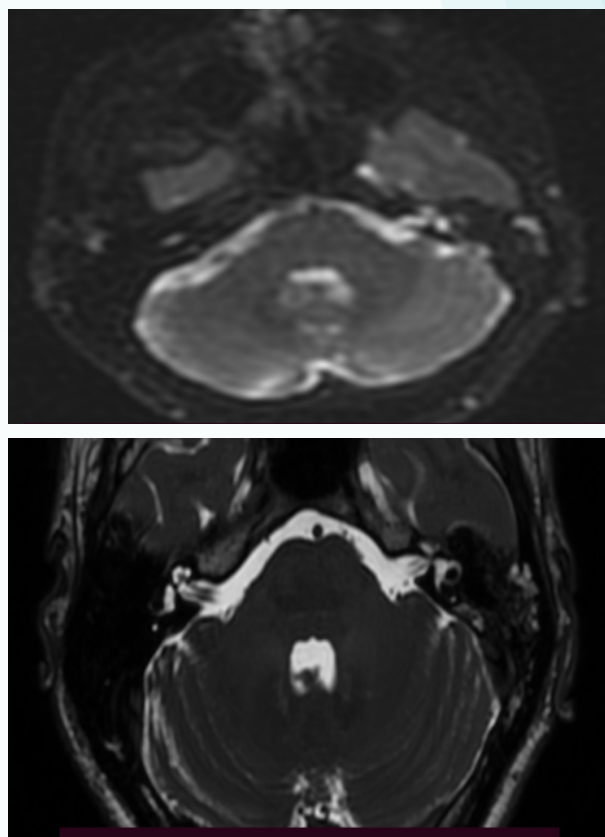


Рис.1 MPT височных костей, аксиальная проекция, режим Non-epi DWI, Propeller (данные авторов)

Результаты

Таким образом, было установлено, что чувствительность и специфичность метода MPT в DWI режиме для определения холестеатомы составляет более 90%, однако в некоторых случаях малые размеры холестеатомы могут затруднять ее нахождение, к тому же отсутствие четких костных границ, особенно при подзрении на резидуальную холестеатому также могут

создавать трудности в дифференциальной диагностике.

Заболевания среднего уха, являясь одним из сложных разделов в оториноларингологии, постоянно находятся в центре внимания ЛОР врачей. За последние десятилетия развились принципиально новые школы в области отохирургии, открываются новые возможности в диагностике и хирургическом лечении пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ АКУСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ГОЛОСА В АЛГОРИТМ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Султанова У.Ф., Хайдарова Г.С.

Клиника «Voice LOR», г. Ташкент, Узбекистан

Введение

Болезнь Паркинсона (БП) — это прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, для которого нет известных методов лечения и профилактики. Раннее обнаружение имеет решающее значение для замедления прогресса. За последние 10 лет заметно возрос интерес к анализу частичных разрядов. Почти треть пациентов с идиопатической болезнью Паркинсона (ИБП) ссылаются на дисфонию. Целью данного исследования было предложить новый метод для ранней диагностики, дифференциации и течения болезни у пациентов с болезнью Паркинсона (БП), основанную на изучении акустических параметров голоса.

Методы

Методы. Были получены образцы речи 116 человек, в том числе 30 пациентов с болезнью Паркинсона, 30 пациентов с прогрессирующим надъядерным параличом, 30 пациентов с множественной системной атрофией, контрольная группа состояла из 26 человек. Дифференциальная диагностика подтипов дизартрии основывалась на количественном акустическом анализе отдельных компонентов речи. Кроме того, для дифференциации степени выраженности нарушения голоса в исследуемых группах учитывался опросник Voice Handicap Index.

Результаты

Результаты показали значительные различия в распределении акустических параметров между болезнью Паркинсона и другими паркинсоническими синдромами. У больных атипичным паркинсонизмом выявлен смешанный тип дизартрии с сочетанием гипокинетических, спастических и атактических признаков. У больных с клиническим диагнозом паркинсонический вариант множественной системной атрофии наблюдались атаксические компоненты дизартрии. У пациентов с БП наблюдалась чистая гипокинетическая дизартрия. Некоторые параметры могут быть использованы в качестве маркеров для диагностики начальной стадии БП. Голосовая передача была значительно более частой и выраженной при атипичном паркинсонизме, чем при болезни Паркинсона.

Обсуждение результатов

Акустический анализ голоса является очень чувствительным и неинвазивным инструментом, который предоставляет объективную информацию для оценки различных компонентов речи, имеет особый потенциал для получения количественных данных, необходимых для улучшения диагностического процесса, и, возможно, является полезным инструментом в дифференциальной диагностике паркинсонических синдромов, а также улучшает понимание характеристик голосового тремора при болезни Паркинсона, его патофизиологии и связи с нарушениями голоса и симптоматикой заболевания.

УДК 616-002.154; 616-022.7/9; 616.214.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.

Шайхова Х.Э., Амонов Э.И., Хайдарова Г.С., Мусулмонов Х.Х.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Ключевые слова: коронавирусная инфекция; COVID-2019, риногенные осложнения, околоносовые пазухи.

Резюме

Инфекция COVID-19 является одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения. Несмотря на прогресс, достигнутый в понимании патогенеза данной инфекции, в настоящее время отсутствуют прогностические критерии тяжёлых форм риносинусогенных осложнений и их последствий.

Целью исследования являлось изучить особенности течения коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов с риногенными осложнениями и выделить факторы, ассоциирующиеся с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом COVID-19.

Проведено обследование 50 пациентов среднетяжелой и тяжелой формами COVID-19 с оториноларингологическими проявлениями, госпитализированных в стационар. Проанализированы клинические симптомы риногенных осложнений. Пожилой возраст и сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение, хронические респираторные заболевания, пневмония) являются предикторами развития осложнений COVID-19, сопровождающимся увеличением уровня показателей воспалительного процесса и полиорганных метаболических нарушений.

Clinical features of rhinogenic complications in patients with COVID-19.

Shaykhova Kh.E., Amonov E.I., Khaidarova G.S., Musulmonov H.Kh.

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

Keywords: coronavirus infection; COVID-2019, rhinogenic complications, paranasal sinuses.

Annotation

COVID-19 infection is one of the most urgent problems of modern healthcare. Despite the progress made in understanding the pathogenesis of this infection, there are currently no predictive criteria for severe forms of rhinosinusogenic complications and their consequences.

The aim of the study was to study the features of the

course of coronavirus infection COVID-19 in patients with rhinogenic complications and to identify factors associated with severe course and poor prognosis of COVID-19.

A survey of 50 patients with moderate and severe forms of COVID-19 with otorhinolaryngological manifestations, hospitalized in a hospital, was carried out. The clinical symptoms of rhinogenic complications were analyzed. Older age and comorbidities (cardiovascular disease, diabetes mellitus, obesity, chronic respiratory diseases, pneumonia) are predictors of the development of COVID-19 complications, accompanied by an increase in the level of inflammatory process indicators and multiple organ metabolic disorders.

Введение

Сегодня хорошо известно, что SARS-CoV-2 индуцирует клинический спектр от бессимптомных форм до тяжелой дыхательной недостаточности, требующей искусственной вентиляции легких и лечения в отделении интенсивной терапии, до смертельных случаев сепсиса и синдромов полиорганной дисфункции [4]. Патогенные механизмы, лежащие в основе наиболее частых серьезных проявлений, то есть вызванной вирусом пневмонии, характеризующейся в основном лихорадкой, кашлем, болью в горле, утомляемостью, головной болью и одышкой, очень сложны [4]. Инфекция SARS-CoV-2 может вызвать обширный иммунный ответ в организме хозяина, что в некоторых случаях приводит к массивному повреждению тканей. Одним из наиболее важных участников этой реакции является интерлейкин-6 (ИЛ-6), так как этот цитокин инициирует ряд воспалительных явлений [5]. Помимо этого, также были выявлены повышенные уровни других воспалительных цитокинов, включая интерлейкин-2, интерлейкин-7, интерлейкин-10 (ИЛ-2, ИЛ-7, ИЛ-10) и фактор некроза опухоли- α (ФНО- α). сообщается в лабораторных анализах плазмы пациента в связи с тяжестью заболевания [4,5].

Вирусная пневмония обычно возникает двусторонне, поражает преимущественно нижние доли и протекает тяжелее у пожилых пациентов старше 70 лет и у пациентов с различными сопутствующими заболеваниями [4]. Однако у большинства детей и молодых лю-

дей с SARS-CoV-2 наблюдаются легкие или умеренные гриппоподобные симптомы с хорошим прогнозом. В дополнение к вышеупомянутым клиническим проявлениям некоторые пациенты также жаловались на проблемы с желудочно-кишечным трактом, такие как рвота и диарея [4].

Результаты исследования показывают, что помимо симптомов нижних дыхательных путей, многие пациенты с COVID-19 имеют оториноларингологические жалобы. От бессимптомного течения или легкой лихорадки, кашля, миалгии и боли в груди могут приводить к смерти от дыхательной недостаточности или ДВС-синдрома, проявления COVID-19 показывают очень широкий спектр осложнений и их последствия [6,12].

Коронавирусная инфекция SARS-Cov-2 в подавляющем большинстве случаев имеет нетяжелое течение. В тоже время у относительно небольшой части (10—15%) заболевание переходит в тяжелую и очень тяжелую форму [8]. Основной особенностью течения острых риносинуситов в период ковид-19 является вовлечение в процесс нескольких околоносовых пазух. Более половины всех глазничных осложнений приходится на весьма серьезное заболевание- флегмону орбиты. Причем у половины пациентов флегмона орбиты сочеталась с абсцессом и свищом века. Особенностью этих осложнений является быстрое возникновение и бурное течение с прогрессивным развитием клинических симптомов. Через сутки отмечается гиперемия, отек, инфильтрация век, боль в глазу, хемоз конъюнктивы, экзофтальм, нарушение подвижности глазного яблока, вплоть до офтальмоплегии. Эти явления часто предшествовали выделениями из носа и затруднению носового дыхания. В связи с чем выявляется необходимость в определении прогностических маркеров тяжелого течения COVID-19 и их риногенных осложнений.

Проявления COVID-19 при патологии верхних дыхательных путей изучены недостаточно полно. Согласно данным многих клинических исследований, опубликованных за время пандемии, становится ясным, что они не являются ведущими. Так как в большей степени они нивелируются более тяжелыми симптомами, как лихорадка, кашель, одышка, миалгии и др. Однако многие из них имеют важное значение при легких формах и на ранних стадиях заболевания. Настороженность в

отношении ранних признаков со стороны ЛОР-органов, таких как боль в горле и, особенно, нарушение обоняния/аносмия важна в плане своевременной диагностики новой коронавирусной инфекции и своевременной изоляции больных, которые из-за высокой контагиозности вируса угрожают инфицированием окружающих [12].

Целью исследования являлось изучить особенности течения коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов с риногенными осложнениями и выделить факторы, ассоциирующиеся с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом COVID-19.

Методы

Нами были обследованы 50 пациентов, госпитализированных в стационар с подтвержденным диагнозом COVID-19 среднетяжелой (n=25) и тяжелой (n=25) формами заболевания. Всем пациентам проводился осмотр ЛОР-органов и другие исследования, согласно клиническому протоколу по лечению пациентов с новой коронавирусной инфекцией [2]. По данным ПЦР, определена РНК коронавируса SARS-CoV-2 в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки. Возраст пациентов был от 35 до 75 лет, из них мужчин – 41 (82%), женщин – 9 (12%). Средний возраст больных, включенных в исследование и находившихся на стационарном лечении, составил в группе 1 (среднетяжелой формы (n=25) в среднем $51.21 \pm 3,01$, а группе с тяжелой формой (n=25) $53,48 \pm 2,54$ года. Среди исследуемых больных было преимущество мужчины (82%), женщин было 9 человек (18%). Всем пациентам проводился осмотр ЛОР-органов по стандартным методикам, лабораторное обследование, осмотр офтальмолога, при необходимости пульмонолога, невролога или других специалистов, КТ или МРТ головного мозга.

Статистическая обработка результатов клинического материала произведена при помощи пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0», различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Оториноларингологические проявления не являются редкими симптомами COVID-19, особенно при легкой

или среднетяжелой форме заболевания. Наиболее распространенными ЛОР-дисфункциями, наблюдаемыми у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, являются кашель, в основном сухой, боль в горле и одышка. При этом ринорея, заложенность носа и головокружение также могут присутствовать. В тоже время COVID-19 может проявляться в виде внезапной гипосмии или anosмии, не сопровождающейся никакими другими симптомами. Является ли SARS-CoV-индуцированная гипосмия/аносмия обратимой, до сих пор остается неизвестным. Симптомы обычно наблюдаются у молодых пациентов и обычно появляются изначально, либо могут предшествовать развитию тяжелой формы COVID-19. Легкие случаи COVID-19 без клинической пневмонии могут представлять собой клиническую картину заболевания у молодых, здоровых людей [13].

Среди всех пациентов риногенные осложнения синуситов встречались чаще в возрастной группе старше 40 лет. При поступлении на стационарное лечение пациенты предъявляли жалобы на высокую температуру тела (100%), слабость (100%), кашель (65%), одышку (55%), боль в грудной клетке (45%), высокую температуру тела (100%), головная боль (75%). Повышение температуры тела беспокоило всех больных, однако температурная реакция была различна от субфебрильной (до 38 °С) чаще при среднетяжелой форме, умеренно лихорадочной (38–39 °С) у больных с тяжелой, а у больных с риногенными осложнениями была высоколихорадочной (39–41 °С). Характер кашля был разнообразным: сухой кашель наблюдался у 31% больных, влажный со слизистой мокротой — у 56%, влажный с гнойной мокротой — у 16 %. В настоящем исследовании больным проводилась МСКТ органов грудной клетки в динамике: до начала лечения (в день поступления больного в стационар), на 12–14-й день лечения и далее по показаниям. Объем поражения легочной ткани соответствовал степени тяжести пневмонии. У больных с риногенными осложнениями на МСКТ в первые дни пребывания в стационаре в большинстве случаев было зарегистрировано полисегментарное двустороннее поражение легких (48%).

Известно, что в механизме распространения воспаления из околоносовых пазух в орбиту существенную роль играют нервно-сосудистые связи между синусами и глазницей. Последняя и глаз получают кровь от

глазничной артерии, отходящей от внутренней сонной артерии. Веки снабжаются кровью из системы наружной сонной артерии и из нее же осуществляется, в основном, кровоснабжение пазух. Этим, по-видимому, объясняется частое возникновение при синуситах реактивного воспалительного отека век без более глубоких изменений в мягких тканях глазницы. Обычно этот первый симптом распространения воспалительного процесса из околоносовых пазух в орбиту и является поводом для обращения пациентов к врачу. По данным проведенного исследования установлено, что реактивный отек век наблюдался в 20 из 25 случаев, то есть был наиболее частой формой риносинусогенного орбитального осложнения, что согласуется с данными литературы [1]. Установлено также, что при верхнечелюстном синусите чаще встречался отек нижнего века, а при сочетании верхнечелюстного синусита и этмоидита (6 случаев) наблюдался отек обоих век, что представляется вполне закономерным.

В то же время при остром гемисинусите в 3-х из 5 случаев наблюдался отек верхнего века, в 1-м случае — отек нижнего века и еще в 1-м случае — отек обоих век. То есть, при остром гемисинусите источником распространения инфекции в орбиту могла быть либо одна из «заинтересованных» пазух, либо несколько. Кроме отека век при остром гемисинусите имел место 1 случай субпериостального абсцесса, а при обострении хронического гемисинусита — 2 случая флегмоны орбиты. Такие тяжелые осложнения как субпериостальный абсцесс и флегмона орбиты имели место у пациентов с гемисинуситом (острым — в случае субпериостального абсцесса, хроническим — в случае развития флегмоны орбиты).

Преобладающей формой синусита являлся верхнечелюстной синусит (11/24). Орбитальные осложнения вызывали затруднение дифференциальной диагностики, так как многие симптомы были схожи. Орбитальные осложнения у пациентов были обусловлены острым процессом в околоносовых пазухах. Они характеризовались поражением 2 и более пазух и в 5 случаях из 25 отмечался пансинусит. У больных зрелого возраста процесс распространялся на околоносовые пазухи чаще контактным путем. Это подтверждалось тем, что во время операции у пациентов отмечалась деструкция орбитальной стенки. У некоторых паци-

ентов отмечалась эмпиема околоносовых пазух с кариезом кости и перфорацией глазничной стенки. У больных с субпериостальным абсцессом и абсцессом века общие проявления заболевания были выражены умеренно. Температура тела не повышалась. Изменения в крови были также слабо выражены. Офтальмоплегия была выявлена у 7, птоз у 2, экзофтальм у 5, офтальмопарез у 1, атрофия зрительного нерва у 3-х, флегмона орбиты у 2, ангиопатия сетчатки у 1 из 25 пациентов с диагнозом COVID-19. У 20 из 25 пациентов был выставлен диагноз синуситромбоз кавернозного синуса.

При поступлении в стационар лейкоциты были повышены у 25 пациентов до $15,9 \times 10^9$ /л (норма - $4-9 \times 10^9$ /л), у 15 пациентов наблюдалась лейкопения - $2,6 \times 10^9$ /л, у остальных пациентов уровень лейкоцитов составлял $5,9 \times 10^9$ /л. Повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) выше 40 мм/ч (норма — 2–15 мм/ч) отмечалось у всех пациентов. В биохимическом анализе крови отмечалась качественная положительная реакция на С-реактивный белок у 100% больных, повышение уровня фибриногена выше 5 г/л (норма — 2–4 г/л) — у 30% больных, у остальных пациентов уровень фибриногена был повышен до 6,5 г/л. Уровень глюкозы в крови был соответственно выше, почти в два раза. Средний уровень глюкозы в крови у пациентов на фоне сахарного диабета был в среднем 11,76 ммоль/л. У 25 пациентов с тромбозом кавернозного синуса отмечались следующие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет 2 типа (у 18 из 25 пациентов), ишемическая болезнь сердца (7/25), артериальная гипертензия (АГ) (4/25), сегментарная пневмония (9/25).

Таким образом, у пациентов с COVID 19 отмечались выраженный синдром интоксикации, общевоспалительные изменения, полисегментарное двустороннее поражение легочной ткани, что и определяло увеличение числа койко-дней при госпитализации категории больных с тяжелой формой COVID-19 (рис.1).

По данным многих клинических исследований было выявлено, что высокие уровни ИЛ-6 отмечались у пациентов в ходе госпитализации. Уровень ИЛ-6 был при поступлении был 12,88 пг/мл (рис.1), а в группе с тяжелой формой болезни 38,94 пг/мл (при норме 0-7 пг/мл). Определение концентрации ИЛ-6 в крови может

быть использовано как маркер активации иммунной системы [7].

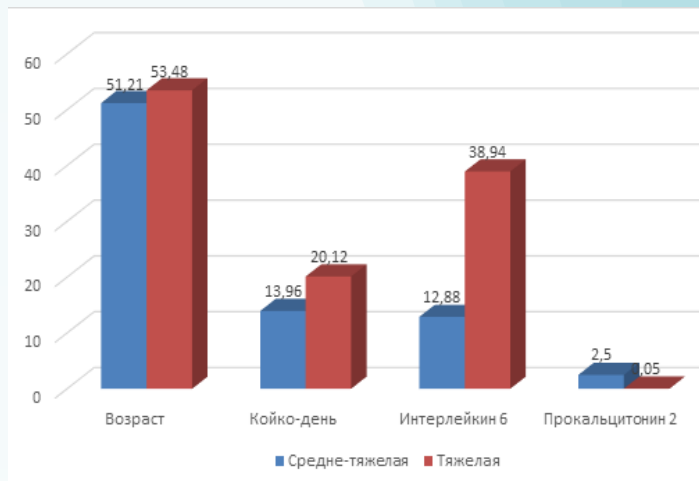


Рис. 1. Характерные показатели при различной степени тяжести у пациентов с COVID-19.

При определении ферритина мы отметили, что показатели возрастали по сравнению с исходными данными (рис. 2). Если при поступлении этот показатель при среднетяжелой и тяжелой степени был 468,36 мкг/л и 1234,65, то в последующем он возрастал до 906,83,4мкг/л и 1451,42 мкг/л (при норме - 30 – 400 мкг/л) (рис.2). Уровень прокальцитонина (ПКТ) был первоначально 0,04, а в последующем был отмечен 2,5 нг/мл (при норме уровень прокальцитонина: <0,5 нг/мл). В группе с тяжелой степенью болезни эти цифры были несколько выше – 0,06 нг/мл соответственно (рис.1). Показатель лактатдегидрогеназы (ЛДГ) при поступлении был высокий при средней и тяжелой формах COVID-19 - 355,94 и 477,5 Ед/л (при норме 135- 225 Ед/л). Повышенная ЛДГ означает, что болезнь прогрессирует, т.е. возможно при этом возможно развитие риногенных осложнений [10].

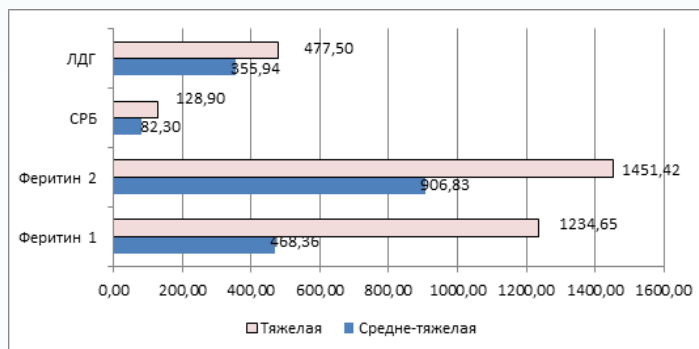


Рис.2. Предикторы воспаления при тяжелой форме COVID-19.

При определении ферритина мы отметили, что показатели возрастали по сравнению с исходными данными при тяжелой форме заболевания (рис. 2). Если при поступлении этот показатель при среднетяжелой и тяжелой степени был 468,36 мкг/л и 1234,65, то в последующем он возрастал до 906,83,4 мкг/л и 1451,42 мкг/л (при норме - 30 – 400 мкг/л) (рис.2). Уровень прокальцитонина (ПКТ) был первоначально 0,04, а в последующем был отмечен 2,5 нг/мл (при норме уровень прокальцитонина: < 0,5 нг/мл). В группе с тяжелой степенью болезни эти цифры были несколько выше – 0,06 нг/мл соответственно (рис.2).

Таким образом, большинство больных с риногенными осложнениями поступало в клинику в тяжелом состоянии. Все они страдали острыми воспалительными процессами в околоносовых пазухах. Ведущими симптомами были головная боль, тошнота, рвота, повышение температуры. При тромбозе кавернозного синуса появлялись такие осложнения, как отек век, чаще двусторонний экзофтальм, хемоз, ограничение подвижности или неподвижность глазных яблок, поражение черепно-мозговых нервов, септическое состояние, метастатическая пневмония.

По результатам полученных исследований можно сделать заключение о том, что увеличением риска неблагоприятного течения COVID-19 ассоциируются с наличием коморбидных заболеваний и их своевременное лечение. Так, наличие ожирения любой степени выраженности ассоциируется с более чем трехкратным увеличением риска тяжелого течения COVID-19 и десятикратным увеличением риска смерти, непосредственной причиной которой явилось сочетание дыхательной недостаточности и полиорганных нарушений внутренних органов и систем организма. Согласно данным литературных источников, сахарный диабет и метаболический синдром усугубляют тяжесть вирусной инфекции, нарушая В-клеточный иммунитет и баланс провоспалительных цитокинов [9–11]. При этом наличие активной вирусной инфекции, в свою очередь, усугубляет выраженность нарушений обмена глюкозы, замыкая «патологический круг», приводящий пациентов с COVID-19 к неблагоприятному исходу [9–11]. У пациентов с сахарным диабетом следует контролировать уровень глюкозы в крови, который значительно повышается при COVID-19, чтобы избежать неконтро-

лируемую гипергликемию и развитие риногенных осложнений.

Исследование факторов риска COVID-19 по данным 17 млн пациентов [15] выявило, что в группу высокого риска критических состояний и летальности входят люди старше 60 с такими сопутствующими заболеваниями, как диабет, гипертония и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Некоторые авторы отмечают, что с увеличением числа обследованных детей и молодых взрослых доля пациентов с бессимптомным и легким течением COVID-19 возрастает [16]. По данным многих исследований мужчины заболевают и умирают в полтора раза чаще, чем женщины (2,8 против 1,7% соответственно). Высокая летальность и значительные социально-экономические последствия COVID-19 требуют разработки методов эффективной терапии и профилактики развития их осложнений. Риск инфицирования и тяжелого течения болезни или летального исхода затрагивает все возрастные группы. Как правило у лиц молодого возраста заболевание протекает легко, но COVID-19 может протекать непредсказуемо и вызвать осложнения у человека любого возраста.

Выводы. У пожилых пациентов и людей, имеющих коморбидные заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение, хронические респираторные заболевания, пневмония), развитие тяжелых риносинусогенных осложнений значительно высока.

При возникновении симптомов риногенных осложнений (головная боль, отек лица, боль в глазничной области, снижение остроты зрения и др.) необходимо проводить мониторинг динамики биомаркеров крови, что позволит клиницистам предотвратить вероятность неблагоприятного исхода COVID-19 и его осложнений.

Список литературы

- 1 Бобров, В.М. Анализ патологического процесса риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений, хирургическая тактика / В.М.Бобров // Рос. оториноларингология. – 2006. – № 2. – С. 27–31.
- 2 Янов Ю.К., Кривопапов А.А. Современные эпидемиологические особенности ото- и риносинусоген-

- ных внутричерепных осложнений» // Вестник оториноларингологии. 2015. № 6. С. 32-37. DOI: 10.17116/otorino201580632-37.
- 3 Andreas A.,Georgios P. Eur Arch Otorhinolaryngol 278, 629–636 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06161-x/>
- 4 Bakieva Sh. Inflammatory diseases of paranasal sinuses in patients with hemoblastosis// International Journal on Immunorehabilitation// XVIII International congress on rehabilitation in medicine and immunorehabilitation. – London, UK, 2013. – Vol. 15. № 1. – 54-55.
- 5 Esakandari H, Nabi-Afjadi M, Fakkari-Afjadi J, Farahmandian N, Miresmaeili SM, Bahreini E. A comprehensive review of COVID-19 characteristics. Biol Proced Online. 2020 Aug 4;22:19. doi: 10.1186/s12575-020-00128-2. PMID: 32774178; PMCID: PMC7402395.
- 6 Fang Liu, Lin Li, MengDa Xu et al. Prognostic value of interleukin-6, C-reactive protein, and procalcitonin in patients with COVID-19 // J Clin Virol. 2020; 127: 104370. DOI: 10.1016/j.jcv.2020.104370.
- 7 Guohua L., Ling L., Min H. et al. Value of various inflammatory markers combined with lymphocyte subsets on clinical diagnosis of different clinical types of COVID-19 J Chong Med Univ. 2020. 10.13406/j.cnki.cyx.002465.
- 8 Hironya B. et al. Otorhinolaryngological Manifestations and Its Management in COVID 19 Patients. // Indian J Otolaryngol Head Neck Surg./ <https://doi.org/10.1007/s12070-021-02436-9>
- 9 Huan Han, Qingfeng Ma, Cong Li et al. Profiling serum cytokines in COVID-19 patients reveals IL-6 and IL-10 are disease severity predictors // Emerg Microbes Infect. 2020; 9 (1): 1123-1130. DOI: 10.1080/22221751.2020.1770129.
- 10 Mahmoud et al. Comprehensive evaluation of otorhinolaryngological symptoms in COVID-19 patients. //The Egyptian Journal of Otolaryngology (2022) 38:73/ <https://doi.org/10.1186/s43163-022-00263-5>.
- 11 Müge Özçelik Korkmaz et al. Otolaryngological manifestations of hospitalised patients with confirmed COVID 19 infection//European Archives of Oto-Rhino-Laryngology (2021) 278:1675–1685/ <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06396-8>
- 12 Ruan Q., Yang K., Wang W. et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China // Intensive Care Med. 2020; 46: 846-848. 10.1007/s00134-020-06028-z.
- 13 The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) / China, 2020. China CDC Weekly. 2020;2(8):113–22
- 14 Xydakis MS,Dehgani-Mobaraki P, et al. Hopkins C .Smell and taste dysfunction in patient with COVID-19.// Lancet Infect Dis 2020;20(9):1015-101./s1473-3099(20)30293-0
- 15 Williamson E. J., Walker A. J., Bhaskaran K., Bhaskaran K., Bacon S., Bates C. et al. OpenSAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients // Nature. 2020; 584, 430-37.
- 16 Zhang Y. P. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China // Chin J Epidemiol. 2020; 41: 145-151.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КИСТА ТОРНВАЛЬДТА

Serik Koktebaev¹, Айгожина Б.Х.²

¹Clinical Academic Department of Surgery, CF "University Medical Center", Astana, Kazakhstan

магистр медицинских наук ассистент кафедры ЛОР болезней «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

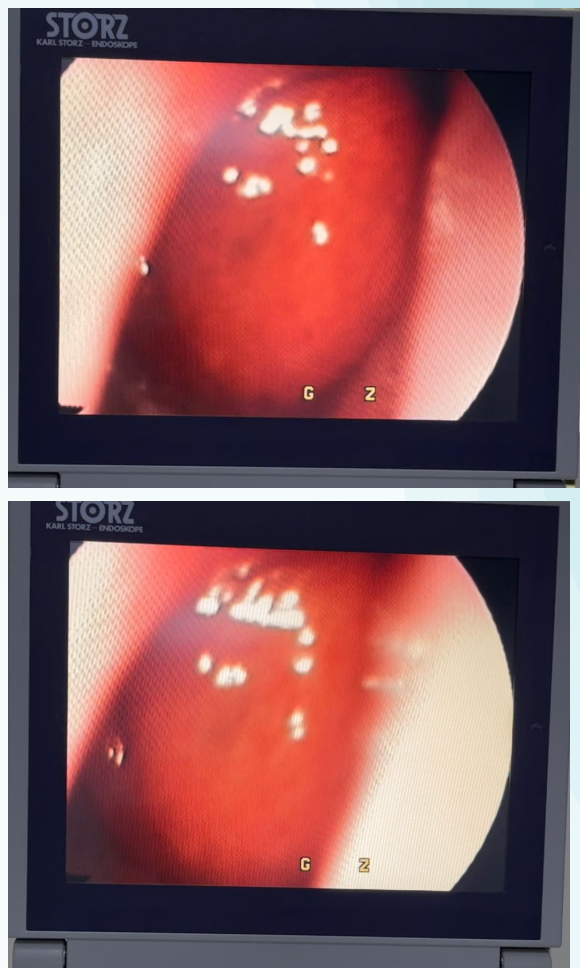
Введение

В данной оригинальной статье представлен редкий клинический случай врожденной патологии носоглотки - кисты Торнвальда. Описаны методики диагностики и хирургического эндоскопического лечения пациентки в условиях CF «University Medical Center», «Республиканский диагностический центр» оториноларингологического отделения Республиканского Диагностического Центра Республики Казахстан.

Клинический случай

Пациентка С., 38 лет, обратилась к оториноларингологу в поликлинику №2 города Астана с жалобами на головные боли в области затылка, нарушение носового дыхания, гнойные выделения, стекающие в горло, неприятный запах изо рта.

Анамнез заболевания: со слов пациентки болеет в течение нескольких лет, отмечает постоянство данных жалоб. Ранее неоднократно обращалась за медицинской помощью к специалистам, проводились курсы консервативного лечения с кратковременным эффектом. В условиях поликлиники проведено эндоскопическое обследование полости носа и носоглотки, а также компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух. После установления клинического диагноза, пациентка направлена на эндоскопическое удаление кисты Торнвальдта.



Эндоскопическая картина кисты

Также проведена компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух, где также выявлена данная аномалия.

По плановым показаниям 28.01.2023г выполнено малоинвазивное оперативное вмешательство: эндоскопическое удаление кисты Торнвальдта в условиях дневного стационара КФ УМС оториноларингологического отделения Республиканского Диагностического Центра Республики Казахстан.

Период восстановления составил 2 суток с момента проведения операции, в ходе которого пациентка ежедневно проходила осмотр в условиях дневного стационара CF «University Medical Center», оториноларингологического отделения Республиканского Диагностического Центра Республики Казахстан. В ходе осмотра при устном опросе было выявлено, что у пациентки нормализовался сон, восстановилось носовое дыхание, улучшилось обоняние, улучшилось настроение, что суммарно однозначно указывает на восстано-

ление качества жизни. Пациентка прошла повторное анкетирование по опроснику SNOT 22 после периода восстановления, в результате которого можно определенно отметить полное восстановление качества жизни у пациентки, так как были отмечены только 2 пункта под номерами 4 и 9 по критериям «незначительно беспокоит и «слегка беспокоит», что соответствует согласно суммарному итогу 5 баллам.

Пациентке была проведена эндоскопия полости носа и носоглотки до и после оперативного лечения.

Польза статьи для читателя

Приведенный клинический случай в статье дает читателю информацию о том, что существует малоинвазивный способ лечения врожденной патологии носоглотки, а именно кисты Торнвальдта с помощью эндоскопической хирургии. Такой критерий как период восстановления после данного оперативного вмешательства значительно короче, составляет 2 дня! что говорит о том, что это экономически выгодно как для больного, так и для врача. И конечно, указывает на быстрое восстановление качества жизни до нормального уровня у больных данной категории, что несомненно является важным фактором для оценки качества оказания медицинской услуги.

Список литературы:

1. Marom T, Russo E, Ben Salem D, Roth Y. Nasopharyngeal Cysts. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2009; 73(8): 1063-1070. <https://doi.org/10.1016/j.iporl.2009.01.004>.
2. Sekiya K, Watanabe M, Nadgir R. Buch K, Flower EN, Kaneda T, Sakai O. Nasopharyngeal Cystic Lesions. *Journal of Computer Assisted Tomography*. 2014; 38(1):9-13. <https://doi.org/10.1097/rct.0b013e3182a776993>.
3. Alarcos Tamayo E, Morais Perez D, Alarcos LA, Sierra Roman JM, Perez Gonzalez R. Congenital cysts of the nasopharynx. Report of a case. *Acta Otorinolaringol Esp*. 1997;48(5):409-412.
4. Ben Salem D, Duvillard C, Assous D, Ballester M, Krausé D, Ricolfi F. Imaging of nasopharyngeal cysts and bursae. *Eur Radiol*. 2006;16(10):2249-2258. <https://doi.org/10.1007/s00330-006-0238-x>.
5. Baisakhiya N, Deshmukh P, Pawar V. Thornwaldt cyst: a cause of neck pain and stiffness. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011;63(Suppl 1):147-148. <https://doi.org/10.1007/s12070-011-0185-y>.
6. Ketenci İ, Cihan MC, Doğan M, Akay E, Ünlü Y. A Giant Thornwaldt Cyst: Case Report. *Erciyes Med J*. 2014;36(4):170-173. <https://doi.org/10.5152/etd.2014.4000>.
7. Карпищенко С., Скиданова И., Верещагина О. Диагностика и хирургическое лечение кист носоглотки. 2013. <https://vestnik.nvsu.ru/0236-3054/article/view/115693>
8. Апостолиди К.Г., Маады А.С., Васильев И.В., Алексеев К.И., Савчук О.В. Эндоскопическая диагностика и лечение кисты Торнвальдта. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова* 2014, т. 9, № 3. С 122 – 124.
9. Miller R., Sneed W. Thornwaldt's bursa // *Clin. Otolaryngol. Allied. Sci.* -1985; 10 (1): 21-5.
10. G. Plaza Mayor, J. Martínez San Millán, R. Barberá Durán et al. Nasopharyngeal cysts. Report of four cases and literature review // *An Otorrinolaringol Ibero Am*. 1999; 26(6):607-19.
11. Weissman J.L. Thornwaldt cysts. *J.L. Weissman // Am J Otolaryngol* 1992; 13:381–385.
12. I. Ikushima, Y. Korogi, O. Makita et al. MR imaging of Thornwaldt's cysts // *AJR Am J Rentgenol.* – 1999, Jun; 172(6):1663-5.
13. H. Miyahara, T. Matsunaga Thornwaldt's disease. // *Acta Otolaryngol Suppl*. 1994; 517: 36- 39.

КӨМЕЙДІҢ ҚАТЕРСІЗ ЖАҒАТУЗІЛІСТЕРІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ БАҒА БЕРУ

м.ғ.к., доцент – Б.А. Шагатаева^{1,2}, м.м.н. А.Ж. Тавурбаева^{1,2}, Н.Т. Әлібек¹, А.Б. Төремұрат¹

¹ Оториноларингология, Офтальмология кафедрасы, М. Оспанов атындағы БҚМУ КеАҚ, Ақтөбе., Қазақстан Республикасы

² Оториноларингология бөлімшесі, АМО, Ақтөбе қ., Қазақстан Республикасы

Түйін сөздер: өмір сапасы; көмейдің қатерсіз жаңатүзілістері; дисфония; VoiSS сауалнамасы

Кіріспе

Науқас өмірінің әртүрлі салаларындағы өмір сапасының көрсеткіштері ауру фондында адамның бейімделу реакцияларының дәрежесін және оның әлеуметтік-экономикалық жағдайына сәйкес күнделікті функцияларын орындау мүмкіндігін көрсетеді. Зерттеудің мақсаты: Хирургиялық емдеу кезеңінен кейін көмейдің қатерсіз жаңатүзілістері бар науқастардың өмір сүру көрсеткіштерінің сапасын бағалау.

Әдістер:

Біз ШЖҚ «Ақтөбе медициналық орталығы» МКК оториноларингология бөлімшесіне көмейдің қатерсіз жаңатүзілістері диагнозымен стационарлық ем қабылдауға жіберілген 36 науқасқа зерттеу жүргіздік. Оториноларингология бөлімшесінде 01.09.2019 - 12.2022 жж. аралығында көмейдің қатерсіз жаңатүзілістері бар барлық науқастарға зерттеу туралы ақпарат берілді және ақпараттандырылған келісім алынды. 18 – жастан жоғары зерттелетін 36 науқастың, 24- (66,7%)- ер адамдар, ал 12 (33,3%)- әйелдер. Дауыс функциясының жағдайы, зақымдану көлемі және ларингоскопиялық көрінісі келесі қосымша зерттеу әдістерінің негізінде бағаланды: дауысты аудитивті бағалау, фиброларингоскопия, видеоларингоскопия. Өмір сүру сапасының көрсеткіштерін талдау үшін біз өзіміз аударған VoiSS

(Voice Symptom Scale) (Ian J. Deary және бірлескен авт., 2003) сауалнамасын қолдандық. Бұл жұмыста біз оперативті емнен кейін қатерсіз жаңатүзілістері бар науқастардың өмір сүру сапасының көрсеткіштерін сипаттаймыз.

Нәтижелері:

Көмейдің эндоскопиялық визуалды көрінісі жаңатүзілістердің болуымен қатар көмейдің басқа бөлімдеріндегі әртүрлі өзгерістерді анықтады: шынайы дауыс жалғамаларының қалыңдауы (87%), шынайы дауыс желбезегінің толық жабылмауы (98%), бөбешік қозғалысының бұзылуы (5%), вестибулярлық бөлімнің гиперплазиясы (56%). VoiSS сауалнамасын пайдалану нұсқауларына сәйкес біз тармақтарды 3 топқа бөлу арқылы қарастырдық : дауыс қызметінің бұзылу белгілері бойынша, эмоционалды және физикалық симптомдар.

Шкалаларды талдау кезінде біз дауыстың бұзылуын бағалайтын шкала көп зардап шегетінін анықтадық, көрсеткіш науқастардың 92% – ында -58 балл, содан кейін эмоционалды – 87 пайыз -28 балл, физикалық 42 пайыз - да 24 балл жинағын құрады. Шкаланың жалпы нәтижесі 108 балл, бұл сауалнаманың жалпы көрсеткішінің 90 пайызын құрады, мүмкін болатын ең жоғары балл 120. Алынған нәтижелерге сүйене отырып төмендегідей қорытынды жасауға мүмкіндік береді, бұл дауыстық аппараттың толық функционалдылығының бұзылуы көмейдің қатерсіз жаңатүзілістері бар науқастардың өмір сүру сапасының нашарлауының негізгі факторы болып табылады.

Қорытынды:

Симптомдардың қолайсыздық дәрежесі науқастың дауыстық бұзылыстардың оның өмір сүру сапасына әсер ету дәрежесін қабылдауына үлкен әсер етеді. Демек, VoiSS сауалнамасы арқылы науқастың жайлылық дәрежесін зерттеу көмейде қатерсіз ісіктері бар науқастарға көрсетілген медициналық көмектің сапасын және жүргізілген оңалту шараларын объективті бағалауға мүмкіндік береді.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АКУСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ГОЛОСА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА

Наджимутдинова Н.Ш., Алиева М.У., Иноятова Ф.И., Абдукаюмов А.А., Мусаев М., Абдуллаева М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии (РСНПМЦ Педиатрии), г. Ташкент, Республика Узбекистан

Ташкентский Университет Информационных Технологий (ТАТУ), г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение

В настоящее время диагностика дисфонии обеспечивается внедрением современных объективных методов оценки состояния голосовой функции гортани. Метод компьютерного спектрального акустического анализа голоса (ААГ) является неинвазивным методом диагностики дисфонии голоса, который основывается на субъективных и объективных данных голоса пациента, а акустические параметры голоса объективно отражают качественные и количественные характеристики голоса.

Цель исследования – использование метода ААГ оценки особенностей характеристик голоса у детей с дисфониями

Методы

В исследованиях были обследованы две группы детей – первая контрольная – 20 детей в возрасте от 6 до 11 лет без патологии ЛОР органов, с нормальным голосом и группа исследования - 47 детей в возрасте от 6 до 11 лет с дисфонией. Степень дисфонии оценена по шкале N. Yanagihara (1967) – классический метод определения степени дисфонии.

Акустическую характеристику голоса проводили на основании **спектрального акустического анализа** в специальном кабинете, снабженном звукоизоляцией. Голос записывался с помощью микрофона, оснащенного встроенным измерителем уровня шума. Оптимальным режимом для записи голоса считается уровень шума не более 40 дБ. Микрофон располагали на рас-

стоянии 30 см от рта ребенка. На микрофоне осуществляется запись звучания голоса детей на компьютере аудио сигналами формата wav с частотой дискретизации 44100 Гц и типа mono в программной среде записи аудио данных «Audacity». Выполнены записи голосов гласных звуков «А», «И», «У» и получены соответствующие спектрограммы.

Анализировали следующие 5 показателей акустических параметров голоса: Energy of discrete signals, Entropy, Maximum signal value, Minimum signal value, Zero points number.

Результаты

Группа исследования дети с дисфониями были после перенесенных следующих операций на гортани: после операций удаления узелков голосовых связок (УГС) - 20, после операций по поводу рецидивирующего респираторного папилломатоза (РПП) – 5, после операций по поводу рубцовой деформации гортани (РДГ)– 22. По степени дисфонии больные были следующей степени 2 степени- 18 больных, 3 степени – 15 больных и 4 степени - 11, 5 степени – 3 больных.

Анализ показателей акустических характеристик показал, что энтропия при дисфонии 2 степени и дисфонии 3, 4 степени не имел сильных колебаний, однако его составные minSV и maxSV отличались от группы контрольных значений: так в группе с более грубыми нарушениями (дисфония 3, 4 степени) – показатели отличались от 3,2 раза до 1,7 раз, в группе же с дисфонией 2 степени – от 3,8 раз до 2,02 раз. При этом показатель zero (показатель нулевых точек) был пропорционален возможности наличия шумов при произнесении звуков обусловленных волнообразных движений голосовых связок. Zero характеризует полезные и неполезные движения – чем более пропорционально эти движения тем меньше показатель нулевых точек. Так при дисфункции движения голосовых связок обусловленных нарушениями колебаний – дисфункцией волокон в связках показатель был в 3,9 раза выше показателя контрольной группы. У больных же с рубцовыми изменениями показатель zero был выше всего лишь на 1,6 раз. Это скорее всего свидетельствует о том, что показатель нулевых точек является показателем возмож-

ности движения колебаний и особенно синхронного движения. При этом асинхронные колебания при нормальных голосовых связках с нарушением формирования волны создают большую зашумленность с увеличением данного показателя. Так же информативными являются показатели минимальных и максимальных значений и особенно показатель энергии затрачиваемой на произнесении голоса – тем больше затрачивается энергии тем выше показатель и тем глубже патология и хуже голос.

Обсуждение результатов

Большинство параметров, применяемых для характеристики голоса человек может сознательно изменять - громкость, высоту и другие параметры голоса, даже частота основного тона может варьировать в широких пределах, имея ограничения лишь максимальных и минимальных значений. При этом все эти показатели являются субъективными. Показатели акустических характеристик голоса являются объективными характеристиками, при этом их использование в диагностике возможно потребует дополнительных исследований для определения лечебной тактики.

ЛЕЧЕНИЯ ЦЕФАЛГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СФЕНОИДИТЕ

Аллабергганов М.Р.

г. Ташкент, Узбекистан

Введение

Цефалгия (головная боль) - одна из наиболее частых жалоб не только в неврологической, но и в общей медицинской практике. Головная боль может быть ведущим, а иногда и единственным симптомом примерно при 50 различных заболеваниях. Хроническая и периодически повторяющаяся головная боль, как правило, является мигренью или головной болью напряжения и чаще всего не опасна для жизни, но доставляет страдания, ограничивает трудоспособность и может быть

устранена только при правильной диагностике и лечении. Такая головная боль часто встречается при заболеваниях клиновидной пазухи.

Частота воспалительного процесса в клиновидной пазухе составляет 19-58% от всех синуситов. Глубокое расположение клиновидной пазухи в основании черепа и ее соседство с черепно-мозговыми нервами объясняет клинические проявления сфеноидита. Такие анатомические предпосылки препятствуют ранней диагностике сфеноидита и приводят к отсутствию своевременного адекватного лечения.

Распознавание воспалительного процесса в клиновидной пазухе традиционными рентгенологическими методами представляет существенные трудности. Применение компьютерной томографии околоносовых пазух и эндоскопического исследования полости носа и носоглотки сделали обычным диагноз хронического сфеноидита, который ранее даже не упоминался в отчетах как самостоятельная нозологическая форма.

Поскольку диагностика сфеноидита сложна, патология этой пазухи может обусловить необходимость консультаций многих специалистов: отоларинголога, офтальмолога, невролога, нейрохирурга, психиатра.

Хронический сфеноидит, как правило, отличается вялым течением, на первый план нередко выступают симптомы общего характера, например, признаки неврологических и астеновегетативных нарушений (нарушение сна, ухудшение памяти, утрата аппетита, повышенная раздражительность).

Вероятно, указанные неврологические нарушения обусловлены токсикогенным и паторефлекторным влиянием очага хронического воспаления, находящегося в непосредственной близости от гипофизарно-гипоталамической и лимбико-ретикулярной систем.

Цель исследования - совершенствование диагностики заболеваний клиновидной пазухи и изучение эффективности эндоназальной зондирования сфеноидальной пазухе.

Клиники «Отоларингологии» нами было обследовано 66 больных с хроническим сфеноидитом в период с сентября 2017 по сентябрь 2019 г. Возраст больных варьировал от 20 до 57 лет, из них женщин - 46, муж-

чин - 20.

Все пациенты первоначально обратились к врачу-неврологу с жалобами на головную боль, носящую постоянный характер в течение продолжительного времени и купирующуюся приемом анальгетиков. Всем пациентам было рекомендовано выполнение компьютерной томографии околоносовых пазух, по данным которой у всех пациентов выявлен односторонний хронический сфеноидит. У 27 пациентов - правостороннее поражение клиновидной пазухи, у 39 пациентов - левостороннее поражение.

Каждому пациенту было рекомендовано зондирование основном пазухе.

Всем больным выполнена зондирование сфеноидиал пазухе под местный анестезия. После зондирование, пациенты чувствовали себя удовлетворительно. Снижение интенсивности головной боли наблюдалось у больных, начиная уже с первого дня после зондирования. На 5-6-й день пациенты отмечали отсутствие жалоб на головную боль.

Результаты

Использование компьютерной томографии позволяет получить наиболее полную информацию о строении и состоянии клиновидной пазухи. Эндоназальная зондирования сфеноидиал пазухе, проводимая через область естественного соустья клиновидной пазухи, является эффективным, щадящим, безопасным методом лечения больных сфеноидитом. Необходим комплексный междисциплинарный подход для уточнения диагноза. Каждому пациенту, в анамнезе которого, присутствуют жалобы на цефалгию, необходимо выполнять компьютерную томографию околоносовых пазух.

МОНТЕЛУКАСТ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АДЕНОИДИТОВ У ДЕТЕЙ

Касымжанова Ж.Д.^{1,2}, Есеналиева Р.Н.¹, Жакенова С.С.^{1,2}, Шора Ж.А.¹

¹ Курс оториноларингологии. Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

² ЛОР-clinic, г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: оториноларингология, гипертрофия аденоидов, аллергия, монтелукаст

Введение

Гипертрофия аденоидов - частая проблема на сегодняшний день. Почти каждый ребенок страдает гипертрофией аденоидов. В последнее время увеличивается количество детей с аллергическими реакциями. Такие дети не всегда готовы к оперативному лечению. При отсутствии лечения, хронический аденоидит приводит к различной патологии, которая в дальнейшем ухудшает качество жизни ребенка. *Цель исследования:* оценить эффективность лечения хронических аденоидитов препаратом монтелукаст, детям с аллергическими реакциями.

Методы

Открытое исследование, проведенное в 2021-2023 гг. В исследование включено 45 пациентов с хроническим аденоидитом. В исследовании участвовали пациенты в возрастной группе 1 - 4 года. Исследуемым ранее было проведено консервативное лечение, без эффекта. У всех пациентов при эндоскопическом исследовании выявлены аденоидные вегетации III степени без признаков острого процесса. У пациентов исследуемой группы не выявлено СОАС. Также проводилось определение уровня Ig E в крови. У 26-ти (57,8 %) пациентов выявлен повышенный уровень Ig E. Других жалоб родителей, кроме нарушения носового дыхания у ребенка, не было. У 19-ти (42.2 %) пациентов выявлен нормальный уровень Ig E в крови. Пациентам был назначен препарат монтелукаст, в дозе 4мг 1 раз в день внутрь (жевательная таблетка), в течении 14 дней. Средний период наблюдения составил 30 дней.

Результаты

Результатами исследования являются клиническая картина и результаты эндоскопического исследования. Клиническая картина составлялась по результатам опроса родителей, внешние данные. Эндоскопи-

ческая картина оценивалась на 15-ый и 30-ый день наблюдения. Критерием нормализации эндоскопической картины носоглотки являлось: уменьшение размеров аденоидных вегетаций до II степени, свободное соустье слуховой трубы. Из общего количества пациентов (45), 44 (97,8 %) пациента показали положительный результат. Из них у 31-го (70,5 %) пациента положительный результат на 15-ый день лечения, после 14-дневного курса лечения монтелукастом: клиническое выздоровление, эндоскопическая картина. Из них 26 пациентов (83,9 %) с повышенным уровнем Ig E до лечения, 5 пациентов (16,1 %) с нормальным уровнем Ig E в крови. У 13-и (29,5 %) пациентов клиническое улучшение на 15-ый день лечения, на 30-ый день лечения нормализация эндоскопической картины. У 1-го (2,2 %) пациента после лечения динамики нет. Пациент был направлен на оперативное лечение.

Обсуждение результатов

Исследование показало эффективность лечения препаратом монтелукаст при лечении хронических аденоидитов у детей раннего возраста, как при аллергической форме, так и при инфекционной форме заболевания. Эффективность лечения от общего количества исследуемых пациентов составила 97,8 %, что дает возможность лечить гипертрофию аденоидов III степени у детей младшего возраста консервативным методом.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА АДЕНОИДНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Махкамова Н.Э., Усманова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

Резюме

Одной из основных причин экссудативного среднего

отита, многие авторы рассматривают тубарную дисфункцию вследствие гипертрофии аденоидных вегетаций с обструкцией устья слуховой трубы в носоглотке. Поэтому оперативное вмешательство – эндоскопическая шейверная аденотомия была рассмотрена как способ разрешения обструктивной дисфункции евстахиевой трубы. В данной работе рассмотрен объективное определение значения гистопатологических признаков аденоидной ткани у детей в возрасте с 3х до 14 лет для развития экссудативного среднего отита. Статистический анализ выявил значительную распространенность плоскоклеточной метаплазии и фиброза соединительнотканых фолликулов аденоидной ткани с экссудативным средним отитом, чем при отсутствии среднего отита. Таким образом, аденоидная ткань не только оказывает обструктивное влияние на просвет евстахиевой трубы при увеличении, но и препятствует (затрудняет) мукоцилиарное дренирование среднего уха с помощью не мерцательного метапластического эпителия и фиброза соединительной ткани.

Morphological study of histological material of adenoid tissue in patients with exudative otitis media

Makhkamova Nigora Ergashevna, Usmanova Nilufar Abdusaidovna

Tashkent State Stomatological Institute

One of the main causes of exudative otitis media, many authors consider tubar dysfunction due to hypertrophy of adenoid vegetations with obstruction of the mouth of the auditory tube in the nasopharynx. Therefore, surgical intervention – endoscopic cervical adenotomy was considered as a way to resolve obstructive dysfunction of the Eustachian tube. This paper considers the objective determination of the significance of histopathological signs of adenoid tissue in children aged 3 to 14 years for the development of exudative otitis media. Statistical analysis revealed a significant prevalence of squamous metaplasia and fibrosis of connective tissue follicles of adenoid tissue with exudative otitis media than in the absence of otitis media. Thus, adenoid tissue not only has an obstructive effect on the lumen of the eustachian tube when enlarged, but also prevents (complicates) mucociliary drainage of

the middle ear with the help of non-atrial metaplastic epithelium and connective tissue fibrosis.

Введение

Экссудативный средний отит является одной из наиболее распространенных причин потери слуха у детей школьного возраста и вторым по значимости заболеванием, вызывающим потерю слуха. На сегодня имеются различные методики диагностики и исследования патологии уха. Все методики имеют свои преимущества и недостатки в применении. Аденоиды играют важную роль в становлении и формировании механизмов иммунологической защиты верхних дыхательных путей. По сей день влияние размеров гипертрофированной аденоидной ткани на развитие экссудативного среднего отита являются объектом дискуссий со стороны различных авторов. Хотя имеются немало подтверждающих исследований и показаний данной теории. Вследствие этого эндоскопическая аденотомия стала одной из наиболее распространенных хирургических вмешательств, выполняемых сегодня, независимо от того, выполняется ли она самостоятельно или в сочетании с установлением вентиляционных трубок - шунтов для выравнивания давления. Хотя аденоидная ткань покрыта псевдомногослойным мерцательным столбчатым эпителием, в ней может проявляться некоторая метаплазия, особенно плоскоклеточного типа, которая может влиять на активность слизистой оболочки. Разрушение мерцательного эпителия дегенерация мукоцилиаров может быть связана со средним отитом посредством снижения функции среднего уха.

Целью нашего исследования было определить возможные взаимосвязи между гистопатологическими свойствами аденоидной гипертрофированной ткани и дисфункцией евстахиевой трубы.

Материалы

В исследование были включены 71 (семьдесят один) пациент обоих полов в возрасте от 3 до 13 лет прооперированные с диагнозом гипертрофия глоточной миндалины и с установлением вентиляционной трубки – шунтов с обеих сторон, или с одной, или без нее. В

исследуемую группу вошел 28 пациентов (12 мальчиков и 16 девочек), перенесших аденотомию с установкой вентиляционных трубок - шунтов (11 двусторонних и 17 односторонних) в связи с аденоидной гипертрофией и экссудативным средним отитом. С другой стороны, контрольная группа включала 43 пациента, соответствующих возрасту (19 мальчиков и 24 девочек), перенесших аденотомию и / или аденотонзиллотомию, и вазектомию, без введения вентиляционных трубок – шунтов, из-за гипертрофии аденоидной ткани, которая вызывала обструктивные симптомы. В этом исследовании все пациенты были прооперированы, начиная с октября 2022 по март 2023 года в ЛОР-клинике ProfMedService, Ташкенте, Узбекистане. Все пациенты из обеих групп были прооперированы под общим наркозом. Помимо аденотомии, пациентам основной группы после аспирации жидкости из устья миринготомии была вентиляционная трубка шунт, установленная на одну или обе барабанные перепонки (в переднем-нижнем квадранте барабанной перепонки).

Диагноз аденоидной гипертрофии был основан на жалобах, и, эндоскопической картины задней части носа с прямым 2,7 мм 0° эндоскопом (жесткие Storz Hopkins телескоп, Германия). Диагноз экссудативный средний отит был основан по крайней мере на трех последовательных ежемесячных обследованиях с помощью эндоскопического осмотра наружного слухового прохода и состояния барабанной перепонки, тимпанометрии и, по возможности, с аудиометрией. Критериями для установки трубки были следующие: (1) субъективное мнение родителей по поводу снижения слуха; (2) выступающая и увеличенная аденоидная гипертрофия, сопровождающаяся соответствующей симптоматикой - затрудненное дыхание через нос, постоянную заложенность, прибегание перед сном или во время к сосудосуживающим каплям, рецидивы отитов 3 раза и более; (3) перепонка с тиманограммой типа В; и (4) устойчивость к консервативной терапии с использованием медикаментов.

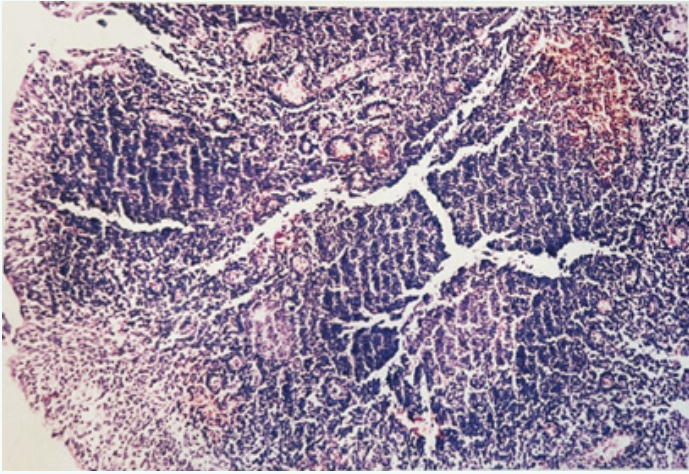


Рис. 1. Фрагмент ткани размером 0,8-0,5 см, серо-белесоватого цвета, плотновато-эластичной консистенции. Окрашивание гематоксилином – эозином

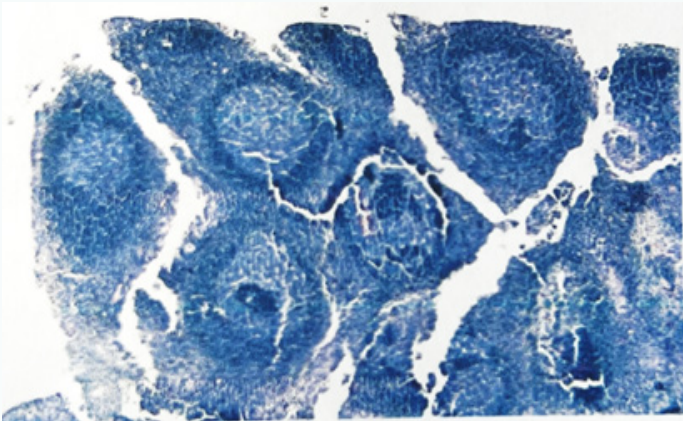


Рис. 2. Фрагмент ткани размером 0,5-0,5 см, белесоватого цвета, мягкой консистенции. Окрашивание гематоксилином – эозином

Гистопатологически проанализированный материал был удален на основании гипертрофии, которая вызвала обструктивные симптомы и/или возникновение экссудативного среднего отита. Все резецированные аденоиды фиксировали в формалине, заливали в парафин и, наконец, готовили серийные микроскопические слайды, окрашивали гематоксилин— эозином. Регистрировали плоскоклеточную метаплазию поверхностного эпителия (рис. 1), фиброз внутриклеточной соединительной ткани (рис. 1), инфильтрацию плазматических клеток, инфильтрацию полиморфно-ядерных лейкоцитов, отек стромы, инфильтрацию лимфоцитов, гиперплазию слизистых желез и пролиферацию сосудов.

При гипертрофии аденоидной ткани наблюдается нечеткая очерченность фолликулов, плохая выражен-

ность их периферических зон, вследствие периферической зоны сливаются с остальной лимфоидной тканью. Покровный эпителий респираторного типа – однослойный многорядный призматический реснитчатый в норме. (рис. 2)

Результаты

Возраст пациентов варьировался от 3 до 13 лет (в среднем $7,03 \pm 3,26$ года) и от 3 до 13 лет (в среднем $7,06 \pm 3,04$ года) для основной и контрольной групп соответственно. Не было никакой существенной разницы между двумя группами, связанной с возрастом, полом и продолжительностью предоперационных жалоб. Плоскоклеточная метаплазия была выявлена в 21 из 28 случаев (77%) в основной группе и 9 из 43 случаев (21,5%) в контрольной группе. Фиброз межфолликулярной соединительной ткани был выявлен в 13 из 28 случаев (47,5%) в основной группе и 4 из 43 случаев (9,2%) в контрольной группе. В основной группе (аденотомия с введением вентиляционной трубки - шунтов) плоскоклеточная метаплазия поверхностного эпителия аденоидов и фиброз межфолликулярной соединительной ткани в аденоидных массах были значительно выше, чем в контрольной (аденотомия без вентиляционной трубки). С другой стороны, не было значимой разницы между двумя группами в отношении инфильтрации плазматических клеток, полиморфно-прозрачной инфильтрации лейкоцитов, отека стромы, инфильтрации лимфоцитов, слизистой железы гиперплазии и пролиферация сосудов.

Обсуждение результатов

Экссудативный средний отит, характеризующийся наличием среднего уха выпот в течение 3 месяцев или более и общее отсутствие явных признаков инфекции, является наиболее распространенной причиной глухоты у детей в развитых странах. Это многофакторное, распространенное, бессимптомное и молчаливое заболевание, особенно в младенческом возрасте. Аденоиды могут способствовать образованию среднего отита двумя способами: механическая непроходимость из-за увеличения массы аденоидов или местная воспалительная реакция в евстахиевых трубах и

среднем ухе, вызванная высвобождением медиаторов воспаления. Аденоидная гиперплазия или хроническая аденоидит может вызвать значительные проблемы, требующие аденотомии, в ситуациях, когда сами миндалины не поражены и не способствуют развитию симптоматики. Утверждается, что аденотомия является эффективной процедурой для лечения медикаментозно резистентного экссудативного среднего отита. Помимо хорошо известных способов формирования экссудативного среднего отита, мы считаем, что гистопатологические особенности аденоидной ткани могут влиять на патогенез экссудативного среднего отита. В наше исследование мы включили пациентов с аденоидной гипертрофией, сопутствующим одно или двусторонним экссудативным средним отитом, гипертрофией небных миндалин и аллергическим ринитом.

Процесс мукоцилиарного клиренса очищает выделения и твердые частицы из среднего уха в носоглотку через евстахиеву трубу. Нарушение системы мукоцилиарного клиренса препятствует оттоку выделений из среднего уха в носоглотку и приводит к хроническому экссудативного среднего отита. При хронической воспалительной стимуляции метаплазия в основном состоит из прогрессирующей замены мерцательных клеток клетками, оснащенными апикальными микроворсинками и микропластинками, который считается первым шагом перехода к предотвращению появления кубовидного и, в конечном счете, плоского эпителия, что представляет собой необратимую стадию. В условиях метапластики способность реснитчатых клеток продуцировать реснички блокируется вследствие транскрипционной блокады. Метапластический эпителий, образование которого, вероятно, является защитной реакцией, теряет свою способность играть определенную роль в гомеостазе кровотока. Метаплазия респираторного эпителия до плоскоклеточного типа ухудшает функцию пораженной области, ведущей к верхним и нижним дыхательным путям расстройства.

Аденоиды покрыты многослойным мерцательным столбчатым эпителием, который складывается, образуя многочисленные поверхностные складки. Наши наблюдения показали, что метаплазия псевдослоистого мерцательного эпителия и фиброз межфолликулярной соединительной ткани аденоида могут способствовать нарушению дренажной функции среднего

уха. Холе выдвинул гипотезу, что дефицит витамина А нарушает механизм очищения слизистой оболочки среднего уха и евстахиевой трубы посредством очаговой плоскоклеточной метаплазии и приводит к выпоту и среднему отиту.

Мы предположили, что фиброз межфолликулярной соединительной ткани аденоида может нарушать лимфатическую дренаж близлежащих тканей. Этот возможный механизм, который нуждается в дальнейшей оценке, может играть определенную роль в патогенезе экссудативного среднего отита. Эти результаты побуждали нас выдвинуть гипотезу о том, что плоскоклеточная метаплазия и фиброз межфолликулярной соединительной ткани в аденоидной ткани могут оказывать некоторые неблагоприятные эффекты на патогенез экссудативного среднего отита.

Выводы. В нашем исследовании плоскоклеточная метаплазия и увеличенный фиброз межфолликулярной соединительной ткани аденоида, по-видимому, более распространены при развитии экссудативного среднего отита. Пациенты, перенесшие только аденотомию, гистопатологически демонстрирующие плоскоклеточную метаплазию и фиброз межфолликулярной соединительной ткани, должны находиться под дальнейшим наблюдением в течение длительного процесса. Все факторы, приводящие к образованию плоскоклеточной метаплазии аденоидного эпителия и к усилению фиброза межфолликулярной соединительной ткани, должны быть оценены с помощью различных исследований. Необходимы дальнейшие исследования для точного определения роли этих гистопатологических находок аденоидов в этиопатогенезе и течении экссудативного среднего отита. Затем следует разработать методы лечения с учетом этих гистопатологических свойств аденоидной ткани.

Список использованной литературы

1. Ботиров Ш.Р. Патологии среднего уха и слуховой трубы [Электронный ресурс] / Ш.Р. Ботиров, Н.Э. Махкамова. - Электрон. текстовые дан.: [б. и.] // Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар: даврий анжуманлар мавзусидаги республика 45-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн кон-

- ференция материаллари тўплами (Тошкент, 31 октября 2022 й.). - Тошкент: Tadqiqot. - 2022. - С. 15-16.
2. Дисфункция слуховой трубы в детском возрасте. Часть 2: обзор / А.Ю. Ивойлов [и др.] // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал / Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения города Москвы. - Москва: Издательство Медиа Сфера. - 2021. - Том 86 N 6. - С. 99-104.
 3. Кузнецова Н.Е. Сочетание рецидивирующего среднего отита и аденоидии в раннем детском возрасте как диагностический маркер мукополисахаридоза II типа (синдром Хантера) / Н.Е. Кузнецова, Т.Б. Кузнецова // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал / Научноисследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения города Москвы. - Москва: Издательство Медиа Сфера. - 2022. - Том 87 N 4. - С. 19-22.
 4. Носирова Г.Р. Особенности терапии детей с дисфункцией евстахиевой трубы при остром среднем отите: научное издание / Г.Р. Носирова // Педиатрия: научно-практический журнал / Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентский педиатрический медицинский институт. - Ташкент, 2020. - N 1. - С. 64-66.
 5. Облитерация полостей среднего уха у детей: современное состояние проблемы и наш первый опыт: научное издание / Ю.Ю. Русецкий [и др.] // Вестник оториноларингологии: научно-практический журнал / Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения города Москвы. - Москва: Издательство Медиа Сфера. - 2021. - Том 86 N 2. - С. 21-27.
 6. Оценка параметров слуховой трубы по данным компьютерной томографии у пациентов с хроническим экссудативным средним отитом: научное издание / Н. И. Гребень [и др.] // Оториноларингология. Восточная Европа: международный научно-практический журнал. - Минск, 2020. - Том 10N 2. - С. 116-121.
 7. Результаты лечения детей с экссудативным средним отитом, перенесших хирургическую коррекцию анатомических структур носоглотки: Тезисы XVII Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» (Москва, 23-25 октября 2018 г.) / А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, А.Ю. Ивойлов и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - М., 2018. – Том 63 N4. - С. 262-263.
 8. Совершенствование диагностики и лечения хронических гнойных средних отитов у детей: научное издание / Д.Р. Джаббарова [и др.] // Педиатрия: научно-практический журнал / Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентский педиатрический медицинский институт. - Ташкент, 2020. - N 4. - С. 150-154.
 9. Состояние паратубарных структур слуховой трубы при хроническом гнойном среднем отите по данным МРТ: научное издание / S. Terzi [и др.] // Вестник оториноларингологии. - М., 2017. - Том 82 N1. - С. 84.

Оптимизация хирургического лечения хронического декомпенсированного тонзиллита

Оспанова С.А., Оспанова М.А.

Центр непрерывного профессионального развития.
Клиника Профмедцентр 777, г. Шымкент, Казахстан

Ключевые слова: хронический декомпенсированный тонзиллит, тонзилэктомия, радиоволновой скальпель «Surgitron».

Введение

Тонзиллэктомия- одно из наиболее распространенных вмешательств в мире. Успех хирургического лечения зависит от ряда причин: наличием обширных рубцов и спаек в паратонзиллярном пространстве, кровотечениями при проведении операции в послеоперационном периоде, аномально расположенные сосуды шеи и др.

Исследование направлено на внедрение в клиническую практику радиоволновой технологии при тонзиллэктомии.

Целью нашей работы было повышение эффективности хирургического лечения хронического декомпенсированного тонзиллита.

Методы

На базе нашей клиники было проведено клиническое обследование и хирургическое лечение 28 детей в возрасте от 10 -14 лет, с диагнозом хронический декомпенсированный тонзиллит. Тонзиллэктомии были выполнены под общей анестезией с использованием радиоволнового скальпеля «Surgitron» (производства Ellman International inc., США), представляющего собой генератор высокочастотных электрических волн, излучаемых с переменной мощностью и постоянной частотой в 38 мГц.

Разрез по небной дужке выполняли радиоволновым

скальпелем в режиме «Разрез плюс коагуляция» с мощностью 4,0 единиц. С помощью распатора тупо выделяли миндалину до основания. Затем накладывают на миндалину радиоволновую петлю в режиме «Разрез плюс коагуляция» при мощности 5,0 единиц, мягко отсекали ножку. После шариковым электродом тушировали тонзиллярную нишу в режиме «Коагуляция» с мощностью 4,0 единиц.

Результаты

Оценка эффективности хирургического лечения проводилась как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде- характер заживления тонзиллярных ниш, наличие осложнений, сроки пребывания в стационаре. Характер репаративных процессов оценивали клинически и цитологически (мазки- отпечатки).

Применение радиоволнового скальпеля «Surgitron» позволило получить практически сухое операционное поле в течение всей операции, сократить время операции, ускорить реабилитацию, отсутствию кровотечения в послеоперационном периоде.

Пациенты провели в стационаре в среднем $2 \pm 0,4$ дня.

Использование радиоволнового скальпеля «Surgitron» - высокоэффективно при проведении тонзиллэктомии. Данные аппарата являются оптимальными для рассечения тканей, в том числе рубцов, отличаются малой травматичностью, сокращает время проведения операции за счет быстрого и стойкого гомеостаза, и в целом способствует ускорению реабилитации пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОНОПЛАСТИКИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Эргашев У.М.¹, Тожибаев З.Н.²

¹Ташкентская Медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

²Частная клиника «Jizzax LOR shifo», г. Джизак, Узбекистан

Введение

На сегодняшний день хронические отиты являются одним из распространённых патологий [1,2]. Одним из основных этиологических факторов хронических средних отитов является дисфункция слуховой трубы, которая существенно влияет на результат восстановительных операций среднего уха [1, 5]. Оценка функции слуховой трубы является неотъемлемой частью обследования пациентов с патологией уха, в т. ч. и дооперационном этапе, так как эта является одним из основных прогностических факторов слухулучшающих операций. Ранние и отдалённые результаты тимпаноластики зависят от состояния функции слуховой трубы, что является ориентиром для выбора оптимального метода оперативного вмешательства [3,4,5]. Однако отдельно взятые методы не всегда достаточно эффективны.

Мы поставили перед собой цель определить эффективность тимпаноластики с комбинацией субаннулярных Т-образных трубок для длительной вентиляции среднего уха и баллонную тубопластику при стойких дисфункциях слуховой трубы. Нами было взято под наблюдение 48 больных, из 19 пациентам поставлена субаннулярная трубка для длительной вентиляции, 13 пациентам сделано баллонная тубопластика и 16 пациентам проведено комбинация субаннулярной трубки и баллонной тубопластики для устранения отрицательного влияния слуховой трубы на результаты тимпаноластики в период 2019-2021 гг. Все больные были с перфорацией на барабанной перепонке и 2-ой, 3- степенями дисфункции слуховой трубы.

В качестве предоперационной оценки функции слуховой трубы применяли шкалу опросника дисфункции евстахиевой трубы (ETDQ-7), модифицированный ин-

фляционно-дефляционный тест (ETF2). После операционном периоде к выше перечисленным дополнительно проводили ETF1 тест (опыт Уильямса).

Анализ результатов показал, что тимпаноластика в комбинации трубок для длительной вентиляции в сочетании баллонной тубопластикой даёт больше эффективности чем отдельно взятые.

Список литературы

1. Leichtle A, Hoffmann TK, Wigand MC. Otitis media – Definition, Pathogenese, Klinik, Diagnose und Therapie [Otitis media: definition, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and therapy]. *Laryngorhinootologie*. 2018 Jul;97(7):497-508. German. doi: 10.1055/s-0044-101327. Epub 2018 Jul 9. Erratum in: *Laryngorhinootologie*. 2018 Jul;97(7):E2. PMID: 29986368.
2. Lin A.C., Messner A.H. Pediatric tympanoplasty: Factors affecting success. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;16(1):64–68. doi: 10.1097/MO0.0b013e3282f43430
3. Bellucci R.J. Selection of cases and classification of tympanoplasty. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 1989;22(5):911–926. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2694069>.
4. Vartiainen E., Nuutinen J. Success and pitfalls in myringoplasty: Follow-up study of 404 cases. *Am J Otol*. 1993;14(3):301–315. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8372930>.
5. Eremeeva K.V., Varosyan E.G., Sobolevskaya A.O., Lunicheva A.A., Sobolev V.P. Methods of preoperative assessment of function of the auditory tube in patients with chronic tubotympanal purulent otitis media. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(6):140–147. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-6-140-147

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ ПРИ ПРИОБРИТЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА

Камалов И.Я.¹, Улкенбаев Д.Б.¹, Имангалиева А.А.¹

¹ НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан

Ключевые слова: **ринопластика, риносептопластика, септопластика, наружный нос**

Введение

Повреждения костей лицевого скелета, в том числе переломы костей носа занимают одно из лидирующих позиций среди общего травматизма работоспособной возрастной группы. Последствия травм носа проявляются не только в обезображивании лица, но и в функциональных расстройствах с возможным нарушением ментального здоровья.

По данным ряда авторов (Бесшапочный С.Б., 2011, Verwoerd C.D., 1989) доказано, что при переломах костей носа чаще всего повреждается центральный отдел перегородки носа (горизонтальный перелом), отмечается разрыв соединения кости и хряща носовой перегородки, происходит смещение четырехугольного хряща и перелом премаксиллярных гребней с дальнейшим рубцеванием и утолщением листков слизистой оболочки.

Носовая перегородка, как правило, ломается при смещении наружных структур более чем на половину своей ширины (Murray J.A.), а отломки наружных структур при этом смещаются в направлении смещения носовой перегородки (Verwoerd C.D.). Это приводит к возрастанию сопротивления вплоть до полной обструкции носа. При боковых ударах наблюдается смещение носовой пирамиды в бок, западение ската носа на стороне травмирующего агента, при прямом же направлении воздействия формируются фронтальные вдавления (Крюков А.И., 2006, Семенов С.А., 2012). В этом случае происходит расплющивание корня носа, разделение носовых костей и перелом носовой пере-

городки. Отмечаются хрящевые повреждения с опущением кончика и западением спинки носа, изменением строения крыльев носа и образованием рубцов. Вышеперечисленные явления связаны с невысокой прочностью костно-хрящевого остова носа. Изменения носовой перегородки приводят к перестройке анатомии наружной стенки носа, как результат - строение пирамиды носа становится неодинаковым с обеих сторон.

В современной ринохирургии на сегодняшний день используются две методики риносептопластики – открытая и закрытая в различных модификациях. Нами на базе одной из крупных клиник Алматы были проведены операции посредством открытой риносептопластики с использованием спредер графтов, септального L-strut, формированием спинки носа после забора реберного хряща, коррекции кончика носа с цефалической и каудальной резекцией, укреплением медиальных ножек.

Ознакамливаясь с множеством классификаций невозможно должным образом дать характеристику деформации носа для установления нужного объема оперативного вмешательства. Зачастую это восполняется практическим опытом, теоретическими знаниями, которые позволяют врачу на момент диагностики, а иногда и в ходе хирургического вмешательства принять верное решение (Русецкий Ю.Ю.).

Возникающий при травме сложный комплекс изменений требует хирургического восстановления анатомической целостности костно-хрящевого каркаса носа и гармоничного облика пациента. Соответственно, предоперационная подготовка пациента, планирование объема операции должны соответствовать требованиям функциональной и эстетической ринохирургии.

ОПЫТ ЭНДОЛАРИНГЕЛЬНОЙ МИКРОХИРУРГИИ

Бекпан А.Ж.¹, Ауталипов Д.Х.¹

¹Корпоративный фонд «УМС» Национальный научный центр материнства и детства г. Астана, Казахстан

Ключевые слова: гортань; CO₂ лазер; эндоларингеальный; эндотрахеальный; папилломатоз

Введение

Микрохирургические операции на гортани оказались весьма эффективными при лечении органических заболеваний гортани. При этих операциях решается задача полного удаления гиперплазированных участков тканей и одиночных доброкачественных новообразований. Цель исследования: Проанализировать клинический материал и внести рекомендации, касающиеся техники микрохирургических вмешательств на гортани у детей с использованием CO₂ лазера.

Методы

В КФ «УМС» Национальный научный центр материнства и детства, операции на гортани осуществляются с 2010г, до 2019г при этих операциях использовались только микрохирургические инструменты, с 2019г по настоящее время нами проведено 136 операций детям с использованием CO₂ лазера, сопряженного с операционным микроскопом.

При удалении доброкачественных и опухолеподобных новообразований гортани у детей применяли методику удаления новообразований CO₂ лазером в режиме суперпульс, средней мощностью 2-8 Вт, с максимальной плотностью энергии и скоростью сканирования. В случаях папилломатозного поражения гортани вапоризацию проводили мощностью лазера до 15 Вт со средней скоростью сканирования.

При микрохирургических операциях на гортани обычно проводили эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами. В тех случаях, когда требовалось осмотреть межчерпаловидное пространство и провести хирургическую манипуляцию, мы извлекали эндотрахеальную

трубку на 1 минуту и проведя манипуляцию, возвращали трубку в исходное положение через просвет ларингоскопа.

Результаты

Применение CO₂ лазера с микроманипулятором позволило проводить операции на гортани в сухом поле с минимальным повреждением подслизистого слоя и повысило качество тщательного удаления патологической ткани. Хотя использование микрохирургической техники не позволило решить проблему радикального лечения папилломатоза гортани, но во время лазерных эндоларингеальных воздействий легче удаётся щадить здоровые ткани и исключается перенос опухолевых клеток в другие отделы дыхательных путей. В 15 случаях отмечалось удлинение межрецидивного периода между операциями до 9 месяцев.

Включение миорелаксанта в систему многокомпонентной анестезии позволило производить эндоларингеальные вмешательства при сравнительно неглубоком наркозе, что и объясняет редкость осложнений при этих операциях. В нашей работе не наблюдалось ни одного летального исхода, вызванного осложнением наркоза и операции.

Обсуждение результатов

Лазерные воздействия значительно расширили возможности эндоларингеальной микрохирургии. Наши наблюдения показывают, что при микрохирургических операциях на гортани, кратковременное извлечение эндотрахеальной трубки безопасно и позволяет осуществлять хирургическое вмешательство с применением CO₂ лазера в области задней комиссуры гортани, что дополнительно исключает риск воспламенения эндотрахеальной трубки.

ОРТАҢҒЫ ҚҰЛАҚТЫҢ САНАЦИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАРЫМЕН БІРГЕ ТИМПАНОПЛАСТИКАНЫҢ ЕРТЕ ЖӘНЕ КЕШ НӘТИЖЕЛЕРІ

м.ғ.к., профессор Жапалаков Б.А.^{1,2}, Оралбай Ғ.Т¹.

¹Оториноларингология, Офтальмология кафедрасы, М. Оспанов атындағы БҚМУ КеАҚ, Ақтөбе., Қазақстан Республикасы.

²Оториноларингология бөлімшесі, Ақтөбе медициналық орталығы, Ақтөбе қ., Қазақстан Республикасы.

Түйін сөздер: **созылмалы іріңді ортаңғы отит, құлақтың санациялық операциясы, тимпаноластика.**

Кіріспе

Созылмалы ортаңғы отиттің ЛОР-ауруларында кездесу жиілігі 15,7% - 22,4% құрайды. [1,2].

Зерттеудің мақсаты. Созылмалы іріңді ортаңғы отитте хирургиялық емнің нәтижелігін дәлелдеу.

Әдістер

Зерттеуге Ақтөбе медициналық орталығының ЛОР бөлімшесіне 2013-2022 жылдарда созылмалы іріңді ортаңғы отитпен жатқызылған 18-60 жас аралығындағы 476 науқас алынды. Науқастар 3 топқа бөлінді. Бірінші топта (24) радикалды операция тимпаноластикамен, екінші тобына (272) аттикоантротомия тимпаноластикамен бірге, үшінші топқа (180) тимпаноластиканың I типі жасалды. 329 науқаста дабыл жарғағындағы перфорацияны қалпына келтіру үшін самай бұлшықет фассиясы, ал 147 науқасқа құлақ түйін шеміршегі мен шеміршектісі пайдаланылды.

Нәтижелері мен талқылау:

Есту қабілетін тексеруге акуметрия, камертон, тональды аудиометриялық зерттеу әдістері қолданылды. Ор-

таңғы құлақтағы қабыну процесінің қарқындылығына және аурудың ұзақтығына байланысты аудиограммада естудің 20-50 дБ-ге төмендегені анықталды.

Операцияның нәтижелігін анықтау аудиограммадағы сүйекті және ауалық интервалдарға (алшақтық) негізделді. Жақсы нәтиже деп сүйекті және ауалық алшақтық 10 — 20дб азайса, қанағаттанарлық — 20 — 30дб және қанағаттанарлықсыз — 30дб немесе одан артық. Осы көрсеткіштерді бағалауда самай бұлшық еті фассиясын қолданып жасалған тимпаноластикадағы қанағаттанарлық нәтиже науқастардың 278-де (84,5 %), қанағаттанарлықсыз 51-де (15,5 %) анықталды. Шеміршек пен шеміршектісін қолданғанда қанағаттанарлық 134 (91,2 %), қанағаттанарлықсыз 13 (9,8 %) нәтижені құрады.

1 жылдан 2 жылға дейінгі бақылау кезеңінде есту қабілетінің төмендеуі анықталмады. Біздің алынған мәліметтеріміз бойынша есту қабілетінің жақсаруы 6 айдан 1 жыл аралығында қалыптасады.

Есту қызметін жақсартатын операцияның нәтижесі ортаңғы құлақтағы функционалды және морфологиялық өзгерістердің дәрежесіне байланысты және операциядан кейінгі науқастың күтіміне тәуелді.

Қорытынды:

1. Созылмалы іріңді ортаңғы отиттегі санациялық операция тимпаноластикамен бірге жасалуға тиіс, ол операциялық жарақаттың тез жазылуына ықпал етеді.
2. Кешенді емдеуден соң науқастардың есту қабілеті жақсарады.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

Кажкенов А.Ж.¹, Тулебаев Е.Е.², Мухамадиева Г.А.³

НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

ГКП на ПХВ «Многопрофильная больница №1», г. Астана, Казахстан

Введение

Ежегодно во всем мире наблюдается тенденция к увеличению роста челюстно-лицевых травм. Пациенты с челюстно-лицевой травмой составляют значительную часть, поступающих в отделения неотложной помощи [1]. В порядке убывания: нападения, ДТП, падения, занятия спортом, огнестрельные ранения, раны и несчастные случаи на производстве составляют большинство переломов лица. Из них автотранспорт столкновения и огнестрельные ранения приводят к более серьезной травме лица [2]. Характер переломов при травмах лица может варьироваться в зависимости от причины. Среди переломов костей средней зоны лица изолированные переломы дна глазницы составляют 11–28 % и занимают третье место после переломов скуловой кости и дуги и костей носа. Переломы верхней стенки верхнечелюстной пазухи встречаются при сочетанных и множественных травмах. Но переломы дна глазницы также встречаются изолированно, так как ее дно, являющиеся «слабым местом», ограничивающим глазницу от околоносовых пазух и имеющее наиболее тонкую костную стенку [3].

Оскольчатые переломы верхней стенки гайморовой пазухи (переломы крыши верхнечелюстной пазухи, переломы дна орбиты, blow-out-переломы) выделяются своей спецификой. Возникают в результате удара тупыми предметами, например кулаком или мячом. Орбитальная клетчатка, глазные мышцы и даже само глазное яблоко опускаются книзу через раздробленную нижнюю стенку орбиты. Наиболее часто ущемляются нижние прямая и косая мышцы глаза. При поступлении в пациенты предъявляют жалобы на двоение в глазах, онемение лица на стороне поражения. Ане-

стезия области иннервации нижнеглазничного нерва затрагивает нижнее веко, щеку, спинку носа, верхнее веко, верхние зубы и десны, поскольку «взрывной» перелом часто затрагивает стенки нижнеглазничной щели. При наружном осмотре: выраженный отек и гематома век. При сочетании с переломами передней стенки гайморовой пазухи, определяется асимметрия лица, зачет отека мягких тканей и крепитация костных отломков при пальпации [4].

Эпидемиология переломов придаточных пазух варьируется между популяциями, в частности из-за социально-экономических, культурных и образовательных факторов различия [5]. Однако тактика диагностика и лечения таких пациентов является актуальной на сегодняшний день.

Цель исследования: оценить эффективность диагностики и хирургического лечения пострадавших с переломами придаточных пазух носа в г. Астана в период с 2021 по 2023 гг.

Методы

Для реализации цели за период с сентября 2021 года по март 2023 года, на базе ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской больницы №1», отделения «Центра оториноларингологии» прооперировано 14 пациентов, с перенесенными переломами придаточных пазух носа.

В предоперационном периоде проведена тщательная диагностика пациентов: сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные анализы. Для определения объема оперативного вмешательства и оценки характера переломов, наличие или отсутствие повреждение соседних анатомических структур были использованы данные КТ и МРТ.

В ходе изучения клинических случаев у 57 % пациентов ведущей причиной травмы ППН являлось дорожно-транспортное происшествие, в 35,7% случаях бытовые травмы и в одном случае огнестрельное ранение в лицо. Сроки после получения травмы варьировались от нескольких часов до 3 месяцев. Помимо этого, 7 пациентов перенесли перелом верхнечелюстной пазухи и предъявляли жалобы на двоение в глазах и онемение лица на стороне поражения. 6 пациентов перенес-

ли перелом лобной пазухи, при этом особых жалоб кроме косметического дефекта не предъявляли. Также в 1 случае был **комбинированный перелом передней и верхней стенки гайморовой пазухи.**

Далее все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости вида перенесенной травмы. В I группу были включены пациенты с переломами верхнечелюстных пазух, согласно данным КТ и МРТ во всех случаях был перелом нижней стенки глазницы. Во II группу включены пациенты с переломами передней стенки лобной пазухи. Предоперационный период у пациентов проходил без особенностей.

После тщательного изучения данных лабораторных и инструментальных исследований, а также предоперационной подготовки, пациенты были взяты на оперативное лечение. Средний срок проведения операции 120 часов. Послеоперационный период без особенностей.

Вид перелома	Количество пациентов	Объем оперативного вмешательства
Изолированный перелом верхней стенки гайморовой пазухи	7	Баллонная пластика при помощи катетера Фолея, пластика аутохрящом
Изолированный перелом передней стенки лобной пазухи	6	Пластика аутохрящом, металлоконструкцией
Комбинированный перелом передней и верхней стенки гайморовой пазухи, перелом костей носа	1	Баллонная пластика при помощи катетера Фолея, пластика аутохрящом, металлоконструкцией

Всего больных	Количество мужчин и женщин	Сроки травмы		
		1-48 часов	1-30 дней	1-3 месяца
14	12/2	2	5	7

Результаты и обсуждение результатов

Выбор хирургического лечения переломов ППН позволило нам добиться репозиции костных отломков придаточных пазух носа, устранить орбитальные осложнения, онемение лица, косметические дефекты. Помимо этого, данные инструментальных методов исследования имеет клинически важное значение, при оценке пациентов с челюстно-лицевой травмой. Адекватная диагностика делает эти цели возможными, улучшает клинические исходы, обеспечивая правильное выявление травматических повреждений. При дальнейшем

наблюдении за пациентами через 6 месяцев после оперативного лечения и изучении повторных КТ и МРТ снимков в 100% случаев была восстановлена целостность стенок придаточных пазух носа.

Список использованной литературы

1. American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria® Imaging of Facial Trauma Following Primary Survey
2. Erdmann D, Follmar KE, Debruijn M, et al. A retrospective analysis of facial fracture etiologies. *Ann Plast Surg* 2008;60:398-403
3. Р. Назаревич, Р. З. Огоновский, Х. Р. Погранична Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого Совершенствование диагностики и лечения сенсорных нарушений средней зоны лица у больных с изолированными переломами дна глазницы
4. M. M. Abosadegh, S. A. Rahman, and N. Saddki, "Association of traumatic head injuries and maxillofacial fractures: A retrospective study," *Dental Traumatology: Official Publication of BioMed Research International* 9 International Association for Dental Traumatology, vol. 33, no.5, pp. 369–374, 2017.
5. P. Boffano, S. C. Kommers, K. H. Karagozoglu, and T. Forouzanfar, "Aetiology of maxillofacial fractures: A review of published studies during the last 30 years," *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 52, no. 10, pp. 901–906, 2014.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ БОЛИ В ШЕЕ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С БОЛЬЮ В ГОРЛЕ ПО ОПРОСНИКУ БОЛИ В ШЕЕ

д.м.н. Махамадаминова Ш.А., Исмоилов М.Ж.

Введение

Боль в шее сочетающаяся с болью в горла часто встречается в оториноларингологической практике. При этом причины хронической боли чаще бывают неизвестны. Оценка причины и исхода затруднена без объективных показателей.

Методы

Для решения этой проблемы был адаптирован опросник по боли в шее (NECK PAIN DISABILITY INDEX QUESTIONNAIRE) состоящий из девяти разделов из пяти частей. Было обследовано 68 взрослых амбулаторных пациента с болью в шее сочетающиеся с болью в горле. Анкеты заполняли в 1 и 7 дни, а также в 1 и 3 месяца от первичного обращения. При исследовании исключены больные с патологией головного, спинного мозга и позвоночника.

Результаты

Опросник при исследовании показал хорошую краткосрочную повторяемость ($r = 0,84$, $K = 0,62$) при заполнении его четырежды. Такие данные свидетельствуют о стабильности боли и отсутствии эмоциональной составляющей интенсивности и длительности боли. Средние баллы по каждому из девяти разделов имели тенденцию к росту вместе со средним баллом по каждому из разделов. Отдел боли, показывающий внутреннюю структуры боли показал, что вопросы о продолжительности и интенсивности боли были хорошими индикаторами состояния пациента. Кроме того, разделы касающиеся боли с функциональной активностью области шеи и горла показали, что затронуты сон, активности в виде жизненных потребностей – жевание, глотание – не выражены. Более выражены показатели боли при движениях в шее.

Обсуждение результатов

Анкета проста для заполнения пациентами, проста для подсчета баллов и обеспечивает объективную оценку состояния пациента, качества его жизни и может стать оценочной шкалой динамики боли, эффективности лечебной тактики у пациентов с острой или хронической болью в шее.

Эта группа испытывает больше боли и проблем с сидением, подъемом и стоянием. Путешествовать и социальная жизнь более сложны, и они вполне могут быть не на работе. Личная гигиена, сексуальные активность и сон сильно не страдают, а состояние спячки обычно может быть

управляется консервативными методами.

40-60%

Серьезный

Инвалидность

Боль остается основной проблемой в этой группе пациентов при поездках, уходе за собой, социальных контактах.

жизнь, сексуальная активность и сон также затронуты. Эти пациенты нуждаются в подробном

расследование.

60-80%

искалеченный

Боль в спине влияет на все аспекты жизни этих пациентов как дома, так и на работе.

Требуется позитивное вмешательство.

80-100% Эти пациенты либо прикованы к постели, либо преувеличивают свои симптомы. Это может быть оценивается тщательным наблюдением за пациентом во время медицинского осмотра.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОЛОСОВОЙ ТЕРАПИИ И МЕДИАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРЕЗОМ ГОЛОСОВОЙ СЛАДКИ

Махаматаминова Шоира Абдувалиевна, Акмаль Махмудов Равшан уғли

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цели: Целью данного исследования является содействие в выборе оптимальной стратегии лечения при одностороннем параличе голосовых складок.

Методы

В ходе исследования обследовано 38 больных. Всем больным выполняли ЛОР-обследование и непрямую видеоларингоскопию. Собраны и проанализированы результаты анамнестического и клинико-инструментального исследований. Пациентам проводили дыхание и фонетику, упражнения «ДокторВокс», инъекционную медиализацию и комбинированную терапию.

Результаты

У больных с односторонним параличом голосовых складок при выборе тактики лечения важно оценить состояние голосовых складок. При одностороннем парезе/параличе голосовых складок пораженные голосовые связки могут находиться в различных положениях (срединном, парамедианном, промежуточном и латеральном). В данном исследовании отмечено, что у 25 больных пораженная голосовая складка располагалась парамедианно, в 4 случаях — срединно, в 8 — промежуточно и в 1 — латерально. Всем пациентам была проведена голосовая терапия DoctorVox. У пациентов со срединными и парамедианными голосовыми связками лечение было успешным у 21 пациента только с голосовой терапией. В 4 парамедианных и 8 промежуточных и 1 латеральном положении голосовая терапия оказалась недостаточно успешной. Этим больным дополнительно проводилась инъекционная медиализация.

Обсуждение результатов

Все больные с параличом голосовых складок предъявляли жалобы на охриплость и одышку при разговоре. Установлено, что эффективность лечения зависит от положения пораженных голосовых связок. После голосовой терапии, включающей дыхательные и вокальные упражнения, эффективность дыхания при фонации значительно улучшилась у всех пациентов. Голосовая терапия была статистически эффективна у пациентов со срединными и парамедианными голосовыми связками, где процедура медиализации представляется необходимой у пациентов с промежуточным и латеральным положением пораженных голосовых связок.

Ключевые слова: односторонний паралич голосовых связок, медиализация, дисфония, голосовая терапия DoctorVox.

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С НАРУШЕНИЕМ ДЫХАНИЯ

Абдуллаева Н.Н. 1, Атоев О.О. 2

1.Ташкентская Медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

2.Военно-Медицинская Академия Вооружённых Сил Республики Узбекистан

Введение

Надёжное функционирование ЛОР- органов обеспечивает как активный образ жизни, так и является непременным условием профессиональной пригодности – способности выполнять целый ряд задач, связанных с эксплуатацией множества технических средств. Наиболее частой причиной обращения к ЛОР специалистам является нарушение носового дыхания, способствующее развитию множества патологических изменений верхних дыхательных путей (вазомоторный ринит, синуситы, нарушение функций слуховой трубы и т.д.) и оказывает негативное влияние на организм человека в целом [1-4].

Наиболее сильно на кислородное голодание реагируют нервная, сердечно-сосудистая, кроветворная системы. Наиболее чувствительны к кислородному голоданию люди, с патологией вышеуказанных систем, либо находящиеся в условиях значительных физических нагрузок, постоянных стрессов, напряженной деятельности, например, спортсмены, военнослужащие.

Множество анатомо-функциональных изменений способно привести к нарушениям носового дыхания, однако наиболее распространенной причиной является искривление перегородки носа и недостаточность носовых клапанов [5-8].

Общеизвестным методом хирургического лечения искривления перегородки носа является септопластика. Классическая подслизистая резекция перегородки носа, имея ряд недостатков, претерпевает в последнее время ряд изменений. Благодаря совершенствованию методов диагностики, отечественные и зарубежные исследователи активно изучают влияние состояния слизистой полости носа различных областей на носовое

дыхание и совершенствуют методы хирургической редукции [6,8].

Нами была изучена субъективная оценка функционального исхода септопластики. В исследование вошли 12 пациентов в возрасте 20-35 лет с диагнозом искривление носовой перегородки. Все были прооперированы в течение 2021 г. в ЛОР-отделениях Центрального военного клинического госпиталя Министерства обороны Республики Узбекистан и ТМА.

Объем хирургического лечения варьировал в зависимости от наличия сопутствующих патологий околоносовых структур. Всем пациентам проводили септопластику с одномоментной редукцией измененной слизистой полости носа.

Все операции проводили под общей анестезией. Большинство пациентов являлись представителями вооруженных сил РУз.

В качестве оценки эффективности хирургического лечения применяли шкалу-опросник NOSE (Nasal obstruction symptom evaluation) [7]. Пациенты заполняли шкалу до операции и через месяц после проведенной септопластики.

Предлагаемая пациентам шкала NOSE содержит пять основных критериев: «затруднение носового дыхания», «заложенность носа», «носочная обструкция», «проблемы со сном», «недостаточность носового дыхания при физической нагрузке». Тяжесть того или иного симптома соответствует количеству баллов по каждому критерию: 0 баллов — отсутствие проблемы, 1 балл — незначительная проблема, 2 балла — умеренная проблема, 3 балла — существенная проблема, 4 балла — очень выраженная проблема. Каждый критерий пациент самостоятельно оценивал в баллах от 0 до 4 до и спустя месяц после операции. Оценку рассчитывали, как сумму баллов, умноженную на 5.

Все пациенты, перенесшие хирургическое лечение, субъективно отметили значительное улучшение носового дыхания. Анализ данных сопоставления баллов, набранных до и после операции по шкале NOSE, подтвердил количественное снижение баллов, и соответственно улучшение качества носового дыхания. Послеоперационное осложнение возникло в 2 случаях в виде формирования синехии полости носа. Однако

осложнение своевременно купировано, рецидива в дальнейшем не наблюдалось.

Результаты

Таким образом, согласно данным, полученным при анализе результатов опросника NOSE спустя месяц после проведенного лечения, количество баллов достоверно уменьшалось после операции, что говорит об улучшении носового дыхания. Выполнение септопластики с редукцией слизистой позволяет восстановить адекватное носовое дыхание и достичь лучших функциональных результатов, что особенно актуально при интенсивных физических нагрузках.

Список литературы

1. Dallam G, Kies B. The effect of nasal breathing versus oral and oronasal breathing during exercise: a review. *Journal of Sports Research*. 2020; 7 (1): 1-10.
2. Effect of Nasal Septal Deviation On Respiratory Function Tests and Arterial Blood Gases / S. Kurkcuoglu, A. Titiz, i. Olcay [et al.] // *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* - 2007. - Vol. 15. - P. 134-138.
3. Lacombe C, Ovila P. Oral vs. nasal breathing during submaximal aerobic exercise. UNLV theses, dissertations, professional papers, and capstones 2732. 2015; p. 122. Available from: <http://dx.doi.org/10.34917/7645935>.
4. Recinto C, Efthymeou T, Boffelli PT, Navalta JW. Effects of nasal or oral breathing on anaerobic power output and metabolic responses. *Int J Exerc Sci*. 2017; 10 (4): 506-14.
5. Гилицанов Е.А., Лепейко Б.А., Ардеева Л.Б., Иванец И.В., Тилик Т.В., Клемешова Т.П., Прохоренко А.В., Сулимова П.И. Наружный и внутренний носовой клапан. Методы диагностики и лечения при дисфункции. *Вестник оториноларингологии*. 2020;85(1):102-108. <https://doi.org/10.17116/otorino202085011102>
6. **Гиндрюк А.Ф.** Малоинвазивный метод хирургического лечения деформаций перегородки

носа: дис. кандидат наук: 14.01.03 - Болезни уха, горла и носа.

7. Карапетян Л.С., Русецкий Ю.Ю., Махамбетова Э.А., Крупочкина Н.В. Результаты анкетирования пациентов, перенесших ринопластику// *Российская ринология*, 2, 2015-с. 2-8
8. Морозов, А.И. Оптимизация методов хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки: Автореф. дис.... канд. мед. наук / Морозов Александр Игоревич. - М., 2012. - 24с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОЛОСОВОЙ ТЕРАПИИ И МЕДИАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРЕЗОМ ГОЛОСОВОЙ СЛАДКИ

Махаматаминова Шоира Абдувалиевна, Акмаль Махмудов Равшан уғли

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: односторонний паралич голосовых связок, медиализация, дисфония, голосовая терапия DoctorVox.

Цели: Целью данного исследования является содействие в выборе оптимальной стратегии лечения при одностороннем параличе голосовых складок.

Методы

В ходе исследования обследовано 38 больных. Всем больным выполняли ЛОР-обследование и непрямую видеоларингоскопию. Собраны и проанализированы результаты анамнестического и клинико-инструментального исследований. Пациентам проводили дыхание и фонетику, упражнения «ДокторВокс», инъекционную медиализацию и комбинированную терапию.

Результаты

У больных с односторонним параличом голосовых складок при выборе тактики лечения важно оценить состояние голосовых складок. При одностороннем парезе/параличе голосовых складок пораженные голосовые связки могут находиться в различных положениях (срединном, парамедианном, промежуточном и латеральном). В данном исследовании отмечено, что у 25 больных пораженная голосовая складка располагалась парамедианно, в 4 случаях — срединно, в 8 — промежуточно и в 1 — латерально. Всем пациентам была проведена голосовая терапия DoctorVox. У пациентов со срединными и парамедианными голосовыми связками лечение было успешным у 21 пациента только с голосовой терапией. В 4 парамедианных и 8

промежуточных и 1 латеральном положении голосовая терапия оказалась недостаточно успешной. Этим больным дополнительно проводилась инъекционная медиализация.

Обсуждение результатов

Все больные с параличом голосовых складок предъявляли жалобы на охриплость и одышку при разговоре. Установлено, что эффективность лечения зависит от положения пораженных голосовых связок. После голосовой терапии, включающей дыхательные и вокальные упражнения, эффективность дыхания при фонации значительно улучшилась у всех пациентов. Голосовая терапия была статистически эффективна у пациентов со срединными и парамедианными голосовыми связками, где процедура медиализации представляется необходимой у пациентов с промежуточным и латеральным положением пораженных голосовых связок.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА: КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Нукусбекова Г.И.¹, Тогузбаева Д.Е.², Таукелева С.А.³

¹Казахстанско-Российский медицинский университет, преподаватель курса оториноларингологии послевузовского образования, магистр медицины, докторант PhD

²Казахстанско-Российский медицинский университет, старший преподаватель курса оториноларингологии послевузовского образования, к.м.н.

³Казахстанско-Российский медицинский университет, заведующая курса оториноларингологии послевузовского образования, д.м.н, профессор

Ключевые слова: ларингофарингеальный рефлюкс, индекс рефлюксных симптомов, шкала рефлюксных признаков.

Введение

Проблема диагностики и лечения ларингофарингеального рефлюкса (ЛФР) привлекает к себе повышенное внимание, что связано с ростом заболеваемости данной патологией в разных странах мира. Существует ряд факторов, которые способствуют более высокой нагрузке на здравоохранение, связанной с ЛФР, включая задержки с тестированием, неэффективное лечение и широкое использование ингибиторов протонной помпы (ИПП)

Материал: С февраля с 2020 г. по февраль 2022 г. участвовали 384 участников. **Группа ЛФР включала 149 пациентов, группа ГЭРБ включала 86 пациентов и пациенты без симптомов ЛФР (БСЛФР) 149.**

Методы

Заполнение опросника ИРС, видеоларингостробоскопия гортани оценкой шкалы рефлюксных признаков (ШРП), измерение pH гипофарингеальной слизи с помощью pH-полосок натошак или через 2 часа после еды и проведение акустического анализа голоса у

пациентов с нарушением голоса. Оценка результатов проводилась до и после лечения через 1 месяц.

Результаты

Значение ИРС до лечения в группе ЛФР составило 19,9±6,4, в группе ГЭРБ - 18,7±5,3, в группе БСЛФР анкета ИРС была заполнена только один раз и составила в среднем 4,4±3,3. После лечения в группе ИРС составил 6±3,7, а в группе ГЭРБ составил 6,4±2,7. Также, значение ШРП до лечения составляло 9,1±1,7 в группе ЛФР и 10±2,4 в группе ГЭРБ. После лечения в группе ЛФР значение ШРП составило 3,2±1,4, а в группе ГЭРБ - 3,6±1,4. Значения pH у пациентов с ЛФР были следующими: нейтральные (6,5-7,5) у 2,7% пациентов, кислые (4,5-6,25) у 94% и щелочные (8-8,5) у 3,3% пациентов. В группе пациентов с ГЭРБ значения pH были кислыми (4,5-6,25) у 96,5% пациентов, щелочные (8-8,5) у 3,3% пациентов, а нейтральных значений не наблюдалось. Кроме того, у пациентов с БСЛФР наблюдались нейтральные значения pH (6,5-7,5) у 97,3% пациентов, а кислотные значения (4,5-6,25) у 4% пациентов. Среднее значение pH в группе ЛФР составило 5,71±0,54, в группе ГЭРБ 5,69±0,62, в группе БЛФР 6,83±0,28. Средняя разница в pH после лечения по сравнению с pH до лечения составила 1,14±0,50 (95% ДИ (1,06-1,22)) p<0.001, а в группе ГЭРБ средняя разница в pH после лечения по сравнению с pH до лечения составила 1,13±0,63 (95% ДИ (1,01-1,27)) p<0.001. Улучшение показателей акустического анализа голоса после лечения по следующим показателям: оптимальный шиммер, сильный шиммер, громкий шиммер, оптимальный джиттер, громкий джиттер, ИТД и покрытие профиля нормы (p<0.05).

Обсуждение результатов

По результатам проведенного исследования, эффективными методами диагностики ЛФР являются: заполнение опросника ИРС, проведение видеоларингостробоскопии с оценкой ШРП, измерения pH слизи гортаноглотки и акустический анализ голоса.

ПЕТРОЗИТ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Хушбаков А.Ч., Хасанов Ж.И., Артикова Д.Т., Аябек А.К.

¹Кафедра оториноларингологии, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ташкент, Узбекистан.

Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр, г.Ургенч. Узбекистан

Ключевые слова: петрозит, сосцевидный отросток, холестеатома, деструкция, острый и хронический средний отит.

Введение

Петрозит, как осложнение гнойного воспалительного заболевания системы среднего уха, локализуется в пирамиде височной кости, реже только в верхушке сосцевидного отростка, зачастую осложняется остеоитом или остеомиелитом.

Основным клиническим признаком считается синдром Градениго– боль, гнойные выделения, нейропатия отводящего нерва – наряду с развитием тугоухости и лихорадкой.

Диагностика, помимо характерной клинической картины, опирается на лабораторные исследования, радиологические инструментальные обследования (МСКТ и МРТ височных костей), исследования слуха.

Результаты

Клинический случай. Больной Б., 2000 г.р. поступил в отделение оториноларингологии и лицевой хирургии с жалобами на обильные гнойные выделения из правого уха в течение около 3-4 недель, боли в височной области справа и нарушение подвижности мышц лица справа.

Анамнез болезни: Пациент болен ХГСО на протяжении 8 лет. Лечился амбулаторно

При госпитализации поставлен клинический диагноз: «Обострение правостороннего хронического гнойного эпи-мезотимпанита с холестеатомой, осложненного петрозитом. Смешанная тугоухость II степени справа».

Местно: пальпация сосцевидного отростка несколько болезненна.

При отоскопии справа: наружный слуховой проход заполнен сливкообразными гнойными выделениями, которые после их удаления быстро заполняют заново весь просвет прохода. Положительный симптом резервуара. Имеется субтотальный дефект барабанной перепонки.

На КТ височных костей Наличие участка казеозного изменения сосцевидного отростка и пирамиды правой височной кости.

Ход операции. Под общим интубационным наркозом все холестеатомные массы сосцевидного отростка и пирамиде удалены до здоровой кости. При ревизии барабанной полости аттик, вход в антрум и антрум заполнены холестеатомными массами. Далее нами была удалена задняя стенка наружного слухового прохода.

Барабанная полость также заполнена холестеатомной массой, удалена все патологический ткани, произведена Т-образная пластика слухового прохода. Заушная рана ушита, наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Обсуждение результатов

Описанный клинический случай направлен на усиление комплексной диагностики пациентов с ОГСО и обострениями ХГСО, особенно при неэффективности проводимой консервативной терапии, что является основами улучшения эффективности оперативного лечения таких пациентов, течения их послеоперационного периода и профилактики вне- и внутричерепных осложнений.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РИНОСИНУСИТОВ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИИ

Хайдарова Г.С., Ахмедова З.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: риносинусит, аллергический ринит.

Введение

Актуальность риносинуситов (РС) становится все более значимой в связи с ростом заболеваемости, в особенности среди лиц молодого трудоспособного возраста. Проблема терапии аллергического РС чрезвычайно актуальна в настоящее время. Это связано с интенсивным ростом заболеваемости, утяжелением течения аллергического процесса, присоединением инфекционных осложнений, а также развитием полисенсibilизации

Основной целью нашей работы является сравнительный анализ подходов к лечению риносинуситов и применение препарата наливент при лечении риносинуситов.

Методы

Исследование было проведено на базе многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование было включено 60 больных с РС. Соответственно этиологии заболевания больные были распределены на 2 исследуемые группы: основная группа 1 – 40 больных (18 мужчин (45%) и 22 женщин (55%), средний возраст $34 \pm 1,2$ лет) с РС аллергической этиологии и основная группа 2 – 20 больных (12 мужчин (60%) и 8 женщин (40%), средний возраст $26 \pm 1,5$ лет) с РС бактериальной этиологии.

Результаты

Все пациенты с РС аллергической этиологии были разделены на 2 группы. Пациенты основной группы в процессе лечения получали набор групп препаратов для базового лечения в процессе обострения РС, включав-

ший: препарат наливент и антигистаминный препарат, а также деконгестант и средства для ирригации носовых путей. Сравнительная группа включала 20 пациентов, которые получали стандартную медикаментозную терапию во время обострений без включения наливента и менеджмента приема медикаментов. На третьем этапе исследования все пациенты с РС бактериальной этиологии были разделены на 2 группы, по 15 в каждой. Пациенты основной группы в процессе лечения получали набор групп препаратов для базового лечения в процессе обострения РС, включавший: наливент, а также деконгестанты и средства для ирригации носовых путей. Сравнительная группа включала 15 пациентов, которые получали стандартную медикаментозную терапию во время обострений без включения противоотечных препаратов и менеджмента приема медикаментов.

Обсуждение результатов

Использование наливент и ограничение приема деконгестантов с увеличением кратности ирригаций полости носа при обострениях РС позволяет достичь более выраженного клинического эффекта. Нерациональное самостоятельное использование деконгестантов и недостаточное проведение ирригаций полости носа при обострениях РС приводит к усугублению клинико-функциональных показателей и хронизации заболевания. Строгий контроль и обучение пациентов позволяет добиться снижения интенсивности проявлений заболевания и улучшить качество их жизни.

УДК: 616.155.3:616.211:615.9

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ

Бакиева Ш.Х.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Bakieva Sh. Kh.

Summary

Endogenous intoxication in the rhinosinuitisin the patients with hemoblastosis.

The diseases of the nasal and paranasal sinuses were revealed in 59,4% patients with acute and chronic leucosis. In chronic leucosis they developed with latent clinical picture, particularly in acute leucosis and during the period of remission induction – with marked symptoms of purulent process. The inflammatory diseases of the paranasal sinuses developed with marked changes of the hematological parameters of the body intoxication, that indicated about increase in autointoxication, excessive tension of the mechanisms of adaptation and transition of the adaptation-compensation and immunological responses into damaging.

Частота острых лейкозов в среднем составляет 3-5 на 100.000 населения, при этом в 75% случаев болезни диагностируются у взрослых и 25% - у детей [4]. В литературе последних лет появились единичные сообщения об особенностях течения патологий ЛОР-органов при гемобластозах, анализ которых свидетельствует о необходимости более углублённого изучения этого вопроса: выяснение их механизмов и разработка принципов консервативного и хирургического лечения синуситов при заболеваниях системы крови [7, 8]. Патологические процессы, обусловленные заболеваниями системы крови, способствуют нарушению процессов репарации и регенерации слизистой оболочки верхних дыхательных путей и снижают их устойчивость к инфекциям [3, 6]. При этом гнойно-воспалительные процессы ухудшают состояние и течение ос-

новной патологии, оказывает негативное влияние на клинко-лабораторные показатели крови, приводят к прогрессированию признаков геморрагического синдрома, ограничению или отмене применения полихимиотерапии.

По современным представлениям, у больных с синуситами формируется аутоагрессия, проявлением которой служит хронический характер болезни и выраженная эндогенная интоксикация [1, 2]. В развитии их значительную роль отводят микробным агентам, вернее, продуктам их жизнедеятельности – эндотоксинам. Независимо от происхождения, воздействие эндотоксинов приводит к нарушению общего гомеостаза организма, изменениям клеточных мембран, метаболизма клеток, нарушению целостности сосудистого русла кожи.

Цель исследования: изучить проявления эндогенной интоксикации организма при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух у больных с гемобластозами.

Материал и методы. Всего обследовано 276 больных острыми и хроническими лейкозами. Острые лейкозы выявлены у 32,7%, хронические – у 68,3% обследованных больных. Наличие воспалительных заболеваний околоносовых пазух выявляли на основании клинко-инструментальных исследований. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Для оценки степени интоксикации и эффективности терапии у больных с острыми и хроническими лейкозами использованы расчетные интегральные показатели [5]: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), характеризующий степень выраженности эндогенной интоксикации; лейкоцитарный индекс (ЛИ), отражающий взаимоотношение гуморального и клеточного звеньев иммунной системы; индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), позволяющий судить о соотношении компонентов микрофагально-макрофагальной системы; индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ), отражающий соотношение процессов гиперчувствительности немедленного и замедленного типа. Гемограмму выполняли на гематологическом анализаторе Научно-исследовательского института гематологии и переливания крови (НИИГиПК) МЗ РУз. Интегральные гематологические индексы рассчитыва-

ли с помощью специально разработанной компьютерной программы.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что при острых гемобластозах, особенно в период индукции ремиссии, гнойно-воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух выявлены у 59,4% больных и протекали с выраженными симптомами гнойного процесса. При микробиологическом исследовании имело место преобладание высевания нескольких микроорганизмов, часто анаэробов. В то же время хронические синуситы протекали в виде гнойного воспаления, инертно, плохо поддавались лечению, часто сопровождалась носовыми кровотечениями. Изолированные поражения одной пазухи выявлено у 10% обследованных, поли-, геми- и пансинуситы выявлены у 58; 10 и 22% больных.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух протекают выраженным сдвигом гематологических показателей интоксикации организма (табл.1).

Таблица 1.

Интегральные показатели интоксикации организма у гематологических больных с хроническими синуситами, $M \pm m$

Показатели	Контрольная группа n=20	Острые лейкозы n=53	Хронические лейкозы n=110
Лейкоцитарные индексы интоксикации (ЛИИ)	1,01±0,11	3,82±0,24*	3,02±0,21*
Лейкоцитарный индекс (ЛИ)	0,30±0,02	1,75±0,05*	1,41±0,02*
Индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ)	9,01±0,52	19,49±1,74*	14,92±0,87*
Индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ)	12,01±1,11	119,27±7,51*	84,19±3,85*

Примечание: * - $P < 0,05$

Как видно из приведенных данных, у больных с лейкозами при наличии синуситов развивается эндогенная интоксикация, более выраженная при острых лейкозах. На наш взгляд, это связано с нарушением иммунной системы, преобладанием катаболических процессов, снижением общей резистентности организма и агрессивностью проводимой терапии.

При анализе изменений интегральных показателей лейкоцитов периферической крови больных были установлены статистически значимые различия по сравнению с показателями здоровых лиц. Так, ЛИИ у больных с острыми и хроническими лейкозами повышается в 3,8 и 3 раза, что, на наш взгляд связано с увеличением числа сегментоядерных форм лейкоцитов, плазматических клеток и снижением числа эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов. Уменьшение числа эозинофильных лейкоцитов, имеющих детоксикационную функциональную направленность, а также лимфоцитов и моноцитов рассматривается как признак угнетения иммунитета, а появление в крови их молодых и незрелых форм свидетельствует о напряженности компенсаторных процессов, обеспечивающих детоксикацию [5]. Показатель ЛИ, отражающий взаимоотношение гуморального и клеточного звеньев иммунной системы, достоверно отличался от контроля в 5,83 и 4,7 раза, соответственно в группах с острым и хроническим лейкозами. Показатель ИСНМ возрастает в 2,16 и 1,66 раза, указывая на повышение специфического воспалительного процесса. При остром и хроническом лейкозе показатель ИСЛЭ статистически значимо возрастал в 9,93 и 7 раза, соответственно, свидетельствуя о нарастании аутоинтоксикации соответственно увеличению тяжести процесса, перенапряжении механизмов адаптации и переходе адаптационно-компенсаторных иммунологических реакций в повреждающие [5]. В данном случае имело место нарушение иммунологической реактивности.

При эндотоксемии нередко наблюдаются микроповреждения, сопровождающиеся развитием тромбогеморрагического синдрома [2]. При воспалении мононуклеарные фагоциты способствуют локальному увеличению коагулирующих свойств крови, тканевой жидкости, лимфы, что сопровождается тромбозами и нарушением микроциркуляции, образующийся при этом фибрин выполняет защитную роль, ограничивая регион воспаления. Однако, параллельно, в районе воспаления, возрастает фибринолитическая активность, приводящая к нормализации кровотока по микрососудам и, одновременно, стимулирующая развитие деструктивной фазы воспаления.

Научные разработки, выполненные в оториноларингологии [2] и гематологии [4], позволяют нам сделать

вывод о том, что в развитии полиорганной недостаточности при сочетании этих патологий лейкозная инфильтрация органов, агрессивность химиотерапии и воспалительная реакция, которые вовлекают многие системы организма. В основе вышеизложенного лежат эффекты ряда биологически активных веществ, вырабатываемых иммунокомпетентными клетками и последующая активация гуморальных систем, которые и формируют органые повреждения. Установлено, что нейтрофилы воспринимают физико-химические свойства окружающей среды, с которой они и контактируют. Это связано с наличием у нейтрофилов рецепторного аппарата, который играет важную роль в процессах иммунитета, в переваривании фагоцитируемых объектов и регенераторных процессах. Функциональные возможности макрофага (перестройка метаболизма, миграция, адгезия, поглощение, образование пищеварительных вакуолей, секреторная дегрануляция) полностью раскрываются только в результате стимулирующих воздействий. К последним относятся ЦИК, компоненты комплемента, Ig класса G, M и A, которые активируют направленное движение – хемотаксис.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Заболевания носа и околоносовых пазух выявлены у 59,4% больных острыми и хроническими лейкозами. Из всех заболеваний достоверно чаще выявлены носовые кровотечения, атрофические риниты, хронические этмоидиты, хронические верхнечелюстные синуситы.
2. При хронических лейкозах гнойно-воспалительные заболевания протекали со стертой клинической картиной. При острых лейкозах, особенно в период индукции ремиссии гнойно-воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух протекали с выраженными симптомами гнойного процесса.
3. Воспалительные заболевания околоносовых пазух протекают выраженным сдвигом гематологических показателей интоксикации организма. Резкое (более чем в 10 раз) повышение ИСЛЭ свидетельствует о нарастании аутоинтоксикации, перенапряжении механизмов адаптации и переходе адаптационно-компенсаторных иммунологических реакций в повреждающие.

Список литературы

1. Адылова Г.М. Клиника и лечение больных хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом в сочетании с сахарным диабетом.//Российская оториноларингология.- 2003.- №4.- С.15-17.
2. Арифов С.С. Автореф.:...дисс.док.мед.наук.- Т., 1999.-28с.
3. Бакиева Ш.Х. Морфологическая характеристика околоносовых пазух крыс при патологии системы крови.// Журнал теоретической и клинической медицины № 6, 2011. с.11-14.
4. Гематология. Новейший справочник. Под ред. Абдулкадырова К.М.- Москва, СПб: «Сова».- 2004.- 901с.
5. Карабанов Г.Н. Использование лейкоцитарной формулы крови для оценки тяжести интоксикации // Вестник хирургии.- 1989.- №4.- С.146-149.
6. Рязанцев С.В., Хмельницкая Н.М., Тырнова Е.В. Роль слизистой оболочки в защите ЛОР-органов от потенциально патогенных для организма антигенных факторов //Вестник оториноларингологии.- 2000.- №3.– С.60-64.
7. Kakiyama T. et al. Atypical hemophagocytic lymphogistiocytosis following bacterial tonsillitis in acute lymphoblastic leukemia //Leuk Lymphoma.– 2013.- Vol. 44(7).- P.1247-1248.
8. Rino Rivero et al. Statistical study regarding anemia in patients admitted with epistaxis. Importance of its control and the associated risk factors //Acta Otorinolaringol Esp.– 2015.- Vol. 56(7).– P.305–308.
9. Шайхова Х.Э., Узиков А.Д. Использование компьютерной навигационной системы при риносинусохирургии.// Российская ринология.- 2020.- №2.- том 28.- стр.85-93.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ходжанов Ш.Х., Хайдарова Г.С., Рахимжанова Г.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: экссудативный средний отит, потеря слуха, факторы риска тугоухости

Введение

В последние годы увеличилось число больных с негнойными заболеваниями среднего уха, среди которых наибольшее внимание привлекает так называемый экссудативный средний отит (ЭСО). Более 80% детей до 4 лет страдают ЭСО и является наиболее распространенной причиной потери слуха у детей. Механизм появления в полости среднего уха жидкости такого характера остается недостаточно ясным. Факторами риска окружающей среды, такие как дым, влияние времени года, посещение детских садов и факторы риска ребенка, такие как пол, свойства евстахиевой трубы, гипертрофия аденоидной ткани, аллергия и иммунологический статус ребенка, могут быть факторами в развитии ЭСО и требует дальнейшего изучения.

Целью данного исследования было изучение связи между персистирующим ЭСО, экологическими и личными факторами и распространенностью заболевания в популяции детей.

Методы

Всего было обследовано 560 детей, посещавших 2 различные начальные школы города Ташкента, и 500 детей, которые соответствовали критериям включения, были включены в это исследование. Возраст детей в исследовании (девочек: 243 (48,6%), мальчиков: 257 (51,4%)) был от 4 до 7 лет, в среднем 5,5 лет. Исследование проводилось с разрешения заведующей детского сада. Каждому родителю было рассказано об исследовании, и было получено подписанное согласие и анкетирование.

Результаты

Среди 500 детей, обследованных в ходе исследования, при первом осмотре выявлено 106 (21,2 %) дети, страдающие ЭСО: из них девочек- 45 (42,4 %), мальчиков - 61 (57,5 %). У 99 (93,4 %) детей с ЭСО в семье родители курильщики, 14 (13,2 %) имеют дома домашнее животное, аллергия в анамнезе у 33 (31,1 %). Со стороны ЛОР-органов были выявлены следующие заболевания: у 64 (60,3 %) детей с ЭСО было выявлено аденоидные вегетации, аллергический ринит у 27 (25,5 %). В последние годы среди фактора риска экссудативного среднего отита у детей 4-7 лет рассматривались инфекционные заболевания верхних дыхательных путей, в нашем исследовании мы тоже определили острое и хроническое воспалительное заболевание верхних дыхательных путей (нет- у 28 детей, 1-2 года -у 34 детей, 3-4 года- у 27 детей, 5-7 лет- у 17 детей).

Обсуждение результатов

В этом исследовании обобщены факторы риска развития стойкого ЭСО. Показано, что воздействие сигаретного дыма, аденоидной вегетации, аллергический ринит и частые инфекции верхних дыхательных путей увеличивает риск ЭСО, но продолжительность грудного вскармливания, занятия водными видами спорта, домашние животные в доме не оказывали влияния.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800895 592C>A В ГЕНЕ IL10 СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ХПРС

Хасанов У.С., Джураев Ж.А., Шаумаров А.З., Зулунов Б., Ибодуллаев Ш.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, ген, полиморфизм, аллел, локус.

Резюме

Заболевания околоносовых пазух относятся к наиболее часто встречаемой патологии в оториноларингологии, чему способствует современная экологическая обстановка, широкая распространенность аллергических и вирусных респираторных заболеваний, снижение местного и общего иммунитета. Все исследователи сходятся во мнении, что за последние годы в мире отмечается тенденция к увеличению заболеваемости хроническим синуситом, и в том числе – хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС).

Методы

В соответствии с целью исследования и для выполнения поставленных задач клинические исследования были проведены у 140 больных с ХПРС и с хроническими риносинуситами, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2017-2020 гг. Обследуемые пациенты соответствовали следующим критериям: наличие в полости носа полипозной ткани, обтурирующей общий носовой ход полностью или не менее чем на 50%; жалобы на длительное затруднение носового дыхания; по мнению пациента, заболевание существенно снижает качество его жизни; отсутствие острой воспалительной патологии; письменно заверенное информированное согласие на оперативное лечение и морфологическое исследование операционного материала (прилагается к истории болезни).

Результаты и их обсуждения

В основной группе было отмечено преобладание аллеля С частота по сравнению аллеля А, частот которых составили 80.64% против 19.35%, соответственно. В контрольной группе частота аллеля С составившая 82.9% также преобладала, по сравнению с частотой встречаемости аллеля А равной 3.4%. В целом выраженность различий находилась на высоком уровне. Также было исследовано распределение генотипов С/С, С/А и А/А полиморфизма rs1800895 592 C>A в гене IL10. В 1 группе с наиболее высокой частотой был выявлен гомозиготный генотип С/С, частота обнаружения которого составила 67.74%. Незначительно меньшие значения данного показателя были получены при исследовании частоты выявления гетерозиготного генотипа С/А, составившие 25.8%. При этом значительно меньшие значения встречаемости, составившие 2.81% были выявлены при исследовании генотипа А/А среди пациентов с ХПРС, при этом у больных с ХРС наблюдалось чуть выше, чем больных с ХПРС (5%).

Выводы. Выявленная достоверно высокая частота данного генотипа в 1 группе пациентов с ХПРС, по сравнению с 2 группой ХРС, также подтверждает наше предположение о протективной роли генотипического варианта А/А полиморфизма rs1800895 592 C>A в гене IL10, в отношении развития ХПРС у пациентов (6.45% против 5.0%, соответственно, при $\chi^2=0.02$; $P=0.45$; $RR=1.17$; $OR=1.18$; 95% CI: 8.557-8.942). Вероятно, данный факт обусловлен тем, что у носителей генотипа А/А гена IL10 противовоспалительная активность эпителиальных матриксных металлопротеиназ значительно повышена, по сравнению с пациентами-носителями других генотипических вариантов.

Список литературы:

1. Congxiang Shen, Fang Chen, Huigang Wang, Xinyu Zhang, Guanxue Li, Zhong Wen. Individualized treatment for allergic rhinitis based on key nasal clinical manifestations combined with histamine and leukotriene D4 levels, Brazilian Journal of

Otorhinolaryngology,2018

2. E.P. Resende, A. Todo-Bom, C. Loureiro, A. Mota Pinto, B. Oliveiros, L. Mesquita, H.C. Silva. Asthma and rhinitis have different genetic profiles for IL13, IL17A and GSTP1 polymorphisms,Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition),Volume 23, Issue 1,2017,Pages 10-16
3. Fabiana C.P. Valera, Leandra M. Endam, Badr Ibrahim, Emmanuelle Brochiero, Martin Y. Desrosiers. Is there a role for regenerative medicine in chronic rhinosinusitis with nasal polyps?,Brazilian Journal of Otorhinolaryngology,Volume 83, Issue 1,2017,Pages 1-2
4. Gary N. Gross, Gary Berman, Niran J. Amar, Cynthia F. Caracta, Sudeesh K. Tantry. Efficacy and safety of olopatadine-mometasone combination nasal spray for the treatment of seasonal allergic rhinitis. Annals of Allergy, Asthma & Immunology,Volume 122, Issue 6,2019,Pages 630-638
5. J.J. Braun, S. Riehm. Anosmia and nasal obstruction,European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases,Volume 135, Issue 3,2018,Pages 217-219
6. Manuela Dowsley A. Guttemberg, Fabiana A. Figueiredo da Mata, Márcio Nakanishi, Keitty R.C. de Andrade, Maurício G. Pereira. Sleep quality assessment in chronic rhinosinusitis patients submitted to endoscopic sinus surgery: a meta-analysis,Brazilian Journal of Otorhinolaryngology,2019

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА A1188C RS3212227 В ГЕНЕ IL 12B СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХПРС, ХРС И КОНТРОЛЬНОЙ ВЫБОРКЕ

Хасанов У.С., Джураев Ж.А., Шаумаров А.З., Зулунов Б.,
Ибодуллаев Ш.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Ре-
спублика Узбекистан

Введение

Стабильность показателей заболеваемости ХПРС, вне зависимости от региональных особенностей или иных внешних факторов, ведущие отоларингологи считают основанием для более детального изучения причин возникновения этой нозологии, прежде всего - генетической предрасположенности к развитию ХПРС. В пользу генетической гипотезы развития ХПРС говорят многие факты. Доказано, что риск развития ХПРС при наличии полипозной наследственности выше в 25 раз, при гетерозиготном носительстве фенотипа MZ (недостаточность альфа-1 антитрипсиназы) - в 4 раза, при сухом типе ушной серы - в 3 раза; обнаружены изменения кариотипов клеток периферической крови больных ХПРС.

Методы

В соответствии с целью исследования и для выполнения поставленных задач клинические исследования были проведены у 140 больных с ХПРС и с хроническими риносинуситами, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2017-2019 гг. Обследуемые пациенты соответствовали следующим критериям: наличие в полости носа полипозной ткани, обтурирующей общий носовой ход полностью или не менее чем на 50%; жалобы на длительное затруднение носового дыхания; по мнению пациента, заболевание существенно снижает качество его жизни; отсутствие острой воспалительной патологии; письменно заверенное информированное согласие на оперативное лечение и морфологическое исследование операционного материала (прилагается к истории болезни).

Результаты и их обсуждения

С учетом того, что выявляемость аллеля А преобладала во всех группах исследования. Следует учитывать, что частота выявления аллеля А в 1-группе незначительно превалировала, относительно её значений в 2- и контрольной группе. Частота выявления аллеля С, напротив была незначительно выше среди пациентов 2 группы, относительно его частоты в 1 группы и популяционной выборке. Исследование распределения генотипов показало, что гомозиготный генотип А/А был незначительно, почти в 1,2 раза чаще выявлен в 1 группе состав 80.64%, в то время как частота выявления гетерозиготного генотипа А/С была несущественно в 1,1 раза выше среди пациентов с ХРС 2 группы. Обратную ситуацию можно было наблюдать при исследовании гомозиготного генотипа С/С, который не был выявлен среди всех групп исследования. Проведенный анализ показал, что, если частота выявления аллеля А не имела статистически-значимых отличий в выявлении в 1 и контрольной группах, однако была отмечена тенденция к повышению его выявляемости среди больных с ХПРС ($\chi^2=0.07$; $P=0.2$; $RR=1.01$; $OR=1.14$; 95% CI: 4.13- 3.09), в то время как для аллеля С, напротив, была характерна тенденция к повышению его встречаемости среди условно-здоровых лиц ($\chi^2=0.07$; $P=0.7$; $RR=0.98$; $OR=0.87$; 95% CI: 1.68- 2.33). Анализ частот выявления генотипа А/А показал, что среди пациентов с ХПРС данный генотип был выявлен статистически-незначимо менее чем в 1,1 раза чаще, по сравнению с группой условно-здоровых лиц ($\chi^2=0.08$; $P=0.2$; $RR=1.03$; $OR=1.17$; 95% CI: 4.55- 3.34). Исследование распределения генотипа А/С показало тоже самую картину, в соответствии с которой было обнаружено незначительное и статистически-незначимое превалирование – в 1,1 раза частоты его выявления в контрольной группе условно-здоровых лиц, относительно значений выявляемости данного генотипа у больных 1 группы с ХПРС ($\chi^2=0.08$; $P=0.3$; $RR=0.88$; $OR=0.85$; 95% CI: 3.890-2.44).

Заключения. Таким образом, полученные нами данные подтверждают сложность генетического механизма развития полипозных процессов у пациентов с ХПРС и свидетельствуют о необходимости и важности понимания сложных генных взаимодействий при анализе развития и клинической стадии исследуемой па-

тологии. Анализируя распространенность генотипических вариантов данного полиморфизма, мы выявили прямую ассоциированность моногенотипа **C/C полиморфизма A1188C rs3212227 в гене IL12B** с развитием полипозных процессов.

Список литературы:

1. Ayumi Fukuoka, Tomohiro Yoshimoto. Barrier dysfunction in the nasal allergy, *Allergology International*, Volume 67, Issue 1, 2018, Pages 18-23
2. Blazej Grzeskowiak, Malgorzata Wierzchowska, Rafal Walorek, Malgorzata Seredyka-Burduk, Katarzyna Wawrzyniak, Pawel Krzysztof Burduk. Steroid vs. antibiotic impregnated absorbable nasal packing for wound healing after endoscopic sinus surgery: a randomized, double blind, placebo-controlled study. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. Volume 85, Issue 4, 2019, Pages 473-480
3. Chia-Yu Chiu, Gurchetan Randhawa, Khaled Nada, Ewa Tomczak, Addi Feinstein, Karen Hennessey. A nasal hypertrophic lesion as a presentation of herpes simplex virus, *IDCases*, Volume 15, 2019
4. Claus Bachert, Peter W. Hellings, Joaquim Mullol, Robert M. Naclerio, Jingdong Chao, Nikhil Amin, Annette Grabher, Brian N. Swanson, Jennifer D. Hamilton, Sophie Guillonneau, Christine Taniou, Donghui Zhang, Gianluca Pirozzi, Neil M.H. Graham, Heribert Staudinger, Leda P. Mannent, Asif Khan. Dupilumab improves patient-reported outcomes in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps and comorbid asthma, *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, Volume 7, Issue 7, 2019, Pages 2447-2449
5. Donald A. Leopold, David Elkayam, John C. Messina, Colette Kosik-Gonzalez, Per G. Djupesland, Ramy A. Mahmoud. NAVIGATE II: Randomized, double-blind trial of the exhalation delivery system with fluticasone for nasal polyposis, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Volume 143, Issue 1, 2019, Pages 126-134
6. FR Ernst, R Imhoff, M Minshall, AS DeConde, RP Manes. PMD35 - Steroid-Eluting Sinus Implant Versus Revision Surgery for Patients with Recurrent Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps (CRSWNP): An Economic Evaluation Model. *Value in Health*, Volume 21, Supplement 1, 2018, Page S165
7. G. Mortuaire, I. Gengler, M. Balden, M. Capron, G. Lefèvre. Impact of allergy on phenotypic and endotypic profiles of nasal polyposis, *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, Volume 135, Issue 3, 2018, Pages 159-162
8. K. Siva Balaji, B.N. Ashwini. 12. Shrinkage and non-recurrence of Ethmoidal Nasal Polyp with ayurvedic treatment – Case report. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, Volume 9, Issue 2, Supplement 1, 2018, Page S2
9. Kanako Yoshida, Tetsuji Takabayashi, Yoshimasa Imoto, Masafumi Sakashita, Norihiko Narita, Shigeharu Fujieda. Reduced nasal nitric oxide levels in patients with eosinophilic chronic rhinosinusitis, *Allergology International*, Volume 68, Issue 2, 2019, Pages 225-232
10. Martin Desrosiers. Brave New (Microbial) World: implications for nasal and sinus disorders, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2019
11. Matthew Szymaszek, Gentian Toshkesi. Mount Fuji sign following nasal polypectomy: Conservative management of pneumocephalus, *Interdisciplinary Neurosurgery*, 2019

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБИОТЫ РОТОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Хайрулдинова З.Р., Хайдарова Г.С.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение

Хронический фарингит (ХФ) является одним из экстрапищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Частота встречаемости в Соединенных Штатах число амбулаторных посещений по поводу хронического фарингита колеблется от 7 до 11 млн в год. В Китае заболеваемость хроническим фарингитом чрезвычайно высока: количество людей, страдающих этим заболеванием, приближается к трети населения. В статистическом исследовании 1100 человек, прошедших медицинский осмотр, исследователи пришли к выводу, что частота хронического фарингита в этой группе достигла 78,65%. В аналогичных исследованиях Spantideas и Kamani. обнаружено, что у 5% и 30% населения Греции и Великобритании соответственно были диагностированы экстраэзофагеальные симптомы ГЭРБ. При ХФ наблюдаются не только морфологические изменения слизистой оболочки задней стенки глотки, но и меняется микробный состав ротоглотки.

Цель исследования: изучить состав микробиоты задней стенки глотки у пациентов с ХФ на фоне ГЭРБ, а также оценить эффективность применения орального пробиотика *Streptococcus salivarius* K12 у пациентов с данной патологией.

Методы

Нами были обследованы 23 пациента с ХФ, вызванным ГЭРБ. Средний возраст пациентов составил 44 года. Для постановки диагноза проводился сбор жалоб, анамнеза, осмотр ЛОР-органов, эзофагогастродуоденоскопия, общеклинический анализ крови. Для оценки

микробиоты проводилось микробиологическое исследование задней стенки глотки.

Результаты

Согласно микробиологическим данным, на задней стенке ротоглотки наблюдался рост таких микроорганизмов, как *St.aureus*, *St.haemoliticus*, *Str.viridans*, *Klebsiella pneumoniae*, *Str.pyogenes*, *Str.pneumonia*, *Gemella haemolysans*, *Ps.aeruginosa*, *Enterococcus spp.*, *Enterobacter aeruginosa*, *Candida*. Количество обнаруженных микроорганизмов колебалось в пределах 10^5 - 10^6 КОЕ. В двух случаях (8,7%) была обнаружена комбинация нескольких микроорганизмов. Распределение микробиоты было следующим: *St.aureus* - 10 (43%), *St.haemoliticus* - 1 (4,3%), *Str.viridans* - 5 (21,7%), *Klebsiella pneumoniae* - 2 (8,7%), *Pseudomonas aeruginosa* - 2 (8,7%), *Str.pneumonia* - 1 (4,3%), *Gemella haemolysans* - 1 (4,3%), *Candida* - 1 (4,3%) случаев. Всем пациентам была назначена стандартная терапия ГЭРБ, а также оральный пробиотик для рассасывания, содержащий штаммы *Streptococcus salivarius* K12. Мазок из задней стенки глотки был взят повторно через 1 месяц после лечения. По нашим данным, титр обнаруженной патогенной и условно-патогенной микробиоты снизился со 10^5 - 10^6 до 10^2 - 10^3 КОЕ после 1 месяца лечения оральным пробиотиком. В микробном составе задней стенки глотки наблюдались следующие изменения: *St.aureus* высевался в 5 (21,7%) случаев, *Str.viridans* - у 2 (8,7%), *Klebsiella pneumoniae* - у 1 (4,3%), *Pseudomonas aeruginosa* - у 1 (4,3%) пациента.

Обсуждение результатов

Хронический фарингит, вызванный ГЭРБ, сопровождается обильным ростом микробиоты ротоглотки с преобладанием условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Применение оральных пробиотиков при лечении ХФ, ассоциированного с ГЭРБ, представляется многообещающим. Оральный пробиотик *Streptococcus salivarius* K12 помогает поддерживать нормальный состав и количество микробиоты ротоглотки.

Список литературы

1. Lechien JR, De Vos N, Everard A, Saussez S. Laryngopharyngeal reflux: The microbiota theory. *Med Hypotheses*. 2021 Jan;146:110460. doi:10.1016/j.mehy.2020.110460. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33359943
2. Chen X.M., Li Y., Guo W.L., Wang W.T., Lu M. Prevalence of laryngopharyngeal reflux disease in Fuzhou region of China. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2016;51:909-913.
3. Li Z, Huang J, Hu Z. Screening and Diagnosis of Chronic Pharyngitis Based on Deep Learning. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 May 14;16(10):1688. doi: 10.3390/ijerph16101688. PMID: 31091759; PMCID: PMC6572379.
4. Guglielmetti S, Taverniti V, Minuzzo M, Arioli S, Stuknyte M, Karp M, Mora D. Oral bacteria as potential probiotics for the pharyngeal mucosa. *Appl Environ Microbiol*. 2010 Jun;76(12):3948-58. doi: 10.1128/AEM.00109-10. Epub 2010 Apr 23. PMID: 20418429; PMCID: PMC2893495.
5. Di Pierro F, Colombo M, Giuliani MG, Danza ML, Basile I, Bollani T, Conti AM, Zanvit A, Rottoli AS. Effect of administration of *Streptococcus salivarius* K12 on the occurrence of streptococcal pharyngo-tonsillitis, scarlet fever and acute otitis media in 3 years old children. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016 Nov;20(21):4601-4606. PMID: 27874935.
6. Fekete S, Szabó D, Tamás L, Polony G. A mikrobiom szerepe a fül-orr-gégészetben [The role of the microbiome in otorhinolaryngology]. *Orv Hetil*. 2019 Sep;160(39):1533-1541. Hungarian. doi: 10.1556/650.2019.31451. PMID: 31544493

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Бакиева Ш.Х., Жуманов Д.А., Кабулхужаев Ё.Э.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Ключевые слова: хронический риносинусит, верхних и нижних дыхательных путей, внебольничная пневмония.

Резюме

Как показывает мировая статистика у 60% больных с хроническим риносинуситом наблюдается развитие бронхо-легочной патологии. По данным зарубежных авторов, число больных хроническим риносинуситом ежегодно увеличивается на 1,5-2%, и на сегодняшний день более 2/3 стационарных больных приходится на данную патологию. В силу анатомо-физиологических и взаимодополняющих особенностей верхних и нижних дыхательных путей наблюдается тенденция к затяжному течению риносинуситов, что в свою очередь, приводит к распространению инфекционного процесса и на нижние дыхательные пути. Следует отметить, что имеющиеся очаги инфекции в верхних дыхательных путях распространяются в нижние дыхательные пути путем микроаспирации после перенесенного острого респираторного заболевания, что является причиной развития хронического бронхита, бронхиальной астмы, и в частности пневмонии. Следует отметить, что несмотря на усилия ряда специалистов по лечению пневмонии, в последние годы отмечается значительный рост показателя заболеваемости, а также, к сожалению, увеличение смертности среди лиц различных возрастных групп.

Введение

Результаты медицинской статистики убедительно свидетельствуют о росте числа заболеваний носа, околоносовых пазух (ОНП) [1,2] и бронхолегочной патологии

[3]. Тесные анатомические и физиологические связи между верхними и нижними дыхательными путями являются причиной того, что рост числа риносинуситов идет в ногу с увеличением числа легочных заболеваний [4] и, в частности, внебольничной пневмонии (ВП). Заболеваемость пневмонией в Европе и Северной Америке составляет 5–10 случаев на 1 тыс. населения. Смертность от тяжелой пневмонии достигает 10 % и продолжает расти [3;5]. Наиболее часто пневмонии возникают у детей, у лиц пожилого возраста и при хронических заболеваниях дыхательной системы.

Этиология внебольничной пневмонии непосредственно связана с условно-патогенной микрофлорой, колонизирующей верхние отделы дыхательных путей. Из многочисленных микроорганизмов лишь некоторые, обладающие повышенной вирулентностью, способны при попадании в нижние отделы дыхательных путей вызывать воспалительную реакцию. К числу таких возбудителей прежде всего следует отнести пневмококк. Поскольку *S. pneumoniae* имеет более 90 различающихся по антигенным свойствам серотипов, этот микроорганизм может присутствовать в носоглотке годами и способен в любой момент вызвать развитие ВП, ОРС и средний отит [3,9]. Для некоторых микроорганизмов нехарактерно развитие бронхолегочного воспаления [3]. Их выделение из мокроты, скорее всего, свидетельствует о контаминации материала флорой верхних отделов дыхательных путей, а не об этиологической значимости этих микробов. К таким микроорганизмам относятся *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus spp.*, *Neisseria spp.*, *Candida spp.*

Считается, что практически при любой ОРВИ в процесс в той или иной степени вовлекаются околоносовые пазухи [10]. Острый риносинусит в 95% случаев вызывается вирусами, через 5-7 дней после начала ОРВИ развивается бактериальный процесс [6,7]. Под воздействием вируса на мерцательный эпителий полости носа и околоносовых пазух эпителиальные клетки теряют реснички, эпителий становится рыхлым, развивается отек слизистой оболочки. В результате данных процессов, а также активного выброса провоспалительных медиаторов развивается воспалительная реакция. Следствием этого являются нарушение аэрации синусов, инактивация мукоцили-

арного клиренса и скопление серозного экссудата в просвете синусов. Снижение скорости мукоцилиарного транспорта позволяет продлить время контакта патогенных бактерий со слизистой оболочкой и способствует бактериальному инфицированию [8,11].

Полость носа и околоносовые пазухи представляют собой высокоорганизованную структуру, с тонким и сложным механизмом регуляции, обладающие множеством специфических функций. Подобная морфофункциональная система обеспечивает создание первого барьера на пути проникновения инфекции. Очевидна тонкая функциональная связь полости носа и околоносовых пазух с другими органами и системами, в первую очередь с бронхолегочной системой.

Методы

В соответствии с целью исследования и для выполнения поставленных задач клинические исследования были проведены у 102 больных с ХРС с внебольничной пневмонией, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2018-2021 гг. Были отобраны следующие критерии включения пациентов в данное исследование: это лица обоих пола, подписавшие форму согласия на участие в данном исследовании в возрасте от 18 до 60 лет, с диагнозом внебольничная пневмония (ВБП), поставленным на основании имеющих клинических симптомов, а также по данным рентгенографии грудной клетки или КТ.

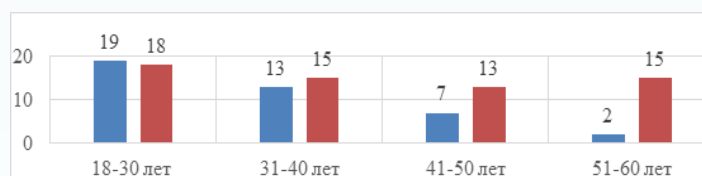


Рисунок 1. Распределение больных с ВБП по полу (мужчин/женщин) и возрасту (n=102)

Возраст больных в диапазоне от 18 до 60 лет (в среднем $39,1 \pm 1,14$ года), средний возраст мужчин составил $34,1 \pm 2,7$ года, женщин $40,1 \pm 2,9$ года соответственно (рисунок 1). Распределение по полу: мужчины - 41 человек (40,2%), женщины - 61 человек (59,8%), мужчины - 41 человек (40,2%).

Результаты и их обсуждения

Из общего числа больных (102 пациента), 62 больным было проведена 3D-рентгенография (МСКТ) околоносовых пазух. Рентгенологические изменения околоносовых пазух показали наличие увеличения толщины слизистой оболочки более чем 6 мм. Явные рентгенологические изменения выявлены у 32 (51,6%) больных. У 2 больных наблюдалось субтотальное и тотальное снижение пневматизации всех параназальных пазух, т.е. явная картина пансинусита, у 3 больных - правосторонний и левосторонний гемисинусит, у 4 - правосторонний гайморозтмоидит, у 7 больных - левосторонний гайморозтмоидит, у 2х больных - двусторонний гайморозтмоидит, у 10 больных были выявлены признаки этмоидита и этмоидосфеноидита соответственно, у 4 больных - сфеноидит.

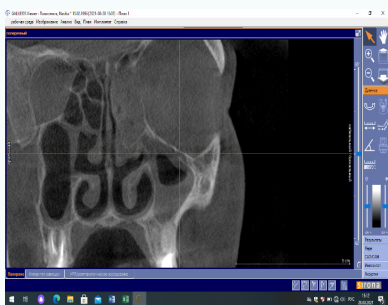


Рисунок 2. Больной Д., 31 год. 3D рентгенография околоносовых пазух. Выявление субтотальных и тотальных участков затемнений в левой верхнечелюстной пазухе и этмоидальных ячейках

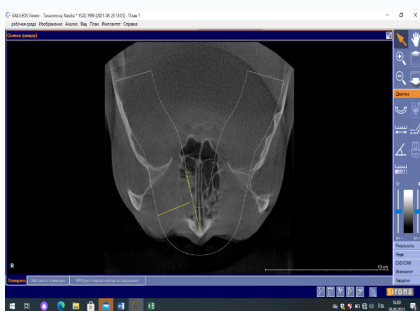


Рисунок 3. Больной Г., 27лет. 3D рентгенография околоносовых пазух субтотальные и тотальные участки затемнений передней и средней групп решетчатых ячеек.

В результате исследования были сформированы три группы пациентов: 1-я группа - 32 пациента с диагнозом «клинически среднетяжелая/тяжелая форма РС». Вторую группу составили 30 пациентов с диагнозом «клинически легкое течение РС». Третья группа – это 40 пациентов, без выявленных клинических признаков РС.

В первую и вторую группу больных было проведено комплексное лечение: в качестве антибактериальной терапии были назначены препараты, относящиеся к группе цефалоспоринов (3-4 поколения) и фторхинолонов (2-3 поколения), интраназально местные глюкокортикостероиды, ацетилцистеинсодержащие препарат АЦЦ 200мг по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10 дней, антигистаминные препараты (эриус 5 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней), также было проведена санация полости носа стерильным изотоническим раствором морской воды. Поскольку у пациентов 3-й группы не выявлены хронические воспалительные заболевания полости носа и параназальных пазух, больным данной группы проводилось только лечение ВБП, назначенное пульмонологом.

На 30-й день исследования клиническая эффективность проведенного комплексного лечения ХРС составила 90,7%, трем (9,3%) пациентам в связи с неэффективностью лечения выполнена эндоскопическая операция на пазухах, во время операции было выявлено что естественные отверстия в области остеомеотального комплекса закрыты. Восьми (25%) пациентам была выполнена планная септопластика, а 9 (28,1%) пациентам была выполнена вазотомия (таблица 1).

Таблица 1

Проведенные операционные и частично выполненные операционные мероприятия у больных **1-ой группы**

Вид вмешательства	Количество проведенных операций (n)
Пункция верхнечелюстной пазухи	7 (21,8%)
Функциональная эндоскопическая синус-операция	3 (9,3%)
Септопластика	8 (25%)
Вазотомия	9 (28,1%)

У пациентов 1-й группы на 30-й день исследования клиническая эффективность проведенного комплекс-

ного лечения РС составила 90,7%, трем (9,3%) пациентам, в связи с неэффективностью лечения выполнена эндоскопическая операция на пазухах, во время операции было выявлено что естественные отверстия в области остеомаксиллярного комплекса закрыты. У пациентов 2-й группы к 30-му дню исследования у 23 человек отсутствовали жалобы на наличие выделений из носа. Жалобы на головную боль уменьшились, а положительные сдвиги, произошедшие у этих больных, практически являются прямым результатом совместных комплексных лечебных мероприятий.

Заключения. Комплексное использование в лечении ХРС у больных с ВБП на основе данных микробиологического исследования по определению вида микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам, препаратов цефалоспоринового ряда III-IV поколения и фторхинолонов II-III поколения (цефоперазон, левофлоксацин), а также интраназальных глюкокортикостероидов (мометазон фураат), антигистаминных препаратов (дезлоратадин), секретолитиков (ацетилцистеин) на фоне санации полости носа и околоносовых пазух является наиболее эффективным методом, позволяющий значительно улучшить результаты лечения.

Список литературы:

1. А.И. Крюков, Г.Ю. Царапин, С.Г. Романенко, А.С. Товмасын, С.А. Панасов. Распространенность и структура заболеваний носа и околоносовых пазух среди взрослого населения мегаполиса. Российская ринология, // [The prevalence and structure of diseases of the nose and paranasal sinuses among the adult population of the metropolis] 2017. - № 1.-С.3-6.

2. **Волков А.Г. Щадящее инструментальное лечение риносинуситов (обзор литературы).** Российская оториноларингология, // [Sparing instrumental treatment of rhinosinusitis] 2017.-№ 3.-С.86-93. (In Russian).

3. А.Г.Чучалин. Пневмония: Актуальная проблема медицины XXI века. Пульмонология // [The current problem of medicine of the 21st century. Pulmonology]. 2015; 25 (2): с. 133–142 (In Russian).

4. А. С. Лопатин. Острый риносинусит: клинические рекомендации // [Acute rhinosinusitis: clinical

recommendations]. Российское общество ринологов. – М., 2017. – 36 с. (In Russian).

5. Рязанцев С.В. Острый синусит. Подходы к терапии (методическая рекомендация). // [Acute sinusitis. Approaches to therapy (methodical recommendation)]. М., 2003. 16 с. (In Russian).

6. Abelenda-Alonso G. et al. Influenza and bacterial coinfection in adults with community-acquired pneumonia admitted to conventional wards: risk factors, clinical features, and outcomes //Open forum infectious diseases. – US : Oxford University Press, 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 66.

7. Achar P., Duvvi S., Kumar B. N. Endoscopic dilatation sinus surgery (FEDS) versus functional endoscopic sinus surgery (FESS) for treatment of chronic rhinosinusitis: a pilot study //Acta Otorhinolaryngologica Italica. – 2012. – Т. 32. – №. 5. – С. 314.

8. Albiabi S. A. et al. Postnasal Drip Syndrome and Cough, Management and Diagnostic Approach in Primary Health Care Centre //Archives of Pharmacy Practice. – 2020. – Т. 1. – С. 127.

9. Frei C. R., Labreche M. J., Attridge R. T. Fluoroquinolones in Community-Acquired Pneumonia //Drugs. – 2011. – Т. 71. – №. 6. – С. 757-770.

10. Hayward G. et al. Intranasal corticosteroids in management of acute sinusitis: a systematic review and meta-analysis //The Annals of Family Medicine. – 2012. – Т. 10. – №. 3. – С. 241-249.

11. King L. M. et al. Antibiotic therapy duration in US adults with sinusitis //JAMA internal medicine. – 2018. – Т. 178. – №. 7. – С. 992-994.

РОЛЬ АПОПТОЗА В РАЗВИТИЕ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

Эргашев У.М.

Ташкентская Медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение

Тимпаносклероз (мирингосклероз) – это патологический процесс являющийся необратимым исходом неспецифического воспаления среднего уха, характеризующийся тугоухостью, обусловленной образованием плотных конгломератов в толще слизистые оболочки среднего уха и/или барабанной перепонки. Несмотря на то, что образование тимпаносклеротических бляшек является окончательным результатом воспалительного процесса, параллельно обнаруживаются участки ткани с продолжающимся процессом, что объясняет не законченность процесса. А также слоистость образовавшихся бляшек также доказывает цикличность процесса (1,2,3,4,5,6,7,8).

Мы поставили перед собой цель определить этиопатогенетическую взаимосвязь между морфологическими характеристиками тимпаносклеротических бляшек и клиническими проявлениями прогрессирования процесса. Помимо других клинико-лабораторных исследований мы провели иммуногистохимический анализ удалённых тканей.

Нами было взято под наблюдение 127 больных, в том числе 80 пациентов, которым был проведен иммуногистохимический анализ тканей (тимпаносклеротических бляшек) удалённых из уха после операции тимпанопластики в период 2019-2021 гг. Все больные были с открытым типом (с перфорацией на барабанной перепонке), со 2-ой, 3-ей и 4-ой степенями тимпаносклероза

Иммуногистохимический анализ был проведен с целью изучения маркёров p53 (ген индикатор апоптоза АИ) и Ki67 (индикатор пролиферации тканей МИ)

Иммуногистохимический анализ показал, что в удалённых тканях с тимпаносклеротическими бляшками чаще наблюдался умеренный и высокий апоптотический индекс и умеренный и низкий индекс митотического

индекса. Случаев полного отсутствия пролиферации и апоптоза выявлены у немногих пациентов. Процессы апоптоза и пролиферации имеют определённую корреляционную связь с клиническими формами и клиническими проявлениями прогрессирования процесса тимпаносклероза. Длительность заболевания и тяжесть степени тимпаносклероза имеют прямую корреляционную связь.

Иммуногистохимические маркеры пролиферации и апоптоза являются важными прогностическими показателями, которые позволяют прогнозировать клиническое течение заболевания и выработки лечебной тактики.

Список литературы

1. Эргашев У. М., Хасанов У.С. Этиопатогенез тимпаносклероза //Ташкент тиббиёт академияси ахборотномаси “Bosh va bo‘yin tug‘ma nuqsonlarini davolashda innovatsion yondashuv” mavzusidagi xalqaro anjumani ilmiy maqolalari 2022. Б.99-102
2. Эргашев У. М., Хирургическая тактика лечения тимпаносклероза //Международный научно-практический журнал ассоциации отоларингологов Казахстана, №1-2, 2018
3. Артюшина, Е. И. Клинико- аудиологическая характеристика тимпаносклероза: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.04 / Артюшина Елена Игоревна. -М., 2007.- 23 с.
4. Genc G; Koyuncu M; Kutlar G; Guvenc T; Gacar A; Aksoy A; Arslan S; Kurnaz SC; Does systemic clarithromycin therapy have an inhibitory effect on tympanosclerosis? An experimental animal study//The Journal of Laryngology and Otology [J Laryngol Otol] 2015 Feb; Vol. 129 (2), pp. 136-41.
5. Guo W., Bai X., Han Y., Xu L., Liu W., Zhang G., Li J., Fan Z., Wang H. Expressions of TGF-β1 and MMP-9 in a guinea pig model of tympanosclerosis: possible role in the pathogenesis of this disorder// The Laryngoscope [Laryngoscope] 2012 Sep; Vol. 122 (9), pp. 2037-42.
6. Kucuktag Z., Satar B., Yetiser S., Hidir Y., Gunhan

- O. Immunohistochemical investigation of inducible nitric oxide synthase, osteopontin, and calcium-sensing receptor in a myringosclerosis/tympanosclerosis model // *Otology & Neurotology: Official Publication Of The American Otological Society, American Neurotology Society [And] European Academy Of Otology And Neurotology [Otol Neurotol]* 2014 Jan; Vol. 35 (1), pp. e15-23.
7. Kuen-Yao Ho, Shih-Meng Tsai, Chee-Yin Chai & Hsun-Mo Wang. // *Clinical analysis of intratympanic tympanosclerosis: etiology, ossicular chain findings, and hearing results of surgery. Acta Oto-Laryngologica*, 2010; 130: 370–374
8. Sakowicz-Burkiewicz M., Kuczkowski J., Przybyła T., Grdeń M., Starzyńska A., Pawełczyk T. /Gene expression profile of collagen types, osteopontin in the tympanic membrane of patients with tympanosclerosis. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University [Adv Clin Exp Med]* 2017 Sep; Vol. 26 (6), pp. 961-966.

гических методов, используемых при восстановлении расщелины неба.

Введение

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) сопровождается выраженными отклонениями в развитии средней зоны лица и нарушением функции глотания, жевания, внешнего дыхания, речевой артикуляции. При достаточно высокой распространенности данной патологии, составляющей в среднем 1:650, отмечается тенденция к прогрессирующему увеличению частоты рождаемости детей с подобным пороком развития. Клиническую симптоматику поражения челюстно-лицевой области у больного с врожденной расщелиной верхней губы и неба существенным образом отягощают сопутствующие пороки развития других органов: зрения, эндокринной системы, центральной нервной системы, ЛОР-органов. Множественный характер врожденных пороков, развития у больного с расщелиной верхней губы и неба может считаться закономерным, исходя из современного представления о механизме формирования данной патологии, который согласуется с мультифакториальной теорией дисплазии соединительной ткани. Среди отклонений в формировании жизненно важных органов особую значимость приобретают различные аномалии развития сердца, объединяемые в современной литературе общим термином «синдром дисплазии соединительной-ткани сердца». Особенность реабилитации больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба, заключающаяся в многократном поэтапном хирургическом лечении, предъявляет повышенные требования к уровню компенсаторных возможностей жизненно важных органов и систем.

Цель: Аденоидит часто встречается у младенцев с врожденной расщелиной неба. Хотя его распространенность снижается после операции по поводу расщелины, многие дети продолжают страдать от проблем с аденоидитом в детстве. Хотя считается, что мышца, напрягающая мягкое небо, участвует в вентиляции носоглотку, данные о ее точной анатомии, функциях и роли в хирургии расщелины неба ограничены. Это исследование было направлено на тщательный обзор литературы о роли мышцы, напрягающей небные мышцы, в

РОЛЬ МЫШЦЫ, НАПРЯГАЮЩЕЙ МЯГКОЕ НЕБА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

Якубджанов Д.Д., ассистент кафедры оториноларингологии

Ташкентского государственного стоматологического института, Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., доцент Махкамова Н.Э.

Ключевые слова: расщелина неба; носоглотка; мышца, напрягающая мягкое небо.

Резюме

Представлен тщательный обзор литературы о роли мышцы, напрягающей мягкое небо, анатомических аномалиях у младенцев с расщелиной неба, связанных с заболеванием носоглотки, и их значение для хирур-

аденоидите, анатомических аномалиях у младенцев с расщелиной неба, связанных с заболеванием носоглотки, и их значение для хирургических методов, используемых при восстановлении расщелины неба.

Методы

Был проведен поиск литературы в базе данных MEDLINE с использованием комбинации ключевых слов «мышца напрягающей мягкое неба», «носоглотка», «аденоидит» и «врожденная расщелина неба».

Результаты

Несколько исследований подтверждают важную роль мышцы, напрягающей мягкое неба, в механизме носоглотки. Сохранение целостности мышцы, мышцы напрягающей мягкое неба, во время операции по поводу расщелины неба, по-видимому, улучшает долгосрочный исход. Однако анатомические вариации у детей с расщелиной неба могут изменить влияние мышцы, напрягающей veli palatini, на механизм расширения носоглотки. Врожденные расщелины губы и неба составляют примерно 86% аномалий челюстно-лицевой области и 20-30% всех пороков развития человека. Частота расщелины верхней губы и неба составляет 1:700 новорожденных, изолированной расщелины неба — 1:2500. Расщелина губы и/или неба встречается в 400 наследственных синдромах. По данным медицинской статистики ряда стран (РФ, Италии, Германии, США) отмечается тенденция к росту частоты рождаемости детей с данной патологией. За последние 100 лет этот порок развития стал встречаться в три раза чаще. В большинстве случаев диагностика ВРГН не представляет сложностей, но существует форма изолированной расщелины неба, диагностика которой может оказаться весьма затруднительной вследствие отсутствия явно выраженного дефекта неба. Речь идет о врожденной скрытой (подслизистой) расщелине неба (ВСРН). ВСРН характеризуется расщеплением мышц мягкого неба при сохранении целостности слизистой оболочки, возможным наличием костного дефекта треугольной формы по средней линии задней части горизонтальной небной пластинки, а также в ряде случаев отмечается расщепление uvulae разной степени выраженности.

В большинстве случаев тщательное обследование ребенка с ВСРН начинается в то время, когда появляются первые жалобы со стороны родителей. У некоторых детей с данной формой ВРН появляются проблемы со стороны среднего уха (рецидивирующие средние отиты, снижение слуха), причиной которых врачи-оториноларингологи считают гипертрофированную глоточную миндалину. После неудачных попыток консервативного лечения, направленного на устранения дисфункции слуховой трубы, детям выполняют аденотомию. Однако состояние детей не улучшается, сохраняется снижение слуха, повторяются эпизоды острого среднего отита, присоединяется нарушение речи как проявление небно-глоточной недостаточности (НГН). Нарушение речи может быть и единственным функциональным признаком ВРНС, которое выявляется в возрасте 1,5–3 лет в период активного речевого развития. Родители обращаются к логопедам, которые, не исключив ВСРН, безуспешно пытаются помочь ребенку. Со стороны ЛОР-органов у пациентов с ВСРН преобладает патология среднего уха. Неправильное прикрепление мышц неба приводит к дисфункции слуховой трубы и, как следствие, к скоплению экссудата в барабанной полости. У детей отмечается снижение слуха по кондуктивному типу, чувство заложенности в ушах, нередко случаи инфицирования экссудата в полости среднего уха с развитием острого/рецидивирующего среднего катарального/гнойного отита. Часто проблемы со стороны среднего уха усугубляются наличием в носоглотке гипертрофии аденоидных вегетаций с блоком глоточных устьев слуховых труб. В этом случае необходимо «освободить» глоточные устья евстахиевых труб. У пациентов с ВСРН выполнение классической аденотомии в полном объеме не является целесообразным. Неправильное прикрепление мышц мягкого неба приводит к их неадекватной работе, вследствие чего мягкое небо при спонтанной речи не смыкается с задней стенкой глотки, что расценивается как НГН, а клинически проявляется нарушением речи. В данном случае гипертрофированная глоточная миндалина, занимая большую часть носоглотки, позволяет мягкому небу плотно смыкаться со своей поверхностью. Данный механизм позволяет компенсировать НГН и, таким образом, избежать ее клинических проявлений. Операцией выбора для детей с ВРНС является эндоскопически ассистированная парциальная аденотомия,

которая позволяет избирательно удалять фрагменты лимфоидной ткани в области глоточных устьев слуховых труб, не удаляя при этом основной объем ткани в средней зоне носоглотки. Дальнейшее лечение экссудативного отита необходимо начинать с консервативных методов: продувание слуховых труб по Политцеру, пневмомассаж барабанных перепонок, физиолечение, назначение десенсибилизирующих и муколитических лекарственных средств, транстубарное и трансназальное введение лекарственных препаратов. При неэффективности консервативного лечения и сохранении жалоб выполняется шунтирование барабанных полостей. В клинической практике врачу оториноларингологу приходится сталкиваться с пациентами, имеющими данную форму ВРН.

Задача врача – заподозрить врожденный порок и направить ребенка к челюстно-лицевому хирургу. Только после подтверждения или исключения диагноза следует выбирать дальнейшую тактику лечения пациента.

Обсуждение результатов

Необходимы дополнительные исследования для выяснения роли мышцы, напрягающей мягкое небо, дисфункции, связанной с расщелиной неба, и развитии проблем со носоглоткам.

Список литературы

1. Абдурахмонов, А.З. Врожденная расщелина верхней губы и нёба у детей Республики Таджикистан за период с 2009 по 2019 г. // Аспирантский вестник Поволжья. - 2020. - № 1-2. - С. 75-79. Б01: 10.17816/2072-2354.2020.20.1.75-79.
2. Гончаков, Г.В. Врожденные расщелины нёба: сравнительная оценка результатов хирургического лечения / Г.В. Гончаков, С.Г. Гончакова, А.В. Вологжанина // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2017. - Т.1, №4 (1). - С. 40-44
3. Касимовская, Н. А. Врожденная расщелина губы и нёба у детей: распространенность в России и в мире, группы факторов риска. / Н.А. Касимовская, Е.А. Шатова // Вопросы современной педиатрии. - 2020. - Т.19. №2. - С. 142-145.

4. Рогожина, Ю. С. Хирургическая тактика устранения сложных вариантов врожденной расщелины неба / Ю. С. Рогожина, С. И. Блохина, Е. С. Бимбас // Проблемы стоматологии. - 2020. - Т. 16, № 1. - С. 121-126. - Б01: 10.18481/2077-7566-20-16-1-121-126.

5. Elsherbiny, A. Comprehensive and reliable classification system for primary diagnosis of cleft lip and palate / A. Elsherbiny, A. S. Mazeed // J Cranio-maxillo-facial Surg. - 2017. - Vol. 45. - P. 1010-1017.

СНИЖЕНИЕ ЧИСЛА ФАРИНГО-ТОНЗИЛЯРНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ПЕРОРАЛЬНЫМ ПРИМЕНЕНИИ ПРОБИОТИКА STREPTOCOCCUS SALIVARIUS K12.

Шайхова Х.Э., Хайдарова Г.С., Исомиддинова Н.М.

Ташкентская медицинская академия

Введение

Микробиота ротоглотки представляет собой сложное микробное сообщество, состоящее из нескольких различных родов аэробных и анаэробных микроорганизмов, таких как *Staphylococcus epidermidis*, стрептококки группы *viridans* (VGS), *Corynebacterium* spp. (дифтероиды), *Propionibacterium* spp., *Haemophilus* spp., *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Moraxella* и *Eikenella*, а также некоторые изоляты грибов *Candida*. Изменения в составе оральной микробной популяции могут привести к дисбиозу ротоглоточной микробиоты, тем самым способствуя восприимчивости к ряду воспалительных, инфекционных и аллергических заболеваний. До настоящего времени системные антибиотики и противовоспалительная терапия были основными стратегиями, используемыми для лечения этих патологических состояний. Однако многочисленные данные свидетельствуют о том, что эффективность антибиотиков может быть ограниченной. В нескольких исследованиях было показано, что для восстановления нормальной флоры ротоглотки у детей с рекуррентной тонзиллофарингитом можно использовать комменсальные и гемолитические стрептококки. Эти микроорганизмы могут не только восстановить баланс между полезными комменсальными бактериями и патогенными видами, но и предотвратить развитие устойчивости к

противомикробным препаратам из-за интенсивного использования антибиотиков при лечении заболеваний ротоглотки.

Цель исследования. Определение эффективности применения пробиотика *Streptococcus salivarius* K 12 по результатам количественных и качественных показателей микрофлоры ротоглотки у пациентов с рекуррентным тонзиллофарингитом для оптимизации консервативного лечения.

Методы

В данной работе мы представляем результаты применения пробиотического продукта на основе *Streptococcus salivarius* K 12 (Бактоблис®) на состав микробиоты глотки у пациентов с рекуррентным тонзиллофарингитом, оценивая изменения в численности бактерий и микробных корреляциях в сети микробиоты.

Исследования были проведены у 30 больных с диагнозом рекуррентный тонзиллофарингит. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первой группе (n = 20) назначался Бактоблис® в течение 30 дней, вторая группа (n = 15) не получала лечение данным препаратом. Бактоблис® назначают согласно инструкции (по 1 таблетке 1 раз в день, рассасывая в полости рта непосредственно перед сном), в течение 30 дней. Всем пациентам, включенным в исследование, собрано анамнез эпизодов тонзиллофарингитов, был проведен осмотр лор-органов и оценены общеклинические лабораторные показатели (общий анализ крови, общий анализ мочи, мазок со слизистой оболочки глотки с определением видовой принадлежности выделенных штаммов бактерий и чувствительности к антибиотикам). Для статистической обработки полученных результатов использовалась программа Statistica 6.1. Достоверность различий количественных признаков определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента для зависимых совокупностей. Результаты считали статистически значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты

Применение пробиотического препарата *Streptococcus salivarius* K12, в течение 30 дней пациенты, имеющие в анамнезе стрептококковый тонзиллофарингит, приводил к значительному уменьшению количества эпизодов стрептококковой инфекции, количества дней применения антибактериальной терапии и/или терапии жаропонижающими препаратами. При соблюдении всех рекомендаций *Streptococcus salivarius* K12 **сокращает** продолжительность и выраженность субъективной симптоматики и объективных изменений со стороны слизистых оболочек верхних дыхательных путей, обладает высоким профилем безопасности, хорошей переносимостью, гипоаллергенностью.

Обсуждение результатов

1. Применение пробиотика *Streptococcus salivarius* K12 (Бактоблис) в течение 30 дней с рекуррентными тонзиллофарингитами способствует улучшению микробиоценоза верхних дыхательных путей, снижению потребности в приеме системных антибактериальных препаратов, что предупреждает развитие антибиотикорезистентности.
2. Полученные положительные результаты свидетельствуют о рациональности применения *Streptococcus salivarius* K12 (Бактоблис) для профилактики рецидивов рекуррентного тонзиллофарингита и снижения частоты развития местных и общих постстрептококковых осложнений у данной категории пациентов.

Список литературы

1. Крамарев С.А., Евтушенко В.В. Бактоблис® (*Streptococcus salivarius* K12) — инновационная терапия и профилактика острых респираторных инфекций и их осложнений. «Актуальна інфектологія» 2020. DOI: 10.22141/2312-413x.8.1.2020.196172.
2. Alexander Bertuccioli, Marco Rocchi, Ilaria Morganti, Giorgia Vici, Marco Gervasi, Stefano Amatori, Davide Sisti. *Streptococcus salivarius*

K12 in pharyngotonsillitis and acute otitis media meta-analysis. *Nutrafoods* (2019) 2:80-88. DOI 10.17470/NF-019-0011.

3. Di Pierro F., Adami T., Rapacioli G., Giardini N., Streitberger C. Clinical evaluation of the oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12 in the prevention of recurrent pharyngitis and/or tonsillitis caused by *Streptococcus pyogenes* in adults. *Expert Opin. Biol. Ther.* 2013. № 13(3). P. 339-343. doi: 10.1517/14712598.2013.758711.
4. Giuseppe Gregori, Ornella Righi, Paolo Risso, Goffreda Boiardi, Giovanni Demuru, Anna Ferzetti, Antonio Galli, Marco Ghisoni, Sonia Lenzini, Claudio Marengi, Caterina Mura, Roberto Sacchetti & Lucia Suzzani (2016). Reduction of group A beta-hemolytic streptococcus pharyngotonsillar infections associated with use of the oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12: a retrospective observational study, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 87-92, DOI: 10.2147/TCRM.S96134
5. Misyurina Yu.V., Gadeliya M.V. Oropharyngeal microbiota profiling in chronic tonsillitis patients receiving polyvalent pyobacteriophage: A non-randomised experimental clinical trial. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik.* 2021; 28(6): 29–41.
6. Nacharov P., Ryazantsev S. Etiologic and pathogenetic diagnosis of chronic tonsillitis. *Vrach.* 2018; 29(3): 26–29 (In Russ., English abstract). DOI: 10.29296/25877305-2018-03-06.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕГО ПАРАЛИЧА ГОРТАНИ С ПОМОЩЬЮ МИКРОДЕБРИДЕР

д.м.н., профессор кафедры ЛОР болезней Джандаев С.Ж., к.м.н., доцент кафедры ЛОР болезней Имангалиев Е.Е., PhD докторант кафедры ЛОР болезней Кусанова С.А., резидент кафедры ЛОР болезней Сундетбаев Б.А.

Ключевые слова: хордэктомия, микродебридер, двух-

сторонний паралич.

Введение

Паралич голосовых складок представляет собой скорее симптом заболевания, чем отдельную болезнь. Обычно он наблюдается в результате патологического процесса, поражающего блуждающий нерв или его верхнюю и возвратную гортанную ветви. В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с данной патологией. Это обусловлено ростом оперативных вмешательств на органах, контактирующих с нижнегортанным нервом - гортани, щитовидной железе, трахее и пищеводе, ростом травматизма в быту и числа хирургических вмешательств при опухолях бронхов, верхней и средней доли легких, средостения, увеличение числа операций при сердечнососудистых аномалиях.

Первые методы лечения хронических паралитических стенозов были предложены около ста лет назад. С тех пор идет непрерывный поиск надежных и наименее травматичных методов, изменился хирургический доступ, стали применяться более совершенные методики и материалы для протезирования, новые хирургические инструменты, однако, эффективность лечения, несмотря на ощутимый прогресс в последние годы, остается недостаточной, от 45 до 87,1% у разных авторов (Марк Ремакль, Ханс Эдмунд Эккель, 2014г).

Цель: целью исследования является анализ методов хирургического лечения двустороннего паралича гортани и усовершенствование оперативного лечения с привлечением моторной микродебридерной системы.

Методы

В период с сентября 2014 года по март 2023 года в отделении оториноларингологии ГМБ № 2, было пролечено 21 пациент с двухсторонним параличом голосовых связок путем шейверной хордэктомии. Большинство больных (15 пациентов - 88%) перенесли операцию на щитовидной железе, (2 пациента - 12%) –операцию на легком (в анамнезе оперативных вмешательств на гортани не было). Из них 14 женщин, 7 мужчин, средний возраст составил 58 лет. При поступлении 6 пациентов

были хроническими канюленосителями. Длительность ношения трахеостомы составляла от 6 мес. до 4 лет.

Результаты

- Длительность стационарного лечения пациентов снижена (в среднем пациенты находятся на стационарном лечении 4-5 к/дней).
- Сокращен срок канюленосительства после операции (канюля удаляется на 1-2 сутки после операции, после контрольной ФЛС)
- Уменьшилось число больных, требующих повторной операции.
- Уже на 1 сутки пациенты отмечали улучшение дыхания.

Обсуждение результатов

Таким образом, техническая сложность и травматичность одних методов, и не эффективность других методов хирургического лечения срединных стенозов гортани, диктует необходимость продолжения поиска эффективных и малотравматичных методов лечения данной патологии, дающий стойкий положительный результат в виде восстановления просвета дыхательных путей, что на данный момент дает нам хордэктомию с помощью микродебридер. Это способствует социальной реабилитации пациентов, а также является малозатратным и экономически выгодным методом.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРИ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ

Шайхова Х.Э., Хайдарова Г.С., Эргашев У.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Ключевые слова: стероиды, острая сенсоневральная тугоухость, транстимпанальное введение стероидов, интратимпанальное введение.

Резюме

Совершенствование лечения острой сенсоневральной тугоухости (ОСНТ) является важной задачей современной оториноларингологии. Существуют различные методы лечения ОСНТ, однако на сегодняшний день самым эффективным и общепринятым является стероидная терапия.

Цель: Сравнительная оценка эффективности лечения острой сенсоневральной тугоухости путем транстимпанального и внутривенного введения стероидов при стандартном методе лечения. Материал и методы: В ЛОР отделении многопрофильной клиники ТМА проведено обследование и лечение 50 пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью. Из них 1-й группе пациентов (n=20) применяли стандартную схему лечения с применением стероидов, 2-й группе (14 пациентам) — внутривенное введение стероидов в сочетании со стандартной терапией, 3-й группе 16 пациентам выполнялись транстимпанальное введение стероидов в сочетании со стандартной терапией. Оценка эффективности лечения проводилась при помощи тональной пороговой аудиометрии. Результаты исследования: в 1-й группе полное восстановление слуха не отмечено ни у одного больного, улучшение слуха на 10—20 дБ у 17 (85,0%) и на 0—5 дБ у 3 (15,0%) пациентов. Во 2-й группе улучшение слуха на 15—20 дБ отмечено у 6 (42,8%), на 5—10 дБ — у 8 (58,2%) пациентов. В 3-й группе 12 (75,0%) пациентов уже после первой транстимпанальной инъекции отмечалось улучшение слуха и уменьшение шума в ухе, а при выписке слух улучшился на 30—40 дБ (75%), у 3 (18,75%) пациентов отмечено улучшение слуха на 15—20 дБ, у 1 (6,25%) — на 5—10 дБ. Выводы: выявлена высокая эффективность лечения острой сенсоневральной тугоухости при применении транстимпанального введения глюкокортикоидов в ранние сроки заболевания.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF THE TREATMENT OF ACUTE SENSORINEURAL HEARING LOSS WITH INTRATYMPANAL INTRODUCTION OF GLUCOCORTICOSTEROIDS

Shaykhova H.E., Khaidarova G.S., Ergashev U.M.

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

Key words: steroids, acute sensorineural hearing loss, transtympanic administration of steroids, intratympanic administration.

Abstract

Improving the treatment of acute sensorineural hearing loss (ASHL) is an important task of modern otorhinolaryngology. There are various methods of treating SHL, but steroid therapy is by far the most effective and generally accepted.

Objective: Comparative evaluation of the effectiveness of the treatment of acute sensorineural hearing loss by transtympanic and intravenous administration of steroids with a standard method of treatment. **Material and Methods:** 50 patients with acute sensorineural hearing loss were examined and treated in the ENT department of the TMA multidisciplinary clinic. Of these, group 1 patients (n=20) received a standard treatment regimen with steroids, group 2 (14 patients) received intravenous steroids in combination with standard therapy, group 3 16 patients underwent transtympanic steroid administration in combination with standard therapy. Evaluation of the effectiveness of treatment was carried out using tone threshold audiometry. **Results of the study:** in the 1st group, complete recovery of hearing was not observed in any patient, hearing improvement by 10-20 dB in 17 (85.0%) and by 0-5 dB in 3 (15.0%) patients. In group 2, improvement in hearing by 15–20 dB was noted in 6 (42.8%) patients, by 5–10 dB — in 8 (58.2%) patients. In the 3rd group of 12 (75.0%) patients, already after the first transmimpanal injection, there was an improvement in hearing and a decrease in noise in the ear, and at discharge, hearing improved by 30-40 dB (75%), in 3 (18.75%) patients noted an improvement in hearing by 15-20 dB, in 1 (6.25%) - by 5-10 dB.

Conclusions: a high efficiency of treatment of acute sensorineural hearing loss with the use of transtympanic administration of glucocorticosteroids in the early stages of the disease was revealed.

Введение

Острая потеря слуха чрезвычайно пугающий симптом, как правило, являющийся причиной немедленного обращения больного к специалисту. Наиболее часто такой вид тугоухости представляет собой нарушение звуковосприятия и характеризуется резким снижением слуха чаще на одно ухо, сопровождаясь в некоторых случаях такими симптомами, как головокружение и шум в пораженном ухе. Нарушение звуковосприятия, или сенсоневральная (нейросенсорная, перцептивная) тугоухость, встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, данной патологией страдают от 5 до 20 человек на 100000 населения. Согласно статистике ВОЗ, ежегодно регистрируется до 4000 новых случаев тугоухости сенсоневрального типа [1, 2]. Острую сенсоневральную тугоухость (ОСНТ) впервые описал De Kleyn в 1944 году. С тех пор проведено огромное количество исследований, посвященных данной патологии. Развитие сенсоневральной тугоухости могут спровоцировать инфекционные заболевания, травмы, нарушение кровоснабжения внутреннего уха, применение ототоксических препаратов, новообразования и некоторые другие факторы [3, 4]. Однако только в 10–15% случаев можно определить истинную этиологию заболевания [5]. Если у пациента точно удастся исключить все наиболее вероятные причины, снижение слуха считается идиопатическим. Спонтанное выздоровление больных острой сенсоневральной тугоухостью, по данным различных исследователей, происходит только в 32–65% клинических случаев [6, 7]. При своевременном и надлежащем лечении в большинстве случаев больным ОСНТ удается улучшить слух, а иногда и восстановить его до исходного уровня.

Совершенствование лечения острой сенсоневральной тугоухости (ОСНТ) является важной задачей современной оториноларингологии. Существуют различные методы лечения ОСНТ, однако на сегодняшний день самым эффективным и общепринятым является стероидная терапия. Стероидная терапия может про-

водиться системно (перорально или внутривенно) и местно (интратимпанальное введение стероидных препаратов). Возможные побочные эффекты, связанные с системным применением стероидных препаратов, могут быть обойдены при местном (интратимпанальном) введении. При местной терапии ОСНТ путем интратимпанального введения препаратов стероиды проникают в перилимфу через мембрану окна улитки, что приводит к высокой концентрации препарата во внутреннем ухе [2—4], и при этом не достигается высокая токсичность и системная абсорбция стероидов [1]. Последние фармакокинетические исследования показали, что при интратимпанальном введении, несмотря на низкую дозировку, достигается более высокая концентрация препарата в жидкостях внутреннего уха по сравнению с системным применением [5—11].

Цель исследования: Сравнительная оценка эффективности лечения ОСНТ путем транстимпанального, внутривенного введения стероидов и стандартного метода лечения.

Методы

В ЛОР отделение многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии проведено обследование и лечение 50 больных с острой сенсоневральной тугоухостью (27 женщин и 23 мужчин) в возрасте от 23 до 68 лет (средний возраст 42 года) с давностью заболевания от 2 до 30 дней. У 40 (80%) больных процесс был односторонним, у 10 (20%) — двусторонним. Анамнез включал все возможные события, предшествующие тугоухости (авиаперелет, подводное плавание, вирусные заболевания, прием лекарственных препаратов). Выясняли скорость развития заболевания, его длительность, наличие ушного шума, головокружения, головной боли, нарушения зрения.

В данном исследовании принимали участие пациенты с вертебробазилярной недостаточностью (гипертонический криз, атеросклероз сосудов головного мозга, остеохондроз шейного отдела позвоночника, вегетососудистая дистония по гипер или гипотоническому типу). Тональная пороговая аудиометрия проводилась до лечения, через 10 дней, 1 мес и 3 мес после лечения. Оценивались средние значения порогов (СЗПсч)

на средних (речевых) частотах (500, 1000, 2000, 4000 Гц), СЗПнч на низких частотах (125, 250 Гц), СЗПвч на высоких частотах (6000, 8000 Гц), а также СЗПобщ — средний показатель среди всех частот.

В зависимости от применявшихся методик лечения пациенты были объединены в три группы: 1-я группа (ОСНТ) — 20 пациентов, которым проводилась стандартная терапия, включавшая применение следующих препаратов: реосорбилакт 200,0 мл (в/в), пентоксифиллин 2% — 5,0 мл (в/в), пирацетам 20% — 60,0 мл, кортексин 10мг в/м, галантамин 5мг (10 дней), бетасерк 24мг (30 дней). 2-я группа — 14 человек, у которых к сочетанной стандартной терапии (как указано выше) добавлялась системная стероидная терапия: дексаметазон 16 мг по схеме. 3-я группа — 16 человек, которым проводилась стандартная терапия (как указано выше) и местная терапия путем интратимпанального введения стероидов. С этой целью под местной анестезией проводили тимпанопункцию в задненижнем квадранте барабанной перепонки и через шунт вводили 4 мг — 1,0 мл раствора дексаметазона.

Результаты

В 1-й группе полное восстановление слуха не отмечено ни у одного больного, улучшение слуха на 10—20 дБ у 17 (85,0%) и на 0—5 дБ у 3 (15,0%) пациентов. Во 2-й группе улучшение слуха на 15—20 дБ отмечено у 6 (42,8%), на 5—10 дБ — у 8 (58,2%) пациентов. В 3-й группе 12 (75,0%) человек уже после первой пункции отмечали улучшение слуха и уменьшение шума, к выписке их слух улучшился на 30—40 дБ, у 3 (18,75%) отмечено улучшение слуха на 15—20 дБ, еще у 1 (6,25%) — на 5—10 дБ.

По данным тональной пороговой аудиометрии до лечения у 30 (60,0%) пациентов было выявлено снижение слуха до 80—90 дБ (что соответствует IV степени нейросенсорной тугоухости), у 6 человек (12,0%) — до 60—70 дБ (III степень), у 5 человек (10,0%) — до 40—50 дБ (II степень), у 9 человек (18,0%) — до 20—30 дБ (I степень). После проведенного лечения в 1-й группе полное восстановление слуха не отмечено ни у одного больного, улучшение слуха на 10—20 дБ у 17 (85,0%) и на 0—5 дБ у 3 (15,0%) пациентов. Во 2-й группе

улучшение слуха на 15—20 дБ отмечено у 6 (42,8%), на 5—10 дБ — у 8 (58,2%) пациентов. В 3-й группе 12 (75,0%) пациентов уже после первой инъекции отмечали улучшение слуха и уменьшение шума, к выписке их слух улучшился на 30—40 дБ, у 3 (18,75%) отмечено улучшение слуха на 15—20 дБ, еще у 1 (6,25%) — на 5—10 дБ. За время исследования не было отмечено побочных явлений при всех способах транстимпанального и внутривенного введения кортикостероидов и от применения стандартной терапии. Результаты лечения пациентов с ОСНТ представлены на диаграмме (рис.1).

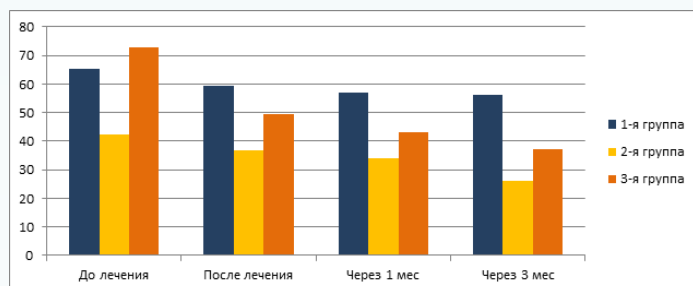


Рис. 1. Динамика изменения слуха у пациентов с ОСНТ

Обсуждение результатов

Острой сенсоневральной тугоухость (ОСНТ) — это состояние, при котором наблюдается потеря > 30 дБ на трех последовательных частотах в течение периода < 3 дней. Этиология ОСНТ может быть идиопатической, но другие причины включают вирусную инфекцию, сосудистый фактор и иммунологические заболевания. Лечение острой нейросенсорной тугоухости является одной из важных и нерешенных проблем современной оториноларингологии. Пациенты с острой сенсоневральной тугоухостью (ОСНТ) составляют 3,9% среди всех экстренных заболеваний ЛОР-органов и 62,2% — среди заболеваний внутреннего уха, требующих неотложной стационарной медицинской помощи. С каждым годом число этих больных неуклонно растет [1—8]. Систематические обзоры литературы по вопросам стратегии лечения ОСНТ выявили только два исследования [5, 9], которые касались ограниченно положительного влияния раннего назначения стероидов на прогноз восстановления слуха при ОСНТ. Имеются данные об эффективном местном применении глюкокортикостероидов путем введения препарата в барабанную полость через установленный шунт [10].

Известно, что глюкокортикостероиды оказывают противовоспалительное, десенсибилизирующее, антиэкссудативное, антифиброblastогенное действие [1, 5]. В то же время известны следующие нежелательные явления, которые могут возникнуть при системной терапии глюкокортикоидами: расстройства сна, изменения настроения, расстройства желудочно-кишечного тракта, подергивания лицевых мышц, прибавка веса. И крайне редко могут встречаться серьезные нежелательные явления (анафилаксия, судороги, сепсис, асептический остеонекроз, аритмия и внезапная смерть), возникающие как правило у больных с серьезными факторами риска.

При системном использовании стероидов оптимальная доза и длительность лечения часто определяются эмпирически и являются неточными [8, 11]. Кроме этого, терапевтический эффект стероидов при системном введении в низких дозах не идеален из-за их ограниченной способности проникать через гематоперилимфатический барьер. Транстимпанальный способ введения имеет ряд преимуществ. При использовании низких доз глюкокортикостероидов при доставке к круглому окну их концентрация может достигать высоких активных уровней в жидкостях внутреннего уха по сравнению с системным применением.

Последние фармакокинетические исследования подтвердили эту гипотезу [4, 12—15]. При длительной терапии в течение 6 мес путем интратимпанального введения стероидов эффективность данного вида лечения выше, чем при традиционной терапии и монотерапии стероидами, а нежелательных явлений, связанных с приемом стероидов, не отмечено [10]. Препараты, применяемые местно в низких дозах, могут быть назначены несмотря на большие ограничения и противопоказания, связанные с их системным применением.

Выводы: Эффективность лечения острой нейросенсорной тугоухости путем транстимпанального введения глюкокортикостероидов отличается от системного введения кортикостероидов и стандартной терапии ранним началом действия, более длительным терапевтическим эффектом и низкой дозировкой вводимого препарата. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более широкого внедрения данного метода в практику лечения острой сенсоневральной

тугоухости с учетом существующих показаний и противопоказаний применения глюкокортикостероидов. Метод интратимпанального введения дексаметазона в среднее ухо, является безопасным и эффективным методом лечения больных с острой сенсоневральной тугоухостью. Данное лечение можно использовать не только как дополнение к основному, но и в качестве основного метода лечения. Большим преимуществом является возможность амбулаторного лечения данных пациентов и минимальное количество времени, затрачиваемое на выполнение процедуры. Лечение проводилось до тех пор, пока наблюдалась положительная динамика слуха при периодически проводимых аудиологических исследованиях пациентов с ОСНТ.

Список литературы

1. Garcia-Berroca J.R. Adverse effects of glucocorticoid therapy for inner ear disorders. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2008; 70:4: 271—274.
2. Косяков С. Я., Атанесян А.Г. Новый метод лечения острой сенсоневральной тугоухости // Материалы VI съезда оториноларингологов республики Беларусь «Новые технологии в оториноларингологии»: Тез. докл. - Минск, 2008. - С. 42 - 44.
3. Battaglia A., Burchette R., Cueva R. Combination therapy (intratympanic dexamethasone + high-dose prednisone taper) for the treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Otol Neurotol* 2008; 29: 4: 453—460.
4. Peng Y. Clinical investigation of different routes of administration of dexamethasone on sudden deafness. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2008; 22: 10: 442—445.
5. Plontke S.K. Dexamethasone concentration gradients along scala tympani after application to the round window membrane. *Otol Neurotol* 2008; 29: 3: 401—406.
6. Moskowitz D., Lee K.J., Smith H.W. Steroid use in idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Laryngoscope* 1984; 94: 5: 1:664— 666.
7. Zhao H. Prognostic factors for patients with the idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2008; 43: 9: 660—664.
8. Chandrasekhar S.S. Intratympanic dexamethasone for sudden sensorineural hearing loss: clinical and laboratory evaluation. *Otol Neurotol* 2001; 22: 1: 18—23.
9. Plontke S.K., Biegner T., Kammerer B. et al. Dexamethasone concentration gradients along scala tympani after application to the round window membrane. *Otol Neurotol* 2008; 29: 3: 401—406.
10. Ahn J.H. Therapeutic effectiveness over time of intratympanic dexamethasone as salvage treatment of sudden deafness. *Acta Otolaryngol* 2008; 128: 2: 128—131.
11. Zivic L., Zivic D., Stojanovic S. Sudden hearing loss — our experience in treatment with vasoactive therapy. *Srp Arh Celok Lek* 2008; 136: 3—4: 91— 94.
12. В.В. Вишняков, М.В. Сорокина - Транстимпанальное введение стероидов при лечении острой нейросенсорной тугоухости. *Вестник Оториноларингологии*, 4, 2014 55-58 с.
13. Plontke S.K., Löwenheim H., Mertens J. et al. Randomized, double blind, placebo controlled trial on the safety and efficacy of continuous intratympanic dexamethasone delivered via a round window catheter for severe to profound sudden idiopathic sensorineural hearing loss after failure of systemic therapy. *Laryngoscope* 2009; 119: 2: 359—369.
14. Salt A.N. Dexamethasone concentration gradients along scala tympani after application to the round window membrane. *Otol Neurotol* 2008; 29: 3: 401—406.
15. Filipo R, Covelli E, Balsamo G, Attanasio G. Intratympanic prednisolone therapy for sudden sensorineural hearing loss: a new protocol. *Acta Otolaryngol* 2010;130:1209-13.
16. Kara E, Cetik F, Tarkan O, Sürmelioğlu O. Modified intratympanic treatment for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010;267:701-7.
17. Lee JD, Park MK, Lee CK, Park KH, Lee BD. Intratympanic steroids in severe to profound sudden sensorineural hearing loss as salvage treatment. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2010;3:122-125.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ

Бакиева Ш.Х., Курбонов Ш.Ж.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение

На сегодняшний день не существует универсального доступа к ВПЧ. Об этом свидетельствует недостаточная удовлетворенность результатов существующими на сегодня методами и постоянный поиск новых способов. Исходя из этого, необходима разработка способов адекватной санации, удаление патологического содержимого, а также ревизия естественного соустья. Важным является возможность манипуляции на нижних отделах пазухи, а также высокая физиологичность предложенного метода [1,2,3,4,5].

Таким образом, хирургическая патология ВЧП отличается крайним разнообразием патогенетических механизмов, что обуславливает дифференцированный подход к выбору оперативного способа лечения.

Целью данного исследования явилось изучение динамики симптомов заболевания у больных с хроническим синуситом при различных хирургических вмешательствах на верхнечелюстной пазухе.

Методы

Нами было проведено исследование 80 больных, находившихся на стационарном лечении частной клиники «Happy life» с 2018 по 2020 годы. В исследование было включено 42 женщин и 38 мужчин в возрасте от 18 до 69 лет. Средний возраст пациентов составил $39,7 \pm 10,95$ лет. Из них 45 больных были с кистами верхнечелюстной пазухи, 35 с инородным телом верхнечелюстной пазухи. Все больным было проведено оперативное вмешательство в верхнечелюстной пазухе. В 62 (77,5%) случаях хирургическое лечение на ВЧП произведено с одной стороны, в 18 (22,5%) случаях – с двух. Оператив-

ное вмешательство 67 (84,55%) больным проводили в условиях местной анестезии, 13 (15,45%) – под наркозом.

В зависимости от варианта хирургического лечения все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) – 55 пациентов (61 пазуха), которым выполнено эндоскопическое эндоназальное вскрытие ВЧП через нижний носовой ход (ННХ) с пластическим закрытием вновь сформированного соустья. Проведен эндоскопический осмотр естественного соустья ВЧП, которое было функционирующее во всех случаях; 2-я группа (контрольная) – 45 пациента (54 пазухи), которым выполнено эндоскопическое вскрытие ВЧП через средний носовой ход (СНХ), произведена резекция крючковидного отростка и латерализацией средней носовой раковины.

Для оценки жалоб обследованных больных был разработан опросник, который предлагали заполнить пациентам. На основании ретроспективного анализа историй болезни с различными формами верхнечелюстного синусита и невоспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи были выделены основные симптомы, характерные для этих патологий. В анкете были указаны симптомы и степень их выраженности по бальной шкале. 0 баллов показывало отсутствие жалоб, следующие градации демонстрировали их появление и нарастание. Максимальная сумма баллов – 20. Анкетирование проводили до проведения хирургического лечения, а также через 5 и 30 дней после операции, при этом оценивали сумму баллов.

Результаты и их обсуждение

При оценке жалоб пациентов до проведения хирургического лечения ведущим симптомом явилось стекание слизи/отделяемого по задней стенке глотки или постназальная ринорея, 56 (70%) пациентов отмечали наличие этой жалобы. 50 (63%) пациентов предъявляли жалобу на отделяемое из носа. На головную и лицевую боль указывали 12 (15%) пациентов. 21 (27,2%) пациентов отмечали дискомфорт в проекции верхнечелюстной пазухи. Слезотечение выявлено у 1 (0,08%) пациента. 10 (12% случаев) пациентов не предъявляли жалоб со стороны ЛОР-органов. Поводом их обращения к врачу-оториноларингологу явилось обна-

ружение изменений в проекции гайморовой пазухи, при проведении рентгенологического исследования при обследовании у стоматолога перед проведением имплантации и синус-лифтинга. По данным анкетирования пациентов до оперативного вмешательства получены следующие результаты: в контрольной группе - $6,69 \pm 0,30$ баллов; в опытной группе - $6,44 \pm 0,36$ баллов.

Таким образом, ведущими симптомами при поступлении пациентов являлись постназальная ринорея, отделяемое из носа, затруднение носового дыхания и дискомфорт в проекции верхнечелюстной пазухи. Слезотечение до операции предъясляла одна пациентка, что было обусловлено аллергическим компонентом при нормальной проходимости слезоотводящих путей.

При проведении анкетирования после операции на 5 сутки отмечено усиление заложенности носа и отделяемого из носа. Характер отделяемого у послеоперационных больных приобретал слизисто-геморрагический характер, гнойного отделяемого отмечено не было. Пациенты не отмечали дискомфорт в проекции пазухи, а в случае изначального его присутствия, он регрессировал на 1-5 сутки после вмешательства. Через полгода после операции отмечен регресс симптомов во всех группах.

Таким образом, следует вывод, что операция с помощью доступа в верхнечелюстную пазуху через нижний носовой ход является более эффективной и способствует быстрой регрессии симптомов заболевания в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Kryukov A. I. et al. The strategy of the of surgical treatment of the cysts in the maxillary sinus // Vestnik otorinolaringologii. – 2019. – Т. 84. – №. 1. – С. 42-45.
2. Levine C. G., Casiano R. R. Revision functional endoscopic sinus surgery //Otolaryngologic Clinics of North America. – 2017. – Т. 50. – №. 1. – С. 143-164.
3. Naros A. Fungus ball of the maxillary sinus— modern treatment by osteoplastic approach

and functional endoscopic sinus surgery // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2019. – Т. 77. – №. 3. – С. 546-554.

4. Siu J. et al. Quantification of airflow in the sinuses following functional endoscopic sinus surgery //Rhinology. – 2020. – Т. 58. – №. 3. – С. 257-265.
5. Zhao Y. et al. Modified endoscopic inferior meatal fenestration with mucosal flap for maxillary sinus diseases //Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques. – 2018. – Т. 13. – №. 4. – С. 533.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТОТОКСИЧНОСТИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ПЛАТИНУ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Бахадирова И.Б. ¹, Мирсултанов Ж.А. ²

¹ Кафедра оториноларингологии, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент, Узбекистан

² Лаборатория фармако-токсикологического анализа координационных соединений и биологически активных веществ, Ташкентский Фармацевтический Институт, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: ототоксичность; цисплатин; карбоплатин; эксперимент.

Введение

Химиотерапевтические препараты на основе платины широко используются в лечении злокачественных новообразований. Представители данной группы препаратов как цисплатин и карбоплатин имеют такие побочные эффекты как нефротоксичность, миелосупрессию, нейротоксичность и ототоксичность. Ототоксичность проявляется односторонним или двусторонним снижением слуха, которое может сопровождаться шумом в ушах. Поражение органа слуха зависит от дозы и кумулятивной способности препарата.

Цель исследования: Оценить ототоксический эффект химиотерапевтических препаратов, содержащих платину у лабораторных крыс, с помощью объективных методов исследования слуха.

Методы

В качестве лабораторных животных были использованы крысы альбиносы с массой тела 190-228 гр. С животными обращались в соответствии со стандартными протоколами ухода за животными. Лабораторных животных разделили на три группы исследования (n=10 в каждой):

1. Ежедневное в/б введение 0,9% раствора натрия хло-

рида 2 мл/кг.

2. Ежедневное в/б введение цисплатина (1 мг/мл) 6 мг/кг в течение четырех дней подряд

3. Ежедневное в/б введение карбоплатина (10 мг/мл) 8 мг/кг в течение четырех дней подряд. Эксперимент включил в себя 3 курса введения лекарственных препаратов.

Результаты

После первого курса введения препаратов достоверных изменений порогов слышимости на КСВП по сравнению с контрольной группой не наблюдались. Значительные изменения стали наблюдаться после второго курса введения химиотерапевтических препаратов. По результатам исследований, только в группе крыс получавших цисплатин происходили значительные сдвиги порогов слуха $22.6 \pm 20.5P < 0.0001$. Пороги слышимости у групп крыс получавших карбоплатин в малой степени отличались от результатов крыс с контрольной группы. После проведения третьего курса химиотерапии наблюдались ещё более значительные изменения порогов слуха в группе крыс получавших цисплатин по сравнению с контрольной группой и группой получавшей карбоплатин на частоте 12 Гц $28.6 \pm 20.9P < 0.0001$.

Обсуждение результатов

После сравнения слуховой дисфункции у лабораторных крыс получавших, цисплатин и карбоплатин, наши результаты показали выраженное повышение порогов КСВП у крыс получавших, цисплатин. Такие результаты говорят о гибели наружных волосковых клеток. У крыс, получавших карбоплатин изменений в слуховой функции не наблюдались. Проявление разной степени ототоксичности этих двух препаратов, содержащих платину, указывает на разную степень поглощения платины улиткой.

CFD МОДЕЛИРОВАНИЕ ВОЗДУШНЫХ ПОТОКОВ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Сагандыкова Н.С., MD, MMSc, PhD

Назарбаев Университет, Департамент Аэрокосмической инженерии, г. Астана, Казахстан

По данным масштабного 10-летнего проспективного исследования, который был проведен в США, каждый второй пациент, перенесший септопластику, был недоволен результатами хирургического лечения (Tsang CLN). Данные цифры говорят лишь о зависимости результата лечения пациентов от их субъективного мнения, что не может быть критерием оценивания. Эффективность хирургического лечения необходимо основывать не только на субъективных ощущениях пациентов, но и на объективных критериях улучшения носового дыхания. Однако в настоящее время нет «золотого» стандарта для объективной оценки носового дыхания при патологии носовой перегородки (Clement PAR, «The International Standardization Committee on the Objective Assessment of the Nasal Airway in Riga»). К стандартным обследованиям полости носа относятся опрос пациентов на наличие затруднения носового дыхания, передняя риноскопия, проба Cottle, компьютерная и магнитно-резонансная томографии полости носа. Для оценки дыхательной функции носа применяется активная и пассивная риноманометрия, которые основаны на измерении объема и сопротивления воздушного потока полости носа. Однако имеются данные о низкой корреляции этих данных с жалобами пациентов в послеоперационном периоде (Hsu HC), что ограничивает их применение.

Нами были изучены возможности нового метода, основанного на CFD (виртуальном) моделировании воздушного потока носа в диагностике нарушений носового дыхания при деформации носовой перегородки. Данный метод на основании компьютерных томограмм полости носа и пакета программных обеспечений позволяет создавать виртуальные модели воздушного потока полости носа и вычислять параметры воздушного потока (скорость потока, температура потока, парциальное давление потока и сила давления

на стенки носа, направление потока). Выявлено статистически значимое отличие данных параметров между здоровой группой участников и пациентов с деформацией носовой перегородки.

Несмотря на ряд сложностей, возникающих при проведении CFD моделирования, данный метод имеет большое диагностическое и прогностическое будущее в лечении пациентов с затруднением носового дыхания.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Махамадаминова Ш.А., Кодиров Ш.Ш.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение

Определение предикторов, связанных с развитием некротического риносинусита (НРС) у больных перенесших COVID-19, а также их сопоставление с особенностями клинического течения НРС, открывает большие перспективы не только в выборе лечебной тактики, но и прогностической направленности, что делает данный вопрос актуальным для изучения.

С этой целью изучена связь лабораторных маркеров с летальным исходом, а также прогностическая значимость для ряда лабораторных маркеров в неблагоприятном прогнозе

Методы

Обследованы 71 больной с некротическим риносинуситом развившимся после перенесенной коронавирусной инфекции, средний возраст больных составил $57,0 \pm 1,2$ года. Средним возраст больных с неблагоприятными исходами был $48,027,0 \pm 11,2$ года, среди которых было 68,9% мужчин и 31,1% женщин. Из них с летальными исходами было 8 больных и 37 больных с нелетальными осложнениями. Были проанализированы показатели клинических и лабораторных параметров.

Результаты и их обсуждение

В клинике преобладали быстрое развитие односторонней боли в лице, парестезия (93,3%), полной потеря зрения (71,1%), некроз кожи лица с изъязвлением наблюдался в 42,2% случаев.

КТ-данные показали у 60,0% пациентов малозаметное/незначительное утолщение слизистой оболочки поло-

сти носа или носоглотки, при этом в 100% случаев при эндоскопии/операции был выявлен некроз разной степени глубины в синоназальных тканях с поражением крылонебной ямки (88,9%).

Исследования лабораторных данных показало у лиц со смертельным исходом выявлено достоверное повышение Д-димера, фибриногена, тромбоцитов при укорочении АЧТВ и ПВ ($p > 0,05$). АЧТВ в группе умерших был достоверно короче, чем у выживших ($27,2 \pm 1,5$ против $32,0 \pm 1,1$; $p < 0,05$), Это указывает на активацию коагуляционного гемостаза в условиях тромбинемии, и может быть расценено как фаза гиперкоагуляции ДВС. При этом активируется также и фибринолиз, Количество Д-димера в этой группе также было статистически значимо выше, чем у выживших – в 1,3 раза ($p < 0,05$). ROC-анализ Д-димера с чувствительностью 71,4% и специфичностью 100% для неблагоприятного прогноза НРС оказалось значение более 1199 мкг/л., что характеризует этот тест как валидный для прогноза неблагоприятного исхода. ROC анализ для АЧТВ, фибриногена, ПВ, МНО и тромбоцитов показало, что эти тесты имели низкую прогностическую ценность для прогнозирования летального исхода при НРС. Маркер прокальцитонина, тоже оказался неинформативен при прогнозе НРС. Ферритин же продемонстрировал свою состоятельность: концентрация ферритина выше 496 мкг/л является неблагоприятной в плане летального исхода у больных НРС с чувствительностью 100% и специфичностью 61,9% ($p < 0,05$). Анализ уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-1 бета, ФНО-альфа и СРБ) были малоинформативны статистически значимо не отличались у умерших и выживших ($p > 0,05$). Маркер же ИФН-гамма показал высокую информативность этого показателя, с чувствительностью 87% и специфичностью 88% при пороге отсечения cut off менее 4,6 пг/мл, данный показатель может быть использован для прогнозирования течения НРС, качество теста хорошее. Уровень лимфоцитов менее 15% является неблагоприятным в аспекте исхода НРС с чувствительностью 90%.

Выводы. Таким образом, у лиц, перенесших SARS-CoV-2, риносинусит является некротическим, на фоне иммунодефицита за счет лимфопении и снижения ИФН-гамма, гиперкоагуляции при увеличении количества тромбоцитов, фибриногена и гипертромбинемии с увеличением Д-димера до и ФНО-альфа, что создает

предпосылки для развития тромбозов. В прогнозе неблагоприятного исхода НРС информативны ИФН-гамма (Ч=87%, С=88%, AUC=0,89) при концентрации менее 4,6 пг/мл, Д-димер (Ч= 71,4%, С=100%, AUC=0,79) при уровне более 1199 мкг/л, ферритин (Ч=100 %, С=61,9%, AUC=0,71) при уровне выше 496 мкг/л, лимфоциты менее 15% (Ч=90 %, С=56,2%, AUC=0,68).

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ НА ПРИМЕРЕ ШАЙХАНТАХУРСКОГО РАЙОНА, ГОРОДА ТАШКЕНТА

Ходжанов Ш.Х., Хайдарова Г.С., Рахимжонова Г.А., Садикова А.С.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, частота встречаемости, отоларингологические заболевания, первичное звено, семейная поликлиника

Введение

Одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения занимают болезни органов дыхания, в состав которых входят ЛОР-болезни, распространенность которых постоянно увеличивается. По данным статистики Всемирной организации здравоохранения, инфекциями верхних дыхательных путей (ЛОР-органов) ежегодно заболевают 44% населения. У каждого четвертого пациента болезнь рецидивирует и переходит в хроническую форму. Основой организации медицинской помощи является изучение распространенности заболеваний.

Цель исследования: оценить уровень Лор-патологии пациентов по данным обращаемости в учреждения амбулаторного звена.

Методы

Учет заболеваемости проходил по данным обращаемости в медицинские учреждения, по данным материалов профилактических осмотров населения. Был проведен ретроспективный анализ обращаемости па-

циентов всех возрастов с ЛОР патологией в Семейную поликлинику №46 Шайхантахурского района путем анализа записей, анкет за 2022 год.

Результаты

Количество приема ЛОР службы в данной поликлинике за 2022 год составил 16528 приемов. Из них 9633(58,3%) человек обратились из-за болезни. Оставшиеся 6 895(41,7%) человек обратились в профилактических целях. Соотношение обращаемости из-за болезни взрослых (56%) и детей (46%) 1,2:1. Частота встречаемости из всех ЛОР заболеваний у мужчин составлял 36%, у женщин 38% и 26% детей. Наиболее часто встречаемой нозологией являлся хронический тонзиллит (450 (40%) человек в Д учете), хронические риниты 37,6%, хронические отиты 7,4%, хронические синуситы 6,7%, сенсоневральная тугоухость 2,06%, искривление носовой перегородки 4,5%. Дневная нагрузка составляла приблизительно 60 пациентов на 2 смены (12 часов).

Обсуждение результатов

В течение дня к отоларингологу семейной поликлиники города Ташкента обращаются более 60 пациентов. Учитывая, что их рабочее время было 2 смены по 6 часов, каждый час принимали 5 пациентов. Большинство этих больных имели острые и хронические заболевания горла (40%) и носа (48,8%). Заболевания уха (9,46%) и гортани (1,74%) встречались относительно редко. Сенсоневральная тугоухость встречалась в 2,06%.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Рахимжонова Г.А., Хайдарова Г.С.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение

В последнее время уделяется большое значение тугоухости у детей. Среди причин кондуктивной тугоухости у детей значительный удельный вес имеет экссудативный средний отит (ЭСО). Несмотря на проводимые профилактические мероприятия год за годом количество больных с рецидивирующим ЭСО растёт.

Цель исследования: явилось определить распространенность ЭСО среди детей.

Методы

С 2017 по 2021 г. проведено комплексное обследование 220 детей в овзрачте от 3 до 14 лет, находящихся на стационарном лечении с диагнозом ЭСО в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. Основной жалобой было снижение слуха. Всем детям было проведено обследование ЛОР-органов, проведены аудиологические исследования. Диагноз ЭСО был поставлен на основании данных клинических и аудиологических данных.

Результаты

Результаты исследования показали, что заболеваемость ЭСО чаще встречалась среди детей в возрасте от 7 до 11 лет (49%). Он был обнаружен у 38% детей в возрасте от 3 до 6 лет. ЭСО был диагностирован у 13% детей в возрасте 12-14 лет. Таким образом, по мере взросления детей число случаев ЭСО уменьшалось. Но у многих детей раннего возраста, потому что они еще не могут говорить, за невозможность пожаловаться, диагноз ЭСО был поставлен поздно. Например, родители 63 обследованных детей ранее не жаловались на снижение слуха.

Было выявлено, что аденоидные вегетации и риноси-

нусит являются частыми причинами ЭСО. Распространенность ЭСО была в два раза выше у мальчиков (63%), чем у девочек (37%). Выявлены также сезонные изменения заболеваемости ЭСО, то есть она больше наблюдалась в осенне-зимние сезоны. Из обследованных нами больных у 65 (32,5%) детей диагностирован односторонний, у 135 (67,5%) детей - двусторонний ЭСО.

Среди детей 7-11 лет чаще встречались заболевания околоносовых пазух (15%), гипертрофия носоглоточной миндалины (8%). Среди детей 12-14 лет причиной ЭСО чаще был риносинусит (41%).

Обсуждение результатов

Таким образом, исходя из полученных результатов, возраст ребенка имеет значение в возникновении ЭСО. Согласно нашим исследованиям, у детей 7-11 лет чаще выявлено ЭСО. Дети 3-6 лет заняли второе место по частоте встречаемости ЭСО. В этой возрастной группе диагноз ставили только на основании аудиологических данных, так как дети этого возраста обычно не жалуются на снижение слуха.

ЧРЕСКОЖНАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ЛАРИНГОПЛАСТИКА ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПАРЕЗЕ ГОРТАНИ

Бегунгутова Ж.Ж.¹, Мухамадиева Г.А.², Тураева А.Г.³, Тулебаев Е.Е.⁴, Ерсаханова Б.К.⁵

¹Резидент 3 года кафедры ЛОР болезней, НАО «МУА», г. Астана, Казахстан

²Мухамадиева Г.А.- профессор кафедры ЛОР болезней НАО «МУА», д.м.н, заведующая центра оториноларингологии в ГКП на ПХВ «МГБ№1», г. Астана, Казахстан

³Ассистент кафедры ЛОР болезней НАО «МУА», PhD докторант, г. Астана, Казахстан

⁴Ассистент кафедры ЛОР болезней НАО «МУА», г. Астана, Казахстан

Ключевые слова: односторонний парез гортани; инъекционная ларингопластика; гиалуроновая кислота

Введение

Инъекционная ларингопластика является одним из щадящим методом лечения недостаточности голосовой щели, вызванная односторонним параличом голосовых складок (UVFP) или атрофией голосовых складок. В настоящее время для улучшения качества голоса широко используется гиалуроновая кислота.

Актуальность: В настоящее время все больше пациентов с парезами гортани, после различных манипуляций на щитовидной железе, неврологических проблем, новообразований головного мозга. Пациенты часто жалуются на слабый хриплый голос, неспособность вызвать адекватный кашель и одышку во время разговоров, что значительно снижает качество их жизни. С каждым годом все больше предпочтения отдается различным щадящим, альтернативным хирургическому лечению методам.

Цель: оценить качество голоса после чрескожной инъекционной ларингопластики гелю гиалуроновой кислоты под местной анестезией у пациентов с односторонним параличом голосовых складок.

Методы

Одноцентровое проспективное обсервационное контролируемое исследование, проведенное в 2022-2023 гг. В исследование были включены 4 человека (2 женщины и 2 мужчин) с односторонним парезом голосовых складок (2 с парезом правой голосовой складки и 2 с парезом левой голосовой складки). Средний возраст группы 46 лет. Все процедуры проводились чрескожно, под местной анестезией. Материалом для инъекций был Neuramis Deer (1x1ml/2x27G x 1/2"). До и через 1, 3 и 6 месяцев после процедуры оценивались следующие параметры: восприятие голоса, видеостробиоскопия, акустический анализ, аэродинамическая оценка, субъективная оценка пациентом качества голоса.

Результаты

После инъекционной ларингопластики было достигнуто полное закрытие голосовой щели или наблюдалось значительное улучшение закрытия голосовой щели у каждого пациента. Мы отметили улучшение объективных и субъективных голосовых результатов после инъекции, и пациенты сообщили об улучшении качества жизни, связанные с голосом.

Обсуждение результатов

Инъекционная ларингопластика гиалуроновой кислотой улучшает качество голоса, улучшает качество жизни. По сравнению с другими инъекционными материалами, гиалуроновая кислота оказывает более благоприятное влияние на вибрационные функции голосовых связок и, следовательно, на параметры качества голоса.

ЭПОХА ПОСТКОВИДА: ГРИБКОВЫЕ И ДРУГИЕ ФОРМЫ СИНУСИТОВ

Тогузбаева Д. Е., Жаксылыкова А.Ж.

ТОО ЛОР ЦЕНТР V-ent, г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: клинико-морфологические признаки; период после COVID-19; риносинусит

Резюме

Инвазивный грибковый синусит является агрессивным заболеванием. Заболевание часто можно встретить у людей с сахарным диабетом, другими системными нарушениями. К ослаблению иммунитета может привести бесконтрольный прием медикаментов, в частности, антибиотиков.

Цель исследования

Выявление этиологии клинических и морфологических особенностей риносинусита у пациентов в пост COVID-19

Методы

Проведено ретроспективное исследование 5 пациентов (2 мужчин и 3 женщин, средний возраст 50-55 лет). У всех пациентов был положительный тест полимеразной цепной реакции на COVID-19 и гистопатологическое подтверждение.

Диагноз устанавливался на основании анамнеза, клинико – лабораторного исследования, эндоскопия, рентгенография, магнитно-резонансная томография, 3Д компьютерная томография). При морфологическом изучении операционного материала использовали гистологический и морфометрический методы исследования.

Результаты

Проведенное комплексное исследование позволило выявить хронический риносинусит в стадии обострения, обусловленный бактериально-грибковыми

ассоциациями, у больных в пост-COVID-19. Среди бактерий чаще всего отметили *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* и *Enterococcus faecalis*. Среди грибов были *Aspergillus*, *Candida*, *Mucor* и *Coccidioides*.

Больные с такой патологией предъявляли жалобы на периодический озноб, головные боли и недомогание; заложенность носа и постоянное затруднение носового дыхания; отделяемое из полости носа, дискомфорт и боль в области придаточных пазух носа. Частыми факторами риска развития инвазивного бактериально-грибкового хронического риносинусита в стадии обострения у больных в пост-COVID-19 периоде были сведения о среднетяжелом или тяжелом течении этой инфекции в анамнезе; сопутствующие заболевания (преимущественно сахарный диабет, гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца).

Обсуждение результатов

Проведенное исследование позволило выявить этиологические, клинико-морфологические особенности, а также факторы риска развития риносинусита у больных в пост-COVID-19.

Список литературы

1. Lechien JR, Akst LM, Hamdan AL, Schindler A, Karkos PD, Barillari MR, Calvo-Henriquez C, Crevier-Buchman L, Finck C, Eun YG, Saussez S, Vaezi MF. Evaluation and Management of Laryngopharyngeal Reflux Disease: State of the Art Review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;160:762-782
2. Chen XM, Li Y, Guo WL, Wang WT, Lu M. Prevalence of laryngopharyngeal reflux disease in Fuzhou region of China. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2016;51: 909-913.
3. Spantideas N, Drosou E, Bougea A, Assimakopoulos D. Laryngopharyngeal reflux disease in the Greek general population, prevalence and risk factors. *BMC Ear Nose Throat Disord.* 2015;15:7.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ОРГАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

Тогузбаева Д.Е., Макенова Д.Д.

ТОО Лор-Центр V-ENT, г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: струмэктомия, методы восстановления голоса, фонопедические упражнения, миорелаксация

Резюме

Патология гортани часто связана с нарушением голоса, которая снижает качество жизни пациентов. Функциональные и органические заболевания гортани, могут возникать на фоне различных сопутствующих заболеваний. В свою очередь функциональные расстройства гортани без их лечения, надлежащего голосового режима могут переходить в органические. Например, возникновение мягких узелков на фоне гипотонусной дисфонии, когда продолжаются голосовые нагрузки и пациент пренебрегает голосовым покоем.

Цель исследования: изучение эффективности методов лечения при различных расстройствах голосового аппарата.

Методы

С сентября 2022- апрель 2023 на базе специализированного лор центра, было проведено лечение у 12 пациентов (7 женщин, 5 мужчин, средний возраст 40-45 лет) 8 пациентов после струмэктомии, 4 пациента с функциональными расстройствами гортани. Диагноз был установлен на основании видеоларингостробоскопии. Всем пациентам была проведена миорелаксация мышц шеи, внутри гортанные вливания, и фонопедические упражнения по технике «Doctor VOX-Therapy».

Результаты

Среди пациентов 8 человек обратились через месяц

после заболевания, 4 пациента пришли на прием через год после начала заболевания. При проведенных процедурах среди обследуемых у 6 пациентов наблюдалось полное восстановление голоса через 10 дней после проведенного лечения, у 4 появилась звучность голоса и через 15 дней регулярных фонопедических упражнений пациенты отмечают полное восстановление голоса. У двоих пациентов на фоне лечения отмечались незначительные улучшения, было рекомендовано фонопедические упражнения. При повторном приеме через 3 месяца пациенты отметили значительное улучшение голоса.

Обсуждение результатов

Своевременное обращение к врачу сокращает время выздоровления и приводит к ранней трудоспособности пациентов. При адекватном лечении даже при сохраняющихся голосовых нагрузках риск возникновения грубой органической патологии значительно ниже, нежели самолечение.

ЮЖСДА COVID-19ДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА MTR ГЕНИДА RS1801394 66A>G ПОЛИМОРФИЗМИ ЧАСТОТАСИННИГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Боймуродов Ш.А., Ботиров А.Ж., Қурбонов Ё.Х., Джураев Ж.А., Юсупов Ш.Ш.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон

Кириш

Юз-жағ соҳасининг йирингли-яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларни даволаш, ҳар доимгидек, юз-жағ жарроҳлиги клиникаларининг асосий вазифаларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу патология мамлакатимизда септик яллиғланишнинг энг кенг тарқалган шакли ҳисобланади. Бироқ, нафақат кечинининг оғирлиги ва оғир асоратларнинг ривожланиш эҳтимоли тадқиқотчиларни беморларни даволаш сифатини яхшилаш ва давомийлигини қисқартириш масалалари билан шуғулланишга мажбур қилади. Юз-жағ соҳасининг йирингли-яллиғланиш касалликлари кўпроқ аҳолининг меҳнатга лаёқатли қатламларини зарарлаб, беморларнинг узоқ вақт стационар ва амбулатор даволаниш босқичларида қолишларига сабаб бўлади ва шу сабабли ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга ҳамдир [2].

Ушбу патологиянинг олдини олиш бўйича ташкил этилган чора-тадбирларга қарамай, беморлар сони ҳали ҳам юқориликча қолмоқда ва мутахассисларнинг фикрига кўра, бу юз-жағ жарроҳига мурожаат қилган барча беморларнинг 23-38% ни ташкил қилади [3-7].

Юз-жағ соҳаси яллиғланиш касалликлари оғир кечганда сепсис, медиастинит, пневмония каби асоратлар кўп учрайди. Геномни тўлиқ секвенирлаш ва филоген таҳлил ўтказиш шуни кўрсатдики, янги касалликни қўзғатувчи коронавирус, SARS коронавирусига жуда ўхшайдиган рецепторларни боғловчи ген тузилмасига эга ҳамда вирус ҳужайраларга кириш учун худди шу - ангиотензин фермент 2 (ACE2) ни ўзгартирувчи рецептордан фойдаланади [1]. Вируслар таксономияси бўйича халқаро қўмитанинг Коронавирусни ўрганиш гуруҳи ушбу вирусни коронавирус 2 оғир ўткир респиратор синдроми (SARS-CoV-2) деб белгилашни таклиф қилди

[6]. Яна бир бета-коронавирус - Яқин Шарқ респиратор синдроми (MERS) вируси билан узоқроқ боғланган [9]. РНК кетма-кетлигидаги энг яқин ўхшашлик кўршапалакнинг иккита коронавирусидан кузатилади ва COVID-19 вируси бевосита кўршапалаклардан юқадими ёки бошқа механизм орқалими (масалан, оралиқ ҳужайра орқали), қайси йўл билан юқишидан қатъий назар, асосий манба кўршапалаклар бўлиши мумкин [10-12]. Филогенетик таҳлилда Хитойдаги SARS-CoV-2 нинг 103 та штамми орасида L (штамmlарнинг 70% ни ташкил этади) ва S тур (30% ни ташкил этади) деб белгиланган икки хил тури аниқланди [11].

Ангиотензинга айлантирувчи ферментнинг (ACE2) бир ҳужайрали РНК-seq экспрессияси маълумотларини таҳлил қилиш ва бемор намуналарини серологик текшириш SARS-CoV-2 учун ACE2 ҳужайравий рецептор бўлиши мумкинлигини кўрсатди [5], бу ACE2-экспрессияловчи ҳужайралар SARS-CoV-2 инфекцияси юқиши учун мойил бўлган асосий нишон-ҳужайра бўлиши мумкинлигини кўрсатди. Одатда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг эпителиал ҳужайраларида ACE2 г нинг юқори экспрессияси кузатилади, унга айниқса тилнинг эпителиал ҳужайралари бой [2]. Ушбу тадқиқотдан олдин сўлак безлари эпителий ҳужайралари ACE2 рецепторларини экспрессиялайдими ёки йўқлигини аниқ ўрганган бир нечта маълумотлар мавжуд эди. Буни тасдиқлаш учун GTEX маълумотлар тўплами, HPA маълумотлар тўплами, FANTOM5 маълумотлар тўплами ва Consensus маълумотлар тўпламини ўз ичига олган тўртта оммавий маълумотлар тўпламларидан (<https://www.proteinatlas.org/>) РНК кетма-кетлиги профиллари таҳлил қилинди. Бундан ташқари, сўлакда SARS-CoV-2 нуклеин кислоталарининг аниқланган даражалари мавжудлигини текшириш учун биз COVID-19 билан оғриган беморларнинг сўлагини (намуна олишдан олдин ёки олинган куни SARS-CoV-2 нуклеин кислоталари мавжудлигига мусбат натижа берган) текширдик. Натижалар учта диагностик мезондан бири бўлган орофарингеал суртмалар билан солиштирилди [3]. Бундан ташқари, биз сўлак безлари саломатлиги ҳолатини баҳолаш учун COVID-19 билан оғриган беморларнинг оғиз бўшлиғи ҳолатини текширдик. Шундай қилиб, бизнинг тадқиқотимиз сўлакда SARS-CoV-2 ни аниқлаш ва оғиз бўшлиғи тўқималарига COVID-19 юққанда оғиз бўшлиғида кузатиладиган дастлабки симптомлар

ҳақида тўлиқроқ тасаввурни тақдим этади.

Тадқиқотнинг мақсади COVID-19 билан оғриган беморларда юз-жаф соҳасидаги йирингли-некротик жароҳатлар кечишининг генетик хусусиятларини ўрганишдир.

Тадқиқот материал ва усуллари

2020-2021-йилларда COVID-19 ва унинг юз-жаф соҳасидаги асоратлари билан касалланиб, Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг йирингли жароҳлик бўлими негизида ташкил этилган COVID-19 асоратларини даволаш марказида даво муолажалари олган 118 нафар беморни комплекс кўриқдан ўтказдик. Ўрганилаётган ҳолат сифатида юз-жаф соҳасида йирингли-некротик жараёнлар бўлган беморлардаги яра жараённинг клиник кўрсаткичлари ва қонидаги иммун ҳимоя омиллари кўриб чиқилди. Ташқи текширувда ва маҳаллий ҳолатни аниқлашда анатомик ҳудудлари шишганлиги туфайли юз ва бўйин конфигурациясида ўзгаришлар мавжудлиги аниқланди. Шиш соҳасидаги терининг ранги визуал тарзда баҳоланди (тана ранги, гиперемия). Палпацияда инфилтратнинг катталиги, оғриқ, терининг таранглиги, флюктуациялар мавжудлиги аниқланди. Венсан симптомини аниқлаш ўтказилди. Оғизни очиш даражаси, яллиғланиш контрактурасининг оғирлик даражаси ва оғриқ мавжудлиги аниқланди. Барча беморларга офталмолог, нейрохирург, ЛОР, ЮЖЖ, невропатолог, ревматолог, гематолог, терапевт, анестезиолог-реаниматолог ва кардиолог каби бир қатор шифокорлар консултацияси ўтказилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси

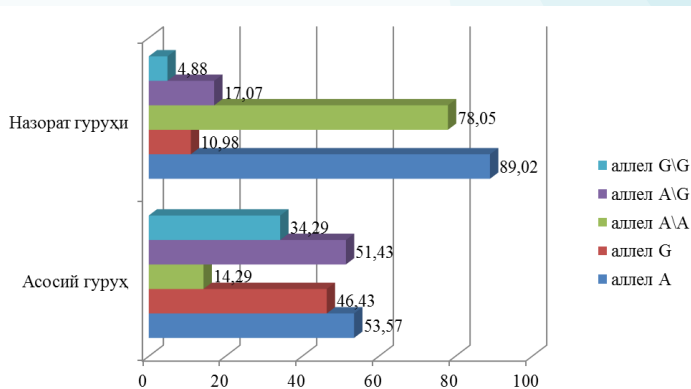
MTR генида rs1801394 66A>G полиморфизми аллеллари ва генотипларининг аниқланиш частоталарини ўрганиш уларнинг 1-2 ва назорат гуруҳлари ўртасида тарқалишидаги фарқларни кўрсатди (1-жадвал).

1-жадвал

Беморлар ва назорат гуруҳларида MTR генида rs1801394 (ген 5p15.31 хромосомада жойлашган) 66A>G полиморфизми аллеллари ва генотипларининг тарқалиш частотаси

№	Группа	Аллеллар частотаси				Генотиплар тарқалишининг частотаси					
		A		G		A/A		A/G		G/G	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Асосий гуруҳ (n = 70)	75	53,57	65	46,43	10	14,29	36	51,43	24	34,29
2	Назорат гуруҳи (n = 41)	73	89,02	9	10,98	32	78,05	7	17,07	2	4,88

Тадқиқот давомида A аллелининг аниқланиш частотаси G аллели частотасидан 1-гуруҳда 1,15 марта юқорилиги, назорат гуруҳида эса 8,1 марта юқорилиги қайд этилди (1-диаграмма). 1-гуруҳда A/A генотиби A/G ва G/G генотипларига нисбатан мос равишда 6,99 мартаба камроқ, популяция намунасида эса 4,57 мартаба кўп аниқланди (2-жадвал).



1-диаграмма. Беморлар ва назорат гуруҳларида MTR генида rs1801394 (ген 5p15.31 хромосомада жойлашган) 66A>G аллел ва генотипларининг тарқалиш частотаси

2-жадвал

Беморлар гуруҳларида MTR генида rs1801394 (ген 5p15.31 хромосомада жойлашган) 66 A>G аллел ва генотипик вариантлари частотасидаги фарқлар

Аллеллар ва генотиплар	Текширилган аллеллар ва генотиплар сони				Chi2	p	RR	95%CI	OR	95%CI
	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи							
	n	%	n	%						
A	75	53,57	73	89,02	29,25	0,00	0,60	0,423 - 0,857	0,14	0,07 - 0,288
G	65	46,43	9	10,98	29,25	0,00	1,66	0,48 - 5,754	7,03	3,467 - 14,253

A/A	10	14,29	32	78,05	44,694	0,001	0,183	0,062 - 0,536	0,047	0,019 - 0,115
A/G	36	51,43	7	17,07	12,859	0,001	3,012	1,768 - 5,131	5,143	2,101 - 12,588
G/G	24	34,29	2	4,88	12,466	0,001	7,029	4,523 - 10,924	10,174	2,807 - 36,879

2-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида G аллелига нисбатан A аллели частотасининг юқорилиги қайд этилди, уларнинг частоталари мос равишда 10,98% ва 89,02% ни ташкил этди. Асосий гуруҳда ҳам частотаси 53,57%га тенг бўлган A аллели, частотаси 46,43% бўлган G аллелидан устунлик қилди. Умуман олганда, амалий соғлом одамларда фарқларнинг намоён бўлиши юқори даражада бўлди, ЮЖСда ковиддан кейинги асоратлар бўлган беморларда A ва G аллеллари ўртасида яққол фарқ мавжуд бўлиб, у 1,15 ни ташкил этди ($\chi^2=29,25$; $p=0,00$; $RR=0,60$; $OR=0,14$; 95% CI: 0,423 - 0,857). Шунингдек, назорат гуруҳига нисбатан ЮЖСда ковиддан кейинги асоратлар бўлган беморларда G генотиби частотасининг 4,22 баравар кўплиги сезиларли статистик аҳамиятга эга. A/G полиморфизми генотипининг аниқланиш частотаси назорат гуруҳидаги қийматларига нисбатан 1-гуруҳда 3,01 бараварга устунлик қилди ($\chi^2=12,859$; $p=0,001$; $RR=3,012$; $OR=5,143$; 95% CI: 1,768 - 5,131). G/G генотипининг учраш частотаси ЮЖСда ковиддан кейинги асоратлар бўлган беморларда 7,02 баравар кўп, у назорат гуруҳида шартли соғлом одамлар орасида мос равишда 34,29 ва 4,88% ни ташкил этди ($\chi^2=12,466$; $p=0,001$; $RR=7,029$; $OR=10,174$; 95% CI: 4,523 - 10,924) (2-жадвал).

Хулоса

Шундай қилиб, биз MTR генидаги 66A>G rs1801394 полиморфизмининг ноқулай G аллели соғлом одамларга қараганда ЮЖСда ковиддан кейинги асоратлар бўлган беморларда кўпроқ тарқалганлигини аниқладик. Ушбу аллел учрашининг юқори частотаси гомозиготали G/G вариантнинг устунлиги билан қайд этилди (2,3 дан 7,02 мартагача). Шу билан бирга, 1-гуруҳ ва назорат гуруҳи ўртасидаги фарқлар тенденция даражасида қайд этилди ва тенденция статистик аҳамиятга эга бўлган чегара даражасида бўлди. Ушбу маълумотлар MTR генидаги 66A>G rs1801394 полиморфизмининг G аллели ва G/G генотиби ЮЖСда ковиддан кейинги асоратларнинг ривожланиш хавфига ва оғир кечишига мойил таъсир

қилади, деган хулосага келишимизга имкон беради. Чунки бу полиморфизм геннинг промотор ҳудудида жойлашган ва функционал полиморфизмларга кирди. ЮЖСда ковиддан кейинги асоратлар бўлган беморларда G аллелнинг бўлиши G/G генотип мавжудлигида MTR гени ишлаб чиқилишининг пасайиши билан бирга кечади. Яллиғланишга қарши жавоб генининг намунаси иммун ва яллиғланиш реакциясини ноадекват гиперяллиғланиш реакцияси йўналиши бўйича ўзгартиришга қодир, бу эса ЮЖСдаги ковиддан кейинги асоратларнинг янада оғир шакли юзага келиши ва ривожланишига олиб келади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Гаффаров У. Б. и др. Свойства препарата «Бактизев» в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области //Вопросы науки и образования. — 2019. — №. 27 (76).
2. Жураев Х. А., Храмова Н. В. Оценка эффективности шелковой медицинской марли при гнойных ранах челюстно-лицевой области //European science. — 2020. — №. 7 (56).
3. Ибрагимов Д., Азаматов У., Суннатов Э. Применение тантум верде в комплексном лечении гнойно воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области //InterConf. — 2021.
4. Мусинов О. Ш., Рузимуродова З. Ш. Возможности препарата «траумель с» у больных с гнойно воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области //Scientific progress. — 2021. — Т. 1. — №. 6. — С. 493-498.
5. Рахимов З. К., Махмудов Ж. К. У., Пулатова Ш. К. Эффективность комплексного лечения острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно—лицевой области //Биология и интегративная медицина. — 2019. — №. 3 (31).
6. Aravinth R. et al. Contemporary investigative approaches in maxillofacial space infections: A review //Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research. — 2020. — Т. 8. — №. 10. — С. 199-202.

7. Böttger S. et al. Clinical Relevance of the Microbiome in Odontogenic Abscesses //Biology. — 2021. — Т. 10. — №. 9. — С. 916.
8. Chandra H. J. et al. Characterization and antibiotic sensitivity profile of bacteria in orofacial abscesses of odontogenic origin //Journal of maxillofacial and oral surgery. — 2017. — Т. 16. — №. 4. — С. 445-452.
9. Maeda M. et al. A case of nasal septal abscess caused by medication related osteonecrosis in breast cancer patient //Auris Nasus Larynx. — 2016. — Т. 43. — №. 1. — С. 93-96.
10. Moreno T., Varman R., Idicula W. Unique presentation of Aggregatibacter aphrophilus in a superficial left temporal abscess //IDCases. — 2020. — Т. 20. — С. e00753.
11. Oda T. et al. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging in oral and maxillofacial lesions: preliminary study on diagnostic ability of apparent diffusion coefficient maps //Oral radiology. — 2018. — Т. 34. — №. 3. — С. 224-228.
12. Song J. Y. Non Hodgkin lymphoma in the maxillary sinus mimicking dental abscess: a case report // Journal of Dental Rehabilitation and Applied Science. — 2016. — Т. 32. — №. 2. — С. 130-134.

Ключевые слова: одонтогенный гайморит; инородное тело; гайморозная пазуха; эндодонтическое лечение; ФЭСС.

Key words: odontogenic sinusitis; foreign body; maxillary sinus; endodontic treatment; FESS.

Түйінді сөздер: одонтогенді синусит; бөтен дене; жоғарғы жақ синусы; эндодонтиялық емдеу; FESS.

Введение

Хирургическое лечение является одним из основных методов терапии при инородных телах гайморовых пазух, однако эффективность операции напрямую зависит от выбора вида вмешательства. Учитывая острый и рецидивирующий формы заболевания, пациент с ятрогенным одонтогенным гайморитом должен быть под наблюдением врачей оториноларингологии, стоматологии, а также челюстно-лицевой хирургии, что является нечастой практикой в медицине.

Цель данной статьи заключается в обзоре различных видов лечения инородных тел гайморовой пазухи, их особенностях в практике оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов, а также вопросы диагностики и этиопатологии данного заболевания.

Методы

Мы провели обзор литературы, чтобы обобщить новые данные об этиологии, эпидемиологии, патофизиологии, диагностике и лечении ЯОГ. Поиск по всей существующей литературе, включая описания случаев, был выполнен в базах данных Pubmed, Scopus и Cyberleninka по следующим ключевым словам: “ятрогенный одонтогенный синусит”, “верхнечелюстной риносинусит стоматологического происхождения”. Всего было найдено 112 статей за последние 10 лет, среди которых тематике и новизне (последние три года) соответствовали 38 статей. Также были изучены протоколы ведения пациентов с ЯОГ РК, рекомендации ВОЗ и EPOS. В ходе изучения литературы сравнивался и учитывался опыт ведения взрослого населения с ЯОГ в Больнице Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан г. Астана.

Результаты

В 1970-ых годах статистика заболеваемости ЯОГ со-

ЯТРОГЕННЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ: НОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПАЗУХ НОСА

Аженов Т.М. - 1-2, Серикова Т.С. - 3.

1. Больница Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Астана, Казахстан.
2. Медицинский Университет Астана, г. Астана, Казахстан.
3. Больница Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г. Астана, Казахстан.

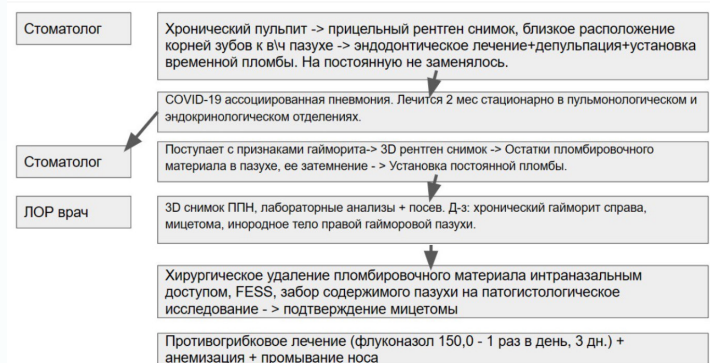
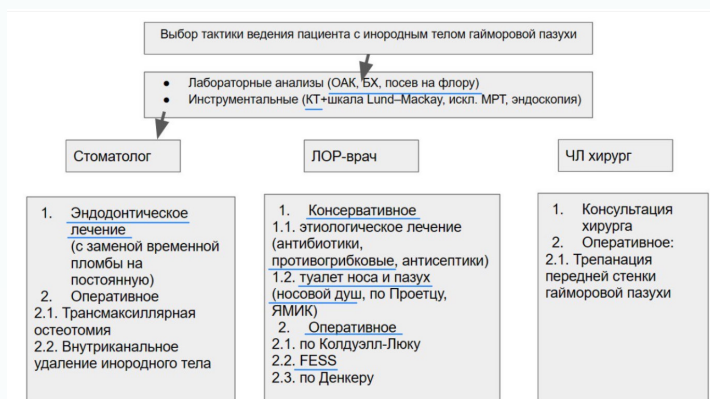
ставляла 10-15% от общего числа верхнечелюстных синуситов, на сегодняшний день она выросла до 51%. (Таб.1)

Таб. 1.

Периодонтит	Одонтогенная киста	Ороантральная фистула после удаления зуба	Инородное тело	Общая доля ятрогенности
40%	6,6%	48%	19,7%	51-56%

При наличии инородного тела в пазухе развитие синусита отмечается в среднем в 10% случаев. Насчитывается много стоматологических этиопатогенетических причин инородных тел, но о таких факторах, как несвоевременное обращение к специалисту или оставшаяся временная пломба задумывается не каждый ЛОР врач. В Европе и странах средней Азии около 20-25% людей не завершили стоматологическое лечение.

Тактика ведения пациентов будет индивидуальна. Рассмотрим на примере нашей пациентки, обратившейся на консультацию с пульпитом, осложнившимся синуситом на фоне инородного тела в пазухе (рис.1):



Обсуждение результатов

В виду смежного расположения гайморовой и ротовой полостей стоит учитывать анатомо-физиологические

звенья в патогенезе одонтогенного гайморита, что делает ятрогению распространенной. Знание особенностей стоматологического лечения зубов, различных хирургических подходах и тактике адекватного консервативного лечения ЯОГ поможет врачам своевременно обнаружить и эффективно лечить пациентов.

Список литературы:

1. А.Г. Соловых¹, И.Б. Анготоева², К.С. Авдеева³ ООО «УГМК-Здоровье», Екатеринбург; 2 ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва; 3 Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. Ятрогенный одонтогенный гайморит.
2. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. 3-е издание. // 2019
3. Козлов В.А., Каган И.И. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология. // 2019
4. Протоколы МЗРК, Синусит (одонтогенный, перфоративный), 2017г - [Синусит \(одонтогенный, перфоративный\) > Клинические протоколы МЗРК - 2017 \(Казахстан\) > MedElement](#)
5. Leon Chen, DMD, MS; and Jennifer Cha, DMD, MS. Removing Foreign Bodies From the Maxillary Sinus: Sinus Area Classification and Technique Selection. Compendium October 2021 Volume 42, Issue 9. Compendium (aegisdentalnetwork.com) [Removing Foreign Bodies From the Maxillary Sinus: Sinus Area Classification and Technique Selection | October 2021 | Compendium \(aegisdentalnetwork.com\)](#)
6. Arishas-Irima O., Barona-Dorado C. Meta-analysis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010; 15 (1): 70—73. //URL: [Meta-analysis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis - PubMed \(nih.gov\)](#)
7. E Hoskison, M Daniel, J E Rowson and N S Jones. Evidence of an increase in the incidence of odontogenic sinusitis over the last decade in the UK. Published online by Cambridge University

- Press: 21 September 2011 //URL: [Evidence of an increase in the incidence of odontogenic sinusitis over the last decade in the UK | The Journal of Laryngology & Otology | Cambridge Core](#)
8. Silvio Taschieri 1, Sara Torretta 2, Stefano Corbella 1, Massimo Del Fabbro 1, Luca Francetti 1, Alessandra Lolato 1, Pasquale Capaccio 1. Pathophysiology of sinusitis of odontogenic origin. //URL: [Pathophysiology of sinusitis of odontogenic origin - PubMed \(nih.gov\)](#)
 9. Национальный Центр Статистики Здоровья. [Centers for Disease Control and Prevention \(cdc.gov\)](#)
 10. Mohan Bansal. Diseases of Ear, Nose and Throat with Head and Neck Surgery. // Jaypee-Highlights Medical Publishers Inc, Kathmandu, Nepal, 2019, second edition.
 11. Nimish A Patel 1, Berrylin J Ferguson. Odontogenic sinusitis: an ancient but under-appreciated cause of maxillary sinusitis. // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg Journal, 2012. URL: [Odontogenic sinusitis: an ancient but under-appreciated cause of maxillary sinusitis - PubMed \(nih.gov\)](#)
 12. Klaudia Migas, Remigiusz Kozłowski, Aleksandra Sierocka and Michał Marczak. Healing of Unilateral Maxillary Sinusitis by Endodontic and Periodontal Treatment of Maxillary Teeth //URL: [Medicina | Free Full-Text | Healing of Unilateral Maxillary Sinusitis by Endodontic and Periodontal Treatment of Maxillary Teeth \(mdpi.com\)](#)
 13. Grace Raj, Mary Raj, John Ser Pheng Loh. Pathophysiology and clinical presentation of odontogenic maxillary sinusitis. // ELSEVIER, June, 2022. URL: [Pathophysiology and clinical presentation of odontogenic maxillary sinusitis - ScienceDirect](#)
 14. Q. Rong, X. Li, S.L. Chen, S.X. Zhu, D.Y. Huang. Effect of the Schneiderian membrane on the formation of bone after lifting the floor of the maxillary sinus: an experimental study in dogs. // ELSEVIER, Sep 2015, URL: [Effect of the Schneiderian membrane on the formation of bone after lifting the floor of the maxillary sinus: an experimental study in dogs - ScienceDirect](#)
 15. Nafil Arimbrathodi, corresponding author Waqar Aslam, Abhishek Menon, and Ali Ahmad Al Saadi. Endoscopic Removal of an Uncommon Iatrogenic Foreign Body from the Maxillary Sinus: A Dental Burr. Case Rep Otolaryngol Journal, 2020. // URL: [Endoscopic Removal of an Uncommon Iatrogenic Foreign Body from the Maxillary Sinus: A Dental Burr - PMC \(nih.gov\)](#)
 16. Kyung Chul Lee and Sung Jin Lee Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea. Clinical Features and Treatments of Odontogenic Sinusitis. YMJ Journal. // URL: [ymj-51-932.pdf \(koreamed.org\)](#)
 17. Rokas Aukštakalnis, Rūta Simonavičiūtė, Regimantas Simuntis. Treatment options for odontogenic maxillary sinusitis: a review. Stomatologiya Journal. 2018. //URL: [Treatment options for odontogenic maxillary sinusitis: a review - PubMed \(nih.gov\)](#)
 18. Kiminori Sato, Shun-Ichi Chitose, Kiminobu Sato, Fumihiko Sato, Takeharu Ono, Hirohito Umeno. Auris Nasus Larynx. 2021 Feb. // URL: [Pathophysiology of current odontogenic maxillary sinusitis and endoscopic sinus surgery preceding dental treatment - PubMed \(nih.gov\)](#)
 19. Marta Aleksandra Kwiatkowska, Kornel Szczygielski, Aldona Chloupek, Patrycja Szczupak, Dariusz Jurkiewicz. Clinical characteristics of odontogenic sinusitis with periapical lesions. Am J Otolaryngol. 2022 Mar-Apr. // URL: [Clinical characteristics of odontogenic sinusitis with periapical lesions - PubMed \(nih.gov\)](#)
 20. Sung ok Hon, Gyu-Jo Shim and Yong-Dae Kwon. Novel approach to the maxillary sinusitis after sinus graft. // Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery, 2017. URL: [A simple technique for repositioning of the mandible by a surgical guide prepared using a three-dimensional model after segmental mandibulectomy \(koreascience.or.kr\)](#)

CLINICAL AND LABORATORY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH POST-COVID SYNDROME

Shaykhova X.E., Khaydarova G.S., Amonov E.I., Musulmonov X.X.

Tashkent Medical Academy

Introduction

Since the beginning of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, many individuals have reported persistent symptoms and/or complications lasting beyond 4 weeks, which is now called post-COVID-19 syndrome.

Purpose. Improve the management and treatment of patients with rhinogenic complications after COVID-19.

Methods

All 60 patients with post-covid syndrome are planned to undergo examination methods, including clinical, rhinoendoscopic, radiological, laboratory, histological and functional methods of nasal examination. The data obtained during the study will be processed using Microsoft Excel 10.0 software using Student's t-test.

Results

Currently, no single laboratory test can definitively distinguish a post-COVID state from other etiologies, due in part to the heterogeneity of post-COVID states. A positive SARS-CoV-2 virus test (i.e. reverse transcription polymerase chain reaction [RT-PCR] or antigen test) or serological test (antibodies) can help evaluate current or previous infection. However, these laboratory tests are not required to diagnose post-COVID-19 conditions. SARS-CoV-2 RT-PCR and antigen testing are not 100% sensitive. As part of stage I, an epidemiological retrospective study of patients with rhinogenic complications after suffering COVID-19 was carried out. Of these, 45.36% (27 people) are women, 54.64% (33 people) are men. The mean age of the patients was 42 years (19-75 years). In 28.4% of patients taken for examination, the presence of concomitant diseases was revealed, namely: polyposis rhinosinusitis

(15.4%), purulent sinusitis (7.7%), right-sided hemisinusitis (7.7%), hypertrophic rhinitis (30.8%), deviated septum (15.4%), allergic rhinitis (15.4%) and allergic bronchitis (15.4%). 7.7%). At stage II, a prospective study of the effectiveness of the use of antifungal agents and surgical intervention as monotherapy and combination therapy in the treatment of patients with rhinogenic complications after suffering COVID-19 was carried out. At stage III, the tactics of managing patients with rhinogenic complications after suffering COVID-19 were improved and put into practice, taking into account an adequate choice of the timing of therapy and assessment of the condition and clinical indicators of these patients.

Conclusion. For the first time, an analysis of the epidemiological data of patients with rhinogenic complications after suffering COVID-19 is presented. For the first time, a comparative analysis of the results of treatment with the use of antifungal drugs, surgical intervention as monotherapy, and combination therapy in the treatment of patients with rhinogenic complications after suffering COVID-19 was carried out. For the first time, based on the results of a clinical study, recommendations for the management of patients with rhino-orbital complications after COVID-19 were developed and implemented.

List of used literature

1. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, Cook JR, Nordvig AS, Shalev D, Sehrawat TS, Ahluwalia N, Bikdeli B, Dietz D, Der-Nigoghossian C, Uriel N, Ausiello JC, Accili D, Freedberg DE, Baldwin M, Schwartz A, Brodie D, Garcia CK, Elkind MSV, Connors JM, Bilezikian JP, Landry DW, Wan EY. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021 Apr;27(4):601-615.
2. Hotchkiss RS, Monneret G, Payen D. Sepsis-induced immunosuppression: from cellular dysfunctions to immunotherapy. *Nat Rev Immunol.* 2013 Dec;13(12):862-74.
3. Hamers L, Kox M, Pickkers P. Sepsis-induced immunoparalysis: mechanisms, markers, and treatment options. *Minerva Anesthesiol.* 2015 Apr;81(4):426-39.
4. Halpin S, O'Connor R, Sivan M. Long COVID and chronic

COVID syndromes. *J Med Virol.* 2021 Mar;93(3):1242-1243.

5. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, Walshaw C, Kemp S, Corrado J, Singh R, Collins T, O'Connor RJ, Sivan M. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol.* 2021 Feb;93(2):1013-1022.

6. Burnham EL, Janssen WJ, Riches DW, Moss M, Downey GP. The fibroproliferative response in acute respiratory distress syndrome: mechanisms and clinical significance. *Eur Respir J.* 2014 Jan;43(1):276-85.

7. Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, Haverich A, Welte T, Laenger F, Vanstapel A, Werlein C, Stark H, Tzankov A, Li WW, Li VW, Mentzer SJ, Jonigk D. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19. *N Engl J Med.* 2020 Jul 09;383(2):120-128.

8. Lindner D, Fitzek A, Bräuninger H, Aleshcheva G, Edler C, Meissner K, Scherschel K, Kirchhof P, Escher F, Schultheiss HP, Blankenberg S, Püschel K, Westermann D. Association of Cardiac Infection With SARS-CoV-2 in Confirmed COVID-19 Autopsy Cases. *JAMA Cardiol.* 2020 Nov 01;5(11):1281-1285.

EFFECT OF ANTIHYPOTENSIVE THERAPY ON VESTIBULAR DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Khasanov U.S., Akhundjanov N.O., Shaumarov A.Z.

Tashkent Medical Academy

Introduction

The wide prevalence of arterial hypertension [AH], the life-threatening nature of its organ complications, especially in the brain, make this problem one of the most urgent in clinical medicine [1,5,7,8]. At the same time, it should be noted that most studies on cerebral complications of hypertension refer to strokes. As for pre-stroke cerebrovascular disorders (DCVR) against the background of AH, they are much less covered. The existing literature reflecting vestibular disorders

in patients with HD is presented mainly on the basis of prescription, stage of HD, but without taking into account cerebrovascular disorders. As for the information about in-depth otoneurological studies in patients with HD with CVD, including the reflection of their dynamics against the background of the use of modern antihypertensive drugs, they are extremely few [4].

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

Methods

Under our supervision there were 79 patients with GB with DCVR. Among the sick men were 71, women - 8, their age ranged from 23 to 70 years. The duration of the disease varied from 1 to 15 years. According to the structure of the LCVR, the patients were distributed as follows: with initial manifestations of inferiority of the cerebral blood supply (NPNKM) - 20 patients, with hypertensive encephalopathy (HE) - I st. - 20, with GE-II Art. - 20 patients. In 19 patients with HE, episodes of transient cerebrovascular accidents (TIMC) were noted. Patients underwent an examination of the general somatic (cardiological), neurological and ENT status according to standard methods. The study of vestibular function, in addition to the clinical method, included caloric tests and electronystagmography according to the method of N.S. Blagoveshchenskaya (1990).

In addition, patients underwent echoencephalography (EchoES), rheoencephalography (REG) and electroencephalography (EEG) according to generally accepted methods to verify the diagnosis of LCVR.

Of the 79 patients, 40 were prescribed ACE inhibitors (mainly Vasotec at a dose of 5-10 mg/day) and 39 patients were prescribed calcium antagonists (AC); Norvasc (up to 10 mg/day) or Corinfar (up to 30 mg/day). The duration of treatment was 21-30 days. The results obtained between intervention groups were not statistically significant, and therefore are presented in a generalized form.

Results of the study and their discussion.

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

The dynamics of objective symptoms was somewhat different. In particular, spontaneous nystagmus was persistently retained only in one patient out of three cases of HE with PNMK.

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

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

The dependence of the dynamics of LCVR on the

degree of its severity was also confirmed by the data of neurophysiological studies. In particular, by the end of the course of treatment, the normalization of the tone of the cerebral vessels according to the REG occurred in 22.5% to 37% of cases, depending on the severity of the CVR. At the same time, in the group as a whole, the pulse blood filling of the cerebral vessels according to the rheographic index (RI) increased by an average of 13-15% ($P<0.05$). So, if this indicator (RI) in patients with NPCM improved by 13%, then in patients with GE- II st. by 8% ($P<0.01$).

According to EchoES, pronounced signs of intracranial pressure (ICP) that occurred in 15.5-20% of patients moved to other (moderate, mild) gradations. The number of patients with normal ICP doubled (from 30 to 60%). All indicators were statistically significant ($P<0.05$).

The dynamics of EEG changes was less noticeable and was expressed mainly by a decrease in the severity of cerebral changes. Normalization of the EEG was noted in less than 10% of patients, which must be taken for granted, because. normalization of EEG parameters is a long process (from 1 to 6 months or more).

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

In individuals with a decrease in reactivity, the restoration of normal excitability depends not only on the restoration of the balance of cortical processes, but also on improving the nutrition of the labyrinth receptors and the pathways of the vestibular analyzer.

We believe that in order to achieve better results, antihypertensive therapy should be long-term and combined with periodic courses of neurometabolic and antioxidant therapy.

List of used literature

1. Erkinovna TD Modern understanding of the occurrence of cognitive impairments in arterial hypertension and their correction //Asian journal of pharmaceutical and biological research. - 2021. - T. 10. - no. 3.
2. Khasanov US et al. RESULTS OF AUDIOMETRICAL INDICATORS OF COCHLEVESTIBULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION DISEASE //Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. - 2023. - T. 3. - no. 02. - S. 26-36.
3. Khasanov US, Akhundjanov NA, Djuraev JA INFLUENCE OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY ON VESTIBULAR FUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION //International Scientific and Current Research Conferences. - 2022. - S. 117-119.
4. Vakhnina NN The differential diagnosis of neurological disorders in patients with arterial hypertension //Consilium Medicum. - 2016. - T. 18. - no. 2. - S. 68-73.
5. Vokhidov UN STATE OF COCHLEOVESTIBULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION // Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. - 2022. - T. 2. - no. 06. - S. 7-20.
6. Vagner N. E. et al. ABOUT THE RELATIONSHIP OF DISTURBANCES IN ENDOTHELIUM-DEPENDENT MECHANISMS OF VASCULAR TONE REGULATION AND HYPERTENSION ENCEPHALOPATHY WITH VESTIBULAR SYNDROME //Modern problems of science and education. – 2019. – no. 5. - S. 89-89.
7. Vakhnina NV Differential diagnosis of neurological disorders in patients with arterial hypertension // Consilium Medicum. - 2016. - T. 18. - No. 2. - S. 68-73.
8. Lilenko S. V., Anikin I. A., Khamgushkeeva N. N. Acute peripheral vestibular dysfunction: diagnostic and therapeutic tactics // Medical Council. – 2020. – no. 6. - S. 107-114.

EVALUATION OF THE EFFECT OF NOSE PAMPONADE ON QUALITY OF LIFE IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER SEPTOPLASTY

Shaykhova K.E., Khasanov U.S., Shaumarov A.Z., Akhundjanov N.A., Khojisalaev Kh.A.

Department of Otolaryngology and Dentistry of the Tashkent Medical Academy

Key words: quality of life, septoplasty, anterior tamponade.

Annotation

The study included 45 patients divided into three groups. In group 1, endoscopic septoplasty was used, in group 2, standard septoplasty, and in group 3, modified septoplasty using a hemostatic sponge, which acted as an alternative to nasal tampons. The negative impact of anterior tamponade on the quality of life in the early postoperative period after septoplasty was shown, as well as the effectiveness of the proposed modified method using collagen Haemostatic sponge.

Introduction

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

one of the basic conditions for healthy physical and mental development [4].

Surgical treatment is the only method for correcting a deviated nasal septum. Most surgeons complete surgery on the nasal septum with anterior tamponade of the nasal cavity, which is necessary to fix the reconstructed osteochondral flap in the median position, as well as to prevent complications such as bleeding, hematoma in the early postoperative period, and the formation of synechia in the nasal cavity. For tamponade, in most cases, gauze swabs soaked in anti-inflammatory ointment are used. Despite a good fixing effect, such a tamponade completely turns off the main functions of the nose for the entire period - respiratory, drainage, protective; there is no ventilation of the paranasal sinuses, the ventilation of the middle ear is disturbed. Tamponade causes compression of the injured mucosa, and, consequently, ischemia, up to perforation of the septum and pain (especially during removal), trauma to the mucous membrane, lacrimation, discomfort when swallowing, sleep disturbance, increased blood pressure, headache due to impaired microcirculation in the vessels of the head brain, creates a good environment for the reproduction of a bacterial agent with a rare toxic shock syndrome [5]. Removal of tampons from the nasal cavity is associated with discomfort and pain in patients, regardless of the timing of tamponade; as well as a high probability of trauma to the mucous membrane and displacement of the elements of the restored septum.

Literature analysis did not reveal the exact amount of time required for anterior tamponade after septoplasty. In different sources, these periods range from 2 hours to 8 days [6, 7]. During the first 3 days, soluble collagen, fibronectin, and hyaluronic acid are produced, and on the 4th day, type I collagen fibers are formed and deposited, which requires extending the tamponade period to 4–5 days [8]. However, such a long period dramatically increases the negative impact of anterior nasal tamponade not only on the paranasal sinuses and the body as a whole, but also significantly worsens the quality of life of patients in the early postoperative period.

To reduce the negative impact of classical gauze nasal tamponade, various modifications of tampons are being developed, such as foam rubber in glove rubber (Mikulich tamponade), pneumatic tampons, xenogenic peritoneal

tampons, wax pads. There are publications in the literature with reports on the possibility of using merocel, alginate films, hydrogels, aerosols that fill the nasal cavity with foam, gel films based on poly-N-vinylpyrrolidone for the purpose of nasal tamponade. These modifications partially weakened the negative effect caused by gauze swabs, but did not fully satisfy otorhinolaryngologists - surgeons, since they did not exclude nasal breathing disorders and pain. A hyperthermic reaction was also noted, which reduced the quality of life of patients in the early postoperative period. In this regard, attempts were made to manage patients without tampons after septoplasty. D. Reiter et al. [7] proposed to apply through absorbable sutures to the sheets of the nasal septum after septoplasty. Others have suggested the use of splints, stents, but this raises the need to lengthen the inpatient stay of patients and the need to remove the structure.

Cyanoacrylate glue, *MK-2 glue* were also used to glue the sheets of the nasal septum.

For the first time, the possibility of using fibrin glue in otorhinolaryngology was reported by K.N. Veremeenko [9]. In 2005, M. Vaiman et al. [10] presented the results of the use of fibrin glue as an alternative to anterior tamponade after surgical interventions on the structures of the nasal cavity.

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

Methods

We used collagen hemospong, which consists of two active substances - collagen, prepared from the skin or tendons of cattle. When applied to the wound surface, the collagen hemosponge polymerizes to form an elastic fibrin film. This process repeats the main stages of the physiological process of blood coagulation and allows you to stop diffuse bleeding, glue and fix tissues, and also accelerate wound healing. In the course of healing, the formed clot of fibrin

“glue” is completely absorbed. Collagen Hemo Sponge metabolized in the same way as endogenous fibrin, due to fibrinolysis and phagocytosis. Standard measures have been taken to prevent transmission of infection due to the use of products derived from human blood or plasma, namely: selection of donors, screening of harvested blood plasma for specific markers of infection, and incorporation of effective virus inactivation steps into production. The measures taken are effective against enveloped viruses such as HIV, hepatitis C and B. After thawing, the contents of two vials were placed in the application device, a special tip was attached to the syringe to inject the drug drip into hard-to-reach places. The drug is economical in use - 1-2 ml of glue is enough for one septoplasty. Glue was injected between the sheets of mucoperichondria and mucoperiosteum and pressed tightly, distributing it evenly along the entire length, after which the nasal cavity was plugged on both sides with gauze swabs for 2-5 minutes (depending on the patient's arterial hypertension and tendency to bleeding) for even distribution and more dense adhesion of the sheets of the mucous membrane. Then the tampons were removed, endoscopy of the nasal cavity was performed on both sides to visually confirm the tight adhesion of the mucous membrane with the reimplanted cartilage fragments, and only then the anesthesia was stopped.

The study from 2017 to 2019 involved 45 patients aged 19 to 40 years. Three groups of patients, 15 people each, were formed. The average age in the 1st group was 21.5 years, in the 2nd - 22.2 years, in the 3rd - 24.1 years. Of these, 19 (42.2%) women and 26 (57.7%) men.

The criterion for inclusion in the group was the type of deformity of the nasal septum. In the 1st group - curvature of the nasal septum in the form of a spike and ridge. For this group, the classical endoscopic septoplasty according to O.Lanza with a tampon-free early postoperative period was chosen as a method of surgical correction of the nasal septum. 2nd group - C- and S-shaped curvature of the septum. Standard septoplasty with anterior nasal tamponade in the early postoperative period was used as a method of surgical correction of the nasal septum. group 3 - C- and S-shaped curvature, as a method of surgical correction of the nasal septum, a modified standard septoplasty was used using a collagen haemostatic sponge under endoscopic control.

Before surgical treatment, all patients underwent anamnesis and complaints, examination of the ENT organs, endoscopy of the nasal cavity, MSCT of the nose and paranasal sinuses. All operations were performed under endotracheal anesthesia. All patients of the 2nd and 3rd groups underwent vasotomy of the inferior turbinates; in the 1st group, this surgical intervention was required in 9 patients due to hypertrophy of the inferior turbinates. In the early postoperative period in patients of the 3rd group, anterior tamponade was not performed, in the 1st and 2nd groups, all patients underwent anterior gauze tamponade for a period of 24 hours. In the 3rd group, in order to connect the sheets of the mucous membrane, as well as to prevent bleeding and hematomas were treated with collagen hemo sponge.

To assess the quality of life in the early postoperative period, a questionnaire was used to assess the physical condition of patients [11]. This questionnaire was filled in by the patient himself on the day after the operation (C.1), a day later (C.2), 2 days (C.3), 3 days (C.4), 5 days (C.5), 8 days (C.6) and 15 days (C.7) after septoplasty. Removal of the anterior tamponade was in accordance with C.2.

According to the questionnaire used, the criteria for the physical condition of patients included: drinking from a cup, sitting in bed, getting out of bed, walking 10 m (within the ward), walking 50 m (within the ward), physical pain, nausea, dizziness, general weakness.

The results of the study were processed using SPSS Statistica 17.0 by statistical methods of analysis of variance, the reliability criterion was calculated (F -criterion, t -criterion), Duncan's criterion.

Results and discussion

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

When assessing the relationship with anterior tamponade, which was used only in the 1st and 2nd groups, when determining the quality of life of patients, the presence of homogeneity in the 3rd group was revealed. Highly significant differences ($p < 0.01$) were determined between

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

Conclusions.

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

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

List of used literature

1. Khasanov, U.S., Vokhidov, U.N. and Juraev, Zh.A., 2018. THE STATE OF THE NOSE CAVITY IN CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE NOSE AND PARANAS IN PATIENTS WITH MYOCARDITIS. European science, (9 (41)).
2. Jamolbek, Djuraev, and Khasanov Ulugbek. «CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DISEASES OF THE NOSE

AND PARANASAL SINUSES IN PATIENTS WITH MYOCARDITIS.» European science 1 (23) (2017).

3. Khasanov, Ulugbek Saidakramovich, Ulugbek Nuridinovich Vohidov, and Sanjar Salanovich Sharipov. «ROLE OF PATHOLOGY OF NOSE AND PHARYNX IN THE DEVELOPMENT OF SNORING.» INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS AND PROSPECTS OF MODERN SCIENCE AND EDUCATION. 2019.
4. Khasanov, Ulugbek Saidakramovich, Ulugbek Nuridinovich Vokhidov, and Sanjar Salanovich Sharipov. «OPTIMIZATION OF THE DIAGNOSIS OF RONCHOPATHY IN PATIENTS WITH DISEASES OF ENT-ORGANS.» EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. 2019.
5. Kim, Sung-Dong, et al. "Effectiveness of Polyvinyl Acetate Sheeted with Carboxymethyl Cellulose as a Packing Material after Septoplasty." Journal of Rhinology 25.2 (2018): 86-90.
6. Kim, Sung-Dong, et al. "Effectiveness of hemostatic gelatin sponge as a packing material after septoplasty: A prospective, randomized, multicenter study." Auris Nasus Larynx 45.2 (2018): 286-290.
7. Thomas, Ike, et al. "A Novel Technique of Using Sponge as Post-Operative Nasal Packing." Bengal Journal of Otolaryngology and head Neck Surgery 26.1 (2018): 23-28.
8. Huang, He, et al. "Degradable and bioadhesive alginate-based composites: An effective hemostatic agent." ACS Biomaterials Science & Engineering (2019).
9. Liao, Zhenpeng, et al. "Decreased hospital charges and postoperative pain in septoplasty by application of enhanced recovery after surgery." Therapeutics and clinical risk management 14 (2018): 1871.
10. Gazzeri, Roberto, et al. "Clinical Use and Hemostatic Application of Gelatin." Polymer gels. Springer, Singapore, 2018. 53-96.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF STEROID MEDICINES IN SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS

Khasanov U.S., Djurayev J.A., Abdullayev U.P.

Key words: Sudden sensorineural hearing loss, intratympanic injection, dexamethasone, radio wave

Abstract

According to epidemiological data, approximately 6% of the world's population suffers from a decrease or loss of hearing. According to the World Health Organization, 360 million people worldwide suffer from various degrees of hearing loss. In Russia, this figure was 13 million. The percentage of sensorineural hearing loss is 74%, and at the same time, the number of patients with this pathology is constantly increasing. Sudden sensorineural hearing loss (SSHL) is a unilateral or bilateral sensorineural hearing loss of at least 30 dB in three adjacent frequencies for 72 hours or less [9]. SSHL is a form of hearing loss up to complete deafness, characterized by damage to the sound-receiving part of the auditory analyzer. Damage can be from the receptors of the shell (organ of Corti) to the central structures of the brain. Acute sensorineural hearing loss is widespread and has a large number of etiological factors.

Introduction

Sudden sensorineural hearing loss (SSHL) is a unilateral or bilateral sensorineural hearing loss of at least 30 dB in three adjacent frequencies for 72 hours or less [1, 2]. Hearing loss is a common pathology in recent times, with an average of 5 to 20 cases per 100,000 people [1]. Sudden sensorineural hearing loss, usually occurs between 43 and 59 years of age, and is equally distributed by gender. The main symptom of SSHL is a sudden decrease in hearing. In addition, patients are bothered by tinnitus (41-90%) and dizziness (29-56%) [4, 5, 6]. Acute sensorineural deafness is widespread and has a large number of etiological factors [5-8].

1. Infectious diseases. Most often, hearing loss is observed after influenza virus, measles, as well as scarlet fever,

diphtheria and wounds.

2. Toxic effects: ototoxic drugs (aminoglycosides, diuretics, chemotherapy drugs).

3. Vascular diseases.

4. Diseases of the cervical spine, for example, spondylosis, spondylolisthesis of the cervical spine.

5. Acoustic trauma

In most cases, the cause of the development of SSHL remains unclear, in which case the hearing loss is classified as idiopathic. Currently, anti-inflammatory (corticosteroid hormones), nootropic, blood circulation improving, antibacterial treatment, hyperbaric and oxygen chambers and plasmapheresis are used for the treatment of SSHL. Steroids are the most important first-line drugs in the treatment of SSHL. In addition, corticosteroids are effective in the treatment of SSHL of various genesis due to the fact that they are anti-inflammatory and improve blood circulation in the inner ear. Unlike systemic administration of steroids, intratympanic administration bypasses the hematoperipheral barrier and ensures delivery of the drug to the entire affected area, which is associated with side effects such as gastric ulcers, adrenal insufficiency, cataracts, and hyperglycemia. significantly reduces the development of secrets. The literature describes the topical use of dexamethasone, methylprednisolone, and solumedrol in patients with OSNG. After intratympanic and intravenous administration of dexamethasone to guinea pigs, its levels in the perilymph were measured 1, 2, 4, and 6 hours later, and higher concentrations of dexamethasone were detected after intratympanic administration [6]. In guinea pigs, dexamethasone was administered intravenously and directly into the tympanic cavity, and its concentration in the perilymph was compared. It has been shown that the concentration of dexamethasone in the perilymph by topical application to the tympanic cavity is almost 3 times higher than by intravenous administration. Steroid injection directly into the tympanic cavity is considered a current treatment method and requires a lot of research.

Methods

In this study, the results of examination and treatment

of 73 patients with acute sensorineural hearing loss were analyzed. All clinical examinations, diagnostics and treatment were carried out from 2018 to 2023 on the basis of the Department of Otorhinolaryngology and Dentistry of TTA. The age of the patients is from 18 to 69 years. 38 of them are women, 35 are men. Based on treatment methods, all patients were divided into 2 groups.

Group I – Patients with acute sensorineural hearing loss (36 patients). These patients were prescribed direct intratympanic steroids and conventional systemic therapy. Patients received 4 mg intratympanic (through shunt) dexamethasone daily for 1 month. All patients in this group had shunts placed before treatment.

Group II - Patients with acute sensorineural hearing loss (37 patients) - traditional systemic therapy, including steroids, drugs which improve cerebral microcirculation, cochlear blood flow, blood rheology, nootropic drugs, vitamin therapy.

Patients were followed up for 6 months. All patients were systematically examined before treatment, 10 days, 1, 3 and 6 months after the start of therapy.

Audiological examination of patients includes hearing studies using speech and whispering, tuning fork testing, tonal threshold audiometry, and acoustic impedancemetry.

Tone threshold audiometry was performed in a specially equipped audiometric room using an AC40 apparatus (Interacustics, Denmark). Tonal threshold audiometry examined sound transmission through air at 125-8000 Hz and through bone at 250-4000 Hz. Tone threshold audiometry was performed several times (2-3 times) before treatment to determine the exact hearing threshold.

Acoustic impedance measurement was performed on an AZ26 apparatus (Interacoustics, Denmark). Only patients with type A tympanogram were included in the study.

Distribution of patients into groups according to gender, age, presence of dizziness and average values of hearing thresholds (EBO'Q) in the entire range of frequencies tested before treatment is presented in Table 1.

TABLE 1.

	Patients the number	Sex		Average age	Dizziness		Before treatment dB (M ± a)
		E	A		Yes	YNo	
Group I	36	21	16	49 (35 - 52)	6	30	41.0 ± 12.87
Group II	37	22	14	50 (30-53)	7	30	37.1 ± 16.67
Total	73	43	30	46(33 - 52)	13	60	39.1 ± 15.49

The results obtained

The effectiveness of treatment was assessed based on pre- and post-treatment hearing threshold audiometry data. Hearing assessment was performed as follows: full hearing recovery - hearing recovery within 15 dB; partial recovery of hearing - improvement of 50% or more from the initial hearing; hearing improvement – reduction of the hearing threshold by 15 dB or more. To assess hearing ability, the average threshold value was calculated at four frequencies (500, 1000, 2000, 4000 Hz).

To determine the factors affecting the effectiveness of treatment, patients were divided according to the following criteria:

1. age
2. according to the international classification of hearing loss
3. according to the time of begins of treatment,
4. according to the frequency characteristics of hearing threshold audiometry.

Outcomes of patients treated with intratympanic steroid and traditional systemic therapy.

36 patients were treated with steroids directly into the tympanic cavity and conventional systemic therapy. All patients complained of hearing loss, 24 patients complained of tinnitus, 14 patients complained of ear blockage, and 6 patients complained of dizziness. After treatment, complete recovery of hearing (CR) was observed in 22 patients, partial recovery (PR) - in 8 patients, hearing improvement (HI) - in 3 patients, unchanged hearing (UH) in 3 patients. Hearing impairment was not observed in this group (Table 2).

TABLE 2

Treatment effectiveness	Follow-up period		
	1 month	3 months	6 months
CR	9	16	22
PR	9	7	8
HI	7	9	3
UH	11	4	3
Deterioration	0	0	0
Total	36	36	36

Treatment final efficiency treatment 6 months from the start after and shunt take from being thrown after and no more curtain completely from recovery so was evaluated.

Patients were divided by age as follows: 10 patients under 35 years old, 10 patients from 36 to 50 years old, 51 and older - 16 patients. In all 10 patients under 35 years of age, hearing was completely restored.

According to the degree of hearing loss: 17 degrees of hearing loss in the patient; Level II - 14 in the patient ; Level III - 3 in the patient ; IV degree - 2 identified in the patient. Hearing was fully restored in 13 patients with I degree hearing loss, 5 patients with II degree hearing loss, 1 patient with III degree hearing loss and 2 patients with IV degree hearing loss.

According to the time of initiation of treatment, patients were divided as follows: up to 7 days - 15 patients; in 8-14 days - 13 patients; 15 or more days - 8 patients. Illness up to 7 days from the start to hear of ability completely recovery in 12 patients, from 8 to 14 days - in 6 patients, 15 and from him more than day during - in 4 patients observed.

The effect of the treatment on different frequency ranges (low, middle and high frequencies) was analyzed. The frequency range of 125, 250 Hz was taken as low frequencies; average - 500, 1000, 2000 Hz; high - 4000, 8000 Hz. Before treatment, the average hearing threshold at low frequencies was 35.1 ± 19.6 dB, after 6 months it decreased to 11.5 ± 6.2 dB ($p < 0.05$). Before treatment, the average hearing threshold in middle frequencies was 38.5 ± 16.1 dB, after 6 months they decreased to 14.9 ± 9.6 dB ($p < 0.05$). Before treatment, the average hearing threshold at high frequencies was 50.1 ± 15.0 dB, after 6 months they decreased to 23.0 ± 13.4 dB ($p < 0.05$). In this group, a decrease in hearing thresholds was observed in all frequency ranges during the entire observation period.

Results of traditional complex treatment of patients. Conventional complex treatment was performed in 37 patients. All patients complained of hearing loss, tinnitus in 22 patients, tinnitus in 10 patients, and dizziness in 7 patients. After treatment, complete recovery of hearing (CR) was observed in 7 patients, partial recovery (PR) in 4 patients, improvement (HI) in 6 patients, unchanged hearing in 19 patients (UH), deterioration of hearing in 1 patient (3 table).

ADVAL 3.

Treatment effectiveness	Follow-up period			
	10 days	1 month	3 months	6 months
CR	7	7	7	7
PR	4	4	4	4
HI	4	6	6	6
UH	20	19	19	19
Deterioration	2	1	1	1
Total	37	37	37	37

Age according to patients as follows distributed: 12 patients under 35 years old, 9 patients from 36 to 50 years old, 51 and from him older - 16 patients. Under 35 years old in 6 patients with to hear completely recovered, from 36 to 50 years old - in 1 patient, 51 years old and from him big - none in whom to hear completely not restored.

According to of hearing loss: 23 patients had I degree of hearing loss; II degree - in 9 patients; III degree - in 2 patients; IV degree - in 3 patients. Hearing was completely restored in 7 patients with hearing loss of the first degree. II, III and IV degree in groups of patients never in one to hear ability completely not restored

Treatment start on time according to patients as follows distributed: up to 7 days - 8 patients; 8-14 days - 11 patients; 15 or from him more than day in - 5 patients. Illness up to 7 days from the start to hear of ability completely recovery in 3 patients, from 8 to 14 days - in 2 patients, 15 and from him many pin days - of patients never in one completely recovery not observed.

From treatment before this in the group studied of frequencies whole in the range to hear please forgive me ' average the value is 37.1 ± 16.7 dB the organize did _ The mean hearing threshold at low frequencies before treatment was 32.9 ± 22.0 dB, after 6 months it decreased to 23.4 ± 18.6 dB ($p < 0.05$). Before treatment, the average

hearing threshold in middle frequencies was 35.2 ± 17.0 dB, after 6 months they decreased to 25.7 ± 17.2 dB ($p < 0.05$). Before treatment, the average hearing threshold at high frequencies was 44.3 ± 18.4 dB, after 6 months they decreased to 35.5 ± 20.2 dB ($p < 0.05$).

this group, the positive dynamics of treatment is observed in the first 10 days, when hearing thresholds decrease in all frequency ranges. Average values of hearing thresholds did not change during the observation period from 10 days to 6 months.

Discussion of results

During the examination, the distribution of patients according to the following characteristics: sex, age, presence of noise in the ears, dizziness, and the information obtained by us about the often one-sided course of the disease did not fundamentally differ from the literature. In our study, patients were divided by gender as follows: 48% were men, 52% were women. According to M. Nakamura et al., OSNG is equally common in men and women [10]. The average age of our patients was 43.5 - 46 years. According to many authors, the average age of patients is 45.4-49.7 years [11,15]. Dizziness, according to our data, was observed in 14 of 73 patients. According to the literature, dizziness is observed in 24-40% of cases [12, 13]. We recorded tinnitus in 48 out of 73 people. According to some authors, tinnitus occurs in 70-76% of OSNG [17, 18].

To determine the factors affecting the effectiveness of treatment, patients were divided according to the following criteria: age, level of hearing loss according to the international classification, time of treatment initiation and characteristics of hearing threshold audiometry frequencies. Despite the same effectiveness of treatment for 1 month in both groups, in the analysis of the effect of the treatment method on different frequency ranges, a higher efficiency was found when steroids were directly injected into the drum cavity compared to conventional therapy. In the group of patients who received steroids in the tympanic cavity, positive dynamics were observed during the entire period of therapy - the average value of the threshold decreased. In the second group that received the traditional complex, the dynamics were observed within 10 days after the start of treatment.

According to our data, the effectiveness of the treatment was influenced by the age of the patients and the time of initiation of treatment. At the same time, less positive changes were observed in older age groups. Also, when the treatment started for more than 7 days, a decrease in the percentage of complete recovery of hearing was found.

Conclusion

Steroid injection directly into the tympanic cavity and traditional systemic therapy for 1 month differed in effectiveness (68%) from conventional complex treatment (48%). Steroid injection directly into the drum cavity is individual for each patient. The effectiveness of treatment is affected by the age of the patient and the time of initiation of treatment. In patients older than 35 years and in patients who started treatment later than 7 days, a decrease in the percentage of complete recovery of hearing was found.

List of used literature

1. Stachler RJ, Chandrasekhar SS, Archer SM, et al.; American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: sudden hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012; 146 (3)(suppl):S1-S35. doi: 10.1177/0194599812436449 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Simmons FB. Sudden idiopathic sensory-neural tughost: some blindness. *Laryngoscope.* 1973; 83 (8): 1221-1227. doi: 10.1288/00005537-197308000-00005 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
3. [Sauvaget E.](#), [Little S.](#), [Cania R.](#), [Herman P.](#), [Tran Ba Huh P.](#) Suddenly sensorineu- ral hearing loss as a revealing symptom of vestibular schwannoma. *Acta Otolaryngol.* 2005;125(6):592–595. doi: [10.1080/00016480510030246](#).
4. [Byl FM Jr.](#) Sudden hearing loss: eight years' experience and suggestions prognostic table. *Laryngoscope* 1984;94;5(1):647–661. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6325838>.
5. Matthew DE, Simmons FB Natural history

- of suddenly sensorineural hearing loss. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1977;86;4(1):463–480. doi: [10.1177/000348947708600406](https://doi.org/10.1177/000348947708600406).
6. Sauvaget E., Little S., Cania R., Herman P., Tran Ba Huh P. Suddenly sensorineural hearing loss as a revealing symptom of vestibular schwannoma. *Acta Otolaryngol*. 2005;125(6):592–595. doi: [10.1080/00016480510030246](https://doi.org/10.1080/00016480510030246).
 7. Lim HJ, Kim YT, Choi SJ, et al.. Efficacy of 3 different steroid treatments for sudden sensorineural hearing loss: a prospective, randomized trial. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013; 148 (1):121–127. doi: [10.1177/0194599812464475](https://doi.org/10.1177/0194599812464475) [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 8. Gundogan O, Pinar E, Imre A, Ozturkcan S, Cokmez O, Yigiter AC. Therapeutic efficacy of the combination of intratympanic methylprednisolone and oral steroid for idiopathic sudden deafness. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013; 149 (5):753-758. doi: [10.1177/0194599813500754](https://doi.org/10.1177/0194599813500754) [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 9. Hong SM, Park CH, Lee JH. Hearing outcomes of daily intratympanic dexamethasone alone as a primary treatment modality for ISSHL. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009; 141 (5):579-583. doi: [10.1016/j.otohns.2009.08.009](https://doi.org/10.1016/j.otohns.2009.08.009) [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 10. Ahn JH, Yoo MH, Yoon TH, Chung JW. Can intratympanic dexamethasone added to systemic steroids improve hearing outcome in patients with sudden deafness? *Laryngoscope*. 2008; 118 (2):279-282. doi: [10.1097/MLG.0b013e3181585428](https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e3181585428) [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 11. Tsounis M, Psillas G, Tsalighopoulos M, Vital V, Maroudias N, Markou K. Systemic, intratympanic and combined administration of steroids for sudden hearing loss: a prospective randomized multicenter trial. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2018; 275 (1):103-110. doi: [10.1007/s00405-017-4803-5](https://doi.org/10.1007/s00405-017-4803-5) [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 12. Swachia K, Sharma D, Singh J. Efficacy of oral vs. intratympanic corticosteroids in sudden sensorineural hearing loss. *J Basic Clin Physiol Pharmacol*. 2016; 27 (4):371-377. doi: [10.1515/jbcpp-2015-0112](https://doi.org/10.1515/jbcpp-2015-0112) [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 13. Rauch SD, Halpin CF, Antonelli PJ, et al.. Oral vs intratympanic corticosteroid therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a randomized trial. *JAMA* _ 2011; 305 (20):2071-2079. doi: [10.1001/jama.2011.679](https://doi.org/10.1001/jama.2011.679) [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 14. Honeder C., English E., Schöpfer H., Krause M., Landegger L.D., Placenzotti R. et al. Evaluation of the selective glucocorticoid receptor agonist compound A for ototoxic effects. *Laryngoscope*. 2015;125(4):149–155. doi: [10.1002/lary.25011](https://doi.org/10.1002/lary.25011).
 15. Plontke SK., Löwenheim H., Mertens J., Angel C., Meissner C., Weidner A. et al. randomized, double blind placebo controlled trial on the safety and efficiency of continuous intratympanic dexamethasone delivered via a round window catheter for severe until profound sudden idiopathic sensorineural hearing loss after failure of systemic therapy. *Laryngoscope*. 2009;119(2):359–369. doi: [10.1002/lary.20074](https://doi.org/10.1002/lary.20074).
 16. Ghossaini SN., Liu JP., Phillips B. Round window membrane permeability until golimumab in Guinea pigs: a the pilot study. *Laryngoscope*. 2013;123(11):2840–2844. doi: [10.1002/lary.24163](https://doi.org/10.1002/lary.24163).
 17. Paulson D. P., Abuzeid W., Jiang H., Oh T., O'Malley B. W., Lee D. A novel controlled local drug delivery system for inner ear disease. *Laryngoscope*. 2008;118(4):706–711. doi: [10.1097/MLG.0b013e31815f8e41](https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e31815f8e41).
 18. Olzowy B., Osterkorn D., Suckfüll M. The incidence of suddenly hearing loss is greater than previously assumed. *MMW Fortschr Med*. 2005;147(14):37–38. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15887682>.
 19. Kosyakov S.Ya., Atanesyan A.G., Gunenkov A.V. *Mestnaya therapy ostroy sensenov- ralnoy tugouxosti putem*

intratympanalnogo vvedeniya steroidov . *Vestnik otolaryngology*. 2012;(3):74–78. The mode is available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otolaryngologii/2012/3/030042-46682012320> .

20. Henellis J. , Karapatsas I. , Papadimitriou N. , Nikolopoulos T. , Maragoudakis P. , Tzagkaroulakis M. , Ferekidis E. Idiopathic suddenly sensorineural hearing loss: prognostic factors. *J Laryngol Otol* . 2006;120(9):718–724. doi: [10.1017/S0022215106002362](https://doi.org/10.1017/S0022215106002362) .
21. Fetterman BL ., Luxford Wm ., Saunders JE. Sudden bilateral sensorineural hearing loss. *Laryngoscope*. 1996;106(11):1347–1350. doi: [10.1097/00005537-199611000-00008](https://doi.org/10.1097/00005537-199611000-00008) .

IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF RECURRENT POLYPOUS RHINOSINUSITIS COMPLEX TREATMENT

c.m.s., prof. Zhapalakov B.A.¹, Kamelova G.N.¹, Nazarbayeva A.S.¹, Nazhauova D.S.¹, Ademov A.A.¹

¹ Department of Otorhinolaryngology, Ophthalmology. Non-commercial joint-stock company “West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University” Aktobe city, Republic of Kazakhstan

Keywords: polypous rhinosinusitis; low-intensity constant electric current; topical corticosteroids

Introduction

Polypous rhinosinusitis is one of the unsolved problems of clinical rhinology, since the frequency of relapses after combined treatment reaches up to 60-80%. The aim of the study. Improving the effectiveness of the treatment of polypous rhinosinusitis by using a constant electric current (CEC) of 20 μ A in the postoperative period.

Methods

We observed 76 patients with polypous rhinosinusitis

(PRS). Most of the patients were of working age – from 18 to 50 years. Patients were divided into two subgroups: patients of the main subgroup (n=48) underwent surgical treatment in combination with the use of a low-power CEC of 20 μ A with exposures of 10 minutes; patients in the control subgroup (n=28) underwent surgical treatment and traditional management of patients using topical corticosteroids (nasonex 2 doses 2 times per nose). The method of treatment of polypous rhinosinusitis included exposure to a CEC on the ostiomeatal complex at a current strength of 20 μ A for 10 minutes daily for 10 days for 5-10 days in the postoperative period. The treatment was carried out with the help of an electrode and an device. The course of treatment included 10-12 procedures.

Results

The data obtained during clinical observation were processed by the method of variation series. In patients of the main subgroup, after 10 days, the results of the general conjunctival index (Clg), suction and transport functions indicated a significant improvement in indicators: Clg decreased to 12.1+1.1 (before treatment 14.4+0.9), transport function - 32.0+ 0.4 minutes (before treatment 39.7+0.4 minutes), suction function - 25 minutes (20 minutes before treatment). The results 1 month after treatment with low-strength CEC indicated good respiratory function: Clg 7.7+1.4, transport function 31.0+ 0.3 minutes. After 6 months, the data indicated the preservation of good respiratory function at a high level: Clg 8.3+1.3, transport function 31.4+ 0.5 minutes. In the control subgroup, the indicators on the 10th day after surgery and after 6 months were worse than in the main group. When monitoring patients in dynamics, we noted that out of 48 patients in the main group in the first year, relapse occurred in 1 (2.0%) patient; out of 28 patients with traditional treatment, also in 1 (3.5%) patient.

Conclusion:

Thus, we can talk about the effectiveness of the use of surgical treatment of polypous rhinosinusitis in combination with CEC of low strength 20 μ A with an exposure of 10 minutes, which is comparable to therapy with topical corticosteroids.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE INTRODUCTION OF PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

U. Sultanova, G. Khaydarova G, Kh. Shaykhova

Tashkent Medical Academy, Clinic "Voice Lor", Tashkent, Uzbekistan

"My hardest fight is with Parkinson's disease. No, it doesn't hurt. It's hard to explain. "

Mohammed Ali.

Introduction.

Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative disease of the brain, mainly associated with the degeneration of dopaminergic neurons of the substantia nigra, the accumulation of alpha-synuclein protein in them and the formation of special intracellular inclusions (Levi's corpuscles). The main manifestations (symptoms) of the disease are associated with a decrease in the number of nerve cells that produce the substance dopamine. Dopamine is not only a hormone of happiness. It is also a neurotransmitter and is responsible for human motor activity. It is a chemical compound that transmits information between the substantia nigra and other areas of the brain to control the movements of the human body. Dopamine provides smooth and coordinated movements. When about 60-80% of the dopamine-producing cells die, and the production of dopamine does not occur in sufficient quantities, then the first motor symptoms of Parkinson's disease begin to appear. Dopamine deficiency, based on the pathogenesis of the disorder, leads primarily to motor disorders — the so-called motor symptoms of Parkinson's disease. As a result, hypokinesia is formed as the main symptom of the disease, and an increase in muscle tone of the plastic type (muscle rigidity) develops, a rest tremor occurs and much later — postural instability. It is worth noting that the Disease has a significant clinical impact on patients, families and caregivers due to the progressive degenerative effects on mobility and muscle control. The Global Burden of Disease Study estimates that the number of cases of Parkinson's disease will double from about 7 million in 2015 to about 13 million in 2040, suggesting a potential "Parkinson's disease pandemic"

Often, the disease is diagnosed in men over 60 years of age. Women are affected by Parkinson's disease 1.5 times less often. At first, the disease is almost asymptomatic. As the disease develops, its obvious signs begin to appear. [1]. Parkinson's disease is not curable at the moment. The goal of specialists is to treat the symptoms of the disease in order to maintain a high level of quality of life. The complex therapy of Parkinson's disease currently includes surgical methods (deep brain stimulation) used to reduce the effectiveness of pharmacotherapy, the occurrence of motor fluctuations. For the pharmacotherapy of PD, dopamine receptor agonists, levodopa, amantadines, monoamine oxidase inhibitors, drugs blocking catechol-O-methyltransferase, etc. are used. Levodopa significantly improves motor symptoms in PD and remains the "gold standard" of symptomatic parkinsonian treatment. However, its initial therapeutic efficacy often decreases over several years with the appearance of motor complications (fluctuations, dyskinesia), which cannot be compensated by changing the dose of levodopa [2]. Non-drug therapy (rehabilitation) of PD includes the following stages: physiotherapy, correction of motor disorders, psychotherapeutic treatment, diet therapy, as well as correction of speech dysfunction.

Voice impairment in Parkinson's disease (PD) is a common phenomenon affecting approximately 70-90% of patients with PD. Anomalies of acoustic analysis are detected just as often, even at the early stages of BP [3]. These voice changes are part of a broader set of speech changes that are collectively described as "hypokinetic dysarthria" or "hypokinetic dysarthrophonia". Speech anomalies occur in the interrelated areas of phonation, articulation and prosody. Changes in voice quality may be the first sign of speech problems in Parkinson's disease.

Parkinson's disease can lead to dysarthria and dysphagia. Dysarthria refers to difficulties with speech, and dysphagia refers to difficulties with swallowing. People with Parkinson's disease often experience monotonous speech without emotional coloring, hypophonic. When talking, the voice subsides. Articulation is impaired, in particular when pronouncing consonant sounds, due to the narrowing of the vocal tract and a decrease in the mobility of the lips, lower jaw and tongue due to the rigidity of the muscles involved in speech production. Also, the pace of speech is disturbed in patients with PD.

Against the background of a general decrease in the speed of speech, there may be propulsions - episodes of speech acceleration, long pauses, lengthening of the moment of speech initiation, smoothness of speech. Reduced speech volume and problems with expressing your thoughts. As Parkinson's disease progresses, people with the condition may also have difficulty swallowing and getting enough food and water to maintain a healthy weight.

The purpose of the study. The purpose of this study was to find a standard approach to speech rehabilitation of patients with PD in collaboration with other disciplines for the rehabilitation of patients with PD, such as a neurologist, an otorhinolaryngologist, a nutritionist, a psychologist, an occupational therapist, a speech therapist and a physical therapy coach, as well as conversations with close relatives and caregivers interested in rehabilitation were conducted separately. for patients with PD. The aim of the work was also to evaluate the effectiveness of a complex of rehabilitation measures on the health status of people with Parkinson's disease. Our task was to determine the means and methods included in the complex of rehabilitation measures used at the present stage for the rehabilitation of voice and speech in patients of this group at various stages to improve the social and emotional aspects of the quality of life.

Methods

The materials of the study were patients with Parkinson's disease, whose relatives applied to the office of the phoniatriest of the Tashkent Medical Academy, complaining of illegibility, monotony of speech and weakness of the voice of patients with PD.

We observed 15 patients with PD aged from 50 to 72 years. All patients underwent a comprehensive medical, speech therapy and neuropsychological examination. The patients were examined on an MRI machine, acoustic analysis of the voice, laryngostroboscopy. All patients had a history of dysarthria, dysphagia and dysphonia. Patients had impaired articulation of the lips, tongue and lower jaw, decreased clarity, pace and intelligibility of speech.

To assess the effectiveness of the therapy, it was proposed to use the questionnaire Index of voice disorders (Index of voice interference). Patients were evaluated before

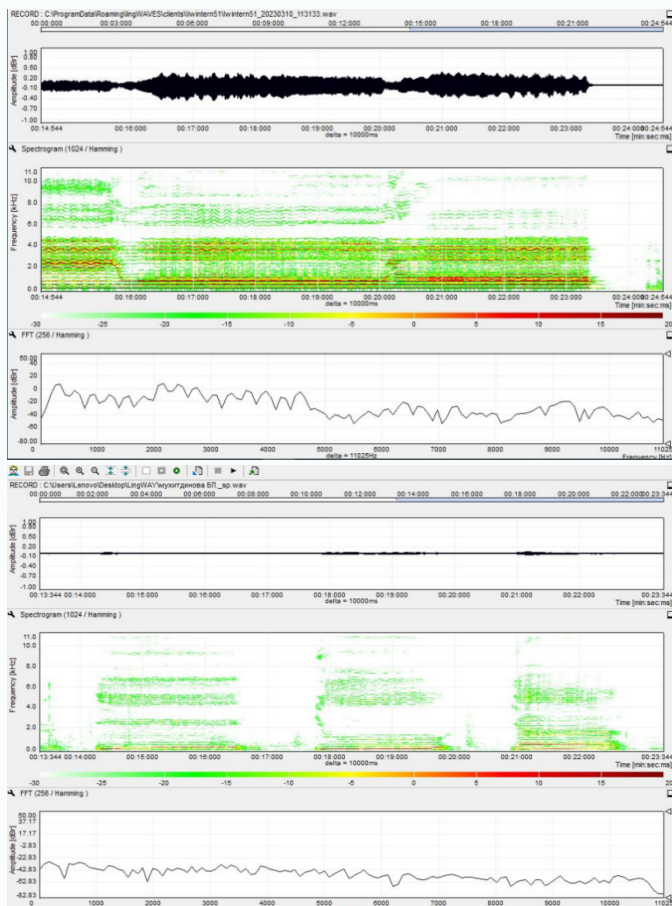
and after the Lee Silverman Voice rehabilitation course, consisting of 16 group therapy sessions for 1 month for 1 hour four times a week with pleasant music. These sessions were aimed at the idea of "thinking loudly to speak loudly." The purpose of this method is to make the patient speak louder without tension, which allows optimizing the work of the respiratory, laryngeal and articulatory muscles and leads to an increase in the volume of the voice, improving the clarity of speech. LSVT also includes sensory reinforcement training and self-control training to maintain treatment outcomes. The standard course of treatment consists of 16 sessions lasting 50-60 minutes 4 times a week for 1 month. Patients should also train at home for 5-10 minutes on therapy days and up to 30 minutes on break days. Published studies confirm the clinical efficacy of BSVT in the form of an increase in voice volume and speech quality in patients with PD, and this effect persists for 2 months after discontinuation of therapy. It is possible to practice using the LSVT method at any stage of the disease, but the greatest effectiveness has been demonstrated in the early stages [5]. Patients with speech disorders are also shown speech therapy classes with the use of articulation gymnastics, with sounds of work, speech therapy massage, speech-voice simulator Los Vox Method allows you to make the voice collected, focused. Thus, "Lux Vox" makes it possible to use the voice economically, to use muscles in an equal ratio, to increase productivity, as well as to adjust the flow of sound formation and its resonance. In case of voice disorders, the simulator can also be used for the purpose of treatment [4]. As is known, patients with PD are prone to apathy. Group sessions led to a decrease in the condition of patients seeking self-isolation, helped to improve the emotional background of these patients. Voice rehabilitation led to an increase in the maximum phonation periods, an increase in the intensity of the voice, a decrease in complaints of a weak and strangled voice, monotonous and unintelligible speech, and the disappearance of complaints about swallowing. changes. These data indicate a greater efficiency of the glottis after vocal rehabilitation, reflecting a more functional oral communication. Then Neuromyoelectric stimulation of laryngeal muscles was performed. All patients were optimistically motivated and willingly followed all the doctors' instructions.

All patients filled out a questionnaire before starting the rehabilitation course. As a result of the survey, it was found that PD has a greater impact on the functional and emotional aspects of the quality of life of patients. “Lingwaves”.

Results and discussions

According to the results of testing on the VHI scale, emotional and functional and physical disorders according to the questionnaire averaged: the functional side $47 \pm 5\%$, and then with the emotional $29 \pm 5\%$, and $24 \pm 5\%$ with the physical severity of the disease, while in normal VHI in all healthy subjects was 9.9 ± 5.4 points. After a two-month multidisciplinary rehabilitation course for patients with PD, a second survey of patients was conducted, which revealed a significant decrease in digital indicators.

According to the results of the acoustic analysis of the voice in patients with PD before treatment, a sharp decrease in the volume of the sound after a bright onset was found on a text reading test. After a two-month course of treatment, this test showed a smoother transition close to the standards.



Closure of the true and false vocal cords is a normal part

of airway protection during swallowing. Patients with Parkinson’s disease with reduced or true delayed closure of the vocal cords may be at risk for aspiration. To solve this problem, surface electrical stimulation is used, despite the limited knowledge of its physiological effects.

In our study, we used high-frequency neuro-myoelectric stimulation (150 Hz) STN-DBS, which resulted in improved motor performance, reduced drug requirements, and modest improvement in vocal cord abduction, although this was not sufficient for safe decannulation. Low-frequency (60 Hz) stimulation led to a decrease in motor performance, but without worsening vocal cord abduction.

Conclusion.

Medical and social rehabilitation of patients with Parkinson’s disease is a multicomponent process that requires the participation of specialists of various profiles. Of great importance in the complex of rehabilitation measures is the creation of associations of patients with Parkinson’s disease. The work of these organizations will improve the quality of life of patients with this complex pathology. [6]. Based on the data obtained, it can be concluded that the quality of speech improved in patients with PD who underwent speech rehabilitation classes using the method. It can also be concluded that the method of acoustic analysis of speech makes it possible to identify impairments inherent in the speech of patients with PD and monitor the effectiveness of the rehabilitation process. Also, the questionnaire index of voice disorders appeared in our study was an effective link in checking the reliability of the results. It has also been proven that voice and speech rehabilitation are effective methods for the rehabilitation of patients with PD.

Thus, the active use of various methods of non-drug treatment in PD in addition to pharmacotherapy allows reducing the number and doses of drugs, increasing patient adherence to treatment, and increasing their daily activity. At the same time, a complex impact on the psychological, domestic and social aspects of PD contributes to the creation of a harmonious adaptive lifestyle for such patients. From a practical point of view, it can be concluded that it is expedient to introduce the above-described technique into practical practice as part of complex therapy. The authors of this article report no conflicts of interest.

List of used literature

1. Parkinson's Disease: Multimodal Approach to Rehabilitation R. R. Bogdanov, A. R. Bogdanov, S. V. Kotov, B. S. Kaganov
2. Complex Rehabilitation of Patients with Parkinson's Disease E.V. Kostenko, T.M. Manevich, and L.V. Petrova
3. Andrew Ma, Kenneth K Lau, Dominic Thyagarajan. Voice changes in Parkinson's disease: What are they telling us? Journal of Clinical Neuroscience. Volume 72, February 2020, Pages 1-7
4. LAX VOX1 AND DOCTORVOX METHODS IN VOCAL PEDAGOGY LAX VOX AND DOCTORVOX METHODS IN VOCAL PEDAGOGY. D. Ashrapova
5. Speech disorders in Parkinson's disease © A.P. AREFYEVA, N.A. Skripkina, E.E. VASENINA
6. Parkinson's Disease: Multimodal Approach to Rehabilitation R. R. Bogdanov, A. R. Bogdanov, S. V. Kotov, B. S. Kaganov
7. DeMaagd G, Philip A. Parkinson's Disease and Its Management. Pharmacy and Therapeutics. 2015 Aug; 40(8): 504-510, 532.

OVERVIEW OF OTOTOXIC MEDICATIONS

Bakhadirova I.B.¹, Arifov S.S.¹

¹ Otorhinolaryngology department of Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers. Tashkent, Uzbekistan

Key words: ototoxicity; hearing loss; medications.

Introduction

Any drug with the potential to cause toxic reactions to structures of the inner ear, including the cochlea, vestibule, semicircular canals, and otoliths, is considered ototoxic. Drug-induced damage to these structures of the auditory and balance system can result in hearing loss, tinnitus, and dysequilibrium or dizziness. The propensity of specific classes of drugs to cause ototoxicity has been well established, and over 100 classes of drugs have been associated with ototoxicity.

Methods

To ensure a proper selection of studies and impartiality of the review process, the peer-reviewed articles were identified according to the protocol's inclusion criteria.

Results

Aminoglycosides are known to show their toxicity both in the vestibular system affecting balance, but also show a toxic effect on cochlear cells affecting the hearing organ. This is mainly due to the loss of cochlear and/or vestibular hair cells. It may also affect patients taking medication in the form of ear drops, especially those with perforated eardrum or tympanostomy tube. Gentamycin, triamycin, and streptomycin are preferentially atriotoxic, while amikacin and kanamycin are primarily cochlear-ototoxic. Ototoxicity of cytostats. carboplatin, and oxaliplatin belong to the group of the most commonly used anticancer drugs. All these drugs show ototoxic side-effects. However, cisplatin is the oldest drug in this group; it is the most commonly prescribed platinum drug, but is also the most ototoxic. Ototoxicity may occur within several hours or days after cisplatin treatment. Hearing loss appears to be dose-dependent and has been characterized as progressive, irreversible, bilateral, and may be accompanied by tinnitus and dizziness. Ototoxicity of diuretics. Loop diuretic induce unique pathological changes in the cochlea such as formation of edematous spaces in the epithelium of the stria vascularis, which leads to rapid decrease of the endolymphatic potential and eventual loss of the cochlear microphonic potential, summing potential, and compound action potential. Ototoxicity of antimalarial drugs. Quinine is an alkaloid known since the 16th century and obtained from the bark of the cinchona tree. As is known, these drugs are widely used in therapy, and their action is considered safe, although they have documented side-effects, and the border between a therapeutic dose and a toxic dose is narrow. An overdose may be associated with cardiovascular disorders that pose a risk to patient health, but, importantly from the point of view of our analysis, it may also cause ototoxic side-effects.

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

RECOGNITION OF PARKINSON'S DISEASE BASED ON THE STUDY OF THE ACOUSTIC CHARACTERISTICS OF THE VOICE

Sultanova U.F., Khaydarova G.S.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Nearly a third of patients with idiopathic Parkinson's disease (IPD) cite dysphonia. The aim of this study was to propose a new method for early diagnosis, differentiation and course of the disease in patients with Parkinson's disease (PD), based on the study of the acoustic parameters of the voice.

Methods

Methods. Speech samples were obtained from 116 people, including 30 patients with Parkinson's disease, 30 patients with progressive supranuclear palsy, 30 patients with multiple system atrophy, the control group consisted of 26 people. Differential diagnosis of subtypes of dysarthria was based on a quantitative acoustic analysis of individual components of speech. In addition, to differentiate the severity of voice impairment in the study groups, the Voice Handicap Index questionnaire was taken into account.

Results

The results are significant differences in the distribution of acoustic parameters between Parkinson's disease and other parkinsonian syndromes. In patients with atypical parkinsonism, a mixed type of dysarthria with a combination of hypokinetic, spastic and attacking symptoms was revealed. In patients with the disease Parkinson's variant of multiple system atrophy, attacks of ataxic components of dysarthria are observed. Pure hypokinetic dysarthria was observed in patients with PD. Some parameters have been used as markers for diagnosing the initial stage of PD.

Voice transmission was significantly more frequent and pronounced in atypical parkinsonism than in Parkinson's disease.

Conclusion: Acoustic voice analysis is a very sensitive and

non-invasive tool that provides objective information for assessing the various components of speech, has a particular potential to provide quantitative data needed to improve the diagnostic process, and may be a useful tool in the differential diagnosis of parkinsonian syndromes, and also improves understanding of the characteristics of voice tremor in Parkinson's disease, its pathophysiology, and its relationship to voice disorders and disease symptoms.

List of used literature

1. Berardelli, A., Wenning, G. K., Antonini, A., Berg, D., Bloem, B. R., Bonifati, V., ... Vidailhet, M. (2013). EFNS/MDS-ES recommendations for the diagnosis of Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 20, 16–34. 10.1111/ene.12022
2. Darley, F. L., Aronson, A. E., & Brown, J. R. (1969a). Differential diagnostic patterns of dysarthria. *Journal of Speech and Hearing Research*, 12(2), 246–269. 10.1044/jshr.1202.246
3. Blumin J. Pcolinsky D. Atkins J. Laryngeal findings in advanced Parkinson's disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2004; **113**: 253-258
4. Fox, C, & Ramig, L. O. (1997). Vocal sound pressure level and self-perception of speech and voice in men and women with idiopathic Parkinson disease. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(2), 85–94. 10.1044/1058-0360.0602.85
5. Huh, Y. E., Park, J., Suh, M. K., Lee, S. E., Kim, J., Jeong, Y., ... Cho, J. W. (2015). Differences in early speech patterns between Parkinson variant of multiple system atrophy and Parkinson's disease. *Brain and Language*, 147, 14–20. 10.1016/j.bandl.2015.04.007

RESULTS OF A CLINICAL STUDY OF SNHL OF VASCULAR GENESIS

Khasanov U.S., Abdullaev U.P.

Tashkent Medical Academy

According to the forecast, by 2024 more than 30% of all inhabitants of the Earth will have hearing impairments. In terms of the frequency of detected diseases of the ENT organs in our country, ear diseases occupy the second place - 31%, among which sensorineural hearing loss actually accounts for half of the cases - 49%. At the moment, the number of persons suffering from hearing impairment in Russia exceeds 13 million people, including children and adolescents - more than 1 million. Despite the fact that modern medicine has made great strides in diagnosing and developing new methods of treating sensorineural hearing loss, their results are often leave much to be desired.

Objective – to study the clinical course of SHL in vascular origin.

Method

From 2019 to 2022, we conducted a comprehensive examination and treatment of 120 patients with OSHL who were treated in the otorhinolaryngology department of the Multidisciplinary Clinic of the Tashkent Medical Academy, and conducted clinical studies on the effectiveness of complex treatment. The patients were divided into three groups. The first group included 49 patients with SHL of vascular origin, the second group consisted of 43 patients with SHL of infectious origin, the third group included 8 patients with SHL of post-traumatic origin, and the fourth group included 10 patients with SHL after exposure to ototoxic drugs. The control group consisted of 20 practically healthy individuals.

Results

Of 110 patients, 49 (44.5% of cases) had acute sensorineural hearing loss of vascular etiology. In patients with SHL, hearing loss occurred acutely from the first moment of detection to 30 days and, in general, had a bilateral character. Of the 49 patients, there were 24 women (48.9%), men - 25 (51.1%). Under the age of 20 there were 4 (8.1%) people, up to 30 - 10 (20.4%), up to 40 - 9 (18.5%), up to 50 - 11 (22.4%), up to 60 - 15 (30.6%) people. most patients complained of hearing loss, mostly unilateral (71.4%), tinnitus was observed unilateral in 21 patients (58.3%), dizziness in 28 patients (57.1%), headaches in 25 patients (51%) and increased blood pressure in 35 patients (71.4%). This indicates that, in patients with SHL of vascular origin, it is accompanied by frequent increases in blood pressure,

dizziness and headaches. The general clinical picture with hearing loss of vascular genesis was mainly characterized by a sudden decrease in hearing, which patients compare with the feeling of a telephone conversation breaking off, but often hearing loss was detected only in the morning, upon awakening. Hearing loss in these patients, most often, was accompanied by subjective tinnitus, having different intensity from 20 to 60 dB, mainly of medium and high frequency nature, and in 10 the noise had a high frequency nature and was combined with white noise. Most of the persons observed by us 29 (52.7%) experienced vestibular dysfunction in the form of dizziness, nausea, vomiting, imbalance, horizontal nystagmus, as well as a decrease in muscle tone according to the Fukuda writing test, the deviation of vertical writing was more than 10°.

Conclusion. The above symptoms were mainly found in individuals with unilateral SHL. Sensorineural hearing loss of vascular origin in 38 patients (69% of cases) out of 55 had a unilateral character, which was mainly noted with sudden sensorineural hearing loss. These patients associated the causes of hearing loss with stressful conditions, fatigue, high blood pressure and most often occurred at the age of 40 to 60 years or more, as well as in persons whose profession was associated with mental stress and physical inactivity. In this group of persons, no pathology was detected from other ENT organs.

List of used literature

1. Bobirovna C. M., Ergashevna M. N. State of Functional Activity of Platelets in Patients with Acute Sensorineural Hearing Loss of Vascular Genesis //ECLSS Online 2020c. – 2020.
2. Zhang X. et al. Selected blood inflammatory and metabolic parameters predicted successive bilateral sudden sensorineural hearing loss // Disease markers. – 2019. – T. 2019.
3. Kohansall B. et al. Comparison of sensorineural hearing loss characteristics in different hemodialysis vascular accesses //Auditory and Vestibular Research. – 2020.
4. Oussoren F. K. et al. Cerebral Small Vessel Disease in Elderly Patients with Sudden Sensorineural Hearing Loss //Otology & Neurotology. – 2023. – T. 44. – No. 3. – C. e171-e177.
5. Pihl C. E. et al. Sudden Bilateral Deafness in a Patient with Transient Ischemic Attack: A Case Report // Case Reports in Neurology. – 2021. – T. 13. – No. 1. – C. 119-122.