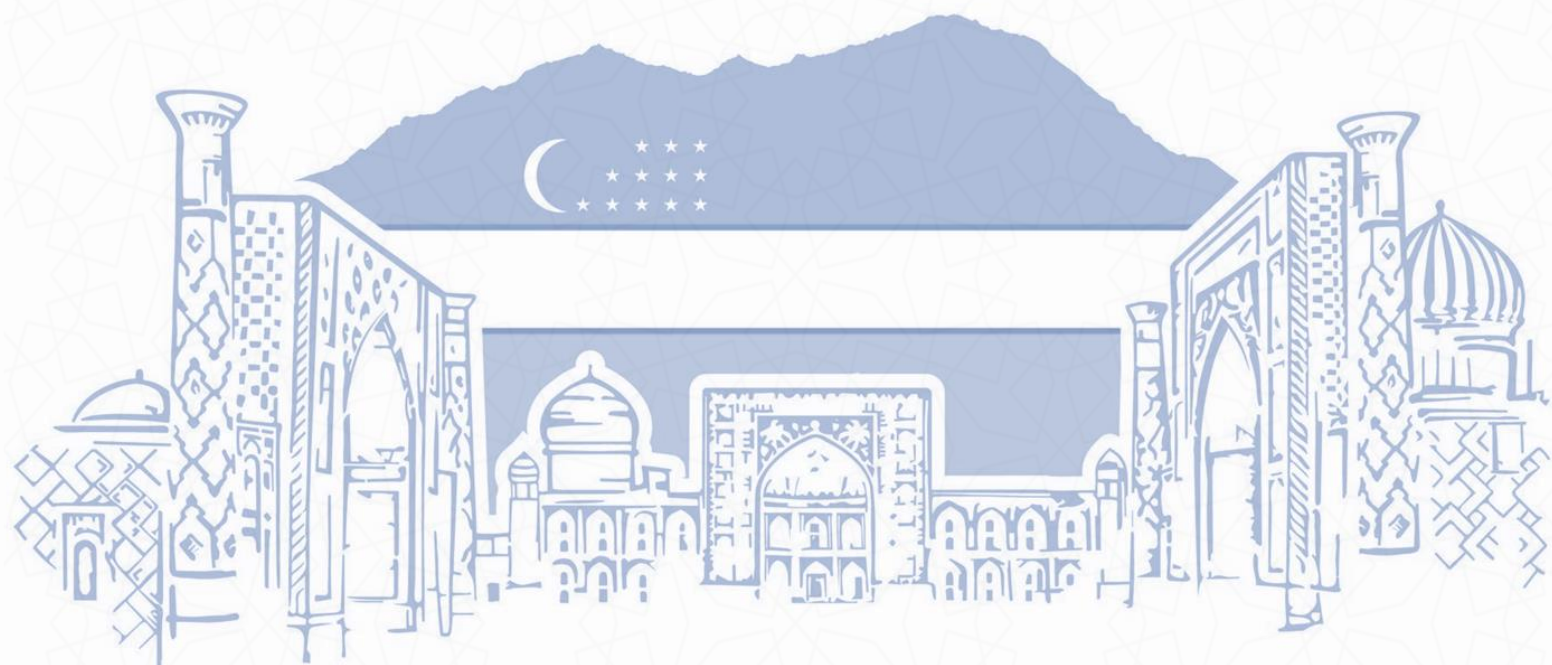


**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN OTORINOLARINGOLOGIYA VA
BOSH-BO‘YIN KASALLIKLARI ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI
O‘ZBEKISTON OTORINOLARINGOLOGIYASI VA BOSH-BO‘YIN
JARROHLIGI ASSOTSIATSIYASI**



**“YANGI O‘ZBEKISTON DAVRIDA OTORINOLARINGOLOGIYADAGI
YUTUQLAR” MAVZUSIDAGI O‘ZBEKISTON
OTORINOLARINGOLOGLARINING VI SYEZDI
MATERIALLARI**

16-18 oktabr, 2025-yil, Samarqand

**МАТЕРИАЛЫ
VI СЪЕЗДЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА НА ТЕМУ
«ДОСТИЖЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В ЭПОХУ НОВОГО
УЗБЕКИСТАНА»**

16-18 октября 2025 года, Самарканд

**MATERIALS
VI CONGRESS OF OTORHINOLARYNGOLOGISTS OF UZBEKISTAN
ON THE TOPIC «ADVANCES IN OTORHINOLARYNGOLOGY IN THE
ERA OF NEW UZBEKISTAN»**

October 16-18, 2025, Samarkand



Иноятова Ф.И., Наджмутдинова Н.Ш., Маджитова Д.Ш., Махмудов М.У., Нуриддинова Д.Х., Абдукамилова М.М. Влияние бимодальной стимуляции кохлеарного импланта и слухового аппарата на слухо-речевое развитие у детей	64
Иноятова Ф.И., Наджмутдинова Н.Ш., Нуриддинова Д.Х., Маджитова Д.Ш. Этиологические факторы и структура нарушений слуха у пациентов	65
Каримова Н.А., Саттарова М.Г., Рустамбекова К.Б., Якубова Д.О., Хасанов У.С., Вохидов У.Н., Эргашев А.Р., Азизкулов Т.М. Результаты вестибулярного скрининга лиц пожилого возраста в рамках программы «достойная старость»	67
Кобилова Ш.Ш., Умриллоев Л.Г., Умруллаева Ж.Г. Совершенствование диагностики и реабилитации кохлео-вестибулярных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 1 типа	68
Лутфуллаева Г.У., Мингбоев А.А., Шерқобиллов Ж.Ш., Худойбердиев Ж.Б. Қандли диабет 1-тури билан касалланган беморларда эшитиш ва вестибуляр функцияларни таъхислаш усуллари тақомиллаштириши	69
Маматова Т.Ш., Хушбаков А.Ч., Пардаев Д.Э. Аномалии развития среднего уха (случай из практики).	70
Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А., Махмудов М.У., Мансурова С.А. Диагностические возможности при отсутствии или дефекте кохлеарного нерва в системе кохлеарной имплантации	71
Мухитдинов У.Б., Каробоева У.Э., Султанов У.Р. Клиническое наблюдение врожденной холестеатомы среднего уха у детей	71
Наджмутдинова Н.Ш., Каримов Ж.С., Маджитова Д.Ш. Влияние изменения чувствительности микрофона и пороговых уровней стимуляции речевого процессора sonnet - 2 на разборчивость речи у детей младшего школьного возраста	72
Наджмутдинова Н.Ш., Холматов А.Д., Рашидов Х.Х. Оптимальные способы закрытия донорского дефекта бедра при пластике врождённых аномалий уха у детей	73
Нормирова Н.Н. Состояние звукопроводящего аппарата среднего уха у лиц шумовых профессий по данным тимпанометрии	74
Нурмухамедова Ф.Б., Нуриддинов Х.Т. Сравнение эндоскопической и микроскопической тимпанопластики с использованием хряща-бабочки: систематический обзор и оценка сравнительной эффективности	76
Орифов С.С., Арифов С.С. Проявления шума в ушах у больных метоболическим синдромом	77
Панахиан В.М., Гасымов А.В., Гасымов Дж.Л., Абилова Ф.А., Гусейнова М.А., Гурбанов Р.Я. Временные парезы лицевого нерва при мастоидектомии	78
Пустовит О.М., Егоров В.И. Перилимфатические фистулы окон лабиринта. наш опыт лечения	79
Расулов А.Б. Анализ эффективности программы неонатального скрининга слуха	81
Расулов А.Б. Эффективность объективных методов исследования слуха у маленьких детей	83
Расулова К.А. Оптимизация диагностики кинетозов у детей	85
Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Рахимзода Ш.Ш. Состояние слуховой функции у детей с врождённой расщелиной нёба.	86

полость воздуха через евстахиевую трубу, рассасывается мезенхимальная ткань, начинается движение слуховых косточек.

Аномалии среднего уха подразделяется на аномалии стремечка, аномалии молоточка, аномалии наковальни. Данная патология не имеет специфических симптомов, поскольку поражение касается слуховых косточек, основным признаком болезни является медленное снижение слуха, по кондуктивному типу. Больные жалуются на ощущения заложенности уха и аутофонию.

При сочетанных аномалиях могут появляться головокружение и симптомы касающиеся поражения внутреннего уха. Порою врожденные аномалии могут сопровождаться (20%) поражением лицевого нерва.

Цель исследования: Изучить особенности проявления клинических признаков изолированной аномалии в структуре барабанной полости

Материал и методы исследования: К нам обратился больной С.О. 21 год, с жалобами на снижение слуха с детства. После соответствующего обследования подтверждено кондуктивная тугоухость IV степени справа. Из анамнеза гнойно – воспалительные заболевания отрицает. При тимпанометрии тип E. Результат проведения тимпаноластики сопровождался улучшением остроты слуха. При диагностике снижение слуха необходимо сбор анамнеза заболевания и жизни, уточнение факторов заболевания, отоскопия. В обязательном порядке аудиометрии с обеих сторон с помощью речевой, тональной и надпороговой аудиометрии и камертональные пробы Вебера, Ринне, Федерича. Наиболее достоверным и неинвазивным методом считается МСКТ височных костей. Для детального осмотра барабанной полости и окончательной установки диагноза проводится диагностическая тимпанотомия. При ревизии у больного С.О. барабанной полости, было обнаружено отсутствие молоточка и наковальни, при сохраненном подвижном стремечке.

Полученные результаты: Во всех проанализированных клинических исследованиях мы подтвердили наличие признаков, подтверждающих характерное для изолированного поражения слуховых косточек. Исходя из выше изложенных проводились диагностическая и лечебная тимпанотомия. До назначения лечения необходимо проведение дифференциальной диагностики адгезивным отитом, фиброзом барабанной полости, тимпаносклерозом, сенсоневральной тугоухостью. При нарушении слуховой функции единственный - оперативный метод-тимпанотомия и по показанию тимпаноластика, с последующим слухопротезированием с помощью аппарата костной проводимости. Прогноз заболевания зависит от вида и степени тяжести аномалии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ИЛИ ДЕФЕКТЕ КОХЛЕАРНОГО НЕРВА В СИСТЕМЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Мусаев А.А., Абдукаюмов А.А., Махмудов М.У., Мансурова С.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценка результатов кохлеарной имплантации у детей с гипоплазией слухового нерва с помощью интраоперационного аудиологического мониторинга.

Материалы и методы: для предоперационной оценки анатомических структур внутреннего уха и слухового нерва применялись: компьютерная томография (КТ) височных костей (срез 0,6 мм), магнитно-резонансная томография (МРТ) височных костей (T2-взвешенные 3D-последовательности).

В качестве интраоперационных аудиологических методов использовались: телеметрия, автоматизированные измерения (AutoArt), электрически вызванные слуховые потенциалы ствола мозга (EABR).

Результаты: по данным КТ, у детей с гипоплазией слухового нерва отмечалось значительное уменьшение диаметра внутреннего слухового прохода. МРТ также выявила существенное уменьшение диаметра нерва.

Интраоперационный аудиологический мониторинг: дети с нормальной анатомией слухового нерва: телеметрия: средний импеданс — 1,37 кОм, AutoArt: ответы зарегистрированы на всех каналах, EABR: ответы зарегистрированы со стимулом 200,7 Су.

Дети с гипоплазией слухового нерва: телеметрия: средний импеданс — 1,56 кОм, AutoArt: ответы зарегистрированы только на 2 и 12 каналах, EABR: ответы отсутствовали (abs). Через месяц после имплантации, при первом подключении речевого процессора, у детей с гипоплазией слухового нерва реакция на звуки не отмечалась.

Вывод: результаты интраоперационного аудиологического мониторинга показывают, что у пациентов с гипоплазией слухового нерва наблюдаются существенные отклонения в ответах по сравнению с детьми, имеющими нормальную анатомию. Отсутствие ответов по EABR и ограниченные ответы по AutoArt свидетельствуют о недостаточной функциональной активности слухового нерва. Эти данные коррелируют с отсутствием реакции на звуки при первом подключении речевого процессора, что подтверждает критическое значение целостности слухового нерва для успешной кохлеарной имплантации.

Краткое содержание: проводился сравнительный анализ интраоперационных аудиологических данных у детей с гипоплазией слухового нерва в системе кохлеарной имплантации. По полученным результатам выявились существенные отклонения EABR у детей с дефектом слухового нерва.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ХОЛЕСТЕАТОМЫ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ

Мухитдинов У.Б., Каробоева У.Э., Султанов У.Р.

Ташкентский Государственный медицинский Университет (Ташкент), Узбекистан

Цель исследования: Оценить клинико-диагностические особенности врожденной холестеатомы (ВХ) среднего уха у детей.

Материал и методы: Проведен анализ клинических данных, включая жалобы, анамнестические сведения и результаты инструментальных исследований у 20 пациентов с врожденной холестеатомой среднего уха. Обследование включало отомикроскопию, аудиологическую оценку, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) височных костей, а при необходимости – магнитно-резонансную томографию (МРТ) в режиме диффузионно-взвешенной визуализации (DWI).

Результаты: Пациенты в возрасте от 4 до 6 лет поступали с жалобами на головные боли в затылочной области со стороны поражения. У всех пациентов имелись эпизоды острых воспалительных заболеваний ЛОР-органов за последние два года. Превалировали пациенты при диагностическом исследовании МСКТ височных костей выявлялось однородное мягкотканное затемнение в полости среднего уха с расширением входа в антрум. В одном случае выявлено затемнение основной пазухи. Жалоб на снижение слуха со стороны родителей чаще не предъявлялось.

Клинический пример: Пациент Ж., 4 года. Аудиограмма: норма по левому уху, по правому – тугоухость IV степени по типу костно-воздушного интервала. Из анамнеза: в возрасте 2х лет – острый гнойный средний отит, в 3 года – рецидив данного заболевания. При аудиологическом скрининге отсутствовала регистрация отоакустической эмиссии на стороне поражения, это послужило поводом для обращения родителей. При эндоскопическом обследовании носоглотки аденоидные вегетации. Отоскопия и отомикроскопия выявляли белесоватое образование в наружном слуховом проходе. КТ височных костей визуализировало мягкотканное затемнение в барабанной полости и в сосцевидном отростке.

Обсуждение: Изучая клинические данные и опираясь на литературные данные, выявлено, длительное бессимптомное течение заболевания может привести к прогрессированию, нарушению вентиляции среднего уха, инфицированию и развитию осложнений. Статистические обработанные пациенты к моменту обращения имели признаки воспаления или гноетечения. У 4 (19,9%) детей манифестация ВХ сопровождалась тяжелыми осложнениями: парезом лицевого нерва, сепсисом или периоститом сосцевидного отростка.