

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИККАЧА ВА УНДАН КЕЙИН КЛИНИК-АУДИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ БАҲОЛАШ



Хушвакова Нилюфар Журакуловна, Исакова Юлдуз Нуриддиновна, Махмудова Саодат Курбонбековна Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАНИЙ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Хушвакова Нилюфар Журакуловна, Исакова Юлдуз Нуриддиновна, Махмудова Саодат Курбонбековна Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

EVALUATION OF CLINICAL AND AUDIOLOGICAL INDICATIONS BEFORE AND AFTER SURGERY IN PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

Khushvakova Nilufar Jurakulovna, Isakova Yulduz Nuriddinovna, Makhmudova Saodat Kurbonbekovna Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: gozibekov.jamshid@gmail.com

Резюме. Сурункали йирингли ўрта отитни таъхислаш ва даволаш муаммоси долзарб ҳисобланади ва ўрта қулоқ бўшлиқларидаги патологик жараён асоратларини ўз вақтида олдини олиш учун янги диагностик технологияларни ва реабилитациянинг замонавий усулларини жалб қилишни талаб этади. Илмий тадқиқотнинг мақсади бўлиб сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда клиник-аудиологик кўрсаткичларга асосланиб жарроҳликга тайёрлаш ва турли жарроҳлик амалиётларини самарадорлигини баҳолаш ҳисобланди. 2021-2023 йиллар давомида Самарқанд шаҳридаги “Shifo nur” кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР бўлимида сурункали йирингли ўрта отит таъхиси билан ётиб даволанган 18 дан 72 ёшгача бўлган 120 нафар беморлар тадқиқотга жалб қилдик. Тадқиқот ишунини кўрсатдики, Сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда комплекс клиник-инструментал текширув усулларидан билан биргалликда тонал бўсага аудиометриясида суяк-ҳаво интервали, импенданс аудиометрияда ETF1 ва ETF2 ҳолатини ҳамда нутқни англашни инobatга олган ҳолда антростаомидотомия ва тимпанопластика жарроҳлик усулини бир босқичда ёки икки босқичда ўтказилиши мумкин.

Калит сўзлар: сурункали йирингли ўрта отит, таъхислаш, аудиологик текшириш, даволаш.

Abstract. The problem of diagnosis and treatment of chronic suppurative otitis media is relevant and requires the use of new diagnostic technologies and modern rehabilitation methods for the purpose of timely prevention of complications of the pathological process in the cavities of the middle ear. The purpose of the scientific study was to prepare for surgery and evaluate the effectiveness of various surgical interventions in patients with chronic suppurative otitis media based on clinical and audiological indicators. The study involved 120 patients aged 18 to 72 years who were treated in hospital with a diagnosis of chronic otitis media in the ENT department of the multidisciplinary medical center “Shifo nur” in Samarkand in 2021-2023. The study showed that antromastoidotomy and tympanoplasty can be performed in one or two stages, taking into account the state of ETF1 and ETF2 according to impedance audiometry and speech perception, as well as complex clinical and instrumental examination methods in patients with chronic purulent otitis media.

Key words: chronic purulent otitis media, diagnostics, audiological examination, treatment..

Долзарблиги. Учраш частотасига кўра сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎ) ЛОР касалликлари ичида етакчи ўринни эгаллайди [1,6,9,11,14,18]. Касаллик патогенезида ўрта қулоқ бўшлиғида беморларнинг 24-63%да учрайдиган холестеатоманинг борлиги катта рол ўйнайди, у суякли тузилма деструкциясига, эшитиш қобилиятининг бузилишига олиб келади ва отоген калла суяги ичи асоратлари билан бирга кечади [2,3,7,10,13,19]. Холестеатомик жараён билан оғирлашган СЙЎда эшитишнинг узок ва сезиларли даражада пасайиши

қайд этилади, бу эса ўз навбатида ўрта қулоқ шиллик қаватидаги қон оқимининг ёмонлашишига олиб келади ҳамда сенсоневрал карликнинг скаляр шаклини келтириб чиқаради. Холестеатома билан асоратланган СЙЎ бўлган беморларда кариоз жараёни давомида амалга ошириладиган эрта жарроҳлик аралашуви 70% беморларда ўрта қулоқ тузилишини қайта тиклашга имкон беради [4,5,12,16].

Сўнги 20 йил ичида эшитиш пасайишининг частотаси 6% га ошди. Шу сабабли сурункали йирингли ўрта отитда эшитиш пасайишини ўз вақтида

ташхислаш ҳозирги кунгача долзарб вазифалардан бири бўлиб қолмоқда. Эшитиш одамнинг ҳаёт сифатини яхшилайдиган муҳим организм функцияларидан бири бўлганлиги сабабли, ҳозирги вақтда эшитиш заифлиги ва карликнинг ривожланиши нафақат клиник, балки ижтимоий тиббиёт мавзуси ҳам ҳисобланади [2,8,15,17].

Шундай қилиб, сурункали йирингли ўрта отитни ташхислашда замонавий текширув усулларини жалб қилиш, клиник-аудиологик кўрсаткичларни аниқ баҳолаш, эшитув найи функцияси ҳолатини инобатга олиш муҳим ҳисобланади, жумладан ушбу клиник-аудиологик кўрсаткичларга асосланган ҳолда турли жарроҳлик усуллари самарадорлигини баҳолаш керак.

Мақсад: сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда клиник-аудиологик кўрсаткичларга асосланиб жарроҳликга тайёрлаш ва турли жарроҳлик амалиётларини самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Материаллар: Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларидан келиб чиқиб, биз Самарқанд шаҳрида жойлашган “Shifo nur” кўп тармоқли клиникаси ЛОР бўлимида 2021-2023 йилларда сурункали йирингли ўрта отит ташхиси билан ётиб даволанган 18 дан 72 ёшгача бўлган 120 нафар беморларни тадқиқотга жалб қилдик.

Текширилган барча беморлар касалликнинг асоратланишига кўра икки гуруҳга бўлинди:

Биринчи гуруҳни 65 нафар сурункали йирингли ўрта отит асоратланмаган шакли бўлган беморлар, иккинчи гуруҳни эса 55 нафар сурункали йирингли ўрта отит асоратланган шакли бўлган беморлар ташкил қилди.

Беморларни тадқиқотга киритиш мезони қуйидагилардан иборат бўлди: ташхисланган бир томонлама ёки икки томонлама сурункали йирингли ўрта отит ҳисобланди. Беморларни текширилганлар гуруҳидан чиқариб ташлаш мезонлари: ўткир ўрта отит, бош-мия жароҳатлари, менингит, ноғора парданинг травматик йиртилиши, анамнезда ототоксик дори воситаларни қабул қилганлик, гипертония касаллиги.

Беморларни гуруҳларга тақсимлаш ва текширишда уларнинг ёши, жинси, яшаш жойи, касалликнинг давомийлиги, кўзиш частотаси ва касалликнинг нозологик шакли ҳисобга олинди.

Беморларнинг аксариятини 45 ёшдан 59 ёшгача бўлган ёш гуруҳи ташкил этди. Текшириляётган барча беморлар меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахслар эди. Беморларнинг текширилган контингенти орасида аёллар сони эркаклардан устун бўлди. Шуни ҳам таъкидлаш керакки, текширилган беморлар орасида қишлоқ аҳолиси шаҳарликларга қараганда 19,5%га кўп бўлди.

Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларда касалликнинг клиник шаклларида 1 гуруҳ беморларида мезотимпанит (туботимпанал ўрта отит) - 39 нафар беморда, эптитимпанит (эпитимпано-антрал ўрта отит) - 26 нафар беморда, 2 гуруҳ беморларида эса мезотимпанит (туботимпанал ўрта отит) - 32 нафар беморда, эптитимпанит (эпитимпано-антрал ўрта отит)- 23 нафар беморда ташхисланди.

Анамнез маълумотлари асосида касалликнинг давомийлиги бўйича таҳлил қилинганда, 1 гуруҳ

беморларида 22 нафар беморда касаллик 5 йилгача, 24 нафар беморда 6 йилдан 10 йилгача, 19 нафар беморда эса 11 йил ва ундан кўп муддатдан бери безовта қилиб келади, 2 гуруҳ беморларининг 23 нафарида касаллик 5 йилгача, 21 нафарида 6 йилдан 10 йилгача, 11 нафарида эса 11 йил ва ундан кўп муддатдан бери давом этиб келмоқда. Умумий қилиб айтганда, сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларнинг кўпчилиги (37,5%) 5 йилгача бўлган муддатда муружаат қилишмоқда, бу албатта касалликни даволашни эрта муддатларга амалга ошириш имконини беради, аммо қолган 62,5% беморлар эса 6 йил ва ундан кўп муддатда ҳам кечикиб муружаат қилишди ёки узоқ муддат давомида тартибсиз даволаш муолажаларини олишган, баъзи ҳолларда эса консерватив давонинг самарасизлиги ҳам сабабчи омил бўлиб ҳисобланди.

Сурункали йирингли отитдан азият чекаётган беморларда анамнестик маълумотлар ўрганилганда, текширилганларнинг аксариятида, яъни 22 та беморда илгари ушбу қулоқда жарроҳлик аралашуви ўтказилганлиги аниқланди. Қулоқни санақия қилиш жарроҳлик амалиёти улардан 3 тасида 3 марта, 5 тасида 2 марта, 14 тасида эса 1 марта амалга оширилган.

Сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларда отомикроскопия текшируви натижасида беморларда турли клиник белгиларнинг намоён бўлганлиги аниқланди.

Сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларнинг барчаси умумий клиник ва лаборатор текширув, эндоскопик, нузли (сўрғичсимон ўсик рентгенографияси ёки МСКТси), микробиологик ва аудиологик текширувга жалб қилинди.

Олинган маълумотлар Microsoft Excel статистик пакети ёрдамида қайта ишланди. Ўртача қийматлар орасидаги фарқларнинг статистик аҳамиятини баҳолаш Р мезон - гуруҳлар ўртасидаги ўртача қийматлар фарқининг меъёрга солиштирилган статистик аҳамияти (Манн-Уитни U-мезони бўйича) ёрдамида амалга оширилди. Фарқлар 95% эҳтимоллик чегарасида ишончли деб топилди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси: Тадқиқот иштирокчилари сифатида ЛОР-клиникасига турли шикоятлар билан муружаат қилган ва ЛОР бўлимига ётқизилган сурункали ўрта отит билан оғриган беморлар олинди. СИЎО билан касалланган барча беморлар билдирган турли шикоятлар маҳаллий (қулоқ оғриғи, оторея, эшитишнинг пасайиши, қулоқдан ёқимсиз ҳидли ажралма оқиши, қулоқларда шовқин) ва умумий интоксикация (бош оғриши, ҳолсизликлик, титроқ) белгиларига бўлинди.

Беморларнинг шикоятлари таҳлил қилинганда, 1 гуруҳ беморлари орасида 32,6% беморларда қулоқ оғриши, 45,1% беморларда қулоқдан ажралма келиши, 44,4% беморларда эшитиш пасайиши, 14,4% беморларда қулоқда шовқин, 9,7% беморларда қулоқ қичиши ва 27,9% беморларда эса бош оғриши кузатилди. 2 гуруҳ беморларининг 32,4%ида қулоқ оғриши, 54,3%ида қулоқдан ажралма келиши, 78,2%ида эшитиш пасайиши, 35,2%ида қулоқда шовқин, 15,3%ида қулоқ қичиши ва 34,5%ида эса бош оғриши борлиги аниқланди.

Беморлар вақти-вақти билан қулоқда шовқин пайдо бўлишига ҳам шикоят қилишди, жумладан 1 гуруҳ беморларнинг 25 нафари, 2 гуруҳ беморларнинг 30 нафарида шовқин борлигини аниқланди. Шундан 1 гуруҳ беморларнинг 18 та бемор сезиларсиз даражадаги ва 7 та бемор ўртача даражадаги шовқинга шикоят қилди. 2 гуруҳ беморларида ҳам ўхшаш кўрсаткичлар кузатилиб, беморларнинг 22 та бемор сезиларсиз даражадаги ва 8 та бемор ўртача даражадаги шовқинга шикоят қилишди. Бундан ташқари, беморларда вақти-вақти билан ваёки доимий бош айланиши кузатилиб, бу асосан 12 та (20%) беморда қайд этилди.

Отомикроскопия текшируви ёрдамида ташқи эшитув йўли, ноғора парда, ноғора бўшлиғи ҳолати, ундаги қўшимча анатомик тузилмалар ва ўзгаришларни кўриш имконияти мавжуд (1-жадвал). Шунга қўра, отомикроскопия ёрдамида ноғора парданинг тотал нуқсони 1 гуруҳ беморларининг 22 нафарида (33,8%), 2 гуруҳ беморларининг 22 нафарида (40,0%) бўлганлиги аниқланди. Ноғора парданинг тотал қирравий ва марказий нуқсонлари эса 1 гуруҳ беморларининг 44 нафарида (67,7%), 2 гуруҳ беморларининг 33 нафарида (60,0%) бўлганлиги аниқланди.

Отомикроскопия текшируви ёрдамида асосан ўрта қулоққа, яъни ноғора бўшлиғидаги жараёнларга ҳам баҳо бериш муҳим ҳисобланади. Ноғора бўшлиғи шиллик қаватини доимо нам бўлиши, шишиши ва таъсирланганлиги 1 гуруҳ беморларининг 34 нафарида (52,3%), 2 гуруҳ беморларининг 28 нафарида (50,9%) бўлганлиги аниқланди.

Бундан ташқари, ноғора бўшлиғида холестеатома 2 гуруҳ беморларининг 28 нафарида (50,9%) бўлганлиги кузатилди. Асоратланган сурункали ўрта отит бўлган беморларда холестеоманинг учраш частотаси ҳам баланд бўлади. Эпидермиснинг ноғора бўшлиғига ўсиб кириши ҳам кузатилди, бу асосан 1 гуруҳ беморларининг 8 нафарида (12,3%), 2 гуруҳ беморларининг 12 нафарида (21,8%) бўлганлиги аниқланди. Ноғора бўшлиғида грануляциялар, кисталар ва полиплар фақат 2 гуруҳ беморларининг 12 нафарида (21,8%) учради, шунда 2 гуруҳ беморларининг 11 нафарида (20,0%) грануляция тўқимаси туфайли ташқи эшитув йўли беркилиши кузатилди.

Сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларда рентгенологик текширув ўтказиш асосий текширув усулларида бири ҳисобланиб, касалликнинг тарқалганлик даражаси, унинг сўргичсимон ўсиққа ўтишини баҳолаш имкони мавжуд.

Ўтказилган компьютер томографик текширув эндоскопия натижаларини тасдиқлади. 10 та (12,3%) қулоқда ўрта қулоқ бўшлиқлари деворларида деструктив ўзгаришлар йўқ, антрум ва сўргичсимон ўсиқ хужайраларининг пневматизацияси сақланиб қолди. 18 та (22,2%) қулоқда эшитиш суякчаларида деструктив ўзгаришлар аниқланди. 61 та (75,3%) қулоқда ноғора бўшлиқ, антрум ва сўргичсимон ўсиқ хужайраларида пневматизация бузилган. 15 та (18,5%) қулоқда сўргичсимон ўсиқда склеротик ўзгаришлар қайд этилди. 12 та (21,8%) қулоқда бир хил табиатли юмшоқ тўқимали хосилалар (зичлиги=57,2±1,3) (грануляция, холестеатома, полип) қайд этилди.

Шундай қилиб, чакка суякларнинг компьютер томографияси усули ўрта қулоқ бўшлиқларидаги турли

хил патологик жараёнларни, айниқса деструктив ўзгаришларни аниқлашда асосий усул ҳисобланади. Текширилаётган беморларда сўргичсимон ўсиқнинг компьютер томограммаси ўрта қулоқ тузилмаларидаги турли хил бузилишларни (холестеатома, эшитиш суякчалари занжирининг қариси ва ноғора бўшлиқ деворларининг нуқсони, полипоз, грануляциялар ва бошқалар) кўрсатди.

Компютер томографияси усули ўрта қулоқнинг тузилмалари парчаланишини, айниқса деструктив табиатли парчаланишини аниқлашнинг асосий усулларида бири бўлиб, ўрта ва ички қулоқдаги патологик жараённинг суяк нуқсонларини аниқлашга имкон беради. Тадқиқотга жалб қилинган беморларни комплекс текширув усуллари натижаларини инобатга олиш муҳим ҳисобланади. Шу сабабли, жарроҳлик даволаш усулини танлаш учун уларнинг натижаларига таянган ҳолда ўтказиш лозим.

Мезотимпанит билан касалланган беморларнинг суяк-ҳаво товуш ўтказувчанлиги ўрганилганда, 1 гуруҳ беморларда суяк ўтказувчанлиги 128 Гц камертони билан текширилганда 25,7±0,4 секундни, 2 гуруҳ беморларида эса 22,5±0,4 секундни ташкил қилди. Ҳаво ўтказувчанлиги эса 128 Гц камертони билан текширилганда 42,4±0,3 секундни, 2 гуруҳ беморларида эса 40,8±0,7 секундни ташкил қилди. Бундан ташқари, ҳаво ўтказувчанлиги 2048 Гц ли камертон ёрдамида текширилганда давомийлик 1 гуруҳ беморларида 23,5±0,5 секундни, 2 гуруҳ беморларида эса 25,8±0,7 секундни ташкил қилди. Барча кўрсаткичларнинг статистик таҳлили ишончли ($p<0,05$) бўлди. Эпитимпанит билан касалланган беморларда суяк-ҳаво товуш ўтказувчанлиги 2 гуруҳ беморларида 1 гуруҳ беморларига қараганда паст эканлиги аниқланди. Барча кўрсаткичларнинг статистик таҳлили ишончли ($p<0,05$) бўлди (1-жадвал).

Текширилаётган касал қулоқларнинг 65%да субъектив шовқин у ёки бу даражада мусбат бўлди. Барча беморларда эшитув паспорти ҳам таҳлил қилинди. Унга қўра, беморларда сўзлашув нутқи 1 гуруҳ беморларида ўртача 3,82±0,08 метрни, шивирлаш нутқи 1,36±0,07 метрни, 2 гуруҳ беморларида эса сўзлашув нутқи ўртача 1,72±0,07 метрни, шивирлаш нутқи ўртача 0,92±0,05 метрни ташкил қилди. Бу асоратланган отитда эшитиш пастиги юқори эканлигидан далолат беради (2-жадвал).

Ўтказилган камертонал текшириш эшитиш функцияси ҳолатининг тахминий тавсифини ўтказишга имкон берди. Текширув Вебер, Ринне ва Швабах тажрибаси ёрдамида баҳоланди.

1 гуруҳ беморларида Вебер тажрибаси шуни кўрсатдики, бир томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 51 та беморда ва икки томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 6 та беморда товуш латерализацияси ёмонроқ эшитадиган қулоқда бўлди. Бир томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 1 та беморда ва икки томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 2 та беморда товуш латерализацияси яхши эшитадиган қулоқда ва икки томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 5 та беморда товуш латерализацияси ўртада бўлди.

Жадвал 1. Сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда суяк-хаво товуш ўтказувчанлиги давомийлиги натижалари

	Гуруҳлар	Суюк-хаво товуш ўтказувчанлигининг давомийлиги сонияларда		
		128 Гц (с)	128Гц (х)	2048 Гц (х)
Мезотимпанит	1 гуруҳ	25,7±0,5	42,4±0,3	23,8±0,5
	2 гуруҳ	22,5±0,4	40,8±0,7	25,8±0,7
Эпитимпанит	1 гуруҳ	24,7±0,3	41,2±0,2	24,4±0,2
	2 гуруҳ	22,3±0,2	39,4±0,3	25,3±0,1

Изоҳ: * - гуруҳлараро кўрсаткичлар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0,05$)

Жадвал 2. Сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда шивирлаш ва сўзлашув нутқини текшириш натижалари

	Гуруҳлар	Шивирлаш нутқи	Сўзлашув нутқи
Мезотимпанит	1 гуруҳ	3,94±0,09	1,51±0,07
	2 гуруҳ	2,16±0,07	1,14±0,05
Эпитимпанит	1 гуруҳ	4,11±0,08	2,24±0,07
	2 гуруҳ	4,11±0,08	2,24±0,07
Ўртача	1 гуруҳ	2,24±0,07	1,27±0,05
	2 гуруҳ	1,72±0,07	0,92±0,05

Изоҳ: * - гуруҳлараро кўрсаткичлар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0,05$)

Жадвал 3. Сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда стандарт частота диапазонидаги аудиометриянинг ўртача маълумотлари, дБ

Товуш ўтказувчанлиги	Гуруҳлар	Частоталар, Гц				
		500	1000	2000	4000	8000
Суюк ўтказувчанлиги, дБ	1 гуруҳ	12,8±0,6	12,8±0,6	12,8±0,6	13,2±0,6	19,2±1,6
	2 гуруҳ	19,3±2,8	15,7±2,5	20,7±2,7	25,7±2,7	28,7±1,8
Ҳаво ўтказувчанлиги, дБ	1 гуруҳ	42,1±2,1	41,3±2,3	37,1±1,8	37,9±1,1	38,3±0,7
	2 гуруҳ	42,1±2,1	41,3±2,3	37,1±1,8	37,9±1,1	38,3±0,7
Суюк-хаво ўтказувчанлиги, дБ	1 гуруҳ	52,7±3,1	57,0±3,8	62,0±4,3	67,0±4,6	70,0±3,7
	2 гуруҳ	32,7±2,4	30,7±1,8	31,3±1,9	31,3±2,3	30,3±2,3

Изоҳ: Натижалар ($M \pm m$) кўринишида тақдим этилган, Р – гуруҳлар ўртасидаги ўртача кийматлар фарқининг меъёрга нисбатан статистик аҳамияти (Манн-Уитни U-мезони бўйича)

Жадвал 4. Эшитув найи ўтказувчанлигини баҳолаш

	1 гуруҳ (n=65)	2 гуруҳ (n=55)
Меъёра	44	18
Қисман бекилган	12	22
Тўлиқ бекилган	4	15

Жадвал 5. Текширилган гуруҳларда нутқни англашнинг ўртача натижалари (%)

Нутқ интенсивлиги, дБ	1 гуруҳ	2 гуруҳ	P
20	0	0	
30	0	0	
40	8,6±1,2	9,5±1,2	< 0,05
50	19,0±1,1	21,2±1,2	< 0,05
60	33,6±1,6	38,6±1,8	< 0,05
70	53,2±2,2	57,5±2,3	< 0,05
80	71,6±2,0	74,9±2,2	< 0,05
90	88,4±1,2	90,5±1,8	< 0,05
100	88,4±1,1	91,3±1,2	< 0,05
110	78,4±1,9	86,8±1,6	< 0,05

Изоҳ: * - гуруҳлараро кўрсаткичлар орасидаги фарқ ишончли ($p < 0,05$)

Ринне тажрибаси эса текширилган 4 та қулоқда мусбат, 61 та қулоқда эса манфий бўлди, бу текширилган қулоқларнинг умумий сонидан 93,8% касал қулоқларда кондуктив карлик борлигини кўрсатади. Шунинг таъкидлаш лозимки, карликни ташхислашда Швабах тажрибаси ҳам муҳим рол ўйнайди. Ушбу усул ёрдамида 4 та қулоқда Швабах тажрибасининг қисқариши ва 61 та қулоқда узайиши

кузатилди. Бу Ринне тажрибасини нисбий тасдиқлайди.

2 гуруҳ беморларида эса Вебер тажрибаси бир томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 35 та беморда ва икки томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 10 та беморда товуш латерализацияси ёмонроқ эшитадиган қулоқда бўлди. Бир томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 3 та беморда ва

икки томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 2 та беморда товуш латерализацияси яхши эшитадиган кулоқда ва икки томонлама сурункали йирингли ўрта отит бўлган 5 та беморда товуш латерализацияси ўртада бўлди. Ринне тажрибаси эса текширилган 5 та кулоқда мусбат, 50 та кулоқда эса манфий бўлди, бу текширилган кулоқларнинг умумий сонидан 90,9% касал кулоқларда кондуктив карлик борлигини кўрсатади. Шунини таъкидлаш лозимки, карликни ташхислашда Швабах тажрибаси ҳам муҳим рол ўйнайди. Ушбу усул ёрдамида 5 та кулоқда Швабах тажрибасининг қисқариши ва 50 та кулоқда узайиши кузатилди. Бу Ринне тажрибасини нисбий тасдиқлайди.

Шундай қилиб, камертон билан текшириш натижалари эшитиш органининг шикастланиш табиати ва уларни аудиологик ташхисотда қўллаш алоҳида аҳамиятга эгаллиги ҳақида дастлабки хулосаларни чиқаришга имкон берди.

Тонал бўсаға аудиометрияси аудиологик ташхисотнинг энг кенг тарқалган усули ҳисобланади. Шунинг учун, аудиологик текширувлар тонал бўсаға аудиометрияси билан бошланди.

Тонал бўсаға аудиометрияси биз томонимиздан алоҳида белгиланган 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000 ва 8000 Гц частоталарда амалга оширилди. Ўтказилган тонал бўсаға аудиометрияси натижасида биз куйидаги натижаларни олдик (3-жадвал).

Суяк ўтказувчанлиги 1 гуруҳ беморларида 500 Гцдан 2000 Гц оралиғида $12,8 \pm 0,6$ дБни, 4000 Гц оралиғида $13,2 \pm 0,6$ дБни, 8000 Гц оралиғида $19,2 \pm 1,6$ дБни ташкил қилди. 2 гуруҳ беморларида эса суяк ўтказувчанлиги 500 Гц оралиғида $29,3 \pm 2,8$ дБни, 1000 Гц оралиғида $35,7 \pm 2,5$ дБни, 2000 Гц оралиғида $40,7 \pm 2,7$ дБни, 4000 Гц оралиғида $45,7 \pm 2,7$ дБни, 8000 Гц оралиғида $48,7 \pm 1,8$ дБни ташкил қилди. Барча кўрсаткичлар гуруҳларни ўзаро солиштирилганда ишончли ($p > 0,05$) ҳисобланди.

Ҳаво ўтказувчанлиги 1 гуруҳ беморларида 500 Гц оралиғида $42,1 \pm 2,1$ дБни, 1000 Гц оралиғида $41,3 \pm 2,3$ дБни, 2000 Гц оралиғида $37,1 \pm 1,8$ дБни, 4000 Гц оралиғида $37,9 \pm 1,1$ дБни, 8000 Гц оралиғида $38,3 \pm 0,7$ дБни ташкил қилди. 2 гуруҳ беморларида эса суяк ўтказувчанлиги 500 Гц оралиғида $62,7 \pm 3,1$ дБни, 1000 Гц оралиғида $67,0 \pm 3,8$ дБни, 2000 Гц оралиғида $72,0 \pm 4,3$ дБни, 4000 Гц оралиғида $77,0 \pm 4,6$ дБни, 8000 Гц оралиғида $80,0 \pm 3,7$ дБни ташкил қилди. Барча кўрсаткичлар гуруҳларни ўзаро солиштирилганда ишончли ($p < 0,05$) ҳисобланди.

Суяк-ҳаво ўтказувчанлиги таҳлил қилинганда эса, 1 гуруҳ беморларида 500 Гц оралиғида $29,8 \pm 1,9$ дБни, 1000 Гц оралиғида $28,9 \pm 2,1$ дБни, 2000 Гц оралиғида $23,9 \pm 1,4$ дБни, 4000 Гц оралиғида $24,1 \pm 0,7$ дБни, 8000 Гц оралиғида $19,2 \pm 2,2$ дБни ташкил қилди. 2 гуруҳ беморларида эса суяк ўтказувчанлиги 500 Гц оралиғида $32,7 \pm 2,4$ дБни, 1000 Гц оралиғида $30,7 \pm 1,8$ дБни, 2000 Гц оралиғида $31,3 \pm 1,9$ дБни, 4000 Гц оралиғида $31,3 \pm 2,3$ дБни, 8000 Гц оралиғида $30,3 \pm 2,3$ дБни ташкил қилди. Барча кўрсаткичлар гуруҳларни ўзаро солиштирилганда ишончли ($p < 0,05$) ҳисобланди.

Ушбу текшириш натижаси сурункали йирингли ўрта отит асоратланган шакли бўлган беморларда эшитиш пасайишининг яққол ўзгарганлигини кўрсатади.

Сурункали йирингли отит билан оғриган 1 гуруҳ беморларнинг аксариятига асосан кондуктив карлик – 40 (61,5%), сўнгра аралаш карлик – 19 (29,2%) ва сенсоневрал карлик – 6 (9,2%) ташхислари қўйилган. Сурункали йирингли отит асоратланган шакли билан оғриган 2 гуруҳ беморларнинг аксариятига асосан кондуктив карлик – 38 (69,1%), сўнгра аралаш карлик – 10 (18,1%) ва сенсоневрал карлик – 7 (12,7%) ташхислари қўйилган.

Касалликнинг давомийлиги 5 йилдан 10 йилгача бўлган, кўзишлар кам бўлган сурункали йирингли ўрта отитда беморларда ўтказилган тадқиқотда тонал бўсаға аудиометрияда 8000 Гц дан бошланадиган частоталарда суяк товушининг ўтказувчанлиги меъёрий қийматлардан сезиларли фарқ қилиши қайд этилди $19,2 \pm 1,6$ дБ ($p < 0,05$), 10 000 Гц дан 18 000 Гц гача бўлган частоталарда суяк товуш ўтказувчанлиги бўсағаларининг $37,6 \pm 1,4$ дБ гача ошиши кузатилди ($p < 0,05$). Бунда ҳаво-суяк интервали ўртача $15,1 \pm 1,2$ дБ ни ташкил этди ($p < 0,05$).

Кондуктив карликнинг ривожланиши юқори частоталарда ҳаво ўтказувчанлиги тонал бўсағаларининг янада ошишига олиб келади, бунинг натижасида эгри чизик деярли горизонтал ҳолга келади, лекин 60 дБ даражасидан ошмайди. Аралаш карлик ривожланади, унда суяк бўсағалари паст частоталарда ҳам, юқори частоталарда ҳам 40 дБ гача кўтарилади. Суяк ва ҳаво ўтказувчанлиги эгри чизиклари ўртасида 25 дБ гача интервал сақланиб қолади.

Тадқиқотлар шунини кўрсатдики, ҳаводаги товуш ўтказувчанлигида 10, 12, 16, 18 кГц частоталарда эшитишнинг сезиларли пасайишини қайд этиш мумкин. Бундан ташқари, ёш катталашгани сари энг юқори эшитиладиган частоталарда эшитишнинг кескин пасайиши кузатилади. Бундан ташқари, кенгайтирилган частота диапазонидаги аудиометрия маълумотларига кўра, эшитиш сезгирлиги 12 ва 16 кГц частоталарда жуда пасаяди, кейин эса бошқа паст частоталарга тарқалади. Бундан хулоса қилишимиз мумкинки, эшитишдаги энг эрта ўзгаришларни кенгайтирилган частота диапазонидаги аудиометрияни қўллаш орқали аниқлаш мумкин.

Одий частота диапазонидаги эшитиш ўрганилганда текширилган беморлардан олинган аудиометрик маълумотларнинг таҳлили сурункали ўрта отит негизида сенсоневрал карлик бўлган 30 ёшдан ошган 7 та (8,6%) беморда эшитиш бўсағалари даражаси сўзлашув нутқи частоталарида 45 дБ гача ва 4000 Гц частотада 70 дБ гача пасайиш бўлган аудиометрик тушувчи эгри чизикни аниқлаш имконини берди. Касалликнинг давомийлиги 5 йилгача бўлган қолган беморларда сенсоневрал карлик белгилари аниқланмади, 8 кГц частотадаги кичик тишча (30 дБ) бундан мустасно. Кенгайтирилган частота диапазонида эшитиш текширилганда, жами 32 та (39,5%) беморда суяк ўтказувчанлиги бўсағасининг пасайиши туфайли ҳаво-суяк интервали ўртача $15,1 \pm 1,2$ дБни ташкил этди.

Сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларда эшитув найи ўтказувчанлигини текшириш мақсадида ETF-тест ўтказилди (4-жадвал).

Беморлар текширилганда, 1 гуруҳнинг 44 (67,7%) нафарида ва 2 гуруҳнинг 18 (32,7%) нафарида ETF-тести меъёрида бўлди. Қолган беморларда турли даражада эшитиш найи функциясининг бузилиши ку-

затилди. 1 гуруҳнинг 12 (18,5%) нафарида ETF-тести эшитув найининг қисман бекилганлигини кўрсатган бўлса, 4 (6,2%) нафарида тўлиқ бекилганлиги қайд қилинган. 2 гуруҳнинг 22 (40,0%) нафарида ҳам ETF-тести эшитув найининг қисман бекилганлигини кўрсатган бўлса, 15 (27,2%) нафарида тўлиқ бекилганлиги қайд қилинган.

Кейин биз сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларнинг нуткни англашини ўрганиб чиқдик. Сурункали йирингли ўрта отитда эшитиш пастлигини аниқлаш учун беморнинг она тилидаги нуткни англашини аниқлаш зарур деб ҳисобланди.

Ушбу тест натижалари шуни кўрсатдики, деярли барча беморларда қабул қилинадиган нуткни англаши 100% га етмайди, баъзи беморларда эса, нуткни англаши 100% га эришилса-да, нутқ интенсивлиги 5-10 дБ га ошганда нуткни англаш пасайди, бу эшитиш анализаторининг товушни қабул қилувчи бўлимида патология мавжудлигига хосдир (5-жадвал).

Нуткни англашнинг ўртача натижалари таҳлил қилинганда, иккала гуруҳ беморларида 40 дБдан товушни англаш бошланган. Шунда 1 гуруҳ беморларининг 40 дБ бўлганда $8,6 \pm 1,2$ ни ташкил қилган бўлса, 110 дБ да эса $78,4 \pm 1,9$ ни ташкил қилган. 2 гуруҳ беморларида 40 дБ бўлганда $9,5 \pm 1,2$ ни ташкил қилган бўлса, 110 дБ да эса $86,8 \pm 1,6$ ни ташкил қилган. Бандан ташқари, овоз баландлиги кўтарилишининг кучайиш феномени (ОБККФ) 19 та кишида аниқланди. Нуткни англаш эгри чизиғи чўзилган конфигурацияга эга бўлди. Фақат кейинги қўшимча тадқиқот усулларида, асосан, юқори частоталарда тонал эшитишнинг пасайиши аниқланди.

Айтилганидек, карликнинг сабабларидан бири ўрта кулоқ тузилмаларидаги сурункали яллиғланиш жараёнининг эшитиш анализаторининг сенсор аппаратида салбий таъсири бўлиши мумкин. Чиғаноқ аппаратининг шикастланган жойини аниқлаштириш учун эшитишни текшириш мақсадида қўшимча бўсаға усти усулидан фойдаланиш зарур деб ҳисобланди. Бунинг учун эшитиш дисконфорти даражасини аниқлаш усули ишлатилди.

Нутқ аудиометрияси натижаларини баҳолаш нафақат эшитиш анализаторининг шикастланган жойини аниқлаштиради, балки карликнинг турли шакллариининг патогенетик хусусиятларини ҳам кўрсатади, бу эса оқилона текширув режасини ишлаб чиқишда ва кейинчалик тикловчи даволашда бебаҳо ёрдам беради.

Ушбу тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, 1 ва 2 гуруҳларда текширилган беморларнинг асосий контингенти 110 дБ интенсивликдаги “оқ шовқин” таъсирини яхши қабул қилди, биз 15 та беморда овоз баландлиги кўтарилишининг кучайиш феномени ижобийлигини ва 18 та беморда салбийлигини аниқладик.

Юқоридагилардан келиб чиқиб, сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларда касалликнинг турига (мезотипанит, эптитпанит), ноғора парда перфорацияси ҳажмига, клиник-аудиологик кўрсаткичларига кўра жарроҳлик усулини ўтказишни муддатларини танлаш керак.

Сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларнинг барчасида клиник-аудиологик кўрсаткичлардан келиб чиққан ҳолда ўрта кулоқ бўшлиқларидаги патологик жараённинг тарқалганлигига қараб турли хил жарроҳлик арала-

шувлар ўтказилди. 1 гуруҳ беморларнинг 35 нафарида очик антромастодотомия ва бир вақтнинг ўзида тимпанопластика амалиёти, 30 нафарида ёпик антромастодотомия ва бир вақтнинг ўзида тимпанопластика амалиёти ўтказилди. 2 гуруҳ беморларининг барчасида очик антромастодотомия ва бир вақтнинг ўзида тимпанопластика амалиёти ўтказилди. Барча жарроҳлик аралашувлар умумий оғриқсизлантириш остида жарроҳлик микроскопи ёрдамида 12 марта катталаштириш билан амалга оширилди.

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, 1 а гуруҳ беморларнинг 25 нафарида (71,4%) ноғора пардадаги тешикни беркитиш мақсадида фасция қўлланилган бўлса, 10 нафарида (28,6%) тоғай ва фасция қўлланилди. 1 б гуруҳ беморларнинг 24 нафарида (80%) фасция қўлланилган бўлса, 6 нафарида (20%) тоғай ва фасция қўлланилди. 2 гуруҳ беморларда эса 28 нафарда (50,9%) фасция қўлланилди, 27 нафарида (49,1%) ҳам фасция, ҳам тоғай жойлаштирилди. Бунинг сабаби 1 гуруҳ беморларида кўпинча ноғора бўшлиғи суякчалари фаолиятининг сақланиб қолганлиги ва фақатнинг ноғора пардадаги текшикни ёпиш кераклиги сабаб чакка соҳаси фасциясидан фойдаланилди. 2 гуруҳ беморларда кўпинча суякчалар ҳам олиб ташланганлиги сабаб кўпинча ноғора бўшлиғига тоғай ва фасция қўйилди.

Сурункали йирингли ўрта отит бўлган беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиёти қуйида кетма-кетликда амалга оширилди. Ташқи пахтали тампон тимпанопластикадан кейин 2-3-кунда алмаштирилди, ауто трансплантат олинган жойга ҳар куни бетадин шимдирилган валик қўйилди. Барча беморлардаги операция чоклари операциядан кейинги 6-7-кунда олиб ташланди, сўнгра амбулатория назорати учун шифохонадан чиқарилди. Динамикада кузатилганда, одатда, 10-15-кунларда желатинли шимгич қисман сўрилди, қолдиқлар эса микроскоп остида канюлалли сўргич ёрдамида олиб ташланди. Отомикроскопияда, барча беморларда шимгич олиб ташлагандан сўнг, трансплантат ўрнатилган жойда, қизғиш-пушти рангда бўлиб, трансплантатнинг бироз шишиши ва ҳаракатчанлиги қайд этилди. Жарроҳлик амалиётдан кейинги 3-4 ҳафталарда трансплантатнинг шишиши сезиларли даражада камайди ва у пушти рангга кирди. Ушбу даврда ноғора парда четларида кон томирлари пайдо бўлди, эшитиш найи энгил пуфланганда унинг ҳаракатчанлиги аниқланди. Тўртинчи ҳафтанинг охирида отомикроскопияда эшитиш йўлида шиш белгилари аниқланмади, ноғора парда кулранг рангда бўлиб, ҳаракатчанлиги тўлиқ тикланди ва кон томирлар кўринди. Жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларни эшитиш функциясини назорат қилиш билан динамик кузатиш 6 ойгача, клиник самарадорликни кузатиш эса 12 ойгача давом этди.

Отомикроскопияда 3 та (4,3%) беморда тоғай усти парда-тоғайли лоскутнинг четида кўчиш аниқланди, у қайта операция ўтказилгандан сўнг ўз-ўзидан битиб кетди. Ноғора парда перфорацияси қайталаниши кузатилган 1 та (1,4%) беморда такрорий тимпанопластика ўтказишга тўғри келди.

Назорат текширувига келган беморлар отомикроскопик текширувдан ўтказилди, бунда операциядан кейинги ижобий натижа 94,2% ни ташкил этди, трансплантатнинг яшаб кетиши, ноғора пардасининг

харакатчанлиги ва бутунлиги ижобий натижа деб ҳисобланди.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта даврда баъзи беморларда бош айланиши, жарроҳлик амалиёти ўтказилган кулоқда овоз, субфебрил тана ҳарорати кузатилди, бу ҳолатлар жарроҳлик амалиётидан кейинги 2-3-кунларда меъёрлашди. Барча беморларда кулоқнинг орқа соҳасида жарроҳлик жароҳати билан боғлиқ юмшоқ тўқималарнинг шишиши ва қизариши қайд этилди, бу жарроҳлик амалиётидан бир ҳафта ўтгач битиб кетди. Барча беморларда жарроҳлик амалиётидан кейинги давр асоратларсиз кечди. Беморлар 5-10-кунларда шифохонадан қониқарли ҳолатда чиқарилди. Жарроҳлик амалиётидан 3 ой ўтгач, беморлар такроран текширилганда 34 та (56,7%) беморда жарроҳлик амалиётининг яхши натижаларига эришилганлиги аниқланди. Янги ноғора парда барқарор, ҳаракатчан, пардада перфорация йўқ эди.

24 та (40%) беморда қониқарли анатомик натижалар олинди. 2 та (3,3%) ҳолатда олдинги квадрантларда неотимпанал мембрананинг перфорацияси аниқланди, бу чакка мушак фасциясининг такрор тимпанопластикасини талаб қилди.

Яллиғланишга қарши даврдан сўнг, жарроҳлик амалиётидан 6 ой ўтгач, 88 та (73,3%) беморда яхши натижалар ва 30 та (25,0%) беморда қониқарли натижалар кузатилди (4.3-расм). Қониқарсиз натижалар 2 та (1,7%) беморда аниқланди, уларда оз миқдорда грануляция тўқималари, трепанация бўшлиғининг эпидермисланмаган жойлари ва баъзи жойларда эпидермизациянинг йўқлиги қайд этилди.

Жарроҳликдан 12 ой ўтгач, 105 та (87,5%) беморда яхши натижалар, 15 та (12,5%) беморда қониқарли натижалар кузатилди. Эшитиш найчасини чеклаш билан радикал жарроҳлик амалиёти қилинган беморларда 5 та беморда жарроҳлик амалиётидан кейинги бўшлиқ тўлиқ эпидермизацияланди. Илгари радикал жарроҳлик амалиётини ўтказган 2 та (1,7%) беморда ноғора бўшлиқда холестеатоманинг қайталаниши кузатилди, бу такрорий санацияловчи жарроҳлик амалиётини талаб қилди.

Жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг беморларнинг шикоятлари қайта таҳлил қилинганда кулоқ оғриши 1а гуруҳ беморларда 6,2%, 1б гуруҳ беморларда 5,2%гача, кулоқдан ажралма келиши 2,5% ва 3,5%га камайганлиги қайд қилинди. Эшитиш пасайиши эса 4,8% ва 5,2%гача камайганлиги, кулоқда шовқин шикояти 8,4% ва 7,4%га камайганлиги аниқланди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги узок муддатли динамик текширувда кулоқ кичиши ва бош оғришидан беморлар шикоят қилишмади. 2 гуруҳ беморларида ҳам ижобий натижалар кузатилди, жумладан кулоқда оғрик 3,2%гача, кулоқдан ажралма келиши 3,2%гача, эшитиш пасайиши 4,7%гача, кулоқда шовқин 3,2%гача камайганлиги қайд қилинди.

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, давомийлиги узок бўлган СИЎО да отомикроскопия маълумотларига кўра бўйича 32,4% беморда, ноғора парда нуқсонли бўлган текширилган беморларда чакка суякларнинг КТ натижаларига кўра 36,4-60,6% беморда холестеатома аниқланди.

Жадвал 6. 1 гуруҳ беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейин беморларда тонал бўсаға аудиометрияси ва кенг частота диапазонидаги аудиометриянинг ўртача маълумотлари

Товуш ўтказувчанлик	Суяк ўтказувчанлиги, дБ	Ҳаво ўтказувчанлиги, дБ	Суяк-ҳаво ўтказувчанлиги, дБ
Частоталар, Гц	500	21,0±0,3	30,0±0,7
	1000	21,0±0,3	27,0±0,3
	2000	23,0±0,3	32,0±0,7
	4000	26,5±0,5	35,5±0,2
	8000	33,5±0,5	42,5±0,8
	10000	39,0±0,3	46,0±0,7
	12000	45,5±0,2	54,0±0,7
	16000	51,0±0,3	60,0±0,7
	18000	31,0±0,3	40,0±0,7

Изоҳ: Натижалар ($M\pm m$) кўринишида тақдим этилган, P – гуруҳлар ўртасидаги ўртача қийматлар фарқининг меъёрга нисбатан статистик аҳамияти (Манн-Уитни U-мезони бўйича).

Жадвал 7. 2 гуруҳ беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейин беморларда тонал бўсаға аудиометрияси ва кенг частота диапазонидаги аудиометриянинг ўртача маълумотлари

Товуш ўтказувчанлик	Суяк ўтказувчанлиги, дБ	Ҳаво ўтказувчанлиги, дБ	Суяк-ҳаво ўтказувчанлиги, дБ
Частоталар, Гц	500	24,5±0,4	30,7±0,6
	1000	26,2±0,5	28,2±0,4
	2000	27,2±0,5	33,5±0,6
	4000	28,3±0,6	36,7±0,4
	8000	32,8±0,6	43,8±0,5
	10000	39,8±0,5	46,4±0,6
	12000	44,7±0,4	55,1±0,5
	16000	50,4±0,5	60,6±0,6
	18000	32,8±0,4	41,1±0,6

Изоҳ: Натижалар ($M\pm m$) кўринишида тақдим этилган, P – гуруҳлар ўртасидаги ўртача қийматлар фарқининг меъёрга нисбатан статистик аҳамияти (Манн-Уитни U-мезони бўйича).

Беморларни жарроҳлик йўл билан даволашнинг функционал натижалари тонал бўсага аудиометрияси ва кенг частота диапазонидаги аудиометрия бўйича баҳоланди (6-7-жадваллар).

Аввало, беморларнинг ушбу гуруҳида эшитишнинг юқори бўсагаларига эътибор қаратилди. Юқоридагиларга асосланиб, сурункали ўрта отит туфайли сенсоневрал карлик бўлган беморларда эшитиш функцияси кўпроқ шикастланади, деб тахмин қилишимиз мумкин, чунки рецептор аппарати ўрта кулоқнинг юқумли ўчоғидан зарарланади.

80 кГц частотали ултратовушга эшитиш сезгирлиги ўрғанилганда 2 та беморда ултратовушга сезгирлик 6 волтни ташкил этди. 6 та беморда биз ултратовушни сезиш бўсагаларининг 8-10 волтгача бироз ортанлигини аниқладик. Аксарият ҳолларда паст тонларни сезиш диапазони ўртгача 120 Гц га қисқарди, паст частоталар беморлар томонидан сезилмади.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда янги ногора парданинг битиши ва ишлаши даражасига қараб, частоталарда (250, 500, 1000, 2000 Гц) эшитишнинг яхшиланиши кузатилди. Ҳаво-суяк оралигининг (10-15 дБ) сезиларли қисқариши кузатилди. 32 та (39,5%) касал кулоқда кондуктив карлик аниқланди, улардан: I даража - 19 та (59,4%), II даража - 11 та (34,4%), III даража - 2 та (6,2%) кулоқда қайд этилди. 10 та (12,3%) касал кулоқда аралаш карлик аниқланди, улардан I даража - 2 та (20%), II даража - 5 та (50%), III даража - 3 та (30%) кулоқда қайд этилди. Сенсоневрал карлик компоненти 39 та (48,1%) касал кулоқда аниқланди, улардан: I даража 8 та (20,5%), II даража 15 та (38,5%), III даража 16 та (41%) кулоқда қайд этилди.

Шундай қилиб, танланган беморлар гуруҳини кенг қамровли аудиологик (акуметрия, бўсага ва бўсага усти аудиометрияси, чақирилган эшитиш потенциалларини қайд этиш) ва нурли текшириш натижасида биз текширилган гуруҳларда сенсоневрал карлик шаклига айланган кондуктив карликни ривожлантирувчи асосий омилларидан бири сурункали йирингли ўрта отитлар фониде келиб чиққан ўрта ва ички кулоқнинг яллиғланиш жараёнлари деган хулосага келдик.

Ўрта кулоқ шикастланишларини, хусусан, кондуктив карликни ўз вақтида ташхислаш, операциядан олдин беморларни диққат билан (шу жумладан, доридармонлар билан) тайёрлаш (бу кулоқ касалликлари кечинида рецидивлардан химоя қилади ва эшитиш функциясининг чуқур шикастланишини олдини олади) ўрта ва ички кулоқнинг кўплаб элементларини сақлаб қолиш билан жараён тарқалишининг дастлабки шакллари жарроҳлик йўл билан даволаш имконини беради.

Хулосалар:

1. Сурункали йирингли ўрта отитнинг асоратланмаган шаклида мезотимпанит 52,9%, эптитимпанит 14,1%, эпимезотимпанит эса 32,9% учраса, асоратланган шаклида мезотимпанит 17,1%, эптитимпанит 51,4%, эпимезотимпанит эса 31,4% учрайди. Асоратланган шаклида касалликнинг клиник кечими оғирроқ кечиби, асосан эшитиш пасайиши, кулоқда шовқин ва бош айланиши билан характерланади.

2. Сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда комплекс клиник-инструментал текширув усуллари билан

биргаликда тонал бўсага аудиометриясида суяк-ҳаво интервали, импенданс аудиометрияда ETF1 ва ETF2 ҳолатини ҳамда нутқни англашни инобатга олган ҳолда антромастотомия ва тимпанопластика жарроҳлик усулини бир босқичда ёки икки босқичда ўтказилиши мумкин.

3. Сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда суяк-ҳаво ўтказувчанлигининг интервали жарроҳлик амалиёти бир вақтни ўзида ўтказилгандан сўнг икки баробарга қисқарганлиги, нутқни англаш ўрта ҳисобда 20 дБ яхшиланганлиги аниқланганлиги аниқланган. Бир вақтни ўзида ўтказилган жарроҳлик амалиёти даволаш самарадорлигини 25%га оширган.

4. Сурункали йирингли ўрта отит билан касалланган беморларда жарроҳлик амалиётини танлашда клиник-аудиологик кўрсаткичларга асосланган сурункали йирингли ўрта отитни ташхислаш алгоритми даволаш самарадорлигини оширади, беморларнинг тез тузалишига ва касаллик қайталанишининг олдини олишга имкон беради.

Адабиётлар

1. Исаченко В. С. и др. Медицинские и социальные аспекты проблемы хронических гнойных средних отитов // Медицинский совет. – 2022. – Т. 16. – №. 23. – С. 349-356.
2. Копылов П. С. Хронический гнойный средний отит: этиология, клиника, диагностика, современные методы лечения в Чувашской Республике // Всероссийский исследовательский форум студентов и учащихся. – 2021. – С. 222-229.
3. Крюков А. И. и др. Алгоритм хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом // Клиническая больница. – 2017. – №. 4. – С. 22.
4. Лиходовская К. М. Современные аспекты хирургического лечения хронического гнойного среднего отита // Актуальные вопросы современной медицины. – 2017. – С. 49-50.
5. Орлова Ю. Ю., Сдвижкова Т. В., Мясникова И. А. Хронический гнойный средний отит: лечение, профилактика // Методы профилактики и лечения заболеваний ЛОР-органов. – 2022. – С. 176-186.
6. Хоров О. Г., Головач Е. Н., Сак В. Н. Отдаленные результаты комплексного лечения пациентов с хроническим средним отитом // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2020. – Т. 10. – №. 2. – С. 103-115.
7. Abraham Z. S. et al. Prevalence and etiological agents for chronic suppurative otitis media in a tertiary hospital in Tanzania // BMC research notes. – 2019. – Т. 12. – С. 1-6.
8. Cavaliere M. et al. Cross-cultural adaptation and Italian validation of chronic otitis media outcome test 15 (COMOT-15) // Acta Otorhinolaryngologica Italica. – 2021. – Т. 41. – №. 3. – С. 277.
9. Gupta P. et al. Chronic suppurative otitis media: A microbiological review of 20 years // Indian Journal of Otolaryngology. – 2020. – Т. 26. – №. 2. – С. 59-67.
10. Haqdad M. et al. Evaluation of complications and management of chronic suppurative otitis media: a retrospective study // Pakistan Journal of Medical & Health Sciences. – 2022. – Т. 16. – №. 05. – С. 461-461.
11. Hidayat R. Pathophysiological to Clinical Aspects of Chronic Suppurative Otitis Media (CSOM): Narrative Lit-

erature Review //Archives of The Medicine and Case Reports. – 2022. – Т. 3. – №. 2. – С. 246-255.

12. Hunt L. et al. Prevalence of paediatric chronic suppurative otitis media and hearing impairment in rural Malawi: A cross-sectional survey //PLoS One. – 2017. – Т. 12. – №. 12. – С. e0188950.

13. Islam M. S. et al. Sociodemographic Factors of Atticoantral Chronic Suppurative Otitis Media //Bangladesh Journal of Otorhinolaryngology. – 2020. – Т. 26. – №. 2. – С. 136-141.

14. Mahdiani S., Lasminingrum L., Anugrah D. Management evaluation of patients with chronic suppurative otitis media: a retrospective study //Annals of medicine and surgery. – 2021. – Т. 67. – С. 102492.

15. Mansour S. et al. Chronic suppurative otitis media (CSOM) //Textbook of Clinical Otolaryngology. – 2021. – С. 63-76.

16. Master A., Wilkinson E., Wagner R. Management of chronic suppurative otitis media and otosclerosis in developing countries //Otolaryngologic Clinics of North America. – 2018. – Т. 51. – №. 3. – С. 593-605.

17. Parmar S. M., Sood A., Chakkal H. S. Prevalence of chronic suppurative otitis media in schoolgoing children //Indian Journal of Otolaryngology. – 2018. – Т. 24. – №. 4. – С. 223-226.

18. Xia A. et al. Chronic suppurative otitis media causes macrophage-associated sensorineural hearing loss //Journal of Neuroinflammation. – 2022. – Т. 19. – №. 1. – С. 1-15.

19. Yuan Y. et al. Prognostic factors of hearing outcome in patients with chronic suppurative otitis media following tympanoplasty: a retrospective cohort study //Annals of Translational Medicine. – 2022. – Т. 10. – №. 21.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАНИЙ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Хушвакова Н.Ж., Исакова Ю.Н., Махмудова С.К.

Резюме. Проблема диагностики и лечения хронического гнойного среднего отита актуальна и требует привлечения новых диагностических технологий и современных методов реабилитации с целью своевременной профилактики осложнений патологического процесса в полостях среднего уха. Целью научного исследования было подготовка к операции и оценка эффективности различных хирургических вмешательств у больных хроническим гнойным средним отитом на основании клинико-аудиологических показателей. К исследованию привлечены 120 больных в возрасте от 18 до 72 лет, находившихся на койочном лечении с диагнозом «хронический средний отит» в ЛОР-отделении многопрофильного медицинского центра «Shifo tur» г. Самарканда за 2021-2023 годы. Исследование показало, что антромастодотомия и тимпанопластика могут выполняться в один или два этапа с учетом состояния ETF1 и ETF2 по данным импедансной аудиометрии и восприятия речи, а также комплексных клинико-инструментальных методов обследования у больных хроническим гнойным средним отитом.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, диагностика, аудиологическое исследование, лечение.