

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Q.Q.Qosimov, Z.K.Norboev

**OTOMIKOZ KASALLIGINI ETIOTROP BAHOLASH VA DAVOLASHNI
OPTIMALLASHTIRISH
(monografiya)**

Andijon -2024

UDK: 616.2/.4.5.+616-053.86.5.4.

Mualliflar:

Q.Q.Qosimov - Andijon davlat tibbiyot instituti Otorinolariningologiya kafedrasi mudiri, t.f.d., professor

Z.K.Norboev - Andijon davlat tibbiyot instituti Otorinolariningologiya kafedrasidotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

O.M.Umarov- Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Stomatologiya va otorinolariningologiya kafedrasi mudiri, DSc.

K.F.Norboev- Andijon davlat tibbiyot instituti Otorinolariningologiya kafedrasidotsenti, t.f.n.

ANNOTATSIYA

Ushbu monografiyada surunkali zamburug‘li o‘rta otitni keltirib chiqaruvchi eng ko‘ptarqalgan etiologik qo‘zg‘atuvchisini aniqlash, teknazol va hamda maxalliy otozol preparatlarini qo‘llab klinik effektivligini baholash, otomikozni davolashda ishlab chiqqan kompleks davolashni patogenetik asoslash hamda samaradorligini aniqlash, kompleks davolash bilan ananaviy davolashni solishtirma baholash haqida muallif tomonidan keng yoritilgan.

АННОТАЦИЯ

В монографии мы выявим наиболее распространенный этиологический агент, вызывающий хронический грибковый средний отит, оценим клиническую эффективность текназола и местных препаратов Отозол, установим патогенетическую основу разработанного комплексного лечения отомикоза, определим его эффективность. Сравнительная оценка комплексного лечения и традиционного лечения подробно освещена автором.

ANNOTATION

In this monograph, we will identify the most common etiological agent causing chronic fungal otitis media, evaluate the clinical effectiveness of teknazol and local Otozole drugs, establish the pathogenetic basis of the complex treatment developed for the treatment of otomycosis, and determine its effectiveness. the comparative evaluation of complex treatment and traditional treatment is extensively covered by the author.

MUNDARIJA

	Sahifalar
Annotatsiya	4
KIRISH	8
<i>I BOB Otomikoz-quloqning zamburug‘li kasalligining tarqalishi, etiologik sabablari, patogenetik mexanizmi, klinikasi, diagnostikasi va davolash usullari</i>	26
<i>Adabiyotlar sharhi</i>	26
<i>II-BOB. Tadqiqot manbalari va usullari</i>	51
<i>Tadqiqot manbalari va usullari</i>	51
<i>Tadqiqotda foydalanilgan preparatlarning xususiyatlari</i>	54
<i>2.2.1. "Otozol" preparati</i>	55
<i>2.2.2. "Teknazol" preparati</i>	55
<i>Lazer terapiyasining xarakteristikasi</i>	60
<i>Amaldagi SONO" terapevtik lazer qurilmasining xususiyatlari</i>	60
<i>Lazer nurlanishining terapevtik ta’sirini hisoblash</i>	61
<i>Lazer nurlanishining davolovchi terapevtik dozasini hisoblash</i>	62
<i>Lazer terapiyasi texnikasi</i>	63
<i>Tadqiqot materiallari va usullari</i>	64
<i>Davolash natijalarini solishtirma taxlil o‘tkazish</i>	64
<i>III-BOB. Otomikoz kasalligida an’anaviy davolash samarado baxolash</i>	67
<i>Otomikoz kasalligida kompleks davolashda Otozol va teknazol preparatini qo‘llash bilan lazer terapiyasi usulining etiotprop samaradorligi baxolash</i>	76
XULOSALAR	99
AMALIY TAVSIYALAR	100

ADABIYOTLAR RO'YXATI	101
-----------------------------	------------

СОДЕРЖАНИЕ

	Страница
Аннотация	4
ВВЕДЕНИЕ	8
ГЛАВА I Отомикоз – грибковое заболевание уха распространенность, этиологические причины, патогенетика механизм, клиника, диагностика и методы лечения	26
Литературный обзор	26
ГЛАВА II. Источники и методы исследования	51
Источники и методы исследования	51
Характеристика препаратов, использованных в исследовании	54
2.2.1. Препарат «Отозол»	55
2.2.2. Препарат «Техназол»	55
Характеристики лазерной терапии	60
Современный терапевтический лазерный аппарат SONOфункции	60
Расчет терапевтического эффекта лазерного излучения	61
Терапевтическая доза лазерного излучения считать	62
Техника лазерной терапии	63

<i>Материалы и методы исследования</i>	64
<i>Сравнительный анализ результатов лечения</i>	64
<i>ГЛАВА III. Этиотропная оценка эффективности традиционного лечения отомикоза</i>	67
<i>В комплексном лечении отомикоза Лазер с применением Отозола и Техназола Этиотропная оценка эффективности метода терапии</i>	76
<i>ВЫВОДЫ</i>	99
<i>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</i>	100
<i>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</i>	101

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Page</i>
<i>Абстрактный</i>	4
<i>INTRODUCTION</i>	8
<i>CHAPTER I. Otomycosis - a fungal disease of the ear prevalence, etiological causes, pathogenetics mechanism, clinical picture, diagnosis and treatment methods</i>	26
<i>Literature review</i>	26
<i>CHAPTER II. Sources and research methods</i>	51
<i>Sources and research methods</i>	51
<i>Characteristics of the drugs used in the study</i>	54
<i>2.2.1. The drug "Otozol"</i>	55
<i>2.2.2. The drug "Technazol"</i>	55
<i>Characteristics of laser therapy</i>	60

<i>Modern therapeutic laser device SONO functions</i>	60
<i>Calculation of the therapeutic effect of laser radiation</i>	61
<i>Therapeutic dose of laser radiation</i>	62
<i>count</i>	63
<i>Laser therapy technique</i>	64
<i>Materials and research methods</i>	64
<i>Comparative analysis of treatment results</i>	67
<i>CHAPTER III. Etiotropic assessment of the effectiveness of traditional treatment of otomycosis</i>	76
<i>In the complex treatment of otomycosis Laser with the use of Otozol and Technazol Etiotropic assessment of the effectiveness of the therapy method</i>	99
CONCLUSIONS	100
PRACTICAL RECOMMENDATIONS	101

KIRISH

O'zbekiston Respublikasida sog'liqni saqlashning bugungi holati

Davlatimiz siyosatining asosiy maqsadi mamlakatimizda aholi salomatligini saqlash va mustahkamlash, shu bilan birga sog'lom avlodni voyaga yetkazish uchun qulay muhit yaratish imkonini beruvchi mustahkam sog'liqni saqlash tizimini barpo etishdan iborat.

Mamlakatimizda ko'rilayotgan chora-tadbirlar natijasida aholiga tibbiy xizmat ko'rsatishning samaradorligi, sifati va qulayligini oshirish ta'minlandi, BMT Ming yillik rivojlanish maqsadlarining asosiy parametrlariga erishildi.

Mustaqillik yillarida sog'liqni saqlash sohasida mamlakatimiz erishgan yutuqlarga xalqaro hamjamiyat tomonidan ijobiy baho berildi. Masalan, aholining umr ko'rishi 4,6 yoshga — 1995-yildagi 69,1 yoshdan 2017-yilda 73,7 yoshga oshdi.

Onalar o'limi ko'rsatkichi 3,1 baravarga kamayib, 100 ming nafar tirik tug'ilgan chaqaloqqa nisbatan 21 ta holatni tashkil etdi, chaqaloqlar o'limi esa 3,1 baravarga kamayib, 1000 nafar tirik tug'ilgan chaqaloqqa nisbatan 11,5 ta holatni tashkil etdi. Bolalarda eng ko'p uchraydigan kasalliklarga qarshi emlash va profilaktika tadbirlari bilan qamrab olish darajasi 96 — 98 foizda qat'iy saqlanib turibdi.

Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish bo'yicha kompleks profilaktika, epidemiyaga qarshi va sanitariya-gigiyena tadbirlarining joriy etilishi o'ta xavfli yuqumli kasalliklar (o'lat, vabo), poliomyelit, difteriya, chaqaloqlar qoqsholi, mahalliy kelib chiqqan bezgak, qizamiq va qizilcha yuzaga kelishidan to'liq himoya qilish imkonini berdi. Poliomyelitning yovvoyi shtammi (2002-yil), qizamiq va qizilcha (2017-yil), bezgak (2018-yil) yo'q qilinganligi to'g'risida Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining sertifikatlarini olindi.

Shu bilan birga, sog'liqni saqlash tashkiloti ichida hali ham hal etilmagan muammolar va nomaqbul holatlar mavjud bo'lib, ular aholi salomatligini muhofaza qilish tizimini takomillashtirishga qaratilgan vazifalarni muvaffaqiyatli hal etishga to'sqinlik qilmoqda.

Tarmoq faoliyatining keng qamrovli huquqiy tartibga solinmaganligi, o'lim va nogironlik xavfi yuqori bo'lgan kasalliklarning oldini olish, aholini ushbu kasalliklardan

ijtimoiy himoya qilish sohasidagi normativ-huquqiy va idoraviy hujjatlarning haddan tashqari ko'pligi tarmoq barqarorligiga to'sqinlik qilmoqda. sog'liqni saqlash tizimi. Transplantologiya, yordamchi reproduktiv texnologiyalar va telemeditsina kabi yuqori talab qilinadigan sohalarda tartibga solinmaganligi milliy sog'liqni saqlash tizimini tibbiy tadqiqotlar va amaliyotdagi eng so'nggi yutuqlardan xabardor bo'lishiga to'sqinlik qilmoqda.

Bugungi kunga qadar majburiy tibbiy sug'urta tizimini joriy etish uchun shart-sharoitlar yaratilmagan. Natijada hanuzgacha sog'liqni saqlash sohasini moliyalashtirish asosan budjet mablag'lari hisobiga amalga oshirilmoqda. Respublikada tibbiyot xizmatlarining klinik tavsiyalari (bayonnomalari) va standartlari bilan uzviy bog'liq klinik-xarajat guruhlari (DRG tizimi) ishlab chiqilmagan.

Sog'liqni saqlash birlamchi bo'g'inining profilaktika, patronaj va o'z vaqtida davolash-tashxis qo'yish ishlari, shu jumladan ambulatoriyada davolashni oxirigacha yetkazish samaradorligi qoniqarsizligicha qolmoqda. Buning natijasida aholi sog'lig'ini saqlash tizimida qimmat turadigan statsionar yordam asosiy o'rinni egallamoqda.

Aholiga, ayniqsa bolalar va fertil yoshidagi ayollarga patronaj xizmati darajasi past ekanligi (72 — 77%) qayd etilmoqda, umumiy amaliyot shifokorlarining bilim va ko'nikmalari darajasi onalar va bolalarga tibbiy yordamni to'liq hajmda ta'minlash imkonini bermayapti.

Tez rivojlanayotgan xususiy sog'liqni saqlash sektorining davlat tibbiyot tashkilotlari bilan hamkorlikda faol ishtirok etishiga to'sqinlik qilayotgan to'siqlar sog'liqni saqlashga qo'shimcha moliyaviy resurslardan samarali foydalanishga to'sqinlik qilmoqda.

Oliy ta'lim muassasalariga qarashli tibbiyot klinikalarida sezilarli o'sish kuzatilmoqda, tibbiyot fanlari darajasiga ega shifokorlarning 70 foizi ushbu klinikalarda ishlaydi. Biroq ularning imkoniyatlaridan to'liq foydalanilmayapti. Ixtisoslashgan markazlarning innovatsion salohiyati pastligi, o'quv jarayoni va ilm-fanning tibbiyot amaliyoti bilan yetarli darajada integratsiya qilinmaganligi tibbiyotning ilg'or yutuqlarini davolash-diaagnostika jarayonida qo'llash maqbul emasligini ko'rsatadi.

Shu bilan birga, tibbiyot xodimlarini tayyorlash va qayta tayyorlashning zamonaviy usullarining sust o'zlashtirilishi, bu esa shifokorlar va feldsherlar o'rtasida professional tajribaning yetarli darajada bo'lmasligiga olib keladi, bu esa tibbiy xizmatlar sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatmoqda.

Tibbiyot xodimlarini ijtimoiy va moddiy jihatdan qo'llab-quvvatlashning yetarli darajada yo'qligi, ularning ijtimoiy va huquqiy mavqei va mas'uliyati o'rtasidagi nomuvofiqlik, malakali kadrlarning tizimdan chiqib ketishiga, korrupsiyaning paydo bo'lishiga yordam beradi.

Sog'liqni saqlash tizimiga axborot-kommunikatsiya texnologiyalarining yetarli darajada integratsiya qilinmagani, qog'ozdagi tibbiy hujjatlarga ko'p tayanib, qabul qilingan qarorlar ijrosini tezkor nazorat qilish imkoniyatiga to'sqinlik qilmoqda va samarali amalga oshirilishiga putur yetkazmoqda. Bundan tashqari, qog'oz hujjatlarga bo'lgan ishonch haddan tashqari byurokratiyaga yordam beradi va yuqori xarajatlarga olib keladi.

Yuqorida qayd etilgan kamchiliklar aholining sifatli tibbiy xizmatga bo'lgan ortib borayotgan ehtiyojlarini qondirish, ko'plab sohalarda to'planib qolgan muammolarni zudlik bilan hal etish, tibbiy xizmat ko'rsatish sohasida jiddiy o'zgarishlarni amalga oshirishga to'sqinlik qilmoqda.

Shu bois O'zbekiston Respublikasida 2019-2025-yillarda sog'liqni saqlash tizimining o'sishini samarali amalga oshirish orqali sog'liqni saqlashning yangi konseptual asosini yaratish zarur edi. Ushbu asosda aniq maqsad, vazifalar va asosiy e'tibor yo'nalishlari mavjud.

O'zbekiston Respublikasining sog'liqni saqlash tizimini yanada rivojlantirish maqsadlari va vazifalari

2019 — 2025-yillarda O'zbekiston Respublikasida sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish konsepsiyasi (keyingi o'rinlarda Konsepsiya deb yuritiladi) sog'liqni saqlash sohasidagi faoliyatni tartibga soladigan O'zbekiston Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlariga, shuningdek, Salomatlik-2020 va Barqaror taraqqiyot maqsadlari — 2030 mintaqaviy siyosati doirasida aholi sog'lig'ini saqlash sohasidagi xalqaro shartnomalarga muvofiq ishlab chiqildi.

Konsepsiya Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining tavsiyalariga, shuningdek, sog'liqni saqlash tizimini isloh qilishda katta muvaffaqiyatlarga erishgan ilg'or mamlakatlar tajribasiga asoslangan yondashuvlarni o'z ichiga olgan.

Konsepsiya maqsadlari:

1. O'z vaqtida o'lim va nogironlikka olib keladigan kasalliklar va kasalliklarga qaratilgan profilaktika choralari va tibbiy choralarni ko'paytirish orqali umr ko'rish davomiyligini oshirish.

2. Tibbiy xizmatlardan adolatli foydalanish, aholining moliyaviy xavfsizligini ta'minlash va resurslarning adolatli taqsimlanishini ta'minlash uchun sog'liqni saqlashni moliyalashtirish va tashkil etish tizimini qayta ko'rib chiqish.

3. Sog'liqni saqlashni boshqarish tashkilotlarining imkoniyatlarini oshirish va ularning rahbarlariga rejadagi vazifalarni samarali bajarish va respublika aholisiga ko'rsatilayotgan tibbiy xizmat sifatini oshirish uchun vakolatlarni kengaytirish.

Konsepsiya vazifalari:

1. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining xalqaro standartlari va takliflaridan foydalangan holda soha ustidan qonunchilikning har tomonlama nazoratini ta'minlash.

2. Sog'liqni saqlashga ta'sir etuvchi ijtimoiy va iqtisodiy omillarga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi muammolarni hal etishga e'tibor qaratgan holda, davlat sog'lig'ini saqlash sohasida idoralararo hamkorlik va aloqalarni kengaytirish. Bunga xavfsiz va sog'lom muhit yaratish, suv ta'minoti va kanalizatsiyani yaxshilash, to'yimli ovqatlanish (ayniqsa, chaqaloqlar va bolalar uchun) va sog'lom turmush tarzini rag'batlantirish tashabbuslari kiradi.

3. Sanitariya-epidemiologiya xizmatini tashkil etishga e'tiborni qaratish, yuqumli va yuqumli bo'lmagan surunkali kasalliklarni nazorat qilish mexanizmini takomillashtirish, xalqaro tibbiy-sanitariya standartlarini qabul qilish va bajarish orqali sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish.

4. Asosiy va o'rta tibbiy yordam, shoshilinch tibbiy yordam muassasalarining samarali faoliyat yuritishini ta'minlash, tuman sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish maqsadida onalik va bolalikni muhofaza qilish, shuningdek,

ixtisoslashtirilgan va palliativ tibbiy yordam ko'rsatishni ko'paytirish, sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish zarur. yordamni rivojlantirish.

5. Sog'liqni saqlashni moliyalashtirish va tarkibiy tuzilmasini takomillashtirish, qonunda belgilangan bepul tibbiy xizmatlar ko'rsatishni kuchaytirish, majburiy tibbiy sug'urtani bosqichma-bosqich joriy etish.

6. Maqsadlar xususiy sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish, davlat-xususiy sheriklik va tibbiy turizmni rivojlantirish, sog'liqni saqlash sohasiga kapital oqimini osonlashtirish va raqobat muhitini oshirishdan iborat.

7. Sog'liqni saqlash tizimi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi markaziy apparati va uning hududiy boshqaruv organlari tashkiliy tuzilmasini funksional vazifalar va javobgarlik sohalarini aniq belgilagan holda takomillashtirish.

8. Tibbiyot va farmatsevtika tashkilotlarini akkreditatsiya qilish, shuningdek, shifokorlik va farmatsevtika faoliyatini litsenziyalash tizimini bosqichma-bosqich joriy etish.

9. Farmatsevtika sanoati yanada rivojlantiriladi, yangi dori vositalari, tibbiyot buyumlari va tibbiyot texnikasini ro'yxatdan o'tkazish tartiblari xalqaro standartlarga muvofiqlashtiriladi. Narx belgilash mexanizmlari takomillashtiriladi, dori vositalari, tibbiyot buyumlari, tibbiyot texnikasi ishlab chiqarish hajmi va turlari kengayadi. Bundan tashqari, ushbu mahsulotlarni markalash va kuzatish tizimlari joriy etiladi.

10. Tibbiyot kadrlarini tayyorlash, qayta tayyorlash va malakasini oshirish, tibbiyot fanini rivojlantirish, shu jumladan, ilmiy va tibbiy ta'lim muassasalarini xalqaro standartlarga muvofiq sertifikatlashtirish (akkreditatsiya qilish), joriy etish orqali zamonaviy ta'lim dasturlari, uslublari va texnologiyalarini ishlab chiqish bo'yicha mustahkam tizim.

11. "Elektron sog'liqni saqlash" tizimlarini keng joriy etish, yagona milliy standartlar asosida integratsiyalashgan axborot tizimlari va ma'lumotlar bazalari majmuini yaratish.

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini yanada rivojlantirishning asosiy yo'nalishlari

Sog'liqni saqlash sohasidagi qonun hujjatlarini takomillashtirish

1. Sog'liqni saqlash sohasidagi milliy qonunchilikni birlashtirish va zudlik bilan ta'sir ko'rsatadigan qonunlarni qabul qilish orqali me'yoriy-huquqiy bazani takomillashtirish.

2. Sog'liqni saqlash sohasidagi amaldagi qonun hujjatlari ularning yagona hujjatda muvofiqligi va ulardan foydalanish qulayligini ta'minlash uchun kodlashtiriladi. Bunga O'zbekiston Respublikasining Sog'liqni saqlash kodeksini tasdiqlash orqali erishiladi.

3. Davlat tomonidan kafolatlangan davolanishning oldindan belgilangan darajasini rasman belgilashga qaratilgan qonun hujjatlarini qabul qilish.

4. Majburiy tibbiy sug'urta sohasidagi normativ-huquqiy hujjatlarni ishlab chiqish va qabul qilish.

5. Emlash jarayonlarini qamrab oluvchi, onalik va bolalikni muhofaza qilish, onalar va bolalarga g'amxo'rlik qilish, bepul tibbiy xizmat ko'rsatishni ta'minlashga oid qonunchilikni takomillashtirish. Bu, shuningdek, ona suti marketingining xalqaro kodeksiga rioya qilishni o'z ichiga oladi. Qoidalarining bajarilishi va chaqaloqlar va yosh bolalarni oziqlantirish milliy dasturini qabul qilish o'rnini bosadiganlar bilan almashtirilmoqda.

6. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti va boshqa global tashkilotlar tomonidan taqdim etilgan ko'rsatmalarga muvofiq oziq-ovqat mahsulotlari va alkogolsiz ichimliklar targ'ibotini nazorat qilishning huquqiy asoslarini takomillashtirish. Bundan tashqari, aholining katta qismi o'rtasida jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanishni rivojlantirish.

7. Tibbiyot xodimlarining o'z kasbiy burchlariga qat'iy rioya etishini ta'minlash, manfaatlar to'qnashuvi va korrupsiyani bartaraf etish bo'yicha chora-tadbirlarni kuchaytirish, jumladan, tibbiyot xodimlarining odob-axloq kodeksini joriy etish va ularning kasbiy javobgarligini sug'urta qilish.

Sog'liqni saqlashni tashkil etish va boshqarish tizimini takomillashtirish

1. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining markaziy apparati va hududiy organlari faoliyatini davlat boshqaruvining ijodiy tushunchalar, ilg'orlik va

texnologiyalardan keng foydalanishga tayanadigan zamonaviy usullaridan foydalangan holda tashkil etishni takomillashtirish.

2. Hududlarda sog'liqni saqlash tizimi "klaster" yondashuvi asosida tashkil etilgan bo'lib, u turli darajadagi va ixtisoslashgan yo'nalishdagi tibbiyot tashkilotlarini birlashtirishni nazarda tutadi. Ushbu integratsiya bir-birini to'ldirish va mustahkamlash orqali tibbiy yordamni bosqichma-bosqich va izchil takomillashtirishni ta'minlaydigan yagona boshqaruv tizimini yaratishga qaratilgan.

3. Tibbiy tashkilotlarning tasnifi tibbiy yordam darajasi, hajmi va turlari kabi turli omillarga asoslanadi. Shuningdek, qurilish, moddiy-texnikaviy jihatlar va aholi jon boshiga talablar hisobga olinadi. Bundan tashqari, aholi zichligi va transport infratuzilmasini rivojlantirish, shuningdek, xodimlarni rivojlantirish qoidalarini ta'minlash ko'rib chiqiladi.

4. Tibbiyot va farmatsevtika tashkilotlarini, shuningdek, giyohvandlik vositalari, psixotrop moddalar va prekursorlarni tarqatish bilan shug'ullanuvchi tashkilotlarni, tibbiy va farmatsevtika faoliyatini litsenziyalash bilan bir qatorda, rasman tan olish va tasdiqlash tizimlarini yaratish va joriy etish jarayoni. Ushbu jarayon boshqa mamlakatlardan olingan bilimlarni ko'rib chiqadi va o'z ichiga oladi.

5. Jahon standartlariga rioya qilgan holda, zamonaviy menejment tizimlari va tibbiy xizmatlar sifatini nazorat qilish choralarini joriy etish. Bundan tashqari, aholining tibbiy xizmat sifatidan qoniqishini baholash mexanizmlarini yaratish.

6. Tibbiyot xodimlarining mehnatiga haq to'lash va ularning ijtimoiy ta'minotini ta'minlashning zamonaviy usullarini joriy etish. Bu ularning malakasi, ish yuki, murakkabligi va mavjud tarmoq tarif tizimidan ko'ra, ish natijalarini hisobga olgan holda ko'rsatadigan tibbiy xizmatlarning sifatiga asoslanishi kerak. Klinik xarajatlar guruhlari va aholi jon boshiga moliyalashtirish kabi ma'lum mezonlar asosida belgilangan bazaviy ish haqi va o'zgaruvchan to'lov stavkasini o'z ichiga olgan kompensatsiya tizimini joriy etish.

7. Asosiy tibbiy-sanitariya muassasalarida ishlayotgan tibbiyot xodimlarini moddiy rag'batlantirish va ijtimoiy qo'llab-quvvatlash dasturlarini amalga oshirish, bunda ayniqsa, qishloq hududlaridagilarga e'tibor qaratish.

8. Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati tizimini sanitariya qoidalari, me'yorlari va gigiyena me'yorlariga rioya etilishini nazorat qilish, fuqarolar salomatligi xavfsizligini kafolatlash, oziq-ovqat mahsulotlarini tekshirishning ilg'or texnologiyalarini joriy etishdagi roli va mas'uliyatini oshirish, shuningdek, laboratoriya va laboratoriya sinovlarini joriy etish orqali oshirish. kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash uchun tezkor diagnostika usullari.

9. Maqsad tibbiy tashkilotlarning asbob-uskunalar, sarf materiallari va zaxira qismlarga bo'lgan talablarini baholashning izchil usullari va standartlarini belgilashdan iborat. Bundan tashqari, ushbu resurslarni boshqarish va kuzatish uchun axborot tizimi ishlab chiqiladi.

10. Davlat-xususiy hamkorlik doirasida faoliyat yurituvchi tibbiy asbob-uskunalarni texnik ta'minlash va metrologik ko'rikdan o'tkazish bo'yicha hududiy xizmatlarni tashkil etish.

Sog'liqni saqlashni moliyalashtirish tizimini takomillashtirish

1. Quyidagilarni nazarda tutadigan klinik-xarajat guruhlari bo'yicha "har bir davolangan holat" uchun tibbiy xizmatlarga haq to'lash tizimini va jon boshiga moliyalashtirishning yangi mexanizmlarini bosqichma-bosqich joriy etish:

hududlarning xususiyatlari, muassasalar turi, aholi zichligi va boshqa omillarni hisobga oluvchi toifalangan tuzatish koeffitsiyentlariga ega moliyalashtirishning yagona jon boshiga to'g'ri keladigan normativini joriy etish hisobiga birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining hududiy budjet ta'minlanganligini tenglashtirish bo'yicha tadbirlarni amalga oshirish;

respublika, viloyat va tuman (shahar) davolash-profilaktika muassasalarida ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam xizmatlariga klinik-xarajat guruhlari bo'yicha "har bir davolangan holat" uchun haq to'lashning zamonaviy usullariga o'tish;

davlat tomonidan kafolatlangan bepul tibbiy yordam dasturlari bo'yicha tibbiy xizmatlar ko'rsatish uchun tibbiy xizmatlarning davlat va xususiy yetkazib beruvchilari bilan kontraktlar tuzish tizimiga o'tish.

2. Sog'liqni saqlash xarajatlarini kuzatib borish va to'g'ri strategik tanlov qilish uchun faktik asos yaratish, shuningdek, majburiy tibbiy sug'urta sxemalarini amalga oshirishga ko'maklashish uchun umummilliy sog'liqni saqlash hisobi tizimini joriy etish.

3. Majburiy tibbiy sug'urta jamg'armasi majburiy tibbiy sug'urta dasturlari bo'yicha moliyaviy mablag'larni to'plash va taqsimlash maqsadida tashkil etiladi.

4. Bemorlarning alohida toifalari va tibbiy davolanishning alohida turlari uchun majburiy tibbiy sug'urta bo'yicha ixtisoslashtirilgan dasturlarni amalga oshirish. Ushbu dasturlar tibbiy xizmatlarning kafolatlangan darajalarini hisoblash va respublikaning barcha hududlarida klinik xarajatlarni toifalarga ajratishga asoslangan.

5. Tibbiy resurslardan oqilona foydalanish va ularning salomatligini mustahkamlashda fuqarolarning faolligini oshirishga qaratilgan tashabbuslarni amalga oshirish.

6. Respublikamizning barcha aholisini har tomonlama qamrab olish uchun majburiy tibbiy sug'urtani bosqichma-bosqich joriy etish.

Tibbiy yordam sifati va qulayligini oshirish, sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlash, yuqumli va yuqumli bo'lmagan kasalliklarning oldini olish hamda ularga qarshi kurashish

1. Katta, xilma-xil davolash muassasalarini, jumladan, ixtisoslashtirilgan tibbiyot muassasalarini va ularning sun'iy yo'ldosh joylarini birlashtirish orqali yaqin hududlarda yuqori darajadagi tibbiy xizmatlardan foydalanish imkoniyatini oshirish.

2. Dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan va keng tarqalgan kasalliklar va kasalliklar uchun jahon standartlariga mos keladigan milliy klinik ko'rsatmalarni yaratish va ulardan foydalanish.

3. Sog'liqni saqlash sohasida xizmat ko'rsatish tartib-qoidalari, zarur xodimlar resurslari, dori-darmonlar va jihozlar batafsil tavsiflangan tibbiy xizmatlarning jamlangan reestrini yaratish.

4. Tibbiy davolash bosqichlarining eng samarali tartibi va uyg'unligini kafolatlaydigan bemorga yo'naltirilgan dasturlarni ishlab chiqish va amalga oshirish.

5. Oliy tibbiy ta'lim muassasalarining klinikalarini yanada rivojlantirish, ularning moddiy-texnika bazasini, kadrlar salohiyatini mustahkamlash, tashxis qo'yish va

davolashning yuqori texnologik usullarini joriy etish, shu jumladan “ta’lim — amaliyot — fan” aloqasi yagonaligi prinsipi asosida ularni 4-darajagacha modernizatsiya qilish.

6. Sog‘liqni saqlash amaliyotiga xalqaro standartlarga muvofiq kichik invaziv yuqori texnologik jarrohlik aralashuvlarini (radiojarrohlik, mikrojarrohlik, robotlashtirilgan jarrohlik, shuntlash va boshqalar) joriy etish, qisqa muddatli bir kunlik ambulatoriya jarrohlik yordamini (“bir kunlik jarrohlik”ni) rivojlantirish.

7. Tibbiyot muassasalarida shaxsiy elektron qurilmalarda qayd etilgan xavf guruhidagi ambulatoriya bemorlari salomatligi ko‘rsatkichlarining o‘zgarishiga tezkorlik bilan javob berish tizimini ishlab chiqish.

8. Shoshilinch va shoshilinch tibbiy yordam xizmati moddiy-texnika resurslarini, shu jumladan, qiyin erlarda harakatlana oladigan avtotransport vositalarini, tez tibbiy yordam va aviatsiya texnikasini xarid qilish orqali yanada rivojlantiriladi. Bundan tashqari, favqulodda va favqulodda vaziyatlarda ishtirok etuvchi boshqa xizmatlar bilan yaqin hamkorlik o'rnatiladi.

9. Regenerativ, shu jumladan biotibbiy hujayra, additiv va boshqa yangi texnologiyalarga asoslangan tibbiyotni rivojlantirish.

10. Prediktiv tibbiyotni rivojlantirish (nasliy moyillikning oldini olish), sog‘liq holatiga molekulyar-genetik tashxis qo‘yish, skrining va monitoring qilishning zamonaviy usullarini joriy etish.

11. Yuqumli bo'lmagan kasalliklarning rivojlanishiga yordam beruvchi omillar, jumladan, birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalarida xavf ostida bo'lgan bemorlar o'rtasida skriningni taqsimlash va tadqiq qilish, parvarishlash va tarqatishning samarali modellarini joriy etish, reabilitatsiya tibbiyotini rivojlantirish, tibbiy yordam ko'rsatish orqali erta aniqlashni kengaytirish. "Uyda statsionar" xizmati.

12. Maqsad - gerontologik yordamning standarti va qulayligini oshirish maqsadida keksa odamlarga mo'ljallangan uzoq muddatli tibbiy yordamning zamonaviy asoslarini ishlab chiqish. Bu ko'plab qo'shimcha strategiyalarni amalga oshirish bilan birga uyda ijtimoiy va tibbiy xizmatlarni taqdim etishni o'z ichiga oladi.

13. Sog‘liqni saqlash tizimini yanada rivojlantirish, sog‘lom turmush tarzi va to‘g‘ri ovqatlanishni keng targ‘ib qilish zarur. Shaxsda o‘z va o‘zgalar salomatligi uchun

mas'uliyat tuyg'usini shakllantirish, ularning madaniy ongini yuksaltirish, tibbiyotga oid bilimlarini oshirish muhim ahamiyatga ega.

14. Antimikrobiyal qarshilik tarqalishining oldini olish uchun mikroblarga qarshi terapiya uchun tegishli protokollar va qoidalarga qat'iy rioya qilish muhimdir. Bundan tashqari, antibakterial davoni tayinlash uchun mikrobiologik diagnostika usullarini ishlab chiqish va ularning mavjudligini kuchaytirish, shuningdek, antibakterial dori vositalarining yangi turlarini yaratishni ilgari surish muhim ahamiyatga ega.

Xususiy sog'liqni saqlash tizimi, davlat-xususiy sheriklik va tibbiyot turizmini rivojlantirish

1. Quyidagilarni nazarda tutuvchi xususiy sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish strategiyasini ishlab chiqish:

hududlar ehtiyojini hisobga olgan holda nodavlat tibbiyot tashkilotlari uchun ambulatoriya va statsionar tibbiy xizmatlarni rivojlantirishning istiqbolli yo'nalishlarini belgilash;

aholining ehtiyoji katta bo'lgan tibbiyotning ayrim yo'nalishlari rivojiga investitsiyalar, shu jumladan xorijiy investitsiyalarni jalb qilish;

sog'liqni saqlash sohasida davlat-xususiy sheriklik mexanizmlarini keng tatbiq etish;

nodavlat notijorat tashkilotlari va jamoat birlashmalarining sog'liqni saqlash sohasidagi rolini kuchaytirish, shuningdek, ularning negizida xususiy sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirishning asosiy yo'nalishlari yuzasidan axborot bilan ta'minlash uchun yagona dispatcher xizmati (Call-markazi) tashkil etish shular jumlasidandir.

2022-2026 – yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning taraqqiyot strategiyasini “Insonga e'tibor va sifatli ta'lim yili”da amalga oshirishga oid davlat dasturi to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2023-yil 28-fevraldagi PF-27-sonli farmoni doirasida ham mamlakatimiz sog'liqni saqlash tizimini yanada rivojlantirish, aholi salomatligini mustahkamlashga oid qator istiqbolli vazifa va maqsadlarni amalga oshirish belgilab olindi. Jumladan aholiga birlamchi tibbiy xizmatlarni yaqinlashtirish va fuqarolarni sifatli tibbiy xizmatlar bilan ta'minlash, kasalliklarni erta bosqichda aniqlash, shuningdek, bemorlarga

qo‘shimcha qulayliklar yaratish, aholi orasida yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning oldini olish, sog‘lom turmush tarzini shakllantirish va bolalarda jismoniy faollik darajasini oshirish borasidagi chora-tadbirlarni keng ko‘lamda tashkil etish shular jumlasidandir.

Ushbu farmon doirasida aholiga tibbiy xizmat ko‘rsatish sifatini yanada yaxshilash, onalik va bolalalikni muhofaza qilish, aholi orasida sog‘lom turmush tarzini faol targ‘ib qilish, profilaktik tadbirlarni keng yo‘lga qo‘yish kabi say-harakatlarni amalga oshirish belgilandi.

Prezidentimiz Sh.M.Mirziyoev tomonidan “O‘zbekiston tibbiyoti – inson qadri uchun” degan ulug‘vor g‘oyaning ilgari surilishi va ushbu g‘oya asosida davlatimiz sog‘liqni saqlash tizimi faoliyati samaradorligini yuksaltirish, yangi bosqichga olib chiqishga qaratilgan keng ko‘lamli chora-tadbirlar ishlab chiqildi va amaliyotga tadbiriq etilmoqda.

O‘tgan besh yil davomida amalga oshirilgan islohotlar natijasida mamlakatimizda Yangi O‘zbekistonni barpo etish uchun zarur bo‘lgan siyosiy-huquqiy, ijtimoiy-iqtisodiy, ilmiy-ma’rifiy asoslar yaratildi.

O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrdagi “O‘zbekiston respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar to‘g‘risida” gi Farmonining imzolanishi tibbiy oliy ta’lim tizimida ham qator istiqbolli rejalarni amalga oshirilishiga zamin yaratdi. Ushbu farmon doirasida quyidagilarni keng rivojlantirish masalalari belgilab olindi:

-tibbiy kadrlarni tayyorlash, qayta tayyorlash va malakasini oshirishning samarali tizimini shakllantirish, tibbiyot fanini rivojlantirish, shu jumladan, tibbiyot ilmiy va ta’lim muassasalarini xalqaro standartlar bo‘yicha sertifikatlashtirish (akkreditatsiyadan o‘tkazish) zamonaviy ta’lim dasturlari, usul va texnologiyalarini joriy etish asosida shakllantirish;

-o‘rta va oliy tibbiy ta’lim tizimini isloh qilish, o‘quv rejalari, dasturlari, o‘quv-uslubiy materiallari va nazariy mashg‘ulotlarni yanada optimallashtirish va amaliy mashg‘ulotlarni ko‘paytirish nuqtai nazaridan qayta ko‘rib chiqish, shuningdek, ularni tibbiyot fani va amaliyotining umumjahon yutuqlariga muvofiqlashtirish;

- ilg'or ilmiy ishlanmalar va texnologiyalarni amaliy sog'liqni saqlashga integratsiya qilishda tibbiy oliy ta'lim muassasalari klinikalarining rolini kuchaytirish;
- tor mutaxassisliklar bo'yicha tibbiy kadrlarni tayyorlashni takomillashtirish, magistratura va klinik ordinaturada o'qitish muddatlarini klinik ko'nikmalarni egallash murakkabligidan kelib chiqqan holda maqbullashtirish;
- oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim tizimini, sog'liqni saqlash mutaxassislarining malakasini oshirish va ularni qayta tayyorlash tizimini qayta ko'rib chiqish, muammolarga yo'naltirilgan modulli o'quv dasturlarini joriy etish, masofadan o'qitish mexanizmlarini keng qo'llash;
- boshqaruv va o'quv jarayoniga yuqori malakali va malakali xorijiy mutaxassislar, olimlar va o'qituvchilarni keng jalb etish;
- o'qitishning kredit-modul tizimini bosqichma-bosqich joriy etish va ularning amaliy jihatlarini oshirish orqali oliy ta'lim va oliy o'quv yurtidan keyingi ta'limning ta'lim standartlari va o'quv dasturlarini takomillashtirish;
- klinik ixtisoslikni egallash murakkabligidan kelib chiqib, magistratura va klinik ordinaturada (rezidenturada) yuqori malakali kadrlar tayyorlash muddatlarini xalqaro standartlarga muvofiq 1 yildan 5 yilgacha etib optimallashtirish;
- xorijiy tibbiyot ta'lim muassasalari bilan keng hamkorlik qilish, shu jumladan ularning filiallari va fakultetlarini ochish, shuningdek, ikkita diplom berish tizimini joriy etish;
- ta'lim dasturlarini amalga oshirishda tarmoq hamkorligi va ochiq kurslardan foydalanish orqali xorijiy universitetlar resurslaridan foydalanish hisobiga ta'lim imkoniyatlarini kengaytirish, shuningdek tibbiy ta'limning elektron milliy platformalarini ishlab chiqish va elektron ta'lim muhitini shakllantirish;
- ilg'or ilmiy ishlanmalar va texnologiyalarni sog'liqni saqlash amaliyotiga integratsiya qilishda tibbiyot oliy ta'lim muassasalari klinikalari va o'quv bazalarining rolini kuchaytirish;
- yuqori malakali kadrlar tayyorlashda, ularni davolash-tashxis qo'yish jarayonida ishtirok etganligi uchun moddiy rag'batlantirish yo'li bilan yangi ilmiy ishlanmalar va

texnologiyalarni joriy etishda tibbiyot oliy ta'lim muassasalari va ilmiy muassasalar professor-o'qituvchilari rolini oshirish;

- tibbiyot ta'lim muassasalarida o'qitish to'ldirilgan va virtual reallik sharoitida, tibbiy trenajyor va manekenlarda olib boriladigan simulatsion markazlarni tashkil etish;

- tibbiyot ilmiy va ta'lim muassasalarining bazaviy hamda dasturiy-maqсадli moliyalashtirilishini, innovatsion ishlanmalar va texnologiyalar transferini amalga oshirish uchun tibbiyot va ilmiy jamoalarni davlat tomonidan manzilli qo'llab-quvvatlashni ta'minlash, ularni sog'liqni saqlash amaliyotiga joriy etish;

- oliy tibbiyot o'quv muassasalari tibbiy-profilaktik yo'nalishi kafedralarining ta'lim dasturlari tan olingan xalqaro tashkilotlar, shu jumladan Yevropa mintaqasida jamoat sog'lig'ini saqlash maktabi uyushmasi (ASPHER — The Association of Schools of Public Health in the European Region) tomonidan akkreditatsiya qilinishini ta'minlash;

- tibbiy ta'lim tizimi va tibbiyot fanini rivojlantirish to'g'risida O'zbekiston Respublikasi Prezidentining qarori loyihasini ishlab chiqish va kiritish, shu jumladan ta'lim muassasalari tarkibi va yo'nalishlarini optimallashtirish, "ta'lim-ilm-amaliyot" integratsiyasi va uzluksizligini joriy etish, oliy va o'rta tibbiyot ta'limning yangi yo'nalishlarini belgilash, anatomik morg va o'quv-biologik laboratoriyalarini tashkil etish, yetakchi xorijiy oliy o'quv yurtlari xalqaro fakultetlari va filiallari ochilishini nazarda tutish;

- ta'lim standartlari hamda oliy ta'lim va oliy ta'limdan keyingi ta'limning o'quv dasturlarini, shu jumladan kredit-modulli ta'lim tizimini joriy etish va ularda amaliy komponentni oshirish orqali takomillashtirish shular jumlasidandir.

Respublikamizda o'rta va oliy tibbiy ta'lim tizimini isloh qilish, o'quv rejalari, dasturlari, o'quv-uslubiy materiallari va nazariy mashg'ulotlarni yanada optimallashtirish va amaliy mashg'ulotlarni ko'paytirish nuqtai nazaridan qayta ko'rib chiqish, shuningdek, ularni tibbiyot fani va amaliyotining umumjahon yutuqlariga muvofiqlashtirish masalalariga Prezidentimiz va hukumatimiz tomonidan alohida e'tibor qaratilmoqda.

Xususan, oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim tizimini, sog'liqni saqlash mutaxassislarining malakasini oshirish va ularni qayta tayyorlash tizimini qayta ko'rib chiqish, muammolarga yo'naltirilgan modulli o'quv dasturlarini joriy etish, masofadan o'qitish mexanizmlarini keng qo'llash, o'qitishning kredit-modul tizimini bosqichma-bosqich joriy etish va ularning amaliy jihatlarini oshirish orqali oliy ta'lim va oliy o'quv yurtidan keyingi ta'limning ta'lim standartlari va o'quv dasturlarini takomillashtirish borasida qator say-harakatlar amalga oshirilmoqda.

Respublikamizda "Ilm-fanni 2030-yilgacha rivojlantirish konsepsiyasi"ning ishlab chiqilishi ham boshqa fan tarmoqlari kabi oliy tibbiy ta'lim tizimida qator islohotlar amalga oshirilishiga turtki bo'lmoqda.

Xususan, hududiy ilmiy-tadqiqot va oliy ta'lim muassasalari, tarmoq ilmiy tashkilotlari tomonidan olib borilayotgan ilmiy-tadqiqot va ishlanmalar samaradorligini oshirish, ilmiy faoliyat bilan bog'liq davlat dasturlari doirasidagi ilmiy loyihalarni amalga oshirishdan maqsad qilingan. Bu fan va texnika sohasida ilg'or xorijiy ilmiy markazlar bilan hamkorlikni o'z ichiga oladi. Asosiy maqsad universitetlarning taniqli olimlari va mutaxassislarini ma'muriy lavozimlarga jalb qilish, ilmiy muassasalarni tadqiqot, ma'lumotlarni tahlil qilish va raqamli modellashtirish uchun ixtisoslashtirilgan elektron dasturlar bilan jihozlash va ilmiy va texnologik o'sishda kelajakdagi yutuqlarni qo'llab-quvvatlashdir.

Ilm-fanni 2030-yilgacha rivojlantirish konsepsiyasining ishlab chiqilishi ham boshqa fan tarmoqlari kabi oliy tibbiy ta'lim tizimida qator islohotlar amalga oshirilishiga turtki bolmoqda. Konsepsiyada quyidagilarni bosqichma-bosqich amalga oshirish belgilab olingan:

Hududiy ilmiy-tadqiqot va oliy ta'lim muassasalari, tarmoq ilmiy tashkilotlar tomonidan amalga oshirilayotgan ilmiy-tadqiqot ishlari samaradorligini oshirish.

Ilmiy faoliyatga oid davlat dasturlari doirasida bajariladigan ilmiy loyihalarni amalga oshirishda fan va texnologiyalar sohasida ilg'or xorijiy ilmiy markazlar va universitetlarning yetakchi olimlari va mutaxassislarini ijrochi sifatida jalb etish.

Ilmiy tashkilotlar va oliy ta'lim muassasalarida ilmiy asbob-uskunalaridan jamoaviy foydalanish markazlarini tashkil etish xarajatlarini moliyalashtirish.

Ilmiy tashkilotlarni tadqiqotlarni olib borish, ma'lumotlarni tahlil qilish hamda raqamli modellashtirish uchun maxsus elektron dasturlar bilan ta'minlash.

Ilmiy va ilmiy-texnikaviy rivojlanishni prognozlash.

Ilm-fanni 2030-yilgacha rivojlantirish konsepsiyasida belgilangan vazifalarni bajarish, tegishli ko'rsatkichlarga erishish, shuningdek chet eldagi ilmiy yutuqlarni O'zbekiston sharoitida qo'llash maqsadida ilmiy-texnik qidiruv va tahlil tizimini rivojlantirish.

Ixtirochilik va ratsionalizatorlik faoliyatini qo'llab-quvvatlash kabilarni amalga oshirish ustuvor vazifalar etib belgilangan.

Quloq, tomoq, burun va yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklari eng ko'p uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi – o'rtacha hisobda ular aholining kamida 75 foizini qamrab oladi [30,31,34,38]. Ushbu kasalliklarning adekvat diagnostikasi, oqilona davolash va oqilona oldini olish muammosi turli soha mutaxassislari - otorinolariningologlardan tortib sog'liqni saqlash tashkilotchilarigacha dolzarb bo'lib qolmoqda; uni hal qilishda kompleks yondashuv bilimlarning turli sohalarini - molekulyar biologiyadan tortib gigiena va sanitariyagacha dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda.

O'rta quloqning surunkali zamburug'li yallig'lanishi juda keng tarqalgan otitik kasallikdir. Ushbu kasallikning uchrashi quloqkasalliklarining umumiy sonining 25-30% ni tashkil qiladi [24,31,38]. Amerikalik mualliflarning fikriga ko'ra, AQSH aholisining 60% hollarda eshitish qobiliyatining yo'qolishi bolalik davridagi surunkali o'rta otit tufayli yuzaga keladi.

Bu muammoning ijtimoiy tomoni ham muhim emas. O'rta quloqning tez-tez va uzoq davom etadigan kasalliklari eshitish qobiliyatini yo'qotishning rivojlanishiga yordam beradi va inson hayotining asosiy toifalarini cheklashga olib keladi: muloqot qilish, o'rganish va ishlash qobiliyati [15,79].

Yuqori darajadagi sabablar orasida otitning patogenezida mikrobiologik omil haqida etarli ma'lumot yo'qligi bo'lishi mumkin. O'rta quloqning mikrobial biotsenozini shakllantirish mexanizmlari va patogenlarning barqarorligi omillari haqida kam ma'lumot mavjud, bu kasallik ommaviy axborot vositalarini erta tashxislash,

samarali terapiya o'tkazish imkonini bermaydi.

Surunkali zamburug'li o'rta otit (SZO'O) bilan og'rigan bemorlarni davolashda hozirda uchta asosiy yo'nalishni ajratish mumkin: turli xil dorilar yordamida konservativ davo; jarrohlik, shu jumladan mikrojarrohlik aralashuvi; fizioterapiya.

So'nggi yillarda SZO'O ni davolash uchun ko'plab murakkab usullar ishlab chiqildi. Biroq, bu muammo otorinolaringologlarni samarasizligiva davolashning yangi usullarini izlash tufayli an'anaviy konservativ usullarni qayta ko'rib chiqish zarurati oldiga qo'ydi. Ushbu usullardan biri jismoniy energiyaning har xil turlaridan foydalanish: magnit, lazer, elektromagnit va boshqalar. Ular orasida eng samaralisi LOR a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida keng qo'llaniladigan lazer terapiyasi (LT) hisoblanadi [4,6,56,60].

Antimikotik terapiyasini (AT) tayinlash juda dolzarb muammo bo'lib, uni hal qilish amaliyot uchun shubhasiz qiziqish uyg'otadigan bir qator omillarga bog'liq.

So'nggi o'n yilliklarda antibakterial terapiya (AT) imkoniyatlari sezilarli darajada oshganiga qaramay, yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash samaradorligi har doim ham bemor va shifokorni qoniqtirmaydi [68].

Antimikotik ta'sirga ega bo'lgan ko'plab dori-darmonlarni shifokor, agar u ehtimoliy patogenning tabiatiga asoslanib, preparatning antibakterial ta'sir doirasini aniq ko'rsatsa, uning farmakodinamikasi va yon ta'sirini hisobga olsagina muvaffaqiyatli foydalanishi mumkin. preparatning terapevtik dozasini, kurs davolash muddatini to'g'ri hisoblashni biladi.

O'rta quloqning yallig'lanish kasalliklarini davolashda antibakterial vositalarni tanlash otorinolaringologning muhim vazifasidir. Ijtimoiy va iqtisodiy omillarni, o'rta quloqdagi ajralmadanbakteriologik tahlil natijalarini, kasallikning og'irligini, tabiatini, asoratlarning mavjudligini hisobga olish zarurati otorinolaringologlarga mas'uliyat yuklaydi [64].

Muhim omillardan biri bu mikroblarga qarshi vositani qo'llash usuli. Mamlakatimizda qo'llaniladigan ananaviy usullardan biri antibiotiklarni

parenteral yuborish. O'rta quloq kasalliklarida bu usul har doim ham oqlanmaydi, chunki bu holda davolanish rejimi bemorga rioyaqilish qiyin. Bunda ineksiyadan keyingi asoratlarni ham yuzaga kelishim mumkin, bu esa o'z navbatida davolanish narxining oshishiga olib keladi. Qabul qilish chastotasi past bo'lgan zamonaviy preparatlarini tanlash xarajatlarni kamaytirishi va davolanishni yanada qulayroq qilishi mumkin [44].

O'rta quloqning yallig'lanish kasalliklarini davolashda antibakterial vositalardan, shu jumladan yangi avlod keng tarqalgan tinimsiz foydalanish natijasida nog'ora bo'shlig'ida mikrofloraning buzilishi va mikroblarni sezgirligini ortishiga olib keldi, natijada turli zamburug'larni rivojlanishiga sharoit yaratildi. [32].

Ko'pincha, noto'g'ri tanlangan, LOR a'zolarining surunkali kasalliklari uchun samarasiz terapiya davolanish muddatining ko'payishiga, surunkali jarayonga va og'ir asoratlarga olib keladi.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, surunkali zamburug'li otit bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda teknazol va maxalliyotozol yordamida lazer terapiyasining samaradorligini o'rganish va baholash zarurati tug'iladi.

I BOB

ADABIYOT SHARHI

Otomikoz kasalligining tarqalishi, etiologik sabablari, patogenetik mexanizmi, klinikasi, diagnostikasi va davolash usullari

O'rta quloqning yallig'lanish kasalliklari LOR a'zolari patologiyasi ichida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi, ba'zan og'ir asoratlarni rivojlanishida faol rol o'ynaydi, ularni davolash erishilgan yutuqlarga qaramay, hali ham sezilarli darajada qiyinchiliklar mavjud.

O'rta quloqning surunkali zamburug'li yallig'lanishi juda keng tarqalgan otitik kasallikdir. Ushbu kasallikning chastotasi quloq kasalliklari umumiy sonining 25-30% ni tashkil qiladi [3,24]. O'rta quloqning yallig'lanish jarayonlari otogen intrakranial asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin, bu esa 10-18% hollarda o'limga olib keladi [7,10,14,18,28].

Surunkali zamburug'li o'rta otit (SZO'O) bilan og'rigan bemorlarni davolashda sezilarli yutuqlarga qaramay, kasallanish darajasi pasaymayapti va otit LOR amaliyotida eng keng tarqalgan kasallik bo'lib qolmoqda.

Adabiyotlarga ko'ra, SZO'O bilan kasallanish darajasi 0,4% dan 2,8% gacha [2,39]. 8-11 oylik yoshda SZO'O bilan kasallanish keskin oshadi va 43,2-85,5% ni tashkil qiladi [5,39]. Qo'shma Shtatlarda o'tkazilgan tadqiqotlarga ko'ra, axolining 32 foizi bir marta va 9 foizi uch yoki undan ko'p marta SZO'O bilan kasallangan [39,40].

SZO'O ning tibbiy va ijtimoiy ahamiyati shundan iboratki, o'rta quloqning surunkali yallig'lanishi eshitish pasayishi bilan birga keladi. Ayniqsa, Bemorlarda eshitish nuqsonlarini o'z vaqtida aniqlamaslik kar-soqovlikning rivojlanishiga va natijada nogironlikka olib keladi. Shu sababli, SZO'O ni o'z vaqtida tashxislash va adekvat davolash zamonaviy otorinolarinologiyaning dolzarb muammolari bo'lib qolmoqda.

Hozirgi vaqtda shifokorlar orasida SZO'O va quloqning boshqa yallig'lanish kasalliklarini davolash muammosi bo'yicha yagona fikr yo'q. Bu qisman yaqinda paydo bo'lgan yangi dori-darmonlar va davolash usullarining xilma-xilligi bilan bog'liq.

Demak, agar bundan 50 yil avval shifokorlar faqat sulfanilamidlar va penitsillinlar bilan qurollangan bo'lsa, hozir O'zbekistonda atigi 200 ga yaqin antibakterial dori ro'yxatga olingan.

Qo'shma Shtatlarda har yili 31 million bemor SZO'O bilan tibbiy yordamga murojaat qiladi; holatlarning chorak qismida bu bemorlarga antibakterial preparatlar buyuriladi [19,24,25]. Yevropada ushbu kasallik bilan kasallanish kattalar populyatsiyasida yiliga 2-7% ni tashkil qiladi; Rossiyada har yili 10 000 000 kishi SZO'O dan aziyat chekmoqda [31].

Quloqning barcha kasalliklari orasida otit LOR kasalliklari ichida yarmini tashkil qiladi va Bemorlarda ularning soni 70% ga yaqinlashadi [83]. SZO'O kursi ba'zi hollarda yengil, boshqalarida surunkali davomli o'tish bilan og'ir va uzoq davom etadi. Ushbu kasallik bilan meningit, miya xo'ppozi, sigmasimon sinus trombozi, labirintit, yuz nervining parezi, mastoidit, sepsis kabi og'ir asoratlarni rivojlanish ehtimoli juda yuqori. SZO'O barcha quloq kasalliklari orasida turli xil asoratlarni rivojlanishida ikkinchi o'rinda turadi [20,21,34,63,72].

SZO'O rivojlanishining xavf omillari erta yosh, yomon turmush sharoiti, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilmaslik, emizishning yetishmasligi, to'yib ovqatlanmaslik, past darajadagi ta'lim, noqulay ijtimoiy-iqtisodiy va ekologik vaziyat, immunologik himoya darajasining pasayishi, aholining allergiyasi, yuqori nafas yo'llarining patogen bakteriyalar bilan zararlanishi, yevstaxiev naychasining disfunktsiyasi, antibiotiklar bilan noto'g'ri davolash va tibbiy yordamning yetarli emasligi yoki umuman yo'qligi sabab bo'ladi [90].

SZO'O patogenezida asosiy rolni yallig'lanish jarayonining burun-xalqumdan eshitish naychasining yallig'lanishi o'ynaydi. Eshituv nayining obstruksiya natijasida timpanik bo'shliqda manfiy bosim paydo bo'ladi. Bu timpanik bo'shliqda eksudatsiya hosil bo'lishiga va burun xalqumdan shilliq va bakteriyalarning o'rta quloqqa kirishiga olib keladi [75,78,84,86]. Shunday qilib, infeksiyaning o'rta quloq bo'shlig'iga kirib borishining asosiy mexanizmi tubogen, ya'ni eshitish naychasi orqali. Timpanik bo'shliqqa infeksiyaning kirib borishining boshqa usullari mavjud: travmatik yo'l, meningogen, gematogen; ikkinchisi sepsis, qizamiq, qizamiq, sil, tif kabi kasalliklar

bilan mumkin. Boshqa etiologik omillarga immunoglobulin etishmovchiligi, OIV infeksiyasi va ehtimol genetik moyillik kiradi [78,84].

SZO‘O ko‘p xollarda otogen miya ichi asoratlariga xam sabab bo‘luvchi kasallik. Aksariyat, kasallik maxalliy nog‘ora bo‘shlig‘ida asoratlar kuzatiladi [72,78]. SZO‘Oni asoratlari tufayli har birida davolanishga individual yondashuvni taklif qiladi.

So‘nggi yillarda SZO‘O ni davolash uchun ko‘plab murakkab usullar ishlab chiqildi [29]. Biroq, bu muammo otorinolaringologlarni past samaradorlik va davolashning yangi usullarini izlash tufayli an‘anaviy konservativ usullarni qayta ko‘rib chiqish zarurati oldiga qo‘ydi.

Otomikozning birinchi belgilari ko‘pincha quloqning qichishi va engil tiqilishidir. Terini tirnash, shuningdek, shubhali mum vilkasini mustaqil ravishda olib tashlashga urinishlar qo‘ziqorin infeksiyasining yanada chuqurroq kirib borishiga va aniq yallig‘lanish jarayonining shakllanishiga yordam beradi. Ikkinchisi tashqi quloqning qizarishi va shishishi, ochiq sariqdan jigarrang yoki qora ranggacha bo‘lgan boshqa tabiatning oqishi ko‘rinishi bilan tavsiflanadi. Ular tufayli eshitish kanalining lümeni bloklanadi, bu eshitish qobiliyatini yo‘qotish va begona shovqin hissi bilan namoyon bo‘ladi. Tashqi qo‘ziqorin otit ommaviy axborot vositalari ham kuchli og‘riqlar bilan birga keladi, yutish bilan kuchayadi va mintaqaviy limfa tugunlari kengayadi.

Immuniteti pasaygan odamlarda, masalan, diabet bilan og‘riganlarda, davolanmasdan, qo‘ziqorin infeksiyasi quloq pardasi va o‘rta quloq bo‘shlig‘iga tarqaladi. Bunday holda, otomikoz belgilari yanada aniqroq bo‘ladi. Eshitish qobiliyati yomonlashadi, bosh og‘rig‘i va bosh aylanishi paydo bo‘ladi. Asoratlardan biri yallig‘langan quloq pardasining teshilishi va granulyatsiya paydo bo‘lishi mumkin.

Otolaringolog otomikozni aniqlash va davolashda ishtirok etadi. Tashxis qo‘yish uchun bir qator laboratoriya va instrumental tadqiqotlar o‘tkazish, eshitish organlarining faoliyatini baholash va kasallikning qo‘zg‘atuvchisini aniqlash kerak.

Shikoyatlarni aniqlagandan so‘ng, birinchi alomatlar qancha vaqt oldin paydo bo‘lganligi va predispozitsiya qiluvchi omillar mavjudligi, shifokor ob‘ektiv tekshiruvga o‘tadi. Otomikoz bilan u tashqi quloqning qanday ko‘rinishini baholaydi. Qo‘ziqorin infeksiyasini turli xil rangdagi oqindi va ta’sirlangan organ terisining mustahkamligi,

shishishi va qizarishi bilan shubha qilish mumkin. Otokopiya quloq kanalining torayishi va obstruksiyasi, quloq pardasining yallig'lanishi mavjudligini aniqlashga yordam beradi.

Klinik tavsiyalarga ko'ra, faqat laboratoriya tekshiruvlari yordamida otomikozni tasdiqlash va kasallikning qo'zg'atuvchisi turini aniq aniqlash mumkin. Otorinolingologik chordoq zondi yoki Volkman qoshig'i yordamida quloqdan smear olinadi va olingan biomaterialni maxsus ozuqaviy muhitda mikologik emlash amalga oshiriladi. Mikroskopik tekshiruv ham talab qilinadi.

Otomikoz tashxisida muhim o'rinni qondagi qo'ziqorin infeksiyalarining har xil turlari uchun o'ziga xos immunoglobulinlarni va epiteliya teri hujayralarini qirib tashlashda patogenning genetik materialini aniqlash muhim o'rin tutadi. Yallig'lanish belgilarini, shuningdek, mavjud bo'lgan patologiyalarni aniqlash uchun umumiy va biokimyoviy qon testlari o'tkaziladi va bemor sifilis, OIV va gepatit uchun tekshiriladi.

Bemor to'liq tuzalgunga qadar basseynlarga, hammomlarga, saunalarga tashrif buyurishdan va hovuzlarda suzishdan qochish kerak. Ko'pincha otomikoz uchun dori terapiyasi mahalliy antimikotiklarni qo'llash bilan cheklanadi. Ular laboratoriya tekshiruvlari natijalarini hisobga olgan holda belgilanadi.

Ehtiyotkorlik bilan quloq gigienasi majburiydir. Eshitish kanali, mastoid jarayonining operatsiyadan keyingi bo'shlig'i va o'rta quloq desquamated teri hujayralari, oqindi, oltingugurt va miselyum iplaridan tozalanadi. Keyin ular muntazam ravishda antimikotik preparatlarning eritmalari bilan yuviladi. Kasallikning tashqi shakli uchun otomikoz uchun ilovalar, malhamlar va quloq tomchilari qo'llaniladi.

Antifungal preparatlarni tizimli qo'llash uchun ko'rsatmalar patologik jarayonning relapslari va surunkaliligi, mahalliy davolanishdan ta'sir etishmasligi va boshqa joyning qo'ziqorin infeksiyasining mavjudligi.

Barcha bemorlarga quloq mikroflorasini normallashtirish va immunitetni saqlashga qaratilgan umumiy restorativ terapiya ham kerak.

Otomikozning birlamchi profilaktikasi tashqi quloqning gigienasi, o'tkir va surunkali KBB patologiyalarini o'z vaqtida davolash, chang bilan aloqani cheklash va yuqori namlik ta'sirini o'z ichiga oladi. Boshqa odamlarning naushniklaridan foydalanish

tavsiya etilmaydi. Har qanday eshitish vositasi foydalanishdan oldin dezinfektsiya qilinishi kerak.

SZO‘O ni davolashni optimallashtirish bugungi kunda otorinolaringologiyaning asosiy vazifalaridan biridir. Ularni davolash usullarini takomillashtirish hozirgi kunga qadar otorinolaringologiyaning dolzarb muammolaridan biri bo‘lib qolmoqda, bu esa sezilarli darajada tarqalishi bilan bog‘liq va har doim ham qoniqarli davolash natijalari kuzatilmayapti [57,58,62,65].

So‘nggi yillarda antibakterial dorilarning keng mavjudligi va ko‘pincha asossiz retseptlar tufayli mikroorganizmlarning antibiotiklarga chidamli shtammlari ko‘paydi, bu o‘z navbatida surunkali SZO‘O foizining oshishiga, turli xil asoratlarning paydo bo‘lishiga olib keladi [44,62,72]..

SZO‘Oda antibiotiklardan foydalanish masalasi alohida muhokama qilinishi kerak. Antibiotiklarni mahalliy qo‘llash antibakterial preparatlar bilan quloq tomchilarini qo‘llashdan iborat. Ushbu tomchilarning bir qismi bo‘lgan antibiotiklar oddiygina teshilmagan nog‘ora parda orqali o‘tmaydi va teshilgan holda, ularning timpanik bo‘shliq ekssudatidagi kontsentratsiyasi nisbatan kichik va ko‘pincha terapevtik darajaga yetib bormaydi. Bundan tashqari, quloq tomchilari burun bo‘shlig‘i, paranazal sinuslar va burun-xalqum florasiga ta’sir qilmaydi. Ototoksik antibiotiklarni o‘z ichiga olgan quloq tomchilari, ayniqsa teshilgan nog‘ora pardaga juda ehtiyotkorlik bilan qo‘llanilishi kerak.

O‘rta quloqning yallig‘lanish kasalliklarini davolashda antibakterial vositalarni tanlash otorinolaringologning muhim vazifasidir. Ijtimoiy va iqtisodiy omillarni, o‘rta quloqdan ajralma bakteriologik tahlil natijalarini, kasallikning og‘irligini, tabiatini, asoratlarni mavjudligini hisobga olish zarurati bu vazifani mutaxassis zimmasiga mas’uliyat yuklaydi [65,66,67].

SZO‘Oda tizimli ATdan foydalanishning maqsadga muvofiqligi masalasi munozarali bo‘lib qolmoqda. Ko‘pgina bemorlarda kasallik belgilari 24-72 soat ichida davolanmasdan o‘z-o‘zidan yo‘qoladi. Biroq, ko‘pchilik otiatrlar antibiotiklardan foydalanishni tavsiya qiladilar, chunki intrakranial asoratlarning rivojlanish xavfini antibakterial dorilarni tizimli qo‘llash bilan bog‘liq xavf bilan taqqoslab bo‘lmaydi [9,31,32].

ATni tayinlashda flora va antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash bilan quloqdan oqishni o'rganish optimal bo'lib qolmoqda [19,24,25]. Biroq, bunday tadqiqot har doim ham mumkin emas, bundan tashqari, ba'zida darhol antibiotik terapiyasi talab qilinadi.

O'rta otit bilan og'rikan bemorlarda quloqdan yiringli oqishni bakteriologik tahlil qilish eng ko'p uchraydigan 3 patogenni aniqladi: Stafilakok, gemofilis influenza (b-laktam ishlab chiqaruvchi shtammlar 35% dan ortiq hollarda ajratilgan), streptokoklar (b-laktam ishlab chiqaruvchi shtammlar 85% dan ortiq hollarda ajratilgan) [69,74,88]. SZO'O ni boshqa bakterial va virusli patogenlar ham keltirib chiqarishi mumkin, ularning nisbiy chastotasi bemorlarning yoshi va epidemiologik vaziyatga qarab o'zgaradi [13,14,69]. Hujayra ichidagi patogenlarning ahamiyati ham o'rganilmoqda [18,19,69].

SZO'O bilan bog'liq bo'lgan boshqa barcha bakteriyalarning ulushi 10% dan ko'p bo'lmagan holatlarni tashkil qiladi bakterial assotsiatsiyalarning mavjudligi juda kam uchraydi. Shunday qilib, dastlabki empirik antibiotik terapiyasini rejalashtirish ushbu holatni hisobga olishni talab qiladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, quloqning yallig'lanish kasalliklarida haqiqiy etiologik rol faqat cheklangan miqdordagi bakteriyalarga tegishli bo'lishi mumkin. Bunday hollarda faqat ma'lum bir yuqumli jarayonning patogenezida bakteriya ishtirok etishi va har xil bakteriya turlari, avlodlari va oilalari vakillari ko'pincha bir xil nozologik shakl bilan bog'langanligini aytish o'rinli bo'ladi.

AF (texnazol) va otozoldan foydalanish qo'shma kasalliklardan aziyat chekadigan odamlarni murakkab davolashda muhim ahamiyatga ega. Shunga qaramay, aniqlangan qiyinchiliklar yoki salbiy ta'sirlar yo'q edi. Ularning kasallikning rivojlanishiga va yallig'lanish jarayoniga foydali ta'siri ko'rindi va klinik belgilar va davolash ta'sirini baholash klinik yaxshilanishga mos ravishda o'zgartirildi.

Qo'ziqorinlarga qarshi dori-darmonlarni qabul qilish va uni chidamlilik va Otozol preparati bilan birlashtirish yallig'lanish holatini davolashni osonlashtirdi, tananing immunitet reaksiyasini rag'batlantirdi va organizmga tizimli ta'sir ko'rsatish orqali shilliq qavatning normal ishlashini tikladi.

Shu sababli, LT va Otozolni quloq doka shaklida qo'llash, Teknazol dori-darmonlarini butun og'ir davolanish davrida qo'llash bilan birga, SZO'O klinik belgilarining tez yo'qolishiga olib keldi va foydali ta'sir ko'rsatdi. Vaziyatning rivojlanishiga asoslanib, bu farmakologik terapiya samaradorligini oshirish va davolanish muddatini qisqartirish imkonini berdi.

Quloqning yallig'lanish kasalliklari patogenezida bakteriyalarning ishtiroki shubhasiz bo'lganligi sababli, ushbu kasalliklarning patogenetik terapiyasiga antibakterial preparatlarni kiritish uslubiy jihatdan asoslanadi.

Tashxis qo'yilgan quloqning yallig'lanish kasalliklari uchun RATni rejalashtirish jarayonning zo'ravonlik va zo'ravonlik darajasini baholashga, eng ko'p ehtimoliy etiopatogenetik agentni aniqlashga (jahon klinik va bakteriologik tajribaga asoslanib) va infeksiyani yuqtirish tartibiga asoslanadi, oldingi AF kurslaridagi muvaffaqiyatsizliklarni hisobga olgan holda va nihoyat, ma'lum bir ob'ekt uchun xarakterli bo'lgan AFning tavsiya etilgan ob'ektining ma'lum antibakterial dorilariga orttirilgan qarshilik darajasi to'g'risidagi ma'lumotlarning yig'indisidir [24,25,44].

O'rta quloqning yallig'lanish kasalliklarini davolashda antibakterial vositalardan, shu jumladan yangi avloddan keng tarqalgan tizimsiz foydalanish nafaqat mikrofloraning tibbiy amaliyotda qo'llaniladigan ko'pgina antibiotiklarga chidamliligini oshirishga va tananing qo'shimcha sezgirligiga olib keldi [31].

Muayyan yuqumli kasallikni keltirib chiqaradigan etiologik omilni aniqlash davolashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. ABni boshlash uchun preparatlar empirik tarzda buyuriladi, bu tanlov quloq kasalliklarining eng keng tarqalgan patogenlari, ularning ushbu mintaqadagi antibakterial dorilarga sezgirligi, shuningdek, tarix ma'lumotlariga asoslangan bo'lishi kerak. Antibiotiklar ma'lum bir patologiyaning mumkin bo'lgan patogenlari haqidagi g'oyalarni hisobga olmasdan, aniqlanmasdan, shuningdek, ularning antibakterial dorilarga sezgirligi haqidagi zamonaviy ma'lumotlarni hisobga olmasdan buyuriladi.

Ba'zi hollarda, shifokorning o'rta otit bemorlarining ayrim toifalariga antibakterial preparatlardan asossiz ravishda voz kechishi holatlari mavjud. Bu faqat antibiotiklarning ayrim guruhlariga allergik reaksiya bo'lgan bemorga antibiotikni buyurish imkonsiz

bo'ladi. Shifokor homilador ayolga yoki emizikli onaga antibakterial preparatni buyurish maqsadga muvofiqmi yoki yo'qligini hal qilishda jiddiy qiyinchiliklarga duch keladi [61,62,65]. Homiladorlikning turli davrlarida dori vositalarining homilaga ta'siri bilan bog'liq embriotoksik ta'sir xavfini differensial baholash kerak.

AB samaradorligining yetishmasligi sabablari orasida ma'lum bo'lgan ob'ektiv sabablar bilan bir qatorda uni amalga oshirishda shifokorning turli xil xatolari muhim rol o'ynaydi [75,83,84,88].

Zamburug'larga qarshi davolashning maqsadi nafaqat surunkali yallig'lanish belgilarini yo'qotish emas, balki patogenni yo'q qilish (yo'q qilish) dir [68]. Patogenlarni yo'q qilishga erishish surunkali infeksiyaning surunkali holatga o'tishini oldini oladi, surunkali kasalliklarda asoratlarni sonini kamaytiradi va qaytalanishi orasidagi intervalni oshiradi. Yo'q qilishning yetishmasligi infeksiyaning qaytalanishi va tarqalishiga, chidamli shtammlarning shakllanishiga olib keladi. Infeksiyalarni davolashda mikroorganizmlarni ishonchli yo'q qilishning ajralmas shartlari antibiotikning asosiy patogenlarga qarshi faolligi, infeksiya o'chog'ida antibiotikning yetarli konsentratsiyasi va kerakli vaqt davomida bakteriyalar o'sishini bostiradigan konsentratsiyani saqlab turishdir.

Zamonaviy klinik mikrobiologiya rivojlanishining uslubiy va uslubiy darajasi otorinolaringologik patologiyaning mikrobiologik tarkibiy qismini yuqori aniqlik bilan tavsiflash va quloq, tomoq kasalliklarini oqilona bakteriologik diagnostika qilish uchun moddiy-texnik va normativ bazani ishlab chiqish imkonini berdi. [13,14,25,30,41]. Zamonaviy antifungitsid dorilarning umumiy ta'sir doirasi otorinolaringologik patologiya uchun ahamiyatli bo'lgan barcha bakteriyalarni qamrab oladi. Ushbu dori-darmonlarni keng qo'llash, afsuski, har doim ham asosli va oqilona emas, mikroorganizmlarga va antibakterial vositalarga chidamli va ko'p chidamli shtammlarni tanlashga aniq tanlov qilish kerak. Bunday shtammlarning mavjudligi otorinolaringologiyada etiopatogenetik terapiyani boshlashning eng oqilona strategiyasi bo'lgan empirik antibakterial terapiyasi sxemalarini rejalashtirishga jiddiy tuzatishlar kiritadi. Bakteriyalarning antibakterial vositalarga orttirilgan chidamliligini tarqalishini tizimli tizimli bakteriologik va epidemiologik baholash AB sxemalarini ishlab chiqish va

biosferada chidamli va ko'p dori-darmonlarga chidamli bakteriya shtammlarining global tarqalishining oldini olish bo'yicha chora-tadbirlarni ishlab chiqish uchun ilmiy asos bo'lish uchun mo'ljallangan.

Patologik jarayonning aniq belgilari miselyum teriga chuqur kirib borganida paydo bo'ladi. Otomikozning asosiy belgilari odatda terida doimiy qattiq qichishish, quloq kanali va aurikulning sezgirligini oshirish, to'liqlik hissi, quloqdagi tiqilish va shovqin, kam miqdorda oqindi. Quloq og'rig'i kuchaymasa, engildir. Ba'zi bemorlar ta'sirlangan quloq tomonida bosh og'rig'idan shikoyat qiladilar.

Otoskopiyada quloq kanali terining yallig'lanish infiltratsiyasi tufayli butun uzunligi bo'ylab torayadi. Quloq kanalidan patologik tarkibni olib tashlaganidan so'ng, quloq pardasi aniq ko'rinadi, quloq kanalining devorlari o'rtacha darajada giperemikdir.

Mog'or otomikozi tashqi o'tish joyida patologik oqindi mavjudligi bilan tavsiflanadi, u *Aspergillus niger* qo'ziqorini bilan zararlanganda qora-qo'ng'ir, *Aspergillus flavus* va *Aspergillus fumigatus* zamburug'lari tomonidan infiltratsiya qilinganida sarg'ish yoki yashil rangga ega.

Penicillium jinsi qo'ziqorinlari tomonidan qo'zg'atilgan mog'or otomikozida tashqi eshitish kanalida suyuq seroz oqindi mavjud bo'lib, unga qarshi eshitish yo'lining butun uzunligi bo'ylab yumshoq konsistensiyaga ega sarg'ish-oq qobiqlar mavjud bo'lib, ular osongina chiqariladi. Ularning eng ko'p soni eshitish kanalining suyak qismida va quloq pardasida qayd etilgan. Chiqarish odatda hidsizdir.

Candida jinsi qabilalari tomonidan kelib chiqqan otomikoz klinik jihatdan tashqi quloqning yig'layotgan ekzemasiga o'xshaydi. Patologik oqindi oq yoki sarg'ish qobiqlar, pityriazga o'xshash tarozilar yoki eshitish kanalining lümenini qoplaydigan kazeoz massalar shaklida bo'lishi mumkin. Jarayon ko'pincha aurikulga va quloq sohasi orqasiga cho'ziladi.

Otomikozli bemorlar tananing umumiy holatini, otomikozning klinik ko'rinishini va kasallikni keltirib chiqaradigan qo'ziqorin turini hisobga olgan holda qat'iy individual mahalliy antifungal terapiyadan o'tadilar. *Aspergillus flavus* va *Aspergillus glaucus* qo'ziqorinlari bilan kasallanganda nitrofungin ishlatiladi; *Candida* qo'ziqorinlari -

klotrimazol (kanesten), griseofulvin va nistatin; zamburug'lar *Candida albicans* va *Aspergillus glaucus* - lutenurin.

Klotrimazolning 1 % li eritmasi yoki kremi, 1 % li grisemin emulsiyasi, 0,5 % li lutenurin emulsiyasi, nistatin emulsiyasi, flavofunginning 2 % li spirt eritmasi, nitrofunginni mahalliy surtish samarali.

Umumiy va mahalliy allergiyaning og'ir belgilari bo'lsa, desensibilizatsiya qiluvchi davolash buyuriladi - difengidramin, suprastin, 1% kaltsiy xlorid eritmasi og'iz orqali.

Shunday qilib, SZO'O kasalliklarini davolash muammosi dolzarb va murakkab bo'lib qolmoqda. Konservativ usullar yetarli darajada samarali emas va jarrohlik davolash juda xavfli (ayniqsa, xavf ostida bo'lgan bemorlarda) va operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori foizi bilan to'la. Shuning uchun bu kasallik juda dolzarb bo'lib, SZO'O bilan og'rigan bemorlarni davolashning past davolash natijasi va patogenetik jihatdan asoslangan usullarini yanada rivojlantirishni talab qiladi.

Oxirgi qirq yilliklar jahon tibbiyotining barcha sohalariga yuqori va past energiyali lazer nurlanishining keng miqyosda kiritilishi bilan ajralib turdi. Otorinolarologiyada lazer terapiyasi (LT) 30 yildan ortiq vaqtdan beri qo'llanilgan [1,100,101].

Lazer texnologiyasi, uni tibbiyotda qo'llash usullari ekzotik noyoblik olamidan tibbiy ishning kundalik amaliyotiga tezda kirib keldi. Bu jarayon otorinolarologiyani chetlab o'tmadi. Ushbu soha mutaxassislari birinchilardan bo'lib RT va jarrohlikning ahamiyatini eksperimental va klinik baholashda faol qatnashdilar va lazer fotoelektr effektlarini qo'llashni yaxshilashga katta hissa qo'shdilar.

Lazer ta'sirining invaziv bo'lmagan, birinchi navbatda transkutan usullaridan foydalanish istiqbolli va mantiqiydir, ayniqsa lazer nurlanishining biologik to'qimalarga yuqori kirish kuchi va bunday protseduralarning soddaligini hisobga olgan holda. Bunday RT seanslari paytida bemorda sub'ektiv hisslarning yo'qligi ham muhimroqdir [4,22,23,27,42].

Lazer terapiyasi usullari tibbiyotning turli sohalarida, ayniqsa stomatologiya, dermatologiya, jarrohlik va oftalmologiyada keng qo'llaniladi [6,27,42, 45,47,49,89].

Zamonaviy tibbiyotni, xususan, otorinolarologiyani tasavvur qilish qiyin va texnikaning eng yangi yutuqlaridan keng foydalanmasdan. So'nggi yillarda jarrohlikda

kam energiyali lazerlarni qo'llash bo'yicha ko'plab ilmiy ishlar nashr etildi va lazer jarrohligining alohida masalalari bo'yicha kichik turkum monografiyalar nashr etildi.

Jarrohlikda geliy-neon lazer nurlanishi (GNL) yiringli mastit, surunkali osteomielitning kuchayishi va operatsiyadan keyingi infiltratlar uchun qo'llaniladi. Mavjud adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, barcha bemorlarda bir nechta lazer ta'siridan so'ng yallig'lanish jarayoni susayadi, og'riq va to'qimalarning infiltratsiyasi kamayadi. Davolash paytida va undan keyin asoratlarning yo'qligi bu usulni ambulator davolanish uchun tavsiya qilish imkonini beradi [4,11,12,48,49].

GNL trofik yaralari va uzoq muddatli davolanmaydigan yaralari bo'lgan bemorlarni mustaqil usul sifatida yoki yuqori intensiv lazer nurlanishi bilan birgalikda davolash uchun ishlatiladi. Bundan tashqari, GNL nurlanishi jarrohlikda flegmona, xo'ppoz, yallig'lanish infiltrati, artrit, osteomielit va odontogen yallig'lanish kasalliklarini davolashning boshqa usullari bilan birgalikda qo'llanilgan [6,12].

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Respublika lazer jarrohligi va tibbiyot markazida birinchi marta turli xil yuqori va past intensiv lazer nurlanish manbalaridan birgalikda foydalanish bo'yicha dasturlar majmuasi yaratildi. Eksperimental sinovdan o'tkazildi va keng klinik qo'llanilishini topdi. Kalin Yu.I tajribasi sifatida va boshqalar (1994), asosiy past intensivlikdagi (terapevtik) lazerlarning ijobiy xususiyatlarini keng integratsiyalashuvi qorin bo'shlig'i organlariga turli hajmdagi va murakkablik darajasidagi jarrohlik aralashuvlarning bevosita natijalarini sezilarli darajada yaxshilashga imkon berdi (22,23).

So'nggi yillarda Lazerni samarali fizioterapevtik usul sifatida qo'llash tibbiyotda keng tarqaldi.[16,17]. Buning sababi, bu turdagi nurlanishning biologik to'qimalarga ta'sirining o'ziga xos xususiyatlari. Bugungi kunga kelib, ushbu masalaga va klinik tibbiyotda ushbu jismoniy omildan amaliy foydalanishga bag'ishlangan sezilarli miqdordagi ishlar mavjud [33,70].

PILN ning biologik ob'ektlarga ta'sir qilish mexanizmi bo'yicha haligacha mavjud emas [4,36,55,59]. Lazer nurlanishining tirik organizmga ta'sir qilish mexanizmini tushuntiruvchi ko'plab nazariyalar mavjud. Bu esa, muammoning hali yakuniy yechimini topmaganidan dalolat beradi. Bir qator mualliflarning fikricha, past

intensivlikdagi lazerning biologik ta'siri elektromagnit nurlanishning kogerent kvantlarining biologik moddaning atom va molekulyar tuzilmalari bilan o'zaro tasiriga asoslanadi [4,33,47,53,54].

PILN to'qimalarga ta'sir qilishning asosiy mexanizmlari fotokimyoviy, elektrokimyoviy va fotoelektrik reaksiyalar bo'lib, ular molekulyar, subhujayralar, hujayralar, to'qimalar va organlar darajasida, shuningdek organizm darajasida kuzatilgan. butun [77,100,101].

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra [22,23,42,43,48,50] lazer ta'siri yallig'lanishga qarshi, og'riq qoldiruvchi, antispazmolitik, dekongestan, trofizm va to'qimalarning yangilanishini rag'batlantiradi, ferment tizimlarining faoliyatini o'zgartiradi, oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini faollashtiradi va to'qimalarning nafas olish faolligini oshiradi, organellalar darajasida fotokimyoviy reaksiyalarga olib keladi. Bundan tashqari, kogerent lazer nurlanishi yuqori penetratsion kuchga ega va uning teri ta'siri kontaksiz ta'sir qilish bilan 3 sm gacha bo'lgan chuqurlikda seziladi, ya'ni. ba'zi hollarda proprioretseptorlar va ichki organlar yuzasida [50,54,79,80]. LT sanogenez jarayonlarini faollashtirish orqali ushbu surunkali kasalliklarni kompleks davolash samaradorligini oshirishga qodir.

Xususan, zaif lazer nurlanishi metabolik jarayonlarga sezilarli ta'sir ko'rsatishi, hujayralardagi RNK, DNK, ATP va glikogen miqdorini oshirishi (hech bo'lmaganda shilliq qavat va epidermis hujayralarida) ta'kidlangan [4,11,12] ,36,60].

Bu ta'sir ba'zi fermentlarning (aldolaza, laktat dehidrogenaza, alfa-glitsitserofosfatdehidrogenaza, suksinatdehidrogenaza, adenosin trifosfataza) faolligini oshiradi, energiya almashinuvining faolligini oshiradi, epiteliya hujayralarining bazal membranalarida neytral mukopolisaxaridlar miqdorini oshiradi. PILN membranalarining strukturaviy va funktsional qayta tuzilishiga olib keladi va to'qimalarda tashish jarayonlariga ta'sir qiladi [4,11,70].

PILNni ta'sir qilish vositasi sifatida tanlash, bir tomondan, uning butun organizmga yuqori darajada uyushgan, muvozanatsiz, o'z-o'zini tuzadigan va o'zini o'zi tashkil etuvchi tizim sifatida ta'sir qilish mexanizmlari bilan belgilanadi, ko'plab laboratoriya

va klinik tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, LOR a'zolarining patologiyasini davolashda past energiyali lazerlardan foydalanish samaradorligini isbotlaydi [1,27,46,73].

Past chastotali lazer ta'siri vosita neyronlarining funksional holatiga ta'sir qiladi. Lazer nurlanishining ta'siri ostida hujayralarning bostiruvchi faolligini normallashtirish bilan birga ularning yuzasi faollashadi.

Yorug'lik va radio to'lqinlarining umumiy tabiatiga qaramay, ko'p yillar davomida optika va elektronika bir-biridan mustaqil ravishda rivojlanmoqda. Faqat 20-asrning o'rtalarida fizikaning yangi mustaqil sohasi - kvant elektronikasiga asos solgan molekulyar kuchaytirgichlar va radioto'lqinlar generatorlarini yaratish bo'yicha ishlar amalga oshirildi. Kvant elektronikasi kvant tizimlaridan qo'zg'atilgan emissiya yordamida elektromagnit to'lqinlarni kuchaytirish va hosil qilish usullarini o'rganmoqda. Bu kvant generatorlarining o'ziga xos xususiyatlarini aniqlaydi: bo'shliq va vaqtdagi yuqori radiatsion uyg'unlik, yuqori monoxromatiklik, nurlanish nurining tor yo'nalishi, quvvat oqimining juda katta kontsentratsiyasi va juda kichik hajmlarda diqqatni jamlash qobiliyati. Lazerlar turli xil faol muhitlar asosida yaratilgan: gazsimon, suyuq yoki qattiq. Ular nurlanishni to'lqin uzunliklarining juda keng diapazonida - 100 nm (ultrabinafsha nur) dan 1,2 mikrongacha (infraqizil nurlanish) berishi mumkin va ham doimiy, ham pulslı rejimlarda ishlashi mumkin. Lazer uchta printsiptial muhim tugunlardan iborat: emitter, nasos tizimi va quvvat manbai, ularning ishlashi maxsus yordamchi qurilmalar yordamida ta'minlanadi. Lazerlarni yaratishda amalga oshiriladigan g'oya - bu termodinamik muvozanatsiz tizimlarni yaratish, bunda Bolsman qonuniga zid ravishda, quyi qismga qaraganda yuqori darajadagi zarralar ko'proq bo'ladi. Kamida ikkita energiya sathida energiya darajasi yuqori bo'lgan zarrachalar soni kamroq energiyaga ega bo'lgan zarrachalar sonidan oshib ketadigan muhit holati deyiladi, ular teskari darajadagi populyatsiyaga ega va bu vosita faol. Lazer yaratish tamoyillarida ishlatiladigan keyingi g'oya radiofizikada paydo bo'lgan. Uni amalga oshirish jarayonida hosil bo'lgan stimulyatsiya qilingan emissiyaning bir qismi ishchi moddaning ichida qoladi va tobora ko'proq hayajonlangan atomlar tomonidan qo'zg'atilgan emissiyani keltirib chiqaradi. Bunday jarayonni amalga oshirish uchun, faol muhit odatda ikkita nometalldan iborat bo'lgan optik rezonatorga joylashtirilgan

bo'lib, unda hosil bo'lgan nurlanish faol muhitdan qayta-qayta o'tib, uni izchil qo'zg'aladigan emissiya generatoriga aylantiriladi.

A.Yu.Ovchinnikov va uning hammualliflari lazer nurlanishi prostaglandinlar biosintezi va hujayra ichidagi membrana regeneratsiyasini cheklash orqali yallig'lanish jarayonining barcha uch bosqichiga (ekssudativ, alterativ, proliferativ) ta'sir ko'rsatishini aniqladilar; hujayralari sonining ko'payishi, ularning keyinchalik degranulyatsiyasi va endogen mediatorlarning (serotonin va sistein) chiqarilishi; granulyatsiya to'qimalarining tezroq shakllanishi va uning kamolotini tezlashtirish, kollagen va elastik tolalar hosil bo'lishi, asab tolalari va boshq maxsus to'qimalarning regeneratsiyasi bilan to'qimalarda proliferativ-regeneratsiya jarayonlarini kuchaytirish [46,48,49,52,56,60].

Lazer nurlanishining organizmga umumiy ta'sir qilish mexanizmi quyidagicha namoyon bo'ladi: vegetativ va gormonal funksiyalarni normallashtirish bilan neyroendokrin tizimni faollashtirish, gipotalamus-gipofiz-adrenal tizimning intensivligi, asab tizimining simpatik bo'limini rag'batlantirish. ; makro- va mikrofaq tizimlarining fagotsitik qobiliyatini oshirish bilan gematopoetik tizimni rag'batlantirish; nospesifik gumoral himoya omillarining ko'payishi; hujayra va gumoral o'ziga xos immunitetning immunokompetent tizimini faollashtirish; desensibilizatsiya qiluvchi ta'sir; qonning fibrinolitik faolligini faollashtirish; tananing nospesifik mudofaasini oshirish [1,4,43,73,80].

Kuchsiz lazer nurlanishining biologik ta'siri bo'yicha ko'rib chiqilgan eksperimental tadqiqotlar [1, 43, 76] ko'ra PILN ikkinchisiga quyidagi ta'sirlarni ajratib ko'rsatishga imkon beradi:

1. Ko'payish jarayonlariga ta'siri, turli to'qimalar komponentlarini farqlash, reparativ regeneratsiya va transplantatsiya (teri, shilliq pardalar, nervlar, suyaklar);
2. Tananing himoya tizimini mobilizatsiya qilish, fagotsitoz jarayonini kuchaytirish, gumoral omillarni kuchaytirish bilan immunitet tizimiga ta'sir qilish;
3. Nurlangan to'qimalarning qarshiligiga ta'siri;

4. Analgezik reaksiyaning namoyon bo'lishi bilan asab tizimiga ta'sir qilish.

Lazer ta'sirining biologik ta'siri nurlangan ob'ektning turiga, uning lokalizatsiyasiga va funksional holatiga bog'liq. To'qimalarning rangi va yuzasi, ularning vaskulyarizatsiya darajasi, so'rilgan va aks ettirilgan lazer energiyasining darajasini belgilaydigan muhim ahamiyatga ega.

Yorug'lik va radio to'lqinlari tez-tez uchrasa-da, optika va elektronika sohalari sezilarli vaqt davomida alohida rivojlanmoqda. 20-asrning o'rtalarida tadqiqotchilar molekulyar kuchaytirgichlar va radioto'lqin generatorlarini ishlab chiqishni boshladilar, bu fizikaning kvant elektronikasi deb nomlanuvchi alohida sohasi uchun asos yaratdi. Kvant elektronika kvant tizimlaridan stimulyatsiya qilingan emissiyadan foydalangan holda elektromagnit to'lqinlarni kuchaytirish va ishlab chiqarish usullariga e'tibor qaratadi. Kvant generatorlarining ajralib turadigan xususiyatlari orasida fazoda ham, vaqtda ham ajoyib radiatsiya kogerentligi, ajoyib monoxromatiklik, qat'iy yo'naltirilgan nurlanish nurlari, juda yuqori quvvat oqimi konsentratsiyasi va juda kichik hajmlarda konsentratsiya qilish qobiliyati kiradi. Lazer texnologiyasi gazsimon, suyuq va qattiq moddalarni o'z ichiga olgan bir nechta faol vositalardan foydalanadi. Ushbu ob'ektlar 100 nm (ultrabinafsha nur) dan 1,2 mikron (infraqizil nurlanish) gacha bo'lgan to'lqin uzunligining keng spektrida nurlanishni chiqarish qobiliyatiga ega. Bundan tashqari, ular doimiy va impulsli rejimlarda ham ishlashi mumkin. Lazer uchta asosiy komponentdan iborat: emitent, nasos tizimi va quvvat manbai. Ushbu komponentlar maxsus yordamchi qurilmalar yordamida boshqariladi. Lazerlarni qurishdan maqsad, Bolsman qonuniga zid bo'lgan yuqori darajadagi zarrachalarning yuqori konsentratsiyasi bo'lgan termodinamik muvozanatsiz tizimlarni o'rnatishdir. Yuqori energiya darajasidagi zarrachalar soni pastroq energiya darajasidagi zarrachalar sonidan ko'p bo'lgan muhit holati qarama-qarshi darajadagi populyatsiyaga ega faol muhit deb ataladi. Lazer ishlab chiqarish tamoyillarida qo'llaniladigan keyingi kontseptsiya radiofizika sohasidan kelib chiqadi. Uning bajarilishi davomida hosil bo'lgan stimulyatsiya qilingan emissiyaning bir qismi faol muhitda qoladi va ko'proq hayajonlangan atomlar tomonidan keyingi emissiyani keltirib chiqaradi. Ushbu protsedurani amalga oshirish uchun faol vosita ko'pincha ikkita ko'zgudan tashkil topgan optik rezonator ichida joylashgan. Ushbu rezonator ichida hosil

bo'lgan nurlanish faol muhitdan bir necha marta o'tadi, natijada muhit izchil ravishda rag'batlantiriladigan emissiya generatoriga aylanadi.

Lazerning ta'sir qilish mexanizmi biofilm nazariyasi nuqtai nazaridan ikkinchisining fiziologik jarayonlarga ta'siri bilan bog'liq; fiziologik rezonansning ta'siri; fotosensitivlik va fotodinamik effekt; erkin radikal reaksiyalar induksiyasi [6,12,17,23].

Bugungi kunga kelib, lazer nurlanishining biologik ob'ektlarga ikki xil ta'sir ko'rsatishi umumiy qabul qilingan: ushbu nurlanish energiyasini o'zlashtiradigan makromolekulalar (nuklein kislotalar va oqsillar) ning konformatsiyasi va funksional faolligining o'zgarishi tufayli va o'ziga xos bo'lmagan ta'sir tufayli. funksiyalarni tartibga solishning neyrohumoral tizimi orqali nurlanish [12, 16,27,43].

Tadqiqot natijalari quloqdagi yallig'lanish jarayonlarini davolashda lazer nurlanishining inson tanasi bilan o'zaro ta'siridan foydalanish imkoniyati bo'yicha ko'plab tadqiqotlar ma'lumotlariga zid emas.[6,43,76].

Lazer terapiyasini yanada rivojlantirishning muhim omili bu dori vositalarining kasal organizmga nojo'ya ta'sirining mavjudligidir [77].

Shu nuqtai nazardan, fizioterapiyaning bir qismi sifatida lazer terapiyasi, ayniqsa surunkali bemorlar uchun davolashning boshqa usullariga nisbatan juda ko'p afzalliklarga ega. Shu bilan birga, shuni esda tutish kerakki, lazer terapiyasi to'liq ishlab chiqilmagan, "oq dog'lar" ham mavjud va lazer ta'sir qilish dozasining matematik hisoblari har doim ham klinik ta'sirga to'g'ri kelmaydi, masalan, lazer intensivligi. radiatsiya ba'zan oy yorug'ligining intensivligiga teng bo'ladi [22,91,92]. Ba'zi mualliflar plasebo effektini sinovdan o'tkazdilar va u boshqa davolash usullari bilan bir xil degan xulosaga kelishdi [12,23]. Tananing lazer bo'lmagan nurlanishiga yorug'lik ta'siri lazer nurlanishi kabi klinik yaxshilanishni ta'minlamaydi. Agar dalillarga asoslangan tibbiyot usullari qo'llanilsa, ko'plab qarama-qarshiliklarni hal qilish mumkin. Ammo bunday usullar katta moliyaviy xarajatlarni va kuzatishlar uchun katta miqdordagi materialni talab qiladi.

Lazer bilan davolash paytida shifokorlar ba'zan hayratlanarli darajada ijobiy ta'sirga ega bo'lishadi va bu usulni panaseya deb bilishadi, ammo bu tibbiyotda bo'lmagan va bo'lmaydi [12,79,80,81]. Lazer nurlanishi bilan monoterapiya haqida

gapirish juda erta, ammo u preparatning dozasini va davolanish muddatini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Kasallikning oldini olish uchun LTni monoterapiya sifatida muvaffaqiyatli qo'llash mumkin, bu davolanish narxini sezilarli darajada kamaytiradi. LT deyarli hech qanday kontrendikatsiyaga ega emas va barcha nevrologik kasalliklarni kompleks davolashda qo'llanilishi mumkin [11,79,82,87].

So'nggi yillarda bemorlarda SZO'O ni davolashda an'anaviy davo muolajalardan tashqari, zamburug'ga qarshi preparatlar katta e'tibor berildi [8,72,86,94]. Afsuski, yaqin vaqtgacha O'zbekistonda ro'yxatga olingan ushbu guruh dori vositalarining arsenali nihoyatda cheklangan edi. [8,86]. Teknazol preparati triazollar guruxiga kirib, antifungal preparat bo'lib, keng spektrdagi zamburug'larga qarshi, fungitsid tasirga ega. Kandida Albikanis, Mukor, Asparagilla nigra, Kladosporum kabi zamburug'larga tasir qiladi. Teknazol preparati og'iz orqali qabul qilish qilishga mo'ljallangan. Intrakanazolning tasir qilish mexanizmi zamburug' membranasining asosiy komponentiga ergosterolning biosinteziga tasir ko'rsatadi. [85,96,97]. Preparatning ta'sirining kombinatsiyasi sinuslarning drenajini va ventilyatsiyasini tiklashga olib keladi. Ekssudatning reologik xususiyatlarini yaxshilash orqali nafas olish yo'llari epiteliyasining himoya xususiyatlarini normallantiradi, shuningdek immunostimulyator faollikka ega [8,93,94,95,98]. [96,99,102]. Otozol- imidazol zamburug'ga qarshi preparat, quloq tomchisi bo'lib, zamburug' xujayra membranasiga tasir qiladi. Zamburug' xujayra membranasining ergosterol sintezini buzadi. Imidazol xosilasi bulib, antimikotik tasir qiladi.

Lazeroterapiyadan foydalanish otorinolingologiyada qo'shimcha ijobiy istiqbollarni ochadi. Shu sababli, amaliy nuqtai nazardan, maxalliy preparati yordamida Teknazol preparatini qo'llash bilan oqilona antibiotik terapiyasining eng istiqbolli kombinatsiyasi deb hisoblash uchun asoslar mavjud. SZO'O ni davolashning bunday kombinatsiyalangan organi saqlaydigan va kamroq shikastli varianti otorinolingologiyada keng qo'llaniladigan muhim alternativa bo'lishi mumkin.

Shunday qilib, SZO'O bilan og'rigan bemorlarni davolashda mavjud adabiyot ma'lumotlarini tahlil qilish asosida, Teknazol preparatidan foydalangan holda, maxalliy otozol preparati va lazer terapiyasidan foydalangan holda oqilona antibiotik terapiyasi

patogenetik kompleks terapiyaning zarur komponenti sifatida katta istiqbolga ega. Ushbu kompleks terapiya usulining ko'p tomonlama ta'sir mexanizmlari, mavjudligi va samaradorligini hisobga olgan holda, uni yanada chuqur va har tomonlama o'rganish maqsadga muvofiqdir.

Lazer fiziologik jarayonlarga biofield nazariyasi, fiziologik rezonans, fotosensitivlik va erkin radikal reaksiyalarni yaratish orqali ta'sir qilish orqali ishlaydi.

Hozirgi vaqtda lazer nurlanishining biologik ob'ektlarga ikki xil ta'siri borligi keng e'tirof etilgan: birinchidan, bu nurlanish energiyasini o'zlashtiradigan yirik molekulalarning (masalan, nuklein kislotalar va oqsillar) tuzilishi va funktsional xatti-harakatlarida o'zgarishlarga olib keladi va ikkinchidan, u turli tana funktsiyalarini tartibga soluvchi neyroxumoral tizim orqali o'ziga xos javoblarni keltirib chiqaradi.

Tadqiqot natijalari quloqning yallig'lanish kasalliklarini davolash uchun inson tanasi bilan o'zaro ta'sir qiluvchi lazer nurlanishidan potentsial foydalanish bo'yicha boshqa tadqiqotlarning dalillari bilan mos keladi.

Bemorning tanasida farmakologik nojo'ya ta'sirlarning mavjudligi lazer terapiyasini rivojlantirishda hal qiluvchi komponent hisoblanadi.

Lazer terapiyasi fizika terapiyasiga kiritilganda, muqobil davolash usullariga nisbatan, ayniqsa surunkali kasalliklarga chalinganlar uchun bir qator afzalliklarga ega. Shu bilan birga, lazer bilan davolash hali to'liq rivojlangani yo'qligini va hali ham yanada rivojlantirishni talab qiladigan sohalar mavjudligini tan olish kerak. Bundan tashqari, lazer dozasining matematik baholari har doim ham lazer intensivligi kabi istalgan klinik natijaga mos kelmasligi mumkin. Radiatsiya vaqti-vaqti bilan oy nurining intensivligiga teng bo'lishi mumkin. Bir nechta olimlar platsebo effekti bo'yicha tajribalar o'tkazdilar va u boshqa terapiya shakllariga teng degan xulosaga kelishdi. Lazersiz tana nurlanishiga ta'sir qilish lazer ta'siriga o'xshash terapevtik foyda keltirmaydi. Dalillarga asoslangan tibbiyotdan foydalanish bir nechta ziddiyatlarni samarali hal qilishi mumkin. Biroq, bu tartib-qoidalar kuzatuvlar o'tkazish uchun katta moliyaviy xarajatlar va katta miqdordagi materiallarni talab qiladi.

Lazer terapiyasi paytida shifokorlar vaqti-vaqti bilan juda yaxshi natijalarga erishadilar va bu yondashuvni panatseya deb hisoblashadi. Ammo shuni ta'kidlash

kerakki, bu tibbiyot sohasida umuman to'g'ri bo'lmagan va bo'lmaydi ham. Ushbu bosqichda lazer nurlanishi bilan monoterapiyani muvaffaqiyatli qilish erta, ammo u dori dozasi va davolanish davomiyligini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Kam dozali terapiya (LT) kasallikning oldini olish uchun mustaqil davolash sifatida samarali qo'llanilishi mumkin, bu esa davolanish xarajatlarini sezilarli darajada kamaytiradi. Past darajadagi lazer terapiyasi (LT) minimal kontrendikatsiyaga ega va barcha nevrologik kasalliklarni kompleks davolashda qo'llanilishi mumkin.

So'nggi paytlarda an'anaviy tibbiyot usullari bilan bir qatorda SZO'O bilan og'riq bemorlarni qo'shimcha davolash sifatida antifungal dori vositalaridan foydalanishga katta e'tibor qaratilmoqda. Afsuski, yaqin vaqtgacha O'zbekistonda ushbu toifadagi dori vositalarining assortimenti ancha cheklangan edi. Teknazol tabletkasi triazol sifatida tasniflanadi va zamburug'larga qarshi dori sifatida ishlaydi, keng miqyosli qo'ziqorinlarga qarshi fungitsid xususiyatga ega. Bu, ayniqsa, Candida Albicans, Mukor, Aspergillus niger va Cladosporium kabi qo'ziqorinlarga qaratilgan. Teknazol preparati og'iz orqali foydalanish uchun mo'ljallangan. Intrakanazolning ta'sir qilish usuli qo'ziqorin membranasining asosiy tarkibiy qismi bo'lgan ergosterol hosil bo'lish jarayoniga bevosita ta'sir qiladi. Preparatning kombinatsiyalangan ta'siri sinus drenajini va ventilyatsiyani tiklashga olib keladi. Ekssudatning oqim xususiyatlarini kuchaytirib, u nafas yo'llarining epiteliysining tabiiy himoya xususiyatlarini tiklaydi, shuningdek immunostimulyator ta'sir ko'rsatadi. Otozol-imidazol - antifungal xususiyatlarga ega farmatsevtik birikma. U quloq tomchisi sifatida maxsus ishlab chiqilgan va qo'ziqorinning hujayra membranasini nishonga olgan holda ishlaydi. Qo'ziqorin hujayrasining membranasida ergosterol ishlab chiqarishga to'sqinlik qiladi.

Lazer bilan davolash otorinolaringologiya sohasida rivojlanish uchun yangi imkoniyatlar yaratadi. Shunday qilib, amaliy mulohazalarga asoslanib, tegishli antibiotik terapiyasini Teknazol preparatini mahalliy qo'llash bilan birlashtirish eng maqbul yondashuv bo'lishiga ishonish adolatli. OSA uchun organlarni saqlaydigan va kamroq stressli davolashning kombinatsiyalangan yondashuvi otorinolaringologiya sohasida keng qo'llaniladigan muhim alternativa bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Shu sababli, mavjud tadqiqotlarni tahlil qilgandan so'ng, Teknazol dori vositasidan foydalangan holda ratsional antibiotik davolash, Otozol preparatini mahalliy qo'llash va lazer terapiyasi SZO'O bilan kasallangan bemorlar uchun kompleks patogenetik terapiyaning muhim tarkibiy qismlari sifatida istiqbolli salohiyatni ko'rsatadi, degan xulosaga kelish mumkin. Ushbu murakkab terapevtik yondashuvning turli usullarini, foydalanish imkoniyatini va muvaffaqiyatini hisobga olgan holda, uni yanada chuqurroq va to'liq tadqiq qilish muhimdir.

Yorug'lik va radio to'lqinlari bilan tez-tez uchrashib turishiga qaramay, optika va elektronika fanlari tarixan muhim davr mobaynida mustaqil ravishda rivojlandi. 20-asrning o'rtalarida olimlar molekulyar kuchaytirgichlar va radioto'lqin generatorlarini yaratishni boshladilar, bu esa fizikaning kvant elektronika deb ataladigan alohida sohasi uchun asos yaratdi. Kvant elektronika - bu kvant tizimlaridan stimulyatsiya qilingan emissiya yordamida elektromagnit to'lqinlarni kuchaytirish va yaratish texnikasi bilan shug'ullanadigan soha. Kvant generatorlari fazoda ham, vaqtda ham nurlanishning ajoyib kogerentligi, ajoyib monoxromatiklik, aniq yo'naltirilgan nurlanish nurlari, juda yuqori quvvat oqimi konsentratsiyasi va juda kichik hajmlarda konsentratsiya qilish qobiliyati kabi ajoyib xususiyatlarni ta'minlaydi. Lazer texnologiyasi gazsimon, suyuq va qattiq moddalar kabi bir nechta faol vositalardan foydalanadi. Ushbu elementlar 100 nm (ultrabinafsha nur) dan 1,2 mikron (infraqizil nurlanish) gacha bo'lgan to'lqin uzunliklarining keng diapazonida nurlanishni chiqarish qobiliyatiga ega. Bundan tashqari, ular doimiy va impulsli rejimlarda ishlash imkoniyatiga ega. Lazer uchta asosiy elementga ega: emitent, nasos tizimi va quvvat manbai. Ushbu komponentlar maxsus yordamchi qurilmalar tomonidan tartibga solinadi. Lazerlarni qurishdan maqsad Bolsman qoidasiga zid bo'lgan ko'p sonli yuqori energiyali zarrachalarni o'z ichiga olgan termodinamik jihatdan muvozanatsiz tizimlarni yaratishdir. Pastroq energiya darajasiga nisbatan yuqori energiya darajasidagi zarrachalarning ko'pligi bilan tavsiflangan muhit qarama-qarshi darajadagi populyatsiyaga ega faol muhit deb ataladi. Lazer ishlab chiqarishda qo'llaniladigan keyingi printsip radiofizika fanidan kelib chiqadi. Uning ishlashi davomida ishlab chiqarilgan stimulyatsiya qilingan emissiyaning bir qismi faol muhitda qoladi va ko'proq energiyalangan atomlar tomonidan keyingi emissiyani keltirib

chiqaradi. Ushbu texnikani amalga oshirish uchun faol muhitni ikkita ko'zgudan tashkil topgan optik rezonatorga joylashtirish odatiy holdir. Ushbu rezonatorda hosil bo'lgan nurlanish faol muhitdan ko'p o'tadi va bu vosita kogerent stimulyatsiyalangan emissiya generatoriga aylanishiga olib keladi.

Otomikoz, shuningdek, qo'ziqorin otit tashqi sifatida ham tanilgan, qo'ziqorin mikroorganizmlari keltirib chiqaradigan tashqi quloq infeksiyasi. Ushbu kasallik bemorning hayot sifatini sezilarli darajada buzishi mumkin, bu esa noqulaylik, qichishish, og'riq va quloqdan oqishni keltirib chiqaradi. Otomikozni o'rganish tarixi 19-asrga to'g'ri keladi, bunda qo'ziqorinli quloq infeksiyalari holatlari birinchi marta tasvirlangan. O'shandan beri ushbu kasallikning etiologiyasi, patogenezini, diagnostikasi va davolashini tushunishda sezilarli yutuqlarga erishildi.

Otomikoz muammosi so'nggi o'n yilliklarda, ayniqsa global isish va suzuvchilar va eshitish vositalaridan foydalanuvchilar kabi yuqori namlikka duchor bo'lgan odamlar sonining ko'payishi sharoitida ortdi. Rivojlanish mexanizmlari va ushbu kasallik bilan kurashish usullarini tushunish zamonaviy tibbiyot uchun muhim vazifadir.

Etiologiyasi va patogenezini

Otomikozning asosiy qo'zg'atuvchisi *Aspergillus* (*Aspergillus niger*, *Aspergillus fumigatus*) va *Candida* (*Candida albicans*) jinsining zamburug'laridir. Bu qo'ziqorinlar saprofitlar bo'lib, odatda atrof-muhitda uchraydi. Biroq, predispozitsiya qiluvchi omillar mavjud bo'lganda, ular patogen bo'lishi mumkin. Qo'ziqorinlar namlik va yuqori harorat kabi qulay sharoitlarda tashqi eshitish kanaliga osongina kirib boradi. Eshitish kanalining terisiga mikrotrauma, eshitish vositalarini tez-tez ishlatish, antibiotiklar va steroid preparatlarini uzoq muddat qo'llash, shuningdek immunitet tanqisligi holatlari infeksiyani rivojlanishiga yordam beradi. Eshitish kanalining terisiga tushgandan so'ng, zamburug'lar faol ravishda ko'paya boshlaydi, bu yallig'lanish va to'qimalarning shikastlanishiga olib keladi.

Epidemiologiya

Otomikoz dunyoning barcha mintaqalarida keng tarqalgan, ammo tropik va subtropik iqlimi bo'lgan mamlakatlarda tez-tez uchraydi, bu erda yuqori harorat va namlik qo'ziqorin rivojlanishi uchun ideal sharoit yaratadi. Rivojlangan mamlakatlarda kasallik suzuvchilar, eshitish vositalaridan foydalanadigan odamlar va surunkali quloq kasalliklari bilan og'riq bemorlarda ko'proq uchraydi.

Xavf guruhlariga quyidagilar kiradi:

- Suzuvchilar va suvda tez-tez vaqt o'tkazadigan boshqa odamlar
- Surunkali otit ommaviy axborot vositalari kabi surunkali quloq kasalliklari bo'lgan odamlar
- Eshitish vositalaridan foydalanuvchilar
- Qandli diabet yoki OIV kabi immunitet tanqisligi holatlari bo'lgan odamlar
- Uzoq vaqt davomida antibiotiklar yoki steroidlarni qabul qiladigan bemorlar

Klinikasi

Otomikozning klinik ko'rinishi qo'ziqorin turiga va zarar darajasiga qarab farq qilishi mumkin. Asosiy alomatlarga quyidagilar kiradi:

- Qichishish va noqulaylik: Birinchi va eng ko'p uchraydigan alomat tashqi eshitish kanalida kuchli qichishishdir.
- Quloq oqishi: qo'ziqorin turiga qarab oq, sariq, jigarrang yoki qora bo'lishi mumkin.
- To'liqlik hissi: Bemorlar ko'pincha quloqdagi to'liqlik hissi va eshitishning pasayishidan shikoyat qiladilar.
- Quloq og'rig'i: Ba'zi hollarda og'riq paydo bo'lishi mumkin, ayniqsa infektsiya kuchayganida.
- Eritema va shishish: Vizual ravishda quloq kanalining qizarishi va shishishi kuzatilishi mumkin.

Agar davolanmasa, quloq pardasining teshilishi, surunkali otitis media va hatto infektsiyaning o'rta quloq va uning atrofidagi to'qimalarga tarqalishi kabi asoratlar paydo bo'lishi mumkin.

Diagnostika

Otomikozning diagnostikasi klinik ma'lumotlar va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanadi. Asosiy diagnostika usullariga quyidagilar kiradi:

- Mikroskopik tekshirish: Quloq kanalidan smeara qo'ziqorinlarni aniqlash imkonini beradi.
- Kultivatsiya: qo'ziqorin turini aniqlash uchun quloq oqishi namunasini olish va uni madaniy muhitda o'stirish.

- Molekulyar usullar: Polimeraza zanjiri reaksiyasi (PCR) patogenni tez va aniq aniqlash uchun ishlatilishi mumkin.

Differentsial tashxis bakterial tashqi otit, quloq kanalining ekzemasini va shunga o'xshash simptomlarni keltirib chiqaradigan boshqa kasalliklarni istisno qilishni o'z ichiga oladi.

Davolash

Otomikozni davolash bir nechta asosiy komponentlarni o'z ichiga oladi:

- Topikal antifungal dorilar: klotrimazol, mikonazol, ketokonazol yoki boshqa antifungal vositani o'z ichiga olgan quloq tomchilari.

Tizimli antifungal preparatlar: kamdan-kam hollarda og'ir yoki takroriy infektsiyalar uchun itrakonazol yoki flukonazol kabi tizimli preparatlar buyurilishi mumkin.

- Qo'shimcha davolash usullari: quloqni antiseptik eritmalar bilan yuvish, qo'ziqorin massalari va o'lik teri hujayralarini olib tashlash. Yallig'lanishni kamaytirish va ta'sirlangan hududga qon oqimini yaxshilash uchun jismoniy terapiya qo'llanilishi mumkin.

Bundan tashqari, yaxshi quloq gigienasini ta'minlash va infektsiyani rivojlanishiga yordam beradigan omillardan qochish kerak.

Oldini olish

Otomikozning oldini olish qo'ziqorin infektsiyasini rivojlanish xavfini kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi:

- Quloqlaringizni quruq holda tuting: suzish yoki dush qabul qilishda quloqlaringizga suv tushishidan saqlanish. Suzayotganda quloq tiqinlaridan foydalaning.

- Paxta tayoqchalarini ishlatishdan saqlanish: paxta chig'anoqlari quloq kanalining terisiga zarar etkazishi va infektsiyaning rivojlanishiga hissa qo'shishi mumkin.

- Eshitish vositalarining to'g'ri gigienasi: Eshitish asboblarini muntazam tozalash va quritish.

- Antibiotiklar va steroidlarni uzoq muddat qo'llashdan saqlanish: Faqat shifokor ko'rsatmasi va nazorati ostida.

- Umumiy salomatlikni saqlash: Surunkali kasalliklarni o'z vaqtida davolash va immunitet tizimini saqlash.

O'z vaqtida va to'g'ri davolash bilan otomikozli bemorlar uchun prognoz qulaydir. Ko'pgina bemorlar uzoq muddatli oqibatlersiz to'liq tiklanishadi. Biroq, rivojlangan yoki takroriy infektsiyalar bo'lsa, surunkali otitis media, quloq pardasining teshilishi va hatto eshitish qobiliyatini yo'qotish kabi asoratlar mumkin.

Klinik holatlar

1. 1-holat: Bemor, 35 yosh, suzuvchi, o'ng qulog'ida qichishish va oqindi chiqishiga shikoyat qildi. Tashxis: *Aspergillus niger* keltirib chiqaradigan otomikoz. Davolash: mahalliy antifungal tomchilar, quloqlarni yuvish. 2 hafta ichida to'liq tiklanish.

2. 2-holat: Bemor, 50 yosh, qandli diabet, og'riq va ikkala qulog'idan oqindi oqishi shikoyat qildi. Tashxis: *Candida albicans* keltirib chiqaradigan ikki tomonlama otomikoz. Davolash: tizimli antifungal preparatlar, mahalliy tomchilar. 3 haftadan so'ng yaxshilanish, 6 haftadan keyin to'liq tiklanish.

3. 3-holat: 10 yoshli bola tez-tez hovuzda suzadi, qichishish va quloq tiqilishidan shikoyat qiladi. Tashxis: *Aspergillus fumigatus* keltirib chiqaradigan otomikoz. Davolash: mahalliy antifungal tomchilar, gigiena tavsiyalariga rioya qilish. 10 kun ichida to'liq tiklanish.

Otomikoz keng tarqalgan kasallikdir, ayniqsa issiq va nam iqlimi bo'lgan hududlarda. Asoratlarni oldini olish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun ushbu kasallikni o'z vaqtida tashxislash va davolash muhimdir. Profilaktika, shu jumladan shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish va predispozitsiya qiluvchi omillardan qochish otomikozga qarshi kurashning asosiy elementidir. Keyingi tadqiqotlar istiqbollari diagnostika va davolashning yangi usullarini ishlab chiqish, shuningdek, ushbu kasallikning xavf omillari va patogenezini o'rganishni o'z ichiga oladi.

II-BOB

2.1 Tadqiqot manbalari va usullari

Biz ushbu ilmiy ishimizda oldimizga qo'yilgan maqsadga erishish va vazifalarni amalga oshirish maqsadida 18 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan surunkali zamburug'li otit bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalari o'rganildi, ulardan 20 nafari (40,3%) erkaklar va 30 nafari (59,7%) ayollardir.

Davolash usullariga qarab, barcha bemorlar 2 ta klinik guruhga bo'lingan: birinchi asosiy guruh 27 (58,2%) bemorlardan iborat bo'lib, ular terapevtik chora-tadbirlar majmuasiga tekuzol va ni qo'llash bilan lazer terapiyasini kiritdi. Bemorlarning ahvoli, klinik alomatlar dinamikasi, davolashning terapevtik ta'sirini baholash (ballarda analog shkalada) va bemorlarning o'zlari tomonidan davolashning terapevtik ta'sirini baholash (so'rovnoma), kasallikning kechishi va asosiy guruhning davolash natijalari an'anaviy davolash usullari bilan davolangan 30 ta (41,7%) bemordan iborat bo'lgan nazorat guruhi bilan taqqoslandi.

SZO'O sabablariga qarab bemorlarning taqsimlanishi 2.1.1-jadvalda keltirilgan.

№2.1.1-jadval

SZO'O sabablariga qarab bemorlarning taqsimlanishi

ASOSIY KASALLIKLAR	Bemorlar soni	
	abs	%
ORVI	48	68,0
Surunkali rinosinusit	18	26.3
Qandli diabet	2	2.7
Mahalliy va umumiy sovuqotish	2	2.7
JAMI	70	100

2.1.1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, SZO'O ning asosiy qismini surunkali respirator virusli infeksiyalar bilan kasallangan bemorlar tashkil etdi - 48 (68%). 18 (26,3%)

bemorda surunkali rinosinusit qayd etilgan. Mikrotravma bilan kasallangan va sovtish bilan bog‘liq bemorlarning soni teng edi - har birida 2 (2,8%) bemor.

Bemorlar davolash usullariga ko‘ra ikkita klinik guruhga bo‘lingan. 27 nafar (58,2%) bemordan iborat birinchi guruh texnazol bilan lazer terapiyasini oldi. An'anaviy usullar bilan davolangan asosiy guruh uchun bemorlarning ahvoli, klinik belgilarning o‘zgarishi, terapevtik samaradorlik (analog shkala bo‘yicha o‘lchanadi), bemorning o‘zini o‘zi baholashi (so‘rovnoma orqali), kasallikning rivojlanishi va davolash natijalari baholandi. Tadqiqot 30 nafar bemordan iborat nazorat guruhini o‘z ichiga oldi, bu umumiy ko‘rsatkichning 41,7% ni tashkil etdi.

2.1.2-jadval

Bemorlarning jinsi va yoshi bo‘yicha taqsimlanishi

YoSh	JINS								JAMI	
	Nazorat (n-30)				Asosiy (n-42)					
	Erkak		Ayol		Erkak		ayol			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
18-22	8	61.5	11	64.7	10	62.5	18	69.2	47	65.3
22-26	3	23.1	4	23.5	4	25.1	5	19.2	16	22.2
26-30 yosh	1	7.7	1	5.9	1	6.2	2	7.7	bes h	7.0
31 va undan katta	1	7.7	1	5.9	1	6.2	1	3.9	4	5.5
JAMI	13	43.3	17	56.7	16	43.8	26	56.2	72	100

Taqdim etilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, o'rganilgan bemorlarning (87,5%) 30 yoshgacha bo'lgan bemorlardir. Bunday "yoshlik" xususiyatlari SZO'O bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolashning murakkabligini kuchaytiradi.

SZO'O bilan og'rigan bemorlar orasida ayollarda uchrashi yuqori - 59,7%. Bizning ma'lumotlarimiz (Palchun V.T., 2022), ma'lumotlarga mos keladi (Palchun V.T., 2022), bu umuman SZO'O bilan kasallangan qizlar sonining ko'payishini ko'rsatadi.

Operatsiyadan oldingi davrda nazorat va asosiy guruhlardagi bemorlarni klinik ko'rikdan o'tkazish natijalari birlashtirildi, chunki ularda tekshirish usullarida farq yo'q edi. SZO'O bilan kasallikning davomiyligi 2.1.3-jadvalda ko'rsatilgan.

2.1.3-jadvaldan ko'rinib turibdiki, bemorlarning ko'pchiligi - 38 (52,8%) - 3-4 kun ichida SZO'O qayd etilgan; 2 kungacha bo'lgan davrda 29 (40,3%) bemorda, 5 tasida (6,9%) 5 kundan ortiq surunkali jarayon kaytalanishi kuzatildi, bu esa ushbu bemorlarning tibbiy yordamga kech murojaat qilishlari bilan bog'liq.

№2.1.3-jadval

Kasallikning davomiyligi bo'yicha bemorlarning tarkibi

Bemorlar soni (abs)	%	KASALLIK DAVOMIYLIGI					
		2 kungacha		3-4 kun		5 kun yoki undan ko'proq	
		abs	%	abs	%	abs	%
60	100	19	40.2	28	52.7	5	6.8

Tekshiruv davomida nazorat va asosiy guruhlardagi 27 nafar (37,5%) bemorda xamrox kasalliklar aniqlangan (2.1.4-jadval).

№2.1.4-jadval

SZO'O bilan og'rigan bemorlarda hamrox kasalliklar uchrashi

XAMROX KASALLIK	Bemorlar soni	
	abs	%
Surunkali kamqonlik	11	44.5
Surunkali enterokolit	4	14.8
Surunkali gastrit	3	11.1
Bronxial astma	2	7.4
Qandli diabet 1-tip	1	3.7
Qandli diabet 2-tip	1	3.7
Boshqa kasalliklar	5	14.8
JAMI	27	100

Ushbu ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, bemorlarda surunkali kam qonlik kasalliklar (surunkali kamqonlik- 44,5%) ustunlik qiladi, bu surunkali respirator virusli infeksiyalar bilan kasallangan bemorlarni ko'chirish bilan bog'liq. Surunkali enterokolit 4 (14,8%) bemorda, surunkali gastrit 3 (11,1%) bemorda qayd etilgan. 2 (7,4%) bemorda bronxial astma aniqlangan. Qandli diabet 1-tip (3,7%) bemorda, qandli diabet 2-tip (3,7%) va boshqa kasalliklar 4 (14,8%) bemorda aniqlangan.

4.2. Qo'llanilgan dorilarning xususiyatlari



Zamburug‘ qo‘zg‘atuvchisiga qashi preparat

Otozol - maxalliy va qo‘loqqa qo‘llash uchun 1%-10 ml flakonlarda ishlab chiqariladi. 10 ml flakonda Iordaniya davlatida ishlab chiqariladi

Otozol - Imidazol guruxidagi xujayra membranasida absorbsiyalanadi, zamburug‘ ichiga kirib uni lizis qiladi. Zamburug‘ xujayrasi membranasidagi ergosterin sintezini buzadi. Ergosterin zamburug‘ membranasidagi yani sitoplazmatik membranani asosiy komponenti xisoblanadi. Preparat barcha yosh guruxlarda qullash mumkin. Zamburug‘ chakirgan barcha jarayonlarni bartaraf qilish maqsadida qo‘llaniladi. Preparatni qo‘llashdan oldin albatta bakteriologik tekshiruvdan o‘tkazilib, Zamburug‘ qo‘zg‘atuvchilariga qarshi maxalliy qo‘laniladi.

Lazer terapiyasidan oldin, asosiy guruhning barcha bemorlari Otozol preparatini kuniga har 12 soatda quloqqa turundalar yordamida qo‘llanildi. Preparatning davomiyligi kasallikning klinik ko‘rinishi bilan belgilanadi. Davolash kursi o‘rtacha 5-6 kun.

4.2.1. Teknazol preparati.

Faol modda: Teknazol (Intrakanazol sifatida).

Farmakoterapevtik guruhi: zamburug‘ ga qarshi vosita (Reg. № 05/118/1).

Farmakologik xususiyatlari:

Farmakokinetikasi: Teknazol preparati triazollar guruxiga kirib, antifungal preparat bo‘lib, keng spektrdagi zamburug‘larga qarshi, fungitsid tasirga ega. Kandida Albikanis, Mukor, Asparagilla nigra, Kladosporum kabi zamburug‘larga tasir qiladi. Teknazol preparati og‘iz orqali qabul qilish qilishga mo‘ljallangan. Intrakanazolning tasir qilish mexanizmi zamburug‘ membranasining asosiy komponentiga ergosterolning biosinteziga tasir ko‘rsatadi. Preparat og‘iz orqali qabul qilinganda, oshqozon-ichak traktida so‘riladi va qisman ichak membranasini va qondagi o‘ziga xos bo‘lmagan esterazalar bilan Intrakanazolga gidrolizlanadi. Oziq-ovqat so‘rilishini tezlashtiradi. Intrakanazolning maksimal plazma konsentratsiyasi mos ravishda 2,1 mkg / ml, 4,1 mkg / ml va 3 soatdan keyin 7 mkg / ml ni tashkil etdi. Protein bilan bog‘lanish darajasi 33%

dan 50% gacha. To'qimalarda va tana suyuqliklarida tarqalgan. Metabolizmga uchramaydi, buyraklar tomonidan glomerulyar filtratsiya va naychali sekresiya orqali o'zgarmagan holda chiqariladi. Yarim yemirilish davri taxminan 1,2 soatni tashkil qiladi.



Chiqarish shakli: Tabletka shaklda 100mg bitta o'ramda 15 ta tabletk.

Ratsional antimikotik terapiya maqsadida Teknazol asosiy guruhdagi barcha bemorlarga kuniga 2marta 30 mg-kg dozada buyurilgan. Agar kerak bo'lsa va ko'rsatmalarga ko'ra, preparatning dozasi kuniga 2 marta kuniga 60 mg-kg dan oshdi. Preparatning davomiyligi kasallikning klinik ko'rinishi bilan belgilanadi. Davolash kursi o'rtacha 5-7 kun.

Itrakonazol - sintetik keng spektrli antifungal agent, triazol hosilasi. Itrakonazolning ta'sir qilish mexanizmi membraning strukturaviy yaxlitligini saqlashda ishtirok etadigan qo'ziqorin hujayra membranasining asosiy komponenti bo'lgan ergosterolning biosintezini inhibe qilishdan iborat. Ergosterol sintezining buzilishi membrana o'tkazuvchanligi va hujayra lizisining o'zgarishiga olib keladi, bu itrakonazolning antifungal ta'sirini aniqlaydi.

Itrakonazol zamburug'lar keltirib chiqaradigan infeksiyalarga qarshi faoldir: Candida spp. (jumladan, Candida albicans, Candida tropicalis, Candida parapsilosis va Candida dubliniensis), Aspergillus spp., Blastomyces dermatitidis, Cladosporium spp., Coccidioides immitis, Cryptococcus neoformans, Geotrichum brac., Histoplasma spp., siliensis, Penicillium marn effei , Sporothrix schenckii va Trichosporon spp. Itrakonazol

shuningdek *Epidermophyton floccosum*, *Fonsecaea* spp., *Malassezia* spp., *Microsporum* spp., *Pseudallescheria boydii*, *Trichophyton* spp. va boshqa xamirturush va qo'ziqorin infeksiyalari.

Candida krusei, *Candida glabrata* va *Candida tropicalis* itrakonazolga eng kam sezgir *Candida* turlari hisoblanadi. In vitro, *Candida* jinsi, bir oz izolyatsiya qilingan holda, itrakonazolga aniq qarshilik ko'rsatdi.

Itrakonazol tomonidan inhibe qilinmagan qo'ziqorinlarning asosiy turlari *Zigomitsetlar* (*Rhizopus* spp., *Rhizomucor* spp., *Mucor* spp. va *Absidia* spp.), *Fusarium* spp., *Scedosporium* spp. va *Scopulariopsis* spp.

Azol qarshiligi asta-sekin rivojlanadi va ko'pincha bir nechta genetik mutatsiyalar natijasidir. Qarshilikning rivojlanishining tavsiflangan mexanizmlari orasida *ERG11* genining haddan tashqari ekspressiyasi, azollarning asosiy maqsadi bo'lgan 14a-demetilaz fermentini kodlash va *ERG11* ning nuqta mutatsiyalari kiradi, bu fermentlarning azollar bilan bog'lanishining pasayishiga va/yoki faollashishiga olib keladi. transport tizimlarining buzilishi, bu esa azollarning chiqarilishining oshishiga olib keladi. *Candida* spp.ning o'zaro chidamliligi kuzatildi. azol guruhining dori-darmonlariga, garchi bu guruhning bir dorisiga qarshilik azol guruhining boshqa dori vositalariga qarshilik ko'rsatishni anglatmaydi. Itrakonazolga chidamli *Aspergillus fumigatus* shtammlari haqida xabar berilgan.

Itrakonazol og'iz orqali qabul qilinganidan keyin tez so'riladi. O'zgarmagan itrakonazolning plazmadagi maksimal konsentratsiyasiga kapsulani og'iz orqali yuborishdan keyin 2-5 soat ichida erishiladi. Og'iz orqali yuborishdan keyin itrakonazolning mutlaq bioavalligi taxminan 55% ni tashkil qiladi. Itrakonazolning plazma oqsillari bilan bog'lanishi 99,8% ni, asosan albumin bilan (gidroksiitrakonazol 99,6% albumin bilan bog'langan). Lipidlarga yaqinlik ham qayd etilgan. Itrakonazolning atigi 0,2% plazmada bog'lanmagan holda qoladi. Ko'rinib turgan $V_d > 700$ l, bu uning to'qimalarda sezilarli tarqalishini ko'rsatadi. O'pka, buyraklar, suyaklar, oshqozon, taloq va mushaklardagi konsentratsiyalar tegishli plazma konsentratsiyasidan 2-3 baravar yuqori, keratin o'z ichiga olgan to'qimalarda, ayniqsa teridagi konsentratsiyalar plazma konsentratsiyasidan taxminan 4 baravar yuqori. Miya omurilik suyuqligidagi

konsentratsiyalar plazmadagiga qaraganda ancha past, ammo itrakonazol miya omurilik suyuqligida mavjud bo'lgan yuqumli kasalliklarga qarshi samarali ekanligi isbotlangan. Itrakonazol ko'plab metabolitlarning shakllanishi bilan jigarda CYP3A4 izoenzimi ishtirokida faol metabolizmga uchraydi. Asosiy metabolit gidroksitrakonazol bo'lib, u in vitroda itrakonazol bilan taqqoslanadigan antifungal faollikka ega. Gidroksitrakonazolning plazma konsentratsiyasi itrakonazolnikidan taxminan 2 baravar yuqori.

Itrakonazol og'iz orqali qabul qilinganda tezda so'riladi. O'zgarmagan itrakonazolning plazmadagi eng yuqori konsentratsiyasi kapsulani qabul qilgandan keyin taxminan 2-5 soat o'tgach erishiladi. Itrakonazolni og'iz orqali qabul qilish mutlaq bioavailability taxminan 55% ni tashkil qiladi. Itrakonazol plazma oqsillari bilan yuqori darajada bog'lanadi, preparatning taxminan 99,8% bog'lanadi. Bu bog'lanish uchun mas'ul bo'lgan asosiy oqsil albumin bo'lib, gidroksitrakonazol albumin bilan 99,6% ga bir oz pastroq bog'lanish yaqinligini ko'rsatadi. Bundan tashqari, lipidlarga kuchli tortishish kuzatiladi. Itrakonazolning atigi 0,2% plazmada bog'lanmagan holda qoladi. Ko'rinib turgan tarqalish hajmi (Vd) 700 litrdan oshadi, bu preparatning butun tana to'qimalariga sezilarli darajada tarqalishini ko'rsatadi. O'pka, buyraklar, suyaklar, oshqozon, taloq va mushaklardagi konsentratsiyalar plazmadagi konsentratsiyadan 2-3 baravar ko'p. Keratin o'z ichiga olgan to'qimalarda, ayniqsa terida, konsentratsiyalar plazma konsentratsiyasidan taxminan 4 baravar yuqori. Miya omurilik suyuqligidagi itrakonazol konsentratsiyasi plazmadagidan past bo'lsa-da, u miya omurilik suyuqligida kuzatiladigan yuqumli kasalliklarga qarshi samaradorligini ko'rsatdi. Itrakonazol CYP3A4 izoenzimi ishtirokida jigarda keng metabollanadi, bu ko'plab metabolitlarni ishlab chiqarishga olib keladi. Asosiy metabolit gidroksitrakonazol bo'lib, laboratoriya tekshiruvlarida itrakonazolga ekvivalent antifungal faollikka ega. Gidroksitrakonazolning plazma konsentratsiyasi itrakonazolnikidan taxminan ikki baravar yuqori.

Itrakonazolni yo'q qilishning asosiy yo'li eritmani og'iz orqali yuborishdan keyin bir hafta ichida siydik (35%) va najas (54%) bilan faol bo'lmagan metabolitlarni chiqarishdir. Itrakonazol va uning faol metaboliti gidroksitrakonazolning buyraklar

orqali chiqarilishi minimal bo'lib, tomir ichiga yuborilgan dozaning 1% dan kamrog'ini tashkil qiladi. Og'iz orqali qabul qilinganidan keyin 14C yorlig'i bilan belgilangan itrakonazolning farmakokinetikasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, o'zgartirilmagan itrakonazolning najas orqali chiqarilishi berilgan dozaning 3% dan 18% gacha.

Itrakonazolning keratin o'z ichiga olgan to'qimalardan qayta taqsimlanishi ahamiyatsiz bo'lganligi sababli, itrakonazolning ushbu to'qimalardan tozalanishi terining tashqi qatlamining yangilanishi bilan bog'liq. Qon plazmasidan farqli o'laroq, teridagi itrakonazol darajasi 4 haftalik terapiya to'xtatilgandan keyin 2-4 hafta davomida barqaror bo'lib qoladi. Xuddi shunday, 1 haftalik davolanishdan keyin o'lchanishi mumkin bo'lgan tirnoq keratinidagi itrakonazol kontsentratsiyasi kamida shu vaqt davomida doimiy bo'lib qoladi. 3 oylik terapiya seansi tugaganidan keyin 6 oy.

Teri va shilliq pardalarning shikastlanishi vulvovaginal kandidoz, pityriasis versikolor, ringworm, og'iz bo'shlig'i kandidozi va qo'ziqorin keratiti kabi ko'plab qo'ziqorin infeksiyalariga olib kelishi mumkin.

Onikomikoz - bu dermatofitlar va / yoki xamirturushga o'xshash qo'ziqorinlar keltirib chiqaradigan holat.

Tizimli mikoziyalar, masalan, tizimli aspergilloz va kandidoz.

Kriptokokk meningitini o'z ichiga olgan kriptokokkozni faqat immunitet tanqisligi bo'lgan odamlarda va CNS kriptokokkozli barcha bemorlarda birinchi davolash mos kelmasa yoki samarasiz bo'lsa, itrakonazol bilan davolash kerak.

Itrakonazol asosan nafaol metabolitlar shaklida siydik (35%) va najas (54%) bilan og'iz orqali qabul qilingan eritmani qabul qilganidan keyin bir hafta ichida chiqariladi. Ittrakonazol va uning faol metaboliti gidroksitrakonazolning buyrak orqali chiqarilishi vena ichiga yuborilgan dozaning 1% dan kamini tashkil qiladi. Og'iz orqali yuborilgandan keyin 14C yorlig'i bilan belgilangan itrakonazolning farmakokinetikasini o'rganish natijalariga ko'ra, o'zgarmagan itrakonazolning najas bilan chiqarilishi qabul qilingan dozaning 3% dan 18% gacha o'zgarib turadi.

Keratin o'z ichiga olgan to'qimalardan itrakonazolning qayta taqsimlanishi ahamiyatsiz bo'lganligi sababli, itrakonazolning ushbu to'qimalardan chiqarilishi epidermal regeneratsiya bilan bog'liq. Qon plazmasidan farqli o'laroq, teridagi

itrakonazol kontsentratsiyasi 4 haftalik davolash to'xtatilgandan keyin 2-4 hafta davomida saqlanib qoladi va tirnoq keratinidagi kontsentratsiyalar davolash boshlanganidan keyin 1 hafta o'tgach aniqlanishi mumkin bo'lgan itrakonazol kontsentratsiyasi kamida saqlanib qoladi. 3 oylik davolash kursi tugaganidan keyin 6 oy.

Teri va shilliq pardalarning shikastlanishi: vulvovaginal kandidoz, versikolor pityriasis, ringworm, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining kandidozi, qo'ziqorin keratiti.

Dermatofitlar va / yoki xamirturushga o'xshash qo'ziqorinlardan kelib chiqqan onikomikoz.

Tizimli mikozlar (shu jumladan tizimli aspergilloz, kandidoz).

Kriptokokkoz (shu jumladan kriptokokk meningit) - Immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlarda va markaziy asab tizimining kriptokokkozi bo'lgan barcha bemorlarda itrakonazol faqat birinchi darajali davolash mos bo'lmagan yoki samarali bo'lmagan hollarda qo'llanilishi kerak.

Histoplazmoz, sporotrikoz, parakoksidioidomikoz, blastomikoz va boshqa noyob tizimli va tropik mikozlar.

2.3. LAZER TERAPIYA USULLARINI TARIFI

2.3.1. SONO terapevtik lazer qurilmasining xususiyatlari

Lazer terapiyasining asosi yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega ekanligi, regenerativ jarayonlarning stimulyatori va tananing mahalliy va umumiy immunitetni oshiradi.

Lazer terapiyasi uchun portativ SONO lazerli terapevtik apparati ishlatilgan (rasm №1).



Rasm №1. Portativ lazerli davolash apparati

TEXNIK MA'LUMOTLAR	
To'liq uzunligi, mkm	0,89
Ish tartibi	Puls
Impulsning takrorlanish chastotasi, Gs	80-3000
Lazer nurlanishining ajralish burchagi, gradusdan kam emas	150
O'rtacha quvvati, Vt	4.6
EHM, avtomatik rejim, sek	4-256
O'lchamlari, mm	230x265x175
Quvvat iste'moli, Vt dan oshmasligi kerak	50

2.3.2. Lazer nurlanishining dozasi va ta'sirini hisoblash

Yallig‘lanish jarayoniga lazer ta’sirining ta’sirini kuchaytirish uchun M.T. Aleksandrov va A.R.Evstigneev tomonidan taklif qilingan formula bo‘yicha kasal quloqning proeksiya maydoniga lazer ta’sirini ta’sir qilish:

$$T = \frac{V * S * X}{P * f * t * (1 - K)}$$

bu yerda: T - ta’sir qilish vaqti, sek.; S - nurlangan yuzaning maydoni, sm; W - samarali terapevtik doza (0,6-0,8 J / sm²); P - impulsning o‘rtacha quvvati (Vt); f - zarba takrorlash chastotasi (GS); t - radiatsiya pulsining davomiyligi (sek); K - nurlangan to‘qimalardan lazer nurlanishining aks ettirish koeffisienti (0,04-0,07); X - organning chuqurligi.

2.3.3. Lazer nurlanishining yutilgan dozasini hisoblash

formula bo‘yicha ishlab chiqariladi:

$$W_{\text{yutilishi}} = \frac{1_x * T * (1 - K) * f * t^{0,5}}{S * X}$$

bu yerda: W yutish - so‘rilgan / kiritilgan/ energiya dozasi, J/sm; X - organ joylashgan joyning chuqurligi (sm); 1_x - x Vt chuqurlikdagi radiatsiya quvvati (jadvaldan 1% ta’sir qiluvchi radiatsiya quvvatiga va manba x chuqurligiga qarab tanlangan); T - ta’sir qilish vaqti; K - aks ettirish koeffitsienti yoki lazer nurlanishining to‘lqin uzunligi , 0,89 mkm ga teng, P (1) teri = 0,38; f - radiatsiya impulslarining

takrorlanish tezligi (G_{II}); t 0,5 - lazer zarbasining davomiyligi, sek (**SONO lazer** apparati uchun); S - biologik to'qimalar yuzasiga ta'sir qilish maydoni (sm).

To'lqin uzunligi 0,8-2 mkm bo'lgan lazer nurlanishi biologik to'qimalarga 7 sm gacha chuqurlikda kirib borishi eksperimental ravishda isbotlangan.

Yarim o'tkazgichli lazer nurlanish nurlarining sezilarli darajada farqlanishi va katta kirish chuqurligi 12x12 nurlanish maydoniga ega bo'lgan chuqur joylashgan to'qimalar va organlarga lazer ta'sirini ta'minlashga imkon beradi. sm .

2.3.4. Lazer terapiyasi texnikasi

Asosiy guruhda SZO'O bilan og'rigan bemorlarda kompleks davolash davrida lazer terapiyasi kiritilgan. Buning uchun biz 35 mT quvvatli doimiy magnit maydonda spektrning infraqizil hududida (to'lqin uzunligi 0,89 mkm) impulsli rejimda lazer nurlanishini hosil qiluvchi **SONO** seriyali magnit-lazer qurilmasidan foydalandik.

Bir puls uchun lazer nurlanish kuchi 6 mVt , chiqish o'rtacha lazer nurlanish quvvati 4,6 Vt . Pulsning takrorlanish tezligi 1500 G_{II} . Nurlanish ta'sirlangan quloqning proekuiyasida har kuni 1 seans, ta'sir qilish muddati 5 daqiqa, davolash kursi 5-6 seansda tashqi eshitish go'shti orqali amalga oshirildi.

Davolash kursini keyingi davom ettirish ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshirildi va kasallikning borishi bilan oqlandi.

Lazer terapiyasi birlamchi guruhdagi SZO'O bilan kasallangan bemorlarni kompleks davolash rejimiga kiritilgan. Ushbu maqsadga erishish uchun biz 35 mT quvvatga ega barqaror magnit maydon ichida elektromagnit spektrning infraqizil diapazonida (to'lqin uzunligi 0,89 mkm) impulsli lazer nurini chiqaradigan **SONO** seriyali magneto-lazer tizimidan foydalandik.

Lazer 6 millivatt (mVt) quvvatga ega impulslarni chiqaradi va lazer chiqishining o'rtacha quvvati 4,6 vatt (Vt). Pulsning takrorlanish chastotasi 1500 Gts ni tashkil qiladi. Nurlanish jarayoni nurlanishni tashqi eshitish yo'li orqali zararlangan quloqqa yo'naltirishni o'z ichiga oladi. Bu kuniga bir marta 5 daqiqa davomida amalga oshirildi va terapiya 5-6 seansdan iborat edi.

Davolash kursi ko'rsatmalarga muvofiq davom ettirildi va vaziyatning rivojlanishi bilan oqlandi.

2.4. Tadqiqot materiallari va usullari

2.4.1. Davolashning terapevtik ta'sirini baholash

Davolashning terapevtik ta'siri analog shkala bo'yicha 0 dan 3 ballgacha (0 - alomatlar yo'q; 1 - yengil simptomlar; 2 - o'rtacha simptomlar; 3 - og'ir simptomlar) quyidagi klinik belgilarning dinamikasiga ko'ra baholandi:

- Quloqdan ajralma va / tvorogsimon
- Quloqda qichishish.
- quloq og'rig'i.
- eshitish holati.
- So'rg'ichsimon o'simta og'rig'i.
- Bosh og'rig'i.
- tana haroratining oshishi.
- Nog'ora parda shishishi va giperemiyasi.
- zaiflik.

Davolashning samaradorligi mezonlari quyidagilardan iborat edi: quloqdan oqishni to'xtatish, og'riqni yo'qolish (quloq og'rig'i, bosh og'rig'i va mastoid sezuvchanligi), eshitishni tiklash, tana haroratini normallashtirish, otoskopik rasmni va bemorning umumiy holatini normallashtirish.

Bemorlarning o'zlari tomonidan davolashning terapevtik ta'siri ham anketa (so'rovnoma) yordamida baholandi. SZO'O bilan kasallangan bemorlarni baholashga ko'ra, yakuniy natijalar ballar yig'indisiga ko'ra "qoniqarsiz", "qoniqarli", "yaxshi" va "a'lo" deb topildi (1-ilova).

Barcha klinik materiallar Student's t-testidan foydalangan holda Intel Pentium-IV shaxsiy kompyuterida Microsoft Office 2021 ilovalari yordamida statistik ishlovdan o'tkazildi; natijalar $p < 0.05$ da muhim deb hisoblandi.

Andijon Davlat tibbiyot institutining otorinolarologiya kafedrasida klinik tadqiqotlar olib borildi.

1-ilova

Terapevtik ta'sirni aniqlash uchun bemorlar uchun so'rovnoma
SZO'O bilan kasallangan bemorni davolash

To'liq nomi _____

Tugallangan sana _____ 20__ yil

1. Quloqdan ajralma kelishi to'xtadimi?
 - A). Ajralma to'xtadi (1).
 - B). Ajralma kamaydi (2).
 - V). Ajralma kelyapti (3).
2. Quloqdagi og'riq yoki og'irlik / bosim, qichishish to'xtadimi?
 - A). Ha, u to'xtadi (1).
 - B). Bir oz kamaydi (2).
 - V). Yo'q, davom etadi (3).
3. Eshitish hissi yaxshilandimi?
 - A). Ha, o'zimni juda yaxshi his qilyapman (1).
 - B). Biroz yaxshilandi (2).
 - V). Yo'q, men o'zimni yomon his qilyapman (3).
4. Bosh og'rig'i to'xtadimi?
 - A). Ha, ular to'xtashdi (1).
 - B). Bir oz kamaydi (2).
 - V). Yo'q, davom eting (3).
5. Hozir o'zingizni charchagan yoki kuchsiz his qilyapsizmi?
 - A). Yo'q (1).
 - B). Bir oz kamaydi (2).
 - V). Ha (3)

6. Siz uyqu buzilishi kuzatildimi?

A). Yo‘q (1).

B). Uxlab qolish qiyinligi (2).

V). Uyqusizlik (3).

Eslatma: Natijalar ballar yig‘indisi bilan baholandi; 0 dan 6 gacha - "a'lo", 7 dan 11 gacha - "yaxshi", 12 dan 16 gacha - "qoniqarli", 17 va undan yuqori - "qoniqarsiz".

III-BOB

Surunkali zamburug'li o'rta otitda an'anaviy davolash samaradorligini baxolash

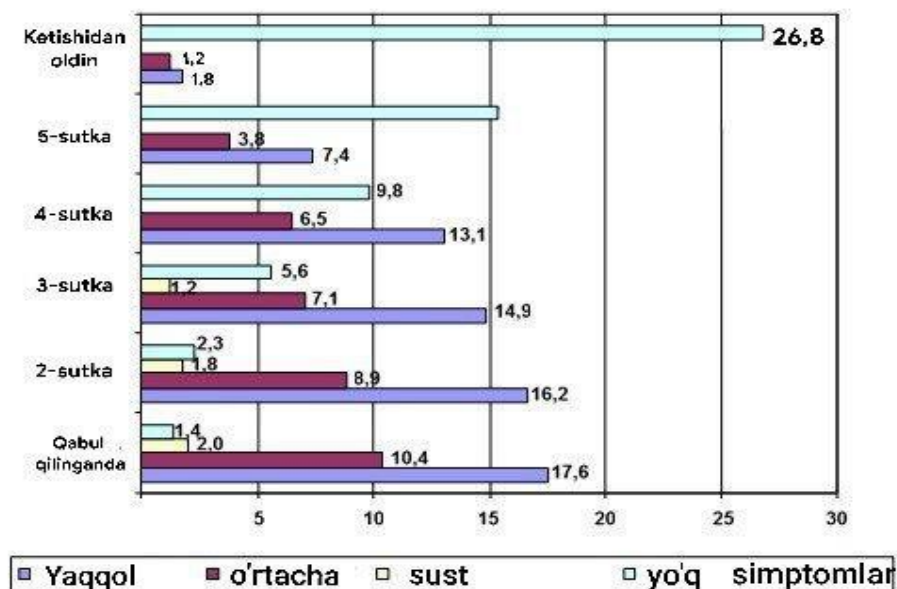
Bemorlarning ahvoli, klinik alomatlar dinamikasi, davolashning terapevtik ta'sirini baholash (ballarda analog shkalada) va bemorlarning o'zlari tomonidan davolashning terapevtik ta'sirini baholash (so'rovnoma) va tadqiqot guruhining kasallik kursi bemorlarning nazorat guruhi (30 bemor) bilan solishtirildi, ular SZO'O da yallig'lanish jarayonlariga qarshi kurashda biz an'anaviy kompleks davolash sxemasini amalga oshirdik.

Kompleks davolash rejimi 15-sonli dietani o'z ichiga oladi, vazokonstriktor preparatlari (galazalin, naftizin, sanorin) buyuriladi. Infektsiyaga qarshi kurash yetakchilik qildi. Shu maqsadda keng spektrli antimikotiklar (nistatin, klotrimazol va boshqalar), antigistaminlar immunostimulyatsion terapiya (immunomodulin) bilan birgalikda ishlatilgan. Analgetiklar va antipiretiklar (aspirin, parasetamol, trimol, melbek-forte). Antigistaminlar (difengidramin, tavegil, suprastin) kuniga 1-2 marta. Mukolitiklar va sekretolitiklar (mukoltin, bromeksin, ambrosan) tashqi quloq furatsilin 1 eritmasi bilan yuviladi: 5000 kuniga 3-4 marta va fizioterapiya muolajalari (UHF kuniga 1 marta 5 daqiqa, o'rtacha 6-8 protsedura). Metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun B vitaminlari va askorbin kislota ishlatilgan.

Bemorlarda SZO'O belgilarining klinik ko'rinishlarining dinamikasi katta qiziqish uyg'otadi. Nazorat guruhidagi $17,6 \pm 4,2$ (58,6%) bemorlarda qabul qilinganda quloqdan shilliq-yiringli va/yoki yiringli ajralmalar, $10,4 \pm 3,4$ (34,6%)da esa bu belgining "o'rtacha" ko'rinishi kuzatilgan. Bemorlar. Quloq og'rig'i deyarli barcha bemorlarda kuzatilgan. Bemorlarning aksariyati eshitish qobiliyatini yo'qotishdan shikoyat qiladilar. Bu belgining "aniq" namoyon bo'lishi $16,4 \pm 3,9$ (54,6%) bemorlarda, $7,8 \pm 2,6$ (26%) bemorlarda esa bu belgi "o'rtacha darajada" namoyon bo'lgan. Nazorat guruhidagi bemorlarning 51,3% va 45,0% da palpatsiya paytida "qattiq" bosh og'rig'i va so'rg'ichsimon o'simtang nozikligi qayd etilgan. Qabul qilinganida, $12,7 \pm 3,1$ (42,3%) bemorlarda nog'ora pardaning "aniq" shishishi va giperemiyasi, va $10,5 \pm 2,9$ (35,0%) bemorlarda ushbu belgining

"o'rtacha" namoyon bo'lishi. Bir yoki boshqa zo'ravonlikning nazorat guruhidagi bemorlarning deyarli yarmida tana haroratining ko'tarilishi va zaiflik qayd etilgan.

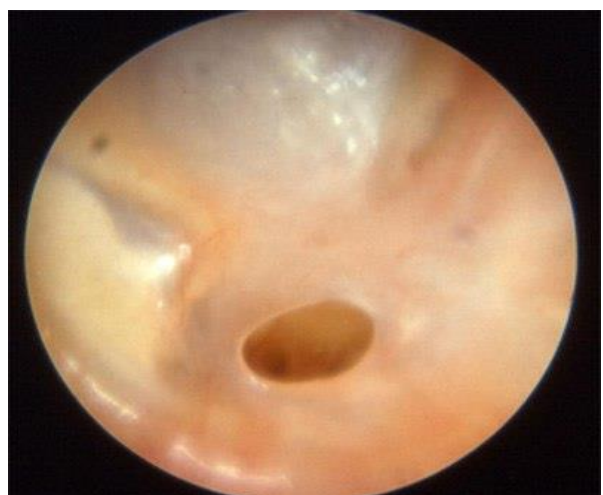
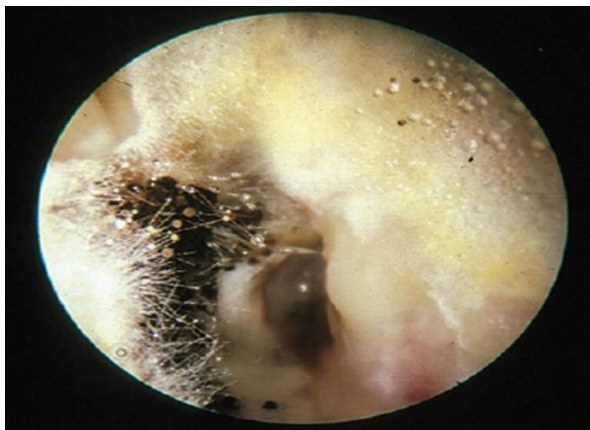
Bemorlarning ushbu guruhining davom etayotgan an'anaviy terapiyasining ijobiy ta'siri 5-6 kundan boshlab klinik jihatdan namoyon bo'ldi (Rasm №2).



Rasm №2

Nazorat guruhidagi bemorlarda "quloqdantvorogsimon ajralma kelishi" klinik simptomining dinamikasi.

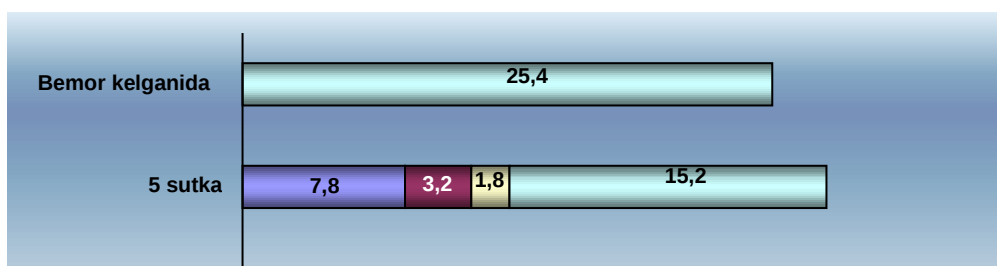
Nazorat guruhidagi SZO'O bilan og'riq bemorlarda davolanish natijalari dinamikasi shuni ko'rsatdiki, qabul qilinganida quloqdan "aniq" shilliq-yiringli yoki yiringli ajralma $16,6 \pm 4,2$ (57,6%) bemorlarda kuzatilgan va bu alomatning "o'rtacha" namoyon bo'lishi $10,5 \pm 3,4$ (35,6%). Davolanishning 5-kunida bu alomatning sezilarli kamayishi qayd etilgan - $6,4 \pm 1,9$ va $2,8 \pm 1,8$ bemorlarda, bu mos ravishda 58,0% va 63,5% ($p < 0,05$), dastlabki ma'lumotlardan kamroq. Nazorat guruhidagi $1,4 \pm 0,7$ (4,6%) bemorlarda qabul qilinganda quloqdan shilliq-yiringli va/yoki ajralmalar "yo'qligi" kuzatildi. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 3-kunida $5,6 \pm 1,8$ (14%) bemorlarda qayd etilgan va bo'shatishdan oldin bu ko'rsatkich 84,7% - $26,8 \pm 3,1$ bemorlarni tashkil etgan (Rasm №2).



Davolanishdan oldin

Davolanishdan keyin

An'anaviy terapiya natijasida 4-kundagi "qattiq" quloq og'rig'i dastlabki ma'lumotlarga nisbatan 32,8% ga kamaydi va davolanishning 5-kunida u $6,1 \pm 1,6$ bemorga kamaydi, bu qabul qilinganidan 51,1% ga kam. ($p > 0,05$). Qabul qilishda ushbu ko'rsatkichning "o'rtacha" namoyon bo'lishi $7,8 \pm 2,6$ (26%) bemorlarda qayd etilgan (Rasm №3).

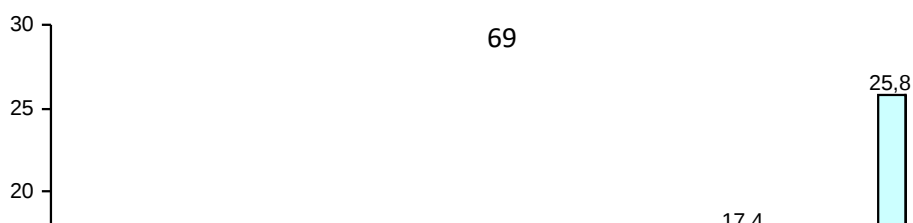


Rasm №3

Nazorat guruhidagi bemorlarda "quloqdagi og'riq va quloqda qichishish" klinik

Davolashning 5-kunida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi qayd etilgan - $1,1 \pm 1,0$ bemor, bu dastlabki ma'lumotlardan 72,1% ga kam ($p > 0,05$). Nazorat guruhidagi $2,8 \pm 1,7$ (11,7%) bemorlarda qabul paytida quloqda og'riq "yo'qligi" kuzatildi. Bu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 4-kunida $10,6 \pm 2,4$ (30,4%) bemorlarda qayd etilgan va bo'shatishdan oldin bu ko'rsatkich $26,8 \pm 3,3$ (75,4%) bemorlarni tashkil etgan (Rasm №3).

Bemorlarning aksariyati eshitish qobiliyatini yo'qotish shikoyati bilan yotqizilgan. Bu belgining "aniq" namoyon bo'lishi $15,4 \pm 3,9$ (54,6%) bemorlarda, $6,8 \pm 2,6$ (25%) bemorlarda esa bu belgi "o'rtacha darajada" namoyon bo'lgan. An'anaviy davolashning 4-kunida bu ko'rsatkichning darajasi $10,1 \pm 1,7$ va $3,6 \pm 2,3$ bemorlarga kamaydi, bu holda dastlabki ma'lumotlardan ($p < 0,05$) 37,9% va 45,2% ni tashkil etadi va 5-kunga kelib. davolash, bu farq mos ravishda 53,6% va 57,9% (Rasm №4).

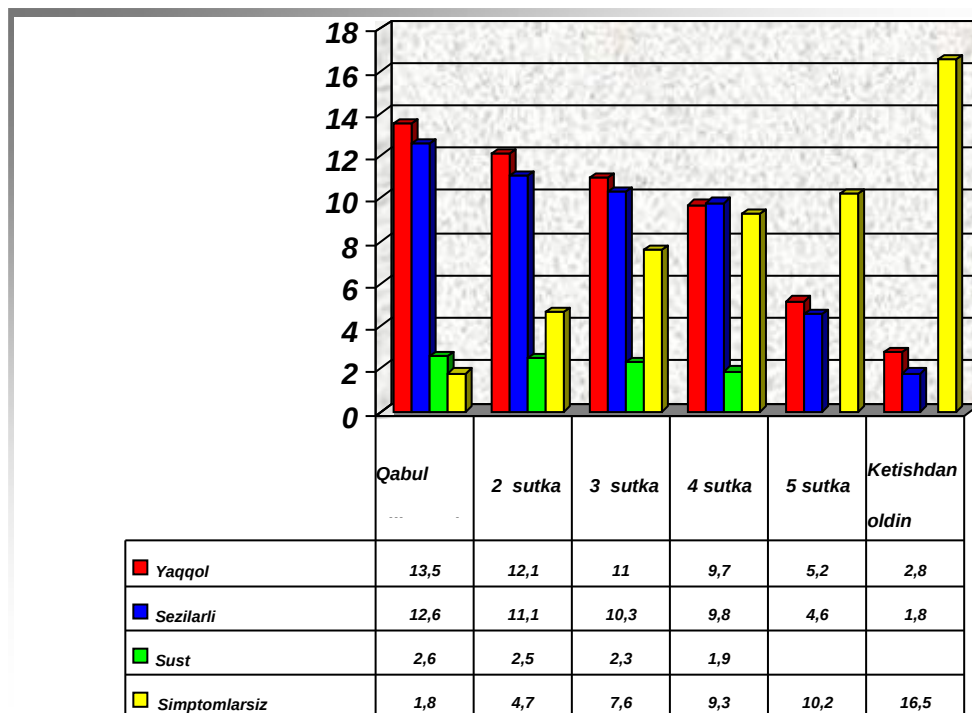


Rasm №4

Nazorat guruhidagi bemorlarda "eshitish qobiliyatini pasayishi" klinik simptomining dinamikasi

Tekshirganimizda bemorlarning 9,6 foizida "engil" eshitish qobiliyati yo'qolgan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli yaxshilanishi davolanishning 5-kunida ham qayd etilgan - bemorlarning 42,6%. Qabul qilinganda nazorat guruhidagi $2,4 \pm 1,6$ (8,0%) bemorlarda eshitish qobiliyatini yo'qotish simptomining "yo'qligi" kuzatildi. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 3-kunida $8,1 \pm 1,2$ (22,5%) bemorlarda qayd etilgan (Rasm №4).

Nazorat guruhidagi SZO'O bilan og'rigan bemorlarda davolanish natijalari dinamikasi shuni ko'rsatdiki, quloq oldi soxasida "og'riq" palpatsiyada sezuvchanligi $24,5 \pm 2,4$ (55,0%) bemorlarda va $12,6 \pm 2,7$ da bu simptomning "o'rtacha" namoyon bo'lishi qayd etilgan. (42,0%). Davolashning 5-kunida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi kuzatildi - $5,2 \pm 2,1$ va $4,6 \pm 1,9$ bemorlarda, bu mos ravishda 61,5% va 63,5% ($p < 0,05$), kamroq dastlabki ma'lumotlar (Rasm №5).).



Rasm №5

Nazorat guruhidagi bemorlarda "Quloq oldi soxasida palpatsiyada ogʻriq" klinik simptomining dinamikasi

Nazorat guruhidagi $2,8 \pm 1,3$ (6,0%) bemorlarda soʻrgʻichsimon oʻsimtani palpatsiyada ogʻriq sezuvchanligi "yoʻqligi" aniqlangan. Ushbu koʻrsatkichning sezilarli oʻsishi davolanishning 3-kunida $7,6 \pm 1,4$ (19,3%) bemorlarda kuzatildi (Rasm №5).

Nazorat guruhida $12,7 \pm 3,1$ (42,3%) bemorlar kasalxonaga yotqizilganida nogʻora pardaning "aniq" shishishi va giperemiyasi boʻlgan. Davolashning 5-kunida sezilarli pasayish qayd etilgan - $6,3 \pm 2,2$ bemor, bu dastlabki maʼlumotlardan 50,5% kamroq. Keyingi kunlarda bu koʻrsatkichning pasayish tendentsiyasi davom etdi. Agar davolanishning 5-kuni $3,5 \pm 2,1$ bemorda timpanik pardaning "oʻrtacha" shishishi va giperemiyasi qayd etilgan boʻlsa, u holda boʻshatishdan oldin u $1,8 \pm 1,0$ bemordan oshmagan, bu mos ravishda 66,7% va 82,8% ga nisbatan past. qabul qilinganda ($p < 0,05$). Nazorat guruhidagi bemorlarda kasalxonaga yotqizilganida nogʻora pardaning shishishi va giperemiyasi "yoʻqligi" juda past - $1,8 \pm 1,2$ bemor. Davolashning 2-kunida bu koʻrsatkich biroz oshdi - 11,0% ga. Keyingi kunlarda bu koʻrsatkich davolanishning 3-kunida sezilarli darajada 21,0% ga oshdi va $8,1 \pm 1,9$ bemor. ($p < 0,05$). Javob berishdan oldin bu farq 87,5% - $28,3 \pm 2,8$ bemorni tashkil etdi. (3.1.1-jadval).

An'anaviy davolash natijasida 3-kuni "qattiq" bosh og'rig'i dastlabki ma'lumotlarga nisbatan 41,4% ga kamaydi va davolanishning 5-kunida ular $3,2 \pm 1,9$ bemorga kamaydi, bu qabul qilinganidan 70,1% ga kam. ($p > 0,05$). Qabul paytida ushbu ko'rsatkichning "o'rtacha" namoyon bo'lishi $9,6 \pm 2,8$ (35,3%) bemorlarda qayd etilgan. Davolashning 5-kunida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi qayd etilgan - $2,1 \pm 1,7$ bemor, bu dastlabki ma'lumotlardan 80,4% ga kam ($p > 0,03$). Nazorat guruhidagi $4,1 \pm 2,2$ (10,6%) bemorlarda qabul paytida bosh og'rig'i kuzatilmagan. Bu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 3-kunida $10,5 \pm 1,1$ (14,7%) bemorlarda kuzatildi va bo'shatishdan oldin bu ko'rsatkich 81,0% - $27,4 \pm 2,4$ bemorlarni tashkil etdi (3.1.1-jadval).

Bemorlarning ko'pchiligi isitma bilan murojaat qilgan. Bu belgining "aniq" namoyon bo'lishi $11,3 \pm 2,8$ (37,6%) bemorlarda, $9,7 \pm 2,7$ (32,3%) bemorlarda esa bu belgi "o'rtacha darajada" namoyon bo'lgan.

An'anaviy davolanishning 4-kunida ushbu ko'rsatkichning darajasi $3,1 \pm 1,7$ va $3,2 \pm 1,7$ bemorlarga kamaydi, bu dastlabki ma'lumotlardan ($p < 0,05$) mos ravishda 72,5% va 67,0% ni tashkil etadi va 5-kunga kelib. davolash, bu farq mos ravishda 90,2% va 87,6% edi ($p < 0,05$).

№3.1.1-jadval

Klinik belgilari bo'lgan bemorlarning nazorat guruhini davolash natijalari dinamikasi (kunlarda)

BELGILAR	Baholar	TADQIQOT DAVRLARI					
		Qachon harakat	2 kun	3 kun	4 kun	5 kun	Bo'shatishdan oldin
Nog'ora bo'shlig'idan ajaralma kelishi	3	$12,7 \pm 3,1$	$11,2 \pm 2,6$	$9,8 \pm 2,5$	$7,6 \pm 2,4$	$6,3 \pm 2,2x$	$1,8 \pm 1,1x$
	2	$10,5 \pm 2,9$	$9,1 \pm 2,5$	$8,2 \pm 2,4$	$6,3 \pm 2,3$	$3,5 \pm 2,1x$	$1,8 \pm 1,0x$
	bitta	$5,7 \pm 1,9$	$4,5 \pm 1,7$	$3,4 \pm 1,5$	$2,1 \pm 1,4x$	$1,1 \pm 0,7x$	-

	0	1,8±1,2	5,1±1,5x	8,1±1,9x	12,1±2,3x	19,1±2,9x	28,1±2,9x
Bosh og‘rig‘i	3	14,4±2,8	12,2±2,6	10,4±2,4	8,3±2,2	4,2±1,9x	-
	2	10,6±2,8	9,2±2,1	7,4±2,1	5,7±2,1	2,1±1,7x	-
	bitt a	2,1±1,3	1,8±1,1	1,3±0,5	-	-	-
	0	3,1±1,2	6,4±1,2	10,5±1,1x	14,2±1,8x	22,3±2,3x	27,4±2,4x
Quloqda qichishish	3	11,3±2,8	9,7±2,6	8,8±2,4	3,1±1,7x	1,1±0,5x	-
	2	9,7±2,7	7,9±2,6	5,4±2,4	3,2±1,7x	1,2±0,6x	-
	bitt a	7,2±2,5	6,1±2,4	5,2±2,3	3,1±1,4	1,2±0,5x	-
	0	2,2±1,2	4,7±1,8	9,8±1,9x	18,7±2,3x	25,6±2,4x	29,1±0,7x
Xolsizlik	3	16,8±2,8	14,9±2,6	12,8±2,4	8,2±2,3	3,8±1,2x	-
	2	10,1±2,7	9,7±2,5	8,6±2,3	6,2±1,9	2,3±1,2x	-
	bitt a	2,1±1,1	1,4±1,0	1,1±0,5	-	-	-
	0	1,3±0,6	4,2±1,2	7,1±1,4x	14,4±2,6x	22,2±2,8x	28,1±1,1x

Eslatma: Jadvalda asl qiymatlardan statistik jihatdan sezilarli darajada farq qiluvchi qiymatlar ko‘rsatilgan; x – $p < 0,05$.

Tekshirganimizda bemorlarning 24,0 foizida quloqda qichishish "engil" ortishi kuzatilgan. Ushbu ko‘rsatkichning sezilarli yaxshilanishi davolanishning 4-kunida qayd etilgan - $1,2 \pm 0,5$ bemorda. Nazorat guruhidagi $2,2 \pm 1,2$ (7,3%) bemorlarda qabul qilinganda bu ko‘rsatkichning "etishmasligi" kuzatildi. Ushbu ko‘rsatkichning sezilarli o‘sishi davolanishning 3-kunida $9,8 \pm 1,9$ (25,3%) bemorlarda qayd etilgan ($p > 0,05$) (3.1.1-jadval).

Nazorat guruhida bemorlarning 58,0% kasalxonaga yotqizilganida "aniq" xolsizlik bor edi. Davolanishning 5-kunida uning sezilarli pasayishi qayd etildi - $3,8 \pm 1,1$ bemor, bu dastlabki ma’lumotlardan 80,3% ga kam. Qabul qilinganda ushbu ko‘rsatkichning "o‘rtacha" namoyon bo‘lishi $10,1 \pm 2,7$ (33,6%) bemorlarda qayd etilgan. Davolashning 5-kunida bu ko‘rsatkichning sezilarli pasayishi qayd etilgan - $2,3 \pm 1,3$ bemor, bu dastlabki ma’lumotlardan 77,2% ga kam ($p > 0,05$). Nazorat guruhidagi bemorlarda kasalxonaga yotqizilganida zaiflikning "yo‘qligi" ko‘rsatkichi juda past edi - $1,3 \pm 0,6$

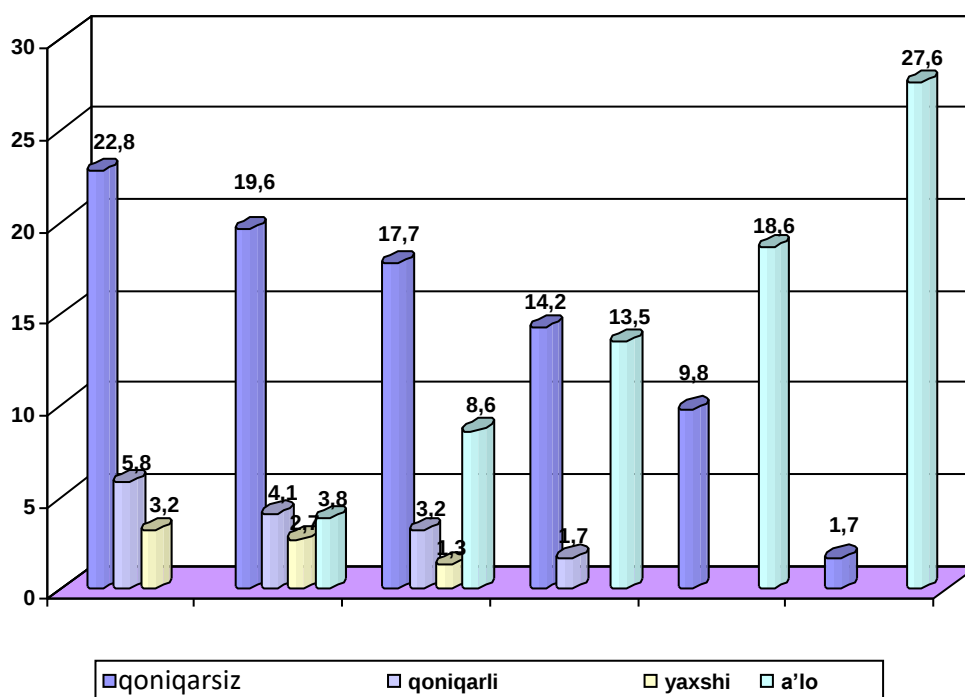
bemor. Davolashning 2-kunida bu ko'rsatkich 9,7% ga oshgan. Ertasi kuni bu ko'rsatkich 19,3% ga sezilarli darajada oshdi va $7,1 \pm 1,4$ bemorni tashkil etdi. Chiqarishdan oldin bu farq 89,3% - $28,1 \pm 1,1$ bemorni tashkil etdi. ($p < 0,05$). (3.1.1-jadval).

SZO'O bilan og'rigan bemorlar tomonidan davolashning terapevtik ta'sirini baholash dinamikasi katta qiziqish uyg'otadi. Shu maqsadda biz anketa yordamida har kuni so'rov o'tkazdik. Bemorlarning o'zlari bergan bahoga ko'ra, yakuniy natijalar ballar yig'indisiga ko'ra "Qoniqarsiz", "Qoniqarli", "Yaxshi" va "A'lo" deb topiladi.

Nazorat guruhidagi bemorlarda davolanish natijalari dinamikasi shuni ko'rsatdiki, qabul qilinganda "qoniqarsiz" holat $22,8 \pm 2,5$ -76,0% bemorlarda, $5,8 \pm 1,6$ -19,3% da "qoniqarli" holat qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichlarning sezilarli yaxshilanishi davolanishning 4-5 kunida kuzatildi - $9,8 \pm 1,4$ va $1,7 \pm 1,1$ bemorlarda, bu mos ravishda 57,0% va 70,6% ($p < 0,05$), dastlabki ma'lumotlardan kamroq. Qabul qilingandan so'ng, nazorat guruhidagi bemorlarning 10,6 foizi "yaxshi" holatni his qildilar. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolashning 3-kunida $1,3 \pm 1,0$ (2 marta) bemorlarda qayd etilgan. Nazorat guruhidagi barcha bemorlar kasalxonaga yotqizilgandan so'ng "a'lo" holat haqida xabar bermadilar. Nazorat guruhida ishonchli "a'lo" holat bemorlarning 28,6 foizida davolanishning 3-kunida kuzatildi.

Ertasi kuni bu ko'rsatkich 2,2 baravar oshdi va $13,5 \pm 2,1$ bemorni tashkil etdi va bo'shatishdan oldin 92,0% - $27,6 \pm 2,8$ bemorlarda "a'lo" holat kuzatildi (Rasm №6).

Kompleks davolash rejimi 15-sonli dietani o'z ichiga oladi, vazokonstriktor preparatlari (galazalin, naftizin, sanorin) buyuriladi. Infektsiyaga qarshi kurash yetakchilik qildi. Shu maqsadda keng spektrli antimikotiklar (nistatin, klotrimazol va boshqalar), antigistaminlar immunostimulyatsion terapiya (immunomodulin) bilan birgalikda ishlatilgan. Analgetiklar va antipiretiklar (aspirin, parasetamol, trimol, melbek-forte). Antigistaminlar (difengidramin, tavegil, suprastin) kuniga 1-2 marta. Mukolitiklar va sekretolitiklar (mukoltin, bromeksin, ambrosan) tashqi quloq furatsilin 1 eritmasi bilan yuviladi: 5000 kuniga 3-4 marta va fizioterapiya muolajalari (UHF kuniga 1 marta 5 daqiqa, o'rtacha 6-8 protsedura). Metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun B vitaminlari va askorbin kislota ishlatilgan.



Rasm №6

Nazorat guruhida davolanish samaradorligini o'z-o'zini baholash dinamikasi

Bemorlarni kasalxonada davolash uzoqroq bo'lib, $8,50 \pm 1,40$ yotoq-kunga yetdi.

Shunday qilib, olingan ma'lumotlar ushbu toifadagi bemorlarda o'rta quloqda og'ir yallig'lanish jarayonining mavjudligini va an'anaviy terapevtik tadbirlarning yetarli darajada yuqori samaradorligini yana bir bor tasdiqlaydi.

1.1. Surunkali zamburug'li o'rta otitni kompleks davolashda Teknazol va otozol preparatini qo'llash bilan lazer terapiyasi usulini samaradorligi baxolash.

So'nggi yillarda otorinolarologlar bemorlarda SZO'Oda yallig'lanish sindromini davolashning samarali usullarini ishlab chiqishga katta e'tibor qaratdilar. Bu esa bir tomondan, yallig'lanishning tabiati va mohiyati to'liq ochib berilmaganligi bilan bog'liq bo'lsa, boshqa tomondan, ushbu toifadagi bemorlarning soni doimiy ravishda ko'payib bormoqda va hozirgi davolash natijalarini qoniqarli deb bo'lmaydi, shuning uchun

SZO‘O da yallig‘lanish jarayonini bartaraf etishga qaratilgan yangi davolash usullarini izlash talab etiladi. Bemorlarda, ma’lum darajada lazer terapiyasi ushbu talablarga javob beradi.

Lazer texnologiyasi, uni tibbiyotda qo‘llash usullari ekzotik noyoblik olamidan tibbiy ishning kundalik amaliyotiga tezda kirib keldi. Bu jarayon otorinolaringologiyani chetlab o‘tmadi. Ushbu soha mutaxassislari birinchilardan bo‘lib lazer terapiyasi va jarrohlikning ahamiyatini eksperimental va klinik baholashda faol qatnashdilar va lazer fotoelektr effektlarini qo‘llashni yaxshilashga katta hissa qo‘shdilar.

Lazer terapiyasi LOR kasalliklari patologiyasini davolashda muvaffaqiyatli qo‘llanilgan. Buning uchun GNL, PILI va boshqalar lazerli terapevtik asboblarning har xil turlari qo‘llanilgan. Ammo adabiyotlarda biz SONO terapevtik lazer qurilmasidan foydalanish haqida ma’lumot topa olmadik.

So‘nggi yillarda Bemorlarda SZO‘O ni davolashda an’anaviy antibakterial, yallig‘lanishga qarshi va dekonjestan terapiyadan tashqari, sekretomotor va sekretolitik terapiyaga katta e’tibor berildi. 2016 yildan boshlab O‘zbekistonda Otozol maxalliy ta’sirga ega yangi preparati ro‘yxatga olindi. Preparat zamburug‘ga qarshi ta’sirga ega bo‘lib, mikroblarga samarali tasir ko‘rsatadi[9,87].

PILN dan foydalanish otorinolaringologiyada qo‘shimcha ijobiy istiqbollarni ochadi. Shu sababli, amaliy nuqtai nazardan, o‘simlik preparati Otozol yordamida teknazol preparatini qo‘llash bilan oqilona antibiotik terapiyasining eng istiqbolli kombinatsiyasi deb hisoblash uchun asoslar mavjud va lazer terapiyasi. SZO‘O ni davolashning bunday kombinatsiyalangan organ saqlab qoluvchi va kam shikastli varianti otorinolaringologiyada keng qo‘llaniladigan muhim alternativa bo‘lishi mumkin.

Yuqorida aytilganlarga asoslanib, biz o‘z oldimizga SZO‘O bilan og‘rigan bemorlarni kompleks davolashda Teknazol va Otozoldan foydalangan holda Antimikotik kombinatsiyasi bilan lazer terapiyasining samaradorligini, yallig‘lanish jarayonlarini tuzatish va ushbu usulning kursga ta’sirini o‘rganish vazifasini qo‘ydik.

Bemorlarning umumiy ahvolini qiyosiy tahlil qilish, sub'ektiv ma'lumotlar, kasalxonaga yotqizilganida SZO'O ning klinik ko'rinishlari bemorlarning nazorat va asosiy guruhlarida o'rtasida sezilarli farqni aniqlamadi.

Asosiy guruhdagi terapevtik tadbirlarning hajmi nazorat guruhida o'tkazilganlardan mazmunan farq qilmadi va 3-bobning boshida batafsilroq tavsiflangan.

Asosiy guruhning barcha 30 bemorda SZO'O bilan kurashish bo'yicha konservativ chora-tadbirlar kompleksli lazer terapiyasini, va Otozolni qo'llashni o'z ichiga oladi - endural ravishda quloq doka turunda shaklida.

Nurlanish ta'sirlangan quloqning proekuiyasida har kuni 1 seans, ta'sir qilish muddati 5 daqiqa, davolash kursi 5-6 seansda tashqi eshitish go'shti orqali amalga oshirildi.

Davolashning samaradorligi mezonlari quyidagilardan iborat edi: quloqdan oqishni to'xtatish, og'riqni yo'qotish (quloq og'rig'i, bosh og'rig'i va mastoid sezuvchanligi), eshitishni tiklash, tana haroratini normallashtirish, otoskopik rasmni va bemorning umumiy holatini normallashtirish.

Davolashning terapevtik ta'siri bemorlarning o'zlari tomonidan anketa (so'rovnoma) yordamida ham baholandi. SZO'O bilan og'rikan bemorlar tomonidan baholanganidek, yakuniy natijalar ballar yig'indisiga ko'ra "qoniqarsiz", "qoniqarli", "yaxshi" va "a'lo" deb tan olinadi.

Yuqoridagi usul bemorlar kasalxonaga yotqizilgan kundan boshlab darhol amalga oshirila boshlandi. Ushbu taktika qisqa vaqt ichida yallig'lanish sindromining namoyon bo'lishini, klinik belgilarini kamaytirishga, terapevtik ta'sirni baholashga va shifokorni tanlangan terapiyaning to'g'riligiga yo'naltirishga imkon berdi.

Bemorlarning asosiy guruhining umumiy holatini o'rganish shuni ko'rsatdiki, AT bilan lazer terapiyasi va otozol preparatini quloq doka turunda shaklida endoural qo'llash paytida terapevtik ta'sir davolashning 2-3-kunida klinik jihatdan namoyon bo'ldi.

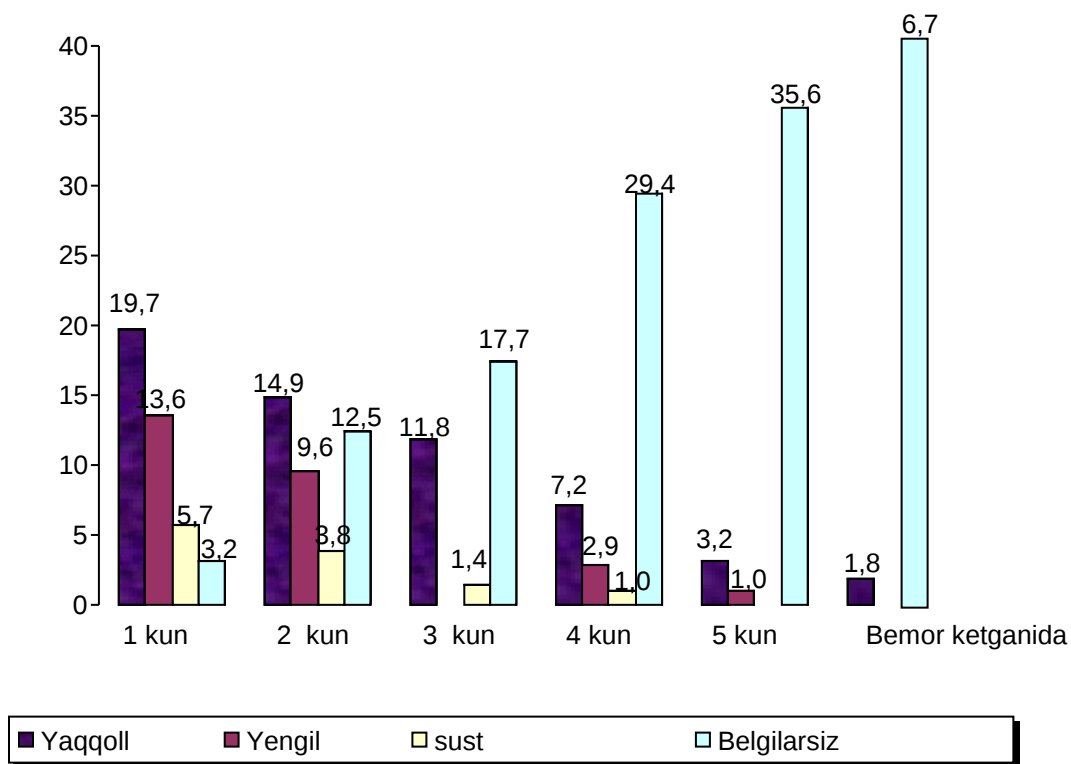
SZO'Oda simptomlarning klinik ko'rinishlarining dinamikasi katta qiziqish uyg'otadi. Asosiy guruhning $22,6 \pm 4,3$ (53,8%) bemorlarida qabul paytida quloqdan "aniq" shilliq-yiringli va / yoki yiringli ajralma va $13,4 \pm 3,3$ (32,0%) bemorlarda ushbu belgining "o'rtacha" ko'rinishi qayd etilgan. Ta'sirlangan

quloq sohasidagi ogʻriq deyarli barcha bemorlarda bir yoki boshqa zoʻravonlik darajasida qayd etilgan. Bemorlarning aksariyati eshitish qobiliyatini yoʻqotishdan shikoyat qiladilar. Bu belgining "aniq" namoyon boʻlishi $19,2 \pm 2,9$ (45,7%) bemorlarda, $15,8 \pm 2,7$ (37,6%) bemorlarda esa bu belgi "oʻrtacha darajada" namoyon boʻlgan. Palpatsiya paytida "qattiq" bosh ogʻrigʻi va soʻrgʻichsimon oʻsimtani nozikligi bemorlarning asosiy guruhining mos ravishda 39,0% va 41,6% da qayd etilgan. Qabul qilinganida, $16,2 \pm 3,2$ (38,7%) bemorlarda nogʻora pardaning "aniq" shishishi va giperemiyasi, va $14,1 \pm 2,7$ (33,5%) bemorlarda ushbu belgining "oʻrtacha" namoyon boʻlishi. Tana haroratining koʻtarilishi va xolsizlik, asosiy guruhidagi bemorlarning deyarli yarmida qayd etilgan.

Asosiy guruhdagi SZOʻO bilan ogʻrigan bemorlarda kompleks davolash natijalari dinamikasi shuni koʻrsatdiki, $22,6 \pm 4,3$ (53,8%) bemorlarda quloqdan "aniq" shilliq-yiringli va / yoki yiringli ajralma va "oʻrtacha" koʻrinishlar kuzatilgan. bu alomat $13,4 \pm 3,3$ (32,0%) bemorlarda.

Davolashning 3-4-kunlarida bu koʻrsatkichning sezilarli pasayishi qayd etildi - $5,7 \pm 1,7$ va $2,2 \pm 1,1$ bemorlarda, bu dastlabki maʼlumotlardan mos ravishda 60,3% va 82,4% ni tashkil qiladi ($p < 0,05$). Asosiy guruhdagi $1,6 \pm 0,8$ (3,8%) bemorlarda quloqdan ajralmalar "yoʻqligi" kuzatildi. Ushbu koʻrsatkichning sezilarli oʻsishi davolanishning 2-kunida $6,2 \pm 2,1$ (10,9%) bemorlarda qayd etilgan va boʻshatishdan oldin bu koʻrsatkich 87,2% - $39,7 \pm 1,4$ bemorlarni tashkil etgan.

Kompleks terapiya natijasida 3-kuni "belgilangan" quloq ogʻrigʻi dastlabki maʼlumotlarga nisbatan 40,1% ga kamaydi va davolanishning 4-kunida u $7,2 \pm 2,2$ bemorlarga kamaydi, bu qabul qilinganidan 63,4% ga kam. ($p > 0,05$). Tekshirganimizda ushbu koʻrsatkichning "oʻrtacha" koʻrinishlari $13,6 \pm 3,2$ (32,3%) bemorlarda qayd etilgan (3.2.2-Rasm).

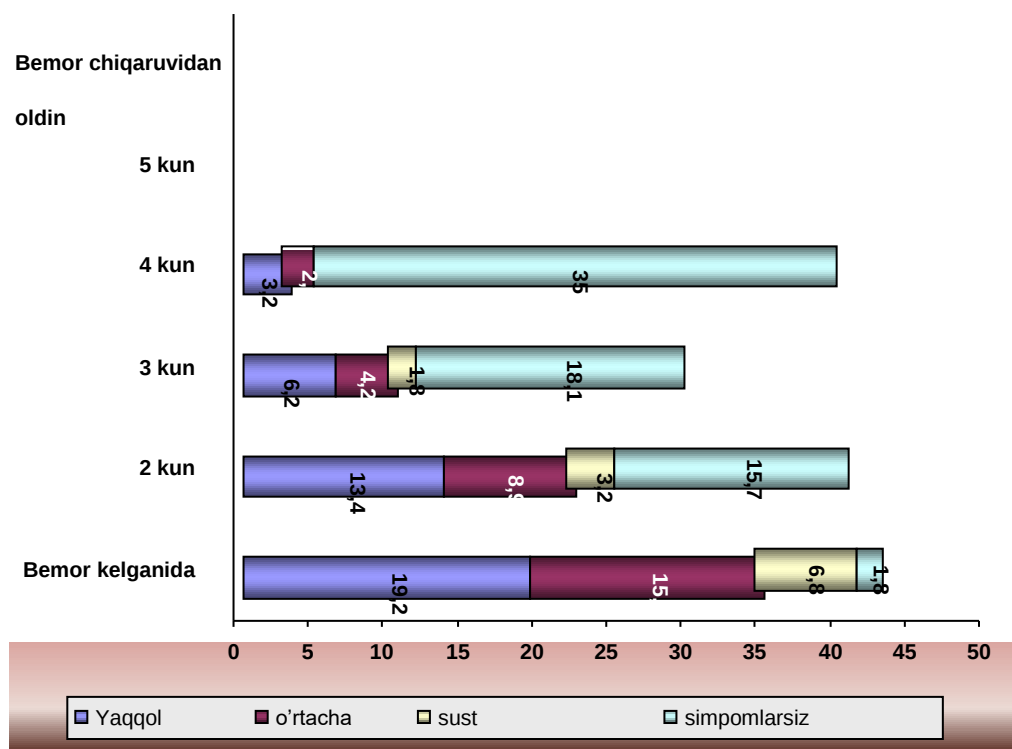


Rasm №7

Asosiy guruhdagi bemorlarda "quloqdagi ogʻriq yoki qichishish" klinik simptomining dinamikasi

Ushbu koʻrsatkichning sezilarli darajada pasayishi davolashning 4-kunida - $2,9 \pm 1,1$ bemorda qayd etildi, bu dastlabki maʼlumotlardan 78,6% ga kam ($p > 0,05$). Asosiy guruhdagi $3,2 \pm 1,4$ (7,6%) bemorlarda qabul paytida quloqda ogʻriq "yoʻqligi" kuzatildi. Ushbu koʻrsatkichning sezilarli oʻsishi davolanishning 2-kunida $12,5 \pm 2,4$ (22,1%) bemorlarda qayd etilgan va kompleks davolashning 5-kunida bu koʻrsatkich 75,7% - $35,6 \pm 2,4$ bemorlarni tashkil etdi (Rasm №7).

Bemorlarning aksariyati eshitish qobiliyatini yoʻqotish shikoyati bilan yotqizilgan. $19,2 \pm 2,9$ (45,7%) bemorlarda ushbu belgining "aniq" namoyon boʻlishi, $15,8 \pm 2,7$ (37%) bemorlarda esa bu alomat "oʻrtacha darajada" namoyon boʻlgan. Kompleks davolashning 3-kunida ushbu koʻrsatkichning darajasi $6,2 \pm 2,4$ va $4,2 \pm 2,3$ bemorlarga kamaydi, bu dastlabki maʼlumotlardan ($p < 0,05$) mos ravishda 67,7% va 73,4% ni tashkil etadi va 4-kunga kelib bu farq 83,3% va 86% ni tashkil etdi ($p < 0,05$) (Rasm №8).

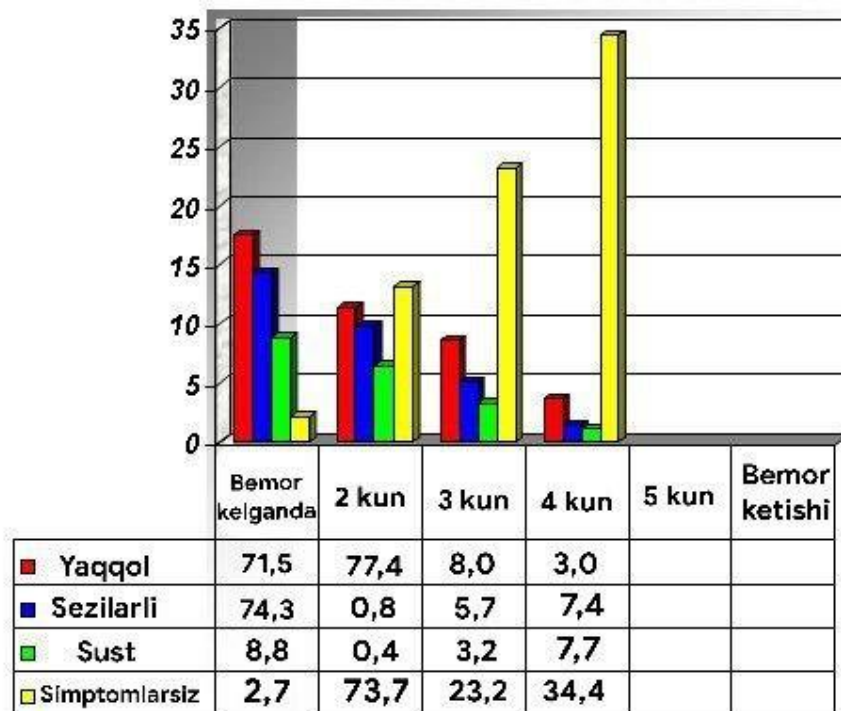


Rasm №8

Asosiy guruhdagi bemorlarda "eshitish qobiliyatini yo‘qotish" klinik belgisining dinamikasi

Kompleks davolanishdan so‘ng, bemorlarning asosiy guruhining 17,1% "engil" eshitish qobiliyatini yo‘qotdi. Ushbu ko‘rsatkichning sezilarli yaxshilanishi davolanishning 3-kunida ham qayd etilgan - bemorlarning 72,5 foizida. Asosiy guruhdagi $1,8 \pm 1,2$ (4,2%) bemorlarda qabul paytida eshitish qobiliyatini yo‘qotish simptomining "yo‘qligi" kuzatildi. Ushbu ko‘rsatkichning sezilarli o‘sishi davolanishning 2-kunida $15,7 \pm 1,3$ (33,1%) bemorlarda qayd etilgan (Rasm №8).

Asosiy guruhdagi SZO‘O bilan og‘rigan bemorlarda kompleks davolash natijalarining dinamikasi shuni ko‘rsatdiki, so‘rg‘ichsimon o‘simtani palpatsiya sezuvchanligi og‘riq $16,4 \pm 2,9$ (41,6%) bemorlarda qayd etilgan va ushbu simptomning "o‘rtacha" namoyon bo‘lishi bemorlarda $14,3 \pm 2,5$ (34%). Davolashning 3-kunida bu ko‘rsatkichning sezilarli pasayishi qayd etildi - $8,6 \pm 2,4$ va $5,1 \pm 2,3$ bemorlarda, bu mos ravishda 50,8% va 64,3% ($p < 0,05$), dastlabki ma’lumotlardan kamroq (Rasm №9).



Rasm №9

Asosiy guruhdagi bemorlarda "quloq oldi soxasida va so'rg'ichsimon o'simta soxasida " klinik simptomining dinamikasi

Davolanishdan so'ng nazorat guruhidagi $2,1 \pm 1,9$ (5%) bemorlarda quloq oldi soxasida og'riq "yo'qligi" aniqlangan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 2-kunida $13,1 \pm 1,8$ (26,1% ga) bemorlarda kuzatildi (Rasm №9).

Asosiy guruhda $17,2 \pm 3,1$ (37,4%) bemorlarda kasalxonaga yotqizilganida nog'ora pardaning "aniq" shishishi va giperemiyasi kuzatilgan. Davolanishning 4-kunida uning sezilarli kamayishi qayd etilgan - $3,1 \pm 2,3$ bemor, bu dastlabki ma'lumotlardan 80,8% kam. Agar davolanishning 3-kunida $4,1 \pm 2,3$ bemorda nog'ora pardaning "o'rtacha" shishishi va giperemiyasi kuzatilgan bo'lsa, 4-kuni u $2,2 \pm 1,8$ bemordan oshmadi, bu mos ravishda 70,9% va 84% ni tashkil qiladi. Qabul qilingandan 3% past ($p < 0,05$). Asosiy guruhdagi bemorlarda kasalxonaga yotqizilganida nog'ora pardaning shishishi va giperemiyasi "yo'qligi" juda past - $1,3 \pm 0,9$ (3%) bemorlarda. Davolanishning 2-kuni bu ko'rsatkich sezilarli darajada oshdi - $12,4 \pm 1,6$ (26,5%) bemorga, 3-kunida esa 52,7% ga oshdi va $23,4 \pm 1,6$ bemorni tashkil etdi. ($p < 0,05$). 4-kuni bu farq 80,5% - $35,1 \pm 2,7$ bemorni tashkil etdi ($p < 0,05$) (3.2-jadval).

Kompleks terapiya natijasida 2-kuni "qattiq" bosh og'rig'i dastlabki ma'lumotlarga nisbatan 30,5% ga kamaydi va davolanishning 3-kunida u $5,1 \pm 2,5$ bemorga kamaydi, bu qabul qilinganidan 68% ga kam. $p > 0,05$). Tekshiruv paytida ushbu ko'rsatkichning "o'rtacha" ko'rinishi $14,7 \pm 2,8$ (35,0%) bemorlarda qayd etilgan. Davolashning 3-kunida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi qayd etilgan - $4,2 \pm 2,2$ bemor, bu dastlabki ma'lumotlardan 71,4% ga kam ($p > 0,05$). Asosiy guruhdagi $2,8 \pm 1,4$ (4,2%) bemorlarda qabul paytida bosh og'rig'i kuzatilmagan. Bu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 2-kunida $17,2 \pm 2,7$ (36,7%) bemorlarda qayd etilgan va bo'shatishdan oldin bu ko'rsatkich $79,3\% - 35,1 \pm 2,9$ ($p > 0,05$) ($p > 0,05$) (jadval № 3.2).

Bemorlarning ko'pchiligi isitma bilan murojaat qilgan. $14,3 \pm 2,7$ (34,0%) bemorlarda ushbu belgining "aniq" namoyon bo'lishi, $11,7 \pm 2,8$ (27,8%) bemorlarda esa bu belgi "o'rtacha darajada" namoyon bo'lgan. Kompleks davolashning 3-kunida ushbu ko'rsatkichning darajasi $4,2 \pm 2,4$ va $2,1 \pm 1,6$ bemorlarga kamaydi, bu mos ravishda 70,6% va 82,0% ni tashkil etadi, bu boshlang'ich ma'lumotlardan ($p < 0,05$) va 4 kunlik kompleksdan kamroq. davolash, bu farq 92,3% ($p < 0,05$). Qabul qilingandan so'ng, bemorlarning 15,2 foizida tana haroratining "engil" o'sishi kuzatildi.

Lazer terapiyasi KBB muammolarini samarali davolashdi. Ushbu maqsad uchun bir nechta lazerli davolash asboblari, jumladan GNL, PILI va boshqalar qo'llaniladi. Afsuski, adabiyotda bizning qidiruvimiz SONO terapevtik lazer qurilmasidan foydalanish haqida hech qanday ma'lumot bermadi.

So'nggi paytlarda an'anaviy antibakterial, yallig'lanishga qarshi va dekonjestan davolash usullaridan tashqari sekretomotor va sekretolitik terapiyaga katta e'tibor qaratilmoqda. Mahalliyashtirilgan ta'sirga ega yangi dori Otozol O'zbekistonda 2016 yildan buyon rasman tasdiqlangan. Dori antifungal xususiyatlarga ega va mikroorganizmlarga samarali ta'sir ko'rsatadi.

PILN dan foydalanish otorinolaringologiya sohasida yanada foydali istiqbollarga ega. Shunday qilib, amaliy mulohazalar asosida Otozol o'simlik preparati va lazer terapiyasini o'z ichiga olgan Technazol preparatini qo'llash bilan birgalikda tegishli antibiotiklarni davolashning eng maqbul kombinatsiyasini ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Organni saqlaydigan va minimal invaziyani o'z ichiga olgan kompleks yondashuv quloq,

burun va tomoq kasalliklarini davolash uchun muhim alternativ bo'lib xizmat qilishi mumkin, odatda otorinolaringologiya sohasida qo'llaniladi.

№3.2.1-jadval

Klinik belgilarga ko'ra bemorlarning asosiy guruhini davolash natijalari dinamikasi(kunlarda)

BELGILAR	Baholash	TADQIQOT DAVRILARI					
		Bemor kelgan kun	2 kun	3 kun	4 kun	5 kun	Uyga javob berishdan oldin
Nog'ora bo'shlig'idan tvorogsimon ajralma kelishi	3	16,2±3,2	12,3±2,8	8,2±2,5x	3,1±2,3x	-	-
	2	14,1±2,7	9,2±2,4	4,1±2,3x	2,2±1,8x	-	-
	1	9,8±2,5	5,8±2,4	3,5±2,2x	1,1±0,3x	-	-
	0	1,3±0,9	12,4±1,6x	23,4±1,6x	35,3±2,7x	-	-
Bosh og'rig'i	3	16,4±3,1	11,4±2,8	5,1±2,5x	2,1±1,2x	-	-
	2	14,7±2,8	9,1±2,5	4,2±2,2x	1,8±0,5x	-	-
	1	9,1±2,4	3,2±2,2x	1,4±0,4x	-	-	-
	0	1,8±1,1	17,2±2,7x	29,2±2,8x	35,1±2,9x	-	-
Quloqda qichishish	3	14,3±2,7	9,6±2,5	4,2±2,4x	1,1±0,6x	-	-
	2	11,7±2,8	8,4±2,6	2,1±1,6x	-	-	-
	1	6,4±2,5	4,1±2,2	2,6±1,9x	-	-	-
	0	9,2±1,8	19,3±1,6x	33,1±1,9x	39,7±2,3x	-	-
Xolsizlik	3	19,5±2,6	13,7±2,5	8,2±2,4x	4,1±1,9x	-	-
	2	13,4±2,9	8,1±2,7	4,1±2,6x	-	-	-
	1	8,2±2,6	4,1±2,1x	1,9±0,7x	-	-	-
	0	1,8±1,2	15,1±1,9x	25,7±2,3x	35,3±2,7x	-	-

Eslatma: Jadvalda asl qiymatlardan statistik jihatdan sezilarli darajada farq qiluvchi qiymatlar ko'rsatilgan; x - $p < 0,05$.

Ushbu ko'rsatkichning sezilarli darajada normallasishi davolanishning 3-kunida - 2,6±1,9 (58,2%) bemorlarda qayd etilgan. Tekshiruvdan so'ng, asosiy guruhning 8,2±1,8 (22,8%) bemorlarida ushbu ko'rsatkichning "etishmasligi" kuzatildi. Ushbu

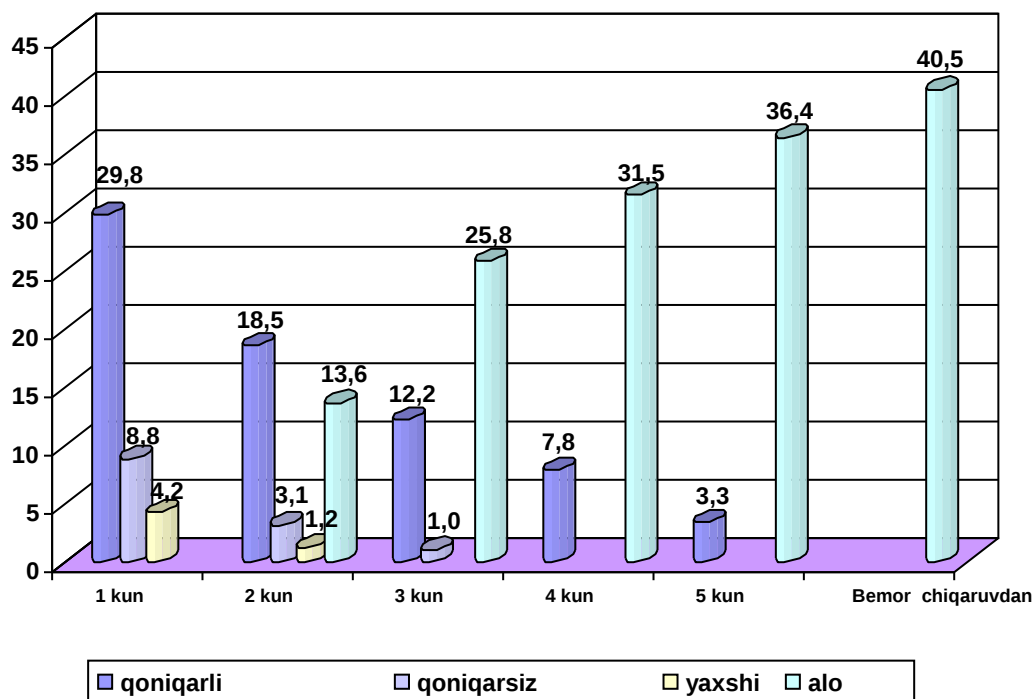
ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 2-kunida $19,3 \pm 1,6$ (25% ga) bemorlarda qayd etilgan (3.2.1-jadval).

Asosiy guruhda kasalxonaga yotqizilganida "aniq" xolsizlik $19,4 \pm 2,6$ - 46,4% bemorlarda qayd etilgan. Davolanishning 3-kunida uning sezilarli kamayishi qayd etilgan - $8,2 \pm 2,4$ bemorda, bu dastlabki ma'lumotlardan 58,0% kam. Qabul paytida ushbu ko'rsatkichning "o'rtacha" namoyon bo'lishi $13,4 \pm 2,9$ (31,9%) bemorlarda qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi davolanishning 3-kunida ham qayd etilgan - $2,1 \pm 2,6$ bemorda, bu dastlabki ma'lumotlardan 64,0% ga kam ($p > 0,05$). Ushbu guruhdagi bemorlarda kasalxonaga yotqizilganida zaiflikning "yo'qligi" ko'rsatkichi juda past bo'lgan - $1,8 \pm 1,2$ (4,2%) bemorlar. Davolashning 2-kunida bu ko'rsatkich $15,1 \pm 1,9$ (31,7%) bemorlarga sezilarli darajada oshdi. Ertasi kuni bu ko'rsatkich 56,9% ga o'sdi va $24,7 \pm 2,3$ bemorni tashkil etdi. 4-kuni bu farq 79,8% - $35,3 \pm 2,7$ bemorni tashkil etdi. ($p < 0,05$). (3.2.1-jadval).

Lazer terapiyasi KBB muammolarini samarali davolashdi. Ushbu maqsad uchun bir nechta lazerli davolash asboblari, jumladan GNL, PILI va boshqalar qo'llaniladi. Afsuski, adabiyotda bizning qidiruvimiz SONO terapevtik lazer qurilmasidan foydalanish haqida hech qanday ma'lumot bermadi.

SZO'O bilan og'rigan bemorlar tomonidan davolashning terapevtik ta'sirini baholash dinamikasi katta qiziqish uyg'otadi.

Asosiy guruhdagi bemorlarda davolanish natijalari dinamikasi shuni ko'rsatdiki, $28,7 \pm 2,6$ - 71% bemorlarda "qoniqarsiz" holat, $8,8 \pm 2,1$ - 21% da "qoniqarli" holat qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichlarning sezilarli yaxshilanishi davolanishning 2-3-kunlarida qayd etilgan - $12,2 \pm 2,1$ va $3,1 \pm 1,4$ bemorlarda, bu mos ravishda 59,0% va 64,7% ($p < 0,05$), dastlabki ma'lumotlardan kamroq. Qabul qilingandan so'ng, asosiy guruhdagi bemorlarning 10 foizi o'zlarini "yaxshi" holatda his qilishdi. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi kompleks davolashning 2-kunida $1,2 \pm 0,5$ (3,5 marta) bemorlarda qayd etilgan ($p < 0,05$).



Rasm №10

Asosiy guruhni davolash samaradorligini baholash dinamikasi

Asosiy guruhning barcha bemorlari kasalxonaga yotqizilgandan so‘ng o‘zlarining ahvolini "a'lo" deb baholamadilar. Bemorlarning 32,4% da davolashning 2-kunida asosiy guruhdagi ishonchli "a'lo" holat kuzatilgan. Ertasi kuni bu ko‘rsatkich 61,4% ga o‘tdi va $25,8 \pm 2,6$ bemorni tashkil etdi va bo‘shatishdan oldin 96,5% - $40,5 \pm 1,5$ bemorlarda "a'lo" holat kuzatildi (Rasm №10).

Ushbu bemorlarning kasalxonada bo‘lish muddati o‘rtacha $5,30 \pm 1,10$ yotoq kunidan oshmadi.

Olingan ma’lumotlar shuni ko‘rsatadiki, antibiotik terapiya bilan lazer terapiyasini terapevtik chora-tadbirlar majmuasiga kiritish, Teknazol preparatini qo‘llash va Otozol preparatini quloq doka turundasi shaklida endoural qo‘llash davolashning terapevtik ta’sirini sezilarli darajada oshirdi va kasallikning tez davolanishiga olib keldi.

Shuni ta’kidlash kerakki, SZO‘O bilan og‘rigan bemorlarda og‘ir yallig‘lanish jarayoni mavjudligini hisobga olgan holda, terapevtik ta’sirga erishish uchun, ba’zi hollarda, ko‘rsatmalarga ko‘ra, LT kursini 7 seansgacha uzaytirish kerak edi.

AF (teknazol) dan hamda va otozol preparatini endoural qo‘llash birgalikda kasalliklarga chalingan bemorlarni kompleks davolashda muhim ahamiyatga ega bo‘ldi.

Biroq, hech qanday asoratlari yoki nojo'ya ta'sirlari kuzatilmadi. Ularning kasallikning kechishi va yallig'lanish jarayoniga ijobiy ta'siri qayd etildi va klinik belgilari va terapevtik ta'sirini baholash o'zgardi va klinik yaxshilanishga mos keldi.

Zamburug'ga qarshi preparatni qo'llash bilan LT o'tkazish va Otozol preparatini bilan birgalikda endural qo'llash yallig'lanish sindromiga qarshi kurashishga, tananing himoya kuchlarini faollashtirishga, organizmga umumiy ta'sir ko'rsatish orqali shilliq qavatining funktsiyalarini normallashtirishga yordam berdi.

Shunday qilib, kompleks davolash maqsadida Teknazol preparatini qo'llagan holda LT va quloq doka turunda shaklida Otozol preparatini kompleks davolash davrida qo'llash SZO'O ning klinik belgilarini tezda bartaraf etishga olib keldi, ijobiy ta'sir ko'rsatdi. kasallikning borishi bo'yicha, bu dori terapiyasining samaradorligini oshirish va davolanish vaqtini qisqartirish imkonini berdi.

XULOSA

Adabiyotlarni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, SZO'O bilan og'rigan bemorlarni davolash otorinolingologiyaning eng murakkab va asosan hal qilinmagan muammolaridan biridir.

Quloq, tomoq, burun va yuqori nafas yo'llarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari eng ko'p uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. O'rtacha, ular inson populyatsiyasining kamida 75% ta'sir qiladi [30,31,34,38]. Ushbu kasalliklarning adekvat diagnostikasi, oqilona davolash va oqilona oldini olish muammosi turli soha mutaxassislari - otorinolingologlardan tortib sog'liqni saqlash tashkilotchilarigacha dolzarb bo'lib qolmoqda; uni hal qilishda kompleks yondashuv bilimlarning turli sohalarini - molekulyar biologiyadan tortib gigiena va sanitariyagacha integratsiyaga asoslangan.

O'rta quloqning surunkali zamburug'li yallig'lanishi juda keng tarqalgan otitik kasallikdir. Ushbu kasallikning chastotasi quloq kasalliklarining umumiy sonining 25-30% ni tashkil qiladi [24,31,38]. Amerikalik mualliflarning fikriga ko'ra, AQSh aholisining 60% hollarda eshitish qobiliyatining yo'qolishi bolalik davridagi Surunkali zamburug'li o'rta otit (SZO'O) tufayli yuzaga keladi.

Bu muammoning ijtimoiy tomoni ham muhim emas. O'rta quloqning tez-tez va uzoq davom etadigan kasalliklari eshitish qobiliyatini yo'qotishning rivojlanishiga yordam beradi va inson hayotining asosiy toifalarini cheklashga olib keladi: muloqot qilish, o'rganish va ishlash qobiliyati [15,79].

So'nggi yillarda SZO'O ni davolash uchun ko'plab murakkab usullar ishlab chiqildi. Biroq, bu muammo otorinolingologlarni samarasizligi va davolashning yangi usullarini izlash tufayli an'anaviy konservativ usullarni qayta ko'rib chiqish zarurati oldiga qo'ydi. Ushbu usullardan biri jismoniy energiyaning har xil turlaridan foydalanish: magnit, lazer, elektromagnit va boshqalar. Ular orasida yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklarida keng qo'llaniladigan lazer terapiyasi (LT) eng samarali hisoblanadi [4,6,56,60].

Ratsional animikotik terapiyasini (AM) tayinlash juda dolzarb muammo bo'lib, uni hal qilish amaliyot uchun shubhasiz qiziqish uyg'otadigan bir qator omillarga bog'liq.

So'nggi o'n yilliklarda antimikotik terapiya (AM) imkoniyatlari sezilarli darajada oshganiga qaramay, yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklari bilan og'rgan bemorlarni davolash samaradorligi har doim ham bemor va shifokorni qoniqtirmaydi [68].

Muhim omillardan biri bu mikroblarga qarshi vositani qo'llash usuli. Zamburug'ga qarshi preparatlarni parenteral yuborish - mamlakatimizda qo'llaniladigan ushbu dorilarni qabul qilishning an'anaviy usuli. O'rta quloq kasalliklarida bu usul har doim ham oqlanmaydi, chunki bu holda davolanish rejimi bemorga rioya qilish qiyin. Bu erda inekuiyadan keyingi asoratlarni ham yuzaga kelishi mumkin, bu esa davolanish narxining oshishiga olib keladi. Qabul qilish chastotasi past bo'lgan zamonaviy og'iz formulalarini tanlash xarajatlarni kamaytirishi va davolanishni yanada qulayroq qilishi mumkin [44].

Ko'pincha, noto'g'ri tanlangan, LOR a'zolarining surunkali zamburug'li kasalliklari uchun samarasiz terapiya davolanish muddatining ko'payishiga, surunkali jarayon qaytalanishiga va og'ir asoratlarga olib keladi.

So'nggi yillarda otorinolaringologlar SZO'Oda yallig'lanish sindromini davolashning samarali usullarini ishlab chiqishga katta e'tibor berishdi. Bu, bir tomondan, yallig'lanish sindromining tabiati va mohiyati to'liq ochib berilmaganligi bilan bog'liq bo'lsa, boshqa tomondan, ushbu toifadagi bemorlarning soni doimiy ravishda ko'payib bormoqda va hozirgi davolash natijalarini aniqlab bo'lmaydi. qoniqarli deb topildi, shuning uchun yallig'lanish va yiringli kasalliklarni bartaraf etishga qaratilgan davolashning yangi usullarini izlash SZO'Odagi jarayonlarni oqladi. Ma'lum darajada lazer terapiyasi ushbu talablarga javob beradi. LT LOR patologiyasini davolashda muvaffaqiyatli qo'llanilgan. Bu kabi GNL, NILI va boshqalar lazerli terapevtik asboblarning har xil turlari ishlatilgan. Ammo adabiyotlarda biz "SONO" terapevtik lazer qurilmasidan foydalanish haqida ma'lumot topa olmadik.

So'nggi yillarda Bemorlarda SZO'O ni davolashda an'anaviy antibakterial, yallig'lanishga qarshi va dekonjestan terapiyadan tashqari, sekretomotor va sekretolitik terapiyaga katta e'tibor berildi. Amaliy nuqtai nazardan, zamburug'ga qarshi preparat maqsadida Teknazol preparatini xamda endoural Otozol va LT bilan birgalikda qo'llash eng istiqbolli ekanligiga ishonish uchun asoslar mavjud. SZO'O uchun organni

saqlaydigan va kamroq shikast yetkazadigan davolashning bunday kombinatsiyasi otorinolaringologiyada keng qo'llaniladigan muhim alternativa bo'lishi mumkin. Bularning barchasi muayyan tadqiqot vazifalarining dolzarbligi va qonuniyligidan dalolat beradi.

Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun biz 21 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan 50 nafar SZO'O bilan kasallangan bemorlarni davolash natijalarini o'rganib chiqdik, ulardan 30 (40,3%) erkaklar va 40 (59,7%) ayollar.

Davolash usullariga qarab, barcha bemorlar 2 klinik guruhga bo'lingan: birinchi asosiy guruh 40 (58,3%) bemorlardan iborat bo'lib, ular terapevtik chora-tadbirlar majmuasiga Teknazol va otozolni qo'llash bilan lazer terapiyasini kiritdi. Bemorlarning ahvoli, klinik alomatlar dinamikasi, davolashning terapevtik ta'sirini baholash (ballarda analog shkalada) va bemorlarning o'zlari tomonidan davolashning terapevtik ta'sirini baholash (so'rovnoma), kasallikning kechishi va asosiy guruhning davolash natijalari an'anaviy davolash usullari bilan davolangan 30 (41,7%) bemordan iborat bo'lgan nazorat guruhi bilan taqqoslandi.

Bemorlarning umumiy ahvolini qiyosiy tahlil qilish, sub'ektiv ma'lumotlar, kasalxonaga yotqizilganida SZO'O ning klinik ko'rinishlari bemorlarning nazorat va asosiy guruhlari o'rtasida sezilarli farqni aniqlamadi.

Asosiy guruhning barcha 30 bemorida SZO'O bilan kurashish bo'yicha konservativ chora-tadbirlar kompleksi lazer terapiyasi, Teknazol va otozol preparatini qo'llash bilan ratsional antibiotik terapiyasini o'z ichiga oladi - endural ravishda quloq doka turunda shaklida.

Nurlanish ta'sirlangan quloqning proekuiyasida har kuni 1 seans, ta'sir qilish muddati 5 daqiqa, davolash kursi 5-6 seansda tashqi eshitish go'shti orqali amalga oshirildi.

Davolashning samaradorligi mezonlari quyidagilardan iborat edi: quloqdan oqishni to'xtatish, og'riqni yo'qotish (quloq og'rig'i, bosh og'rig'i va mastoid sezuvchanligi), eshitishni tiklash, tana haroratini normallashtirish, otoskopik rasmni va bemorning umumiy holatini normallashtirish.

Bemorlarning o'zlari tomonidan davolashning terapevtik ta'siri ham anketa (so'rovnomma) yordamida baholandi. SZO'O bilan og'rig'an bemorlar tomonidan baholanganidek, yakuniy natijalar ballar yig'indisiga ko'ra "qoniqarsiz", "qoniqarli", "yaxshi" va "a'lo" deb tan olinadi.

Yuqoridagi usul bemorlar kasalxonaga yotqizilgan kundan boshlab darhol amalga oshirila boshlandi. Ushbu taktika qisqa vaqt ichida yallig'lanish sindromining namoyon bo'lishini, klinik belgilarini kamaytirishga, terapevtik ta'sirni baholashga va shifokorni tanlangan terapiyaning to'g'riligiga yo'naltirishga imkon berdi.

SZO'O fonida yallig'lanish sindromining klinik ko'rinishlarining dinamikasi katta qiziqish uyg'otadi. Nazorat va asosiy guruhlarining barcha bemorlarida, qabul qilinganda, quloqdan shilliq-yiringli va yoki yiringli ajralma u yoki bu "og'irlik" darajasida qayd etilgan, deyarli barcha bemorlarda quloq og'rig'i va eshitish qobiliyatini yo'qotish qayd etilgan. Bemorlarning ko'pchiligi bosh og'rig'i va palpatsiya paytida so'rg'ichsimon o'simtang u yoki bu "og'irlik", shish va nog'ora pardaning giperemiyasi bilan yotqizilgan. Nazorat va asosiy guruhlardagi bemorlarning deyarli yarmida u yoki bu "og'irlik" da tana haroratining oshishi va zaiflik qayd etilgan.

Agar an'anaviy davolanish paytida terapevtik ta'sir davolashning 5-6-kunidan boshlab klinik jihatdan namoyon bo'lsa, LTni AT bilan kompleks davolashda Teknazol preparatlari bilan va endural ravishda Otozol preparatining quloq doka turundalari shaklida qo'llanganda, bu. davolashning 2-3-kunida sodir bo'ldi.

Nazorat guruhidagi SZO'O bilan og'rig'an bemorlarda klinik ko'rinishlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, $17,6 \pm 4,2$ (58,6%) bemorlarda quloqdan "aniq" shilliq-yiringli va / yoki yiringli ajralmalar qayd etilgan va asosiy guruhda bu ko'rsatkich bo'lgan. $22,6 \pm 4,3$ (53,8%) bemorlarda qayd etilgan. Teknazol bilan LT ta'sirida va kompleks davolash fonida Otozol preparatini endural qo'llashda bu ko'rsatkich davolanishning 4-kunida sezilarli darajada kamaydi (70,3% ga; $p < 0,05$), nazorat guruhida esa bu bilan. vaqt, quloqdan shilliq yiringli va / yoki yiringli ajralma "aniq" bemorlarning faqat 25,5% kamaydi.

Asosiy guruhda, kompleks davolashning 3-kunida, bemorlarning 56,7% ga quloqdan shilliq-yiringli va/yoki yiringli ajralmalar kamaygan ($p<0,05$), nazorat guruhida esa uning darajasi pasaygan. bemorlarning faqat 31, 7% tomonidan. Kompleks davolashning 5-kunida bu ko'rsatkich asosiy guruhda bemorlarning 92,5% ga kamaydi ($p<0,05$), va nazorat guruhida bu vaqtga kelib bu ko'rsatkich bemorlarning 63,4% ga kamaydi, bu esa 29,1% ga kamdir. bemorlarning nazorat guruhi ($p<0,05$).

Asosiy va nazorat guruhidagi $1,6\pm0,8$ (3,8%) va $1,4\pm0,7$ (4,6%) bemorlarda qabul qilinganda quloqdan shilliq yiringli ajralmalar "yo'qligi" kuzatildi. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi kompleks davolashning 2-kunida bemorlarning asosiy guruhining $6,2\pm2,1$ (10,9%) da kuzatildi va bo'shatishdan oldin bu ko'rsatkich 88,1% - $38,6\pm1,4$ bemorlarni tashkil etdi. Nazorat guruhida ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 3-kunida $5,6 \pm 1,8$ (14,0%) bemorlarda qayd etilgan va bo'shatishdan oldin bu ko'rsatkich 84,7% - $26,8 \pm 3,1$ bemorlarni tashkil etgan ($p>0,05$).

Kompleks terapiya natijasida davolashning 4-kunida asosiy guruhda "eshitish pasayishi" dastlabki ma'lumotlarga nisbatan 63,4% ($p<0,05$) ga, davolashning 5-kunida esa $3,2\pm$ ga kamaydi. 1,2 bemor, bu qabul paytidagidan 6,1 marta past ($p<0,05$). An'anaviy terapiya fonida, 4-kuni quloqdagi "qattiq" og'riq bemorlarning 33,8% ga kamaydi va davolanishning 5-kunida u $7,1 \pm 1,6$ bemorlarga kamaydi, bu qabul qilinganidan 2 baravar kam ($p>0,05$).

Asosiy guruhdagi bemorlarda quloqdagi "o'rtacha" og'riqlar qabul qilinganda o'rtacha $13,6 \pm 3,2$ - 32,3% bemorlarni tashkil etdi va nazorat guruhida bu ko'rsatkich $7,8 \pm 2,6$ - 26% bemorlarni tashkil etdi. 4 kun davomida kompleks davolash ta'sirida uning dastlabki ma'lumotlardan 78,6% ga sezilarli darajada pasayishi ($p<0,05$) va nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi (73,0%; $p<0,05$) qayd etildi.) davolashning 5-kunida qayd etilgan bo'lsa, asosiy guruhda bu ko'rsatkich allaqachon bemorlarning 92,6% ga kamaydi ($p>0,05$).

Dastlabki ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, SZO'O bilan og'rigan bemorlarda quloqdagi "engil" og'riqlar solishtirilgan guruhlarda $5,7\pm1,3$ (13,5%) - $4,8\pm1,9$ (16%) bemorlarda kuzatilgan. Asosiy guruhda bu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi 3-kuni qayd etilgan va qabul qilingandan 75,4% ($p>0,05$) kamroq bo'lgan va an'anaviy

davolash bilan bemorlarning atigi 43,7% ga kamaydi. Nazorat guruhidagi bemorlarda bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi 5-kunida qayd etildi va $1,2 \pm 0,5$ (75,0%) bemorlarni tashkil etdi.

Asosiy va nazorat guruhidagi $3,2 \pm 1,4$ (7,6%) - $3,8 \pm 1,7$ (12,6%) bemorlarda qabul paytida quloqda og'riqning "yo'qligi" qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolashning 2-kunida asosiy guruhdagi $12,5 \pm 2,4$ (22,1%) bemorlarda va nazorat guruhida davolashning 4-kunida qayd etildi va bu ko'rsatkich 29,4% - $12,6 \pm 3$ ni tashkil etdi. .4 bemor ($p > 0,05$).

Bemorlarning aksariyati eshitish qobiliyatini yo'qotishdan shikoyat qiladilar. Ushbu belgining "aniq" namoyon bo'lishi asosiy guruhda $19,2 \pm 2,9$ (45,7%) bemorlarda va nazorat guruhida $16,4 \pm 3,9$ (54,6%) bemorlarda qayd etilgan. Kompleks davolashning 3-kunida ushbu ko'rsatkichning darajasi sezilarli darajada pasayib, $6,2 \pm 2,4$ bemorni tashkil etdi, bu dastlabki ma'lumotlardan 67,7% ga kam ($p < 0,05$), nazorat guruhida esa 5-kunida sezilarli pasayish qayd etildi. an'anaviy davolash - $7,8 \pm 2,4$ (52,4%) bemorlar ($p < 0,05$).

Qabul qilinganda, bemorlarning asosiy guruhining 37,6% "o'rtacha" eshitish qobiliyatini yo'qotdi. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli yaxshilanishi davolanishning 3-kunida ham qayd etilgan - bemorlarning 73,5 foizida. Nazorat guruhida ushbu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi davolanishning 5-kunida - bemorlarning 58,9 foizida qayd etilgan.

Asosiy guruhga yotqizilgandan so'ng, bemorlarning 16,1 foizida "engil" eshitish pasayishi va 10,6 foiz bemorlarda nazorat guruhida qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi kompleks davolashning 3-kunida $1,8 \pm 1,3$ bemorda qayd etilgan, bu dastlabki ma'lumotlardan 73,5% ga kam ($p < 0,05$), nazorat guruhida esa 5-kunida sezilarli pasayish qayd etilgan. $1,8 \pm 1,7$ (43,7%) bemorlarda davolash ($p < 0,05$).

Qabul qilinganda asosiy guruhdagi $1,8 \pm 1,2$ (4,2%) bemorlarda eshitish qobiliyatining "pasayishi" kuzatilgan. Bu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolashning 2-kunida $15,7 \pm 1,3$ (33,1%) bemorlarda kuzatildi ($p > 0,05$). An'anaviy terapiya ta'siri ostida ushbu ko'rsatkich darajasi 3-kunida sezilarli darajada oshdi - $9,1 \pm 2,2$ (22,3% ga) bemorlar.

Surg'ichsimon o'simtani palpatsiyasida og'riqning yo'qolishi kabi belgi dinamikada erta paydo bo'ldi. So'rg'ichsimon o'simtada palpatsiyada og'riq $17,5 \pm 2,9$ (41,6%) da qayd etilgan bo'lsa, kompleks davolash natijasida 3-kunida u $8,6 \pm$ ga kamaydi. Bemorlarning 2,4 (50,8%), nazorat guruhida esa bu ko'rsatkich yuqoriligicha qoldi - $11,0 \pm 2,4$ (18,5%) bemorlar. Nazorat guruhida ushbu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi davolashning 5-kunida $5,2 \pm 2,1$ bemorda qayd etildi, bu dastlabki ma'lumotlardan 61,4% ga kam ($p < 0,05$).

Asosiy guruhdagi bemorlarda quloq oldi soxasida "o'rtacha" palpatsiya qilinganda o'rtacha $14,3 \pm 2,5$ - 34,0% bemorlarda, nazorat guruhida esa bu ko'rsatkich $12,6 \pm 2,7$ - 42,0% kasallangan. Kompleks davolash ta'sirida 3-kunga kelib uning dastlabki ma'lumotlardan 64,3% ga sezilarli pasayishi ($p < 0,05$) va nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi (63,4% ga) qayd etildi. davolashning 5-kunida qayd etilgan.

Taqqoslangan guruhlarda SZO'O bilan kasallangan bemorlarni qabul qilishda so'rg'ichsimon o'simta "zaif ifodalangan" palpatsiya sezuvchanligi $8,8 \pm 3,1$ (20,9%) - $2,6 \pm 1,9$ (8,6%) bemorlarda qayd etilgan. Asosiy guruhda bu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi 3-kuni qayd etilgan va qabul qilingandan 63,6% ($p > 0,05$) kamroq bo'lgan va an'anaviy davolash bilan bemorlarning atigi 11,5% ga kamaydi.

Tekshiruvlar natijasida asosiy va nazorat guruhidagi $2,1 \pm 1,9$ (5,0%) - $1,8 \pm 1,2$ (6,0%) bemorlarda so'rg'ichsimon o'simtani palpatsiya og'riq "yo'qligi" aniqlangan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolashning 2-kunida asosiy guruhdagi $13,1 \pm 1,8$ (26,1%) bemorlarda va nazorat guruhida davolashning 3-kunida qayd etildi va bu ko'rsatkichi 19,3% - $7,6 \pm 1$ ni tashkil etdi ($p > 0,05$).

Umumiy holatni yaxshilashning klinik belgilari otoskopik rasmning dinamikasida ham o'z aksini topdi. Asosiy guruhda $16,2 \pm 3,2$ (38,5%) bemorlarda kasalxonaga yotqizilganidan keyin nog'ora pardaning "aniq" shishishi va giperemiyasi qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli yaxshilanishi davolanishning 4-kunida qayd etilgan - $3,1 \pm 2,3$ bemor, bu dastlabki ma'lumotlardan 80,8% kam. Nazorat guruhida nog'ora pardaning "aniq" shishishi va giperemiyasi $12,7 \pm 3,1$ (42,3%) bemorlarda qayd etilgan.

Davolanishning 5-kunida uning sezilarli kamayishi qayd etilgan - $6,3 \pm 2,2$ (50,5%) bemorlar.

Shuningdek, bemorlarning asosiy guruhining $14,1 \pm 2,7$ (33,5%) "o'rtacha" shish va nog'ora pardaning giperemiyasi bor edi. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli yaxshilanishi davolanishning 3-kunida - $4,1 \pm 2,3$ (70,9%) bemorlarda qayd etildi. Nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi davolashning 5-kunida - $3,5 \pm 2,1$ (66,6%) bemorlarda qayd etilgan.

Asosiy guruhda qabul qilinganda $9,8 \pm 2,5$ (23,3%) bemorlarda nog'ora pardaning "engil" shishishi va giperemiyasi, nazorat guruhida esa $5,7 \pm 1,9$ (19,0%) bemorlarda qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi kompleks davolashning 3-kunida $3,5 \pm 2,2$ (2,8 marta) bemorlarda qayd etilgan va nazorat guruhida davolashning 4-kunida bu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi qayd etilgan - $2,1 \pm 1,4$ (2,8 marta) 7 marta bemorlar ($p < 0,05$).

Asosiy guruhdagi bemorlarda kasalxonaga yotqizilganida nog'ora pardaning shishishi va giperemiyasi "yo'qligi" juda past - $1,3 \pm 0,9$ (3,0%) bemorlarda. Davolanishning 2-kunida bu ko'rsatkich sezilarli darajada oshdi - $12,4 \pm 1,6$ (26,5%) bemorlarga, 4-kuni esa bu farq 80,5% - $35,1 \pm 2,7$ bemorlarni tashkil etdi ($p < 0,05$). Nazorat guruhida davolanishning 2-kunida bu ko'rsatkich biroz oshdi - 11,0% ga. Bu ko'rsatkich davolanishning 3-kunida sezilarli darajada 21,0% ga oshdi va $8,1 \pm 1,9$ bemorni tashkil etdi. ($p < 0,05$). Chiqarishdan oldin bu farq 87,5% - $28,1 \pm 2,9$ bemorni tashkil etdi. ($p < 0,05$).

Kompleks terapiya natijasida davolanishning 3-kunida "belgilangan" bosh og'rig'i $5,1 \pm 2,5$ foizgacha kamaydi, bu davolanishdan so'ng ancha 69% ga kam ($p > 0,05$). Bu vaqtga kelib, nazorat guruhida bu ko'rsatkich bemorlarning 27,7% gacha kamaydi. Nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi 5-kunida $4,2 \pm 1,9$ bemorda kuzatildi.

Davolanishdan so'ng "o'rtacha" bosh og'rig'i $14,7 \pm 2,8$ (35,0%) bemorlarda qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi davolashning 3-kunida - $4,2 \pm 2,2$ bemorda qayd etildi, bu dastlabki ma'lumotlardan 71,4% ga kam ($p > 0,05$).

Nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi 5-kunida $2,1 \pm 1,7$ bemorda kuzatildi.

Asosiy guruhdagi $1,8 \pm 1,1$ (4,2%) bemorlarda tekshiruv paytida bosh og'rig'i kuzatilmagan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolanishning 2-kunida $17,2 \pm 2,7$ (36,7%) bemorlarda qayd etilgan va tekshiruvdan oldin bu ko'rsatkich 79,3% - $35,1 \pm 2,9$ bemorlarni tashkil etgan ($p > 0,05$). Nazorat guruhida bu ko'rsatkich davolanishning 3-kunida sezilarli darajada oshdi (24,7% ga) va $10,5 \pm 1,1$ bemorni tashkil etdi. ($p < 0,05$). Chiqarishdan oldin bu farq 81,0% - $27,4 \pm 2,4$ bemorni tashkil etdi. ($p < 0,05$).

Bemorlarning ko'pchiligi isitma bilan murojaat qilgan. Ushbu belgining "aniq" namoyon bo'lishi $14,3 \pm 2,7$ (34,0%) bemorlarda, nazorat guruhida esa $11,3 \pm 2,8$ (37,6%) bemorlarda qayd etilgan. Davolanishning 3-4-kunlarida ushbu ko'rsatkichning darajasi sezilarli darajada pasaydi $4,2 \pm 2,4$ va $3,1 \pm 1,7$ bemorlarga, bu mos ravishda 70,6% va 72,5% ni tashkil etadi, bu dastlabki ma'lumotlardan kamroq ($p < 0,05$).

Asosiy guruhdagi bemorlarda tana haroratining "o'rtacha" ko'tarilishi o'rtacha $11,7 \pm 2,8$ (27,8%) bemorlarda, nazorat guruhida esa $9,7 \pm 2,7$ (32,3%) kasal bo'lgan. Kompleks davolash ta'sirida 3-kunga kelib uning dastlabki ma'lumotlardan 82,0% ga sezilarli pasayishi ($p < 0,05$) va nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi (67,0%) qayd etildi. davolashning 4-kunida qayd etilgan.

Qabul qilingandan so'ng, asosiy guruhdagi bemorlarning $6,4 \pm 2,5$ - 15,2% tana haroratining "engil" ortishi kuzatildi. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli darajada normallasishi davolanishning 3-kunida qayd etilgan - $2,6 \pm 1,9$ (59,3%) bemorlarda va nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi davolashning 5-kunida $1,2 \pm 0,5$ 3% bemorlar.

Tekshiruvlar natijasida asosiy guruhning $9,2 \pm 1,8$ (21,9%) bemorlarida ushbu ko'rsatkichlarning pasayishi kuzatildi. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi davolanishning 2-kunida $19,3 \pm 1,6$ (24%) bemorlarda qayd etilgan ($p > 0,05$). Va nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi (bemorlarning 25,3% ga) davolashning 3-kunida qayd etilgan.

Asosiy guruhda kasalxonaga yotqizilganida "aniq" xolsizlik $19,5 \pm 2,6$ - 46,4% bemorlarda qayd etilgan. Davolanishning 3-kunida uning sezilarli pasayishi qayd etildi -

8,2 ± 2,4 bemor, bu dastlabki ma'lumotlardan 58,0% kam, nazorat guruhida esa 5-kuni (3,8 ± 1,2) bu ko'rsatkichning sezilarli pasayishi qayd etildi. - 77,3% bemorlar).

Asosiy guruhda ushbu ko'rsatkichning "o'rtacha" namoyon bo'lishi 13,4±2,9 (31,9%) bemorlarda qayd etilgan. Ushbu ko'rsatkichning sezilarli darajada pasayishi davolanishning 3-kunida 4,1±2,6 bemorda qayd etilgan, bu dastlabki ma'lumotlardan 65,0% ga kam ($p>0,05$) va nazorat guruhida bu vaqtga kelib faqat 14,8% ga kamaydi. bemorlarning.

Asosiy guruhdagi bemorlar kasalxonaga yotqizilganida, zaiflikning "yo'qligi" juda past - 1,8±1,2 (4,2%) bemorlar. Davolashning 2-kunida bu ko'rsatkich 15,1±1,9 (31,7%) bemorlarga sezilarli darajada oshdi. Ertasi kuni bu ko'rsatkich 56,9% ga o'sdi va 25,7±2,3 bemorni tashkil etdi. 4-kuni bu farq 79,8% - 35,3±2,7 bemorni tashkil etdi. ($p<0,05$). Nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi davolashning 3-kunida 7,1±1,4 (19,3%) bemorlarda qayd etilgan va bo'shatishdan oldin bu ko'rsatkich 89,3% - 28,1±1,1 bemorlarni tashkil etdi ($p>0,05$).

Umumiy holatni yaxshilashning klinik belgilari SZO'O bilan kasallangan bemorlarning o'zlari tomonidan davolashning terapevtik ta'sirini baholash dinamikasida ham o'z aksini topdi.

Asosiy guruhdagi bemorlarni davolash natijalari dinamikasi bemorlarning 29,8±2,6-71 foizida "qoniqarsiz" holat, 8,8±2,1-21 foizida "qoniqarli" holat kuzatilganligini ko'rsatdi. Davolashning 2-3-kunlarida bu ko'rsatkichlarning sezilarli yaxshilanishi qayd etildi - 12,2±2,1 va 3,1±1,4 bemorlarda, bu dastlabki ma'lumotlardan mos ravishda 59,0% va 64,7% ($p<0,05$). An'anaviy terapiya fonida ushbu ko'rsatkichlarning sezilarli o'sishi (bemorlarning 57,0% va 70,6%) 4-5 kun ichida, dastlabki ma'lumotlarga qaraganda kamroq qayd etilgan.

Kompleks davo muolajalaridan so'ng, asosiy guruhdagi bemorlarning 10 foizi o'zlarini "yaxshi" holatda his qilishdi. Bu ko'rsatkichning sezilarli o'sishi kompleks davolashning 2-kunida 1,2±0,5 (3,5 marta) bemorlarda qayd etilgan va nazorat guruhida bu ko'rsatkichning sezilarli darajada oshishi davolashning 3-kunida 2 marta (1,3da) qayd etilgan. ±1,0) bemorlar ($p<0,05$).

Asosiy va nazorat guruhidagi barcha bemorlar kasalxonaga yotqizilgandan so'ng o'zlarini "a'lo" holatda deb hisoblamadilar. Bemorlarning 32,4% da davolashning 2-kunida asosiy guruhdagi ishonchli "a'lo" holat kuzatilgan. Ertasi kuni bu ko'rsatkich 61,4% ga o'sdi va $25,8 \pm 2,6$ bemorni tashkil etdi va bo'shatishdan oldin 96,5% - $40,5 \pm 1,5$ bemorlarda "a'lo" holat qayd etildi ($p < 0,05$).

Nazorat guruhida ishonchli "a'lo" holat bemorlarning 28,6 foizida davolanishning 3-kunida kuzatildi. Ertasi kuni bu ko'rsatkich 2,2 marta oshib, $13,5 \pm 2,1$ bemorni tashkil etdi va bo'shatilgunga qadar 92,0% - $27,6 \pm 2,8$ bemorlarda "a'lo" holat kuzatildi ($p < 0,05$).

Shunday qilib, SZO'O ning klinik ko'rinishlarining dinamikasi, kasallikning kechishi va terapevtik ta'sirni baholash bo'yicha ma'lumotlar LTning ijobiy ta'sirini ko'rsatadi OTOZOL preparati dan doimiy foydalanish bilan quloqqa doka turunda shaklda foydalanildi. Kompleks davo fonida, SZO'O bilan og'rigan bemorlarda Teknazol preparatini qo'llash, bu bemorlarning kasalxonada qolish muddati qisqarishi bilan tasdiqlandi: nazorat guruhida - $8,50 \pm 1,40$ kun, bemorlarning asosiy guruhida - $5,30 \pm 1,10$ kun.

Shunday qilib, Teknazol bilan LT va Otozol endural qo'llash bilan birgalikda SZO'O ning bilan og'rigan bemorlarda patogenetik kompleks terapiyaning muhim tarkibiy qismlariga aylanmoqda. Uning ta'sirining umumiy tamoyillari tananing fiziologik jarayonlarini rag'batlantirish yoki modellashtirishga asoslangan. LT ning hozirgi holati KBB patologiyasi bo'lgan bemorlarda surunkali yallig'lanish jarayonlar bilan bog'liq bo'lgan turli patologik sharoitlarni kompleks davolashda foydalanish uchun oqilona asosli ko'rsatmalar beradi.

XULOSALAR

1. SZO‘O bilan kasallangan bemorlarda kasallikning o‘ziga xos xususiyati - yallig‘lanish jarayoni, o‘rta quloqda yallig‘lanish-yiringli ekssudatlarning haddan tashqari to‘planishi, turli xil "og‘irlikdagi" klinik belgilarning namoyon bo‘lishi, alteratsiya va shilliq qavatning yallig‘lanishi, o‘rta quloqning drenaj funksiyasining buzilishi kuzatildi.
2. Teknazol va otozoldan foydalangan holda oqilona antimikotik terapiyasining terapevtik chora-tadbirlari majmuasiga kiritish, shuningdek, SZO‘O ning bemorlarda lazer terapiyasi yallig‘lanish sindromi va klinik belgilarini tuzatishga yordam beradi, umumiy yallig‘lanishga qarshi, zamburug‘ga qarshi xususiyatlarga ega. makroorganizmning kompensatsion funksiyalarini rag‘batlantiruvchi shishga qarshi ta’siri borligi isbotlandi.
3. SZO‘O ning fonida yallig‘lanish sindromida lazer terapiyasi va Teknazol preparatini qo‘llash kompleks terapiyasining samaradorligini oshirish va davolanish muddatini qisqartirish patogenetik jihatdan asoslanadi, chunki bu kasallikning klinik ko‘rinishini tezda bartaraf etishga olib keladi, kasallikning qaytalanmasligiga ijobiy ta’sir qiladi va yordam beradi.
4. Teknazol va otozol preparatlarini qo‘llash bilan lazer terapiyasi terapevtik chora-tadbirlar kompleksida minimal invaziv, arzon va samarali terapiya usuli bo‘lib, barcha otorinolaringologiya shifoxonalarida qo‘llanilishi mumkin.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Lazer nurlanishining dozasi va davolash kursining davomiyligi kasallikning og'irligiga va bemorning individual xususiyatlariga bog'liq. Boshlang'ich doza: to'lqin uzunligi 0,89 mkm, kirish o'rtacha lazer quvvati 4,6 Vt, zarba takrorlash tezligi 1500 Gц. Nurlanish ta'sirlangan quloqning proekuiyasida tashqi eshitish kanali orqali har kuni 1 seans, ta'sir qilish muddati 5 daqiqa, davolash kursi 5-6 seans orqali amalga oshiriladi.
2. Otozol eritmasini endural, quloqqa maxalliy turundalar va lazer terapiyasi shaklida qo'llash oralig'ini saqlash muhimdir. Bu muddat dorilarning so'rilishi uchun yetarli bo'lishi va kamida 30-40 daqiqaga to'g'ri kelishi kerak.
3. Teknazol preparatini ovqatdan keyin kuniga ichishga buyurish tavsiya etiladi. Terapevtik samaradorlik past bo'lsa, preparatning dozasini oshirish mumkin.
4. SZO'O bilan og'rikan bemorlarda kasallikning og'ir kechishi mavjud bo'lsa, ko'rsatmalarga muvofiq terapevtik ta'sirga erishish uchun davolash kursini 9-10 kungacha oshirish tavsiya etiladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Аднан А.Х. Клиническая оценка эффективности лазеротерапии наружных и средних отитов: Автореф. Дис. канд.мед.наук. М. 2020.
2. Аняутин Р.Г., Ивкина С.В., Дмитриев Н.С., Милешина Н.А. Тимпаническая термометрия в диагностике экссудативного среднего отита у детей. Вест. Оторинолар. №2. 2020. С. 33-35.
3. Бабошко М.Ю., Брызгалова С.В., Лопотко А.И. Состояние слуховой трубы у больных хроническим гнойным средним отитом по данным компьютерной томографии. Вест. Оторинолар. №4. 2020. С. 16-19.
4. Байбеков И.М. и др. Морфологические аспекты лазерных воздействий. Ташкент. Ибн-Сино. 2020. С. 208-210.
5. Балясинская Г.Л. Ушные капли отофа и полидекса при лечении детей с острым средним и наружным отитами. Вест. Оторинолар. №3. 2020. С. 53-54.
6. Буйлин В.А., Наседкин А.Н. Низкоинтенсивная лазерная терапия в оториноларингологии. В помощь практическому врачу. М. 2021. С. 73.
7. Гаджимирзаев Г.А., Магомедов А.М. Особенности течения отогенных внутричерепных осложнений. Лечебно – диагностические трудности. Вест. Оторинолар. №3. 2019. С. 4-7.
8. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю. Синупрет в лечении заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха. // Москва. Российская ринология №3. 2019. С. 38-42.
9. Гаращенко Т.И., Денисова О.А., Котов Р.В. Стартовая антибиотикотерапия при остром среднем отите и остром синусите у детей. Вест. Оторинолар. №3. 2019. С. 62-63.
10. Гаров Е.В., Шеремет А.С., Антонян Р.Г. Эффективность традиционных способов хирургического лечения больных хроническим гнойным отитом с холестеатомой и фистулой лабиринта. Вест. Оторинолар. №3. 2019. С. 8-10.
11. Гейниц А.В., Тогонидзе Н.А., Смольников П.В., Кузина М.А., Максименков А.В. Использование внутривенного лазерного облучения

- крови в сочетании с антиоксидантом мексидолом в комбинированном лечении острого холецистита // Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Москва. 2020. Анналы хир. Гепат. 2020. №2.С. 280-281.
12. Георгадзе А.К. Использование гелий-неонового лазерного излучения в комплексном лечении гнойного холангита // Актуальные вопросы неотложной хирургии. Сб. науч. тр. Ярославль. 2018.С. 87-88.
 13. Гуров А.В., Гусева А.Л. Микробиологические особенности хронического гнойного среднего отита и их влияние на течение заболевания. Вест. Оторинолар. №2. 2015. С. 7-10.
 14. Джапаридзе Ш.В., Вагарадзе Д.В., Ломидзе Л.С., Хечинашвили Т.Р. О хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита. Вест. Оторинолар. №3. 2015. С.46-47.
 15. Дмитриев Н.С., Милешина Н.А. Хирургическое лечение больных экссудативным средним отитом. Вест. Оторинолар. №6. 2020. С. 49-51.
 16. Дусчанов Б.А. Применение ультразвука в диагностике и лечении острого холецистита // Тез. науч. конф. Ургенч.2017. С. 15-16.
 17. Дьяконов А.В., Райгородский Ю.М. Эффективность сочетания общей магнитотерапии и местного магнитолазерного воздействия в консервативном лечении хронического тонзиллита. Вест. Оторинолар. №3. 2016. С. 19-22.
 18. Енин И.В., Енин И.П., Карпов В.П. Профилактика стойкой тугоухости у больных острым средним отитом. Вест. Оторинолар. №1. 2017. С. 26-28.
 19. Жуховицкий В.Г. Бактериологическое обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии. Вест. Оторинолар. №1. 2020. С. 5-14.
 20. Зеликович Е.И. Возможности КТ височной кости в обследовании больных после санлирующей операции на среднем ухе. Вест. Оторинолар. №3. 2005. С. 40-45.

21. Зеликович Е.И. КТ височной кости в диагностике хронического гнойного среднего отита. Вест. Оторинолар. №4. 2020. С. 24-29.
22. Илларионов В. Е. Техника и методики процедур лазерной терапии. Минск. 2013. С. 178.
23. Калиш Ю.И. Лазеры в абдоминальной хирургии. // Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Тез. докл. Респ. науч. конф. Ташкент. 2016. С. 206 -207.
24. Каманин Е.И., Трофимов А.Е. Ципрофлоксацин в лечении больных острым и хроническим отитом. Вест. Оторинолар. №2. 2020. С. 24-28.
25. Козлов С.Н. Антибактериальная терапия: Практическое руководство. Москва. 2000; 190: С. 47-49.
26. Колодий Е.Л., Бродовская О.Б. Использование муколитика АЦЦ в лечении некоторых ЛОР – заболеваний. Вест. Оторинолар. №3. 2020. С. 48-49.
27. Корепанов В.И. Техника полизональной лазерной терапии. Москва. 1995. С. 93.
28. Коротких Н.Г., Лазутиков О.В., Ларина О.Е. Вариант хирургического лечения больных с одонтогенным гайморитом. Вест. Оторинолар. №2. 2020. С. 40-42.
29. Крюков А.И., Ахмедов Ш.М., Федорова – Патякина О.К., Петровская А.Н. Метод профилактики рецидива рубцевания барабанной полости при хирургическом лечении больных с адгезивным средним отитом. Вест. Оторинолар. №5. 2020. С. 41-43.
30. Крюков А.И., Елисеев О.В., Пред- и интраоперационная подготовка больных с гнойно-воспалительными заболеваниями уха, глотки и околоносовых пазух. Вест. Оторинолар. №1. 2014. С-39-41.
31. Крюков А.И., Жуховицкий В.Г. Гнойно-воспалительные заболевания уха, горла, носа и верхних дыхательных путей: актуальность проблемы и пути решения. Вест. Оторинолар. №1. 2014. С. 3-4.
32. Крюков А.И., Туровский А.Б., Баландин А.В., Хамзалиева Р.Б., Суббота Д.В. Анализ адекватности лечения острых форм среднего отита и

- бактериального синусита в амбулаторно-поликлинической практике. Вест. Оторинолар. №1. 2019. С. 61-64.
33. Лазарев В.Н., Петровская А.Н., Ивойлов А.Ю. Щадящее консервативно-хирургическое лечение детей с хроническим гнойным средним отитом. Вест. оторинолар. 2018. №3. С. 30.
34. Лапченко А.С. Современные возможности использования лазерного излучения в оториноларингологической практике. Вест. Оторинолар. №5. 2016. С. 59-62.
35. Левин Л.Т., Темкин Я.С. Хирургические болезни уха. Москва. 2019. С. 141.
36. Левина Ю.В., Лучихин Л.А., Красюк А.А. Эффективность эреспала при экссудативном среднем отите. Вест. Оторинолар. №4. 2013. С. 48-50.
37. Лисиенко В.М., Аникина Е.В. Лазеротерапия в лечении и профилактике осложнений у больных, оперированных по поводу острого гнойного холангита // Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Москва, 8-10 октябрь, 2020 г. Анналы хирургической гепатологии, 2020. - № 2. - С. 242.
38. Лучихин Л.А., Господарь М.А., Кононова Н.А, Аксенова О.В. Применение кеторола в ЛОР-практике. Вестн. Оторинолар. №5. 2020. С. 42-43.
39. Лучихин Л.А., Миронов А.А., Горбушева И. А., Колпакова Н.В. Атипичное течение хронического гнойного отита. Вест. Оторинолар. №5. 2015. С. 52-53.
40. Минасян В.С., Бондаренко М.Г. Применение препарата Отипакс при остром среднем отите у новорожденных и детей грудного возраста. Вест. Оторинолар. №4. 2020. С. 44-45.
41. Нагоев Б.С., Нагоева М.Х. Значение среднемолекулярных пептидов плазмы крови для оценки синдрома интоксикации у больных бактериальной ангиной. Вест. Оторинолар. №6. 2019. С. 41-44.
42. Назиров Ф.Г., Денисов И.Н., Улумбеков Э.Г. «2000 болезней от А до Я // Справочник – путеводитель практикующего врача». ГЭОТАР. Москва. Медицина. 2021. С. 606-610.

43. Назыров Ф.Г. и др. Чрезкожное лазерное облучение крови в комплексной терапии осложнённых форм цирроза печени // Мед. журнал Узбекистана. 2015. №4. С. 20.
44. Наседкин А.Н. Экспериментально-клиническое обоснование применения различных видов лазерного излучения в оториноларингологии. М. 2017. С. 30.
45. Нью Г.С. Антибиотики. 1993. 38; 6; С. 15-17.
46. Овчинников Ю. М., Свистушкин В. М., Премал К. Д. Опыт применения излучения Ег-волоконного лазера в лечении пациентов с полипозным риносинуситом. // Материалы Российской научно-практ. конф. оториноларингологов «Опыт лечебной работы и обучение в оториноларингологии». Москва. 18 - 19 ноябрь. 2020.С.110.
47. Овчинников Ю. М., Свистушкин В. М., Премал К.Д. Применение хирургических лазеров разных длин волн при лечении больных полипозным риносинуситом. // Материалы конф. в С-Петербурге 7 - 9 декабря 2014. - Ученые записки СПбГМУ им. академика И.П. Павлова. Том XI. №4. 2014.С. 26 – 27.
48. Овчинников Ю. М., Свистушкин В. М., Соболев Э.Н. Отдалённые результаты применения метода лазерной септохондрокоррекции при лечении больных с деформацией хряща перегородки носа. // Матер. межд. практ. конф. «Лазерные технологии в медицинской науке и практическом здравоохранении». Лазерная медицина. Том 8. Выпуск 3. 2014.С.86-87.
49. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М. Возможности применения метода лазерной септохондрокоррекции у взрослых и детей. //Матер. Российс. Научно-практ. конф. «Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха». Москва. 2012. С. 351-352.
50. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Соболев В.П., Фишкин Д.В. Метод сочетанной лазерной септохондрокоррекции и традиционной септопластики при лечении больных с деформацией перегородки носа. // Российская Ринология. № 2. 2019. С. 96.

51. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Соболев В.П., Фишкин Д.В. Применение традиционной септопластики и лазерного воздействия при деформациях перегородки носа различной конфигурации. // Труды Всероссийской конференции с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии», посвящённых 80-летию со дня рождения академика РАМН И.Б. Солдатова «Проблема реабилитации в оториноларингологии» Самара. 2019. С. 282 - 283.
52. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Соболев Э.Н. Отдалённые результаты лазерной септохондрокоррекции: оценка безопасности и эффективности воздействия. // Российская ринология. 2015. №2 С.119.
53. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Соболев Э.Н. Сравнительный анализ результатов лазерной септохондрокоррекции при использовании излучения разных длин волн.//Материалы XVII съезда оториноларингологов России. Нижний Новгород. 7-9 июнь. 2019. С. 317.
54. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Соболев Э.Н., Баграташвили В.Н. Новые возможности лазерной медицины: неинвазивный метод коррекции перегородки носа лучом гольмиевого лазера. // Материалы съезда оториноларингологов РФ. Сочи. 21–24 марта. 2001. С. 638–642.
55. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Соболев Э.Н., Минаев В.П. Отдаленные результаты применения волоконного лазера при лечении больных с деформациями хряща перегородки носа. // Материалы конференции в С-Петербурге 7 - 9 декабря 2020. - Ученые записки СПбГМУ им. академика И.П. Павлова. Том XI. №4. 2014. С.27 – 28.
56. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Соболев Э.Н., Свиридов А.П., Омельченко А.И., Зенгер В.Г. / Произвольное моделирование хрящевой ткани под воздействием излучения хирургических лазеров в условиях *in vivo*. // Российская ринология. 1998. № 2. С.94 – 95.
57. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Соболев Э.Н., Свиридов А.П., Омельченко А.И., Шехтер А.Б. Неинвазивная коррекция перегородки носа – возможность лазерной хирургии. // Врач. 1999. №12. С.35 – 36.

58. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Хон Е.М. Возможности использования и сравнительная характеристика различных типов хирургических лазеров в лечении больных хроническим гнойным средним отитом. // Материалы межд. практ. конф. «Лазерные технологии в медицинской науке и практическом здравоохранении». Лазерная медицина. Том 8. Выпуск 3. 2014 С.87-88.
59. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Шехтер А.Б., Соболев Э.Н., Минаев В.П. Сравнительные возможности различных типов хирургических лазеров при неинвазивном исправлении деформаций хряща перегородки носа по данным клиники. Материалы Научно-практической конференции российских учёных «Актуальные аспекты лазерной медицины» Москва-Калуга. 2019. С.183 – 184.
60. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Шехтер А.Б., Соболев Э.Н., Свиридов А.П. Новые возможности лазерной медицины: неинвазивный метод коррекции перегородки носа лучом гольмиевого лазера. // Новости оториноларингологии и логопатологии. № 2. 2001. Тезисы докладов XVI съезда оториноларингологов РФ. Сочи. 21–24 марта 2021. С.153 - 154.
61. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М., Шехтер А.Б., Шинаев А.Н., Соболев Э.Н. Восстановление носового дыхания с помощью излучения гольмиевого лазера при искривлении перегородки носа в хрящевом отделе. // Вест. оторинолар. 2000. №6. С.16 - 20.
62. Пальчун В.Т., Лапченко А.С., Лапченко А.А., Гуров А.В., Кучеров А.Г. Современный взгляд на антимикробную фотодинамическую терапию. Вест. Оторинолар. №3. 2007. С. 4-6.
63. Пальчун В.Г., Кунельская Н.Л., Артемьев М.Е., Корабак В.И., Огородников Д.С. Микробный пейзаж и пути рациональной антибиотикотерапии при острых гнойных заболеваниях ЛОР-органов. Вест. Оторинолар. №5. 2014. С. 4-8.
64. Пальчун В.Г., Кунельская Н.Л., Миронов А.А., Ганичкина И.Я., Петлинов А.П. Миринопластика и ее влияние на состояние вестибулярной функции

- у больных хроническим гнойным средним отитом. Вест. Оторинолар. №2. 2015. С. 19-21.
65. Пальчун В.Т. Оториноларингология. М. 1997; 318-321
66. Пальчун В.Т., Кафарская Л.И., Кунельская Н.Л., Артемьев М.Е., Гуров А.В. Сравнительный анализ эффективности применения различных антибиотиков при острых инфекционных заболеваниях ЛОР-органов. Вест. Оторинолар. №5. 2015. С. 36-40.
67. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Магомедов М.М. Медицинские стандарты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в оториноларингологии. Вест. Оторинолар. №3. 2015. С. 4-9.
68. Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Петлинов А.П. Состояние вестибулярной функции у больных с различными формами хронического гнойного среднего отита. Вест. Оторинолар. №6. 2020. С. 13-17.
69. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А. Целесообразность и эффективность антибактериальной терапии в ЛОР- практике. Вест. Оторинолар. №3. 2016. С. 27-30.
70. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология. // Учебная литература для студентов медицинских вузов. Москва. Медицина. 2012. С. 306-351.
71. Парфенова А.Л. Электростимуляция мышц мягкого неба в лечении детей с различными стадиями экссудативного среднего отита. Вест. Оторинолар. №6. 2013. С. 52-54.
72. Пекарский С.И. Применение мукорегулирующих препаратов в комплексной терапии экссудативного среднего отита. Вест. Оторинолар. №2. 2020. С. 32-33.
73. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Курмашова Л.М. Современное состояние проблемы хирургической реабилитации больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха. Вест. Оторинолар. №5. 2019. С. 63-66.

74. Плужников М.С., Рябова М.А., Карпищенко С.А., Ермаков В.Н. Лазерная хирургия рубцовых стенозов гортани. Вест. Оторинолар. №1. 2020. С. 4-8.
75. Поливода А.М. Воспалительные заболевания наружного уха. Вест. Оторинолар. №3. 2019. С. 63-66.
76. Помухина А.Н. Несколько дискуссионных вопросов в оториноларингологии. Вест. Оторинолар. №1. 2020. С. 57-59.
77. Попова В.Д. Современные аспекты квантовой терапии в клинической медицине. Киев. 1999. С. 133.
78. Пулатов Д.Н. Сравнительное изучение влияния гелий-неонового лазерного излучения и низкоинтенсивного ультразвука в лечении желчекаменной болезни: Автореф. дис. канд. мед. наук. Душанбе. 1998. С. 22.
79. Сабо Ожано. Медико-социальные аспекты заболеваемости средним отитом у детей в Камбодже. Вест. Оторинолар. №1. 2020. С-41.
80. Самосюк И.З., Лысенюк В.П., Лобода М.В. Лазеротерапия и лазеропунктура в клинической и курортной практике. Киев. Здоровье. 2017. С. 237-238.
81. Самосюк И.З., Шимков Г.Е., Чухраев Н.В. Терапия лазерным сканирующим лучом. Киев. 2000. С. 58.
82. Сатина О.Ю. Совершенствование методов и тактика лечения гнойного среднего отита и его осложнений. Вест. Оторинолар. №6. 2019. С. 80-84.
83. Свистушкин В.М., Овчинников Ю.М., Руденко М.В., Банхаев З.Б. Современные лазерные технологии в ЛОР-клинике. // Сборник трудов, посвящённый 110-летию Клиники болезней уха, горла и носа ММА имени И.М.Сеченова «Клиника болезней уха, горла и носа: из XIX в XXI век» (под редакцией профессора Лопатина А.С.) – М.: Издательский дом «Русский врач». 2016. С. 65 – 79.
84. Семенов Ф.В., Риденко В.А., Немцева С.В. Анализ некоторых причин рецидива хронического гнойного среднего отита в послеоперационном периоде. Вест. Оторинолар. №3. 2015. С. 48-49.

85. Славинский А.А., Семенов Ф.В. Противоречивые аспекты проблемы экссудативного среднего отита. Вест. Оторинолар. №2. 2016. С. 62-65.
86. Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона Н для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей. // Москва. Детский доктор. №4. 2001. С. 21-29.
87. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. Москва. «Медицина» 1997. (издание второе). С. 75-84.
88. Тафтай С.Н. Лечение больных наружными отитами с использованием ультрафиолетового лазерного излучения: Автореф. Дис. ...канд.мед.наук. Ст-Петербург. 2011.
89. Туровский А.Б., Баландин А.В. Антибактериальная терапия острого среднего отита в современных условиях. Вест. Оторинолар. №1. 2014. С. 35-38.
90. Ходжиматов Г.М. с соавт. Низкоинтенсивное лазерное облучение в комплексном хирургическом лечении заболеваний желчного пузыря и печени // Холецистит и его осложнения: Тез. докл. Респ. науч-прак.смежд.участием. Бухара. 2016 С. 44.
91. Хоров О.Г. Лечение острого гнойного среднего отита, осложненного мастоидитом. Вест. Оторинолар. №1. 2020. С. 35-38.
92. Цветков Э.А., Веселов Н.Г., Агаджанова С.Н. Вест. Оторинолар. 2020. №6. С. 33-37
93. Янов Ю.К., Юрков А.Ю., Усков А.Е., Соколян К.В. Влияние функционального состояния вегетативной нервной системы на течение послеоперационного периода при удалении полипов голосовых складок с помощью Nd: YAG-лазера. Вест. Отринолар. №3. 2005. С. 10-12.
94. Berghom K., Langer W., Marz R. Doppetolindstudie Sinupret Tropfer Tvs. Placebo auf Basis einer Therapie mit Antibiotikum und abschwellenden Nasentropfen bei akuter Sinusitis (N=128) [unveroffentlichter Bericht]//Neumarkt: Bionorica GmbH, 1991.

95. Braum D., Marz R. Randomized comparative trail «Sinupret (sugar coated tablets) versus Fluimucil (granulated) in acute and chronic sinusitis» // Clinical biometric report, Bionorica Arzneimittel GmbH, Neumarkt, 1990.2. (4): -p.122-124.
96. Butler C.C., Williams R.G. Curr Infect Dis Rep. 2020; 3; 205-212.
97. Khan N.A. Sinupret im HNO-Bereich // Therapie woche, 2019. Vol.32. №13. p.1811-1814.
98. Maher M.M., Kealey S., McNamara A., O'Laoide R. Management of visceral interventional radiology catheters: a troubleshooting guide for interventional radiologists. Radiographics.2015 Mar-Apr;22 (2): p.305-22.
99. Pape H.G., Simm K.J., Marz R. Doppelblindstudie Sinupret vs. Mucosolvan mit // ohne Nasentropfen bei akuter Sinusitis (N=160) [unveröffentlichter Bericht]//Naumberg: Bionorica GmbH, 2015.
100. Richstein A., Mann W. Zur Behandlung der chronischen Sinusitis mit Sinupret//Ther d Gegenw. - 2020. - Vol.119. - p.1055-1060.
101. Sviridov A., Sobol E., Ovchinnikov Yu, Svistushkin V., et al. // In Vivo Reshaping of Pig Ear Cartilage Under a Holmium Laser Radiation. // International Biomedical Optics Symposium. San-Jose. 1998. Jan. 24-30. p-9.
102. Sviridov A., Sobol E., Shechter A., Ovchinnikov Yu, Svistushkin V. Laser septochondrocorrection. // Arch.Facial. Plast.Surg. - Vol.4. - Yuly-Sep. 2017. – p. 11-13.
103. Wahls M., Marz R. Randomisierte, Kontrollierte Doppelblindstudie Sinupret Tropfen vs. Mucosolvan Tropfen bei akuter und chronischer Sinusitis (N=160) [unveröffentlichter Bericht] // Naumberg: Bionorica GmbH, 2020.

