

**ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И  
КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND  
CRANIOFACIAL RESEARCH**

СПЕЦИАЛЬНЫЙ  
ВЫПУСК

**2022**

SPECIAL ISSUE

**in Science**  
*through time and space*





**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**



**САМАРКАНДСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

# **ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

**МАТЕРИАЛЫ  
международной научно-практической конференции,  
ПОСВЯЩЁННОЙ ПАМЯТИ УЧЕНОГО С. Э. КУБАЕВА  
(Самарканд, 25-26 февраля 2022 г.)**

**Под редакцией  
Ж.А. РИЗАЕВА**

**САМАРКАНД-2022**

# ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**Главный редактор:**

**Ризаев Жасур Алимджанович**

*доктор медицинских наук, профессор, ректор Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан*

**Заместитель главного редактора:**

**Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич**

*доктор медицинских наук, доцент Ташкентского Государственного Стоматологического Института, Узбекистан*

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

**Дустмухамедов Дильшод Махмудович**

*доктор медицинских наук, доцент Ташкентского Государственного Стоматологического Института, Узбекистан*

**Шомуродов Кахрамон Эркинович**

*доктор медицинских наук, доцент, Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан*

**Шамсиев Жахонгир Фазлиддинович**

*доктор медицинских наук, доцент, Ташкентского Государственного Стоматологического Института, Узбекистан*

**Юсупалиходжаева Саодат Хамидуллаевна**

*доктор медицинских наук, доцент Ташкентского Государственного Стоматологического Института, Узбекистан*

**Вахидов Улугбек Нуритдинович**

*доктор медицинских наук, доцент Ташкентского Государственного Стоматологического Института, Узбекистан*

**Муртазаев Саидмуродхон Саидьялович**

*доктор медицинских наук, доцент, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан*

**Шукурова Умида Абдурасуловна**

*доктор медицинских наук, доцент Ташкентского Государственного Стоматологического Института, Узбекистан*

**Бахритдинова Фазилат Арифовна**

*доктор медицинских наук, профессор Ташкентской медицинской Академии, Узбекистан*

**Бекжанова Ольга Есеновна**

*доктор медицинских наук, профессор, Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан*

**Кубаев Азиз Сайдалимович**

*Ответственный секретарь, PhD, Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан*

**Аветиков Давид Саломонович**

*доктор медицинских наук, профессор, Украинская медицинская стоматологическая академия, Украина*

**Амхадова Малкан Абдурашидовна**

*доктор медицинских наук, профессор, «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Россия*

**Копбаева Майра Тайтолеуовна**

*Доктор медицинских наук, профессор, президент Ассоциации эндодонтистов и пародонтологов Республики Казахстан, вице-президент Казахстанской стоматологической ассоциации*

**Грудянов Александр Иванович**

*доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Национальной Академии стоматологии Франции, заведующий отделением пародонтологии Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

**Билалов Эркин Назимович**

*доктор медицинских наук, профессор, Ташкентской медицинской академии, Узбекистан*

**Шаковец Наталья Вячеславовна**

*доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста, Белорусский государственный медицинский университет, Белоруссия*

**Jun-Young Paeng**

*доктор медицинских наук, профессор Samsung Medical center, Корея*

**Jinichi Sakamoto**

*доктор медицинских наук, профессор Канадзавского медицинского университета, Япония*

**Абдувакилов Жахонгир Убайдулла угли**

*Заведующий кафедрой, Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан.*

**Верстка: Хуршид Мирзахмедов**



## СУРУНКАЛИ ЎРТА ОТИТЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСЛУБИ БИЛАН ДАВОЛАШДА АУТО-ВА КСЕНОТРАНСПЛАНТАТНИ ҚЎЛЛАШНИ ТЕХНИКАСИ ВА НАТИЖАЛАРИ

АБДУРАСУЛ ЖУМАЕВИЧ БОТИРОВ,  
ХАЙИТБОЙ МАТКУЛИЕВИЧ МАТКУЛИЕВ,  
АЗИЗХОН ЗАВКИЕВИЧ ШАУМАРОВ

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент шаҳар, Ўзбекистон Республикаси

### АННОТАЦИЯ

Текширув мақсадига мувофиқ ва олдимизга қўйилган вазифаларни бажариш учун клиник текширувлар Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармокли клиникасининг Оториноларингология ва юз - жағ жарроҳлиги бўлими ва ООО INVIVO клиника базаларида 365 нафар бемор 2007-2019 йилларда текширувдан ўтказилди ва даволанди. Олиб борган тадқиқотимизни софлигини таъминлаш мақсадида ушбу беморлардан 189 нафари танлаб олинди, улар шартли равишда икки гуруҳга бўлинди: I -гуруҳ беморларига ногора пардани тиклаш мақсадида тимпаноластика жарроҳлик амалиётида ксенотрансплантат, яъни қўй перикарди қўлланилди. Бу гуруҳга 110 нафар бемор киритилди. Бу ишда 1 ва 2 гуруҳ беморларда икки хил трансплантатни-қўй перикарди ва ҳозирги кунда энг кўп қўлланиладиган чакка мушаги фасциясини қўллаб, уларни морфологик, функционал самарадорлигини текшириб кўрдик. Ксенотрансплантатни афзаллиги шундан иборат бўлдики, биринчидан у фасцияга нисбатан қалин, ўзига хос зичлигига эга. Иккинчидан қўшимча жарроҳлик амалиёти керак бўлмайди, озикланиш даражаси қон томирларга ўта талабчан эмас, юқоридагилардан кўриниб турибдики жарроҳлик амалиётидан кейин трансплантатни битиш жараёни аутофасциядан деярли фарқ қилмайди. Кузатувларимизни яқин ва узоқ даврларда кузатишимиз ушбу трансплантатларни морфологик ва функционал самарадорлигини таҳлил қилишга имкон беради.

**Калит сўзлар.** трансплантатни-қўй перикарди, ксенотрансплантат, сурункали ўрта отит.

## МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТО - И КСЕНОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

ABDURASUL JUMAYEVICH BOTIROV,  
HAYITBOY MATKULIEVICH MATKULIEV,  
AZIZXON ZOKIYEVICH SHAUMAROV

Ташкентская медицинская Академия, город Ташкент, Республика Узбекистан

### АННОТАЦИЯ

В соответствии с целью обследования и для выполнения поставленных перед НАМИ задач в 2007-2019 годах на базах кафедры оториноларингологии и лицевой хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и ООО "ИНВИВО клиник" были проведены клинические обследования и пролечено 365 пациентов. Чтобы обеспечить чистоту проведенного нами исследования, 189 из этих пациентов были отобраны и условно разделены на две группы: тимпаноластика использовалась в качестве ксенотрансплантации, то есть овечьего перикарда, с целью восстановления роговицы пациентам I-группы. В эту группу было включено 110 пациентов.

В этом исследовании мы исследовали два типа связок - перикард овцы у пациентов 1-й и 2-й групп - и теперь поддерживаем фасцию мышц мешковины, изучая их морфологическую и функциональную эффективность. Преимущество ксенотрансплантата состоит в том, что, прежде всего, он имеет толстую, специфическую плотность по отношению к фасции. В последнем случае дополнительная хирургическая процедура не потребуется, уровень питания не очень требователен, как видно из вышесказанного, процесс прикрепления имплантата после операции практически ничем не отличается от процесса аутофагии. Тот факт, что мы наблюдаем наши наблюдения в близкие и длительные периоды, позволяет нам анализировать морфологическую и функциональную эффективность этих наблюдений.

**Ключевые слова.** трансплантатперикард овцы, ксенотрансплантат, хронический средний отит.



## METHODS AND RESULTS OF THE USE OF AUTO - AND XENOGRAFT IN THE SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC OTITIS MEDIA

ABDURASUL ZHUMAYEVICH BOTIROV,  
HAYITBOY MATKULIEVICH MATKULIEV,  
AZIZKHON ZAVKIEVICH SHAUMAROV

Tashkent Medical Academy, Tashkent city, Republic of Uzbekistan

### ANNOTATION

In accordance with the purpose of the examination and to fulfill the tasks assigned to US, in 2007-2019, clinical examinations were conducted and 365 patients were treated at the bases of the Department of Otorhinolaryngology and Facial Surgery of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy and INVIVO Clinic LLC. To ensure the purity of our study, 189 of these patients were selected and conditionally divided into two groups: tympanoplasty was used as xenotransplantation, that is, sheep pericardium, in order to restore the cornea to group I patients. 110 patients were included in this group.

In this study, we examined two types of ligaments - the sheep pericardium in patients of groups 1 and 2 - and now support the fascia of the burlap muscles, studying their morphological and functional effectiveness. The advantage of a xenograft is that, first of all, it has a thick, specific density relative to the fascia. In the latter case, an additional surgical procedure is not required, the level of nutrition is not very demanding, as can be seen from the above, the process of attaching the implant after surgery is practically no different from the process of autophagy. The fact that we observe our observations in close and long periods allows us to analyze the morphological and functional effectiveness of these observations.

**Key words.** sheep pericardium graft, xenograft, chronic otitis media.

**Кириш.** Оториноларингологнинг амалий фаолиятида кўпинча тимпанал ва неотимпанал мембраналарнинг бутунлигини тиклаш учун пластик материалларга ўткир эҳтиёж мавжуд бўлганда клиник ҳолатлар кузатилади. Шу мақсадда отождароҳлар кўпинча қуйидаги материаллардан фойдалана бошлашди: чакка мушагининг фасцияси, тоғай ва тоғай усти пардаси, суяк усти пардаси, бурун тўсиғи ва лунж шиллиқ қавати, вена девори, амнион парда, полимер имплантлар, икки-, уч қаватли трансплантатлар [1-3].

Отиатриянинг катта ижтимоий аҳамиятга эга бўлган долзарб муаммоларидан бири – ўрта қулоқнинг сурункали яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморларда товуш ўтказув тизимининг бутунлигининг бузилишини тиклашдир [4-8].

Сурункали ўрта отит ва унинг келтириб чиқариши мумкин бўлган асоратларининг бир қисми: юз нерви парези, эшитиш заифлашуви, жиддий отоген мия ичи асоратлар ва беморларнинг яққол ижтимоий дезадаптацияси кабилар ЛОР аъзолари касалликлари ичида етакчи ўринни эгалламоқда, шу билан бирга бу патологияни даволашда қўлланилаётган жарроҳлик даволаш усуллари доимо қониқарли натижаларга эришиш имкониятини бермаяпти [8].

Агар ноғора пардада катта бўлмаган чети бўйлаб ва марказий перфорациясини тимпаноластикада беркитиш муаммоси бўлса буни амалий ечимга эга деб ҳисоблаш мумкин, шунингдек ўртача, субтотал ва тотал бўлган ноғора парда дефектини беркитишда кўпчилик яхшироқ натижалар олишга умид билдиришади [9,10].

Кенг қамровли илмий мунозаранинг асосий муаммоси ноғора парда пластикасини беркитишдаги усулларни такомиллаштириш ва шу билан ижобий функционал натижаларга эришишни таъминлашдир. Айрим хорижлик муаллифларнинг кузатувларида ноғора парда субтотал ва тотал перфорациясини беркитишда тимпанопластиканинг қониқарсиз натижалари 3% дан 57% гача ҳолатни ташкил этган [11]. Сурункали ўрта отит ва унинг асоратлари билан жабрланаётган беморларни жарроҳлик реабилитациясининг асосий муаммосидан бири кўпроқ кенг бўлган ноғора парда перфорацияси пластикаси ҳисобланиши, ҳозирда қўлланилаётган жарроҳлик усуллари айтиб бўлмайдиган морфо-функционал оқибати билан тушунтирилади [12]. Кўпчилик ҳолларда жарроҳлик амалиётининг қониқарсиз натижалари: ноғора парда ҳалқаси соҳасида кўчириб ўтказилган лахтакнинг силжиши, қўлланилаётган трансплантатнинг етарлича қаттиқликига эга эмаслиги сабабли лахтакнинг осилиб қолиши ёки ноғора бўшлиғи медиал деворига ёпишиши, ташқи эшитув йўли орқали



ноғора бўшлиғини инфекцияланишини келтириб чиқарадиган йўлни тиклаш яъни тимпанопластиканинг юқори функционал натижасига эришишимизга умид боғлай олмаймиз [13,14]. Жарроҳлик амалиётининг функционал натижалрини яхшилаш мақсадида бир қанча муаллифлар амалиётни икки босқичда олиб боришни, бунда биринчи босқичда тимпаноластика, кейинги босқичда тимпанотомия билан осикуюлоластика амалиётини бажариш кераклини таъкидлашади.

**Тадқиқот мақсади.** Сурункали ўрта отитларни жарроҳлик услуги билан даволашда ауто- ва ксенотрансплантатни қўллашни техникаси ва натижалари.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Текширув мақсадида мувофиқ ва олдимизга қўйилган вазифаларни бажариш учун клиник текширувлар Тошкент тиббиёт академиясининг қўп тармоқли клиникасининг Оториноларингология ва юз - жағ жарроҳлиги бўлими ва ООО INVIVO клиника базаларида 365 нафар бемор 2007-2019 йилларда текширувдан ўтказилди ва даволанди. Олиб борган тадқиқотимизни софлигини таъминлаш мақсадида ушбу беморлардан 189 нафари танлаб олинди, улар шартли равишда икки гуруҳга бўлинди: I -гуруҳ беморларига ноғора пардани тиклаш мақсадида тимпаноластика жарроҳлик амалиётида ксенотрансплантат, яъни қўй перикарди қўлланилди. Бу гуруҳга 110 нафар бемор киритилди.

**Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси.** Сурункали ўрта отитларни даволашда реконструктив пластик операция – тимпанопластиканинг қўлланилиши, биринчидан ушбу касалликда учрайдиган асоратларни, тез-тез қайталанишини олдини олади, иккинчидан – энг катта социал муаммо эшитишни кескин пасайишини, ўрта кулоқда нормал физиологик жараённи тикланишига ёрдам беради.

Ҳозирги пайтда сурункали ўрта отитларни даволашда тимпаноластика амалиётига альтернатив даво йўқ. Ушбу жарроҳлик амалиётидан кейин ўрта кулоқ шиллик қавати эпителийси тикланади, эшитув найини функцияси тикланади, аста-секинлик билан эшитишни тикланишига олиб келади.

Шуни таъкидлаш керакки, шу кунгача тимпаноластика операцияларини ўтказишдаги асосий муаммолар ўз ечимини топгани йўқ. Отожарроҳлар ўртасида пластик материалларни танлаш, уларни ноғора пардага жойлаштириш, трансплантатни фиксация қилиш, ташқи эшитув йўлидан тампонларни олиш, жарроҳлик амалиётидан кейин беморларни кузатиш масалалари бир тизимга келгани йўқ. Бу масалада ҳар бир отожарроҳ ўз тажрибаси ва кузатувида асосан иш қўради.

Пластик материалларни танлаш муаммосига келсак, ҳозирги пайтда энг самарали трансплантат деб аутофасция ва аутоотоғай, суяк усти пардаси ҳисобланади.

Юқоридагилардан кўришиб турибдики, шу пайтгача пластик материалларни танлаш, уларни имплантация – ва фиксация қилиш муаммолари ўз ечимини топгани йўқ. Аутофасция ўзининг морфологик структураси ноғора парданинг фиброз қаватининг тузилишига яқин туради. Лекин аутофасция трансплантатни қўллашни ўзига хос камчиликлари бор, яъни ноғора парданинг тотал ва субтотал тешиқларида фасцияни ноғора бўшлиғига сурилиб кетиши ва бунинг оқибатида медиал девор билан чандиқланиб кетиши мумкин. Эшитув найининг функцияси бузилган ҳолатларида ретракцион чўнтақлар вужудга келиб, холестеатомани ривожланишини сабабчиси бўлиши мумкин. Бундан ташқари тотал ва субтотал тешиқларда аутофасция ва аутоотоғай трансплантатлари олиш учун отожарроҳ томонидан қўшимча жарроҳлик амалиёти ўтказилади, айрим ҳолатларда олинган материал хажми жиҳатидан чегараланган бўлиши мумкин.

Шу сабабли юқоридаги камчиликларни бартараф қилиш учун биологик, функционал жиҳатдан адекват трансплантатларни излаб топиш ва шунингдек жарроҳлик услубларини такомиллаштириш вазифалари долзарб ҳисобланади.

Биз ўз илмий ишимизда тадқиқот ишининг мақсади ва вазифаларига асосланган ҳолда тимпаноластика операцияларини ўтказишда, ноғора парданинг тотал ва субтотал тешиқларида ксенотрансплантат ва чакка мушагининг фасциясини қўлладик ва уларнинг самарадорлигини таққослаб ўрганиб чиқдик.

Илмий ишимизда, биз тимпанопластиканинг ҳар хил турларини қўлладик. 1 гуруҳ беморларда тимпанопластиканинг 1 типи 76 беморда, 2 типини 31 беморда, 3 типини 3 беморларда ўтказилди. 2 гуруҳ беморларда тимпанопластиканинг 1 типи 56 беморда, 2 типини 19 беморда, 3 типини 4 беморларда ўтказилди. 4 ва 5 типи тимпаноластика қилинган беморлар илмий ишга киритилмади (жадвал 4.16).



## Беморларга ўтказилган тимпаноластика жарроҳлик амалиёти турлари

№	Тимпаноластика	1 гуруҳ (n=110)		2 гуруҳ (n=79)	
		абс.сони	%	абс.сони	%
1	Тимпаноластика 1 тип	76	69%	56	71%
2	Тимпаноластика 2 тип	31	28%	19	24%
3	Тимпаноластика 3 тип	3	3%	4	4%

Жадвалдан кўриниб турибдики ҳар иккала гуруҳда ҳам асосан тимпаноластиканинг 1 ва 2 типлари қўлланилди. Тимпаноластикани ўтказишдан олдин ноғора бўшлиғи микроскоп остида ревизия қилиниб жарроҳлик амалиёти анализ қилиниб, жарроҳлик техникаси (эндоурал, кулоқ орқасидан, эндоурал Геерман услуби бўйича) танлаб олинди.

Бизнинг кузатувимиздаги беморларнинг 90% яъни 170 нафар беморда эндоурал услуб қўлланилди. 8% яъни 15 нафар беморларда ташқи эшитув йўли жуда ҳам торлиги сабабли экстраурал кулоқ орқасидан ва 2% яъни 4 нафар беморда Геерман усули бўйича тимпаноластика амалиёти ўтказилди.

**Тимпаноластика амалиётини ўтказиш техникаси.**

Адабиётлардан маълумки, ноғора парданинг тотал ва субтотал тешикларида транспланталарни жойлаштиришда ҳамма вақт муаммолар келиб чиқади, айниқса эшитув йўлини олдинги деворида, чунки эндоурал усулда олдинги меатотимпанал бурчакни кўриш жуда қийин бўлади. Шу мақсадда яъни қўйилган трансплантатни яхшилаб фиксация қилиш учун аутоотоғай тоғай усти пардаси кўпроқ ишлатила бошлади. Шунга қарамасдан олинган натижалар отохирургларни қониқтирмади.

Биз ўз ишимизда ушбу муаммоларни маълум даражада ечиш учун, клиникамизда таклиф қилинган (Маткулиев Х.М., Маткулиев К.Х., 2006) “ромашка” услубини қўлладик. Ушбу услуб бўйича ноғора парда шартли равишда тўртта секторга бўлинади.

1-босқич. Ноғора пардани тешиги атрофидаги фиброз ҳалқа ажратиб олинади.

2-босқич. Ноғора парданинг эпидермал қавати ташқи эшитув йўлининг эпителий қавати билан 4 та секторга бўлинади. Пунктир билан кесиш чизиғи кўрсатилган.

Ноғора парданинг тешик атрофидаги фиброз ҳалқа олиб ташлангандан кейин, секторлар бўйича қон томирлар билан таъминланган меатотимпанал лахтак ажратиб олинади.

Бунда меатотимпанал лахтакнинг асоси тимпанал халқадан ташқи эшитув йўлининг суяк қисмига қараб 8мм ажратилади. Микроскоп остида, фиброз халқани олиб ташлангандан кейин, ноғора пардани, ташқи эшитув йўлини териси билан бирга радиал йўналишда 4 та секторга ажратдик ва ҳар бир сектор алоҳида ташқи эшитув йўлининг терисини суяк қисмидан ажратиб ноғора парданинг қолдиғи билан секин-аста кўтариб ташқи эшитув йўлига қаратиб суриб қўйилди. Шу усулда 4 та меатотимпанал лахтак асоси билан ташкил қилиниб ташқи эшитув йўлига суриб кўтариб қўйилди. Шундай қилиб, ноғора пардани қолдиғини эпидермиси, ташқи эшитув йўлини тери қатлами ажратилиб, ноғора пардани фиброз қавати, ташқи эшитув йўлини пастки, юқори, олдинги ва орқа девори билан бирга суяк тўқимасидан ажралган меатотимпанал лахтак пайдо қилинади. Бунда ўрта кулоқ тизими, болғачанинг дастаси, сандонча ва узангини кўриш имконияти бўлади.

Ноғора бўшлиғи, эшитув суякчалари ревизия қилингандан кейин, ксенотрансплантат ва аутофасция тайёрланган жойга мослаштирилиб ажратиб олинади, яъни трансплантат ноғора парданинг тешигидан 2-3 баробар катта бўлади. Уни диаметри 1,2-1,5 см ташкил қилади. Бизнинг текширувимизда 1 гуруҳ беморларнинг 4 нафарида, 2 гуруҳ беморларнинг 2 нафарида болғачанинг бош қисми бўйинча соҳасида тимпаноластик пиллакчалар, болғача ва сандонча ўртасида чандикли ўзгариш 1 гуруҳ беморларнинг 7 нафарида ва 2 гуруҳ беморларининг 4 нафарида болғача дастаси билан промоториал девор ўртасида чандикли ўзгариш бўлиб ёпишиб кетиш ҳолати 1 гуруҳ беморларнинг 12 нафарида ва 2 гуруҳ беморларнинг 6 нафарида улар ажратилиб олиб ташланди ва суякчалар ҳаракати тикланди. Шуни таъкидлаш керакки, 3Д рентген, МСКТда аниқланган чегараланган холестеатома ўз тасдиғини топди ва 1 гуруҳ беморларнинг 16 нафарида ва 2 гуруҳ беморларнинг 9 нафарида



болғачанинг дастаси тагида, сандонча ва болғачанибош қисмида холестеатома аниқланиб, холестеатома ажратиб олинди. Бундан ташқари 1 гуруҳ беморларининг 9 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 6 нафарида фиброматоз тўқима аниқланиб олиб ташланди. Ноғора бўшлиғини чегараланган эпидермизацияси аниқланиб, эпидермизациялашган жойи шиллик қаватигача ажратиб олинди.

Ноғора бўшлиғи ва эшитув суякчалари тўла ревизия қилингандан кейин 1 гуруҳда 110 нафар беморга ксенотрансплантат, 2 гуруҳ беморларнинг 79 нафарига аутофасция трансплантати қўйилди.

Трансплантатни жойлаштирганимиздан сўнг, меатотимпанал лахтак устидан ётқизилди. Албатта биз неотимпанал лахтак яхши фиксация бўлиши ва олдини меатотимпанал чўнтакни сақлаш мақсадида ноғора бўшлиғига спонгостан губкаларини қўямиз. Меатотимпанал лахтак ётқизилгандан сўнг, унинг устига силикондан тайёрланган бўйлама ва циркуляр тутиб турувчи пленка қўйилади. Ташқи эшитув йўли пахтали тампон ёки сўрилмайдиган губка билан тампонада қилинади. Ажратиб олинган юқори, пастки, олдинги ва орқа меатал тахтақлар ётқизиблиб, трансплантатлар фиксация қилинади.

Ушбу усулда трансплантат хар томонлама фиксация қилиниб, уни слжиши, ноғора бўшлиғига тушиб кетишини олди олинади. Шу ўринда шуни таъкидлашимиз керакки, биринчидан трансплантат ноғора парданинг тешигига нисбатан 2-3 баробар катта олинади, иккинчидан трансплантат ноғора парданинг фиброз қавати ва ташқи эшитув йўлининг суяк қисмига қўйилади, учинчидан хар бир меатотимпанал қон томирлари билан таъминланган асосга эга. Бу эса қон томирларни трансплантатга қараб ўсишини, яъни трансплантатни битиш жараёнини тезлаштиради.

Тампон 10-12 кундан кейин олинади. Адабиётлар тахлили ва бизнинг кузатувимиз бўйича тампонларни олишнинг оптимал вақти 10-14 кун ҳисобланади.

Бизнинг фикримизга кўра бу усулда меатотимпанал лахтақни тайёрлаш асосланган бўлиб, қон томир капиллярлари ноғора пардада ва ноғора халқада радиал йўналишига эга, буни ўткир катарал отитларда ҳам кўриш мумкин. Бундан ташқари, трансплантатни ноғора парданинг фиброз қавати ва ташқи эшитиш йўлининг суяк қисмига жойлаштириш ва уни меатотимпанал лахтак билан ёпиш, тимпанал лахтақни мустахам фиксация қилиш имконини беради.

Адабиётлар тахлили бўйича неоангиогенез трансплантат атрофидаги тўқималарда жарроҳлик амалиётидан кейинги 3-4 куни бошланади. Ушбу даврда яллиғланиш ва реактив ўзгаришлар жуда кучли бўлади. Бу ўзгаришлар ўз ўрнида трансплантатни қон билан таъминланиши ва трофик иннервациясини бузилиши ва қисман дистрофик ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун ҳам тимпанопластикадан кейинги даврдаги кузатув ва даволаш чора-тадбирлари жуда ҳам муҳимдир. Юқорида келтирилганидек, биз ташқи эшитув йўлидаги тампонларни 10-12 куни олиб ташлаймиз. Трансплантат устига қўйилган резина пленкаларини иккинчи куни оламиз. Тимпанопластика амалиётидан кейин ташқи эшитув йўлида хар хил морфологик ўзгаришлар кузатилади, яъни ноғора парда, ташқи эшитув йўли курук ёки сероз шиллик ажралмалар, айрим пайтда йирингли ажралма кузатилиши мумкин.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда меатотимпанал мембранани битиш мезонларини аниқлаб, уларни яхши, қониқарли ва қониқарсиз деб баҳоладик. Яхши натижа – ташқи эшитув йўли курук, трансплантат оқимтир рангда, хар томонлама қон томирларини ўсиши кузатилади. Яхши натижа – 1 гуруҳ беморларнинг 40 нафарида яъни 36,4%, 2 гуруҳ беморларининг 29 нафарида яъни 36,7% да аниқланди.

Қониқарли натижа – ташқи эшитув йўлида бир оз шиллик ажралма бўлиб, трансплантатда қон томирнинг ўсиши кучли эмас, фақат болғачанинг дастаси томонидан қон томирларни ўсиши яхши ривожланган. Трансплантат оқимтир рангда, тешик йўқ. Қониқарли натижа – 1 гуруҳ беморларнинг 55 нафарида яъни 50%, 2 гуруҳ беморларининг 39 нафарида яъни 49,4 % да аниқланди.

Қониқарсиз натижа – ташқи эшитув йўлида шиллик-йирингли ажралма бўлиб, меатотимпанал лахтак шишган, қизарган, трансплантат оқиш рангда, қон томирлар ўсиши болғачанинг дастаси соҳасида аниқланади.

Қониқарсиз натижа – 1 гуруҳ беморларнинг 15 нафарида яъни 13,6%, 2 гуруҳ беморларининг 11 нафарида яъни 13,9% да аниқланди (жадвал 4.17).





## Меатотимпанал мембранани битиш мезонларини

№		1 гуруҳ (n=110)		2 гуруҳ (n=79)	
		абс.сон	%	абс.сон	%
1	Яхши	40	36,4	29	36,7
2	Қониқарли	55	50	39	49,4
3	Қониқарсиз	15	13,6	11	13,9

Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, 1 ва 2 гуруҳ беморларининг асосий қисмида яхши ва қониқарли ҳолатлар кузатилди.

Юқорида келтирганимиздек, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда беморларни кузатиш ва даволаш жуда катта аҳамиятга эга. Иккала гуруҳда ҳам биз албатта беморларнинг ҳаммасига УФО тубус билан 30 секунддан паст частотали магнитотерапия (МиГ-30) 3 дақиқадан берилди. ташқи эшитув йўли тоза, трансплантат қуруқ бўлганда ташқи эшитув йўлига кукун сепилиб, қуруқ, стерил докали турунда қўйилди (ксероформ 4,0, левомецетин 2,0, Борат кислотаси 2,0, Преднизолон 2,0). Агар ташқи эшитув йўлида намланиш бўлса унда левомикол ва гидрокортизон малҳамлари аралашмасидан турунда қўйилди.

Тимпанопластиканинг 15-17 кунлари, яъни тампонларни олгандан сўнг 5-7 кунлари 1 ва 2 гуруҳ беморларининг 98% да трансплантатларда қон томирларини ўсиши кучайиб, трансплантат оқчил бинафша рангга кира бошлади.

Шуни таъкидлаш керакки, 1 гуруҳда 1 нафар, 2 гуруҳдаги 2 нафар бемордаги қониқарсиз ҳолатда меатотимпанал лахтактаги шишлар қайтиб ажралма келиши тўхтади. Фақат 2 гуруҳда 1 нафар беморда олдинги пастки деворда кичик тешик пайдо бўлди. Жарроҳлик амалиётидан кейин 25-30 кунлари трансплантатни тўла битиши ва ногора парданинг оқимтир рангга кира бошлаши кузатила бошлади. Кўпчилик беморларда жарроҳлик амалиёти ўтказилган 1 гуруҳ беморларнинг 78,6% ҳолатларида, 2 гуруҳ беморларининг 79,8% да эшитиш фаолиятини яхшиланганлигини беморлар қайд қила бошлади. Эшитиш функциясини аудиометрик текширишлар беморларда мунтазам равишда 1-3-6 ой даврларда ва 1-3 йилдан сўнг кузатиб борилди. Бу кўрсаткичлар кейинги бобда батафсил келтирилади.

Хулоса қилиб, шуни таъкидлашимиз керакки, сурункали ўрта отитлар – мезотимпанитларни даволашни асосий мезони реконструктив-пластик операциялардир. Жарроҳлик амалиётлардан олдинги даврда ва операция вақтида ногора пардада ва ногора бўшлиғида маълум морфологик ўзгаришлар кечар экан. Биз жарроҳлик амалиёти ўтказган беморларнинг ҳаммасида ўрта кулоқ бўшлиғидан энг камида 3-6 ой давомида ажралма келмаган, эшитиш функцияси у ёки бу даражада пасайган бўлиб, эшитиш резерви 30-35дБ ташкил қилди. Лекин ўрта кулоқ қуруқ бўлса ҳам шиллик қаватда адгезив жараён, тимпаносклеротик ўзгаришлар кечиб, бу жараён касалликни давомийлигига бевосита боғлиқ экан. Касаллик қанча узоқ давом этса, беморларда эшитишни сенсоневрал компоненти, эшитиш суякчаларида анкилоз ҳолати ривожланади.

**Хулоса.** Биз ўз ишимизда 1 ва 2 гуруҳ беморларда икки хил трансплантатни-қўй перикарди ва ҳозирги кунда энг кўп қўлланиладиган чакка мушаги фасциясини қўллаб, уларни морфологик, функционал самарадорлигини текшириб кўрдик. Ксенотрансплантатни афзаллиги шундан иборат бўлдики, биринчидан у фасцияга нисбатан қалин, ўзига хос зичлигига эга. Иккинчидан қўшимча жарроҳлик амалиёти керак бўлмайди, озикланиш даражаси қон томирларга ўта талабчан эмас, юқоридагилардан кўриниб турибдики жарроҳлик амалиётидан кейин трансплантатни битиш жараёни аутофасциядан деярли фарқ қилмайди. Кузатувларимизни яқин ва узоқ даврларда кузатишимиз ушбу трансплантатларни морфологик ва функционал самарадорлигини таҳлил қилишга имкон беради.

**Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:**

1. Хоров О. Г., Плавский Д. М., Хоров А. О. Анализ отдаленных результатов тимпаноластики при обширных дефектах барабанной перепонки у пациентов с хроническим туботимпанальным средним отитом. – 2018.



2. Шевлюк Н. Н. и др. Морфофункциональная характеристика тканей барабанной перепонки в процессе развития экспериментального среднего отита //Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т. 23. – №. 3.
3. Косяков С. Я., Тюрин И. Е. Эффективность хирургической облитерации паратимпанальных пространств у больных с холестеатомой среднего уха.
4. Хоров О. Г., Плавский Д. М. Тимпанопластика с применением хрящевых пластин при обширных дефектах барабанной перепонки //Новости хирургии. – 2010. – Т. 18. – №. 1.
5. Бойко Н. В., Колесников В. Н. Тимпанопластика в детском возрасте //Российская оториноларингология. – 2013. – №. 2. – С. 108-113.
6. Гаров Е. В. и др. Анализ эффективности тимпаноластики у больных хроническим перфоративным средним отитом //Вестник оториноларингологии. – 2014. – №. 6. – С. 8-11.
7. Гончарова О. Г. Отдаленные клинические результаты у больных, перенесших операции на среднем ухе с применением антибактериальных полимерных пленок и биологически обогащенной тромбоцитами плазмы //RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY Медицинский научно-практический журнал. – 2011. – С. 31.
8. Ахмедов Ш. М. Метод тимпаноластики у больных мезотимпанитом //Российская оториноларингология. – 2014. – Т. 3. – С. 6-11.
9. Камалова З. З. Сравнение результатов тимпаноластики у пациентов с "сухим" мезотимпанитом при различных хирургических подходах //Вестник оториноларингологии. – 2012. – Т. 77. – №. 6. – С. 14-15.
10. Астащенко С. В., Аникин И. А. Интраоперационные находки у больных хроническим гнойным средним отитом, перенесших ранее антротомию //Рос.оторинолар. – 2011. – №. 2. – С. 25-31.
11. Bengang Peng, Miao Xutao, Wang Xin, Zhu Sixiang, Sun Yiqing. Experience with Overlay Tympanoplasty in 83 Chinese Patients, Journal of Otology, Volume 9, Issue 1, 2014, Pages 43-47
12. Waleed Abdelhameed, Ibrahim Rezk, AlhusseinAwad. Impact of cartilage graft size on success of tympanoplasty, Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, Volume 83, Issue 5, 2017, Pages 507-511
13. Pinar E. et al. Evaluation of prognostic factors and middle ear risk index in tympanoplasty //Otolaryngology–Head and Neck Surgery. – 2008. – Т. 139. – №. 3. – С. 386-390.
14. Ahmad Daneshi, HesamJahandideh, Ali Daneshvar, Mahdi Safdarian. Bilateral same-day endoscopic transcanal cartilage tympanoplasty: initial results, Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, Volume 83, Issue 4, 2017, Pages 411-415