

**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**



## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА

ШАЙМАРДОН КУШШАЕВИЧ ХУДЖАНОВ,  
УЛУГБЕК САЙДАКРАМОВИЧ ХАСАНОВ,  
ДЖАМОЛБЕК АБДУКАСАРОВИЧ ДЖУРАЕВ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан

### АННОТАЦИЯ

Ототомикоз — грибковое поражение структур наружного, среднего и внутреннего уха — одно из наиболее распространенных, трудно диагностируемых и трудно поддающихся лечению грибковых заболеваний человека. Распространенность микроскопических грибов и их резистентность к противогрибковым препаратам привели к увеличению числа случаев ототомикоза, поражающего людей всех возрастов, континентов, социального и иммунологического статуса, обоих полов [8].

Медиана возраста начала заболевания составила 38,5 лет [9]. По данным некоторых исследований, у женщин в 3 раза чаще развивается ототомикоз, чем у мужчин (до 72,2% больных) [10-15]. У лиц с хроническим заболеванием уха первичный ототомикоз встречается реже, т. е. в 23-34% случаев, а вторичные микозы встречаются в 56-70% случаев. Вторичные ототомикозы — серьезное осложнение, которое может возникать до 12% вторичных нарушений слуха при поздней диагностике и неправильном выборе антимикотической терапии. Такие причины, как рецидив ототомикоза, отсутствие положительных результатов при местном лечении, наличие микозов в других локализациях, а также переход заболевания в хроническую форму могут быть показаниями к системному применению противогрибковых препаратов [18-20]. Среди системных антимикотиков наибольшей клинической эффективностью обладают флуконазол и тербинафин, а также амфотерицин V [21].

**Ключевые слова:** ототомикоз, грибок, отит, ухо.

## RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF FUNGAL EAR DISEASES

SHAIMARDON KUSHSHAEVICH KHUDZHANOV,  
ULUGBEK SAIDAKRAMOVICH KHASANOV,  
JAMOLBEK ABDUKASAROVICH DZHURAEV

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan

### ANNOTATION

Otomycosis - a fungal infection of the structures of the outer, middle and inner ear - is one of the most common, difficult to diagnose and difficult to treat human fungal diseases. The prevalence of microscopic fungi and their resistance to antifungal drugs has led to an increase in the number of cases of otomycosis affecting people of all ages, continents, social and immunological status, and both sexes [8].

The median age of onset was 38.5 years [9]. According to some studies, women develop otomycosis 3 times more often than men (up to 72.2% of patients) [10-15]. In persons with chronic ear disease, primary otomycosis is less common, i.e., in 23-34% of cases, and secondary mycoses occur in 56-70% of cases. Secondary otomycosis is a serious complication that can occur in up to 12% of secondary hearing loss with late diagnosis and the wrong choice of antimycotic therapy. Reasons such as the recurrence of otomycosis, the lack of positive results with local treatment, the presence of fungal infections in other localizations, as well as the transition of the disease to a chronic form, may be indications for the systemic use of antifungal drugs [18-20]. Among systemic antimycotics, fluconazole and terbinafine, as well as amphotericin V, have the highest clinical efficacy [21].

**Key words:** otomycosis, fungus, otitis media, ear.

## ҚУЛОҚНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

ШАИМАРДОН КУШШАЕВИЧ ХУДЖАНОВ,  
УЛУГБЕК САЙДАКРАМОВИЧ ХАСАНОВ,

**ЖАМОЛБЕК АБДУКАХАРОВИЧ ДЖУРАЕВ**

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент шаҳар, Ўзбекистон Республикаси

**АННОТАЦИЯ**

Отмикоз - ташқи, ўрта ва ички кулоқ тузилмаларининг замбуруғли инфекцияси - одамларда учрайдиган, аниқлаш мураккаб бўлган ва қийин даволанадиган замбуруғли касалликлардан биридир. Микроскопик замбуруғларнинг кенг тарқалганлиги ва уларнинг антимикотикларга чидамлилиги ҳар қандай ёшдаги, қитъадаги, ижтимоий ва иммунологик статусдаги, ҳар иккала жинсдаги одамларни зарарлайдиган отмикоз ҳолатлари сонининг кўпайишига олиб келмоқда [8].

Касалликда ўртача ёш 38,5 ёшни ташкил қилади [9]. Баъзи тадқиқотларга кўра, аёллар эркакларга қараганда отмикозга 3 барабар кўпроқ чалинишади (беморларнинг 72,2% гача) [10-15]. Сурункали кулоқ касалликлари бўлган одамларда бирламчи отмикоз камроқ частотада, яъни 23-34% ҳолларда, иккиламчи микозлар эса 56-70% ҳолларда учрайди. Иккиламчи отмикозлар - оғир асорат бўлиб, кеч ташхис қўйилганда ва антимикотик даво нотўғри танланганда иккиламчи эшитиш заифлигида 12% гача кузатилади. Отмикознинг қайталаниб туриши, маҳаллий даволашда ижобий натижанинг йўқлиги, бошқа локализацияда ҳам замбуруғли инфекцияларнинг мавжудлиги ҳамда касалликнинг сурункали шаклга ўтиши каби сабаблар замбуруғларга қарши препаратларни тизимли қўллашга кўрсатма бўла олади [18-20]. Тизимли антимикотиклар орасида флуконазол ва тербинафин, шунингдек амфотерицин В энг юқори клиник самарадорликка эгаллигини кўрсатди [21].

**Калит сўзлар:** отмикоз, замбуруғ, отит, кулоқ.

**Кириш.** Отмикоз - ташқи, ўрта ва ички кулоқ тузилмаларининг замбуруғли инфекцияси - одамларда учрайдиган, аниқлаш мураккаб бўлган ва қийин даволанадиган замбуруғли касалликлардан биридир. У, шунингдек, ҳозирги вақтдаги энг кенг тарқалган ЛОР-патологияларидан бири бўлиб, барча амбулатор ЛОР-консултацияларининг деярли 20% ини ташкил қилади [1-6]. Юзаки микоз сифатида бошланган отмикоз кўпинча касалликнинг сурункали қайталанувчи босқичида ўзини намоён қилади [7]. Микроскопик замбуруғларнинг кенг тарқалганлиги ва уларнинг антимикотикларга чидамлилиги ҳар қандай ёшдаги, қитъадаги, ижтимоий ва иммунологик статусдаги, ҳар иккала жинсдаги одамларни зарарлайдиган отмикоз ҳолатлари сонининг кўпайишига олиб келмоқда [8].

Касалликда ўртача ёш 38,5 ёшни ташкил қилади [9]. Баъзи тадқиқотларга кўра, аёллар эркакларга қараганда отмикозга 3 барабар кўпроқ чалинишади (беморларнинг 72,2% гача) [10-15]. Сурункали кулоқ касалликлари бўлган одамларда бирламчи отмикоз камроқ частотада, яъни 23-34% ҳолларда, иккиламчи микозлар эса 56-70% ҳолларда учрайди. Иккиламчи отмикозлар - оғир асорат бўлиб, кеч ташхис қўйилганда ва антимикотик даво нотўғри танланганда иккиламчи эшитиш заифлигида 12% гача кузатилади. Беморларнинг 62-67% ида яллиғланиш жараёни фақат ташқи кулоқда бўлади, 17-20% ҳолларда замбуруғли отит ўрта кулоқда кузатилади [16]. Ушбу бўлиниш шартли ҳисобланади, чунки ташқи микотик отит ноғора парда бутунлигида, яъни отмикознинг асосий хавф омили ҳисобланган узоқ муддатли сурункали отитда амалда мумкин бўлмаган ҳолатда ҳам ривожланади. Ўрта кулоқнинг жараёндаги иштироки, дастлаб фақат ташқи отмикоз ташхиси қўйилган беморларнинг 45-65%да топилган ва ушбу беморларнинг 77-78 %да тегишли шикоятлар аниқланмаган, бу эса отмикозни эрта ташхислаш учун чора-тадбирлар ишлаб чиқиш зарурлигини яна бир бор таъкидлайди. Ушбу касалликни кенг қамровли, узоқ муддатли даволаш беморларга ўргатишни кўзда тутаяди, чунки уларнинг аксариятида касалликнинг дастлабки босқичларида яққол шикоятлар бўлмайди, амбулатория шароитида даволанишади ва даволашни охирига етказишмайди ва бу билан касалликни сурункали шаклга ўтишига кўмаклашади [17].

Отмикознинг қайталаниб туриши, маҳаллий даволашда ижобий натижанинг йўқлиги, бошқа локализацияда ҳам замбуруғли инфекцияларнинг мавжудлиги ҳамда касалликнинг сурункали шаклга ўтиши каби сабаблар замбуруғларга қарши препаратларни тизимли қўллашга кўрсатма бўла олади [18-20]. Тизимли антимикотиклар орасида флуконазол ва тербинафин, шунингдек амфотерицин В энг юқори клиник самарадорликка эгаллигини кўрсатди [21].



Отомикозда физиотерапия муолажалари тавсия этилмайди. Юза отомикозда кулоқдан ажралма бўлмаган ҳолларда 3%ли бор кислотаси, повидон-йод, 2%ли сирка кислотаси, 2%ли калий йодид каби воситаларни қўллаш тўғри деб ҳисобланади [22].

**Ушбу ишнинг мақсади** кулоқнинг замбуруғли инфекциялари бўлган беморларда комплекс даво самарадорлигини ўрганишдир.

**Тадқиқот материали ва усуллари.** 2019-2021 йиллар давомида ТТА кўп тармоқли клиникасининг ЛОР бўлимига ётқизилган кулоқнинг замбуруғли инфекцияси билан касалланган 80 нафар бемор клиник текширилди. Барча беморлар шикоятларни тўплаш, ЛОР аъзоларини текшириш, кулоқ отомикроскопияси, аудиологик ва микологик тадқиқотларни ўз ичига олган кенг қамровли текширувдан ўтказилди.

**Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси.** Шакллантирилган беморлар гуруҳларида даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили ўтказилди.

Ҳар хил турдаги замбуруғлар келтириб чиқарган (1-гуруҳ) ташқи отитни 1%ли нафтифин (экзодерил) эритмаси билан маҳаллий даволаш самарадорлиги баҳоланганда биз 91,6% беморларда яхши натижаларга эришилганлиги, беморларнинг 5% да яхшиланиш кузатилганлиги, 3,3% ҳолларда эса, ўтказилган даводан самара бўлмаганлигини қайд этдик. Беморларнинг 8,3%да касаллик даволаш тугагандан сўнг 14 кундан кейинги муддатларда қайталанди (1-жадвал).

1-жадвал

**Замбуруғли ташқи отит бўлган 1-гуруҳдаги беморларни 1%ли Экзодерил эритмаси билан даволаш натижалари**

Кўзғатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхшиланиш	Самарасиз	Қайталаниш
Aspergillus spp.	25	22	2	1	1
Candida spp.	12	11	1	-	2
Penicillium spp.	10	10	-	-	-
Mucor spp.	9	9	-	-	1
Rhizomucor spp.	3	2	-	1	1
Trichosporon asahii	1	1	-	-	-
Жами	60 (100%)	55 (91,6%)	3 (5%)	2 (3,3%)	5 (8,3%)

Aspergillus замбуруғининг ҳар хил турлари келтириб чиқарган (2-гуруҳ) ташқи отитни 1%ли нитрофунгин эритмаси билан даволаш самарадорлиги 62% га етади. Беморларнинг 22%да аҳвол яхшиланганини кузатдик. Давонинг самарасизлиги 16% ҳолларда қайд этилди. Беморларнинг 8,3%да касаллик қайталанди (2-жадвал).

2-жадвал

**Aspergillus авлоди замбуруғи келтириб чиқарган ташқи отит бўлган 2-гуруҳдаги беморларни Нитрофунгин препарати (1%ли спиртли эритмаси) билан даволаш натижалари**

Кўзғатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхшиланиш	Самарасиз	Қайталаниш
Aspergillus spp.	60 (100%)	37 (62%)	13 (22%)	10 (16%)	5 (8,3%)

Кўриниб турганидек, Экзодерил эритмаси билан ўтказилган монотерапияга нисбатан Нитрофунгин билан даволаш самараси камроқ. Иккала гуруҳда ҳам касаллик бир хил частотада қайталанган.

Ҳар хил турдаги Aspergillus ва Candida замбуруғлари келтириб чиқарган ташқи кулоқ замбуруғли инфекциялари бўлган 3-гуруҳдаги беморларда даволашда 1%ли Экзодерил эритмаси ва 1%ли Экзодерил креми қўлланган ҳолда босқичма-босқич ўтказилган даво таҳлили шуни кўрсатдики, соғайиш 82,5% беморларда кузатилди. Беморларнинг 12,5%ида аҳвол яхшиланди. 5% ҳолларда даволаш самара бермади. 5% беморларда касаллик қайталанди (3-жадвал).





## 3-жадвал

**Ташқи кулоқ замбуруғли инфекциялари бўлган 3-гуруҳдаги беморларни 1%ли Экзодерил эритмаси ва 1%ли Экзодерил креми билан босқичма-босқич даволаш натижалари**

Кўзгатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхшиланиш	Самарасиз	Қайталаниш
Aspergillus spp.	25	22	2	1	1
Candida spp.	12	11	1	-	2
Жами	40 (100%)	33 (82,5%)	5 (12,5%)	2 (5%)	2 (5%)

Жадвалларда келтирилган натижалар шуни кўрсатадики, 1, 2 ва 3-гуруҳлардаги беморларда қўлланилган даволаш схемаларида ўхшаш натижалар олинмади: соғайган беморларнинг улуши 62% дан 91,6% гача бўлди. Шу билан бирга, босқичма-босқич ўтказилган даволаш қайталаниш даражасини 8,3% дан 5% гача камайтиришга имкон берди.

Ҳар хил турдаги Candida замбуруғлари келтириб чиқарган ташқи отит билан оғриган 4-гуруҳ беморларини 1%ли клотримазол эритмаси билан даволаш самарадорлиги 65% дан ошмаганлиги аниқланди.

## 4-жадвал

**Candida авлоди замбуруғлари келтириб чиқарган замбуруғли ташқи отит бўлган 4-гуруҳдаги беморларни Клотримазол (1%ли спиртли эритма) билан даволаш натижалари**

Кўзгатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхшиланиш	Самарасиз	Қайталаниш
Candida spp.	40 (100%)	26 (65%)	12 (30%)	2 (5%)	5 (12,5%)

Беморларнинг 30%да яхшиланиш кузатилди. Ўтказилган терапиянинг самарасизлиги 5% ҳолларда қайд этилди. Касаллик 12,5% беморларда қайталанди (4-жадвал).

Юқоридаги натижаларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, Candida авлоди замбуруғлари келтириб чиқарган ташқи отит бўлган беморларни клотримазол билан монотерапевтик даволашда соғайган беморлар сони кўпаймайди, аспергиллезда нитрофунгин билан монотерапия ўтказишда ҳам худди шундай қониқарсиз натижа (65%) аниқланди, бунда аҳволнинг яхшиланиши ва самарасиз даво беморларнинг фақат 35%да қайд этилди. Касалликнинг юқори частотада қайталанишини (12,5%) ҳам таъкидлаш лозим. 1%ли Экзифин креми ёрдамида 5-гуруҳдаги беморларда ташқи отитни даволаш самарадорлигини таҳлил қилиш беморларнинг 67,5% соғайиш бўлишини кўрсатди. Беморларнинг 12,5%да аҳвол яхшиланишини кузатдик. Беморларнинг 20%да терапия самарасиз бўлди. 17,5% беморларда касаллик қайталанди (5-жадвал).

## 5-жадвал

**5-гуруҳдаги беморларни 1% экзифин креми шаклидаги тербинафин препарати билан даволаш натижалари**

Кўзгатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхшиланиш	Самарасиз	Қайталаниш
Aspergillus spp.	20	17	3	-	5
Candida spp.	20	10	2	8	2
Жами	40 (100%)	27 (67,5%)	5 (12,5%)	8 (20%)	7 (17,5%)

Юқорида келтирилган даволаш натижаларини солиштирадиган бўлсак, Экзифин кремани монотерапия сифатида қўллаш тузалган беморлар сонининг кўпайишига олиб келмаслигини кўриш мумкин, бу нитрофунгин ва клотримазол каби паст натижани кўрсатди. Терапевтик самара бўлмаган беморларнинг (20%) ва “соғайганлар” орасида касаллик қайталанишининг (17,5%) юқори улуши эътиборни тортади.

Клотримазол ва нафтифин комбинацияси билан ташқи отит даволанган 6-гуруҳ беморларида жуда яхши соғайиш даражаси - 92,5% олинди, яхшиланиш 7,5% да қайд этилди ва самарасиз даво кузатилмади. Шуни таъкидлаш керакки, кандидозли жараёнда барча беморларда соғайишга эришилди. Аммо беморларнинг 20%да касаллик қайталанди (6-жадвал).



## 6-жадвал

## Икки компонентли маҳаллий терапия, яъни клотримазол ва нафтифин комбинацияси билан даволанган (6-гуруҳ) ташқи замбуруғли отит бўлган беморларни даволаш натижалари

Кўзгатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхши-ланиш	Самарасиз	Қайталаниш
Aspergillus spp.	20	17	3	-	6
Candida spp.	20	10	-	-	2
Жами	40 (100%)	37 (92,5%)	3 (7,5%)	-	8 (20%)

1-5-гуруҳларга киритилган беморларни даволаш натижалари таққослаганда, аниқ бўлдики, клотримазол ва нафтифин комбинациясини алмаштириладиган аппликация шаклида қўллаш янада яққол клиник самарага олиб келади.

6-гуруҳдаги беморларда касаллик қайталаниши энг юқори даражада - 20% аниқланди, бу ўтказилган терапия давомийлигининг етарли бўлмаганлиги билан изоҳланиши мумкин.

Шундай қилиб, ҳар хил турдаги замбуруғлар келиб чиқарган ташқи отитни даволаш бўйича клиник тадқиқотлар натижалари таҳлил қилинганда, маҳаллий даволашда нафтифиннинг 1%ли эритмаси (экзодерил) энг самарали ҳисобланади. Кандидозни даволашнинг муқобил усули - экзодерил эритмасининг клотримазол эритмаси билан комбинацияси ҳисобланади. Кўп сонли қайталанишларнинг олдини олиш учун дастлабки терапия давомийлигини ошириш керак.

Тадқиқотларимиз натижалари шуни кўрсатдики, замбуруғли ташқи отитни нитрофунгин ва экзодерил эритмалари, шунингдек, экзодерил креми ёрдамида ҳам даволаш мумкин. Бунда экзодерил кремани қўллашда қайталанишлар сони камайганлиги аниқланди. Бу даволаш тактикасини белгилайди. Замбуруғли жараён тузалгандан сўнг, қайталанишни олдини олиш учун Экзодерил кремани 2-3 ой давомида профилактика мақсадида қўллашни тавсия этамиз.

Ўрта кулокнинг замбуруғли отити ва ўрта кулокнинг операциядан кейинги бўшлиқларининг микози билан оғриган беморларни биз давосининг ўхшашлиги, нафақат ташқи эшитиш йўлини, балки ноғора бўшлиғи ва неотимпанал бўшлиқларни ҳам яхшилаб тозалаш билан бирга олиб бориладиган маҳаллий даво билан биргаликда тизимли препаратларни қўллашнинг зарурлиги сабабли бирлаштирдик. Ушбу локализацияли замбуруғли инфекция билан оғриган беморларни даволаш билан ташқи замбуруғли отит билан оғриган беморларни даволаш ўртасидаги асосий фарқ шундан иборатдир.

Турли хил замбуруғлар келтириб чиқарган ўрта кулоқ отити ва операциядан кейинги бўшлиқ микози бўлган 7-гуруҳдаги беморларни 250 мг лик тербинафин (Ламизил) таблеткалари билан даволаш самарадорлиги 50% ни ташкил қилади (7-жадвал). Беморларнинг 15%да аҳвол яхшиланганини кузатдик. Самарасиз даво 35% ҳолларда қайд этилди. Беморларнинг 50% да касаллик қайталанди, ўрта кулоқ кандидози билан оғриган беморларда эса қайталанишлар 80% ҳолларда аниқланди.

## 7-жадвал

## 7-гуруҳдаги беморларни тербинафин (Ламизил) билан даволаш натижалари

Кўзгатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхши-ланиш	Самарасиз	Қайталаниш
Candida spp.	10	2	2	6	8
Aspergillus spp.	10	8	1	1	2
Жами	20 (100%)	10 (50%)	3 (15%)	7 (35%)	10 (50%)

Candida авлоди замбуруғлари келтириб чиқарган отит ва операциядан кейинги бўшлиқлар микозини (8-гуруҳ) флуконазол билан даволаш самарадорлиги (14 кун давомида кунига 50 мг) 70% га етади. Беморларнинг 6,1%да аҳвол яхшиланганини кузатдик. Самарасиз даво 24,2% ҳолларда қайд этилди. Касаллик 6,1% беморларда қайталанди (8-жадвал).

## 8-жадвал

## 8-гуруҳдаги беморларни Флуконазол (Дифлюкан) билан даволаш натижалари

Кўзгатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхши-ланиш	Самарасиз	Қайталаниш
Candida spp.	33 (100%)	23 (69,7%)	2 (6,1%)	8 (24,2%)	2 (6,1%)





Олинган натижалар аниқланган замбуруғларнинг флуконазолга нисбатан ўзгариб турадиган сезгирлиги билан изоҳлаш мумкин, чунки препарат билан даволаш экспресс тест (суртма микроскопияси) натижаси ҳисобга олинган ҳолда бошланди, замбуруғ тури ва унинг флуконазолга сезгирлиги аниқланадиган экиш натижалари, кўпинча даволаш бошлангандан сўнг 10-14 кун ўтгач маълум бўлади. Ажратиб олинадиган замбуруғларнинг антимикотикларга сезгирлигини аниқлаш усуллари тақомиллаштириш келажакда флуконазолни қўллаш билан боғлиқ хатолар сонини сезиларли даражада камайтириши мумкин.

Шу билан бирга, агар 8-гуруҳдаги беморларни даволаш натижаларини 7-гуруҳдаги беморларни даволаш натижалари билан солиштирадиган бўлсак, *Candida* авлоди замбуруғлари келтириб чиқарган отитлар билан оғриган беморларда флуконазолни қўллаш тербинафинни қўллашдан кўра самаралироқ бўлди. Касалликнинг қайталаниши камроқ, фақат 6,1% беморларда учради, олдинги гуруҳда эса 80% беморларда кузатилган эди.

9-гуруҳдаги беморларда *Candida* авлоди замбуруғларининг ҳар хил турлари келтириб чиқарган отитни 14 кун давомида кунига 50 мг дан флуконазол ва Экзодерилнинг 1%ли спиртли эритмаси билан маҳаллий даволаш самарадорлиги 88% га етади. Беморларнинг 6%да аҳвол яхшиланганини кузатдик. Самарасиз даво 6% ҳолларда қайд этилди. Беморларнинг 18%да касаллик қайталанди (8-жадвал).

9-жадвал

### 9-гуруҳдаги беморларни даволаш (флуконазол ва экзодерил билан комбинацияланган даво) натижалари

Кўзгатувчи	Касаллар сони	Соғайиш	Яхши-ланиш	Самарасиз	Қайталаниш
<i>Candida spp.</i>	17 (100%)	15 (88%)	1 (6%)	1 (6%)	3 (18%)

Фақат флуконазол қабул қилган 8-гуруҳдаги беморларни даволаш натижалари билан солиштирганда, *Candida* авлоди замбуруғлари келтириб чиқарган отит бўлган беморларда флуконазолни билан бир вақтда экзодерилни маҳаллий қўллаш самаралироқ бўлди. Касалликнинг қайталаниши тербинафинга қараганда камроқ, лекин флуконазолли монотерапияга қараганда кўпроқ учради. Кўриниб турибдики, маҳаллий даволаш давомийлиги узайтирилиши керак.

Умуман олганда, кандидозли отит учун энг оптимал даво схемаси флуконазол перорал ва экзодерил маҳаллий қўлланган комбинация ҳисобланади.

Турли хил моғор замбуруғлари келтириб чиқарган отит ва операциядан кейинги бўшлиқлар микози бўлган 10-гуруҳдаги беморларни Итраконазол ва Экзодерил билан бирга даволаш самарадорлиги баҳоланганда тўлиқ соғайиш 83,6% эканлиги аниқланди. Беморларнинг 14,6%да аҳвол яхшиланганини кузатдик. Терапиянинг самарасизлиги 1,8% ҳолларда қайд этилди. Беморларнинг 21,8%да касаллик қайталанди.

Тербинафин билан даволанган беморлар билан солиштирганда, даво самарасиз бўлган беморларнинг камайиши ҳисобига нафақат тузалган беморлар сонининг кўпайишини, балки қайталанишлар сонининг камайишини ҳам кўриш мумкин, бу бизга ушбу локализацияли моғор микозларини даволашнинг бу схемасини энг мақбул деб ҳисоблашга имкон беради.

Турли хил жойлашувдаги отомикозларни даволаш натижаларини баҳолаб, шуни таъкидлаш мумкинки, таққосланган гуруҳлардаги қарама-қарши натижаларга қарамай, биз яхши клиник натижаларга эришдик. Ташқи кулоқ, ўрта кулоқ ва операциядан кейинги бўшлиқлар замбуруғли инфекцияларини тўлиқ даволаш 76,8% ва 78,4% ни ташкил этди, беморларнинг 14,6% ва 11,2%да аҳвол яхшиланди. Даволашнинг самарасизлиги беморларнинг 10,4% да аниқланди. Замбуруғли ташқи отит билан оғриган беморларнинг 11,4%да ва ўрта кулоқ ва операциядан кейинги бўшлиқлар замбуруғли инфекциялари билан оғриган беморларнинг 19,2%да касаллик қайталанди.

Кулоқ турли қисмларининг замбуруғли-бактериал касалликларини даволашнинг ўзига хос хусусияти антибактериал препаратларни бир вақтнинг ўзида тайинлаш зарурати йўқлигидир. Буни микст-инфекцияларда фақат замбуруғларга қарши препаратлар қўлланганда тўлиқ соғайиш ҳолатлари қайд этилган кузатувларимиз тасдиқлайди.

1-6-гуруҳдаги замбуруғли ташқи отит билан оғриган беморларни даволашнинг комбинацияланган натижалари, улар асосида даволашнинг энг оптимал препаратлари ва уларнинг комбинацияси аниқланди. Шубҳасиз, алмаштириладиган аппликация шаклида клотримазол ва



нафтифин комбинациясини қўллаш Candida замбуруғлари келтириб чиқарган замбуруғли ташқи отитларини даволашда бошқа схемаларни қўллашдан кўра яққолроқ клиник самарага олиб келди.

Моғор замбуруғлари келтириб чиқарган ташқи отитни даволаш учун нафтифиннинг 1% спиртли эритмаси ёки унинг нитрофунгин билан комбинациясидан фойдаланган ҳолда маҳаллий даволаш энг самарали ҳисобланади.

Замбуруғли отит ва моғор замбуруғлари келтириб чиқарган операциядан кейинги бўшлиқлар микозини даволашда 10 кун давомида кунига 100 мг дозадаги итраконазол тизимли билан нафтифиннинг 1% спиртли эритмаси маҳаллий қўлланган даволаш комбинацияси мақбул ҳисобланади.

### **Хулоса.**

Шундай қилиб, жараённинг локализацияси ва этиологик омилга қараб маҳаллий ва тизимли замбуруғларга қарши препаратлар ёки уларнинг комбинацияларини қўллаш кониқарсиз натижалар сонини кандидозли отитда 40% дан 5% гача ва аспергиллезли отитда 16% дан 4%гача, рецидивлар улушини эса мос равишда 16,6% дан 10% гача ва 30% дан 3,1% гача камайтириш имконини берди. Ўрта кулоқ микози ва операциядан кейинги бўшлиқ микози билан оғриган беморларда кандидозли жараёнда 88% ва аспергиллезли жараёнда 82,4% тўлиқ соғайишга эришилди, қайталанишлар улуши мос равишда 6% ва 20% гача камайди.

### **Фойдаланилган адабиётлар рўйхати**

1. Ш. А., Юсупов Ш. Ш. Медицинская реабилитация больных с сочетанной деформацией наружного носа и зубочелюстной системы //Вісник наукових досліджень. – 2014. – №. 1. – С. 47-49.
2. Боймурадов Ш. А., Юсупов Ш. Ш. Использование компьютерной программы" Pipo" для прогнозирования и профилактики осложнений у больных с сочетанной травмой костей лицевого скелета //Contemporary problems in mathematics and physics. – 2017. – С. 147.
3. Боймурадов Ш. А., Юсупов Ш. Ш. Тактика медицинской реабилитации больных с деформациями наружного носа и зубочелюстной системы //Вісник наукових досліджень. – 2016. – №. 3. – С. 44-45.
4. Юсупов Ш. Ш., Боймурадов Ш. А. Ташкентская медицинская академия //ВЕСТНИК ВРАЧА. – С. 128.
5. Юсупов Ш. Ш., Боймурадов Ш. А. Хирургическое лечение перелома дна орбиты с 3D реконструкцией //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – 2017. – №. 3. – С. 98.
6. Боймурадов Ш. А., Юсупов Ш. Ш. Диагностика и лечение переломов дна орбиты //Вісник наукових досліджень. – 2017. – №. 3. – С. 5-8.
7. Юсупов Ш. Ш., Боймурадов Ш. А. Использование 3d-технологий при хирургическом лечении больных с посттравматическими дефектами и деформациями скулоорбитального комплекса //3D-технологии в медицине. – 2019. – С. 44-46.
8. Yusupov S. S., Boymuradov S. A. Хірургічне лікування перелому дна орбіти з 3d реконструкцією //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – 2017. – №. 3. – С. 98-103.
9. Boymuradov S. A. et al. Advancement of surgical treatment of orbital floor fracture //Central Asian Journal of Medicine. – 2020. – Т. 2020. – №. 1. – С. 36-44.
10. Boymuradov S. A. et al. Perfecting of surgical treatment of orbital floor fracture //Central Asian Journal of Medicine. – 2019. – Т. 2018. – №. 4. – С. 33-46.
11. Yusupov S. et al. Surgical treatment of orbital floor fracture with 3d reconstruction. – 2017.
12. Boymuradov S. A. et al. Diagnostic and treatment of the orbital floor fracture. – 2017.
13. Boymuradov S. A., Yusupov S. S. Диагностика і лікування переломів дна орбіти //Вісник наукових досліджень. – 2017. – №. 3.
14. Boimuradov S. A., Yusupov S. S. Тактика медичної реабілітації хворих із деформаціями зовнішнього носа і зубощелепної системи //Вісник наукових досліджень. – 2016. – №. 3.
15. Ташкенбаева Э. Н. и др. Применение методов коррекции эндотелиальном дисфункции и пуринового обмена у больных с ишемической болезнью сердца //Вестник экстренной медицины. – 2013. – №. 3.



16. Муратова Н. Ю., Хасанов И. И., Юсупов Ш. Ш. Применение ультразвуковой кавитации при лечении гнойных ран челюстно-лицевой области //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1. – С. 5-10.
17. Юсупов Ш. Ш., Боймурадов Ш. А. Диагностика и хирургическое лечение пациентов с травмами скулоорбитального комплекса //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. – №. 4. – С. 53-55.
18. Юсупов Ш. Ш., Боймурадов Ш. А. Хирургическое лечение перелома дна орбиты с 3D реконструкцией //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковльчука. – 2017. – №. 3. – С. 98.
19. Кубаев А. С., Абдукадыров А. А., Юсупов Ш. Ш. Особенности риномаксиллярного комплекса у взрослых больных с верхней микрогнатией //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2013. – №. 2. – С. 117-119.
20. Nigmatov I. O. et al. Post-Traumatic Defects And Face Deformations: Features Of Diagnostics And Treatment //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3. – С. 55-66.
21. Юсупов Ш.Ш., Боймурадов Ш.А., Нармуротов Б.К. Реконструкция височно-нижнечелюстного сустава и ветви нижней челюсти с использованием смоделированного индивидуального титанового имплантата // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – С. 70-72.
22. B Narmurotov, S Boymuradov, S Yusupov. Clinicoradiologic Features Of The Zygomaticoorbital Complex Fractures In Polytraumas// Solid State Technology. – 2020. – Т. 63. - №6. – С. 15292-15303