

Impact Factor: 4.917

ISSN: 2181-0966

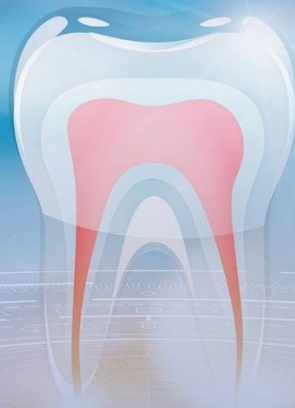
DOI: 10.26739/2181-0966

www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF

# ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

Informing scientific practices around the world through research and development



**SAMARKAND**  
STATE MEDICAL UNIVERSITY

VOLUME 6  
ISSUE 4

**2025**

# ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 6, НОМЕР 4

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

VOLUME 6, ISSUE 4



## Главный редактор:

**Ризаев Жасур Алимджанович**  
доктор медицинских наук, профессор, ректор  
Самаркандского государственного медицинского  
университета, Узбекистан

## Заместитель главного редактора:

**Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич**  
доктор медицинских наук, профессор Ташкентского  
государственного стоматологического института,  
Узбекистан

## РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

## РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ:

Ответственный секретарь: А.С. Кубаев – доктор медицинских наук, профессор

### Э.Н. Билалов

доктор медицинских наук, профессор

### Д.М. Достмухамедов

доктор медицинских наук, профессор

### О.Э. Бекжанова

доктор медицинских наук, профессор

### А.М. Хайдаров

доктор медицинских наук, профессор

### Л.Э. Хасанова

доктор медицинских наук, профессор

### Т.Э. Зойиров

доктор медицинских наук, профессор

### Э.А. Ризаев

доктор медицинских наук, профессор

### Ж.Ф. Шамсиев

доктор медицинских наук, доцент

### С.Х. Юсупалиходжаева

доктор медицинских наук, доцент

### Ю.А. Шукурова

доктор медицинских наук, доцент

### У.Ю. Мусаев

доктор медицинских наук, доцент

### А.И. Хазратов

доктор медицинских наук, доцент

### А.А. Ахмедов

доктор медицинских наук, доцент

### У.Н. Вахидов

доктор медицинских наук, доцент

### Ж.Д. Бузрукзода

кандидат медицинских наук

### М.М. Исомов

кандидат медицинских наук, доцент

### Д.Ф. Раимкулова

кандидат медицинских наук, доцент

### М.К. Юнусходжаева

доктор медицинских наук, доцент

### Ф.Ф. Лосев

доктор медицинских наук, профессор,  
заслуженный деятель науки РФ

### С.П. Рубникович

академик, доктор медицинских наук,  
профессор (Беларусь)

### Джун-Янг Пэн

доктор медицинских наук, профессор  
(Корея)

### Дзинити Сакамото

доктор философии, профессор  
(Япония)

### М.А. Амхадова

доктор медицинских наук, профессор  
(РФ)

### О.С. Гилёва

академик, доктор медицинских наук,  
профессор (РФ)

### М.Т. Копбаева

доктор медицинских наук, профессор  
(Казахстан)

### А.А. Антонова

доктор медицинских наук, профессор  
(РФ)

### Р.О. Мухамадиев

доктор медицинских наук, профессор

### Н.В. Шаковец

доктор медицинских наук, профессор  
(Беларусь)

### А.И. Грудянов

академик, доктор медицинских наук,  
профессор (РФ)

### Д.С. Аветиков

доктор медицинских наук, профессор (Украина)

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Тел: (+998-94) 404-0000

# JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

№4 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2025-4>

## Chief Editor:

**Jasur A. Rizaev**

*Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Rector of the Samarkand State Medical University,  
Uzbekistan*

## Deputy Chief Editor:

**Abduazim A. Yuldashev**

*Doctor of Medical Sciences, Professor of the  
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

## MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

## EDITORIAL ADVISORY BOARD:

Executive Secretary: A. S. Kubaev - Doctor of Medical Sciences, Professor

**E.N. Bilalov**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**D.M. Dostmukhamedov**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**O.E. Bekjanova**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**A.M. Khaidarov**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**L.E. Khasanova**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**T.E. Zoyirov**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**E.A. Rizaev**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**J.F. Shamsiev**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**S.H. Yusupalikhodjaeva**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**Yu.A. Shukurova**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**U.Yu. Musaev**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**A.I. Khazratov**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**A.A. Akhmedov**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**U.N. Vakhidov**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**J.D. Buzrukzoda**

Candidate of Medical Sciences

**M.M. Isomov**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

**D.F. Raimkulova**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

**M.K. Yunuskhodjaeva**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**F.F. Losev**

Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Honored Scientist of the Russian Federation

**S.P. Rubnikovich**

academician, doctor of medical sciences,  
professor (Belarus)

**Jun-Yang Peng**

Doctor of Medical Sciences, Professor  
(Korea)

**Jinichi Sakamoto**

Doctor of Philosophy, Professor  
(Japan)

**M.A. Amkhadova**

Doctor of Medical Sciences, Professor  
(Russian Federation)

**O.S. Gileva**

academician, doctor of medical sciences,  
professor (Russian Federation)

**M.T. Kopbaeva**

Doctor of Medical Sciences, Professor  
(Kazakhstan)

**A.A. Antonova**

Doctor of Medical Sciences, Professor  
(Russian Federation)

**R.O. Muxamadiyev**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**N.V. Shakovets**

Doctor of Medical Sciences, Professor  
(Belarus)

**A.I. Grudyanov**

academician, doctor of medical sciences,  
professor (Russian Federation)

**D.S. Avetikov**

Doctor of Medical Sciences, Professor (Ukraine)

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

ООО Тадқиқот город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Тел: (+998-94) 404-0000

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

<b>1. Ризаев Жасур Алимджанович, Асадова Гульнора Межнун кизи, Олимджнов Камрон Жасур угли</b> КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА И НЕЙТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОЛИЗОВАННОЙ ВОДЫ НА ПОЛОСТЬ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	6
<b>2. Мухамадиев Рахман Оманович, Очилова Нафиса Номозовна</b> ОПТИКА КОГЕРЕНТНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КСЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ПТЕРИГИУМЕ.....	13
<b>3. Давронова Гулрух Бахтиеровна, Фозилова Нозила Иноятиллоевна</b> РОЛЬ АУДИОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ХГСО.....	18
<b>4. Rasulov Shoxjaxon Kambarovich, Xabibova Nazira Nasullaevna</b> STOMATOLOGIK AMBULATORIYADA ALLERGIK REAKSIYALARNI ERTA ANIQLASHDA ALLERGOANAMNEZNING ANAMIYATI.....	22
<b>5. Казимов Бекзод Батирович, Хамракулова Наргиза Орзуевна, Уктамова Вазира Уткур кизи</b> ИММУНОГЕНЕТИКА В ДИАГНОСТИКЕ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ, ИСХОДЯЩЕЙ ИЗ ПОЛОСТИ НОСА.....	25
<b>6. Yusupova Manzurakhon Kobuljon kizi</b> MODERN CONCEPTS OF ETIOPATHOGENESIS AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS: A LITERATURE REVIEW.....	28
<b>7. Маматкулов Фарходжон Хусенович, Хазратов Алишер Исамидинович, Бузрукзода Жавохир Даврон, Маматкулова Хурсаной Истам кизи</b> СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИЖИВЛЯЕМОСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ.....	33
<b>8. Абдукадырова Амалия Маматраимовна</b> ОРТОДОНТИЯ И ЭСТЕТИКА: КЛЮЧЕВОЕ ВЛИЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА САМООЦЕНКУ ПАЦИЕНТОВ.....	37
<b>9. Abduvakilov Jahongir Ubaydullayevich, Zubaydullayeva Maftuna Alisherovna</b> METABOLIK SINDROMLI BEMORLARGA STOMATOLOGIK YORDAM KO'RSATISH.....	41
<b>10. Сирлибоев Сирожиддин Алибобо угли, Кубаев Азиз Сайдалимович, Бузрукзода Жавохирхон Даврон</b> РАЗРАБОТКА УЛУЧШЕННЫХ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ С УЧЕТОМ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	44
<b>11. Сирлибоев Сирожиддин Алибобо угли, Кубаев Азиз Сайдалимович, Бузрукзода Жавохирхон Даврон</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ С УЧЕТОМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ СУСТАВЕ.....	49
<b>12. Shodiev Sardor Normurodovich, Tojiev Feruz Ibodullo ugli</b> MODERN STRATEGIES FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF ODONTOGENIC INFLAMMATORY LESIONS OF JAW BONE TISSUE: RATIONALE FOR INTERDISCIPLINARY INTERACTION.....	54
<b>13. Khazratov Alisher Isamiddinovich, Furkatov Shokhjakhon Furkatovich</b> DIGITAL MONITORING OF TOOTH COLOR CHANGES IN THE TREATMENT OF DENTAL DISCOLORATION IN ADOLESCENTS.....	57

Давронова Гулрух Бахтиеровна  
Фозилова Нозила Иноятиллоевна  
Самаркандский государственный  
медицинский университет

## РОЛЬ АУДИОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ХГСО



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.18435131>

### АННОТАЦИЯ

Полученные нами данные ясно показывают статистически значимую зависимость тяжести потери слуха от клинической формы ХГСО. Мезотимпанит характеризуется преобладанием легкой и средней степени потери слуха, что делает течение этой патологии относительно благоприятным. С другой стороны, эпитимпанит и смешанная форма заболевания связаны с более выраженными нарушениями слуха, включая тяжелую и глубокую тугоухость, что подчеркивает их неблагоприятный клинический и прогностический профиль и требует более тщательного наблюдения и раннего хирургического лечения.

**Ключевые слова:** мезотимпанит, эпитимпанит, холестеатома, мастоидит и субпериостальный абсцесс.

Davronova Gulrux Baxtiyorovna  
Fozilova Nozila Inoyatilloevna  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

## SURUNKALI YIRINGLI O`RTA OTITNING OG`IRLIK DARAJASINI BAHOLASHDA AUDIOMETRIK USULLARNING ROLI

### ANNOTATSIYA

Bizning ma'lumotlarimiz eshish qobiliyatini yo'qotishning og'irligi va surunkali yiringli o`rta otitning klinik shakli o'rtasidagi statistik jihatdan ahamiyatli bog'liqlikni aniq ko'rsatadi. Mezotimpanit yengil va o'rta eshish qobiliyatini yo'qotishning ustunligi bilan tavsiflanadi, bu esa ushbu patologiyaning kechishini nisbatan qulay qiladi. Boshqa tomondan, epitimpanit va kasallikning aralash shakli eshish qobiliyatining og'irroq buzilishi, jumladan, og'ir va chuqur eshish qobiliyatini yo'qotish bilan bog'liq bo'lib, ularning noqulay klinik va prognostik profilini ta'kidlaydi va ehtiyotkorlik bilan monitoring va erta jarrohlik davolashni talab qiladi.

**Kalit so'zlar:** mezotimpanit, epitimpanit, xolesteatoma, mastoidit va subperiosteal xo'ppoz.

Davronova Gulrux Baxtiyorovna  
Fozilova Nozila Inoyatilloevna  
Samarkand State Medical University

## THE ROLE OF AUDIOMETRIC METHODS IN ASSESSING THE SEVERITY OF CHSO

### ANNOTATION

Our data clearly show a statistically significant correlation between the severity of hearing loss and the clinical form of chronic suppurative otitis media. Mesotympanitis is characterized by a predominance of mild to moderate hearing loss, which makes the course of this pathology relatively favorable. On the other hand, epitympanitis and the mixed form of the disease are associated with more severe hearing impairment, including severe and profound hearing loss, highlighting their unfavorable clinical and prognostic profile and requiring careful monitoring and early surgical treatment.

**Keywords:** mesotympanitis, epitympanitis, cholesteatoma, mastoiditis and subperiosteal abscess.

**Введение.** Хронический гнойный средний отит это стойкое воспалительное заболевание среднего уха и сосцевидного отростка, характеризующееся периодическими или постоянными выделениями из уха (отореей) через перфорированную барабанную перепонку [1,5,7]. ХГСО, по данным ВОЗ, определяется как

хроническое воспаление среднего уха и сосцевидного отростка. Диагностическими критериями именно ХГСО являются рецидивирующие или постоянными выделениями из уха в течение более чем двух недель, часто как следствие перфорации барабанной перепонки и следовательно потеря слуха [2,8,9].

Раннее выявление и лечение ХГСО необходимы из-за его высокой распространенности, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Сложные причины включают в себя микробные инфекции, иммунологические реакции хозяина и переменные факторы окружающей среды. На качество жизни пациентов влияют постоянная оторрея, потеря слуха и перфорация барабанной перепонки. Иммуногенетические переменные, такие как полиморфизмы генов цитокинов, влияют на восприимчивость и тяжесть заболевания, что сказывается на целенаправленной терапии. Отоскопия, аудиометрия и визуализация должны быть точными, чтобы направлять терапию. Понимание ХГСО необходимо для улучшения состояния пациентов и создания более эффективных методов профилактики и лечения. В связи с влиянием на общественное здравоохранение ХГСО нуждается в постоянных исследованиях и лечении [6].

**Материалы и методы исследования:** В данном исследовании использован проспективный метод наблюдения за пациентами с диагнозом ХГСО. Для исследования были включены 102 пациента с диагнозом ХГСО а также 50 относительно здоровых лиц подобранных сопоставимо по полу и возрасту к пациентам основной группы для объективного сравнения. Исследования проводились базе ЛОР отделений городской многопрофильной центральной поликлинике города Самарканда в период с 2022-2024 года.

Больные были разделены по наличию осложнения ХГСО в момент обследования или в анамнезе (связанное с ХГСО) на две группы. Клинико-инструментальные данные больных были сравнены между исследуемыми группами.

Для диагностики использованы отоскопия, аудиометрия, МРТ, а также генетические тестирование на полиморфизмы TNF-α G308A и IL-10 G1082A методом ПЦР. Лабораторные методы включали стандартные биохимические и гематологические анализы.

Средний возраст пациентов с осложнённым ХГСО составил 47,0±12,8 года, без осложнений - 41,8±11,2 года, что статистически не отличалось от показателя контрольной группы (43,1±11,8 года; p<sub>2</sub>=0,09; p<sub>1</sub>=0,59) (табл. 1). Частота хронических сопутствующих заболеваний была значимо выше в группе с осложнённым ХГСО (54,3%), чем при неосложнённом течении (28,4%) и в контроле (26,0%; p<sub>2</sub><0,01; p<sub>1</sub>=0,84). Среднее количество обострений за год достигало 3,8±1,6 в осложнённой подгруппе, 2,7±1,2 - при неосложнённой форме и лишь 0,5±0,2 - в контрольной группе (p<sub>2</sub><0,001; p<sub>1</sub><0,01).

У пациентов с ХГСО процедура аудиометрии проводилась для оценки порогов слышимости и нарушений

звукослухания. Пациентам также проводили речевую аудиометрию для исследования способности восприятия речевых сигналов при различных уровнях звукового давления и выявления порога и коэффициента речевой разборчивости.

Пациентам также проводили речевую аудиометрию для исследования способности восприятия речевых сигналов при различных уровнях звукового давления и выявления порога и коэффициента речевой разборчивости.

Аудиометрическое исследование выявило полное отсутствие случаев нормального слуха в обеих подгруппах ХГСО (0%), в то время как в контрольной группе подавляющее большинство больных 48 (96,6%) - имели нормальные аудиометрические показатели (p<sub>1</sub><0,001; p<sub>2</sub><0,001). Так, значит ХГСО способствует постепенному и в большинстве случаев к необратимому нарушению слуховой функции.

Лёгкая степень тугоухости (26-40 дБ) оказалась наиболее распространённой формой при неосложнённом течении ХГСО, встречаясь у 39 (42,9%) больных, что достоверно выше, чем при ХГСО с осложнениями (8; 18,2%) и в контрольной группе (5; 6,7%; p<0,001). Это указывает на то, что при отсутствии осложнений слуховая функция, как правило, сохраняется на относительно удовлетворительном уровне, несмотря на хронический воспалительный процесс.

Потеря слуха в диапазоне 41-55 дБ, соответствующая умеренной степени тугоухости наблюдалась с близкой частотой в обеих подгруппах больных с ХГСО, в частности у 27 (29,7%) и 15 (34,1%) случаев в подгруппах больных с осложнением и без соответственно, при этом нарушения слуха данной категории в контрольной группе здоровых лиц не фиксировалась (p<0,001). Однако при осложнённом течении регистрировалось значительно больше случаев тяжёлой степени тугоухости (p<0,001), что является признаком вовлечения звукопроводящих в том числе и звукоспринимающих структур.

Порог слухового восприятия повышенное до 56-70 дБ соответствующая умеренно-тяжёлой тугоухости была значительно (p<0,01) чаще диагностирована у больных с осложнениями после ХГСО и наблюдалась в 16 (36,4%) случаев по сравнению с 17 (18,7%) случаями у больных с ХГСО без диагностированных осложнений. Аналогично, тяжёлая потеря слуха при котором порог слухового восприятия повышается в пределах 71-90 дБ, регистрировалась в 6 (13,6%) случаях у больных с осложнениями и лишь в 5 (5,5%) случаях без осложнений (p<0,01). Глубокая потеря слуха (>90 дБ) встречалась значительно редко (3,3% и 4,5% случаев соответственно).

Таблица 1

Степени потери слуха у пациентов с ХГСО и контрольной группы

Характеристики	ХГСО без осложнений (n = 91 ухо)	ХГСО с осложнениями (n = 44 ухо)	Контрольная группа (n=75 ухо)	P-значение
Нормальный слух	0 (0,0%)	0 (0,0%)	70 (93,3%)	p <sub>1</sub> <0.001 p <sub>2</sub> <0.001
Легкая потеря слуха (26-40 дБ)	39 (42,9%)	7 (18,2%)	5 (6,7%)	p <sub>1</sub> <0.001 p <sub>2</sub> <0.001
Умеренная потеря слуха (41-55 дБ)	27 (29,7%)	15 (34,1%)	0 (0,0%)	p <sub>1</sub> <0.001 p <sub>2</sub> <0.001
Умеренно-тяжелая потеря слуха (56-70 дБ)	17 (18,7%)	14 (36,4%)	0 (0,0%)	p <sub>1</sub> <0.01 p <sub>2</sub> <0.01
Тяжелая потеря слуха (71-90 дБ)	5 (5,5%)	6 (13,6%)	0 (0,0%)	p <sub>1</sub> <0.01 p <sub>2</sub> <0.01

Глубокая потеря слуха (>90 дБ)	3 (3,3%)	2 (4,5%)	0 (0.0%)	$p_1=0.10$ $p_2=0.08$
<i>Примечание. Для сравнений использовались критерии Манна-Уитни-Уилкоксона и Фишера с уровнем достоверности <math>p &lt; 0.05</math>.</i>				

Сравнение статистически обработанных данных нашего исследования с ранее опубликованными работами, показывает, что при осложнённых формах ХГСО значительно чаще выявляются тяжёлые и умеренно-тяжёлые степени потери слуха, как и было установлено в нашем исследовании, что объясняется деструкцией слуховых структур. Аналогичные данные приведены в исследовании, где показана корреляция между продолжительностью воспалительного процесса, наличием холестеатомы и степенью снижения слуха [3,10].

Аудиологические данные после статистического анализа указывают на то, что осложнённые формы ХГСО характеризуются смещением аудиометрического профиля в сторону более тяжёлых форм тугоухости. При ХГСО, без осложнений у пациентов преобладают лёгкая и умеренная степень снижения слуха.

В контрольной группе в большинстве случаев относительно здоровые лица (94%) имели нормальные аудиометрические показатели, тогда как среди пациентов с ХГСО нормальный слух не был зарегистрирован ни в одном случае.

**Результаты.** Лёгкая степень потери слуха (26-40 дБ) преобладала у пациентов с неосложнённым течением заболевания - 35,8% случаев, тогда как при осложнённом ХГСО этот показатель был почти вдвое ниже (17,1%) и в контрольной группе не превышал 6%. Умеренная тугоухость (41-55 дБ) встречалась у 32,8% пациентов без осложнений и у 25,7% с осложнённым течением, полностью отсутствуя в контроле.

Порог слухового восприятия повышенное до умеренно-тяжёлой степени (56-70 дБ) значительно более часто

наблюдалась у больных с осложнённым ХГСО (28,6%), чем у пациентов без выявленных осложнений ХГСО (20,9%). Тяжёлая тугоухость при котором порог слухового восприятия повышается в пределах 71-90 дБ также встречалась чаще при осложнённых формах, в частности у 20,0% против 9,0% больных в соответствующих подгруппах с осложнениями и без. Повышение порога слухового восприятия выше 90 дБ отмечалась у 8,6% пациентов с осложнённым течением и лишь у 1,5% больных без диагностированных осложнений.

Исходя их полученных данных, повышение порога слухового восприятия, при различных категориях тугоухости, наиболее выражено встречается у больных с осложнениями при ХГСО по сравнению с больными без осложнений.

Были выявлены значительные различия в степени повышения порога слуховосприятия у пациентов с ХГСО различных клинических форм (табл. 3.6). Всего было обследовано 102 пациента, среди которых 71 с мезотимпанитом, 26 с эптитимпанитом и 5 со смешанной формой заболевания.

Результаты показывают, что легкая потеря слуха или инструментально установленный порог слухового восприятия в пределах 26-40 дБ является в значительной степени пациентов с мезотимпанитом (30 пациентов [42,3%]), тогда как легкая потеря слуха не была обнаружена у пациентов с эптитимпанитом и смешанными формами ХГСО ( $p < 0,001$ ). Именно клинические случаи мезотимпанита были часто связаны с менее тяжелым нарушением слуха в нашем исследовании.

Таблица 2

Степени потери слуха у пациентов с ХГСО в разрезе различных форм заболевания

Характеристики	Мезотимпанит (n=71)	Эпитимпанит (n=26)	Смешанная форма (n=5)	Р-значение
Нормальный слух	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	$p_1=нд$ $p_2=нд$
Легкая потеря слуха (26-40 дБ)	30 (42.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	$p_1 < 0.001$ $p_2=нд$
Умеренная потеря слуха (41-55 дБ)	28 (39.4%)	3 (11.5%)	0 (0.0%)	$p_1 < 0.001$ $p_2=нд$
Умеренно-тяжелая потеря слуха (56-70 дБ)	10 (14.1%)	14 (53.8%)	2 (40.0%)	$p_1 < 0.01$ $p_2=0.02$
Тяжелая потеря слуха (71-90 дБ)	3 (4.2%)	10 (38.5%)	2 (40.0%)	$p_1 < 0.001$ $p_2 < 0.01$
Глубокая потеря слуха (>90 дБ)	0 (0.0%)	3 (11.5%)	1 (20.0%)	$p_1 < 0.05$ $p_2=0.04$
<i>Примечание. Для сравнения использовались критерии Манна-Уитни-Уилкоксона и Фишера с уровнем достоверности <math>p &lt; 0.05</math>. <math>p_1</math> - сравнение группа 1 vs группа 2, <math>p_2</math> - сравнение группа 1 vs группа 3.</i>				

Умеренная тугоухость при котором порог слухового восприятия повышается и варьирует в пределах 41-55 дБ была выявлена у 28 пациентов (39,4%) с мезотимпанитом и у 3 пациентов (11,5%) с эптитимпанитом, тогда как при смешанной форме такие умеренные изменения в восприятии слуха не наблюдалось ( $p_1 < 0,001$ ). Однако распределение больных по степени тяжести потери слуха, в частности при значительно высоких порогах слухового восприятия было иным. Так, например, если умеренно-тяжелая потеря слуха (56-70 дБ) была обнаружена у 14 пациентов с эптитимпанитом (53,8%) и у 2 пациентов со смешанной формой (40,0%) ХГСО, то при мезотимпаните она была выявлена только у 10 (14,1 %) пациентов ( $p_1 < 0,01$ ,  $p_2 = 0,02$ ).

Распределение больных с тяжелой тугоухостью при котором порог слухового восприятия повышается в пределах 71-90 дБ также была статистически значимой. Эпитимпанит был зарегистрирован у 10 пациентов (38,5%); смешанная форма наблюдалась у 2 (40,0%), но при мезотимпаните только у 3 пациентов (4,2%) ( $p_1 < 0,001$ ,  $p_2 < 0,01$ ). Исходя из полученных данных, риск серьезной потери слуха значительно повышается при деструктивных изменениях, характерных для эптитимпанита и смешанных форм.

У больных с мезотимпанической формой ХГСО повышение порога слухового восприятия выше 90дБ что соответствует глубоко повышается в пределах никакой связи не наблюдалось, что можно считать показателем относительно благоприятного прогноза для этой группы пациентов. С другой стороны, частота глубокой потери слуха была значительно выше у пациентов с эптитимпанитом (3 пациента, 11,5%) и смешанной формой (1 пациент, 20,0%), чем у пациентов с простой перфорацией барабанной перепонки ( $p_1 < 0,05$ ,  $p_2 = 0,04$ ). Несмотря на небольшое количество наблюдений в смешанной группе, выявленная закономерность подтверждает высокий риск тяжелой потери слуха при осложненных формах заболевания.

**Вывод.** Полученные нами данные ясно показывают статистически значимую зависимость тяжести потери слуха от клинической формы ХГСО. Мезотимпанит характеризуется преобладанием легкой и средней степени потери слуха, что делает течение этой патологии относительно благоприятным. С другой стороны, эптитимпанит и смешанная форма заболевания связаны с более выраженными нарушениями слуха, включая тяжелую и глубокую тугоухость, что подчеркивает их неблагоприятный клинический и прогностический профиль и требует более тщательного наблюдения и раннего хирургического лечения.

#### Список литературы

1. Niparko JK, Wang NY, Rauch SD, et al. Serial audiometry in a clinical trial of AIED treatment. *OtolNeurotol.* 2005;26(5):908-917.
2. Wilson WR, Byl FM, Laird N. The efficacy of steroids in the treatment of idiopathic sudden hearing loss: a double-blind clinical study. *Arch Otolaryngol.* 1980; 106( 12):772-776.
3. Vambutas A, Pathak S. AAO: Autoimmune and autoinflammatory (disease) in otology: what is new in immune-mediated hearing loss. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2016; 1(5): 110-115.
4. Давронова Г. Б., Хушвакова Н. Ж. Усовершенствование методов лечения наследственно обусловленных форм приобретенной нейросенсорной тугоухости //Sciences of Europe. – 2018. – №. 27-2. – С. 27-30. [ps://cyberleninka.ru/article/n/usovershenstvovanie-metodov-lecheniya-nasledstvenno-obuslovlennyh-form-priobretennoy-neyrosensornoy-tugouhosti/viewer](https://cyberleninka.ru/article/n/usovershenstvovanie-metodov-lecheniya-nasledstvenno-obuslovlennyh-form-priobretennoy-neyrosensornoy-tugouhosti/viewer)
5. Давронова Г. Б., Исакова Ф. Ш. Эффективность озонотерапии при нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза //In Situ. – 2016. – №. 5. – С. 41-43. [s://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-pri-neyrosensornoy-tugouhosti-sosudistogo-genezha/viewer](https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-pri-neyrosensornoy-tugouhosti-sosudistogo-genezha/viewer).
6. Хушвакова Н. Ж., Давронова Г. Б. (2013). Оценка эффективности лазерного облучения при комплексном лечении хронического тонзиллита. *Российская оториноларингология*, 1 (62), 221-223. doi:10.18692/1810-4800-2015-5-31-34
7. Хушвакова Н. Ж., Давронова Г. Б. (2020). Современный взгляд на диагностику и лечение приобретенной нейросенсорной тугоухости. *Журнал стоматологии и краниофациальных исследований*, 1, 43-47. <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2020-1-10>
8. Хушвакова Н., Давронова Г. Ортираглан нейросенсор катиккўлокликни даволаш усуллари такомиллаштириш //Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 90-93. <https://doi.org/10.38095/2181-466X-2020931-89-92>
9. Хушвакова Н., Улашов Ш., Давронова Г. Improvement of diagnostics and complex treatment of rhinosinusogenic orbital complications in children //Общество и инновации. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 296-301. <https://doi.org/10.47689/2181-1415-vol2-iss2-pp296-301>
10. Ibragimov K, Palma M, Keane G, Ousley J, Crowe M, Carreño C, Casas G, Mills C, Llosa A. Shifting to Tele-Mental Health in humanitarian and crisis settings: an evaluation of Médecins Sans Frontières experience during the COVID-19 pandemic. *Conflict and health.* 2022 Dec;16(1):1-5.

# ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**  
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**  
ООО Тадqiqот город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000