

## АНАЛИЗ НАУЧНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ОТИТУ

*Хакимов Сарвар Абдуазимович*

*Гулямов Дильшод Эркинович*

*Закирова Зиеда Джовдатона*

*Ташкентская медицинская академия кафедра  
судебной медицины и медицинского права*

До современной эры антибиотиков средний отит очень часто сопровождался пагубными последствиями, о чем свидетельствует следующая цитата Гиппократ: «Следует опасаться острой боли в ушах с продолжительной лихорадкой, так как существует опасность, что человек может впасть в бред, в последующим смертельным исходом». Хирургическое лечение хронического среднего отита, вероятно, относится к античности, так как дренирование абсцессов военными хирургами и другими специалистами, было обычным явлением. Однако доказательств этому сохранилось немного. История хронического заболевания уха хорошо освещена в работах Мильштейна и Бриггса.

Зарегистрированное дренирование сосцевидного отростка датируется Ролианом (1671), а затем Пети (1774). Боль от процедуры, вероятно, требовала немногим большего, чем прокол или короткий разрез. Дренирование включало бы часть случаев холестеатомы; Они, несомненно, были хуже, чем случаи, не связанные с холестеатомой, но самые ранние источники не различали холестеатомозные или хронические инфекционные состояния до признания холестеатомы в 19 веке. Современная эра хирургии сосцевидного отростка началась с постаурального разреза и дренажа Уайльда (1853). Без анестезии, скорее всего, это были быстрые, но мучительные процедуры того времени. До Листера и появления антисептической техники многие страдали от хирургического сепсиса и его последствий.

Достижения в других областях (патология, микробиология, анестезия и антисептическая техника) позволили использовать более сложные методы кортикальной мастоидэктомии. В 1873 году Шварце и Эйзелл первыми опубликовали статью, описывающую процедуру мастоидэктомии, включая использование зубила и молотка для удаления кости. Они также постулировали четкие показания к выполнению мастоидэктомии, включая активную инфекцию и потерю слуха, а также шум в ушах, хирургическое лечение которых было спорным. <sup>2</sup> Несмотря на этот прогресс, холестеатома продолжала вызывать проблемы до тех пор, пока основная патология не стала лучше изучена; Таким

образом, процедуры мастоидэктомии этой эпохи в основном использовались для того, чтобы обеспечить выход гноя наружу.

Несмотря на то, что термин «холестеатома» был впервые описан Дюверни (в 1683 году), он был введен Мюллером (1838), который отметил наличие холестерина и жира в опухоли, присутствующей в ухе. В 1800-х годах было много споров о происхождении этой опухоли в слуховом проходе. Возникло несколько теорий, включая дедифференцировку костных клеток (Вирхов), прямое распространение эпидермальных остатков из наружного слухового прохода (фон Трельч), метаплазию слизистой оболочки среднего уха (Груббер, Вендст, Рокитанский) и другие. В конце 19-го века Бецольд и Хаберманн, исследуя патологические образцы, пришли к выводу, что холестеатома может возникнуть из-за того, что кожа мигрирует в среднее ухо через перфорацию и подвергается шелушению. Бецольд также определил дисфункцию евстахиевой трубы с возникающими в результате этого ретракционными карманами как способ формирования холестеатомы.

С лучшим пониманием холестеатомы и хронического среднего отита возникла хирургическая цель экстерииоризации мешка, а вместе с ней и развитие «открытой» хирургии уха в виде радикальных процедур мастоидэктомии Кюстера, фон Бергмана и Зауфалю, а затем Штаке (1888-90), при которых задняя стенка канала удалялась, чтобы обеспечить дренаж через наружный канал. Впоследствии, в работах Брайанта, Хита и Бонди (1904-1910) появились модифицированные радикальные методы, направленные на сохранение слуха путем удержания некоторых элементов барабанной перепонки. Варианты радикальных и модифицированных методик радикальной мастоидэктомии используются и сегодня. См. Несмотря на преимущества в предотвращении серьезной заболеваемости и смертности, связанных с холестеатомой, процедуры «стенки канала» (CWD) вызвали существенные изменения нормальной анатомии. Результирующая кариозная симптоматика часто была обусловлена недостаточностью другой ключевой функции: миграции эпителия. Трансплантаты с расщепленной кожей (Thiersch) и с полной толщиной (Wolfe) трансплантаты не смогли исправить проблемы с полостью; Они не самоочищались и были склонны к хронической кожной дегенерации. Хирургия стенок каналов продолжала оставаться стандартом до середины двадцатого века, но постепенно стала более совершенной с появлением операционного микроскопа Холмгреном в 1923 году и электродрелей.

Такое усовершенствование послужило толчком к следующему этапу хирургии уха, который был направлен на полное восстановление функции уха. Это началось с внедрения в 1958 году компанией Jansen хирургии

«комбинированного подхода» (CWU). Эта операция, также называемая операцией на неповрежденной стенке канала (ICW), была направлена на поддержание как анатомии, так и функции. Одновременно разработанная в нескольких американских центрах хирургами, такими как Шихи и Джако, операция CWU была разработана для того, чтобы избежать вышеупомянутых проблем с полостью, но было быстро признано, что хирургия CWU имеет свои собственные проблемы остаточной и рецидивирующей холестеатомы. Кроме того, продолжающаяся дисфункция евстахиевой трубы часто приводила к неспособности достичь аэрации пространства среднего уха. Из-за этих недостатков процедура с самого начала вызывала споры. Принцип поэтапности хирургического вмешательства снял некоторые из этих опасений и привел к более широкому признанию. Однако, несмотря на улучшение результатов, некоторые хирурги оставались скептически настроенными и вернулись к процедурам CWD. Споры между процедурами CWU и CWD продолжаются и сегодня.

В 1950-х годах Цоллнер и Вульштайн представили концепцию тимпанопластики, которая не только рассматривала реконструкцию барабанной перепонки с помощью кожных трансплантатов, но и развивала «пластическую технику» формирования наружного слухового прохода. Эта первоначальная концепция тимпанопластики основывалась на принципах наложения с помощью кожных трансплантатов, техника, которая позже была усовершенствована Шихи в форме, которая до сих пор используется некоторыми хирургами как наложение или «боковой трансплантат» тимпанопластики. Дальнейшее развитие тимпанопластики позволит изучить полезность других материалов для трансплантации. В 1958 году Ганс Хеерманн впервые применил височную фасцию в качестве материала для пересадки, что позволило установить трансплантат медиально к барабанной перепонке в технике подложки.

С успехом тимпанопластики пришла реконструкция слуховых косточек для дальнейшего восстановления механизма среднего уха. Первоначально использовались различные металлические и пластиковые имплантаты. Результаты были многообещающими, но плохие долгосрочные результаты были достигнуты на фоне экструзии имплантатов. Аутоотрансплантация слуховых косточек стала следующим шагом в развитии реконструкции слуховых косточек. Удаленные слуховые косточки были изменены и вставлены заново, чтобы восстановить непрерывность. Транспозиция инкуса является популярным методом, который используется и сегодня, хотя подготовка трансплантата к реимплантации часто является громоздкой и трудоемкой.



В поисках более простой методики и улучшенных результатов Джанеке и Ши в 1975 году вновь ввели использование аллопластических материалов в виде биосовместимых протезов (частичный слуховой протез [PORP] и тотальный слуховой протез [TORP]). Скорость экструзии снизилась, когда хрящевые трансплантаты были размещены латерально от протезов. За последние несколько десятилетий материалы, используемые для протезов, претерпели множество изменений.

По-прежнему движимая достижениями в области технологий и других областей медицины, отоларингологическая хирургия продолжает свое развитие и в наше время. Гибридные тимпаномастоидные хирургические методы, которые заключаются в удалении части стенки канала для рассечения холестеатомы с последующей заменой или реконструкцией для получения анатомии CWU, быстро развиваются. Методы облитерации полостей мастоидэктомии CWD также продвинулись вперед, чтобы свести к минимуму многие негативные факторы, связанные с открытой полостью. Использование жестких волоконно-оптических эндоскопов является примером инновации, которая начала служить адъювантом к CWU и мастоидэктомическим щадящим методам. Достижения в области визуализации, особенно МРТ, позволили избежать повторного хирургического вмешательства. Тканевая инженерия открывает возможности для надежной реконструкции барабанной перепонки с помощью простой офисной процедуры. Возможно, наиболее важной хирургической целью, относящейся к хроническому уху, которое остается неуловимым, является коррекция дисфункциональной евстахиевой трубы; Тем не менее, работа в этом направлении продолжается. В следующем столетии, вероятно, будут разработаны новые стратегии и продолжаются инновации существующих методов для улучшения результатов хронической хирургии уха.

Эпидемиология: хронических заболеваний среднего уха является важной областью исследований для понимания распространенности, факторов риска и влияния этих состояний на отдельных людей и популяции.

Исследования распространенности показали, что хронические заболевания среднего уха особенно распространены в странах с низким и средним уровнем дохода, где доступ к здравоохранению и ресурсам для профилактики и лечения ограничен. В этих условиях распространенность может достигать 4-11%, при этом дети страдают непропорционально сильно. Тем не менее, хронические заболевания среднего уха характерны не только для стран с ограниченными ресурсами и могут наблюдаться в популяциях во всем мире.

Выявлено несколько факторов риска развития хронических заболеваний среднего уха. Одним из наиболее значимых факторов риска является

рецидивирующий острый средний отит, который характеризуется множественными эпизодами острых инфекций среднего уха. Другие факторы риска включают низкий социально-экономический статус, перенаселенность, воздействие табачного дыма, плохую гигиену и генетическую предрасположенность.

Учитывая вышеизложенное, можно прийти к такому выводу: Хронические заболевания среднего уха оказывают значительное воздействие на отдельных людей и группы населения. Эти состояния могут привести к потере слуха, которая может оказать глубокое влияние на общение, образование и общее качество жизни. У детей потеря слуха из-за хронических заболеваний среднего уха может привести к задержке речи и языка, трудностям в учебе и социальной изоляции. У взрослых потеря слуха может повлиять на возможности трудоустройства и способствовать возникновению проблем с психическим здоровьем, таких как депрессия и тревожность.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вальдуэза Дж. М. И др. Нейросонология и нейровизуализация инсульта. – Штутгарт : Thieme, 2008. – т. 2008. URL: [https://static.insales-cdn.com/files/1/2722/17615522/original/neirosonologia\\_i\\_neirovizualizacia\\_pri\\_insulte\\_sod\\_i\\_prim\\_str](https://static.insales-cdn.com/files/1/2722/17615522/original/neirosonologia_i_neirovizualizacia_pri_insulte_sod_i_prim_str).
2. Абдусаматова И. И., Абдусаматов Д. М. Повышение эффективности диагностики воспалительных заболеваний среднего уха путём изучения хирургической анатомии височной кости (Обзор) // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – №. 66-1. – С. 89-93. URL: <https://scholar.archive.org/work/5idjeesabjeibbbwzsytd5e7e/access/wayback/https://ljournal.ru/article/lj-10-2020-22>.
3. Али Д. Х. М. О классификации аномалий развития уха // Российская оториноларингология. – 2012. – №. 2. – С. 154-161. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-klassifikatsii-anomaliy-razvitiya-uha>.
4. Амонов Ш. Э., Саидов С. Х. Экссудативный средний отит у детей. – 2022. URL: [https://sciencecentrum.pl/wp-content/uploads/2021/11/Амонов\(веб\)](https://sciencecentrum.pl/wp-content/uploads/2021/11/Амонов(веб)).
5. Андреев Д. В. И др. Единая диагностическая информационная система: использование результатов эндоскопии при интерпретации изображений компьютерной томографии шеи и краниофациальной области // диагностики. – 2021. URL: [https://journals.rcsi.science/DD/issue/download/4193/pdf\\_17#page=7](https://journals.rcsi.science/DD/issue/download/4193/pdf_17#page=7).
6. Аникин И. А. хирургическое лечение пациентов с изолированными аномалиями среднего уха. url:

<https://lornii.ru/upload/iblock/6a0/1xdrie5f01h0zc019noh16a0owv0jcut/Dissertatsiya-Goncharov-O.I.>

7. Бодрова и. в. мультиспиральная компьютерная томография (мскт) в диагностике причин кондуктивной и смешанной тугоухости. url: <https://sechenov.ru/upload/222572.pdf>.

8. Baranov K.K., Bogomilsky M.R., Minasyan V.S. Modern approaches to the diagnosis and treatment of exacerbations of chronic purulent otitis media in children // Bulletin of the Russian State Medical University. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-diaagnostike-i-lecheniyu-obostreniy-hronicheskogo-srednego-gnoynogo-otita-u-detey>.

9. Bichurina T. A., Litvinenko I. V. Results of complex diagnosis of chronic hyperplastic laryngitis // Russian otorhinolaryngology. - 2009. – No. 4. – pp. 33-38. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-kompleksnoy-diaagnostiki-hronicheskogo-giperplasticheskogo-laringita>.