

## ПАРАНАЗАЛ БУШЛИҚЛАРИ КИСТОЗЛИ ЗАРАРЛАНИШИДА ДИАГНОСТИКА ТАДБИРЛАРИНИНГ АЛГОРИТМИ



Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хайитов Алишер Адхамович, Хатамов Жахонгир Аброевич, Дустбобоев Дилшод Садуллаевич  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ КИСТОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСОВ

Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хайитов Алишер Адхамович, Хатамов Жахонгир Аброевич, Дустбобоев Дилшод Садуллаевич  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ALGORITHM OF DIAGNOSTIC MEASURES IN CYSTIC LESIONS OF PARANASAL SINUS

Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna, Khayitov Alisher Adhamovich, Khatamov Jakhongir Abruevich, Dustboboev Dilshod Sadullaevich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [luna1088@mail.ru](mailto:luna1088@mail.ru), [Alisherk75@mail.ru](mailto:Alisherk75@mail.ru)

**Резюме.** Параназал бўшлиқларининг (ПНБ) яллиғланиши ЛОР аъзолари патологияси тузилмасида энг кўп тарқалган касаллик бўлиб ҳисобланади. Бурун ён бўшлиқлари кисталарининг келиб чиқишини одатда параназал бўшлиқларидаги сурункали яллиғланиш жараёни билан боғлашади ва айрим муаллифларнинг фикрига кўра, ПНБ кисталари этиологияси кўпроқ аллергия билан боғлиқ, шунинг учун улар аллергик синуситнинг намоёндаси сифатида кўриб чиқилади. Тадқиқотнинг мақсади параназал бўшлиқлари кисталарини эрта таъхислашни такомиллаштиришига қаратилган таклиф ҳамда тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат бўлди. Тадқиқотга киритилган беморлар 18 ёшдан 74 ёшгача 66 нафар аёл ва 87 нафар эркекдан (жами 153 нафар) таъхис топган беморларнинг аксарияти меҳнатга лаёқатли ёшида бўлиб, уларнинг ўртача ёши  $31,4 \pm 3,6$  ёшни таъхис этган. Текширилган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун биз “Касалликларни қиёсий таъхисоти учун бошланғич сўровнома” электрон сўровномасини ишлаб чиқдик ва беморлар танлаб олиш мақсадида биз “кистозли синуситни эрта таъхислаш алгоритми” электрон сўровномасини ишлаб чиқдик ва беморларга уларни тўлдиришни таклиф этдик. Беморларда ПНБ кистаси мавжуд бўлган клиник ҳолатларни ретроспектив таҳлил қилиш асосида ушбу патологияларга хос бўлган асосий симптомлар аниқланди. Барча беморларга компютерли томография ўтказилган, коронар, аксиал ва сагиттал проекцияларда баъжарилган компютерли томография рентгенологик текширув олдига аниқ афзалликларга эга, чунки барча патологик ҳосилаларнинг ўлчамлари ва унинг таркибини, уларнинг зичлигини (денситометрия), шунингдек бурун ён бўшлиқларида жойлашган жойини аниқроқ аниқлашга имкон беради. Параназал бўшлиқлари кистозли зарарланишида диагностикаси кенг қамровли диагностика тадбирлардан дойидаланиш лозимдир, чунки улар уз навбатида беморларга тузғри даволаш тактикасини танлашда бевосита та’сир кўрсатади.

**Калим сўзлар:** параназал бўшлиқ, кистасимон хосила, юқори жағ бўшлиғи, томография, аллергик синусит.

**Abstract.** Inflammation of the paranasal sinuses (PNS) is the most common disease in the structure of pathology of the ENT organs. The origin of paranasal sinus cysts is usually associated with a chronic inflammatory process in the nasal cavities, and, according to some authors, the etiology of PNS is more related to allergies, therefore they are considered as a manifestation of allergic sinusitis. The aim of the study is to develop proposals and recommendations aimed at improving the early diagnosis of paranasal sinus cysts. The patients included in the study consisted of 66 women and 87 men (153 in total) aged 18 to 74 years, most of whom were of working age, with an average age of  $31.4 \pm 3.6$  years. To assess the quality of life of the examined patients, we developed an electronic questionnaire “primary questionnaire for comparative diagnosis of diseases”, and in order to select patients, we developed an electronic questionnaire “algorithm for early diagnosis of cystic sinusitis” and invited patients to fill them out. Based on a retrospective analysis of clinical cases in which patients have a PNS cyst, the main symptoms characteristic of these pathologies were identified. Computed tomography (CT), performed in coronary, axial and sagittal projections in all patients, has a clear advantage over X-ray examination,

---

*since it allows you to more accurately determine the size and composition of all pathological formations, their density (densitometry), as well as their location in the paranasal sinuses of the nose. Diagnosis of cystic lesions of the accessory nasal cavities should be based on comprehensive diagnostic measures, since they, in turn, have a direct impact on the choice of treatment tactics by patients.*

**Keywords:** *paranasal sinuses, cystic formations, maxillary sinus, tomography, allergic sinusitis.*

---

Параназал бўшлиқларининг (ПНБ) яллиғланиши ЛОР аъзолари патологияси тузилмасида энг кўп тарқалган касаллик бўлиб ҳисобланади. Антибиотикларнинг номақбул қўлланилиши ва респиратор вирусли касалликлар билан касалланишнинг юқори даражаси – буларнинг барчаси сурункали гайморит билан оғриган беморлар сонининг ҳар йили 1,5-2,0 % га кўпайишини белгилайди. Юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланиш шаклларида бири бўлиб, унинг кистозли зарарланиши ҳисобланади.

Параназал бўшлиқлари кисталари патогенезининг чуқурлаштирилган илмий изланишлари қатор тадқиқотчилар томонидан эътибор марказига олинган бўлиб, улар терапевтик тузатишлар ва профилактиканинг оқилона усулларини излаш долзарблигини белгилайди (Алахвердиев С.А., 2011; Г.А.Гаджимирзаев, 2012; Баранская С.В., 2014; Савадубаши М., 2015; Крюков А. И., 2019). Бугунги кунда юқори жағ бўшлиғи кисталари ташхисоти ва уларни даволаш ҳақидаги қарашлар янги, самарали маълумотлар билан тўлдирилмоқда. Аммо бурун ён бўшлиқларида кисталари бор кўп сонли беморларда ўтказилган даволаш тажрибасини умумлаштирувчи ишлар мавжуд эмас. Ўртача ҳисобда параназал бўшлиқлари кисталари 21,6% текшириладиган беморларда аниқланади (Пискунов Г.З., 2009; Ламкова А.Х., 2011; Дунсаваге Ж.А., 2011; Крюков А. И., 2015; Бойко Н.В., 2019). Бинобарин, касалланишнинг юқори даражаси ва анъанавий даволаш усулларини қўллаганда самарасининг пастлиги паранасал бўшлиқлари кисталари даволашда янги маҳаллий аъзони сақловчи усулларни излаш ва ишлаб чиқиш заруриятини вужудга келтиради.

Бурун ён бўшлиқлари кисталарининг келиб чиқишини одатда параназал бўшлиқларидаги сурункали яллиғланиш жараёни билан боғлашади. Улар шиллик парданинг яллиғланиши туфайли безлар гиперсекрециясининг экссудацияси натижасида ҳосил бўлади. Қайталанувчи яллиғланиш ҳақиқий кисталарнинг ривожланишида етакчи рол ўйнайди, қайсиким бўшлиқ шиллик пардаси безларининг чиқиш йўлларида турғун торайишини келтириб чиқаради. Доимий яллиғланиш жараёни натижасида безларнинг чиқиш йўллари бекилиши фонида уларнинг экссудацияси ва гиперсекрецияси рўй беради. Юқори жағ

бўшлиқларининг шиллик пардаси шунга ўхшаш безларга бой, шунинг учун бўшлиқнинг ҳар бир деворида кўп сонли кисталар учрайди.

Параназал бўшлиқларининг кистозли зарарланиши кузатилган беморларни адабиётда келтирилган клиник-лаборатор, иммунологик текшириш натижалари касалликнинг патогенезида умумий механизм ва бурун бўшлиғи шиллик пардаси даражасида хужайравий иммунитетнинг сусайиши ҳамда бактериал сенсбилизация билан намоён бўлувчи иммунопатологик механизмларнинг иштироки ҳақида далолат беради. Сенсбирилланган беморларнинг умумий сонидан сенсбилизациянинг энг кўп учрайдиган варианты стафилоккокки сенсбилизация қайд этилган.

ПНБ кисталарнинг ҳосил бўлишида сурункали вирусли инфекция катта рол ўйнайди. Иммунофлюоресцент усуллар билан вирусологик текширишда эпителиал хужайраларда вирусли антигенлар аниқланган. Безлар чиқиш йўлларида вирусли зарарланишида киприкчаларнинг ҳаракати ўзгаради ва секинлашади, бу эса секретнинг ушланиб қолишига ва унинг без йўлларида қуюқлашишига олиб келади. Натижада улар ўлик эгилювчан эпителиал хужайралар билан ёпилиб қолади, бу эса безнинг ичини суюқлик билан тўлиши ва унинг чўзилиши натижада ретенцион кисталарнинг ҳосил бўлишига олиб келади. ПНБ бўшлиқ шиллик пардасининг ациноз безларидан ҳосил бўлади, юқори жағ бўшлиғида улар энг кўп, пешона бўшлиғида эса энг кам бўлади.

Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, ПНБ этиологияси кўпроқ аллергия билан боғлиқ, шунинг учун улар алергик синуситнинг намоёндаси сифатида кўриб чиқилади. Доимий ва давомли та'сир кўрсатувчи аеродинамик, токсик ва инфекцион та'сирлар юқори нафас йўлларида шиллик пардаси тузилмасини ўзгартиради. Унда гистамин, асетилхолин, серотонин, брадикинин типидеги медиаторли моддаларнинг тўпланиши туфайли капиллярлар деворининг ўтказувчанлиги бузилади ва суюқликнинг томирлардан тўқималарга ўтиши содир бўлади. Киста бурун ён бўшлиғи шиллик пардасининг хусусий қатламида экссудатнинг тўпланиши орқали шаклланади.

А.Х.Ламкованинг фикрига кўра (2011), ПНБ кисталарининг этиологиясида алергенлар сонининг ва экспозициясининг ошиши, нокулай экологик вазият (ҳавода саноат газлари, саноат чанги ва бошқа инсон фаолияти поллютантлари консен-

трациясининг ижозат берилган чегаралардан анчагина ошиши) катта аҳамиятга эга.

**Тадқиқотнинг мақсади** – параназал бўшлиқлари кисталарини эрта ташхислашни такомиллаштиришга қаратилган таклиф ҳамда тавсиялар ишлаб чиқиш.

**Тадқиқот усуллари** Тадқиқотга киритилган беморлар 18 ёшдан 74 ёшгача 66 нафар аёл ва 87 нафар эркекдан (жами 153 нафар) ташкил топган беморларнинг аксарияти меҳнатга лаёқатли ёшда бўлиб, уларнинг ўртача ёши  $31,4 \pm 3,6$  ёшни ташкил этган.

Текширилган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун биз “Касалликларни қиёсий ташхисоти учун бошланғич сўровнома” электрон сўровномасини (ДГУ-20211236) ишлаб чиқдик ва беморларга уларни тўлдиришни таклиф этдик. Беморлар анамнезини йиғишда уларга қуйидаги саволлар берилди ва кейин маълумотлар махсус сўровномага қайд этилди: Беморларни танлаб олиш мақсадида биз “кистозли синуситни эрта ташхислаш алгоритми” электрон сўровномасини ишлаб чиқдик (ДГУ 27394) ва беморларга уларни тўлдиришни таклиф этдик. Беморларда ПНБ кистаси мавжуд бўлган клиник ҳолатларни ретроспектив таҳлил қилиш асосида ушбу патологияларга хос бўлган асосий симптомлар аниқланди. Биз томонимиздан такомиллаштирилган сўровномада касалликнинг симптомлари кўрсатилди (жадвал 1).

Ҳар бир пункт 0,1 ёки 2 балл билан баҳоланади. Бунда жами 0 дан 14 баллгача тўплаш мумкин. Сўровномани тўлдириш бирор бир текширилувчи беморда қийинчилик туғдирмади. Беморларнинг фикрига кўра, саволлар оддий ва тушунарли қилиб

шакллантирилган. 0-3 балл ЛОР патологияни истисно этади, ташхисни тасдиқлаш учун невропатолог ёки терапевтга мурожаат қилиш лозим. 4-8 балл - ЛОР патологиянинг эҳтимоли бор, қўшимча тарзда БЙБ КТини ўтказиш лозим. 9-16 балл, ЛОР патология, тўлиқ комплексли текширувнинг ўтказилиши тавсия этилади.

ПНБ кисталарининг ташхисотида энг оддий қилиниши мумкин бўлган усул юқори жағ бўшлиғини ташхисотли пунксияси ҳиобланади, аммо у ҳар доим ҳам кистани аниқлашда ишончли усул ҳисобланмайди. Пунксияда кистоз суюқлиги фақат 19% текширилувчидагина аниқланади. Кўпинча, киста таркибининг табиатига асосланиб, унинг морфологик тузилишини гумон қилиш мумкин. Сохта кисталарнинг ранги ва чўкма табиати ҳақиқий кисталардан қуйидагича фарқ қилади: ҳақиқий кисталар тўқ сариқ рангда, сохталари эса оч сарғиш рангда бўлади; ҳақиқий кисталарда желега чўкмайди, сохталарда эса желега чўқади.

Шунингдек, қўшимча текшириш усули сифатида, айниқса поликлиника шароитида, ПНБ ултратовушли текшируви қўлланилиши мумкин, у 80% га яқин кисталарни аниқлашга имкон беради.

Масаланинг узил-кесил ечими учун рентгенологик текширув ва компютерли томография маълумотлари ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Рентгенографияда сохта ва ҳақиқий кисталар аниқ, силлик, кескин чегарали, ярим айлана, овал, шарсимон, кам ҳолларда нотўғри “эстиксимон” шаклда, Юқори жағ бўшлиғининг пастки ва пастки-латерал бўлимларида жойлашган якка тузилмасиз ҳосилалар кўринишида кўринади.

**Жадвал 1.** Электрон сўровнома саволлари

Симптомлар	Мавjudligi
Бурун битиши	йук 0 ўртача 1 якқол 2
Бош оғриғи	йук 0 ўртача 1 якқол 2
Бурундан ажралмалар ажралиши	йук 0 ўртача 1 якқол 2
Ҳалқум орқа девори бўйлаб ажралмалар оқиши	йук 0 ўртача 1 якқол 2
Ҳид билиши	сақланган 0 пасайган 1 йук 2
Сиз УРВИ билан тез-тез касалланасизми	йук 0 ҳа, йилига 2 мартагача 1 ҳа, йилига 3 ва ундан куп мартаба 2

Рентгенологик текширишнинг одатдаги усуллари бўшлиқдаги соянинг мазмуни ҳақидаги масалани ҳал этмаса, контраст моддани юбориш йўли билан бажариладиган рентгенография усули қўлланилади. Бу мақсадда кўпинча ёдолипол, шунингдек верографин, ёдамид, урографин, омнипак қўлланилади, уларда ёпишқоқликни ошириш учун синтетик полимер қўшилади. Бевосита контрастли рентгенограммада, агар контраст модда киста бўшлиғининг ичига кирса, киста ичи одатда ўзгармаган бўшлиқ фониди аниқ чегарали юмалоқ ҳосила шаклида тасвирланади.

Контраст модда киста бўшлиғига кирмаган ҳолатларда, киста бўшлиқни тўлиш нуқсони кўринишида аниқланади. Бурун ён бўшлиқлари зарарланишининг рентгенологик ташхисотидаги ан'анавий усуллар ахборотли ташхисотли тасвирга эга бўлиш имконини беради, аммо табиати турлича бўлган касалликларнинг рентгенологик ўхшашлиги, сояларни талқин этишининг мураккаблиги, айниқса ЛОР-а'золари тузилишининг анатомик вариантынинг кўплиги, ҳақиқатдаги ҳолатни қийинлаштиради, ба'зан эса бузиб кўрсатади. ЛОР-а'золари патологиясини аниқлашда уларнинг ахборотлилигини чегараловчи ан'анавий рентгенологик усулларнинг бошқа камчилиги яширин соҳаларда, айниқса, анатомик соҳалар чегарасида юмшоқ тўқималарнинг бутун мажмуасини кўриш имкониятининг йўқлиги бўлиб ҳисобланади.

Рентгенографиядан фарқли ўлароқ, компьютерли томография жараён табиати ва тарқанлигини аниқлашга, юмшоқ тўқималар зичлашининг даражаси ҳақида, қия суякли юзалар, масалан, орқа ён девор ҳолати ҳақида ма'лумот олишга имкон беради. Компютерли томография натижалари 70% ҳолатларда, стандарт рентгенография ма'лумотлари эса фақат 56% ҳолатдагина операция ма'лумотлари билан тўғри келади. Шунинг учун операциядан олдинги компьютерли томограммаларнинг мавжудлиги жарроҳга интакт бўшлиқларда лозим бўлмаган аралашувларни ўтказишга йўл қўймайди, келгусидаги операциянинг жараёни ва ҳажмини яхшилаб режалаштиришга ёрдам беради. Компютерли томографияда ҳақиқий ва сохта кисталар бўшлиқнинг пастки ва пастки-латерал деворига кенг асоси билан туташган якка нотўғри юмалоқ шаклдаги ҳосила сифатида аниқланади. Ретенсион кисталарнинг муҳим ташхисотли белгиси суякли деворларнинг уларнинг бевосита туташган жойларида сақланиши бўлиб ҳисобланади. Одонтоген кисталарнинг хусусиятлари киста атрофида сақланган суякли хошиянинг борлиги (87% ҳолатда) ва уларнинг тиш илдизлари билан бевосита алоқасидир (98,9% беморларда): алвеоляр қўлтиқ соҳасида

зарарланган тиш илдизи чўққисига туташган (ёки мавжуд бўлмаган тиш жойига) суяк тўқимаси нуқсонининг мавжудлиги, ташқарига силжиши, кистанинг ўлчамлари катта бўлса – юқори жағ бўшлиғи латерал деворининг пастки бўлимларининг юпкалашиши ёки тўлиқ йўқолиши кузатилади. Кисталарнинг зичлиги турлича, 3 УН дан +60 УН гача бўлиб, кистанинг таркибига (сероз, йирингли, холестеатомали) боғлиқ бўлади.

Магнит-резонанс томографиянинг афзаллиги шундаки, у беморнинг ҳолати ўзгартирилмасдан турли текисликда бажарилиши мумкин. Текширишнинг ушбу усули ионлаштирувчи нурланишнинг қўлланилиши билан боғлиқ эмас, магнит майдонларнинг ноўя та'сирининг мавжудлиги эса исботланмаган. Компютерли томографиядан фарқли равишда, магнит-резонансли томография юмшоқ тўқималарни яхши ажратади, бу эса ме'ёрдаги, яллиғланган, гиперваскуляр ва ўсма тўқималарини фарқлашга имкон беради. Аммо, магнит-резонансли томографиянинг катта камчилиги шу ҳолат ҳисобланадики, T1 ва T2 тартибда сканерланганда кўпгина ме'ёрдаги ва патологик ўзгарган тўқималар бир хилдаги тавсифларга эга бўлиши мумкин ҳамда тўқималарнинг бу тавсифлари патологик жараён та'сири остида анчагина ўзгариши мумкин. Масалан, бурун ён бўшлиқларининг кисталари T1 жадал тасвирда ва T2 муаллақ тасвирда паст жадалликдаги сигналга эга бўлади. Тасвирлар ўхшаш бўлганлиги учун томограммаларда бундай кисталарни шишган полиплардан ажратиш мушкул. Шундай қилиб, кистозли гайморитларда энг ишончли ташхисотли усули бурун ён бўшлиқларининг компьютерли томографияси ҳисобланади.

2-жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, 86,92% текширилувчида (133 нафар) кисталар юқори жағ бўшлиғида кузатилган, бунда жараён бир томонда қайд этилган беморлар (77 нафар бемор- 50,32%), икки томонда қайд этилганларга қараганда (56 нафар бемор- 36,6%) кўпроқ бўлишган.

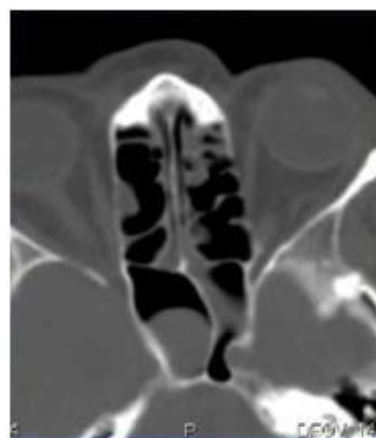
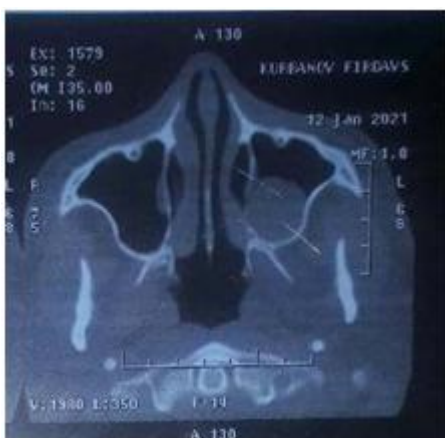
**Тадқиқот натижалари.** Паранасал бўшлиқларида киста мавжуд бўлган беморларнинг асосий шикоятлари даврий равишда пайдо бўлувчи тўмтоқ бош оғриғи бўлиб, у пешона соҳасида ёки юқори жағ бўшлиғининг асосан киста жойлашган томонида кузатилади. Жуда ҳам кам ҳолатларда беморлар энса, тепа, чакка соҳасидаги оғриққа, бошда оғирлик сезгисига шикоят билдиришади. Бош оғриғи кистоз гайморитларнинг 80,7% дан 67% гача ҳолатларида қайд этилади.

**Жадвал 2.** Параназал бушликларда кисталари жойлашуви натижаси

Бўшликлар	Бир томонлама			Икки томонлама			Жами			Х-квадрат	P
	abs	M(%)	m	abs	M(%)	m	abs	M(%)	m		
Юқори жағ бўшлиғи	77	50.32	2,98	56	36.6	2,98	133	86.92	0,00	70,511 <sup>a</sup>	0,000
Пешона бўшлиғи	3	1.96	1,23	-	-	-	3	1.96	1,58	248,820 <sup>b</sup>	0,000
Ғалвирсимон бўшлиғи	2	1.3	0,72	-	-	-	2	1.3	0,72	243,209 <sup>b</sup>	0,000
Асосий бўшлиқ	15	9.8	1,01	-	-	-	15	9.8	1,42	254,518 <sup>b</sup>	0,000

**Жадвал 3.** Беморлар шикоятининг тузилмаси

Шикоятлар	abs	M±m,%	Х-квадрат	P
Бош оғриши	147	97,84±1,23	127,259	0,000
Бурнидан ажралма келиши	105	69,78±3,89	21,763	0,000
Бурун битиши	126	83,45±3,15	62,223	0,000
дармонсизлик	9	6,43±4,15	0,650	0,001
Халқум орти деворидан ажралма келиши	116	77,70±3,53	42,655	0,000
Бўшлиқ соҳасида нохушлик ҳиссиёти	51	34,53±4,03	13,302	0,000
Ҳид билиш пасайиши	69	46,76±4,23	0,583	0,445



**Расм 1.** Бурун ён бўшлиқларининг компютерли томограммаси. Чап томондан юқори жағ бўшлиғининг ва чап томонлама асос бушлиғи юқори контурли гумбазсимон кўринишда бўлган субтотал сояланиш кўринади

Беморлар ҳаёт сифатини баҳолашда асосий белгилардан бири бош оғриғи бўлиб, 136 нафар (98%) бемор мазкур шикоятни билдиришган, 97 нафар (70%) бемор бурундаги ажралмалардан шикоят қилишган. 84 нафар (61%) беморда ҳолсизлик аниқланган. 48 нафар (34,5%) бемор юқори жағ бўшлиғи проекциясида кузатиладиган ёқимсиз сезги ҳақида билдиришган. 108 нафар (78%) беморда халқум орқа девори бўйлаб шилликнинг оқиб ўтиши аниқланган.

Барча беморларга компютерли томография ўтказилган, у Семенс Соматом Сенсатион Сардиас аппаратида (Германия) амалга оширилган. Текшириш аксиал, коронар ва сагиттал проекцияларда бажарилган. Компютерли томографиянинг таҳлили шундай хулоса қилишга имкон берадики, текширишни аксиал ва коронар проекцияларда бажарганда катта ҳажмдаги маълумотни олишга эришилади, чунки кесим бўшлиғига бир вақтда понасимон ва юқори жағ бўшлиғи, шунингдек бурун бўшлиғининг деярли барча тузилмалари тушади. Коронар, аксиал ва

сагиттал проекцияларда бажарилган компютерли томография рентгенологик текширув олдида аниқ афзалликларга эга, чунки барча патологик ҳосилаларнинг ўлчамлари ва унинг таркибини, уларнинг зичлигини (денситометрия), шунингдек бурун ён бўшлиқларида жойлашган жойини аниқроқ аниқлашга имкон беради. Шунинг тақдирда жоизки, компютерли томография ва магнит-резонанс томографиянинг маълумотлари жарроҳлик аралашувларини аниқроқ, авайлаброк ва хавфсизроқ амалга ошириш учун муҳим навигацион материал бўлди.

**Хулоса** Параназал бушлиқлари кистозли зарарланишида диагностикаси учун анамнез йиғиш, ЛОР аъзоларини анъанавий текшириш усулларида, замонавий эндоскопик усуллардан, рентгенологик усуллардан, ҳамда ҳаёт сифатини баҳолаш каби кенг қамровли диагностика тадбирлардан дойидаланиш лозимдир. Бу эса уз навбатида беморларга туғри даволаш тактикасини танлашда бевосита таъсир кўрсатади.

### Адабиётлар:

1. Иванченко О.А. и др. Микробиом гайморовой пазухи и среднего носового хода при хроническом риносинусите //Ринология. – 2016. – Т. 54. – №. 1. – С. 68-74
2. Крюков А. И. и др. Анализ хирургических доступов при удалении кист верхнечелюстной пазухи //Российская ринология. – 2016. – Т. 24. – №. 3. – С. 3-5.
3. Крюков А. И. и др. Анатомические и гистологические особенности состояния структур остиомеатального комплекса у больных с кистозным поражением верхнечелюстной пазухи //Российская оториноларингология. – 2016. – №. 2 (81). – С. 60-65.
4. Насретдинова М., Хайитов А. Определение микробиологического состава у больных с хроническим кистозным поражением гайморовых пазух //Журнал стоматологии и краниофасциальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 34-37.
5. Насретдинова М., Хайитов А. Наша тактика при хирургическом лечении кистозных поражений гайморовых пазух //Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 72-75.
6. Насретдинова М. Т., и др. Состояние микробиоциноза у пациентов с кистозным поражением верхнечелюстных синусов //Оториноларингология. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11. – №. 2. – С. 169-174.
7. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А. Совершенствование хирургических методов лечения хронического кистозного гайморита //ББК 57. – 2020. – С. 134.
8. Adxamovich X. A. et al. The Diagnosis and Treatment of Paranasal Sinus Cysts //Genius Repository. – 2023. – Т. 26. – С. 23-29.
9. Nasretdinova M. T., Khaitov A. A. Choice of surgical approach in the treatment of maxillary sinus cysts // journal of dentistry and craniofacial studies. – 2023. – Т. 4. – No. 1.
10. Rizaev J. A., Khaidarov N. K., Abdullaev S. Y. Current approach to the diagnosis and treatment of glossalgia (literature review) // World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 96-98.
11. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.
12. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
13. Rizaev J. A. et al. Clinical and radiological characteristics of periodontic interweaves in patients with chew recession //European Journal of Interdiscipli-

nary Research and Development. – 2023. – Т. 11. – С. 36-41.

14. Rizaev J. A. et al. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases // Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 40-45.

15. Mattos R. G. et al. Mucous retention cyst in maxillary sinus with expansion of maxillary tuberosity: Case report //Journal of Oral Diagnosis. – 2018. – Т. 3. – №. 1. – С. 1-7.

### АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ КИСТОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСОВ

Насретдинова М.Т., Хайитов А.А., Хатамов Ж.А.,  
Дустбобоев Д.С.

**Резюме.** Воспаление параназальных синусов (ПНС) - наиболее частое заболевание в структуре патологии ЛОР-органов. Происхождение кист параназальных синусов носа обычно связывают с хроническим воспалительным процессом в придаточных полостях носа, и, по мнению некоторых авторов, этиология ПНС больше связана с аллергией, поэтому они рассматриваются как проявление аллергического синусита. Целью исследования является разработка предложений, а также рекомендаций, направленных на улучшение ранней диагностики кист параназальных синусов носа. Пациенты, включенные в исследование, состояли из 66 женщин и 87 мужчин (всего 153) в возрасте от 18 до 74 лет, большинство из которых были трудоспособного возраста, средний возраст которых составлял  $31,4 \pm 3,6$  года. Для оценки качества жизни обследованных пациентов нами была разработана электронная анкета “первичная анкета для сравнительной диагностики заболеваний”, а в целях отбора пациентов мы разработали электронную анкету “алгоритм ранней диагностики кистозного синусита” и предложили пациентам их заполнить. На основании ретроспективного анализа клинических случаев, при которых у больных имеется киста ПНС, были выявлены основные симптомы, характерные для этих патологий. Компьютерная томография (КТ), выполненная в коронарной, осевой и сагитальной проекциях у всех больных, имеет явное преимущество перед рентгенологическим исследованием, так как позволяет более точно определить размеры и состав всех патологических образований, их плотность (денситометрия), а также расположение в параназальных синусах носа. Диагностика кистозных поражений придаточных полостей носа должна основываться на комплексных диагностических мероприятиях, так как они, в свою очередь, оказывают непосредственное влияние на выбор пациентами тактики лечения.

**Ключевые слова:** параназальные синусы, кистозные образования, верхнечелюстной синус, томография, аллергический синусит.