



Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хайитов Алишер Адхамович  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА

Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хайитов Алишер Адхамович  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### MODERN APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MAXILLARY CYSTS

Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna, Khaitov Alisher Adhamovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

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

**Резюме.** Юқори жағ бушлиғи кисталари сурункали синуситлар ичида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради. Клиник жиҳатдан белгиларсиз кичади ва 80% ҳолатларда рентгенологик текширувлар вақтида топилма ҳисобланади. Юқори жағ бушлиқлари кисталарининг келиб чиқишини одатда сурункали яллиғланиш жараёни билан боғлиқдир. Улар шиллиқ парданинг яллиғланиши туфайли безлар гиперсекрециясининг экссудацияси натижасида ҳосил бўлади. Юқори жағ бўшлиқларининг кистозли зарарланиши кузатишган беморларни адабиётда келтирилган клиник-лаборатор, иммунологик текшириш натижалари касалликнинг патогенезида умумий механизм ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси даражасида ҳужайравий иммунитетнинг сусайиши ҳамда бактериял сенсибилизация билан намоён бўлувчи иммунопатологик механизмларнинг иштироки ҳақида далолат беради. Юқори жағ 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. Замонавий тиббий технологиялар сурункали синуситни тўқималарни минимал даражада жароҳатлаш билан даволашни амалга оширишга имкон беради. Шундай қилиб, юқори жағ бўшлиғи кисталарини эндоскопик олиб ташлаш мазкур касалликни жарроҳлик йўли билан даволашнинг самарали ва мақбул усули бўлиб ҳисобланади, у киста пардасини тўлиқ олиб ташлашга, бўшлиқнинг ўзгармаган шиллиқ пардасига жароҳат етказмасликка, бўшлиқ шиллиқ пардаси ва тешигининг ҳолатига тўғри баҳо беришга имкон беради.

**Калит сўзлар:** Юқори жағ бушлиғи, синусит, эндоскопия, трокар, киста.

**Abstract.** Maxillary sinus cysts are distinguished by the fact that they are a common form of chronic sinusitis. From a clinical point of view, cysts are asymptomatic and in 80% of cases they are a finding on X-ray examination. The origin of cysts is usually associated with a chronic inflammatory process. They are formed as a result of exudation of secretory glands due to inflammation of the mucous membrane. The results of clinical, laboratory and immunological examination of patients with cystic lesions of the upper jaw presented in the literature indicate the general mechanism of the pathogenesis of the disease and the involvement of cellular immunity at the level of the mucous membrane. nasal cavity, as well as immunopathological mechanisms manifested by bacterial sensitization. The main complaint of patients with cysts of the maxillary sinuses is a periodically occurring dull headache, which is observed in the forehead or on the side of the maxillary sinus where the cyst is mainly located. In very rare cases, patients complain of pain in the neck, head, temples, and a feeling of heaviness in the head. Modern medical technologies make it possible to treat chronic sinusitis with minimal tissue damage. Thus, endoscopic removal of a cyst in the maxillary cavity is an effective and acceptable method of surgical treatment of this disease, which involves complete removal of the cyst shell, non-injury to the mucous membrane of the cavity, and allows for a correct assessment of the condition of the mucous membrane and sinus anastomosis.

**Keywords:** Maxillary sinus, sinusitis, endoscopy, cyst, trokar.

Сурункали синусит – оториноларингология соҳасида кенг тарқалган касалликлардан бири. Россия тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра сурункали тонзиллит ташхиси билан шифохонага ётқизилганлар ичида 24 % ни ташкил қилди. Юқори жағ бушлиғи (ЙЖБ) кисталари сурункали синуситлар ичида кенг тарқалганлиги билан аж-

ралиб туради. Юқори жағ бушлиқлари кисталари клиник жиҳатдан белгиларсиз кичади ва 80% ҳолатларда рентгенологик текширувлар вақтида топилма ҳисобланади [4,11].

Маҳаллий ва хорижий олимларнинг эпидемиологик тадқиқотлари сурункали синусит билан касалланишнинг кўпайишидан далолат беради, у

охирги 20 йил ичида икки бараварга ошган. Мавжуд маълумотларга кўра, дунёдаги 14% га яқин аҳоли сурункали ринит ва синуситдан азиат чекади [5,10]. Сурункали риносинусит – турли ёшдаги кишилар гуруҳида учрайдиган, юқори нафас йўлларининг энг кўп тарқалган сурункали касалликларидан биридир. Мазкур нозология 3 ойдан зиёд давом этувчи, ремиссия ва қўзғалишлар билан ўтувчи, бурун ён бўшлиқлари (БЁБ) шиллик пардасида ва суяк тўқимасида давомли секин аста кечувчи яллиғланишли жараённинг мавжудлиги билан тавсифланади [5,11].

Сурункали синуситнинг кўп учрайдиган клиник шаклларида бири бўлиб кистозли синусит ҳисобланади. Бурун ён бўшлиқларининг кисталари умумий ЛОР-патологиялар тузилмасида 3,9% ни ва БЁБнинг барча сурункали зарарланишларининг 12,6%ини ташкил этади. Кистозли зарарланишнинг учраш ҳолатлари бўйича биринчи ўринни юқори жағ бўшлиғининг кистаси (93,3%), кейинги ўринни понасимон (4,3%) ва пешона (2,4%) бўшлиқларининг кисталари эгаллайди [1].

Мутахассислар томонидан тан олинган таснифга кўра, кисталар тўрт турга бўлинади:

Ҳақиқий (ретенсион, секретор), сохта (кистасимон ҳосилалар, лимфангиектотик, гидроцеле, носекретор псевдокисталар), одонтоген, эмбриоген (туғма).

Бурун ён бўшлиқлари кисталарининг келиб чиқишини одатда юқори жағ 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 йўлларининг турғун торайишини келтириб чиқаради. Доимий яллиғланиш жараённинг натижасида безларнинг чиқиш йўлларини бекилиши фонида уларнинг экссудацияси ва гиперсекрецияси рўй беради. Гаймор бўшлиқларининг шиллик пардаси шунга ўхшаш безларга бой, шунинг учун бўшлиқнинг ҳар бир деворида кўп сонли кисталар учрайди.

Юқори жағ 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 сенсibiliзация билан намоён бўлувчи иммунопатологик механизмларнинг иштироки ҳақида далолат беради. Сенсibiliланган беморларнинг умумий сонидан сенсibiliзациянинг энг кўп учрайдиган варианты бўлиб стафилоккоккли сенсibiliзация қайд этилган [6,13].

Ретенсион кисталарнинг ҳосил бўлишида сурункали вирусли инфекция катта рол ўйнайди. Иммунофлюоресцент усуллар билан вирусологик текширишда эпителиал хужайраларда вирусли антигенлар аниқланган. Безлар чиқиш йўлларининг вирусли зарарланишида киприкчаларнинг ҳаракати ўзгаради ва секинлашади, бу эса секретнинг ушланиб қолишига ва унинг без йўлларида қуюқлашишига олиб келади. Натижада улар ўлик эгилувчан эпителиал хужайралар билан ёпилиб қолади, бу эса безнинг ичини суюқлик билан тўлиши ва унинг чўзилиши ҳамда натижада ретенсион кисталарнинг ҳосил бўлишига олиб келади. Ретенсион кисталар бўшлиқ шиллик пардасининг ациноз безларидан ҳосил бўлади, юқори жағ бўшлиғида улар энг кўп, пешона бўшлиғида эса энг кам бўлади [15].

Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, сохта кисталарнинг этиологияси кўпроқ аллергия билан боғлиқ, шунинг учун улар аллергия синуситнинг намоёндаси сифатида кўриб чиқилади. Доимий ва давомли таъсир кўрсатувчи аэродинамик, токсик ва инфекцион таъсирлар юқори нафас йўлларининг шиллик пардаси тузилмасини ўзгартиради. Унда гистамин, ацетилхолин, серотонин, брадикинин типидagi 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 [2, 14].

А.Х.Ламкованинг фикрига кўра (2011), ЮЖБ сохта кисталарининг этиологиясида аллергиялар сонининг ва экспозициясининг ошиши, ноқулай экологик вазият (ҳавода саноат газлари, саноат чанги ва бошқа инсон фаолияти поллютантлари концентрациясининг ижозат берилган чегаралардан анчагина ошиши) катта аҳамиятга эга.

Юқори жағ бўшлиқлари кисталарининг клиникаси ва ташхисоти.

Ташхисотли жараён анамнез ва объектив текшириш маълумотларига: риноскопик, эндоскопик, рентгенологик, компьютерли-томография, МРТ-текширишларига асосланади.

Юқори жағ 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 [15].

Шу билан бирга, кистанинг ўлчамлари ҳамма вақт ҳам у келтириб чиқарган симптомларнинг ифодаланганлиги билан боғлиқ бўлмайди. Масалан, юқори жағ бўшлиғининг пастки бўлимларида жойлашган йирик кисталар белгиларсиз кечиши мумкин, юқори деворда, учламчи нервнинг иккинчи тармоғини ўтиш жойида жойлашган кичикроқ киста эса кўпинча бош оғриғига сабаб бўлади [1]. Бош оғриғидан ташқари, юқори жағ бўшлиғининг кисталари мавжуд беморларда бурундан нафас олишнинг қийинлашиши кузатилиши мумкин, бу ҳолат кистанинг мавжудлиги билан эмас, балки йўлдош кечувчи аллергик ринит ёки бурун бўшлиғининг тузилмавий аномалиялари билан боғлиқ бўлади. Кистанинг мустақил ёрилиши натижасида бурундан даврий равишда кистоз таркибнинг ажралиши каби симптомлар ҳам қайд этилади [5,9,14].

Ташқаридан қараганда маҳаллий ўзгаришлар, одатда, одонтоген кисталарда – юз деворининг бўртиши ҳисобига юзнинг асимметрияси сифатида қайд этилади, қаттиқ танглай бирмунча пастга тушган, шунингдек қариесли тишлар аниқланади [13]. Касалликнинг эрта босқичларида (3 йилгача) риноскопик текшириш вақтида сурункали катарал ва вазомотор ринитнинг белгилари қайд этилади. Кейинги узокка чўзилган вақтда (3 йилдан кўп) эса бурун шиллиқ пардасида сурункали субатрофик ва атрофик жараёнларнинг белгилари устун бўлади. Охириги йилларда кенг тарқалган ташхисотли эндоскопия бурун ён бўшлиқларининг микрожарроҳлиги ривожланиши билан уларнинг анатомик тузилиши вариантларини, табиий йўлларнинг ўтказувчанлигини аниқлаш, бўшлиқ шиллиқ пардасининг ҳолатини назорат қилишга имкон беради [14,15]. Фақат 9% беморлардагина юқори жағ бўшлиқларидаги кисталар бурун ва бурун ён бўшлиқларининг бошқа патологияси билан бирга кечади [1]. Мазкур гуруҳдаги беморларда бурун бўшлиғининг эндоскопик текшируви натижасида турли анатомик хусусиятлар ва ривожланиш аномалиялари аниқланади:

а) бурун тўсиғининг орқа фонтанелла юқори жағ бўшлиғининг чиқиш тешиги олдида жойлашган қирра ва тикан шаклидаги деформацияси;

б) ўрта бурун чиғаноғининг олдинги учи ўрта бурун йўлига кириш жойини ёпиб қўяди, унинг орқа учи эса бурунҳалқум томонига очилган бўлади;

в) бурунҳалқум анатомик тузилишининг индивидуал хусусиятлари, унинг гипертрофияси ёки аденоид тўқимаси ҳисобига гумбази паст бўлади;

г) ғалвирсимон суяк орқа бўшлиқларининг етарли даражада ривожланмаганлиги, сфеноэптоидал чўнтакнинг йўқлиги;

д) юқори жағ бўшлиғининг медиал деворида бир ёки бир нечта оғизли орқа фонтанелланинг мавжудлиги. Кўрсатилган аномалиялар нафас орқали чиқарилаётган ҳаво оқимини бурун ён бўшлиғининг ичига йўналтириб ва унда катта даражада ҳаво алмашинуви учун шароит яратиб бурун бўшлиғи аэродинамикасининг бузилишига олиб келади, натижада катта даражадаги мувофиқ бўлмаган ҳаво оқими бўшлиқ шиллиқ пардасининг функционал имкониятларига таъсир кўрсатувчи муҳим шикастловчи омиллардан бири бўлиб қолади [16].

Эндоскопик ташхисотнинг ривожланиши туфайли шиллиқ парданинг йўғон деворли ретенсион кисталари ва томирларнинг типик тасвири мавжуд бўлган юққа деворли сохта кисталари тафовут этилади.

Юқори жағ бўшлиқлари кисталарининг ташхисотида энг оддий қилиниши мумкин бўлган усул бўлиб юқори жағ бўшлиғини ташхисотли пункцияси ҳиобланади, аммо у ҳар доим ҳам кистани аниқлашда ишончли усул бўлиб ҳисобланмайди. Пункцияда 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, юқори жағ бўшлиқларини ультратовушли текшируви қўлланилиши мумкин, у 80% га яқин кисталарни аниқлашга имкон беради.

Масаланинг узил-кесил ечими учун рентгенологик текширув ва компьютерли томография маълумотлари ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Рентгенографияда сохта ва ҳақиқий кисталар аниқ, силлиқ, кескин чегарали, ярим айлана, овал, шарсимон, кам ҳолларда нотўғри “ёстиқсимон” шаклда, юқори жағ бўшлиғининг пастки ва пастки-латерал бўлимларида жойлашган якка тузилмасиз ҳосилалар кўринишида кўринади [12].

Рентгенологик текширишнинг одатдаги усуллари бўшлиқдаги соянинг мазмуни ҳақидаги масалани ҳал этмаса, контраст моддани юбориш йўли билан бажариладиган рентгенография усули қўлланилади. Бу мақсадда кўпинча йодолипол, 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 анъанавий усуллар ахборотли ташхисотли тасвирга эга бўлиш имконини беради, аммо табиати турлича бўлган касалликларнинг рентгенологик ўхшашлиги, сояларни талкин этишнинг мураккаблиги, айниқса ЛОР-аъзолари тузилишининг анатомик вариантынинг кўплиги, ҳақиқатдаги ҳолатни қийинлаштиради, баъзан эса бузиб кўрсатади. ЛОР-аъзолари патологиясини аниқлашда уларнинг ахборотлилигини чегараловчи анъанавий рентгенологик усулларнинг бошқа камчилиги яширин соҳаларда, айниқса, анатомик соҳалар чегарасида юмшоқ тўқималарнинг бутун мажмуасини кўриш имкониятининг йўқлиги бўлиб ҳисобланади [3,14].

Рентгенографиядан фарқли ўлароқ, компьютерли томография жараён табиати ва тарқанлигини аниқлашга, юмшоқ тўқималар зичлашишининг даражаси ҳақида, қия суякли юзалар, масалан, орқа ён девор ҳолати ҳақида маълумот олишга имкон беради. Компьютерли томография натижалари 70% ҳолатларда, стандарт рентгенография маълумотлари эса фақат 56% ҳолатдагина операция маълумотлари 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. Компьютерли томографияда ҳақиқий ва сохта кисталар бўшлиқнинг пастки ва пастки-латерал деворига кенг асоси билан туташган яқка 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 ҳошиянинг 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 юқалашиши ёки тўлиқ йўқолиши кузатилади. Кисталарнинг зичлиги турлича, 3 едН дан +60 едН. гача бўлиб,

кистанинг таркибига (сероз, йирингли, холестеатомали) боғлиқ бўлади [18].

Магнит-резонанс томографиянинг афзаллиги шундаки, у беморнинг ҳолати ўзгартирилмасдан турли текисликда бажарилиши мумкин. Текширишнинг ушбу усули ионлаштирувчи нурланишнинг қўлланилиши билан боғлиқ эмас, магнит майдонларнинг ноҳўя таъсирининг мавжудлиги эса исботланмаган. Компьютерли томографиядан фарқли равишда, магнит-резонансли томография юмшоқ тўқималарни яхши ажратади, бу эса меъёрдаги, яллиғланган, гипертаскуляр ва ўсма тўқималарини фарқлашга имкон беради (1,17).

Аммо, магнит-резонансли томографиянинг катта камчилиги бўлиб шу ҳолат ҳисобланадики, T1 ва T2 тартибда сканерланганда кўпгина меъёрдаги ва патологик ўзгарган тўқималар бир хилдаги тавсифларга эга бўлиши мумкин ҳамда тўқималарнинг бу тавсифлари патологик жараён таъсири 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 [1].

Шундай қилиб, кистозли гайморитларда энг ишончли ташхисотли усул бўлиб бурун ён бўшлиқларининг компьютерли томографияси ҳисобланади.

Кистозли гайморитларда иммун бузилишларнинг табиати.

Буруннинг шиллиқ пардаси респиратор типидидаги псевдо кўп қаватли эпителий билан қопланган бўлиб, у ҳилпилловчи, қадаҳсимон, шунингдек, қисқа ва узун ўрнашган эпителиоцитлардан таркиб топган. Эпителий юпка ва ўта нозик тўсикни ҳосил қилади ҳамда у доимо катта миқдордаги антиген материали хужумига йўлиқади. Юқори нафас йўллари шиллиқ пардасининг секретиди қатор биокимёвий ҳимоя омиллари: носпецифик омиллар – мукоцилиар аппарат ва махсус омиллар – маҳаллий иммунитетнинг хужайравий ва гуморал омилларининг мажмуаси мавжуд [17,18]. Маҳаллий ҳимоянинг махсус гуморал омилларига секретор иммуноглобулинлар киради.

Бурун ён бўшлиқларининг шиллиқ пардалари бурун бўшлиғи шиллиқ пардаларидан шиллиқли безлар таркибининг ва бунинг натижасида эса IgA дан ташқари бошқа секретор иммуноглобулинлар таркибининг камлиги билан ажралиб туради, IgG бу ерга қон оқими билан келади ва маҳаллий плазматик хужайралар томонидан ишлаб чиқарилади. Қатор муаллифлар фикрига кўра, бурун ва бурун ён бўшлиқлари шиллиқ пардасидаги секретор



иммуноглобулинларнинг нисбий етишмовчилиги сурункали синуситларнинг қайталама кечишини белгилайди. Кистозли гайморит билан оғриган беморларда шиллик пардада ҳимоянинг маҳаллий хужайравий омилларини бузилиши унинг юзасида лимфоцитлар ва плазматик хужайралар ўртача миқдорининг камайиши билан тавсифланади. Ҳозирги вақтда алергик ринитнинг лаборатор ташхисотини кўпгина усуллари маълум. Шақсиз, ринит белгилари мавжуд кишида анамнез йиғиш ва алергик статусни баҳолаш муҳимдир. Лаборатор усуллардан РАКИАнинг 2013 йил 23 декабрдаги клиник тавсияларига қоннинг умумий таҳлили ва бурун бўшлиғи секретини эозинофилия мавжудлигига цитологик текшируви, алергенлар билан тери синамалари, қон зардобда умумий ва специфик IgE ни аниқлаш, алергенлар билан провокацион назал синамалар киритилган .

Кистоз гайморитли беморларда иммунитетнинг хужайравий ва гуморал бўғинларининг сусайиши фаол Т-лимфоцитларнинг нисбий ва мутлоқ сонининг камайиши ва зардобдаги Иг А ва ИгМ миқдорининг ошиши билан намоён бўлади (Захарова ГЛ.,1993).

Бундан келиб чиқиб, юқори жағ бўшлиқларининг кистасимон жараёнларини патогенези иммун жавоб беришнинг умумий механизмлари даражасида ва бурун бўшлиғи шиллик пардаси даражасида хужайравий иммунитетнинг сусайиши билан намоён бўлувчи иммунопатологик механизмларининг бузилишидан иборат бўлади. Иммунитетнинг гуморал бўғини умумий механизмлар даражасида ва синус бўшлиғининг шиллик пардаси даражасида унинг фаоллигининг ошиши билан тавсифланади, бу эса компенсатор реакция сифатида баҳоланади.

Шундай қилиб, кистозли синуситлар билан оғриган беморларнинг реабилитациясида муваффақият ҳар бир беморнинг умумий иммунологик реактивлигининг бошланғич ҳолатига боғлиқ бўлади. Шу туфайли кистозли синуситни комплексли даволашни бошладдан аввал иммунотроп воситаларни қўллашга кўрсатмаларни аниқлаш учун иммунологик текширишни ўтказиш зарур. Бу маҳаллий алергик реакциянинг кўриниши сифатида содир бўлади, унинг асосида бўшлиқ шиллик пардаси томирлари ўтказувчанлигининг суоқликнинг томирлардан тўқималарга ўтишига ва кистасимон бўшлиқ ва полипларнинг ҳосил бўлишига олиб келувчи бузилиши ётади. ЮЖБ шиллик пардасининг шишган гиперплазиялари алергик синуситнинг морфологик ифодаси бўлиб ҳисоблан [2]. Сохта кисталар кўпинча гиперпластик шиллик парда фонида ҳосил

бўлади, кисталардан ташқари яна полиплар ҳам аниқланади. Кўрсатилган муаллиф ва бошқа тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, полиплар организмда ифодаланган алергик реакция кузатилган беморларда аниқланади. Маълумки, ЮЖБ шиллик пардасининг алергик яллиғланишида учта босқич қайд этилади. Биринчи босқич асосан лимфоцит ва эозинофиллардан таркиб топган инфилтрация ҳамда шиллик парданинг қалинлашиши билан тавсифланади. Иккинчи босқич эпителиал қопламнинг қалинлашиши, базал мембрананинг гиалинизацияси ва шиллик парданинг ифодаланган гиперплазияси ҳамда лимфоид ва плазматик хужайралар, эозинофиллар сонининг ошиши билан тавсифланади. Учинчи босқичда – полиплар ва (ёки) кисталар ҳосил бўлиши рўй беради [2]. Сохта кисталарнинг тўқималарида содир бўлувчи патогистологик ўзгаришларга бағишланган маълумотлар таҳлили шу ҳолатни тан олишга асос бўладики, плазматик хужайралар, лимфоцитлар, полинуклеарлар, эозинофиллар, семиз хужайралардан таркиб топган улкан хужайравий инфилтрат билан бирга кузатилувчи шиш; томирлар алергик зарарланишининг турли босқичлари (фибриноидли бўкиш, склероз, некроз) хос морфологик белгилар бўлиб ҳисобланади. Ўхшаш гистоморфологик ўзгаришлар ЮЖБнинг гиперплазияланган шиллик пардасида ҳам аниқланади. Йилдан йилга алергик касалликлар турли мутахассисликдаги шифокорларнинг тобора ошиб борувчи эътиборини ўзига тортмоқда. Алергик касалликлар инсонга икки ярим минг йилдан зиёд маълум бўлишига қарамадан, замонавий дунёда алергопатологиянинг ташхисоти, давоси ва профилактикаси масалалари билан боғлиқ бўлган муаммолар долзарблигича қолмоқда. Охирги ўн йилликларда алергология муаммоси глобал миқёсдаги тиббий-ижтимоий муаммога айланди [13.16]. Алергияни “цивилизация касаллиги” деб аташади. Ривожланган давлатларда алергиядан азият чекувчилар фоизи (асосан ёш аҳоли орасида) ривожланаётган давлатларга қараганда анчагина юқори. Атроф муҳитнинг саноат чиқиндилари билан ифлосланиши, ноқулай ижтимоий шароитлар, турли дори воситалари истеъмолининг ошиши, маиший ҳаёт ва ишлаб чиқаришда дезинфекция воситаларининг жадал ишлатилиши, қишлоқ хўжалигида пестицидлар ва гербицидларнинг қўлланилиши, овқатланиш сифатининг ўзгариши, генетик жиҳатдан ўзгарган маҳсулотлардан фойдаланиш, мазкур омилларнинг замонавий одам организмга қўшма таъсири юқори алергик юктамалар учун шароит яратади [17].

Ҳозирги кунда зарарланган ЮЖБга нисбатан учта асосий жарроҳлик ёндашувлари

ишлаб чиқилган: ўрта бурун йўлида антростомани шакллантириш билан қилинадиган унсинатектомия, антростомани шакллантирмасдан туриб қилинадиган унсинатектомия, ЮЖБ нинг олдинги (юз) девори орқали Калдвелл-Люк бўйича кириш билан ҳамда пастки бурун йўли соҳасида бажариладиган антротомия. Замоनावий тиббий технологиялар сурункали синуситни тўқималарни минимал даражада жароҳатлаш билан даволашни амалга оширишга имкон беради. Ҳозирги кунгача юқори жағ бўшлиғида бажариладиган жарроҳлик аралашувлари усулининг танлови Калдвелл-Люк бўйича қилинадиган операциядан тортиб бўшлиқнинг олдинги деворида кичикрок пункцион тешиқни ҳосил қилиш ва фақатгина кистани олиб ташлашдан иборат бўлган “микрогайморотомия” нинг турли усуллари га қадар бўлади.

Замоनावий жарроҳлик асбобларини ва видеоназорат тизимларини қўллаб бажариладиган Калдвелл-Люк бўйича гайморотомия қатор инкор этиб бўлмайдиган афзалликларга эга, бу афзалликка бажарилаётган операция вақтининг анчагина қисқаришини киритиш мумкин. Калдвелл-Люк бўйича юқори жағ бўшлиғида бажариладиган операция ёрдамида беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг таҳлили эрта операциядан кейинги даврда юзнинг юмшоқ тўқималарида кузатиладиган реактив ҳолатларнинг катта даражада ифодаланганлигини аниқлади. Адабиёт маълумотлари ва кузатишлар натижалари асосида юқори жағда бажарилган операциядан сўнг кузатиладиган турли бузилишларнинг сабаблари таҳлил қилинди: 1) оғиз даҳлизидидаги шиллиқ пардани кесишда инфраорбитал нерв тармоқлари кесилиши натижасида юқори лаб ва лунж сезувчанлигининг бузилиши (караҳтлик сезгиси); 2) Бўшлиқнинг олд деворида тешиқ ҳосил қилишда нерв алвеоляр чигалининг шикастланиши оқибатида юқори жағда сезувчанликнинг бузилиши ва ундаги тишларни сезиш ҳиссининг йўқолиши; 3) Бўшлиқнинг шиллиқ пардасини кесилдан сўнг чандиқнинг ҳосил бўлиши ва унга чандиқ тўқимасининг ўсиб кириши оқибатида лунжда кузатиладиган тўмтоқ оғрик; 4) Инфраорбитал нервнинг стронгуляцияси натижасида лунжда ўз-ўзидан юзага келадиган оғрик ва лунжни пайпаслаганда кузатиладиган оғрикнинг бўлиши.

Шу туфайли юқори жағ кисталарини жарроҳлик йўли билан даволашда янада авайловчи ва ишончли усулларни ишлаб чиқиш учун уринишларга қўл урилди. Аммо шуни қайд этиш лозимки, ҳозирги кунда беморларнинг катта қисми ЮЖБда ўтказиладиган операцияни “бурун орқали” бажарилишининг истагини билдиришмоқда. Сурункали гайморитни

жарроҳлик йўли билан даволашнинг ишлаб чиқилган кам инвазивли услублари операциядан кейинги асоратлар ривожланишининг хавфини камайтириш ва беморлар реабилитацияси муддатларини қисқартиришга даъват этилган. Аммо, шунга қарамай, ЮЖБ кисталарини олиб ташлашда қўлланиладиган турли усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари ҳақидаги масалалар мунозарали бўлиб қолмоқда, бу масалага амалиётда ханузгача умумий қабул қилинган ечим топилмади.

Крюков А.І.нинг маълумотларига кўра юқори жағ бўшлиғида киста мавжуд бўлган беморларда оториноларингологлар 28,5% ҳолатда систематомияни ўрта бурун йўли орқали, 68,9% ҳолатда бўшлиқнинг олдинги девори орқали бажаришади, 2,6% ҳолатда эса зарарланган синусга комбинирланган жарроҳлик ёндашувини қўллашади. Албатта, ЮЖБнинг антротомия услубини жарроҳ танлайди. Бироқ, шуни қайд этиш лозимки, ЮЖБнинг ўрта бурун йўли соҳасида остиомеатал комплекснинг тузилмаларини қисман ёки тўлиқ бузилиши билан бажариладиган антростомияси ҳеч қандай илмий асосланган базисга эга эмас, чунки ЮЖБнинг ретенсион кистасида бўшлиқнинг аэрацияси сақланган ва шиллиқ парданинг транспорт функцияси бузилмаган бўлади. Шу туфайли функционал нуктаи назардан, зарарланган синусга жарроҳлик йўли билан кириш пастки бурун йўли соҳасидида антростома орқали амалга оширилиши энг мақбул йўл бўлиб ҳисобланади. Аммо, ҳақиқатдаги ҳолат шуни кўрсатмоқдаки, жарроҳлик аралашувининг мазкур тури амалиётда жуда камдан-кам ҳолатда қўлланилади. Бу қисман бурун-кўз ёш канали (БЕК) чиқиш тешигининг жойлашиши бўйича аниқ синтопик маълумотларнинг йўқлиги билан боғлиқ, у ятроген асоратларга (кўз ёш чиқарувчи йўллариининг турғун стенози) олиб келиши мумкин.

Шундай қилиб, ЮЖБнинг ретенсион кисталарини эндонозал киришни қўллаб жарроҳлик йўли билан даволаш тактикаси кейинги илмий тадқиқотларни амалга оширилишини талаб этади. Кисталарни умумий қабул қилинган даволаш усули бўлиб уларни тўлиқ жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ҳисобланади. Бироқ, юқори жағ бўшлиқларидаги сохта кисталарни даволашда қарама-қарши фикрлар мавжуд. Сохта кисталарнинг вужудга келишида аллергиянинг ролини ҳисобга олиб, қатор муаллифлар операциядан олдинги ва кейинги даврида десенсибилизацияловчи, умумий қувватловчи ва сўрилтирувчи даво курсини ўтказишни таклиф этишган. Шу билан бирга консерватив усулда шифо топган беморларнинг улуши кўп эмас ва даволаш уларга вақтинчалик

таъсир кўрсатган, холос. Жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий тамойиллари – бу киста ўлчамлари ва клиник симптоматиканинг ифодаланганлигидир. Операцияга мутлок кўрсатма бўлиб фақат ўлчами 1,5 см ёки ундан каттароқ бўлган, ҳаттоки, у табиий йўлни ёпиб қўймаса-да солитар кистанинг мавжудлиги, шунингдек, ифодаланган клиник симптоматиканинг бўлиши (бош оғриғи, бурундан нафас олишнинг қийинлашуви) ҳисобланади. Ўлчами жиҳатидан кичик бўлган кисталарда ва аниқ бир симптоматика кузатилмаган ҳолатларда даволаш талаб этилмайди, бунда фақатгина динамик кузатув мақсадга мувофиқ бўлади. Киста туфайли бурун ён бўшлиқларида ўтказиладиган жарроҳлик аралашувларининг радикаллик даражаси ҳақидаги масала кўпгина ўн йилликлар мобайнида мунозарага учрамоқда. Калдвелл-Люк бўйича бажариладиган радикал операциянинг катта камчилиги бўлиб юқори жағ бўшлиғининг олдинги ва медиал деворлари соҳасида катта суяк нуқсонларининг ҳосил бўлиши ҳисобланади. Бўшлиқнинг анатомик тузилиши бузилади, чунки юмшоқ тўқималар деворнинг операциядан кейинги тешигига ўсиб қиради, бу эса унинг тўлиқ ёки қисман облитерацияси оқибатида функцияси бузилишига олиб келади.

Жарроҳлик аралашувларининг авайловчи усуллари экстра – ва эндоназал усулларга бўлинади. Жарроҳлик аралашувларининг авайловчи экстраназал усуллари кичикрок трепанацион тешикни ҳосил қилиш ва соғлом шиллиқ пардани сақлашни таклиф этувчи вариантларни, шунингдек, остеопластик усулларни киритиш мумкин. Остеопластик усулларнинг моҳияти юқори жағ бўшлиғининг олдинги деворидаги тешикни ёпувчи суякли қийқим ёки имплантатнинг турли модификацияларини яратишдан иборат. Юқори жағ бўшлиғини пастки бурун йўли орқали эндоназал очиш бўшлиқни очиш, таркибини аспирация қилиб олиш ва кистани тўлиқ олиб ташлашга имкон берувчи аспирацион систематомия ёрдамида амалга оширилади. Пастки бурун йўли орқали бажариладиган аралашувни унинг деворидан ҳаракатчан суяк-шилликли қийқимни шакллантириб амалга ошириш мумкин.

Юқори жағ бўшлиғининг кисталарида соғайиш учун ҳаттоки киста деворини қисман олиб ташлашнинг ўзи етарли, деган фикр мавжуд. Пастки бурун йўли орқали кистани махсус асбоб - кистотом билан емириш мумкин, бунда унинг таркиби оқиб чиқади. Эндоскопик риножарроҳликнинг ривожланиши юқори жағ бўшлиғидаги кисталарни авайлаброқ олиб ташлаш имконини беради. Кистани троакар гилзаси ичидан олиб ташлашнинг камчилиги

шундаки, барча муолажалар троакар гилзаси орқали амалга оширилади [4,5].

Кистани табиий йўл тешиги орқали 30о ёки 70о эндоскопнинг назорати остида олиб ташлаш усули ҳам мавжуд. Бунда юқори жағ бўшлиғининг табиий йўл тешиги катта ўлчамга (10 ммга 8 мм) кенгайтирилади. Шундай қилиб, бўшлиқнинг медиал деворида эндоскоп назорати остида кистанинг пардасини олиб ташлаш учун етарли бўлган тешик ҳосил бўлади. Кистани олиб ташлашнинг кейинги усули – комбинирланган усул. Юқори жағ бўшлиғининг олдинги деворида троакар билан нуқтали белги қилиниб, жарроҳ муолажаларни бўшлиққа табиий тешик орқали киритилган эгилган қисқичлар билан эндоскопик назоратни амалга ошириш имкониятига эга бўлади [1].

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, юқори жағ бўшлиғининг орқа пастки, юқори ва латерал деворларида жойлашган кисталарини олиб ташлашда эндоназал йўл билан кириш ўз тасдиғини топди. Олдинги ва медиал деворларда, шунингдек алвеоляр кўрфазда жойлашган кисталарда эндоназал йўл билан кириш кистани фақатгина 50% ҳолатларда олиб ташлаш имконини беради. Бу ҳолатларда диаметри 4-6 мм бўлган юмалоқ тешик ҳосил қилиш билан юқори жағ бўшлиғини олдинги девори орқали авайлаб очиш тўғри йўл бўлиб ҳисобланади.

Шундай қилиб, юқори жағ бўшлиғи кисталарини эндоскопик олиб ташлаш мазкур касалликни жарроҳлик йўли билан даволашнинг самарали ва мақбул усули бўлиб ҳисобланади, у киста пардасини тўлиқ олиб ташлашга, бўшлиқнинг ўзгармаган шиллиқ пардасига жароҳат етказмасликка, бўшлиқ шиллиқ пардаси ва тешигининг ҳолатига тўғри баҳо беришга имкон беради. Атроф тўқималарнинг минимал жароҳати фақатгина қисқа вақтли реактив ҳолатларга олиб келади, улар анъанавий операциядан кейинги даврга қараганда анчагина тезроқ йўқолади. Хулоса қилиб шуни таъкидлаш жоизки, жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг бурун ён бўшлиқлари кисталарининг қайталаниши кўпгина ҳолларда даволаш усулини танлашда бўлган бир томонлама ёндашув билан боғлиқ.

#### **Адабиётлар:**

1. Аллахвердиев С. А., Лопатин А. С., Кочетков П. А. Синдром " молчашего" синуса: обзор литературы и описание двух клинических наблюдений //Вестник оториноларингологии. – 2010. – №. 6. – С. 81-84.
2. Гаджимирзаев Г. А., Абдулаева С. Н., Гаджимирзаева Р. Г. О ложных кистах околоносовых пазух (обзор литературы) //Российская оториноларингология. – 2012. – №. 4. – С. 132-141.

3. Иванченко О.А. и др. Микробиом гайморовой пазухи и среднего носового хода при хроническом риносинусите //Ринология. – 2016. – Т. 54. – №. 1. – С. 68-74
4. Крюков А. И. и др. Анализ хирургических доступов при удалении кист верхнечелюстной пазухи //Российская ринология. – 2016. – Т. 24. – №. 3. – С. 3-5.
5. 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.
6. Насретдинова М., Хайитов А. Определение микробиологического состава у больных с хроническим кистозным поражением гайморовых пазух //Журнал стоматологии и краниофатсиальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 34-37.
7. Насретдинова М., Хайитов А. Наша тактика при хирургическом лечении кистозных поражений гайморовых пазух //Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 72-75.
8. Насретдинова М. Т., и др. Состояние микробиоты у пациентов с кистозным поражением верхнечелюстных синусов //Оториноларингология. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11. – №. 2. – С. 169-174.
9. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А. Совершенствование хирургических методов лечения хронического кистозного гайморита //ББК 57. – 2020. – С. 134.
10. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
11. Ризаев Ж. А., Нурмамадова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической помощи при аллергических заболеваниях у детей //ББК. – Т. 51. – С. 113.
12. Moon IJ, Kim SW, Han DH, Shin JM, Rhee CS, Lee CH, et al. Mucosal cysts in the paranasal sinuses: long-term follow-up and clinical implications. *Am J Rhinol Allergy*. 2011 Mar-Apr;25(2):98–102.
13. Orlandi R.R., Kingdom T.T., Hwang P.H., Smith T.L., Alt J.A., Baroody F.M., Batra P.S., Bernal-Sprekelsen M., Bhattacharyya N., Chandra R.K., et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Rhinosinusitis. *Int. Forum Allergy Rhinol*. 2016;6:S22–S209. doi: 10.1002/alar.21695.
14. Moon IJ, Lee JE, Kim ST, Han DH, Rhee CS, Lee CH, et al. Characteristics and risk factors of mucosal cysts in the paranasal sinuses. *Rhinology*. 2011 Aug;49(3):309–314.
15. Casserly P., Harrison M., O'Connell O., O'Donovan N., Plant B.J., O'Sullivan P. Nasal endoscopy and paranasal sinus computerised tomography (CT) findings in an Irish cystic fibrosis adult patient group. *Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngol*. 2015;272:3353–3359.
16. Hong S. L., Cho K. S., Roh H. J. Maxillary sinus retention cysts protruding into the inferior meatus //Clinical and Experimental Otorhinolaryngology. – 2014. – Т. 7. – №. 3. – С. 226-228.
17. 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.
18. Piskunov G. Z., Piskunov S. Z. Freedom to the nasal breathing //Russian rhinology. – 2010. – Т. 4. – С. 34-45.

### **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА**

*Насретдинова М.Т., Хайитов А.А.*

**Резюме.** Кисты верхнечелюстного синуса отличаются тем, что они часто встречающаяся форма хронического синусита. С клинической точки зрения кисты проявляются бессимптомно и в 80% случаев являются находкой при рентгенологическом исследовании. Происхождение кист обычно связано с хроническим воспалительным процессом. Они образуются в результате экссудации секреторных желез вследствие воспаления слизистой оболочки. Приведенные в литературе результаты клинико-лабораторного и иммунологического обследования больных с кистозным поражением верхней челюсти свидетельствуют об общем механизме патогенеза заболевания и вовлечении клеточного иммунитета на уровне слизистой оболочки полости носа, а также иммунопатологические механизмы, проявляющиеся бактериальной сенсибилизацией. Основная жалоба больных с кистами верхнечелюстных синусов – возникающая периодически тупая головная боль, которая наблюдается в области лба или на той стороне гайморовой пазухи, где преимущественно располагается киста. В очень редких случаях больные жалуются на боли в шее, голове, висках, ощущение тяжести в голове. Современные медицинские технологии позволяют лечить хронический синусит с минимальным повреждением тканей. Таким образом, эндоскопическое удаление кисты полости верхней челюсти является эффективным и приемлемым методом хирургического лечения этого заболевания, который предполагает полное удаление оболочки кисты, не травмируя слизистую оболочку полости, позволяет правильно оценить состояние слизистой оболочки и соустья синуса.

**Ключевые слова:** Верхнечелюстной синус, синусит, эндоскопия, киста, троакары.