

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ҲАЙИТОВ АЛИШЕР АДҲАМОВИЧ**

**ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИ КИСТАЛАРИНИНГ ТАШХИСОТИ ВА  
ДАВОСИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ**

**14.00.04- Оториноларингология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Самарқанд – 2021**

**Фалсафа доктори(PhD)диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии(PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy(PhD)**

**Ҳайитов Алишер Адхамович**

Юқори жағ бўшлиғи кисталарининг ташхисоти ва давоси самарадорлигини ошириш.....3

**Хайитов Алишер Адхамович**

Повышение эффективности диагностики и лечения кист верхнечелюстных пазух.....24

**Khayitov Alisher Adkhamovich**

Improving the effectiveness of diagnosis and treatment of cysts of the maxillary sinus .....47

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works.....48

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ҲАЙИТОВ АЛИШЕР АДҲАМОВИЧ**

**ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИ КИСТАЛАРИНИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОСИ  
САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ**

**14.00.04- Оториноларингология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2.PhD/Tib.1496 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида ([www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Насретдинова Махзуна Тахсиновна**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Расмий оппонентлар:**

**Егоров Виктор Иванович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Шамсиев Джахонгир Фазлидинович**  
тиббиёт фанлари доктори доцент

**Етакчи ташкилот:**

**Пловдив тиббиёт университети**  
**(Болгария Республикаси)**

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт институтидаги ҳузуридаги DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 140100, Самарқанд ш., Амир Темур кўчаси 18 уй. Тел./факс: (+99866) 233-07-66; факс: 66233775 (366); e-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz))

Диссертация билан Самарқанд давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин ( \_\_\_\_\_рақамли билан рўйхатга олинган). (Манзил: 140100, Самарқанд ш., Амир Темур кўчаси 18 уй. Тел./факс: (+99866) 233-07-66; факс: 66233775 (366)).

Диссертация автореферати 2021 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ тарқатилди.  
(202\_ йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ж.А.Ризаев**

Илмий даражалар берувчи илмий  
кенгаш  
раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Г.У.Самиева**

Илмий даражалар берувчи илмий  
кенгаш  
котиби, тиббиёт фанлари доктори,  
доцент

**Қ.Э.Шомирадов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт  
фанлари доктори, доцент

## КИРИШ (фалсафа доктори диссертацияси (PhD) аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёда юқори жағ бўшлиқларининг кисталари ЛОР патологияси орасида кўп учрайдиган касалликларидан бири бўлиб, жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра «...бурун ён бўшлиқларининг кисталари 12-22% кишиларда бошнинг компьютер томографияси орқали текшируви вақтида тасодифан аниқланади ва кўпинча белгиларсиз кечади...»<sup>1</sup>. Сурункали синусит замонавий тиббиёт долзарб муаммоларидан бири бўлиб, охириги 20 йил давомида шу касаллик билан касалланиш ҳолати икки баробарга ошди. Ҳозирги вақтда бурун ён бўшлиқларининг кисталари – сурункали синуситнинг энг кўп учрайдиган шаклларида биридир. Юқори жағ бўшлиғининг кисталари – бош ўрта учлигининг энг кўп учрайдиган патологияларидан ҳисобланади. Ҳанузгача юқори жағ бўшлиқларида кузатиладиган кисталарни ташхислаш ва даволашнинг замонавий ёндашуви бўйича яхлит фикр мавжуд эмас. Шу жihatдан ҳам бугунги кунда жаҳон микёсида юқори жағ бўшлиғи кистаси ташхиси ва даволашни самарали ташкил қилиш долзарб вазифа бўлиб ҳисобланади.

Жаҳонда тиббиётдаги сурункали синуситлар, жумладан, юқори жағ бўшлиғи кистаси касаллиги билан оғриган беморларда касалликнинг илк даврларида ташхис қўйиш, даволаш ва профилактика усулларини яхшилашга қаратилган илмий тадқиқотларга юқори аҳамият берилмоқда. Бундан шу нарса маълумки, замонавий тиббий ёрдамнинг даражасини ошириш, аҳоли орасида юқори жағ бўшлиғи кистаси (кейинги ўринларда – ЮЖБК) билан оғриган беморларнинг эрта босқичларида ташхислаш ва даволаш, сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш учун чуқур илмий тадқиқотларнинг устувор йўналишини белгилайди. Бугунги кунда юқори жағ бўшлиғи кистаси ташхисотини ва даволаш самарадорлигини ошириш йўллари ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини илғор жаҳон андозалари асосида ташкил қилиш, аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатиш, шунингдек, аҳолига ихтисослаштирилган оториноларингологик ва унинг таркибида ЮЖБК бўлган беморларга мўлжалланган тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш бўйича кенг қамровли ислохотлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақонли ҳаёт кечиршини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга оширишда ЮЖБК беморларига замонавий тиббий ёрдам даражасини ошириш, аҳоли ўртасида оториноларингологик касалликларни ташхислаш ва даволаш, сифатли тиббий

<sup>1</sup> ЖССТ маълумотида кўра, 2017 й.

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, ЎзР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

ёрдам кўрсатиш учун замонавий технологиялардан фойдаланиш каби чуқур илмий изланишларнинг асосий меъзони ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ - 4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Юқори жағ бўшлиғи 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; Sawatsubashi M., 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 юқори жағ бўшлиғи кисталари 21,6% текширилаётган беморларда аниқланади (Пискунов Г.З., 2009; Ламкова А.Х., 2011; Duncavage J.A., 2011; Крюков А. И., 2015; Бойко Н.В., 2019). Бинобарин, касалланишнинг юқори даражаси ва анъанавий даволаш усулларини қўллаганда самарасининг пастлиги юқори жағ бўшлиғи кисталари даволашда янги маҳаллий аъзони сақловчи усулларни излаш ва ишлаб чиқиш заруриятини вужудга келтиради.

Ўзбекистонда назарий ва амалий жиҳатдан даволашнинг янги усулларини такомиллаштириш оториноларингологиянинг энг долзарб вазифаларидан бири бўлган ва шундайлигича қолмоқда, бироқ юқори жағ синуси кисталарини эрта ташхислаш, бу ҳолатнинг беморлар ҳаёт сифатига таъсири, унинг патогенетик жиҳатлари охиригача ўрганилмаган, бу эса ўз навбатида мазкур масалалар бўйича ташхислаш ва даволаш такомиллаштирилмаганидан далолат беради.

Инсон саломатлиги билан боғлиқ муаммони ечишга қаратилган ушбу тадқиқот иши бир қатор чора-тадбирлар бажаралишини талаб этади, натижада аксарият ҳолларда аҳоли саломатлиги яхшиланишига эришилади. Бу эса мазкур диссертация ишини Ўзбекистон Республикаси илмий тадқиқот

ишларининг устувор йўналишларига мувофиқ тарзда бажарилганлигини белгилайди.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.**

Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №012500135 «Юқори жағ бўшлиғи кисталари чалинган беморларда эрта ташхис қўйиш ва даволашнинг янги технологияларини жорий этиш» (2018-2020) мавзусидаги амалий лойиҳалар доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** - юқори жағ бўшлиғи кисталарини эрта ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштиришга қаратилган таклиф ҳамда тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

**Тадқиқот вазифалари:**

-жарроҳлик аралашувидан олдин ва кейин бурун шиллик пардасининг ҳимоя функциялари ҳамда назал секретда гуморал иммунитет кўрсаткичларини баҳолаш;

-пастки бурун йўли орқали эндоскопик эндоназал гайморотомияни амалга ошириш учун қурилма ишлаб чиқиш ва мавжуд техникани такомиллаштириш;

-юқори жағ бўшлиғининг кисталари мавжуд бўлган беморларда юқори жағ бўшлиғида бажариладиган жарроҳлик аралашувларининг турли усуллари билан солиштирган ҳолда пастки бурун йўли орқали амалга ошириладиган эндоскопик операциянинг клиник самарадорлигини баҳолаш;

-юқори жағ бўшлиғининг кисталари мавжуд бўлган беморларда такомиллашган эндоскопик операция ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг турли усуллари қўлланилгандан кейин беморлар ҳаёт сифатини баҳолаш;

-юқори жағ бўшлиғининг кисталари мавжуд бўлган беморларда касалликнинг қайталанишини олдини олиш бўйича тавсияларни ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2018–2020 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт институтининг 1-сон клиникаси оториноларингология бўлимида, ҳамда МЧЖ GMG тиббий марказга мурожаат қилган 18 ёшдан 74 ёшгача бўлган 139 нафар бемор олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** – юқори жағ кисталари мавжуд беморларнинг рентгенологик маълумотлар, назал лаваждаги иммуноглобулинлар ҳолати, бурун шиллик пардасининг ҳимоя вазифасини аниқловчи усуллар.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда клиник, рентгенологик, лаборатор, инструментал, функционал ва статистик усуллардан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

-жарроҳлик амалиётидан кейин беморларда бурун бўшлиғи шиллик пардасининг сўрилувчанлиги, мукоциллиар транспорт ва иммунологик кўрсаткичларининг ўзгариши ўзаро боғлиқлиги исботланган;

-илк бор ЮЖБК билан касалланган беморларда бошқа сурункали риносинусит касаллигидан фарқлаш ва буруннинг функционал ҳолатини тўғри баҳолаган ҳолда максимал даво усулларини белгилашда эксперт

мезонлари, анкета сўровномаси ва оториноларингологик текширувларни бир вақтда қўллаш эрта диагностик аҳамияти асосланган;

-ЮЖБК билан касалланган беморларда жарроҳлик амалиёти ўтказиш учун ишлаб чиқилган қурилма ёрдамида ПБҲ орқали эндоскопик амалиётининг самарадорлиги инфундибулотомия ва микрогайморотомиядан афзаллиги бўйича қолишмаслиги исботланган;

-ЮЖБК билан касалланган беморларда мукамаллаштирилган жарроҳлик амалиетидан кейин, иммуномодуляторлар ва комбинациялашган назал воситаларнинг комплекс куллаш касаллик қайталанишининг камайиши ва ҳаёт тарзи сифати яхшиланиши исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

-юқори жағ бўшлиғининг кисталарини жарроҳлик йўли билан даволашда пастки бурун йўли орқали бажариладиган кам инвазив бўлган эндоскопик эндоназал гайморотомияни афзаллиги исботланган;

-юқори жағ бўшлиғининг кисталари мавжуд бўлган беморларда касалликнинг операциядан кейинги даврида замонавий ташхисот мезонларидан ҳамда беморларни олиб боришнинг кетма-кетликдаги тактикасидан фойдаланиш клиник белгиларнинг сусайишига ва касалликнинг қайталаниши камайишига олиб келган;

-юқори жағ синусининг кисталари булган беморларда жарроҳлик амалиёти орқали даволаш зарурлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва амалий усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник, функционал, рентгенологик, иммунологик ва статистик тадқиқот усулларида юқори жағ бўшлиғининг кисталари мавжуд беморларда эндоназал жарроҳлик ҳажмини такомиллаштириш тартиби халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти юқори жағ бўшлиғининг кисталари мавжуд беморларда операциядан олдинги текшириш натижалари бўйича беморларни саралаш учун сўровнома дастури ишлаб чиқилганлиги ва пастки бурун йўли орқали эндоскопик жарроҳлик йўли билан даволашда қўлланиладиган такомиллаштирилган усулнинг юқори самарадорлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти юқори жағ бўшлиғида бажариладиган аралашувнинг ишлаб чиқилган кам инвазивли усули оториноларингологлар томонидан юқори жағ бўшлиғининг турли патологияларида шифохонада ётган ҳам, амбулатор шароитда даволанаётган ҳам, шунингдек ёндош соматик патологияси мавжуд беморларда ҳам маҳаллий анестезия остида иқтисодий мақсадга мувофиқликни таъминлаб қўлланилиши билан изоҳланади.



**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Кўп омилли касаллик ҳисобланган юқори жағ бўшлиғи кистасини эрта ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришни баҳолаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

-юқори жағ бўшлиғи кисталарни эрта ташхислаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Юқори жағ бўшлиғи кисталари ташхисотининг такомиллаштирилган алгоритми» номли услубий тавсияномаси ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 26 январдаги 8н-р/72-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга қўлланилиши юқори жағ бўшлиғи кистоз зарарланган беморларда иммун тизимини меъёрга келтирувчи воситаларни қўллаш йўли билан даволаш самарадорлигини ошириш имконини берган;

-юқори жағ бўшлиғи кисталарининг кам инвазив даволаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган “Юқори жағ бўшлиғи кисталарини жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштириш” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 26 январдаги 8н-р/73-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга қўлланилиши натижасида юқори жағ бўшлиғи кистоз зарарланган беморларда таклиф этилган жарроҳлик усули билан даволаш пастки бурун йўли орқали кам инвазив имкон беради, бу буруннинг функционал ҳолатини сақлаб қолиш имконини оширган;

-юқори жағ бўшлиғи кисталарининг ташхисоти ва даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Навоий вилоят тиббий кўп тармоқли маркази, Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-сонли клиникаси оториноларингология бўлими клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 июлдаги 8 н-з/221 сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга тадбиқ этилиши беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

**Тадқиқот натижалари апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларида, жумладан, 4 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларни чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисмида муаллиф ўтказилган ишнинг олиб борилиши асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари шакллантирилган, тадқиқот объекти ва

предмети баён этилган, республикада фан ва техника ривожланишининг устун йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий кўникмалар тадқиқотнинг натижаларида батафсил ёритилган. Олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти таъкидланган, тадқиқот натижаларини амалиётда илгари суриш тўғрисида, шунингдек, нашр этилган асарлар ва тегишли диссертациялар ҳақидаги материаллар келтирилган.

Диссертациянинг «**Бурун ён бўшлиқлари кисталарининг этиологияси ва патогенезига замонавий талқини**» деб номланган биринчи бобида илмий адабиёт маълумотларини, шунингдек, турли тадқиқотчиларнинг қарашлари батафсил таҳлили ва натижалари келтирилган. Ушбу боб параграфлари юқори жағ синуси кисталарининг этиологияси ва патогенези, ташхисоти ва даволаш муаммолари бўйича мавжуд бўлган илмий маълумотлар шарҳига бағишланиши билан бирга, юқори жағ бўшлиғининг кистасида иммун бузилишлар табиати кўриб чиқилган. Хусусан, юқори жағ бўшлиғининг кистасини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоларига бағишланган.

Диссертациясининг «**Юқори жағ бўшлиғи кисталарининг ташхислаш ва даволаш материали ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида клиник, рентгенологик, функционал, иммунологик тадқиқот усуллари, жумладан, юқори жағ бўшлиғи кисталарига чалинган беморларни даволаш усуллари батафсил баён этилган.

Илмий тадқиқот амалиётида 2018-2020 йиллар мобайнида “Golden medical group” МЧЖ клиникаси ва СамДТИ 1-сон клиникасига мурожаат қилган юқори жағ бўшлиғининг кистозли зарарланиши кузатилган 139 нафар беморларнинг текшируви ташкил этади. Барча беморлар жарроҳлик йўли билан даволанган. Тадқиқотда қатнашишга рухсат бериш, тадқиқотга киритмаслик ва текширишдан истисно этиш мезонлари аниқланди.

Илмий-тадқиқот иши олдига қўйилган мақсад ва вазифалардан келиб чиқиб, мазкур гуруҳларда: асосий гуруҳ, таққослаш гуруҳи ва назорат гуруҳида тадқиқотлар ўтказилди. Асосий гуруҳ (n=77), барча беморларда юқори жағ бўшлиғига пастки бурун йўли орқали ёндашувнинг такомиллашган усули қўлланилди. Таққослаш гуруҳи (n=62) 2 та гуруҳга бўлинди. А гуруҳда (n=42) олдинги девор орқали радикал гайморотомия, В гуруҳда (n=20) ўрта бурун йўли орқали эндоназал гайморотомия бажарилди, назорат гуруҳидаги (n=20) бурун ва бурун ён бўшлиқларида патология аниқланмаган соғлом кишилар буруннинг транспорт, сўрилувчи функциялари ва назал секретнинг иммунологик кўрсаткичларини тадқиқ этиш ҳамда меъёрий қийматларни аниқлаш мақсадида текширилди.

Тадқиқотга киритилган беморлар 18 ёшдан 74 ёшгача 62 нафар аёл ва 77 нафар эркакдан ташкил топган бўлиб, беморларнинг мутлоқ сони – 83 ҳолатда (51,8%) касаллик 31-45 ёшда, нисбатан кўпчилик сони – 50 ҳолатда (31,2%) касаллик 30 ёшгача ривожланган. 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 (SODDZ.exe DGU-20211236) ишлаб чиқдик ва беморларга

уларни тўлдиришни таклиф этдик. 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 ҳалқум орқа девори бўйлаб шилликнинг оқиб ўтиши аниқланган.

Барча беморларда оториноларингологик кўрик ўтказилди, у бурун бўшлиғи ва бурун ҳалқумнинг эндоскопик кўриги, фарингоскопия, отоскопия ва ларингоскопиядан ташкил топган.

Мукоцилиар транспорт вақтини (МЦТВ) текширишда озик-овқат учун ишлатиладиган сахарин қўлланилган.

Бурун бўшлиғи шиллик пардасининг сўрилувчи хусусиятини аниқлаш учун Б.М.Сагалович модификациясида С.Г.Боржимнинг машҳур усули қўлланилган.

Юқори жағ бўшлиғи кистаси билан оғриган беморлар назал секретарида гуморал иммунитет кўрсаткичлари ўрганилди:

- С Mancini et al. (1965) бўйича моноспецифик антизардобларни қўллаб радиал иммунодиффузия усулида назал иммуноглобулин Е даражаси ва ИФА усулида назал иммуноглобулин А миқдори аниқланди.

Олинган натижалар ишлови вариацион статистика усулида амалга оширилди. 95% ишончлилик даражаси Студент мезони бўйича баҳоланди ( $p < 0,05$ ).

Диссертациянинг **“Клиник тадқиқот натижалари ва таққослаш гуруҳида беморларни даволаш самарадорлигини баҳолаш”** деб номланган учинчи бобида ўтказилган клиник, рентгенологик, функционал ва иммунологик тадқиқотлар натижалари тавсифланган.

Касалликнинг тарқалганлиги ва таққослаш гуруҳларида беморларнинг солиштирма тавсифи тўғрисидаги маълумотлар умумлаштирилган. Бир томонлама кистозли юқори жағ синусити 119 ҳолатда, юқори жағ бўшлиғининг икки томонлама кистаси 20 нафар текширилаётган беморда аниқланган. Тадқиқот ўтказилиш мобайнида жами 159та бўшлиқ текширилган. Кисталарнинг кўпчилиги ЮЖБ пастки девори соҳасида (91 (65,71%) ҳолатда) жойлашган ёки бутун бир бўшлиқнинг ичини эгаллаган (17 (27,12%) ҳолатда).

Жарроҳлик йўли билан даволаш кўриш бурчаги 2,7 ва 4 мм бўлган оптикали эндоскопдан, видеоаппаратура ва махсус асбоблардан фойдаланиб амалга оширилган. Зарурият бўлганда ва беморнинг розилиги билан бурун ичи тузилмаларининг коррекцияси бажарилган (бурун тўсиғининг шиллик ости резекцияси, вазотомия ёки бурун чиғаноқларининг қисман резекцияси).

Клиник самарадорлик қуйидаги тарзда аниқланган:

- “яхши” – жарроҳлик йўли билан даволашнинг исталмаган натижалари ва касалликнинг қайталаниши кузатилмаганда ҳамда реабилитация муддатларининг қисқариши қайд этилганда;

-“қониқарли” – жарроҳлик аралашувининг исталмаган натижалари мавжуд бўлганда ва жарроҳлик аралашувидан кейин реабилитация муддатларининг узайиши кузатилганда;

-“қониқарсиз” – касалликнинг қайталаниши юзага келганда, операциядан кейинги даврда жарроҳлик аралашувининг исталмаган натижалари мавжуд бўлганда ва реабилитация муддатларининг узайиши қайд этилганда.

Реабилитация муддати операция вақтидан бошлаб беморнинг ишга чиқиш пайтигача бўлган муддатни ўз ичига олади. Клиник самарадорлик жарроҳлик йўли билан даволанган куннинг эртасига, шунингдек 1, 3 ва 6 ойдан сўнг баҳоланган.

Беморлар ҳаёт сифати В.В.Вишняков ва ҳаммуаллифлар томонидан 2010 йилда модификацияланган ринологик беморнинг соғлиғи бўйича тузилган сўровномадан иборат бўлган 2000 йилдаги EQ-5D шкаласи бўйича ўрганилган.

Сўровномада бемор ўз ҳолатини қуйидаги мезонлар бўйича аниқлаган: бурундан нафас олиши, бурундан ажралмалар борлиги, бош оғриғи ёки юз соҳасида оғриқнинг бўлиши, шунингдек бемор операциядан кейинги самарадан қаноат ҳосил қилганлиги аниқланган. Саломатлик шкаласи термометр кўринишида 0 дан 100 гача тасвирланган. Беморга ўз ҳолатини мустақил равишда баҳолаш таклиф этилган. Саломатлик шкаласида бемор ўзи тасаввур қилиши мумкин бўлган “0” қиймати бемор соғлиғининг энг ёмон ҳолатига мувофиқ келган, “100” қиймати эса саломатликнинг энг яхши ҳолатига тўғри келган. Тадқиқотнинг учинчи босқичи МТМ базасида операциядан сўнг 3 ой ўтгач ўтказилган ҳамда ўзида беморлар ҳолати ва ҳаёт сифатини баҳолашни, БЁБ МСКТини бажаришни, шунингдек амалга оширилган жарроҳлик йўли билан даволашнинг клиник самарадорлиги ва бемор ҳаёт сифатини баҳолашни мужассам этади.

Тадқиқот вазифаларини ҳал этишда яллиғланиш жараёнининг оғирлик даражаси, табиати ва давомийлигининг бурун ён бўшлиқлари анатомо-функционал хусусиятларига боғлиқлиги, хусусан, организмнинг иммунологик ҳолатини ҳисобга олган ҳолда юқори жағ бўшлиғи табиий тешиги фаолиятининг ҳолатига боғлиқлик даражасини аниқлаш зарур эди. Беморлар бурун бўшлиғининг операциядан олдинги эндоскопик кўрик маълумотлари бурун бўшлиғи ҳолатининг визуал-аналог шкаласига бирлаштирилди.

Таққослаш гуруҳидаги 50% дан 54,76% гача беморлар ва асосий гуруҳидаги 48,05 % беморлар 13-14 баллга, асосий гуруҳидаги 45,45 % беморлар ва таққослаш гуруҳидаги 37,5% беморлар 11-12 баллга эга бўлишди. Асосий гуруҳда 6,49% ва таққослаш гуруҳида ўртача 10% беморлар камроқ балл олишди.

Операциядан олдин транспорт функциясининг бузилиш даражалари бўйича текширилди. Операциядан олдин бурун шиллиқ пардасининг транспорт функциясини текшириш натижалари 1-жадвалда келтирилган.

**1-жадвал.**

**Транспорт функциясини бузилиш даражалари бўйича ўртача кўрсаткичларининг тақсимооти**

Беморлар гуруҳлари	Кишилар сони ((% ва мутлоқ сонларда)		
	Бузилиш даражалари		
	1 даража (16-19 дақиқа)	2 даража (19-21 дақиқа)	3 даража (21 дақиқадан зиёд)
А гуруҳи	5 (11,9%)	28 (66,67%)	9 (21,42%)
Б гуруҳи	3 (15%)	12 (60%)	5 (25%)
Асосий гуруҳ	15 (19,4%)	56 (72,8%)	6 (7,8%)
Назорат гуруҳи n=20 10-15 дақ.			

1-жадвалдан кўриниб турибдики, бурун бўшлиғи шиллик пардасининг транспорт функцияси барча текширилувчиларда сусайган. Жарроҳлик аралашувидан олдин ушбу функциянинг ўртача кўрсаткичлари гуруҳлар орасида аҳамиятли тафовутларга эга бўлмаган ( $p>0,05$ ), аммо меъёрий қийматлардан ишончли тарзда юқори бўлган ( $p<0,0001$ ). Текширилувчи беморларнинг катта қисмида 96 беморларда (69%) бурун бўшлиғи шиллик пардасининг транспорт функцияси бузилишининг иккинчи даражаси, 23 беморда (16,54%)ида бузилишнинг биринчи даражаси, 20 беморларда (14,3%)ида – учинчи даражаси қайд этилган.

Шундай қилиб, А, Б гуруҳлар ва асосий гуруҳ беморларида операциядан олдин бурун бўшлиғи шиллик пардаси ҳолатининг биз тадқиқ этаётган барча мезонларининг кўрсаткичлари статистик жиҳатдан аҳамиятли тафовутларга эга бўлмаган, аммо меъёрга нисбатан оғишлар қайд этилган.

Бурун бўшлиғи шиллик пардасининг сўрилувчи функциясини операциядан олдин текшириш шуни кўрсатдики, ушбу функция барча гуруҳлардаги беморларда суст бўлган.

## 2-жадвал.

### Тадқиқотдан олдинги даврда сўрилувчи функциясининг ўртача кўрсаткичларини тақсимланиши:

Гуруҳлар	ББШП сўрилувчи вазифасининг кўрсаткичлари
А гуруҳи n=42	5,7±0,8 та/дақ.га
В гуруҳи n=20	5,7±0,3 та/дақ.га
Асосий гуруҳи n=77	5,7±0,7 та/дақ.га
Назорат гуруҳи n=20	2,2±0,7 та/дақ.га

А гуруҳдаги беморларда радикал гайморотомия амалга оширилган. Оператив аралашувдан кейин биз кунлик кўрикларни амалга оширдик ва боғловни алмаштирдик, шунингдек балл тавсифлари асосида 3,7,10 ва 14 суткада постоперацион яллиғланишли жараённинг клиник кўринишларини динамик ўзгаришлари қайд этилди. Беморлардан оғриқ симптоматикасининг ифодаланганлиги ҳақида сўралганда, суст жадалликдаги оғриқ фақатгина дастлабки 3 сутка мобайнида қайд этилганлигини билдиришган. Беморларда 3-чи кунга келиб, эндоскопик кўриқда синус бўшлиғида фибрин карашли геморрагик лахталар кузатилади, кўринадиган деворларда шиллик парда мавжуд эмас. Олинган маълумотлардан келиб чиқиб, биз операциядан кейин 14 кунгача муддатда беморларнинг тўлиқ тикланиши, шунингдек даволашнинг комплексли усулини ўтказганда оғриқ, шиш ёки чокларни

олишгача бўлган даврда перфорациянинг қайталаниши сингари асоратларнинг йўқлиги ҳақидаги хулосага келдик.

20 кишидан иборат Б гуруҳида юқори жағ бўшлиғини ўрта бурун йўли орқали эндоназал очиш операцияси амалга оширилган. Усул асосида табиий тешикни жарроҳлик йўли билан кенгайтириш ётади. ЮЖБда эндоскопик эндоназал операция ўтказилганда ЮЖБнинг олдинги, медиал деворлари, альвеоляр кўрфазни кўриш ҳамда тўқималарнинг кўп қон кетиш муаммолари билан боғлиқ озгина техник қийинчиликлар юзага келган. Бу томирларни торайтирувчи эритмалар билан тўқималарнинг қўшимча анемизациясини талаб этган. Бўшлиқнинг марказий қисми, орқа девор соҳаси яхши кўринган. Эрта операциядан кейинги даврда юз юмшоқ тўқималарининг шиши фақат 2 нафар (9,3%) беморда кузатилган. Беморларни бурун бўшлиғида жойлашган тампон туфайли бурундан нафас олишнинг бузилиши безовта қилган. Тампон олиб ташлангач, беморларнинг аҳволи дарҳол яхшиланган. 3-4-чи суткада ЮЖБ кенгайтирилган табиий тешик орқали антисептик эритма билан ювилган. Барча беморлар бурундан қон аралаш ажралмаларни қайд этишган, уларнинг миқдори аста-секин камайган. операциядан кейин 6-8 суткага келиб, ажралмалар тўхтаган. Операция томонида сезувчанликнинг вақтинчалик бузилиши 2 нафар (9,3%) беморда кузатилган. 3 ойдан сўнг бурун бўшлиғи ва БЁБнинг эндоскопиясида ўрта бурун йўлида ЮЖБнинг кенгайтирилган табиий тешигининг стенози 2 нафар (10%) беморда аниқланган. Шунингдек, 2 нафар (9,3%) беморнинг бурун бўшлиғида синехияларнинг ҳосил бўлиши қайд этилган. Б гуруҳида кисталарнинг қайталаниши 2 нафар (10%) беморда кузатилган. Бурун бўшлиғидаги синехиялар ва кенгайтирилган табиий тешикнинг стенози туфайли рўй берган ЮЖБ вентиляциясининг бузилиши касаллик қайталанишининг сабабчиси бўлган.

ББШП сўрилувчи хусусияти операциядан кейинги текшириш натижалари А гуруҳ беморларида ЮЖБ табиий тешигини ҳаддан ташқари кенгайтирилганлиги ва Б гуруҳ беморларида пастки бурун йўлига қўшимча тешиг очилганлиги сабабли бурун ён бўшлиғи ва бурун бўшлиғида сўрилувчи хусусияти ошганлиги ҳақида далолат беради:

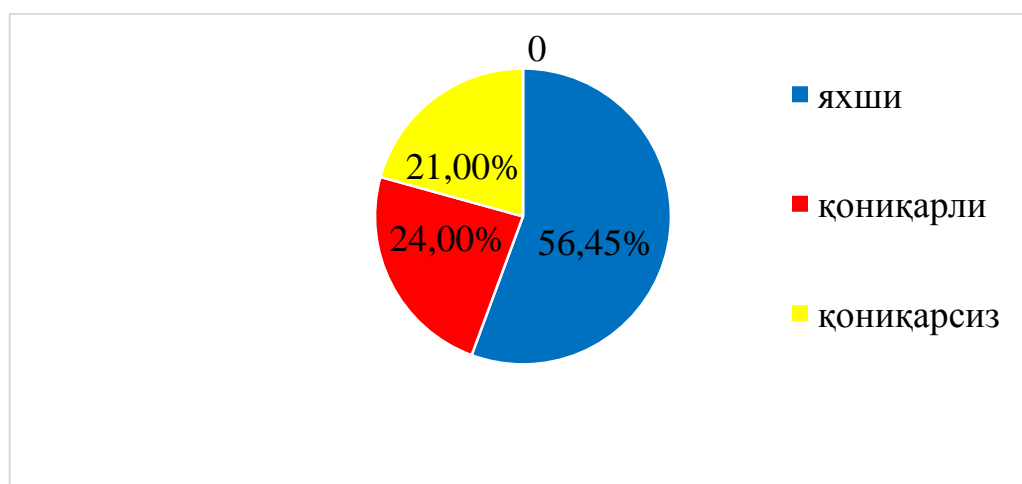
-радикал гайморотомиядан кейин пульснинг максимал ошиши 0,1%ли атропин эритмаси билан ўтказилган синамадан кейин 4-чи ҳафтада  $6,3 \pm 0,6$  та/дақ. ни ташкил этади, 3-чи ойда у  $5,3 \pm 0,3$  та/дақ. га ва 6-чи ойга келиб  $4,3 \pm 0,3$  та/дақ га тезлашади, бу эса шиллик парда хужайраларининг чала тикланганлигини кўрсатади.

ББШП сўрилувчи хусусияти эндоназал операциядан кейин 4-чи ҳафтада юрак уруши сони  $6,9 \pm 0,7$  та/дақ га ошади, 3-чи ойга келиб шиллик парданинг мазкур функцияси  $4,5 \pm 0,3$  та/дақ га тезлашади, ва 6-чи ойга келиб  $3,1 \pm 0,3$  та/дақ ни кўрсатди. Бу эса эпителий хужайралари функциясининг тулик тикланмаганлигини билдиради.

Келтирилган натижалардан кўриниб турибдики, мазкур гуруҳ беморларида сўрилувчи функция тикланмаган, операциядан олдин ҳам, кейин ҳам меъёрга нисбатан ишончли тарзда пасайган ( $p < 0,05$ ).

Таққослаш гуруҳидаги беморларда ўтказилган давонинг клиник

самарадорлик таҳлили куйидаги натижаларни намоён этди. “Қониқарсиз” клиник самарадорлик 1 ойдан 3 ойгача кузатув муддатида 13 нафар (21%) беморда аниқланган, айнан шунча сонли беморларда жарроҳлик йўли билан даволангандан кейин кистанинг қайталаниши қайд этилган. Шунингдек, беморларнинг мазкур қисмида жарроҳлик аралашувини салбий натижаларининг турли бирикмалари мавжуд бўлган: юз юмшоқ тўқималарининг шиши 4 нафар (6,4%) беморда, сезувчанликнинг бузилиши 3 нафар (4,8%) беморда, бурун бўшлиғидаги синехиялар 9 нафар (14,5%) беморда, кенгайтирилган табиий тешикнинг стенози 5 нафар (8%) беморда қайд этилган. Шифохонада даволаниш давомийлиги 9 суткани, амбулатор шароитда даволанишни давом эттириш эса 7 суткани ташкил этди. “Қониқарли” клиник самарадорлик 14 нафар (24,0%) беморда аниқланган. Кузатиш даврида мазкур беморларда жарроҳлик аралашувининг куйидаги исталмаган натижалари қайд этилди: юз юмшоқ тўқималарининг шиши 3 нафар (4,8%) беморда, сезувчанликнинг бузилиши 2 нафар (3,2%) беморда, кенгайтирилган табиий тешикнинг стенози 8 нафар (12,9%) беморда, ороантрал алоқа 4 нафар (6,4%) беморда кузатилди. Шифохонада даволаниш давомийлиги 14 нафар беморда 7 суткани, 4 нафар беморда 8 суткани, амбулатор шароитда даволанишни давом эттириш эса 3 суткани ташкил этди. “Яхши” клиник самарадорлик аксарият 35 нафар (56,45%) беморда аниқланган. Бу беморларда эрта операциядан кейинги даврда ҳам, узок келажакдаги даврда ҳам жарроҳлик аралашувининг исталмаган натижалари кузатилмади. Касалликнинг қайталаниши қайд этилмади (1-расм). Шифохонада даволаниш муддати 7 суткани ташкил этди, амбулатор шароитда даволанишни давом эттириш талаб этилмади. Асосий гуруҳдаги беморлар шифохонада даволанишининг ўртача муддати 3 суткани ташкил этди. Реабилитациянинг ўртача муддати – 7 сутка.



1-расм. Таққослаш гуруҳида беморларни даволашнинг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Диссертациянинг «Кистозли гайморит билан оғриган беморларда жарроҳлик йўли билан даволаш ташхисотини мақбуллаштириш» деб номланган тўртинчи бобида юқори жағ бўшлиғи кисталарининг даволаш натижалари ва самарадорлигини баҳолаш тавсифланган.

Маълумотларга кўра, пастки бурун йўли орқали жарроҳлик аралашуви такомиллашган усуlining маълумотлари келтирилган. Ўтказилаётган тадқиқотнинг мақсади, кириш бобида кўрсатилгани каби, юқори жағ бўшлиғига кам инвазивли кириш орқали жарроҳлик аралашувига қиёсий ёндашув билан кистозли гайморитли беморларда даволаш самарадорлиги ва сифатини оширишдан иборат.

Оператив аралашувни мақбуллаштириш учун биз гайморотомиянинг пастки бурун йўли орқали такомиллашган вариантини таклиф этдик, у ўрта бурун йўли орқали бажариладиган эндоанал гайморотомиядан негизан фарқ қилади.

Пастки бурун йўли орқали бажариладиган эндоанал гайморотомия операцияси шифохона ва амбулатор шароитда умумий ва маҳаллий анестезия остида амалга оширилади.

Юқори жағ бўшлиғида бажариладиган эндоскопик операциялар учун мўлжалланган порт-ўтказгич канал билан корпусдан иборат бўлиб, унинг корпуси диаметри  $d_1 = 0,7\text{см}$  ли торайган дистал қисмдан, диаметри  $d_2 = 3\text{см}$  ли кенгайган проксимал қисмдан, шунингдек фиксация учун тутқичдан таркиб топган. Дистал қисм 45 градус остида кесилган бўлиб, унинг учида тешиқ қилинган.

Корпусининг проксимал қисми кенгайган ва дистал қисми торайган қурилма риножарроҳга бир вақтнинг ўзида иккала қўл билан ишлаш имконини беради, юқори жағ бўшлиғи дан пастки бурун йўли шиллиқ пардасини жароҳатламасдан туриб кистани олиб ташлаш учун бир вақтнинг ўзида эндоскоп ва шейверни (ёки қисқич) киргизиш ва чиқаришда қулайлик яратади, бу эса кейинчалик кўпол синехиялар пайдо бўлишини олдини олади, шунингдек операция муддатларини қисқартиради.

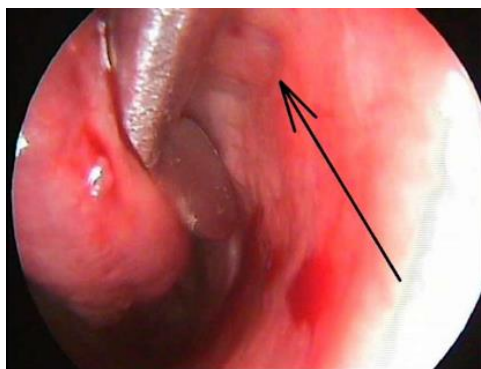


**2-расм.** ПБЙ орқали бажариладиган гайморотомиянинг такомиллашган операцияси учун қўлланиладиган қурилма



**3-расм.** Пастки бурун йўли соҳасининг эндоскопик кўриниши. Бурун бўшлиғининг латерал девори шиллиқ пардасига анестетик эритма инфильтрациясининг бажарилиши босқичи.





**4-расм** - Пастки бурун йўли соҳасининг эндоскопик кўриниши.

Операция эндотрахеал наркоз остида ва қўшимча маҳаллий анестезия ҳамда маҳаллий анестезия остида бажарилади.

Пастки бурун чиғаноғи синдирилгандан ва кўтарилгандан кейин пастки бурун йўлининг латерал деворида \_\_\_\_\_ симон кесим қилинади. Юмшоқ тўқималар распатор билан ажратилади, суяк девори очилади. Искана ёки бор билан юқори жағ бўшлиғи очилади, тешик яратилади ва қурилманинг тутқичи билан фиксация қилиниб киритилади, қон кетиш жароҳат четлари деворлар билан қисилгани ҳисобига тўхтади. Бўшлиққа шейвер ва эндоскопнинг учлари қурилма орқали киритилади (0 ва 30 градусли). Киста кўрилгандан сунг олиб ташланади. Бўшлиқ илиқ физиологик эритма билан ювилади, бўшлиқнинг физиологик тешиги кўриқдан ўтказилади.



**5-расм**- Пастки бурун йўли суяк деворининг очилиши



**6-расм** – Ўтказгич орқали шейвер ва эндоскопнинг учликлари киритилган



7-расм. Юқори жағ бўшлигидаги кистанинг кўриниши

Бўшлиқда бажарилаётган муолажа тугалланганидан кейин қурилма чиқариб олинади. Ажратилган юмшоқ туқималар ўз жойига жойлаштирилади. Операция тугагач, пастки бурун йўлига йодоморфли еки синтомицилли тампон қўйилади, бир суткадан сўнг у чиқариб ташланади.

Бурун бўшлиғи шиллик пардасининг функционал текшируви қуйидаги натижаларни кўрсатди. Бурун бўшлиғи шиллик пардаси транспорт функциясининг гайморотомиядан 30 кун, 1 ой, 3 ва 6 ойдан кейинги кўрсаткичлари 3-жадвалда келтирилган.

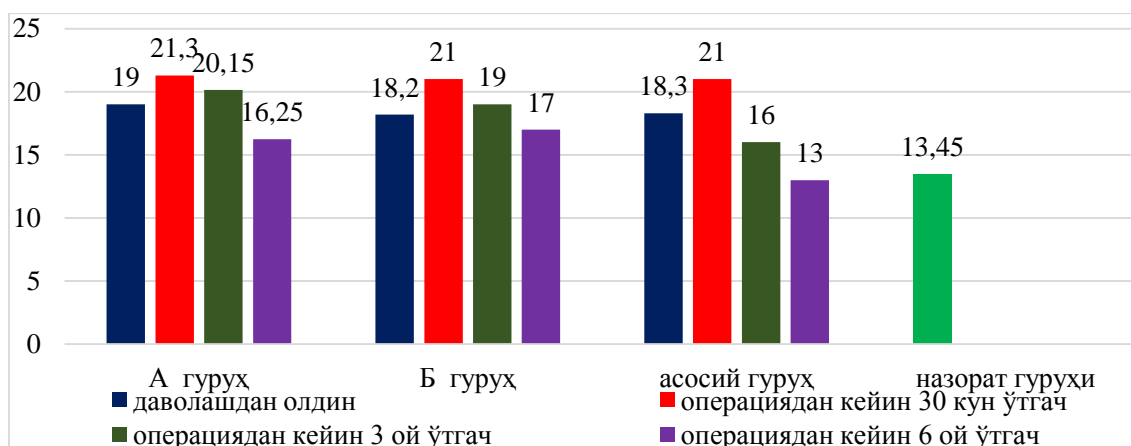
### 3-жадвал.

#### Жарроҳлик аралашувининг ўтказилган муддатларига қараб гуруҳлар бўйича бурун бўшлиғи шиллик пардаси транспорт функцияси кўрсаткичларининг тақсимоти.

Ўтказилган муддатлари, гуруҳлар тадқиқоти		Кишилар сони (% ва мутлоқ сонларда)			
		1 даража (16-19 дақиқа)	2 даража (19-21 дақиқа)	3 даража 21 дақиқа ва ундан кўп	Назорат гуруҳи 10-15 мин
Опер ақияд ан	А гуруҳи	-	7 (16,6%)	35 (83,3%)	-
	Б гуруҳи	-	3 (15%)	17 (85%)	-
	Асосий гуруҳи	-	13 (16,8%)	64 (83,1%)	-
Опер ақияд ан	А гуруҳи	16 (38,1%)	26 (61,9%)	-	-
	Б гуруҳи	1 (5%)	19 (95%)	-	-
	Асосий гуруҳи	12 (15,6%)	-	-	65 (84,4%)
Опер ақияд ан	А гуруҳи	41 (97,7%)	1 (2,3%)	-	-
	Б гуруҳи	17 (85%)	-	-	3 (15%)
	Асосий гуруҳи	-	-	-	77 (100%)

**Изоҳ** – гуруҳлар орасида статистик жиҳатдан аҳамиятли тафовутлар аниқланмади ( $\chi^2$ -квадрат мезони  $p > 0,05$ ). \* гуруҳлар орасида статистик жиҳатдан аҳамиятли тафовутлар аниқланди ( $\chi^2$ -квадрат мезони  $p < 0,05$ ).

Бурун бўшлиғи шиллик пардасининг киприкчали эпителийи жуда сустралган ҳолатда бўлган, барча беморларда транспорт функциясининг кўрсаткичлари операциядан олдинги қийматларга қараганда ёмонроқ эди, бузилишнинг иккинчи ва учинчи даражаларига мувофиқ келган ва гуруҳлар орасида статистик жиҳатдан аҳамиятли қийматларга эга эмас эди ( $p > 0,05$ ). Операциядан сўнг 1-чи ойга келиб, биз А, Б ва асосий гуруҳ беморларида бурун бўшлиғи шиллик пардасининг ҳилпилловчи эпителийи функциясининг тикланиши бўйича ижобий динамикани кузатдик. Аммо бу жараённинг жадаллиги гуруҳларда фарқ қилган.



**8-расм.** Текиширилаётган гуруҳларда транспорт функциясининг динамикадаги ўртача кўрсаткичлари.

А ва Б гуруҳларда транспорт функциясининг ўртача кўрсаткичлари мос равишда  $21,3 \pm 0,65$  дақиқа ва  $21 \pm 0,5$  дақиқани, асосий гуруҳда эса  $21 \pm 0,08$  дақиқани ташкил этди. Назорат гуруҳида ушбу муддатларда операциядан кейин бурун бўшлиғи шиллик пардасининг транспорт функцияси томонидан статистик жиҳатдан аҳамиятли ўзгаришлар қайд этилмади ( $p > 0,05$ ). Операциядан сўнг 3 ой ўтгач бурун бўшлиғи шиллик пардаси транспорт функциясининг ўртача кўрсаткичлари А ва Б гуруҳларда операциядан олдинги қийматларга нисбатан анчагина яхшиланган ( $p < 0,0001$ ) ва мос равишда  $20,15 \pm 1,48$  дақиқа ва  $19,0 \pm 1,36$  дақиқани ташкил этди, аммо ҳали меъерий қийматларга эга бўлмади (меъёрда  $13 \pm 2,17$  дақиқа). Асосий гуруҳда бу кўрсаткич  $16,05 \pm 0,09$  дақиқага тенг бўлган, бу ҳам операциядан олдинги қийматларга қараганда яхшироқ ( $p = 0,021$ ). 6 ойдан сўнг А гуруҳ да МЦТ ўртача ҳисобда 16,25 дақиқани ва Б гуруҳида 17 дақиқани кўрсатган бўлса, асосий гуруҳда эса бۇ кўрсаткич 13,05 дақиқани кўрсатди. Бў ҳолат бурун шиллик қаватининг транспорт вазифаси тулик тикланганидан дарак беради.

Шунингдек, биз бу муддатларда барча гуруҳлардаги гайморотомиядан кейинги беморларда асоратларнинг мавжудлигини баҳоладик.

#### 4-жадвал.

#### Жарроҳлик аралашувидан кейин бир ой ва ярим йил ўтгач гайморотомия ўтказилган беморларда асоратларнинг мавжудлиги.

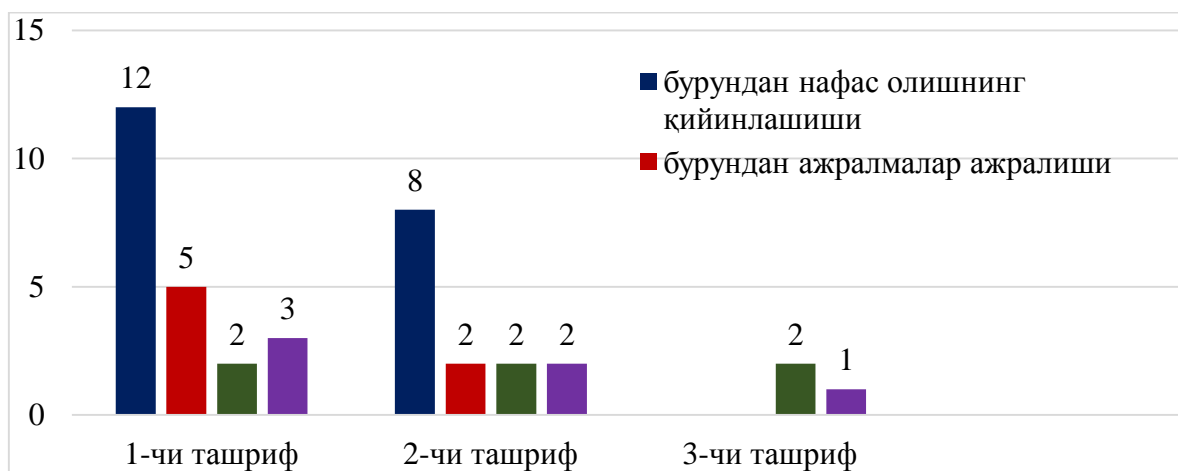
	Асоратлар турлари	А гуруҳи	Б гуруҳи	Асосий гуруҳи
1	Учламчи нерв невропатияси (2 - тармоғи)	9	7	-
2	Киста қайталаниши	5	2	-
3	ЮЖБ йирингланиши	3	2	-
4	ЮЖБ олдинги деворнинг ботиши	5		-
5	ЮЖБ соҳасида оғирлик сезгиси	5	-	-
6	ЮЖБ табиий тешиги еки бурун йўлида чандикнинг ҳосил бўлиши	13	5	1

А гуруҳда асоратлардан асосан учламчи нерв невропатияси 9 нафар ва Б гуруҳида 7 нафар беморларда 3 ойдан сўнг кузатилган, шу сабабли бемор невропатологга мурожаат қилган. А гуруҳда 5 ҳолатда, Б гуруҳда 2 беморда

касаллик қайталаниши кузатилган, таққослаш гуруҳида ЮЖБ табиий тешигида ва бурун йулида чандик ҳосил бўлиши ҳам 18 беморда қайд этилган.

Фенилэфринли Полидекс назал спрейи билан даволаш натижасида ифодаланган ижобий динамика кузатилади. Риноскопик кўрсаткичлар динамикасининг таҳлилида бурун бўшлиғи шиллик пардаси шиши, бурун йўллари ичининг торайиши, патологик назал секретнинг мавжудлиги сингари белгиларнинг ифодаланган даражада камайиши беморларда таққослаш гуруҳига нисбатан фенилэфринли Полидекс воситасини қўллаганда кузатилган.

Текшириш натижалари бўйича биз ЮЖБК ли беморларни монотерапия кўринишида фенилэфринли Полидекс воситаси билан даволаш вақтида улардаги симптоматика динамикасини таҳлил қилдик.



9-расм. Фенилэфринли Полидекс воситаси билан даволаш жараёнида беморларда симптомлар динамикаси

Диаграммадан кўришиб турибдики (9-расм), биз клиник кўринишларнинг ифодаланган ижобий динамикасини кузатдик, бу танланган даволаш усулининг юқори самарадорлиги ҳақида далолат беради. Фенилэфринли Полидексни қўллагандан кейин беморларга Момат А воситаси тайинланди.

Асосий гуруҳдаги барча беморларга операциядан кейин назал лаважнинг иммунологик текшируви ўтказилди. Иммунологик текширувларнинг маълумотлари операциядан олдин, операциядан кейин 3 ой ва 6 ой ўтгач таққосланган. Қуйида пастки бурун йўли орқали гайморотомиянинг такомиллашган усули қўлланилгандан кейин беморларда назал лаваж иммунологик кўрсаткичларининг солиштирма маълумотлари келтирилган.

### 5-жадвал.

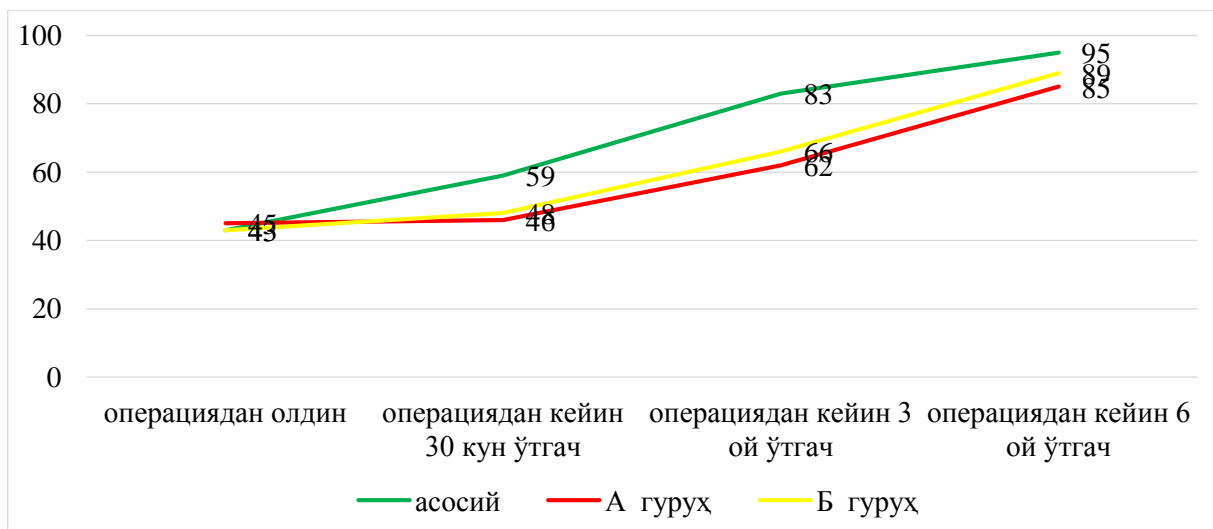
#### Асосий гуруҳ беморларида sIgA, IgE бурун ажралмасининг иммунологик маълумотлари.

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи	Операциядан олдин	1 ой	3 ой	6 ой
sIg A	34±5*	19,4±2,6*	29,7±2,5*	35,2±2,7*	35,2±3,5**
Ig E	0,07±0,02	0,3±0,05	0,23±0,05	0,07±0,05	0,07±0,05

Изоҳ - \*гуруҳлар орасида статистик аҳамиятли қийматлар аниқланган (Хи-квадрат мезони  $p < 0,005$ )

5-жадвал маълумотларига кўра, меъёрга нисбатан статистик жиҳатдан аҳамиятли ўзгаришлар аниқланган. Аммо беморларнинг асосий гуруҳида операциядан кейин 10 кун мобайнида Фенилэфринли Полидекс воситасини, кейин эса 6 ой мобайнида Момат А воситасини комплексли қўллагандан кейин меъёрга яқин ўзгаришларни қайд этдик.

Ринологик беморнинг саломатлигини баҳоловчи EQ-5D сўровномаси бўйича беморлар ҳаёт сифатини текширишда қуйидаги натижалар аниқланган. Беморлар операциядан кейин 30 кун сўралганида ўртача балл таққослаш гуруҳида  $47 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ) ни, асосий гуруҳида  $59 \pm 3$  ( $p < 0,05$ ) ни ташкил этган. Гуруҳлар орасида ҳаёт сифатидаги фарқ 12 баллни ташкил этди, бу эса таққослаш гуруҳидаги эндоскопик эндоназал операциядан кейин эрта операциядан кейинги даврда беморлар ҳаёт сифати кўрсаткичларининг юқори даражада эканлигини кўрсатади. Таққослаш гуруҳида жарроҳлик йўли билан даволангандан 1 ой ўтгач ҳаёт сифатининг ўртача бали асосий гуруҳидаги  $83 \pm 3$  ( $p < 0,05$ ) баллга қараганда  $64 \pm 4$  ( $p < 0,05$ ) га тенг бўлган, кузатиш охирида эса таққослаш гуруҳ беморларида ўртача балл  $87 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ) ни, асосий гуруҳ беморларида эса  $95 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ) ни ташкил этган. Тадқиқот охирида гуруҳлар орасидаги ҳаёт сифати кўрсаткичларининг фарқи минимал бўлган ва 8 баллни ташкил этган, бу эса иккала гуруҳида жарроҳлик йўли билан даволашнинг юқори самарадорлигини ва беморлар ҳаёт сифатининг юқори кўрсаткичларини намоиш этади.



**10-расм.** Текширилаётган гуруҳларда саломатлик бўйича сўровноманинг солиштирма маълумотлари.

EQ-5D саломатлик бўйича сўровноманинг таҳлили таққослаш тадқиқот гуруҳида аста-секин ижобий динамикани кўрсатади.

Олинган натижалар юқори жағ бўшлиғи кисталарида патологик жараён ташхисотида сўровноманинг юқори ахборот берувчанлигини ва усулнинг сезгирлигини кўрсатади (ринологик бемор ҳаёт сифатининг EQ-5D сўровномаси).

ЮЖБда эндоскопик эндоназал операцияни олдинги девор орқали бажариш бўйича ўтказилган тадқиқотларимиз натижалари унинг эрта операциядан кейинги даврда афзаллигини кўрсатади. Эндоскопик эндоназал

усулнинг пастки бурун йўли орқали бажарилиши юқори жағ бўшлиғи кисталарини даволаш сифатини анчагина оширади, жарроҳлик аралашувининг исталмаган натижаларини табиати ва миқдори ўзгаради. Шунингдек, пастки бурун йўли орқали такомиллаштирилган усулнинг қўлланилиши камроқ техник жиҳозланишни талаб этади.

## ХУЛОСАЛАР

1. Сўрилувчи функциясининг ўртача кўрсаткичлари  $6,5 \pm 2$  зарба/мин/га, транспорт функцияси  $18,6 \pm 0,4$  дақиқага ошди, бурун шиллик қаватининг гуморал иммунитет кўрсаткичлари операциядан олдинги даврда барча беморларда sIgA  $19,4 \pm 2,6$  мг/л га камайди ва IgE  $0,3 \pm 0,05$  мг/л га ошди. Такомиллаштирилган гайморотомия ва комбинацияланган дориларни қўллашдан сўнг, СВ-нинг тўлиқ нормаллашуви  $2,7 \pm 0,2$  зарба/мин./га, ТФ-  $13 \pm 0,3$  мин., sIgA  $31,2 \pm 1,6$  мг/л, IgE  $0,17 \pm 0,05$  мг/л. асосий гуруҳ беморларида бўлди, Бу операциядан кейинги эрта даврда бурун шиллик қаватининг мукотсиллиар транспортининг тикланиш вақтини ва сўрилувчи функциясини мос равишда 21,7% ва 20,6% га камайтиришга имкон беради.

2. Ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган қурилма пастки бурун йули орқали жарроҳлик даволаш усули остиомеатал мажмуанинг бузилмаган тузилмаларини сақлаб қолганда, максилларар синусни санациясида юқори клиник самарадорликка эга, шунингдек, шифохоналарда эндоскопик усуллига эга мутахассислар томонидан қўллашда энг самарали усул ҳисобланади.

3. Операциядан кейинги эрта даврда бурун бўшлиғининг мукосилиар тизимини функционал ўрганиш натижалари билан солиштирганда, беморларда операциядан кейин яхшиланганидан кейин 1,3 ва 6 ой ўтгач бу усул эпителий функциясининг сезиларли даражада ошишини ( $p < 0,05$ ) аниқлади, бу бурун бўшлиғи тузилмаларини сақлаб қолиш билан боғлиқ ва даволашдан олдин ва кейин, шунингдек 3 ва 6 оралиғида корреляцион боғлиқлик аниқланган. 23,36% ҳолларда жарроҳлик даволашдан бир неча ой ўтгач.

4. Иккала гуруҳ ўртасидаги ҳаёт сифатидаги фарқ 12 баллни ташкил этди, бу эса такомиллаштирилган технология билан даволанишдан сўнг операциядан кейинги эрта даврда таққослаш гуруҳидаги беморларнинг юқори турмуш тарзини билдиради. Ўртача 1 ой давомида жарроҳлик таъсиридан кейинги ҳаёт сифати гуруҳда  $64 \pm 4$  ( $p < 0,05$ ) баллни, иккинчи гуруҳда эса  $83 \pm 3$  ( $p < 0,05$ ) баллни ташкил етди. 6 ойдан сўнг таққослаш гуруҳидаги баллар сони ўртача  $87 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ), асосий гуруҳда эса  $95 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ).

5. ЮЖБ кистларининг қайталанишининг олдини олиш учун операциядан кейинги даврда операциядан кейинги дастлабки 10 кунда фенилэфрин билан бирлаштирилган Полидекса препаратларини ва Момат-А бурун спреји камида 6 ой давомида ишлатиш тавсия этилади

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**ХАЙИТОВ АЛИШЕР АДХАМОВИЧ**

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ**

**14.00.04- Оториноларингология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО  
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**САМАРКАНД – 2021**



**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована Высшей аттестационной комиссией при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2021.2.PhD/Tib.1496**

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета ([www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)) и на Информационно-образовательном портале «Ziynet» по адресу ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz))

**Научный руководитель:**

**Насретдинова Махзуна Тахсиновна**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:**

**Егоров Виктор Иванович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Шамсиев Жахонгир Фазлитдинович**  
доктор медицинских наук, доцент

**Ведущая организация:**

**Медицинский университет Пловдив**  
(республика Болгария)

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 при Самаркандском государственном медицинском институте (Адрес: 140100, г.Самарканд, улица Амира Темура 18. Тел./факс: (+99866) 233-07-66; факс: 66233775 (366); e-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz))

С диссертацией (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского института (зарегистрирован за № \_\_\_\_\_) Адрес: 140100, г.Самарканд, улица Амира Темура 18. Тел./факс: (+99866) 233-07-66;

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года.

(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года).

**Ж.А.Ризаев**

Председатель научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Г.У.Самиева**

Ученый секретарь научного совета по присуждению научных степеней, доктор медицинских наук, доцент

**К.Э.Шомурадов**

Председатель научного

семинара  
присуждению

при научном совете по

ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент



## ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии наук (PhD))

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным ВОЗ «...кисты околоносовых полостей являются одними из самых распространенных форм хронического синусита и выявляются случайно при КТ головы у 12-22% людей и часто протекают бессимптомно»<sup>1</sup>. Хронический синусит - одна из самых актуальных проблем современной медицины в современном мире. За последние 20 лет заболеваемость этим заболеванием увеличилась вдвое. В настоящее время нет единого мнения о симптоматике кист, наблюдаемых в верхнечелюстных пазухах, и этот вопрос становится все более актуальным, и требует детального изучения. Кисты верхнечелюстной пазухи - одна из самых частых патологий средней трети головы. До сих пор нет единого мнения о современном подходе к диагностике и лечению кист и в области прикладной медицины принимаются обширные меры по этому вопросу.

В мировой медицине особое внимание уделяется исследованиям, направленным на модернизацию методов раннего обнаружения диагноза, лечения и профилактики хронических синуситов, в том числе у пациентов с кистами верхнечелюстной пазухи. В результате повышение уровня современной медицинской помощи, диагностики и лечения пациентов с кистами верхнечелюстной пазухи в популяции на ранних стадиях определяет приоритетность глубоких научных исследований для оказания качественной медицинской помощи. Сегодня разработка способов повышения эффективности диагностики и лечения кист верхнечелюстной пазухи приобретает особое значение.

В нашей стране проводятся комплексные реформы по организации системы здравоохранения на основе передовых мировых стандартов, по предоставлению качественных медицинских услуг населению, в том числе по оториноларингологии, при этом повысив качество медицинского обслуживания пациентов с КВП. Стратегия деятельности по 5 приоритетным направлениям создания Республики Узбекистан на 2017-2021 годы определяет обязанности «развитию и совершенствованию системы медико-социальной помощи с целью обеспечения жизнедеятельности уязвимых групп населения»<sup>2</sup>. При выполнении этих задач КВП является одним из основных критериев углубленных научных исследований, таких как повышение уровня современной медицинской помощи пациентам, диагностика и лечение оториноларингологических заболеваний у населения, использование современных технологий для обеспечения качества здравоохранения.

Изображённая диссертационная работа основана на Указе Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 г. «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», Указе Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных

---

<sup>1</sup> По данным ВОЗ 2017г.

<sup>2</sup> Узбекистон Республикаси Президентининг «Узбекистон Республикасини янада ривожлантириш буйича Харакатлар стратегияси туррисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, УзР Крнун Хужжатлари туплами 2017 йил.

мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлении Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики.** Работа проводилась аналогично с наиважнейшим направлением подготовки специалистов в области науки и технологий в Республике Узбекистан. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В центре внимания находились углубленные исследования патогенеза кист верхнечелюстного синуса определяют также актуальность поиска рациональных методов терапевтической коррекции и профилактики (Алахвердиев С.А., 2011; Г.А.Гаджимирзаев, 2012; Баранская С.В., 2014; Sawatsubashi M., 2015; Крюков А. И., 2019). Сегодня информация о диагностике и лечении кист верхней челюсти недавно пополнилась новыми данными. Однако исследований, обобщающих опыт лечения большого количества пациентов с кистами в околоносовых полостях носа нет. В среднем кисты верхнечелюстной пазухи выявляются у 21,6% обследованных пациентов (Пискунов Г.З., 2009; Ламкова А.Х., 2011; Duncavage JA, 2011; Крюков А.И., 2015; Н.В. Бойко, 2019). Следовательно, высокая частота заболеваний и низкая эффективность при использовании традиционных методов лечения важны для необходимости поиска и разработки новых методов сохранения местных органов при лечении кист верхнечелюстной пазухи.

Совершенствование новых методов теоретического и практического лечения в Узбекистане фигурирует как одна из актуальных задач оториноларингологии, но ранняя диагностика кист гайморовой пазухи, ее влияние на состояние жизни пациентов, ее патогенетические аспекты изучены не полностью.

Диссертационная работа, направленная на решение проблемы здоровья человека, требует ряда исследований и мероприятий, результатом которых станет улучшение здоровья большей части населения. Это определяет, что диссертация выполнена в соответствии с приоритетами научных исследований в Республике Узбекистан.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертация выполнена согласно с исследовательской программой в Самаркандском государственном медицинском институте №012500135 по теме «Внедрение новых технологий ранней диагностики и терапии у больных с кистами верхнечелюстной пазухи» (2018-2020).

**Цель исследования:**

Цель исследования - разработка предложений и рекомендаций, направленных на совершенствование ранней диагностики и хирургического

лечения кист верхнечелюстной пазухи.

**Задачи исследования:**

-оценить показатели защитной функции слизистой оболочки носа, гуморального иммунитета в назальном секрете до и после хирургических вмешательств;

-разработать устройство и усовершенствовать технику эндоскопической эндоназальной гайморотомии через нижний носовой ход;

-оценить клиническую эффективность эндоскопической операции через нижний носовой ход с другими различными приемами хирургического лечения у пациентов с кистами верхнечелюстных пазух;

-оценить качество жизни пациентов после улучшенных эндоскопических операций и различных хирургических методов лечения верхнечелюстных пазух;

-разработать предложения по предупреждению рецидива заболевания у пациентов с кистами верхнечелюстных пазух.

**Объект исследования** в исследование были включены 139 пациента с кистой верхнечелюстного синуса обратившиеся в отделение оториноларингологии №1 клиники Самаркандского государственного медицинского института и частный медицинский центр ООО Golden Medical Group в 2018-2020 гг.

**Предмет исследования** рентгенологические данные пациентов с кистами верхнечелюстной пазухи, статус иммуноглобулинов в секрете слизистой носа, методы определения защитной функции слизистой оболочки носа.

**Методы исследования** Для достижения цели анализа с использованием клинических, радиологических, лабораторных, а также оборудования было использовано несколько методов в том числе статистические данные.

**Научная новизна исследования заключается в следующем:**

-установлена комплексная оценка состояния мукоциллиарного транспорта, всасывающей способности мукозного слоя носовой полости, иммунологических показателей назального секрета в сравнении после хирургических вмешательств;

-обосновано раннее диагностическое значение одновременного использования экспертных критериев, анкет и оториноларингологических исследований для дифференциации пациентов с КВЧП от других хронических риносинуситов и определения максимального лечения с учетом показателей функционального состояния носа;

-доказано, что эффективность разработанного эндоскопического доступа к ВЧП через ННХ с использованием порт-проводника не уступает эндоскопической инфундибулотомии и микрогайморотомии;

-доказано, что после усовершенствованного хирургического лечения пациентов с КВЧП, комплексное использование иммуномодуляторов и комбинированных назальных препаратов снижает рецидивы заболевания и улучшает качество жизни.

**Практические результаты исследования заключается в следующем:**

-при хирургическом лечении кисты верхнечелюстной пазухи предпочтение следует отдавать минимально инвазивной эндоскопической эндоназальной гайморотомии через нижний носовой ход.

-использование современных диагностических мер и ступенчатом подходе ведения пациентов с кистами верхнечелюстных пазух в послеоперационном этапе заболевания способствует убыванию клинических симптомов и уменьшению рецидива заболевания.

-при выполнении хирургического лечения по поводу кисты верхнечелюстного синуса необходимо проводить хирургическую коррекцию сопутствующей патологии полости носа.

**Достоверность результатов исследования.** Обоснованность современных методов и подходов, применяемых в научной работе, соответствие полученных расчетных данных с теоретическим материалом, точность проведенных тестов, достаточное количество пациентов, достоверность медико-статистических материалов клиническими, биохимическими методами, сравнение результатов с трудами зарубежных и отечественных исследователей, утверждение полученных выводов и результатов полномочными органами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

На этом основана научная значимость результатов опроса дооперационного обследования у пациентов с кистой верхнечелюстной пазухи разработана программа опросник для отбора пациентов и модернизирован метод эндовизуального хирургического лечения пациентов через нижний носовой ход с повышенным исходом вышеупомянутого метода лечения.

Практическая значимость результатов исследования. Разработанный малотравматичный способ вмешательства при кистах верхнечелюстной пазухи может применяться оториноларингологами как в стационарах, так и в амбулаториях, а также у пациентов с сопутствующей патологией, проводится и под местным обезболиванием, обуславливая экономическую выгоду.

Определение риска рецидива кист верхнечелюстных пазух является необходимым в планировании ведения пациентов в послеоперационном периоде.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научных постижений по ранней диагностике и оценке улучшения лечения кист верхнечелюстной пазухи, которая является многофакторным заболеванием:

-утверждена методическая рекомендация «Усовершенствованный алгоритм диагностики кист верхнечелюстных пазух» (справка министра здравоохранения от 26 января 2021 № 8н-р/72). В результате применения полученных научных результатов на практике удалось повысить эффективность лечения с применением иммуномодуляторов у пациентов с КВП;

-утверждена методическая рекомендация «Совершенствование хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух» (справка министра здравоохранения от 26 января 2021 № 8н-р/73). В результате применения

полученных научных результатов на практике лечение предложенным малоинвазивным хирургическим методом через нижний носовой ход у пациентов с КВП позволило повысить сохранность функционального состояния носа;

-научные итоги внедрены в практику здравоохранения, в том числе в клиническую деятельность отделения оториноларингологии Навоийского областного многопрофильного медицинского центра, клиники №1 Самаркандского государственного медицинского института, (справка министра здравоохранения от 6 июля 2021 № 8н-з/221). Практическое применение полученных результатов позволило улучшить качество жизни пациентов.

**Апробация результатов исследования.** Исходом нашей диссертации явилось участие на шести научно-практических конференциях, в том числе на четырех международных и двух национальных.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации обнародовано 14 научных работ, в том числе 4 статьи в местных журналах и 1 статья в зарубежном издании, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Структура данной работы заключается и представлена введением, 4 главами, заключением и библиографией. Объем диссертации представлен 120 страницами текста.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** автором обосновываются ход и своевременность исследования, четко сформулированы цель, объект и задачи исследования, определено соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и техники в Республике, научная новизна и практические навыки описаны в результатах исследования. Подчеркивается научная и практическая важность полученных результатов, продвижение итогов исследований на практике, а также материалов по опубликованным работам и связанным с ними диссертациям.

**Первая глава диссертации «Современная интерпретация этиологии и патогенеза кист околоносовых полостей носа»** посвящена обзору доступной научной информации по вопросам этиологии и патогенеза, диагностики и лечения кисты верхнечелюстного синуса. В частности, рассмотрены характер иммунных нарушений при кисте верхнечелюстного синуса. Даны сравнительные характеристики хирургического лечения кисты верхнечелюстного синуса. Успех в реабилитации больных с кистозными синуситами зависит от исходного состояния общей иммунологической реактивности каждого больного.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы диагностики и лечения кист верхнечелюстной пазухи»** дана общая особенность материала и метода обследования. В основу научно-исследовательской работы вошло

обследование 139 больных с кистозным поражением верхнечелюстных синусов, обратившихся в клинику ООО «Golden medical group» и клинику №1 СамГМИ, в период с 2018-2020 гг. Все пациенты были подвержены хирургическому лечению. Были определены критерии включения, не включения и исключения пациентов из анализа.

Ссылаясь на цели и задачи поставленной научно-исследовательской работы все анализы изучения проводились в данных различных группах: основной группе, группе сравнения и контрольной группе. Основная группа (n=77), всем пациентам проведен усовершенствованный тип подхода к верхнечелюстной пазухе через нижний носовой ход. Группа сравнения (n=62), была разделена на 2 подгруппы. Подгруппе А (n=42), была произведена радикальная гайморотомия через переднюю стенку, в подгруппе В (n=20) была произведена эндоназальная гайморотомия через средний носовой ход, контрольная группа (n=20) здоровые люди без патологии носа и околоносовых пазух носа, с целью выявления нормальных значений для исследования транспортной, всасывательной функций носа и иммунологических показателей назального секрета.

Среди пациентов, отобранных для изучения, было 62 женщин и 77 мужчин в возрасте от 18 до 74 лет, и у основного количества пациентов – 83 случая (51,8%) болезнь развилась от 31-45 лет, причём в относительно больших случаях – 50 (31,2%) болезнь прогрессировала до 30 летнем возрасте. Основная часть пациентов была работоспособного возраста, возрастной показатель которых составлял в среднем  $31,4 \pm 3,6$  года.

Для экспертизы качества жизни осмотренных пациентов нами была выработана электронная анкета «Стартовый опросник для дифференциальной диагностики заболеваний СОДДЗ» (SODDZ.exe DGU-20211236), которую пациентам предлагалось заполнить.

При оценке качества жизни пациента одной из основных являлась головная боль, 136 (98%) пациентов сообщили о наличии этой жалобы, 97 (70%) пациентов жаловались на выделения из носа. Слабость была выявлена у 84 (61%) пациентов. 48(34,5%) пациентов сообщили о чувстве неудобства в области верхнечелюстных пазух. У 108 (78%) пациентов было выявлено отекание слизи по задней стенке носо- и ротоглотки. Всем пациентам был проведен оториноларингологический осмотр, который состоял из эндоскопического осмотра носовой полости и носоглотки, фарингоскопии, отоскопии и ларингоскопии.

Для исследования времени мукоцилиарного транспорта (ВМЦТ) использовали пищевой сахарин.

Для измерения всасывающего потенциала мукозной оболочки полости носа использовался наиболее доступный метод С.Г.Боржима модифицированный Б.М. Сагаловичем.

У пациентов с кистами гайморовой пазухи изучали уровень гуморального иммунитета носовых выделений:

-Согласно методу RID С Mancini et al. (1965) Использовали моноспецифический метод с применением антисывороток, определение

уровня назального секреторного иммуноглобулина Е и sIgA методом ИФА. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики. 95% показатель надёжности оценивался по критерию Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

В третьей главе диссертации **«Результаты клинических исследований и оценка эффективности лечения больных в группе сравнения»** описаны результаты клинических, радиологических, функциональных и иммунологических исследований.

Резюмированы данные распространённости заболевания и уровень сравнительной характеристики больных в подгруппах сравнения. Односторонний кистозный верхнечелюстной синусит был представлен 119 случаями, двухсторонняя киста верхнечелюстного синуса выявлена у 20 исследуемых пациентов. Общее количество 159 исследованных пазух. Основная часть кист (91 случаев) локализовалась на нижней стенке верхнечелюстной пазухи или занимала весь объём пазухи (17 случаев).

Проводимое нами лечение проводилось с применением эндоскопической оптики 2,7 и 4 мм, с углом поворота зрения  $0^{\circ}$ ,  $30^{\circ}$ ,  $45^{\circ}$  и  $70^{\circ}$ ; видеооборудования и основного инструментария. При необходимости и с согласия пациента мы провели коррекцию структуры носа (подслизистая резекция носовой перегородки, вазотомия и др.).

Клиническая полезность формируется как:

- «Хорошо» - при отсутствии негодных исходов хирургического лечения, повторного роста кист и сокращения времени на лечение;

- «Неплохо» - ненужные хирургические результаты и продление сроков послеоперационного ухода;

- «Неудовлетворительно» - при рецидиве заболевания возникают ненужные последствия хирургического вмешательства в послеоперационный период и более длительный период восстановления.

Период восстановления определяется промежутком времени от начала работы до восстановления трудоспособности. Клинические проявления анализировали на следующий день, а также через 1, 3 и 6 месяцев после хирургического лечения.

Удовлетворённость жизнью признавали по шкале 2000 EQ-5D. По данным В.В. Вишнякова и др. (2010), включая анкету о состоянии здоровья пациентов с патологией ринологией.

По опроснику пациент судил о своем состоянии по следующим признакам: дыханием через нос, болями в голове в области лица, а также производили проверку доволен ли пациент результатами операции. Шкала здоровья похожа на градусник и рассчитывает от 0 до 100 баллов. Пациенту предлагалось самостоятельно оценить состояние своего здоровья. Индекс «0» по шкале здоровья целесообразен худшему состоянию здоровья пациента, а индекс «100» - первостатейному состоянию здоровья, которое пациент может зафиксировать для себя. Суммарный этап исследования осуществивший через 6 месяцев после операции и активировал оценку состояния и кондиции жизни пациента, посредством выполнения МСКТ или рентгеновского осмотра и оценки клинической результативности хирургического лечения.

При решении задач исследования необходимо было определить степень зависимости тяжести, характера и продолжительности воспалительного процесса в зависимости от анатомо-функциональных особенностей околоносовых пазух и, в частности, от состояния функции естественного соустья верхнечелюстной пазухи с учетом характера состояния иммунологического состояния организма.

Показана величина клинического проявления у пациентов с КВП в дооперационном времени статистических различий между группами не имеет. Из данных таблицы 1 у пациентов в группе сравнения от 50% до 54,76% пациентов, и в основной группе 48,05% пациентов получили количество от 13-14 баллов, от 11-12 баллов в основной группе пациенты 45,45%, а в группе сравнения в пределах 37,5%. Меньшее количество баллов было получено также в основной группе 6,49% и около 10% в группе сравнения.

Выданные исследования функции носа до операции по выраженности нарушения слизистой оболочки носа в период до операции представлены в таблице 1.

**Таблица 1.**

**Распределение средних показателей транспортной функции по степени нарушения**

	Количество человек (в % и абсолютных числах)		
	Степень нарушения		
Группы пациентов	1 степень (16-19 минут)	2 степень (19-21 минут)	3 степень (более 21 минут)
Подгруппа А n=42	5 (11,9%)	28 (66,67%)	9 (21,42%)
Подгруппа В n=20	3 (15%)	12 (60%)	5 (25%)
Основная группа n=77	15 (19,4%)	56 (72,8%)	6 (7,8%)
Группа контроля n=20 10-15 минут			

Согласно таблице 1 транспортная функция слизистой оболочки полости носа была угнетена у всех исследуемых. Средние показатели данной функции до хирургического вмешательства не имели значимых различий между группами ( $p > 0,05$ ), но были достоверно выше нормальных значений ( $p < 0,0001$ ). Большая часть исследуемых 96 пациентов (69%) имели вторую степень нарушения транспортной функции слизистой оболочки полости носа, 23 пациента (16,54%) - первую степень нарушения, а 20 пациентов (14,3%) - третью.

Таким образом, у пациентов подгрупп А, Б и основной группы показатели всех исследуемых нами критериев состояния слизистой оболочки полости носа до операции не имели статистически значимых различий, однако, имели отклонения от нормы. Средние показатели выделительной функции слизистой оболочки полости носа у всех пациентов до операции были ниже нормы ( $p > 0,05$ ). У преимущественного количества исследуемых (23,33%) данная



функция имела вторую степень нарушения, первую степень нарушения диагностировали у 23,33% пациентов, третью – у 10,0% больных.

Исследование всасывательной функции слизистой оболочки носа в дооперационном периоде показывает, что эта функция была нарушена у пациентов обеих групп.

**Таблица 2**

**Распределение средних показателей всасывательной функции в дооперационном периоде исследования:**

Группы пациентов	Показатели ВФН
Подгруппа А n=42	На $5,7 \pm 0,8$ уд/мин
Подгруппа В n=20	На $5,7 \pm 0,3$ уд/мин
Основная n=77	На $5,7 \pm 0,7$ уд/мин
Группа контроля n=20	На $2,2 \pm 0,7$ уд/мин

Больным группы сравнения подгруппы А была произведена операция радикальная гайморотомия. После выполнения оперативного лечения нами производились каждодневные осмотры и перевязки, а также запись изменений клинических симптомов послеоперационного воспалительного процесса в динамике на 3, 7, 10 и 14 сутки на основании балльных параметров. При сборе жалоб пациентов по поводу выраженности болевого фактора пациенты замечали, что боль низкой интенсивности наблюдалась только в первые три дня. При эндовизуальном осмотре на третий день в полости синуса обнаруживаются геморрагические сгустки с участками фибринового налета, на видимых стенках слизистого слоя нет.

В группе сравнения пациентам подгруппы Б (n=20) выполнено эндоназальное вскрытие гайморовой пазухи через средний носовой ход. В основе метода лежит хирургическое расширение естественного соустья или вскрытие стенок верхнечелюстных пазух. У пациентов данной группы, при проведении эндоскопической эндоназальной операции на ВЧП, возникали небольшие технические трудности, связанные с проблемой обзора передней, медиальной стенок ВЧП, альвеолярной бухты и повышенной кровоточивостью тканей. Это требовало дополнительной анемизации тканей сосудосуживающими растворами. Центральный отдел пазухи, область задней стенки визуализировались хорошо. В раннем послеоперационном периоде отек мягких тканей лица встречался лишь у 2 (9,3%) пациентов. Пациентов беспокоило нарушение носового дыхания, обусловленное наличием тампона в полости носа. После его удаления пациенты сразу ощущали улучшение самочувствия. На 3-4 сутки пациентам проводилось промывание ВЧП через расширенное естественное соустье антисептическим раствором. Все пациенты отмечали сукровичные выделения из носа, количество которых постепенно уменьшалось. К 6-8 суткам после операции выделения прекращались. Временное нарушение чувствительности на стороне операции зарегистрировано у 2 пациентов (9,3%). Стеноз расширенного естественного соустья ВЧП в среднем носовом ходе выявлен у 3 пациентов (15,1%) на контрольной эндоскопии полости носа и ОНП через 3 месяца. Также следует отметить образование синехий в полости носа у 2 (9,3%) пациентов. Рецидив

кисты подгруппе Б зафиксирован у 3 (15,1%) пациентов. Возможнее всего, причинами повторения могло быть нарушение аэродинамики верхнечелюстной пазухи вследствие синехий в полости носа и сужения расширенного естественного соустья. Через 3 месяца контрольная эндоскопия полости носа и стеноз среднего носового хода с расширенным естественным анастомозом ВЧП выявлены у 3 (15,1%) пациентов. Также следует отметить возникновение синехий в полости носа у 2 (9,3%) пациентов. Рецидив кисты подгруппе Б зафиксирован у 3 (15,1%) пациентов. Возможнее всего, причинами повторения могло быть нарушение аэродинамики верхнечелюстной пазухи вследствие синехий в полости носа и сужения расширенного естественного соустья.

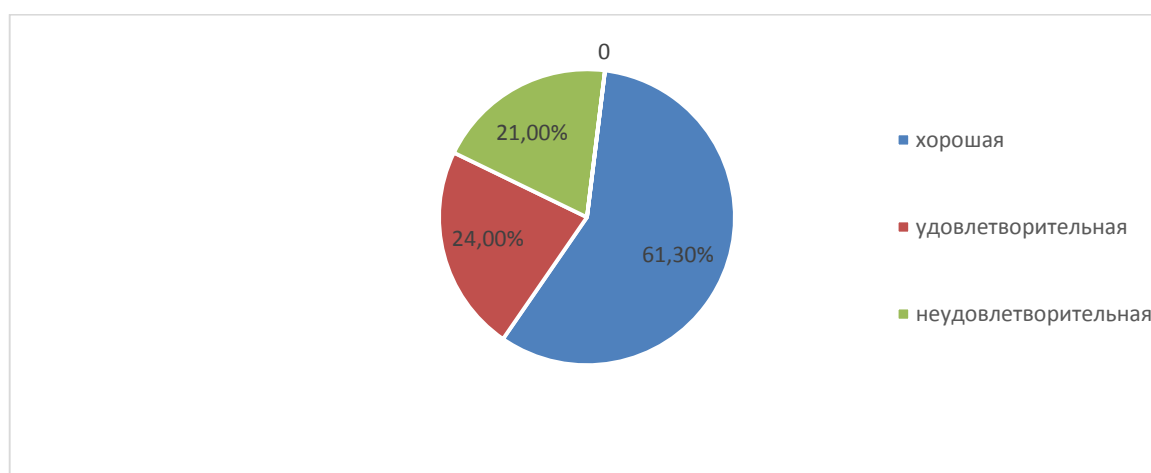
Результаты послеоперационного исследования всасывательной функции у пациентов двух подгрупп показали, что из-за чрезмерного расширения естественного соустья ВЧП и создание дополнительного соустья в нижний носовой ход в слизистом слое полости носа были нарушения в виде повышения всасывания: после вскрытия синуса через переднюю стенку максимальное увеличение частоты пульса через 4 недели тестирования 0,1% раствором атропина на  $6,3 \pm 0,6$  уд/мин, через 3 месяца - увеличение на  $5,3 \pm 0,3$  уд/мин, через 6 месяцев на  $4,3 \pm 0,3$  уд/мин, говорит о том, что клетки слизистой оболочки имеют частичное восстановление своей целостности;

Всасывательная способность слизистого слоя после эндоназальной операции увеличивается на  $6,9 \pm 0,7$  уд/мин через 4 недели. Однако с 3-го месяца эта функция слизистой оболочки показывает положительную динамику и увеличивается на  $4,5 \pm 0,3$  уд/мин, через 6 месяцев на  $3,1 \pm 0,3$  уд/мин, что свидетельствует о неполном восстановлении функции эпителиальных клеток;

Как видно из приведенных выше результатов, у пациентов этой группы не восстановилась всасывательная функция, она была значительно повышена по сравнению с нормой как до, так и после операции ( $p < 0,05$ ).

Анализ клинической эффективности проводимого лечения пациентов группы сравнения продемонстрировал следующие результаты. «Неудовлетворительная» клиническая эффективность выявлена у 13 (21%), именно у такого количества больных возник рецидив кисты после проведенного хирургического лечения, в срок наблюдения от 1 до 6 месяцев. Также у данной части больных имелись различные сочетания нежелательных результатов хирургического вмешательства: отек мягких тканей лица у 4 пациентов (6,4%), нарушение чувствительности у 3 пациентов (4,8%), синехии в полости носа у 9 пациентов (14,5%), стеноз расширенного естественного соустья у 5 пациентов (8,0%). Длительность лечения в стационаре составила до 9 суток, а амбулаторного долечивания – до 7 суток. «Удовлетворительная» клиническая эффективность определялась у 14 (24,0%) пациентов. За период наблюдения у данных больных встречались следующие нежелательные результаты хирургического вмешательства: отек мягких тканей лица у 3 пациентов (4,8%), нарушение чувствительности у 2 пациентов (3,2%), стеноз расширенного естественного соустья у 8 пациентов (12,9%), ороантральное

сообщение сохранилось у 4 пациентов (6,4%). Однако рецидивов синусита не было выявлено. Длительность стационарного лечения составила 7 суток у 14 больных и 8 суток у 4 больных, амбулаторное долечивание у всех больных составило 3 суток. «Хорошая» клиническая эффективность отмечена у основного количества пациентов 38 (61,3%). У этих пациентов не встречались нежелательные результаты хирургического вмешательства как в ранний послеоперационный период, так и в отдаленный период. Не возникло рецидивов заболевания (рис. 1). Срок стационарного лечения составил 7 суток, амбулаторное долечивание не потребовалось. Средний срок стационарного лечения пациентов основной группы составил 3 суток. Средний срок реабилитации – 7 суток.



**Рис 1.** Оценка клинической эффективности лечения больных группы сравнения.

По данным четвертой главы **«Оптимизация диагностики и хирургического лечения больных с кистами верхнечелюстных пазух»** представлены результаты усовершенствованного метода хирургического вмешательства через нижний носовой ход.

Характеристики исследования, целью которого, как указано во введении, было повышение эффективности и качества ухода за пациентами с КВЧП путем дифференциального подхода хирургического лечения малоинвазивного доступа к верхнечелюстной пазухе.

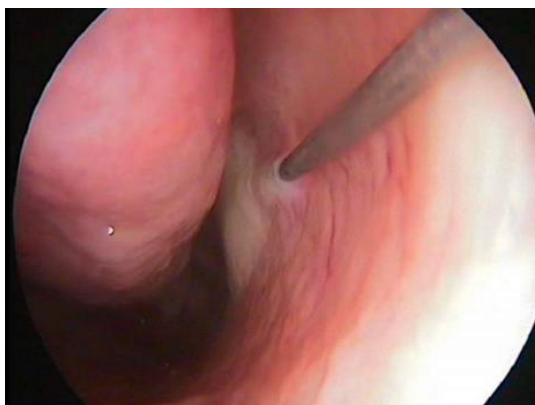
При этом для оптимизации оперативного вмешательства нами был предложен усовершенствованный вариант гайморотомии через нижний носовой ход, который принципиально отличается от аналогичных. Операция эндоназальной гайморотомии через нижний носовой ход выполняется в условиях стационара и амбулаторно под местной и общей анестезией. Оптимизация достигается за счет того, что при оперативном лечении используется разработанное нами устройство «порт-проводник», который состоит из корпуса с каналом длиной 7 см.. Корпус выполнен из суженной дистальной части диаметром  $d_1 = 0,7$  см. и расширенной проксимальной части диаметром  $d_2 = 3$  см. Дистальный конец скошен под углом 45 градусов, где выполнено отверстие  $0,5 \times 0,9$  см.

Выполнение корпуса устройства с расширенной проксимальной частью и суженной дистальной частью позволяет ринохирургу одновременно работать

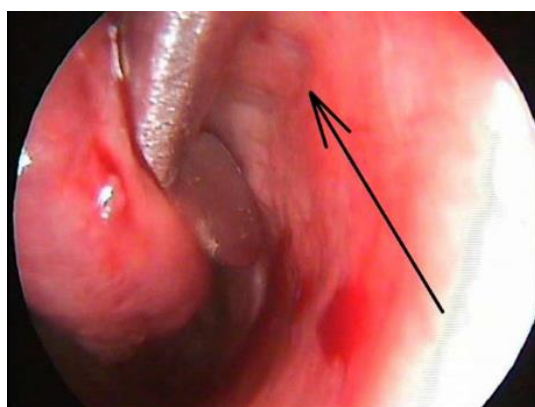
обеими руками, удобно вводить и выводить одновременно эндоскоп и наконечник мини-дебридера (или щипцы), кисты удаляются из верхнечелюстной пазухи с минимальной травмой слизистой оболочки нижнего носового прохода, предотвращая последующие грубые спайки и сокращая время восстановления слизистой оболочки носа.



**Рисунок 2.** Устройство «порт-проводник» для усовершенствованной операции гайморотомии через ННХ



**Рисунок 3.** Эндоскопический снимок боковой стенки левого нижнего носового прохода (инфильтрация анестезирующего раствора).



**Рисунок 4.** Эндоскопическое изображение области нижнего носового прохода слева.

Оперативную манипуляцию производят под эндотрахеальной общей анестезией и дополнительной местной, или под местной инфильтрационной анестезией.

После надламывания и люксации, медиализации нижней раковины делается \_\_\_\_\_ образный разрез на латеральной стенке нижнего носового хода. Мягкие ткани отсепааровываются распатором, обнажается костная стенка. Долотом или бором вскрывают верхнечелюстную пазуху, создается соустье и

фиксируя за ручку устройство устанавливается в него, кровотечение останавливается за счет прижатия краев раны стенками устройства. В пазуху вводятся наконечники эндоскопа, шейвера или щипцы. (0 и 30 градусов). Киста визуализируется и удаляется. Пазуха промывается теплым физиологическим раствором, осматривается физиологическое соустье пазухи.



**Рисунок 5.** *Обнажение костной стенки нижнего носового хода*



**Рисунок 6.** *Через проводник введены наконечники шейвера и эндоскопа*



**Рисунок 7.** *Визуализация кисты верхнечелюстной пазухи*

После завершения манипуляций в пазухе, устройство извлекают, в нижний носовой ход устанавливается йодоморфный или синтомициновый тампон, который извлекают через сутки.

Показатели транспортной функции слизистой оболочки полости носа через 30 дней, 1 месяц, 3 и 6 месяцев после гайморотомии сведены в таблице 3.

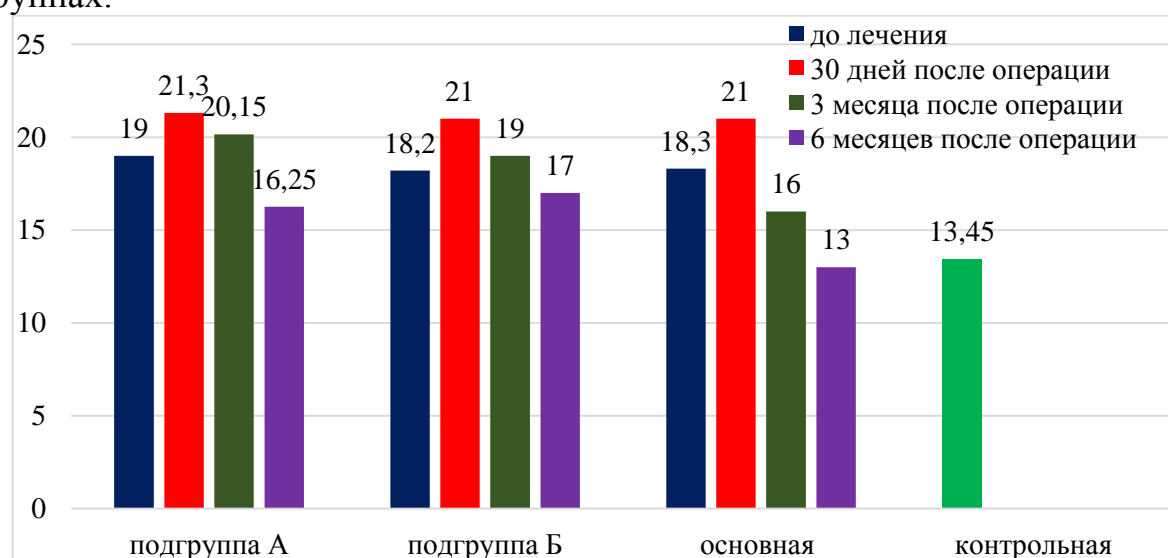
Таблица 3.

**Групповое распределение степени нарушения от продолжительности хирургического вмешательства.**

Сроки проведения, исследования группы		Степени нарушения транспортной функции			
		1 степень (16-19 минут)	2 степень (19-21 минут)	3 степень 21 минут и более	Норма 10-15 мин
Через 1	Подгруппа А	-	7 (16,6%)	35 (83,3%)	-
	Подгруппа Б	-	3 (15%)	17 (85%)	-
	Основная	-	13 (16,8%)	64 (83,1%)	-
Через 3 месяцев	Подгруппа А	16 (38,1%)	26 (61,9%)	-	-
	Подгруппа Б	1 (5%)	19 (95%)	-	-
	Основная	12(15,6%)	-	-	65 (84,4%)
Через 6 месяцев	Подгруппа А	41 (97,7%)	1 (2,3%)	-	-
	Подгруппа Б	17 (85%)	-	-	3 (15%)
	Основная группа	-	-	-	77 (100%)

*Примечание-статистически значимые различия между примечаниями (и оцененным Хи-квадрат,  $p>0,05$ ) \*не было обнаружено четкой статистической разницы между группами (критерий Хи-квадрат,  $p<0,05$ \*)*

Реснитчатый эпителий слизистой оболочки полости носа находился в состоянии выраженного угнетения, показатели транспортной функции у всех пациентов были хуже дооперационных значений, соответствовали второй и третьей степеням нарушения и не имели статистически значимых различий между группами ( $p>0,05$ ). К 1 месяцу после операции мы наблюдали положительную динамику по восстановлению функций мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа у пациентов подгрупп А, В, и основной группы. Однако, интенсивность этого процесса отличалась в группах.



**Рисунок 8.** Средние величины мукоциллиарного транспорта в динамике в исследуемых группах.

Так в подгруппах А и В средние показатели транспортной функции составили  $21,3 \pm 0,65$  минут и  $21 \pm 0,5$  минут соответственно, а в основной  $21 \pm 0,9$  минут. В контрольной группе в те же сроки после оперативного лечения по статистическим данным явных изменений транспортной функции слизистой оболочки полости носа не выявлено ( $p > 0,05$ ). К 3 месяцу после операции средние показатели транспортной функции слизистой оболочки полости носа в подгруппах А и Б значительно улучшились относительно дооперационных значений ( $p < 0,0001$ ) и составили  $20,15 \pm 1,48$  минут и  $19 \pm 1,36$  минут соответственно, однако еще не достигли нормы (норма  $13 \pm 2,17$  минут). В основной этот показатель равнялся  $16,05 \pm 0,89$  минут, что также лучше дооперационных значений ( $p = 0,021$ ). Через 6 месяцев показатели МЦТ пациентов А группы составили в среднем 16,25 мин., а в группе Б 17 мин., тогда как в основной группе эти показатели были намного лучше и составили в среднем 13,05 мин.. Это говорит о полном восстановлении транспортной функции слизистой оболочки полости носа у пациентов основной группы.

Также в эти сроки мы оценивали наличие осложнений у пациентов после гайморотомии во всех группах.

**Таблица 4.**

**Наличие осложнений у пациентов после хирургического вмешательства.**

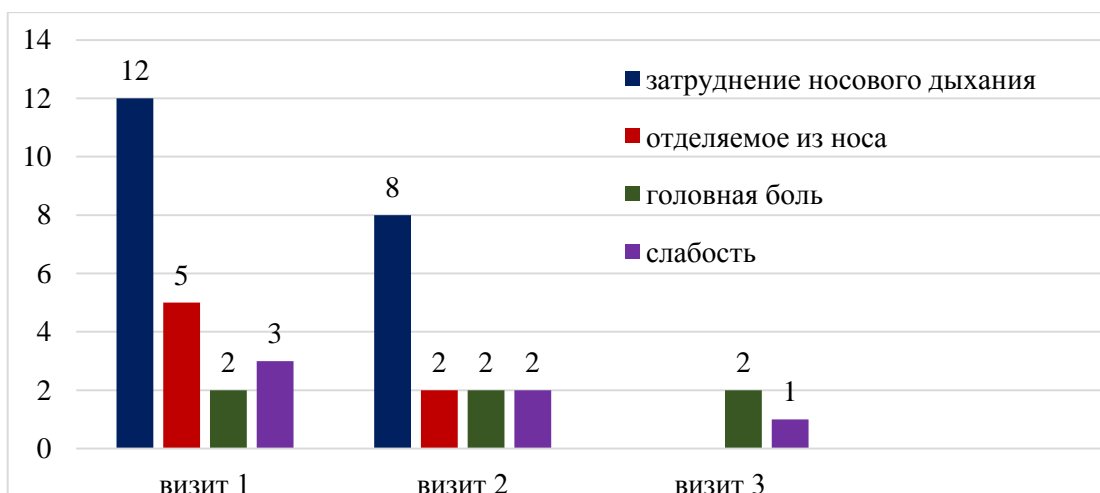
	Виды осложнений	Подгруппа А	Подгруппа Б	Основная
1	Невропатия тройничного нерва (2 ветвь)	9	7	-
2	Рецидив кисты	5	2	-
3	Нагноение пазухи	3	2	-
4	Западение передней стенки ВЧП	5	-	-
5	Чувство тяжести в проекции ВЧП	5	-	-
6	Образование спаек в соустье и носовом ходе	13	5	1

В таблице 4 представлены данные о осложнениях у пациентов обеих групп после хирургического вмешательства. По данным таблицы невропатия тройничного нерва, по поводу чего пациент обратился к невропатологу, в подгруппе А наблюдалось у 9 пациентов и у 7 подгруппы Б. У 3 пациентов подгруппы А и у 2 подгруппы Б наблюдалось нагноение пазухи в первые 10 дней после операции, западение передней стенки наблюдалось у 5 пациентов подгруппы А. В обеих подгруппах в больших количествах имело осложнение как образование спаек в нижнем носовом ходе подгруппы А 13 случаев, у пациентов подгруппы Б 5 случаев. 5 рецидивов заболевания в подгруппе А и 2 рецидива в подгруппе Б.

В исходе лечения с помощью назального спрея Полидекса с фенилэфрином наблюдаются выраженные положительные сдвиги. При динамическом наблюдении риноскопических изменений наиболее явное снижение симптомов отека слизистой оболочки полости носа, сужения просвета носовых ходов, уменьшения количества патологического назального секрета, было у пациентов, принимавших препарат Полидекс с фенилэфрином, по сравнению с группой сравнения. По результатам



исследования проанализирована динамика симптомов у пациентов с ХЭП на фоне лечения Полидексом с фенилэфрином в качестве монотерапии.



**Рисунок 9.** Динамика симптомов у пациентов в процессе лечения препаратом Полидекса с фенилэфрином

Как показывает диаграмма (рис.9), наблюдается хороший положительный прогресс клинических симптомов, которое говорит о высокой эффективности использованного нами терапии. После применения спрея Полидекса (неомицин+полимиксин+дексаметазон+фенилэфрин) пациентам назначался препарат спрей Момат А (мометазон 40 мг+азеластин 140 мг.).

Всем больным основной группы после операции было проведено иммунологическое исследование назального секрета. Данные иммунологических показателей были представлены в сравнении до операции, через 1, 3 и 6 месяцев после операции. Ниже представлены данные иммунологических показателей назального лаважа у больных после усовершенствованного метода гайморотомии через нижний носовой ход в сравнении.

**Таблица 5.**

**Показатели sIg A, Ig E в назальном секрете у пациентов основной группы в временном сравнении.**

показатели	Группа контроля	до операции	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
sIg A	34±5*	19,4±2,6*	29,7±2,5*	35,2±2,7*	35,2±3,5**
Ig E	0,07±0,02	0,3±0,05	0,23±0,05	0,07±0,05	0,07±0,05

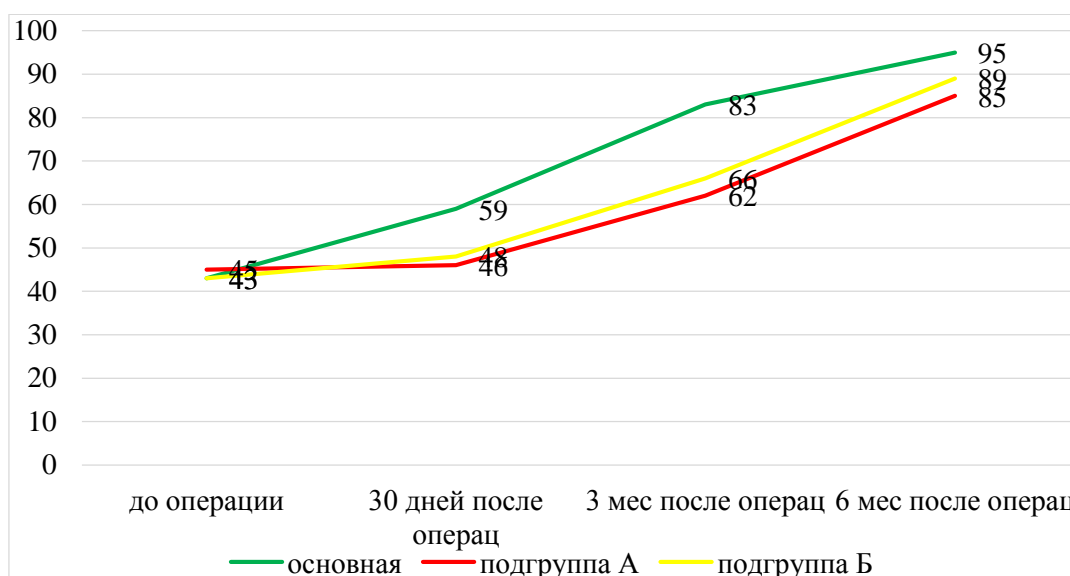
**Примечание** - \*выявлены статистически значимые различия между группами (\*-  $P<0,05$ , \*\*-  $P<0,01$ , \*\*\* -  $P<0,001$ )

Согласно таблице 5, это статистически значимая разница по сравнению с показателем нормальных значений. Но в основной группе пациентов после комплексного применения препарата Полидекса с фенилэфрином в течении 10 дней, затем препарата Момат А в течении 6 месяцев после операции получили изменения близкие к норме.

Согласно опроснику здоровья ринологического пациента EQ-5D, при изучении качества жизни пациентов были получены следующие результаты.



На 30 день после лечения хирургического средний балл составил  $47 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ) в группе сравнения и  $59 \pm 3$  ( $p < 0,05$ ) в основной группе.



**Рисунок 10.** Сравнительные данные опросника по здоровью в исследуемых группах.

Разница в качестве жизни между группами составила 12 баллов, что свидетельствует об улучшении качества жизни пациентов основной группы после эндоскопии. Среднее качество жизни через 3 месяца после операции в группе сравнения составило  $64 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ), в основной группе -  $83 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ), а средний балл по окончании наблюдения составил 87 баллов в группе сравнения ( $p < 0,05$ ), а в основной группе пациентов  $95 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ). По окончании исследования разница в качестве жизни между группами составила не менее 8 баллов, что свидетельствует об очевидной эффективности комплексного лечения и качестве жизни пациентов основной группы.

Анализ показывает очень положительную тенденцию в группе сравнения опросника здоровья EQ-5D. Полученные результаты показывают высокую информативность и чувствительность методики анкетирования (опросник качества жизни ринологического больного EQ-5D) в диагностики патологического процесса при КВП. Сопоставление результатов нашего исследования по применению операции через переднюю стенку и эндоскопической эндоназальной операции на ВЧП указывает на преимущество последней главным образом в раннем послеоперационном периоде. При использовании эндоскопического эндоназального метода через нижний носовой ход значительно возрастает качество лечения КВП, меняется характер и количество нежелательных результатов хирургического вмешательства. Также при применении усовершенствованного метода через нижний носовой ход требуется меньшее техническое оснащение.

## ВЫВОДЫ

1. Средние показатели всасывательной функции увеличились на  $6,5 \pm 2$  уд.мин., транспортной функций  $18,6 \pm 0,4$  мин., состояние гуморального иммунитета слизистой оболочки носа уменьшилось  $sIgA$   $19,4 \pm 2,6$  мг/л,

увеличились показатели IgE  $0,3\pm 0,05$  мг/л у всех пациентов в дооперационном периоде. После проведенной усовершенствованной гайморотомии и применения комбинированных препаратов отмечается полная нормализация показателей ВФ-на  $2,7\pm 0,2$  уд.мин., ТФ- $13\pm 0,3$  мин., sIgA  $31,2\pm 1,6$  мг/л, IgE  $0,17\pm 0,05$  мг/л у пациентов основной группы, что позволяет на 21,7% и 20,6% соответственно сократить время восстановления мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа и всасывательной функции в раннем послеоперационном периоде.

2. Разработанное устройство и усовершенствованный способ хирургического лечения через нижний носовой ход обладает более высокой клинической эффективностью для санации максиллярного синуса с сохранением интактных структур остиомеатального комплекса, а также наиболее эффективно в стационарах с участием специалистов, владеющих эндоскопической техникой.

3. При сравнении результатов функционального исследования мукоцилиарной системы полости носа в раннем послеоперационном периоде при наблюдении через 1,3 и 6 месяцев после операции у пациентов после улучшенного метода обнаружено значительное увеличение ( $p < 0,05$ ) функции эпителия, что связано с сохранением структур полости носа, и лоцирована корреляционная зависимость до и после лечения, а также в сроки через 3 и 6 месяцев после оперативного лечения в 23,36 % случаев.

4. Разница в качестве жизни между двумя группами составила 12 баллов, что означает о более высоком образе жизни пациентов группы сравнения в раннем послеоперационном периоде после лечения по улучшенной технологии. В среднем за 1 месяц качество жизни после хирургического воздействия стало  $64\pm 4$  ( $p < 0,05$ ) балла в группе, против  $83\pm 3$  ( $p < 0,05$ ) баллов во второй группе. Через 6 месяцев количество баллов в группе сравнения в среднем составила  $87\pm 2$  ( $p < 0,05$ ), а в основной группе -  $95\pm 2$  ( $p < 0,05$ ).

5. Для профилактики рецидива кист ВЧП рекомендуется использование в послеоперационном периоде комбинированных препаратов Полидека с фенилэфрином в первые 10 дней после операции и назального спрея Момат-А на протяжении минимум 6 месяцев.

**THE SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES  
AT THE SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

**XAYITOV ALISHER ADXAMOVICH**

**IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF DIAGNOSIS AND  
TREATMENT OF CYSTS OF THE MAXILLARY SINUS**

**14.00.04 – Otorhinolaryngology**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY  
(PHD) IN MEDICAL SCIENCES**

**Samarkand – 2021**

**The theme of doctoral philosophy (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under the number B2021.2.PhD/Tib.1496.**

The doctoral philosophy (PhD) dissertation has been prepared at the Samarkand State Medical Institute.

The abstract of the dissertation posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of Scientific Council ([www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)) and the informational and Educational portal of «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific chief:** **Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna**  
doctor of medicine, dotsent

**Official opponents:** **Yegorov Viktor Ivanovich**  
doctor of medicine, professor

**Shamsiyev Jahongir Fazliddinovich**  
doctor of medicine, dotsent

**Leading organization:** **Medical University Plovdiv (Bulgary)**

The defense of the dissertation will be held «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 at \_\_ hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 2020 at the Samarkand State Medical Institute (Address: 140100, Samarkand, 18 Amir Temur street 18, Tel./fax: (+99866) 233-07-66, fax: 66233775 (366) e-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Samarkand State Medical Institute (registered under №\_\_). (Address Samarkand, Amir Temur Street 18, 140100. Tel./fax: (+99866) 233-07-66, fax: 66233775 (366) e-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)).

The abstract of dissertation was distributed «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 y.

(Register report № \_\_ on \_\_\_\_\_ 2021 y.).

**J.A. Rizaev**

Chairman of the scientific council awarding Scientific degrees, Doctor of Medical sciences, professor

**G.U. Samieva**

Scientific secretary of the scientific council awarding Scientific degrees, doctor of Medical Sciences, docent

**Q.E. Shomurodov**

Chairman of the scientific Seminar under the scientific council awarding Scientific degrees, Doctor of Medical Associate docent



## **INTRODUCTION (abstract of the doctoral (doctoral) dissertation)**

**The aim of the study** is to improve minimally invasive surgical methods in patients with maxillary sinus cysts, taking into account the immunological parameters of nasal secretion.

**The object of the study** included 139 patients with a cyst of the maxillary sinus who applied to the Department of Otorhinolaryngology No. 1 of the clinic of the Samarkand State Medical Institute and a private medical center in 2018-2020

**The scientific novelty of the study is as follows:**

a comprehensive assessment of the state of mucociliary transport, the absorption capacity of the mucosal layer of the nasal cavity, immunological parameters of the nasal secretion in comparison after surgical interventions was established;

the early diagnostic value of the simultaneous use of expert criteria, questionnaires and otorhinolaryngological studies to differentiate patients with CMS from other chronic rhinosinusitis and determination of the maximum treatment taking into account the indicators of the functional state of the nose;

it has been proved that the effectiveness of the developed endoscopic access to the CMS through the LNP using a port guide is not inferior to endoscopic infundibulotomy and microhymorotomy;

it has been proven that after improved surgical treatment of patients with CMS, the combined use of immunomodulators and combined nasal drugs reduces the recurrence of the disease and improves the quality of life.

**Implementation of research results.** Based on the positive results of scientific and practical research, the EQ-5D questionnaire has been introduced into medicine and a program for pre-treatment examination of patients has been developed: Approved the methodological recommendation "Improved algorithm for the diagnosis of cysts of the maxillary sinus" (Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated July 6, 2021, No. 8n-z / 221). This recommendation is aimed at improving the effectiveness of treatment of patients with cystic lesions of the maxillary sinuses by using immunocorrective therapy. The methodological recommendation "Improving the surgical treatment of cysts of the maxillary sinuses" was approved (Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated July 6, 2021, No. 8n-z / 222). This recommendation is aimed at the use of minimally invasive endonasal endoscopic access to the maxillary sinus through the lower nasal passage for cystic lesions. The obtained data were introduced into the sphere of practical health care of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Navoi Regional Medical and Medical Center, Navoi Region, No. 1 clinic of the Samarkand State Medical Institute (dated January 26, 2021, No. 8n-r / 73 and No. 8n-r / 72). Subsequently, the implementation of the results made it possible to improve the quality of life of patients

**Structure and volume of the dissertasion.** The dissertation consists of an introduction, 4 chapters, a conclusion and a list of used literatures. The volume of the thesis is 125 pages.

## ЭЪЛОН КИЛИНГАН ИШЛАР РУЙХАТИ

### СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

#### LIST OF PUBLISHED WORKS

##### I бўлим (I часть; I part)

1. Хайитов А.А., Насретдинова М.Т. Наша тактика при хирургическом лечении кистозных поражений гайморовых пазух.// Журнал Вестник врача №2 (94) 2020 г. с. 70-75.
2. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Важные аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического кистозного гайморита //Журнал ПБИМ 2020 г. № 2 (118) с. 213-215.
3. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Юқори жағ бушлигининг кисталарида тежамкор олиб ташлаш хақида // Журнал Вестник врача №1 (98) 2021 с. 93-96.
4. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Юқори жағ бўшлиқлари кистоз ўзгаришлари жарроҳлик давоси солиштирма характеристикаси// Журнал ПБИМ 2021г. №3 (128) с.118-121
5. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А., Нормурадов Н.А. Состояние микробиоциноза у пациентов с кистозным поражением верхнечелюстных синусов // Журнал «Оториноларингология. Восточная Европа» 2021 г., том 11, № 2 с. 169-174.

##### II бўлим (II часть; II part)

1. Hayitov A. A. Immunological parameters in patients with chronic cystic sinusitis // Journal of critical reviews 2020 г. Том 7 Номер 17 с. 2908-2912
2. Хайитов А.А. Выбор тактики лечения при кистах верхнечелюстных синусов //Проблемы фундаментальной медицины и биологии 2020г. с.188 г. Кемерово, Россия
3. Karabaev H.E., Nasretdinova M.T., Hayitov A. A. Immunomodulatory therapy in the complex treatment of chronic cystic sinusitis // Central Asian journal of medical and natural sciences Volume: 01 Issue: 01 | March 2020 p. 46-50.
4. Хайитов А.А., Насретдинова М.Т., Зиядуллаев Ш.Х., Шадиев А.Э. Иммунологические параметры у больных хроническим кистозным синуситом // Анналы Румынского общества клеточной биологии 2021 г., с. 152–157.
5. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Совершенствование хирургических методов лечения хронического кистозного гайморита // Материалы международной научно-практической конференции Стокгольм Швеция, 2020 г. с.134-135 1.
6. Хайитов А.А., Орзукулов Б.М. Сурункали кистозли гайморитни хирургик даволаш самарадорлигини ошириш // ПБИМ 2020 г. №1.1 (117) с.90-95.

7. Хайитов А.А., Туразода Ф. Иммуномодулирующая терапия в комплексном лечении хронических кистозных гайморитов // Материалы научно-практической конференции 2020г., г.Андижан, Узбекистан. с.616
8. Karabaev H.E., Nasretdinova M.T., Xayitov A. A. About specific endonasal extraction of the maxillary sinus // Central Asian journal of medical and natural sciences Volume: 02 Issue: 02 | March 2021 с. 201-204.
9. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. «Усовершенствование эндоназальной операции при кистах верхнечелюстных пазух»// Международная онлайн конференция оториноларингологов «Междисциплинарный подход в оториноларингологии» 2020г. Самарканд, Узбекистан
10. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Совершенствование хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух. // Методические рекомендации. Самарканд-2020 г.
11. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Усовершенствованный алгоритм диагностики кист верхнечелюстных пазух // Методические рекомендации. Самарканд-2020 г.
12. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Повышение эффективности хирургического лечения кистозных гайморитов // Пятая международная междисциплинарная научно-практическая онлайн конференция «Вопросы интеграции и междисциплинарного взаимодействия в оториноларингологии» 2021 г. Самара Россия.
13. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Повышение эффективности хирургического лечения кистозных гайморитов // Междисциплинарный подход по вопросам головы и шеи. Международная научно-практическая онлайн конференция 2021г., г.Самарканд, Узбекистан
14. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Повышение эффективности хирургического лечения кистозных гайморитов // Международный онлайн симпозиум «Современная оториноларингология и вопросы наставничества» 2021 г. Самара Россия.
15. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А. Стартовый опросник для дифференциальной диагностики заболеваний СОДЗ Свидетельство под номером DGU 11290 об официальной регистрации программы для ЭВМ.2021г.