

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**



«TASDIQLAYMAN»
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Muvofiqlashtiruvchi Ekspert
kengashi-raisi, t.f.n., dotsent
J.A. Anvarov
«26» iyun 2025-y.

J.A.Djurayev, S.P.Mirzayev, I.O.Soatov

**“YUQORI JAG‘ BO‘SHLIG‘I KISTASINI KLINIK-MORFOLOGIK
TEKSHIRISH USULLARI”**

(uslubiy tavsiyanoma)

Toshkent-2025

Djuraev J.A., Mirzaev S.P., Soatov I.O. // “Yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistasini klinik-morfologik tekshirish usullari” Uslubiy tavsiyanoma // «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MCHJ Toshkent - 2025 27 bet.

Tuzuvchilar:

- Djuraev J.A.** - Toshkent tibbiyot akademiyasi Otorinolariningologiya kafedrasidotsenti, t.f.d.
Mirzaev S.P. - Toshkent tibbiyot akademiyasi Otorinolariningologiya kafedrasimustaqil izlanuvchisi
Soatov I.O. - Otorinolariningologiya kafedrasid (PhD) tayanch doktoranti

Taqrizchilar:

- Shamsiev D.F.** - Toshkent davlat stomatologiya instituti Otorinolariningologiya kafedrasid mudiri Professor, t.f.d.
Shaumarov A.Z. - Toshkent tibbiyot akademiyasi Otorinolariningologiya kafedrasidotsent, t.f.n.

Uslubiy tavsiyanoma yuqori jag‘ bo‘shliqlarining turli yondosh kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda yuqori jag‘ bo‘shlig‘ining retension kistasi qobig‘ining gistologik tuzilishining o‘ziga xos xususiyatlarini aniqlash uchun biz umumiy tanlov usuli bilan gistologik tekshiruv natijalarini tahlil qildik. Morfologik tekshiruv guruhlardagi barcha operatsiya qilingan bemorlarda o‘tkazildi, 140 ta gistologik tekshiruv o‘tkazildi, 27 nafar bemorda ikki tomonlama yuqori jag‘ bo‘shlig‘ining retension kistasi olish amaliyoti o‘tkazildi. Bemorlarning anamnezida allergik rinit 38 nafar, burun bo‘shlig‘i aerodinamikasining buzilishi 95 nafar va qaytalanuvchi bakterial sinusit bilan 42 nafar bemorda kuzatilgan.

Yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistasini klinik-morfologik tekshirish bilan kasallangan bemorlarni morfologik tekshirish usullari, ularning turlari va morfometrik tahlil natijalari taqdim etilgan. Mikroskopik jihatdan har bir polip turining klinik-morfologik shakllari surunkali yallig‘lanish va yuza epiteliy o‘zgarishining u yoki bu belgilari bilan tavsiflandi. Retension va limfangiektatik kistalar YJBning har qanday bo‘limida paydo bo‘lishi mumkin, odontogen kistalar esa har doim uning tubida, alveolyar bo‘shliqda joylashadi, ba‘zan katta o‘lchamlarga yetib, butun bo‘shliqni to‘ldiradi va uning suyak devorlarining yemirilishiga olib keladi [6].

Uslubiy tavsiyanoma umumiy amaliyot shifokorlari, tibbiy ilmiy xodimlar, magistrlar va klinik ordinatorlar uchun mo‘ljallangan.

Uslubiy tavsiyanoma TTA Jarrohlik kasalliklari bo‘yicha muammolar hay‘ati yig‘ilishida ko‘rib chiqilgan va tasdiqlangan

«_____» 2025 yil Bayonnoma № _____

Uslubiy tavsiyanoma TTA Ilmiy kengashi tomonidan ko‘rib chiqilgan va tasdiqlangan

«_____» 2025 yil Bayonnoma № _____

© **Djuraev J.A., Mirzaev S.P., Soatov I.O.**

© «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MCHJ, 2025

MUNDARIJA

Kirish	5
Yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistalarining tarqalishi va klinik ko‘rinishlari.....	5
Yuqori jag‘ bo‘shliqlari kistalarining morfologiyasi va morfogenezi	7
Yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistalarini tashxislash.....	9
Davolash samaradorligini baholashning obyektiv usullari	18
Ilmiy ishning iqtisodiy samaradorligi.....	19
Xulosa.....	20
Foydalanilgan adabiyotlar.....	23

FOYDALANILGAN QISQARTMA SO‘ZLAR

YJB – yuqori jag‘ bo‘shlig‘i

YJBK – yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistasi

SRS - surunkali rinosinusit

KT- kampyuter tomografiya

Ef - eozinofillar

NF - neytrofillar

Mf - makrofaglar

AG – antigen

G‘B - g‘alvirsimon bo‘shliq

KIRISH

Yuqori jag' bo'shlig'i kistasi bilan kasallangan bemorlarda kista qobig'ini gistologik tekshirish

Yuqori jag' bo'shlig'i retension kistasi pardasini gistologik tekshirish uchun material operatsiya paytida olindi va Respublika patologik anatomiya markazida o'tkazildi. Jarrohlik amaliyoti paytida olingan YJBK qobig'i Bleksli qisqichlari bilan olindi va markirovkasi va bemorning ma'lumotlari ko'rsatilgan holda 10% formalin eritmasida patogistologik tekshiruvga yuborildi. 24 soat davomida formalinning 10% li eritmasida fiksatsiyalanganidan so'ng, preparat bir necha soat davomida oqar suv bilan yuvildi. So'ngra preparatning suvsizlantirilishi o'tkazildi, bunda u har birida 24 soat davomida konsentratsiyasi oshib boruvchi spirtlar batareyasida saqlandi. Keyingi bosqichda namunalar etanol-ksilol aralashmasida va toza ksilolda saqlandi. So'ngra quyish amalga oshirildi, bunda namunalar ksilol-parafin aralashmasiga, so'ngra suyuq parafinga 1-2 soatga 52-56 C haroratda joylashtirildi. Parafin sovutildi, qotdi, so'ngra undan qamalغان namuna bilan blok kesib olindi va yog'och kubikka mahkamlandi. Kubiklar kesmalar tayyorlash uchun xizmat qiladigan maxsus asbob - mikrotomga kiritilgan. Kesmalar ularni tekislash uchun iliq suv yuzasiga, keyin esa buyum oynasiga qo'yildi. Bo'yashdan oldin namunalar erituvchilar batareyasi bo'ylab: ksilol, spirt 100%, 96%, 80%, 70%, 60%, suv (2-5 daqiqadan) o'tkazib, parafindan tozalandi. Bo'yash uchun kesilgan buyum oynalari qisqa vaqt davomida gematoksilin bo'yog'i eritmasiga solib qo'yildi va keyin suv bilan yuvildi, so'ngra boshqa bo'yoq eozin bilan ishlov berildi va yana suv bilan yuvildi. Preparat yana suvsizlantirildi (batareya orqali o'tkazildi konsentratsiyasi ortib boruvchi spirtlar bilan), so'ngra (karbol-ksilol va ksilolda) - ortiqcha bo'yoqni yo'qotish uchun tindirildi. Nihoyat, preparatga bir tomchi Kanada balzami tomizilib, qoplagich oyna bilan yopib qo'yildi. Olingan preparat elektron mikroskop ostida tekshirildi va tadqiqot natijalarining fotosurati olindi.

Gistologik tekshiruvda ko'p qatorli bir qavatli silindrsimon kipriksimon epiteliyning butunlik holati va deformatsiyaning mavjudligi; epiteliy metaplaziyasining mavjudligi; epiteliyning shilliq osti qavatidagi xususiy bezlar

(qadahsimon hujayralar) giperplaziyasining mavjudligi; yallig‘lanish hujayralari (limfotsitlar, leykotsitlar, neytrofillar, eozinofillar) sonining ko‘payishi; epiteliyning shilliq osti qavatida biriktiruvchi to‘qimali fibroz sohalarining mavjudligi va tomirlarning to‘laqonliligi baholandi.

YJB shilliq qavatini o‘rganishga qiziqish bejiz paydo bo‘lmagan. Bu, birinchi navbatda, unda ko‘pincha yallig‘lanish xususiyatiga ega bo‘lgan patologik jarayonlar yuzaga kelishi bilan bog‘liq bo‘lib, burun pastki jag‘ining intrakranial bo‘shliq bilan chambarchas anatomik va fiziologik aloqasi rivojlanish imkoniyatini tushuntiradi.

Ichki tomondan YJB shilliq parda bilan qoplangan bo‘lib, u suyak devoriga zich yopishib turadi va uning shaklini takrorlaydi. YJB shilliq qavati uchta qatlamdan iborat:

1 - butun uzunligi bo‘ylab shilliq pardani qoplab turadigan kiprikli ko‘p qatorli epiteliy;

2 - xususiy shilliq parda - shilliq pardaning biriktiruvchi to‘qimali asosi;

3 – shilliq - suyak usti qavati [12].

Burun bo‘shlig‘i shilliq qavati bezlarga, ayniqsa seroz bezlarga boy, YJB burun bo‘shlig‘i shilliq qavatiga qaraganda kamroq zich innervatsiyalanadi va sezilarli darajada kamroq peptid neyronlarini o‘z ichiga oladi. Masalan, burun yondosh bo‘shliqlari (BYoB) shilliq qavatida faqat tabiiy qo‘shilish joyi yaqinida joylashgan bezlar soni har bir bo‘shliqda 50-100 tadan oshmaydi, burun bo‘shlig‘i shilliq qavatida esa 100000 dan ortiq [14]. BYOB shilliq qavatidagi bezlar soni kistoz shikastlanishlarning chastotasi va og‘irligi bilan bevosita bog‘liq. Shunday qilib, eng ko‘p bezlar aynan YJBda, eng kami esa peshona bo‘shlig‘ida joylashgan [11,12].

Yorug‘lik mikroskopiya ma’lumotlariga ko‘ra, YJB shilliq qavati burun bo‘shlig‘i shilliq qavatidan yupqaroq [20], uning qalinligi hamma joyda bir xil emas va keng oraliqda o‘zgarib turadi (100-800 mkm gacha), bu biriktiruvchi to‘qima qatlamining qalinligiga, bezlar va qon tomirlar soniga bog‘liq [20]. Ayniqsa, bo‘shliqning medial devori va chiqarish teshigi sohasida qalin bo‘ladi [20,26].

YJB shilliq qavatining qoplovchi epiteliysi ko'p qatorli silindrsimon hilpillovchi epiteliydan iborat bo'lib, butun uzunligi bo'ylab shilliq qavatni qoplaydi [19]. U o'rta burun yo'li epiteliysidan rivojlanadi va nafas olish epiteliysi bilan bir xil yo'nalishda tabaqalanadi. Biroq, uning qalinligi burun bo'shlig'i shilliq qavati epiteliysi qalinligidan kam rivojlangan. Bu epiteliy kiprikchalar bilan ta'minlangan uzunchoq konussimon hujayralar bo'lib - hilpillovchi hujayralar (12,14) eng yuza joylashgan, ular YJB va umuman yuqori nafas yo'llari fiziologiyasida muhim rol o'ynaydi. Ular himoya vazifasini bajaradi.

BYoB shilliq qavatining siliar hujayralari burun bo'shlig'i shilliq qavati hujayralariga qaraganda kamroq kiprikchalarga ega. Qadahsimon hujayralar miqdori bo'yicha ustunlik qiladi. Hujayralararo bo'shliqlar kengroq bo'lib, hujayralar orasida uzun barmoqsimon sitoplazmatik o'simtalar joylashadi. YJB shilliq qavati epiteliysida desmosomalar kamroq uchraydi. Bu burun bo'shlig'i shilliq qavati epiteliysiga qaraganda bo'shroq epiteliy manzarasini yaratadi [13].

Yuqori jag' bo'shlig'i kistalarining tarqalishi va klinik ko'rinishlari

Yuqorida aytib o'tilganidek, LOR amaliyotida eng ko'p uchraydigan yiringsiz kasalliklardan biri burun yondosh bo'shliqlari kistalari hisoblanadi. Ko'pincha YJB kistalari klinik jihatdan o'zini namoyon qilmaydi, ammo katta o'lchamlarda ular kista qobig'ining bo'shliq devorlariga bosimi tufayli bosh og'rig'ini keltirib chiqarishi va burundan nafas olishning qiyinlashishi bilan kechishi mumkin. Shu bilan birga, kistaning o'lchamlari har doim ham u keltirib chiqaradigan alomatlarining og'irligi bilan bog'liq emas.

Bosh og'rig'i bo'shliq shilliq qavatining nerv tolalariga kistoz suyuqlikning mexanik bosimi natijasida paydo bo'ladi. Biroq, BYoB kistalarida bosh og'rig'ini faqat mexanik og'riq bilan bog'lash mumkin emas.

Burun va BYOB allergik kasalliklarida bosh og'rig'i mexanizmi yetarlicha o'rganilmagan, murakkab va noaniq bo'lib qolmoqda. Bosh og'rig'i signalizatsiyasi bilan bog'liq himoya mexanizmlari reflektor faoliyatning o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi: bemorlar ta'sirlanish va depressiya holatida bo'ladilar. 10% hollarda

bemorlar qarama-qarshi tomonda, ya'ni kistalar yo'q joyda bosh og'rig'ini qayd etadilar.

YJB kistalari bo'lgan bemorlarda ko'pincha o'rta va pastki burun chig'anoqlarining shishishi, shilliq qavatning ko'karishi kuzatiladi. Allergik kasalliklar fonida yuzaga keladigan yengil fangiektatik kistalarda, bosh og'rig'i patogenezida asosiy ta'sir etuvchi omil sifatida mexanik emas, balki gumoral omilni taxmin qilish mumkin, bu sezilarli darajada sezgir nerv oxirlariga bevosita ta'sir ko'rsatadigan turli xil biologik faol moddalarning (gistamin, serotonin, yallig'lanishga qarshi interleykinlar, leykotriyenlar va boshqalar) ajralishi bilan belgilanadi. Bosh og'rig'i va umumiy shikoyatlar xarakterining kista o'lchamlari bilan mos kelmasligi bo'shliqda kista mavjudligi fakti umumiy xarakterdagi ko'plab simptomlarning namoyon bo'lishi uchun yetarli emas degan fikrni tasdiqlaydi. Barcha shikoyatlar butun organizmning allergik holatiga bog'liq bo'lib, limfangiektatik kistaning shakllanishi faqat mahalliy ko'rinish hisoblanadi [14].

Retension kistalar aksariyat hollarda symptomsiz kechadi, bemorlarda bosh og'rig'i kista o'lchami kattalashgan sari paydo bo'ladi. Bosh og'rig'ining paydo bo'lishi bo'shliq shilliq qavatining nerv tolalariga kistoz suyuqlikning mexanik bosimi natijasida yuzaga keladi. Katta retension kistalari bo'lgan bemorlarda, bosh og'rig'idan tashqari, kista tomonida burun orqali nafas olishning qiyinlashishi kuzatiladi. Bosh og'irligi, asabiylashish kabi umumiy belgilar, uyquning buzilishi, bosh aylanishi ham retension kistalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Tish kistalari kelib chiqishiga ko'ra – radikulyar (ildiz atrofi) va follikulyar: Follikulyar kistalarning yallig'lanishli kelib chiqishi haqida taxmin mavjud, chunki sut tishining yallig'lanishi jarayonning boshlang'ich nuqtasi bo'lib xizmat qilishi mumkin, kurtaklar esa jarayonga ikkilamchi jalb qilinadi: Odontogen kelib chiqadigan kistalarda quyidagi mahalliy o'zgarishlar kuzatiladi: karioz tishlar, qattiq tanglayning pastga tushishi, yuz devorining bo'rtib chiqishi tufayli yuzning asimmetriyasi: YJB kistasi tishlar yo'qligida kistani tish ildizidan ajratib olish natijasida bo'lishi mumkin. Tish kistalari dastlabki bosqichlarda asimptomatik kechadi, keyinchalik yonoq sohasidagi og'irlik, bosh og'rig'idan shikoyatlar paydo

bo'ladi. Ba'zi hollarda uch shoxli nervni bosish bilan bog'liq og'riqlar, kista tomonida ko'zdan yosh oqishi paydo bo'ladi. Odontogen kistalar yiringlaganda og'iz dahlizi, lunj, ko'zning ichki burchagi sohasida o'ziga xos oqmalar paydo bo'ladi [8].

Retension va limfangiektatik kistalar YJBning har qanday bo'limida paydo bo'lishi mumkin, odontogen kistalar esa har doim uning tubida, alveolyar bo'shliqda joylashadi, ba'zan katta o'lchamlarga yetib, butun bo'shliqni to'ldiradi va uning suyak devorlarining yemirilishiga olib keladi [6].

Yuqori jag' bo'shliqlari kistalarining morfologiyasi va morfogenezi

Hozirgi kunga qadar YJB kistalarining morfologik xususiyatlari M.I. Qodimovaning monografiyasida batafsil yoritilgan [9]. Muallif tomonidan bugungi kungacha dolzarb bo'lgan tasnif taklif etilgan:

- 1) haqiqiy yoki retension kistalar
- 2) soxta yoki kistasimon hosilalar
- 3) tish kistalari
- 4) rivojlanish nuqsonlari bilan bog'liq kistalar

O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki YJBK aksariyat hollarda, aynan soxta kistalar hosil bo'ladi, ular gistologik tuzilishiga ko'ra limfangiektatik deb ataladi. Retension kistalar odam YJB shilliq qavatining barcha kistoz shikastlanishlarining 68% ni tashkil etadi [8].

Gistologik tekshirishda chin kista devori tashqaridan va ichkaridan hilpillovchi silindrsimon epiteliy bilan qoplangan, dag'al kollagen tolalari bo'lgan biriktiruvchi to'qimadan iborat, limfotsitlar, plazmatik hujayralar bilan infiltratsiyalangan. Ikki tomonlama epiteliy qoplamining mavjudligi uni limfangiektatik (soxta) kistalardan ajratib turadi. Kista bo'shlig'ini qoplab turadigan ichki epiteliy sekret bosimi ostida metaplaziyaga uchrab, kubsimon, yassi epiteliyga aylanishi, ba'zi joylarda ko'chib tushishi mumkin.

Ko'pchilik mualliflarning fikricha, retension kistalarning hosil bo'lishi shilliq parda bezlari chiqaruv yo'llarining tiqilib qolishi bilan bog'liq. Bunda asosiy omil

bez yo'llaridan sekretni o'tkazuvchi kiprikchalarning shikastlanishi, bezlar tarkibini chiqarish jarayonlarining buzilishidir. Bezlar yallig'langanda kiprikchalar ishlamaydi, sekret bezlarda yoki yo'llarda qoladi va quyuqlashadi, ularning tiqilib qolishi va kengayishiga olib keladi. Ichidagi suyuqlik bo'shlig'i shilliq qavatining ta'sirlanishiga va uning bo'shlig'iga yanada ko'proq miqdorda sekret ajralishiga olib keladi.

Mualliflarning retension kistalar rivojlanishida YJB shilliq qavatining yallig'lanish reaksiyasi xarakteri haqidagi fikrlari bir-biridan farq qiladi. Masalan, N.P. Sidzik shilliq qavat yallig'lanishining giperplastik shaklida kistalar hosil bo'lishini ta'kidlaydi [13]. O'tkir jarayonlarda kistalar ko'pincha yopishqoq yallig'lanish natijasida hosil bo'ladi. Bunda shilliq parda keskin va notekis shishadi hamda eroziyaga uchraydi. Shilliq pardaning bo'rtib chiqqan burmalari bir-biriga taqalib, bir-biriga yopishib, xaltachalar hosil qilishi mumkin. Surunkali yallig'lanish jarayonlarida ko'pincha retension kistalar paydo bo'ladi, bular bitta yoki bir talay bo'lishi mumkin. Kistalar allergik yallig'lanish fonida ham rivojlanishi mumkin, ammo tishlar tomonidan infeksiya kirishi natijasida ushbu kistalarning rivojlanish ehtimoli istisno etilmaydi. Shuning uchun kistaning keyingi o'sishi yallig'lanishdan keyin normallashtirilgan shilliq qavatda davom etishi mumkin. TJB shilliq qavatidagi barcha surunkali yallig'lanish jarayonlarining taxminan 40 foizi retension kistalar bilan asoratlangan [9].

Ko'pgina mualliflar "soxta" kistalar hosil bo'lishida allergik omilga katta ahamiyat beradilar. Bu borada M.I.Qodimovning "soxta" yoki limfangiektatik kistalarni o'rganish bo'yicha olib borgan ishlari alohida e'tiborga loyiq. Muallifning ta'kidlashicha, bu kistalar shilliq qavatdagi allergik yallig'lanish fonida limfa tomirlarining tiqilib qolishi natijasida hosil bo'ladi [4,9]. Bunday kistalar patogeneza kapillyarlar o'tkazuvchanligining buzilishi katta ahamiyatga ega bo'lib, bu narsa transsudatsiya boshlanishiga va shish paydo bo'lishiga olib keladi. Retension kistalardan farqli o'laroq, limfangiektatik kistalar ichki tomondan limfa tomirlarining ichki devoriga xos endotelial hujayralar bilan qoplangan bo'ladi.

Gistologik tekshiruv shuni ko'rsatadiki, limfangiektatik kistalarda allergik yallig'lanishning barcha elementlari, yaqqol, shish yoki oqsil shimilishi, eozinofillar va plazmatik hujayralarning ko'pligi, semiz hujayralar, tomirlar shikastlanishining turli bosqichlari, ya'ni fibrinoid shish, ularning devorlarining nekrozi va sklerozi mavjud [19].

YJB kistalarini tashxislashning asosiy usullari rentgenologik (rentgenografiya va KT) hisoblanadi. Hozirgi kunga qadar an'anaviy rentgenografiya turli proyeksiyalarda - burun-iyak, burun-peshona, yon proyeksiyalarda tashxislashning eng keng tarqalgan va qulay usuli bo'lib qolmoqda [13].

YJB shilliq qavatining holatini batafsilroq baholash uchun ilgari kontrast rentgenografiya usulidan foydalanilgan. BYoBni kontrastlash uchun moyli va suvda eriydigan preparatlar (ko'pincha yodolipol) qo'llanildi. Hozirgi vaqtda KT va MRT paydo bo'lishi bilan kontrastli rentgenografiya usuli deyarli butunlay iste'moldan chiqdi va faqat tarixiy ahamiyatga ega[1].

So'nggi paytlarda BYoB kasalliklarini tashxislash uchun ko'pincha ikki o'lchovli ultratovush diagnostikasi qo'llanilmoqda. Bo'shliq kistasi bo'shliq devorlaridan biriga tutashgan, aniq konturli, to'g'ri shakldagi yumaloq, exogen hosila sifatida ta'riflanadi [16].

KT tekshiruvi yuqori diagnostik ahamiyatga ega: Ko'plab ishlar turli xil holatlarda kompyuter tomografiyasidan (KT) foydalanishga bag'ishlangan [7,12]. KT ancha katta ajrata olish qobiliyatiga ega; oddiy rentgenografiyaga qaraganda. U: fazoviy tuzilish, bo'shliq tasvirini yaratish imkonini beradi. To'qimalar - suyak, shilliq qavat; suyuqlik zichligidagi farq juda aniq qayd etiladi. Bo'shliq shilliq qavatining holatini barcha kesmalar bo'yicha baholash, bo'shliqning fazoviy tasvirini tuzish kerak, bu barcha bo'shliqlarga taalluqli [7].

KTdagi retension kista qavariq yuzali va keng asosli bir jinsli yumshoq to'qimali patologik hosila ko'rinishida bo'ladi. Retension kistaga o'xshash ko'rinish va densitometrik xususiyatlar ega. Biroq, bu ikkala patologik tuzilmaning differensial diagnostikasi yaqqol klinik ahamiyatga ega emas. [75].

KTdan foydalanish umuman kista holatini baholashda ham, ularning har biri tuzilishining o'ziga xos xususiyatlarini aniqlashda ham muhimdir. Usul bo'shliqlarning alohida devorlari, qo'shilish joylari va chiqarish kanallarining tuzilishini batafsil baholash imkonini beradi. KTning boshqa usullardan muhim afzalligi sinus drenaji va aeratsiyasiga bog'liq bo'lgan quyilish holatini baholash imkoniyati hisoblanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, qalinligi kichik bo'lganligi sababli, bo'shliqlarni qoplaydigan sog'lom shilliq parda ko'rinmaydi. Hatto klinik alomatlar bo'lmasa ham, uning ko'rinishi sinuslar shikastlanishining dastlabki belgisi yoki o'tkazilgan kasalliklardan keyin doimiy o'zgarishlar natijasi bo'lishi mumkin [15].

BYoB KT endoskopik aralashuvni rejalashtirishda tekshiruvning asosiy sharti hisoblanadi. Bu usul o'ynaydi endoskopik operatsiyalarda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish imkonini beruvchi bo'shliqlar tuzilishining anatomik variantlarini aniqlashtirishda asosiy rol o'ynaydi [18].

Shunday qilib, YJB KT qiyosiy tashxis o'tkazish zarur bo'lgan hollarda tavsiya etiladi; bunda usulning imkoniyatlari YJBda funksional endoskopik operatsiyalarni rejalashtirish va o'tkazishga yordam beradi [17].

Magnit-rezonans tomografiya (MRT) LOR kasalliklarini tashxislashda ham keng qo'llaniladi. Metod vodorod protonlarining elektr potentsiallarini kuchli magnit maydonida qayd qilishga asoslangan. BYoB kistalarini tashxislash uchun ko'pincha MRT tekshiruvi o'tkaziladi, ammo bu holatda MSKTning afzalliklari shubhasiz.

Otorinolingologiyada MSKT va MRT, egiluvchan va qattiq endoskoplardan foydalangan holda endoskopiya kabi yangi texnologiyalarning rivojlanishi burun va BYoB kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi masalalarini yangi nuqtayi nazardan baholash imkonini beradi.

Burun va BYoB fiziologiyasi va patofiziologiyasini o'rganish bo'yicha fundamental ishlarda yallig'lanish jarayonlarining shakllanishida burun yon devori yetakchi rol o'ynashi ko'rsatilgan, u yerda bo'shliqlarning qo'shilish joyi va ushbu devorni shakllantiruvchi tuzilmalar orasidagi tor yo'llar joylashgan. H.H.Nauman bu zonani ostiomeatal kompleks deb atagan. Osteomeatal kompleksning

funksiyasiga uni hosil qiluvchi tuzilmalarning anatomik tuzilishi, shuningdek, burun to'sig'i va burun chig'anoqlarining turli xil deformatsiyalari sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Biroq, hozirgi kunga qadar BYoB kistalari rivojlanishida burun bo'shlig'i lateral devori va osteomeatal kompleksni shakllantiruvchi anatomik tuzilmalar tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari o'rganilmagan.

Hozirgi vaqtda surunkali yuqori jag' bo'shlig'i yallig'lanishiga oid jarrohlik amaliyotida bemorning anatomik xususiyatlarini hisobga olmaslik, burun bo'shlig'i tuzilishi anomaliyalarining yuqori jag' bo'shlig'i patologik holatlari rivojlanishidagi ahamiyatini tushunmaslik sifatida qaralishi mumkin. Anatomik anomaliyalar yuqori jag' bo'shlig'iga kirishni murakkablashtirishi, shuningdek, surunkali jarayonning kuchayishiga yordam berishi va uni qo'llab-quvvatlashi mumkin [1,4]. Shu sababli, burun to'sig'i va burun chig'anoqlari sohasida anatomik jihatdan muhim patologiya aniqlanganda, o'zgargan anatomik tuzilmalarni tuzatish uchun septoplastikadan tortib shilliq osti rezeksiyasigacha bo'lgan qo'shimcha jarrohlik amaliyotlarini o'tkazish tavsiya etiladi. Bu esa jarrohlik sohasi ko'rinishini kengaytirish va mobilizatsiyani ta'minlashga imkon beradi.

Yuqori jag' bo'shlig'ining old devori orqali mikrogaymorotomiyani amalga oshirish uchun troakarlarning turli xil modifikatsiyalari ishlab chiqilgan bo'lib, ular yuqori jag' bo'shlig'i old devorini trepanatsiya qilish va keyinchalik suyak to'qimasining reparativ regeneratsiyasi natijasida uni to'liq tiklash imkonini beradi [5]. Jarrohlik materialida olingan eksperimental tadqiqotlar har qanday troakarning yuqori jag' bo'shlig'i old devoriga nisbatan yuqori shikastlovchi ta'sirini ko'rsatdi. Bu esa keyinchalik "operatsiya qilingan yuqori jag' bo'shlig'i" sindromi yoki "post-Koldvell-Lyuk" sindromi kabi operatsiyadan keyingi holatlarning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin [4]. Surunkali rinit bilan birga pastki burun chig'anoqlarida operatsiyalar bajariladi: shilliq osti vazotomiyasi, konxotomiya, lateralizatsiya, turbinoplastika va boshqalar. Haqiqiy kistalar qobig'i tuzilishining strukturaviy gistologik xususiyatlari morfogeneza bezlar va yo'llarning sekretor bo'limlaridagi o'zgarishlar va ularning kombinatsiyalari bilan bog'liq mexanizmlarni ajratishga imkon beradi. Bez tuzilmalarining kistoz transformatsiyasi mexanizmlaridan biri

bezlar sekretor epiteliysi tarkibining giperplaziyasi va o'zgarishidir. Retension kista paydo bo'lishining boshqa mexanizmi epiteliysining yassi hujayrali metaplaziyaga uchrashi tufayli bez yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishiga bog'liqdir.

Haqiqiy kistalarda, soxta kistalardan farqli o'laroq, barcha hollarda ko'proq epiteliy osti sohalari bilan bog'liq surunkali yallig'lanish o'zgarishlari kuzatiladi.

Kista qobig'idagi morfogistologik o'zgarishlarni batafsil o'rganish va tahlil qilish ma'lumotlarning morfogenezi haqida ma'lum tasavvur beradi.

Yuqori jag' kistasini jarrohlik amaliyotida endoskopik ko'rinishi (1-rasm)



Surunkali rinit bilan birga pastki burun chig'anoqlarida operatsiyalar bajariladi: shilliq osti vazotomiyasi, konxotomiya, lateralizatsiya, turbinoplastika va boshqalar [5]. Jarrohlik amaliyoti davomida yuqori jag' bo'shlig'i kistalarini olib tashlash quyidagi usullar bilan amalga oshirildi va bemorlar 4 guruhga bo'lindi

1) yuqori jag' bo'shlig'i tabiiy yo'li orqali endonazal endoskopik gaymorotomiya usuli 51 nafar bemorda;

2) pastki burun yo'li orqali endonazal endoskopik gaymorotomiya usuli 31 nafar bemorda;

3) yuqori jag' bo'shlig'ining old devori orqali mikrogaymorotomiya usuli 16 nafar bemorda;

4) yuqori jag' bo'shlig'iga crista conchalis orqali endonazal endoskopik gaymorotomiya usuli 42 nafar bemorda. Gistologik tekshiruv natijalari 1-jadvalda keltirilgan.

1-jadval

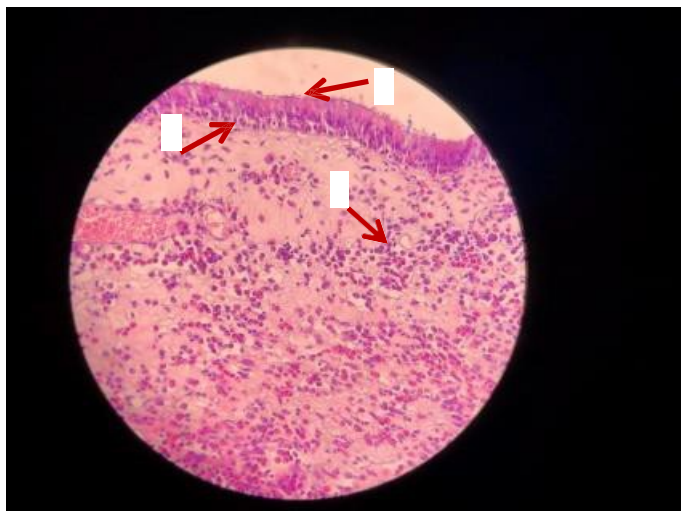
Yuqori jag' bo'shlig'ining retension kistasi qobig'ining gistologik tuzilishi xususiyatlari o'rganilgan bemorlarda (n=140)

Kistaning belgilari	I guruh (n=51)	II guruh (n=31)	III guruh (n=16)	IV guruh (n=42)
Ko'p qatorli bir qavatli silindrik va kiprikli epiteliyning deformatsiyanishi hamda giperplaziyasi	19 (37,25%)	16 (51,6%)	3 (18,75%)	16 (38,1%)
Epiteliy metaplaziyasining mavjudligi	4 (7,85%)	3 (9,7%)	7 (43,75%)	4 (9,52%)
Qadahsimon hujayralarning gipertrofiyasi	28 (54,9%)	12 (38,7%)	6 (37,5%)	22 (52,38%)
Infiltratsiyaga uchragan limfotsitlar, leykotsitlar va Plazmotsitlar	5 (9,8%)	22 (71%)	9 (56,25%)	10 (23,8%)
Eozinofillar	47 (92,2%)	17 (54,8%)	11(68,75%)	4 (9,52%)
Fibrozo tolalar miqdori	43 (84,3%)	16 (51,6%)	5 (31,25%)	28 (66,7%)
Bazal membrana miqdori	12 (44,4%)	24 (77,4%)	11 (76,9%)	23 (54,7%)

Preparatlarning gistologik tahlili natijalariga ko'ra, turli kasalliklarda yuqori jag' bo'shlig'i kistasi tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari aniqlandi.

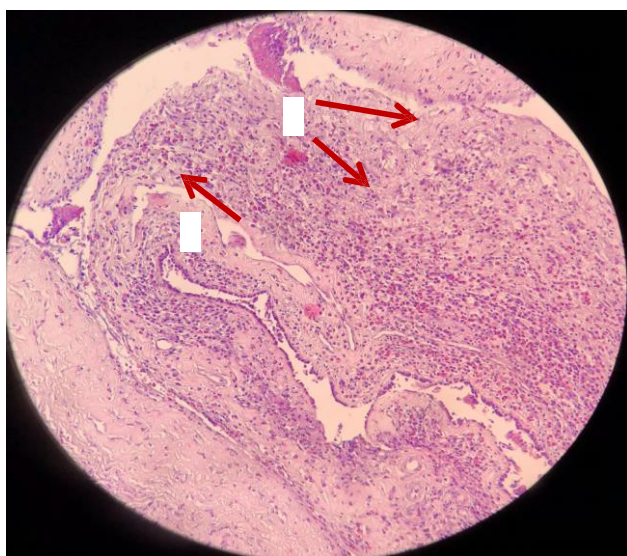
Yuqori jag' bo'shlig'i kistasi qobig'idagi morfologik o'zgarishlarning birinchi turi allergik rinit bilan og'rgan bemorlarda uchradi va quyidagi natijalar tahlil qilindi ko'p qatorli bir qavatli silindrik va kiprikli epiteliyning deformatsiyanishi hamda giperplaziyasi 19 (37,25%), qadahsimon hujayralar gipertrofiyasi 28

(54,9%), shilliq osti qavat fibrozi 43 (84,3%), yaqqol eozinofillar infiltratsiyasi 47 (92,2%), respirator epiteliy giperplaziyasi 12 (44,4%) bilan tavsiflandi [8]. (1-rasm).



1-rasm. Allergik rinit bilan og‘rigan bemorda yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistasi qobig‘ining gistologik preparati. Gematoksilin-eozin bilan bo‘yash. UV. x 60.: 1- eozinofil infiltratsiya, 2- respirator epiteliy giperplaziyasi, 3- qadahsimon hujayralar gipertrofiyasi.

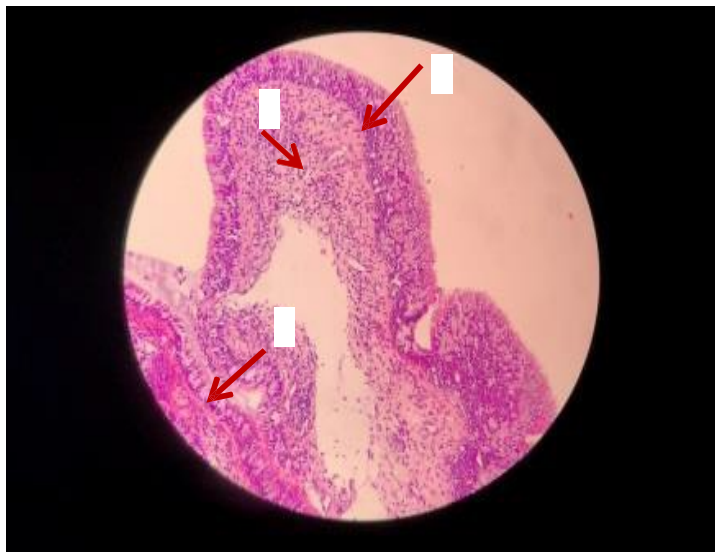
Yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistasi qobig‘idagi morfologik o‘zgarishlarning ikkinchi turi burun bo‘shlig‘i aerodinamikasi buzilgan bemorlarda eng ko‘p uchradi [7,9]. Gistologik natijalar tahlili shuni ko‘rsatdiki, ushbu bemorlarda yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistasi shilliq osti qavatining yaqqol fibrozi 16 (51,6%), yaqqol leykotsitar, limfotsitar va plazmotsitar infiltratsiya 22 (71%) bo‘lgan. (2-rasm).



2-rasm. Burun bo‘shlig‘i aerodinamikasi buzilgan bemorlarda yuqori jag‘ bo‘shlig‘i kistasi pardasining gistologik preparati. Gematoksilin-eozin bilan

bo'yash. UV. x 80: 1-shilliq osti qavatining yaqqol fibrozi, 2-yaqqol leykotsitar, limfotsitar infiltratsiya.

Yuqori jag' bo'shlig'i kistasi qobig'idagi morfologik o'zgarishlarning uchinchi turi ko'pincha qaytalanuvchi bakterial sinusit bilan og'rigan bemorlarda uchradi, ular uchun gistologik natija bazal membrananing qalinlashishi bilan tavsiflangan 11 (76,9%), yuqori jag' bo'shlig' kistasi shilliq osti qavatining yaqqol fibrozi 5 (31,25%), o'rtacha leykotsitar infiltratsiya 9 (56,25%), (3-rasm).



3-rasm. Qaytalanuvchi bakterial sinusit bilan og'rigan bemorlarda yuqori jag' bo'shlig'i kistasi qobig'ining gistologik preparati. Gematoksilin-eozin bilan bo'yash. UV. x 60.: 1-shilliq osti qavat fibrozi, 2-leykotsitar infiltratsiya, 3-bazal membrananing qalinlashishi

Shunday qilib, yuqori jag' bo'shlig'i kistasi qobig'ining gistologik tuzilishini tahlil qilish ma'lum bir patologiyaga xos bo'lgan kistalar tuzilishining 4 xil usulda o'tkazilgan 3 xil kasallik bilan birga kelgan bemorlar guruhida to'qimalarning gistologik turini ajratish imkonini berdi [2,3]. Yuqori jag' bo'shlig'i kistasi qobig'ining morfologik tuzilishining birinchi turi allergik rinit uchun xos bo'lib, quyidagilar bilan tavsiflanadi: eozinofil infiltratsiyaning mavjudligi, respirator epiteliyning giperplaziyasi, qadahsimon hujayralarning gipertrofiyasi. Yuqori jag' bo'shlig'i kistasi qobig'ining morfologik tuzilishining ikkinchi turi aerodinamika buzilishi bo'lgan bemorlarda eng ko'p uchradi. burun bo'shlig'i, kista devori tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari quyidagilar edi: yaqqol fibroz, leykotsitar

infiltrat, bazal membrananing qalinlashishi [6,8]. Yuqori jag' bo'shlig'i kistasi qobig'ining morfologik tuzilishining uchinchi turi retsidivlanuvchi bakterial sinusit bilan og'rigan bemorlar uchun xos bo'lib, gistologik ko'rinish quyidagilar bilan tavsiflanadi: leykotsitar, limfotsitar va plazmotsitar infiltratsiya mavjudligi, shuningdek, yaqqol fibroz hodisalari va bazal membrananing qalinlashishi.

Davolash samaradorligini baholashning obyektiv usullari

Jarrohlik davolash samaradorligini obyektiv baholash uchun biz ishlab chiqilgan balli tizimdan foydalandik (balli endoskopik baholash, BEA). Operatsiyadan keyingi jarohat sohasidagi yallig'lanish hodisalari natijalarini tahlil qilish o'tkazilgan endoskopik tekshiruvdan so'ng amalga oshirildi, bunda quyidagi parametrlar tahlil qilindi:

- pastki burun yo'lidagi operatsiyadan keyingi teshik o'lchami;
- operatsiyadan keyingi shish darajasi;
- burun bo'shlig'idagi ajralmalarning tabiati;
- operatsiyadan keyingi yallig'lanish intensivligi.

Olingan natijalarni talqin qilish ballar bo'yicha amalga oshirildi: 0 ball - "yallig'lanish belgilari yo'q"; 1 ball - "yengil yallig'lanish hodisalari"; 2 ball - "yallig'lanish belgilari o'rtacha ifodalangan"; 3 ball - "yaqqol yallig'lanish belgilari"; 4 ball -

"jiddiy ifodalangan yallig'lanish hodisalari." O'rtacha ball barcha bandlar bo'yicha hisoblandi, uning minimal qiymati 0 ball, maksimal qiymati 16 ball bo'lishi mumkin edi. Agar ballar yig'indisi 4 dan oshmasa, natija biz tomondan "ijobiy" deb baholandi, 4 dan 8 gacha -

"qoniqarli," 8 dan katta - "qoniqarsiz."

O'tkazilgan jarrohlik davolash samaradorligini baholashning obyektiv usullari jarrohlik amaliyotidan oldin, jarrohlik amaliyotidan keyingi 14 va 30-kunlarda bajarilgan PARM natijalari, shuningdek, jarrohlik amaliyotidan 6 oy o'tgach, ONP KT natijalari bo'yicha baholandi.

ILMIY ISHNING IQTISODIY SAMARADORLIGI

Hozirgi kunga kelib yuqori jag' bo'shlig'i kistasi bilan kasallangan bemorlar soni Respublikamizda yildan yilga oshib bormoqda. Bu holat o'z-o'zidan kasallikni erta tashxislash, qaytalanishlarni kamaytirish va xavfli asoratlarni oldini olish kerakligini ko'rsatadi. Yuqori jag' bo'shlig'i kistasi kasalligi ijtimoiy tomondan mehnat qobiliyatining pasayishiga, nogironlikka olib keluvchi jiddiy allergik kasalliklarni rivojlanishiga, hayot sifatini pasayishiga sabab bo'ladi.

Bemorlarda samarali tashxislash va davo muolajalarini optimallashtirishga imkon beradigan uslubiy tavsiyalarni qo'llash natijasida (E) kutilgan iqtisodiy samaradorlikni hisoblash quyidagicha amalga oshiriladi.

$$E = Sst - Syarm$$

Yuqori jag' bo'shlig'i kistasi bilan kasallangan bemorlarni davolash qiymati:

$$Sxl = Mxg * Pk * Co' / kun$$

Bu yerda:

Sxl-bemorni davolash uchun ketgan harajatlar miqdori

Mxg-Tadqiqot guruhida qatnashgan qo'shimcha kasalliklari mavjud bo'lgan xavf guruhiga kiruvchi umumiy bemorlarning 10% qismi (taxminan 5 nafar bemor).

Pk-bir nafar bemorning davolanish muddati (5 kun).

Co'/kun-bir nafar bemorning davolanish xarajatlari (hisoblash vaqtida 125600 so'm)

$$Sst = 5 * 5 * 125600 = 3140000 \text{ so'm}$$

Iqtisodiy samaradorlik:

$$E = Sst - F(jins) = 3140000 - 1256000 = 1884000 \text{ so'm}$$

Agar bemorlarning cheklangan kantingentini o'rganish vaqtida (46 nafar) iqtisodiy samara 1884000 so'mni tashkil qilsa demak bu ko'rsatkich Respublika bo'ylab yuzlab barobarga ortishi mumkin.

Izoh: bu iqtisodiy samaradorlikni hisoblashda kasallikni profilaktik chora tadbirlar va kasallikni nogironlikka olib keluvchi asoratlarni oldini olish bilan bog'liq xarajatlar va mehnat ta'tiliga haq to'lash bilan bog'liq mablag'lar hisobga olinmadi.

XULOSA

Gistologik tekshiruvda kista devori tashqi va ichki tomondan hilpillovchi silindrsimon epiteliy bilan qoplangan, dag'al kollagen tolalari bo'lgan biriktiruvchi to'qimadan iborat, limfotsitlar, plazmatik hujayralar bilan infiltratsiyalangan. Mavjudlik ikki tomonlama epitelial qoplama uni limfangiektatik (soxta) kistalardan ajratib turadi. Kista bo'shlig'ini qoplab turadigan ichki epiteliy sekret bosimi ostida metaplaziyaga uchrab, kubsimon, malpigiyy, yassi bo'lib qolishi, ba'zi joylarda ko'chib tushishi mumkin.

Hozirgi kungacha BYOB kistalarining eng to'liq morfologik xususiyatlari monografiyada keltirilgan. Muallif tomonidan YJB kistalarining bugungi kungacha dolzarb bo'lgan tasnifi taklif etilgan: haqiqiy yoki retension kistalar; soxta yoki kistasimon hosilalar; tish kistalari; rivojlanish nuqsonlari bilan bog'liq kistalar. Zamonaviy tibbiy texnologiyalar to'qimalarining minimal shikastlanishi bilan YJBKni davolash imkonini beradi. Surunkali gaymoritni jarrohlik yo'li bilan davolashning ishlab chiqilgan kam invaziv usullari operatsiyadan keyingi asoratlar rivojlanish xavfini kamaytirish va bemorlarni reabilitatsiya qilish muddatini qisqartirishga qaratilgan. Shunga qaramasdan, YJBKni olib tashlashning turli usullarining afzalliklari va kamchiliklari haqidagi masala munozarali bo'lib qolmoqda. Shunday qilib, YJBKni olib tashlashda jarrohlik usulini tanlash muammosi bizning hamkasblarimiz tomonidan faqat sistektomiyani sifatli bajarish imkoniyati va uch shoxli nerv tarmoqlarining operatsiyadan keyingi nevralgiyasi rivojlanish ehtimoli nuqtayi nazaridan ko'rib chiqiladi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, zamonaviy amaliy otorinolarologiyada bo'shliqlarning funksional endoskopik jarrohligi (FESS) tamoyillarini bir xil talqin qilish tendensiyasi kuzatilmoqda. Shu bilan birga, har qanday surunkali yallig'lanish jarayoni yirik BYOBda ularning chiqarish yo'llarining bloklanishi bilan bog'liq. Natijada, osteomeatal kompleks (OMK) tuzilmalarini yatrogen ravishda buzuvchi o'rta burun yo'li sohasidagi antrotomiyani YJBda jarrohlik aralashuvining "etaloni" sifatida qabul qilishda shablon yondashuv shakllangan. BTYO ni jarrohlik yo'li bilan davolashning ma'lum usullari 2-3 kun davomida otorinolarologik shifoxonalarga

yotqizishni talab qiladi. Bundan tashqari, yuqorida tavsiflangan barcha yondashuvlar, hatto ular mukammal bajarilganda ham, operatsiyadan keyingi davrda bir qator asoratlarning rivojlanishiga sabab bo'lishda davom etmoqda: yuz og'rig'i, yuzning shishishi, yuzning uvishishi, tishlarning uvishishi, sinus giperventilyatsiyasi sindromi, postnazal oqish sindromi.

Yuqori texnologiyali tibbiy yordamning rivojlanishi jarrohlik mutaxassisliklari shifokorlarining bemor atrofidagi to'qimalarning shikastlanish sonini kamaytirish va shu orqali o'tkazilayotgan davolash samaradorligini oshirish imkoniyati, bu, shubhasiz, hayot sifatiga ta'sir ko'rsatadi. Yuqori texnologik yordam otorinolarologiya sohasida bir qator kasalliklarni davolashda yangi yo'llar, usullar, yondashuvlar ishlab chiqilmoqda.

Yuqori energiyali lazer otorinolarologiyada keng qo'llaniladi. No-lazer quloq, tomoq va burun kasalliklarini davolashda o'zini yaxshi ko'rsatdi. Golmiy nurlanishi o'zining xususiyatlari tufayli nurlanish zonasida lazer nurining bevosita ta'siri ostida tirik to'qima qismining ablyatsiyasini keltirib chiqarishi mumkin. Ushbu nurlanish uzoqlashtirish predmetiga masofadan yoki kontakt orqali ta'sir qilishi mumkin. Biologik to'qimalarga ta'sir etish rejimini tanlash ba'zi xususiyatlarga ega. Masofadan turib ta'sir ko'rsatilganda No-lazer nurlanishi kista qobig'ini osongina teshib o'tadi, muolaja davomida kista suyuqligi oqib chiqib, olib tashlangandan so'ng, kista qobig'ining qolgan qismi vakuollanadi. Optimal parametrlar (ma'lum bir sohada nurlanish quvvatining yuqori zichligi) bilan kontakt ta'sirida lazer nuri dastasida moddaning yonish effekti mavjud bo'lib, bu, albatta, to'qima tomonidan o'z yuzasida ortiqcha nurlanishning yutilishiga olib keladi va mikroto'lqinlar ko'rinishidagi qo'shimcha shikastlanishlarni keltirib chiqaradi. Mikroportlashda to'qimaning mexanik shikastlanishi sodir bo'ladi, bu tovush portlash to'lqini bilan kuchayadi. Lazer nurlanishining oxirgi tavsiflangan mexanizmini kontaktli ta'sirda YJBKda qo'llash mutlaqo o'zini oqlaydi, chunki uning morfologik tuzilishi turli xil muhitlar bilan ifodalanadi: YJBK ichida kistoz suyuqlik, tashqarisida esa zich qobiq mavjud. KVCHP suyuq muhitiga yuqori quvvatli lazer nurlanishi bilan ta'sir qilib, kavitatsiya effekti amalga oshiriladi, bu

kistoz suyuqlikka energiya to'plash imkonini beradi, bu esa boshqa effekt - mikroto'lqin rivojlanishiga olib keladi. Natijada kista qobig'ining fragmentar shikastlanishi kuzatiladi. Lazer nurlanishining ikki tavsiflangan xususiyatlari, YJB xavfsiz shakllanishining joyi va hajmini hisobga olgan holda, uni o'rganilayotgan patologiya bilan ishlashda qo'llash imkonini beradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Gosalia NR, Di MS, Lim JI, et al. Cyst masquerading as inadvertent bleb after a scleral-fixated intraocular lens in Marfan syndrome: a case report. *Ophthalmol Ther.* 2018;7(2):437-441.
2. Gosalia NR, Dikopf MS, Lim JI, et al. Cyst masquerading as inadvertent bleb after a scleral-fixated intraocular lens in Marfan syndrome: a case report. *Ophthalmol Ther.* 2018;7(2):437-441.
3. Mashkova T.A. Morfologicheskaya xarakteristika polipoznogo sinusita u razlichnix grupp bolnix / Mashkova T.A., Nerovniy A.I., Lavrenov, i dr. //Folia Otorhinolaryngol. Patolog.Respirator. - 2015. - T. 2,No21. - S.97 - 99.
4. Nikiforova G.N./Sovremennie visokoenergeticheskiye lazernie texnologii pri lechenii bolnix s zabolevaniyami nosa i uxa.//Avtoreferat dissertatsii.-Moskva, 2007.-S.48.
5. Ozerskaya I.V. /Funksionalnoye sostoyaniye siliarnogo epiteliya u detey s bronxialnoy astmoy i allergicheskim rinitom //Materiali XII nauchno-prakticheskoy konferensii "Sovershenstvovaniye pediatricheskoy praktiki. Ot prostogo k slojnomu."M.,2017.-C. 34.
6. Palchun V.T., Mixaleva L.M., Gurov A.V., Mujichkova A.V./Yuqori jag‘ bo‘shlig‘ida surunkali yallig‘lanish jarayoni shakllanishining asosiy klinik-morfologik xususiyatlari.//Vestnik Rossiyskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta.-Moskva.-2011.-No4.-S.45-48.
7. Petrenko V./Funksionalnaya anatomiya limfaticeskoy sistemi.//Direkt-Media.-2014.-ISBN: 978-5-4475-1451-8 Hajmi: 1 Mb.
8. Piskunov V.S. Funksionalnoye i klinicheskoye znachenije anatomicheskix struktur, formiruyushix polost nosa: avtoref. dis.... d-ra med.nauk. M., 2009. S. 42.
9. Potapova I.S., Denisova L.B., Stratiyeva O.V. Burun shilliq qavatining morfologik va funksional o‘zgarishlari va sanoat shahri va qishlog‘ida yashovchi surunkali sinusit bilan og‘rigan bemorlarda burun yondosh bo‘shliqlari // V.N. Tatishev nomidagi Volga universiteti axborotnomasi. - 2010. - No9. - B.30 - 34.

10. Побережник G.A., Omelchenko O.A. Morfologicheskiye izmeneniya slizistoy obolochki gaymorovoy pazuxi v zavisimosti ot prichini verxnechelyustnogo sinusita//Problemi ekologichnoy ta meditsinskoй genetiki i klinicheskoy immunologii.//No1 (115), 2013, S.325-338.

11. Puttamadaiah GM, Vijayashree MS, Viswanatha B, et al. Cholesteatoma of maxillary sinus mimicking malignancy. *Res Otolaryngol*. 2014;3(4):57-59.

12. Машкова Т.А. Морфологическая характеристика полипозного синусита у различных групп больных / Машкова Т.А., Неровный А.И., Лавренов, и др. //Folia Otorhinolaryngol. Patolog.Respirator. - 2015. - Т. 2,Но21. - С.97 - 99.

13. Никифорова Г.Н./Современные высокоэнергетические лазерные технологии при лечении больных с заболеваниями носа и уха.//Автореферат диссертации.-Москва, 2007.-С.48.

14. Озерская И.В. /Функциональное состояние цилиарного эпителия у детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом //Материалы ХИИ научно-практической конференции "Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному."М.,2017.-С. 34.

15. Палчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В./Юкори жағ бұшлиғида сурунқали яллиғланиш жараёни шаклланишининг асосий клиник-морфологик хусусиятлари.//Вестник Российского Государственного Медицинского Университета.-Москва.-2011.-Но4.-С.45

16. Петренко В./Функциональная анатомия лимфатической системы.//Директ-Медиа.-2014.-ИСБН: 978-5-4475-1451-8 Ҳажми: 1 Мб.

17. Пискунов В.С. Функциональное и клиническое значение анатомических структур, формирующих полость носа: автореф. дис.... д-ра мед.наук. М., 2009. С. 42.

18. Побережник Г.А., Омелченко О.А. Морфологические изменения слизистой оболочки гайморовой пазухи в зависимости от причины верхнечелюстного синусита//Проблемы экологичной та медитсинской Erisir F, Kazikdas KC, Yalcinozan ET. Giant epidermoid cyst of the maxillary sinus: a postoperative complication? *J Craniofac Surg*. 2018;29(6):e607-e608.

19. Потапова И.С., Денисова Л.Б., Стратиева О.В. Бурун шиллик қаватининг морфологик ва функционал ўзгаришлари ва саноат шаҳри ва қишлоғида яшовчи сурункали синусит билан оғриган беморларда бурун ёндош бўшлиқлари // В.Н. Татишев номидаги Волга университети ахборотномаси. - 2010. - №9. - Б.30 - 34.



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

**MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

100109, Toshkent sh., Farobiy ko'chasi -2-uy. Tel.: (+998-78) 150-78-25, (+998-71) 214-83-11 Fax: (+998-78) 150-78-28
Website: www.tma.uz, e-mail: info@tma.uz

2025 yil "7" iyul
4049-son

**Toshkent davlat tibbiyot universiteti Ilmiy kengashining 2025-yil 28-iyundagi
1-sonli bayonnomasidan ko'chirma**

Ilmiy kengash raisi: t.f.d., professor Sh.A.Boymuradov

Kengash kotibi: t.f.d., professor G.A.Ismailova

Qatnashdilar: kengash a'zolari (ro'yxat bo'yicha)

Kun tartibi:

2.Turli masalalar. Dissertatsiya, monografiya, o'quv-uslubiy ishlar mavzularini va ilmiy-tadqiqot ishlar natijalarini amaliyotga tatbig'ini tasdiqlash.

ESHITILDI:

Toshkent davlat tibbiyot universiteti Ilmiy tadqiqotlar, innovatsiyalar va ilmiy-pedagogik kadrlar tayyorlash bo'limi boshlig'i Z.A.Muminova so'zga chiqib, Otorinolingologiya kafedrası xodimlari J.A.Djuraev, S.P.Mirzayev va I.O.Soatovlar tomonidan o'zbek tili lotin alifbosida tayyorlagan "Yuqori jag' bo'shlig'i kistasini klinik-morfologik tekshirish usullari" nomli uslubiy tavsiyanoma bilan Ilmiy kengash a'zolarini tanishtirdi va tasdiqlash uchun ovozga qo'ydi.

QAROR QILINDI:

Toshkent davlat tibbiyot universiteti Otorinolingologiya kafedrası xodimlari J.A.Djuraev, S.P.Mirzayev va I.O.Soatovlar tomonidan o'zbek tili lotin alifbosida tayyorlagan "Yuqori jag' bo'shlig'i kistasini klinik-morfologik tekshirish usullari" nomli uslubiy tavsiyanomasi tasdiqlansin.

Kengash kotibi



G.Ismailova



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI

Объем – 0,9 а.л. Тираж – 20. Формат 60х84. 1/16. Заказ № 4870 -2025.
Отпечатано «TIBBIYOTNASHRIYOTIMATBAAUYI» МЧЖ
100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716