

(*Porphyromonas gingivalis* ва *Candida albicans*) зиёд мешаванд. Ин микроорганизмҳо метавонанд илтиҳоб, осеби бофтаҳо ва афзоиш ёфтани бемориҳоро ба вучуд оранд. Дар шахсони дорои сохторҳои ортопедӣ микрофлора тағйир меёбад, ки метавонад бо бемориҳои илтиҳобӣ алоқаманди дошта бошад. Беҳдошти гигиена ва истифодаи маводҳои муосир ин хатарҳоро кам мекунад.

Ортопедии конструкцияҳо метавонанд манбаи чамъшавии бактерияҳо шаванд. Гигиенаи дурусти даҳон гузаронида шавад, ки ин ба рушди дисбиоз мусоидат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: микрофлораи ковокии даҳон, биофилмҳо, дисбиоз, сохторҳои ортопедӣ, саломатӣ.

УДК: 616.02.092-07.314+612; 616.82+216.1-002

doi: 10.52888/0514-2515-2025-364-1-106-114

М.Ш. Мирзоев, М.У. Ходжаев, Х.О. Гафаров, Д.И. Хушвахтов

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Мирзоев Мансурджон Шомилевич - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПОвСЗ РТ»; Тел.: +992919172701; E-mail: mirzoev_1965@bk.ru

Проведён обзор литературных источников ближнего и дальнего зарубежья, посвящённых некоторым аспектам распространённости, патогенеза и методов диагностики одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита (ОПВЧС). Распространённость одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита в Российской Федерации составляет 1420 случаев на 100 тысяч взрослого населения, по данным статистики за последние годы данное заболевание продолжает расти, и от 2% до 77% всех случаев заболеваемости составляет одонтогенный верхнечелюстной синусит. Обращаемость указанных больных в челюстно-лицевых стационарах составляет 7,6%. Наибольшее количество больных составляют лица трудоспособного возраста от 30 до 50 лет. Рентгенологическое исследование является оптимальным методом изучения вариантов анатомического строения структур верхней челюсти, носа и околоносовых пазух, однако на сегодняшний день не существует работ, в которых бы была проведена рентгенологическая оценка всего комплекса факторов, оказывающих влияние на развитие перфорации слизистой верхнечелюстной пазухи и одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита. Именно поэтому проведение исследования, в котором будет выполнен объективный анализ индивидуальных анатомо-рентгенологических характеристик и их совокупного влияния на развитие патологического процесса представляется крайне необходимым.

Ключевые слова: распространённость, патогенез, диагностика, одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит, верхнечелюстная пазуха, рентгенологическое исследование

M.Sh. Mirzoev, M.U. Hodjaev, H.O. Gafarov, D.I. Khushvakhtov

ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND DIAGNOSTICS OF ODONTOGENIC PERFORATIVE MAXILLARY SINUSITIS

Department of Oral and Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry of the SEI Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

Mirzoev Mansurjon Shomilovich - Doctor of medical sciences, associate professor, head of the Department of Oral and Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry of the SEI Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan; Tel.: +992919172701; E-mail: mirzoev_1965@bk.ru

A literature review of data sources from neighbouring and distant countries was conducted, focusing on various aspects of the prevalence, pathogenesis and diagnostic methods of odontogenic perforative maxillary sinusitis (OPMS). The prevalence of OPMS in the Russian Federation is 1,420 cases per 100,000 adults. According to the latest statistics, this disease continues to grow, with odontogenic maxillary sinusitis accounting for between 2% and 77% of all cases.

The rate of these patients presenting to maxillofacial clinics is 7.6%. The majority of patients are of working age, between 30 and 50 years. Radiological examination is considered to be the optimal method to study the variations in the anatomical structures of the maxilla, nose and paranasal sinuses; however, to date, there are no studies that have performed a radiological assessment of the entire set of factors influencing the development of mucosal perforation of the maxillary sinus and OPMS. Therefore, a study that objectively analyses individual anatomical-radiological features and their cumulative impact on the development of the pathological process is considered extremely necessary.

Keyword: prevalence, pathogenesis, diagnosis, odontogenic perforating maxillary sinusitis, maxillary sinus, radiological examination.

Синсуити чоғи боло – илтиҳоби пардаи луобии ҷавфи чоғи боло (ЧҚБ) буда, яке аз бемориҳои вусъатёфтаи ҷавфҳои назди бинӣ ба ҳисоб меравад [3, 13, 16, 30, 41]. Аз рӯи нишондодҳои омӯрӣ, дар солҳои охир, дар Федератсияи Россия вусъатёбии синуситҳо 1420 ҳодиса дар 100 ҳазор аҳолии калонсолро ташкил медиҳад [20, 25, 30]. Аз рӯи маълумоти [37] аз 2 то 77% аксари бемориҳоро синусити одонтогенӣ чоғи боло (СОҚБ) ташкил медиҳад, инчунин ин беморӣ рӯ ба афзоиш дорад [11]. Мурочиати беморони номбурда дар статсионарҳои ҷоғу рӯй 7,6% -ро ташкил менамоянд [14]. Миқдори зиёди беморонро шахсони қобили меҳнатӣ аз синни 30 то 50 сола ташкил медиҳанд [23].

Таҳлили адабиётҳо нишон медиҳанд, ки сабабҳои аксари пайдоиши СОҚБ ин равандҳои патологӣ дар минтақаҳои решаҳои дандонҳои курсии хурд ва калон мебошанд, ки ба қабри ҷавфи чоғи боло бисёр ҳам наздик ҷойгир шудаанд, аз ҷумла кистаҳои решагӣ ва фолликулярӣ, дандонҳои набаромада, маводҳои пломбакунии дандонҳо, ки дар вақти корҳои стоматологӣ ба ковокии ҷавф ворид мешаванд [3, 21, 23].

Як қатор муаллифон бар он ақидаанд, ки яке аз сабабҳои СОҚБ ин носури ороантрали (НОА) шуда метавонад [3, 13, 18, 25]. Вусъатёбии ин намуди синусит 41-92% -ро ташкил медиҳад [29, 31] ва ин ҳодиса бисёртар ҳангоми амалиёти кандани дандонҳо ба амал меояд. Бо зухуроти коркардҳои нави техникӣ ва амалиётҳои ҷарроҳӣ дар соҳаи стоматологияи ҷарроҳӣ, сабабҳои нави пайдоиши сӯрохшавии пардаи луобии ҷавфи чоғи боло ба назар мерасад. Амалиётҳои нобарор ва оризаҳои онҳо, ки пас аз гузоштани имплантатҳои денталӣ ва афзудани шохҳои алвеоларии чоғи боло ба амал меоянд дар 5-20% мавридҳо воমেҳӯранд [4, 21], осебгирӣ пардаи луобии ҷавфи чоғи боло бошад, ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ – 10-56% -ро ташкил медиҳад [3, 38].

Перфоратсияи ҷавфи чоғи боло бисёртар вобастагӣ дорад ба хусусиятҳои сохтори анатомии чоғи боло, чунки ЧҚБ намуди пирамида до-

шта ба танаи устухони чоғи боло бисёр наздик ҷойгир шудааст [25, 34, 38]. Бо назардошти сини сол ба таври индивидуалӣ, андоза ва шакли ЧҚБ тағйир меёбад. Аз рӯи маълумоти муаллифон [20, 23], андозаи миёнаи ҷавфи пурра инкишофёфта ба самти пешу қафо дар ҳудуди 34 мм, дар самти краниокаудалӣ – 33 мм, дар самти кундаланг – 23 мм ва ҳаҷми он наздики 15 мм-ро ташкил медиҳад.

Сохтори ЧҚБ-ро як қатор муаллифон (Кручинский Г.В. и Филиппенко В.С., 1991) ба се намуд тақсим намудаанд:

- пневматикӣ,
- склеротикӣ,
- мобайнӣ.

Ҳаҷми калони ЧҚБ – то 18,6 см³-ро ташкил медиҳад, аз рӯи қоида дар намуди пневматикӣ, ки девора ва қабри тунук дорад ва дар сатҳи шохҳои алвеоларии чоғи боло ҷойгир шудааст, мушоҳида мегардад. Аз рӯи мушоҳидаи як қатор муаллифон [9, 19], решаи дандонҳои курсии хурд ва калонро аз девораи ҷавф дар ин ҳолат лавҳачаи тунуки устухонӣ ҷудо менамояд, ки онро пардаи луобии ҷавф пӯшондааст. Намуди склеротикӣ бошад, ҳаҷми хурд дорад (то 2,8 см³). Намуди мобайнӣ ҳаҷми миёнаро дорост, то 12,1 см³. Дар намудҳои склеротикӣ ва мобайнӣ, сохтори девора ва қабри ҷавф аз қабати кортикалии устухон бо ғафсии 1,0 см ва зиёда аз он иборат мебошад [32].

Баъзе аз муаллифон қайд мекунанд [23, 26], ки А.Л. Шнейдер (1936) ҳамбастагии қабри ЧҚБ –ро бо решаҳои дандонҳо ба се навъ ҷудо намудааст. Навъи якум аз он иборат аст, ки решаи дандонҳо дар назди қабр, ё ин ки ба дохили ҷавф ворид гаштаанд 19% -ро ташкил медиҳанд. Дар навъи дуюм бошад, ғафсии қабати устухон аз 1,0 то 13 мм –ро ташкил медиҳад, ки дар ин ҳолат нӯги решаи дандонҳои чоғи боло то ба қабри ҷавф намерасад (47,0%). Навъи сеюм омехта мебошад.

Муаллиф [23] дар натиҷаи таҳқиқотҳои ҳосилшуда муайян намудааст, ки ҳаҷми миёнаи устухони решаҳои молярҳои лунҷӣ 2,1-2,9 мм, решаҳои қомӣ бошанд – 2,1 мм –ро ташкил мекунанд. Одатан масофаи байни нӯги решаҳои курсии хурд ва

калон ва қаъри чавф аз 0,1 то 10-12 мм мебошанд. Нӯги решаи дандонҳои курсиҳои калон дар бисёр ҳолатҳо ба девораи поёни ҚҚБ наздик қой гирифтааст, масофаи нӯги решаҳои комӣ то девораи поёнӣ дар маҷмӯъ - 2 мм – ро ташкил медиҳад, ин масофа дар сатҳи медиалӣ-лунҷӣ – 4,5 мм ва дар сатҳи дисталӣ-лунҷӣ – 3,8 мм – ро ташкил медиҳад. Қойгиршавии нӯги решаи дандонҳои курсиҳои хурд нисбат ба девораи поёнии чавфи қоғи боло 1,1-6,2 мм ва аз он болотарро ташкил медиҳад. Баъзе аз муаллифон дар он ақидаанд, ки решаи дандонҳои хоянда (курсӣ) метавонанд бевосита дар қаъри чавф қой гиранд, ки онҳоро фақат пардаи луобии чавфи қоғи боло аз ҳам ҷудо менамояд. Аз рӯи ақидаи муаллифони дигар бошад, нӯги решаи дандонҳоро ҳама вақт қабати устухонӣ аз ҚҚБ ҷудо мекунад, чунки ҳангоми хоиш фишор танҳо ба устухон тақсим мешавад [6, 22, 25].

Муаллифон, аз рӯи ақидаҳои С.М. Михайлова (1973), ба чунин ҳулоса омадаанд, ки қойгиршавии қаъри синуси қоғи боло поёнтар аз қаъри бинӣ дар 40% ҳолатҳо воқеъшуда, дар як сатҳ ҳам – 40% ва аз даромадгоҳи бинӣ бошад – 20% болотар мушоҳида гардидааст [22, 27, 39].

Ба ҳамин васила, маълумотҳои аз рӯи адабиётҳо ба даст омада нишон медиҳанд, ки носури ороантралӣ (НОА) дар бисёр ҳолатҳо, дар навбати пневматикии сохтори ҚҚБ воқеъшуда, вақте ки ҳалиҷи алвеоларӣ аз қаъри бинӣ поёнтар қой гирифтааст ва лавҳачаи тунуки устухонӣ мавҷуд мебошад, ки решаи дандонҳоро аз чавфи қоғи боло ҷудо менамояд. Вале муаллифон ягон маълумотҳои аниқ нисбати пайдоиши носури ороантралӣ намеранд, ки табиб ҳангоми ба нақшагирии амалиёти ҷарроҳӣ дар қоғи боло онро ба назар гирад. Мисол, нофаҳмо менамояд, ки перфоратсияи пардаи луобии чавфи қоғи боло дар кадом сатҳи ҳалиҷи алвеоларӣ мегузарад? Ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ дар қоғи боло, чигуна нишондодҳои муносиби зичӣ ва ғафсии устухон лозим аст?

Адабиётҳо дар бораи он маълумот медиҳанд, ки омилҳои асосӣ дар равиши пайдошавии перфоратсия, ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ дар қоғи боло ин таҳқиқотҳои клинӣ-анамнестикӣ ва рентгенологӣ дар марҳилаи амалиёти кандани дандонҳо мебошанд [22, 28, 40].

Навҳои клинӣ перфоратсияи ҚҚБ – ро Г.В. Старенкова (1955) ба ин васила тақсим намудааст:

- дар ковокӣ қой надоштани қисми бегона,
- дар ковокӣ қой доштани қисми бегона,

– дар чавфи қоғи боло қой доштани реша ва ё дандон.

Перфоратсияи чавфи қоғи боло на ҳама вақт ба пайдоиши синусити одонтогении перфоративии қоғи боло робита дорад.

Як қатор муаллифон бар он ақидаанд, ки ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ пайдошавии ориза ба мисоли вайроншавии пардаи луобии чавфи қоғи боло метавонад рух надихад [11, 25, 39]. Эҳтимол, ин воқеаҳо дорад ба хусусиятҳои сохтори анатомии ҚҚБ ва таркиби бинӣ, аз ҷумла ба вазифаҳои асосии физиологии он ба намуди комплекси остиомеаталӣ (КОМ), ки вазифаи заҳкашқунониро таъмин менамояд.

Ташкилҳои КОМ иборат аст, аз роғи нимдоираи сӯроҳии табиӣ, шоҳаи дирафшмонанд ва сатҳи латералии садафаи миёнаи бинӣ. Сӯроҳии табиӣ ҚҚБ аз рӯи меъёр ба дарозӣ 7-10 мм ва ба паҳноӣ 2-6 мм – ро ташкил медиҳад. Аз рӯи ақидаи бархе аз муаллифон ҳаҷми сӯроҳии табиӣ 3-5 мм мебошад. Вай шакли байзавӣ, доира ва ё гурдамонандро дорост, ба ковокӣ бинӣ бо воситаи наздиқамеравӣ, ки онро устухони ғалбершакл ташкил медиҳад пайваст мешавад [20, 29, 41]. Фикру андешаҳои як қатор муаллифон дар он аст, ки намуди байзавӣ-доирашакл доштани баромадгоҳи сӯроҳии табиӣ ҚҚБ бисёр ҳам мусоид мебошад, барои иҷрои вазифаи тахлия (эвакуация) [10, 23, 25]. Дар адабиётҳои замони ҳозира, фикру ақидаи ягона дар бораи робитаи рост, нисбати пайдоиши СОПҚБ ва шакли баромадгоҳи сӯроҳии табиӣ ҚҚБ пурра мушоҳида намешаванд. Аз ҷумла таъсири вариабелии сохтори ҷӯйбори сӯроҳии табиӣ, махсусан дарозӣ ва паҳноии он барои пайдоиши раванди илтиҳоби ҚҚБ равшану возеҳ гуфта нашудааст.

Ташхиси синусити одонтогении қоғи боло.

Таҳқиқоти рентгенологӣ дар замони ҳозира, яке аз усулҳои пешрави ташхисоти синусит мебошад [1, 29, 39]. Баҳодиҳии комплекси ҳолати дандонҳо, шоҳаи алвеоларии қоғи боло ва ҚҚБ барои пайдоиши СОПҚБ роли бисёр ҳам муҳим мебошад. Бо ҳамин мақсад гузаронидани рентгенографияи ҳулосавӣ, ортопантомография, рентгенография бо истифодаи маводҳои контрастӣ, томографияи магнитно-резонансӣ ва томографияи компютерӣ ҳатмӣ мебошад [22, 30, 35].

Оториноларингологҳо барои муайян намудани бемориҳои илтиҳоби бинӣ, дар қабули амбулатории беморон рентгенографияи ҳулосавӣ мегузaronанд, ки яке аз усулҳои таҳқиқоти оддӣ ва дастрас ба шумор меравад. Торикии тоталӣ

ва ё субтоталӣ дар як тарафи ҚҚБ барои синусити одонтогении чоғи боло хос мебошад. Чой доштани моеъ дар акси рентгенӣ аз мавҷуд будани фасод гувоҳӣ медиҳад, ки ин раванди шадиди ҚҚБ-ро нишон медиҳад [12, 19, 26, 29]. Вақте ки раванди илтиҳобӣ дар қаъри ҚҚБ чойгир аст ва ба марҳилаи аввали беморӣ хос мебошад, ягон ҳел тағиротҳои патологӣ дар рентгенографияи хулосавӣ, мумкин, ки маълум нагардад. Як қатор муаллифон маълумот аз он медиҳанд, ки дар 71,6% мавридҳо натиҷаи рентгенографияи хулосавӣ чавфҳои назди бинӣ, мумкин қадар нодуруст бошанд [26, 27, 34]. Ин раванд вобастагӣ дорад ба торикии болоиҳамӣ ҳалиҷи алвеоларӣ ва сатҳи дандону алвеоларии чоғи боло, ки ташхискунии саривактӣ бемориҳои одонтогениро мураккаб менамояд. Дар ин ҳолат барои муайян намудани манбаи сироят, ҳангоми шубҳа доштан нисбат ба синусити одонтогении чавфи чоғи боло, ҳатман бояд таҳқиқоти рентгенологии системаи чоғу дандонҳоро гузаронида лозим аст [35, 37].

Ортопантомографияро (ОПТГ) барои муайян намудани равандҳои патологӣ структураҳои устухонӣ дар минтақаҳои решаҳои курсиҳои хурду калон ва ҳамбастагии онҳо бо қаъри ҚҚБ гузаронидан мумкин аст [3, 37]. Таҳқиқоти ОПТГ дар соҳаи стоматология яке аз усулҳои дастрас ба ҳисоб меравад. Табиб-стоматолог бо ёрии ортопантомография ҳолати дандонҳо ва бофтаҳои назди решагиро баҳо медиҳад, дар бораи ҳолати девораҳои устухон, пардаи ҳалиҷи алвеоларӣ ва қисматҳои аз чавф болотар чой гирифта маълумот мегирад. Бо ёрии он кистагранулёмаҳо ва кистаҳои решагиро ташхисгузори қардан мумкин аст, вале алоқамандии байни ташкилаи патологӣ ва ҚҚБ-ро муайян намудан на ҳамма вақт мумкин аст.

Таҳқиқоти пешбинишуда имконияти муайян намудани ҳисмҳои бегоноро дар ҚҚБ дорост, аз ҷумла нуқсони қаъри чавфро, ки дар натиҷаи амалиёти кандани дандонҳо ба вуқӯъ меояд, бинобар сабаби осебгирӣ қисмати аз ҳамма поёни ҳалиҷи алвеоларӣ, ҳангоми набудани сарҳади устухонӣ байни дандонхона ва ҚҚБ дар ин минтақа мебошад. Чойгиршавии маводҳои пломбақунанда дар зерӣ пардаи луобӣ ва ё бевосита дар ковокии ҳалиҷи алвеоларии чавфи чоғи болоро ОПТГ дуруст муайян қарда наметавонад, чунки ин таҳқиқот дар ҳолати вертикалӣ чой гирифтани сари бемор гузаронида мешавад, ки дар ин ҳолат имконияти муайян намудани моеъро доро мебошад. Дар ин ҳангом аломати асосии рентгенологӣ – “тирагӣ” мебошад, ин ҳодисаи физикӣ буда доштани нурҳои

гузарандаро ба маводи фотоҳискунада инъикос менамояд. Баҳодихии объективӣ хусусияти раванди патологӣ ва дараҷаи барҷастагии он дар ин ҳолат ноимкон мебошад. Инчунин баҳодихии ҳолати сӯрохии табиӣ, структураҳои бинӣ ва дараҷаи осебгирӣ дигар чавфҳои назди бинӣ бо ёрии ортопантомография ноимкон мебошад [5, 19, 30].

Дигар намуди таҳқиқоти рентгенологӣ ин синусографияи контрастӣ мебошад – ин усули такмилдодашуда барои таҳқиқоти чавфҳои назди бинӣ бо истифода аз мавоҳои контрастӣ гузаронида мешавад. Маводҳои гуногун мавҷуд мебошанд, ки бо ин мақсад истифода мешаванд: контрастҳои рағванӣ, мисол, йодолипол ва сульфойдол, ё ин ки маводҳои дар об ҳалшаванда. Маводҳои охири фақат барои илтиҳоби экссудативӣ самаранок мебошанд, чунки ҳангоми гиперплазияи барҷастаи пардаи луобии ҚҚБ онҳо бо танаи девораи чавф тез қорӣ шуда, сояи дуруст намедиҳанд. Ҳангоми осеби одонтогенӣ ин усул самаранокӣ кам дорад, чунки маводи контрастӣ ба чавф ворид кардашуда, бинобар чой доштани носури ороантралӣ дар ҳалиҷи алвеоларӣ ҷамъ шуда ба ковокии даҳон мерезад [8, 15, 27]. Ба ин нигоҳ нақарда, ин усул як қатор афзалиятҳо низ дорад, ки барои баҳодихии вазифаҳои заҳкашқунонӣ ва репаративии ҚҚБ мусоидат менамоянд.

Томографияи магнитно-резонансӣ (ТМР) имконияти дурусти гузоштани ташхиси топиқӣ нисбати бофтаҳои мулоим, чавфҳои изофии бинӣ ва минтақаҳои чоғу рӯйро доро мебошад. Ба туфайли имкониятҳои нағз намоён будани ташкилаҳои нав, паҳншавии раванди омосҳо ба минтақаҳои гирду атроф (чуқуриҳои болию комӣ ва зерӣ чакка, ғадудҳои луоббарор, чашмхона, ковокии бинӣ ва ғайраҳо) аниқ ва возеҳ муайян қарда мешавад. Бо ёрии ТМР бофтаҳои омосҳоро аз варамиҳо ва илтиҳоби пардаи луобӣ фарқ қардан мумкин аст. Бартари он нисбат ба дигар усулҳои рентгенӣ дар он аст, ки сарбории нурӣ надорад, вале фикрҳои дигар интиқол медиҳанд, ки ин усул ҳам элементҳои гипердиагностикаро доро мебошад [29]. Ин раванд ба хунҷамъшавии пардаи луобӣ, дар марҳилаи физиологии бинӣ вобастагӣ дорад, ки саҳван ҳамчун синусит намоён мегардад. Аз рӯи ақидаҳои дигар муҳаққиқон, ТМР имконияти муайян намудани равандҳои патологиро дар ҚҚБ дорад, аммо маълумоти амиқ нисбати де-струксия ва ҳалшавии структураи устухонҳоро дода наметавонад [19]. Бо вуҷуди ин, ташхисоти ТМР маҳдудияти худро дорад, вақте ки дар ковкии

дахон дандонҳои сунъии металлӣ ва ё дар ковкий чавф ҳисми бегонаи металлӣ чой дошта бошад.

Томографияи мултиспиралӣ компютерӣ (ТМСК) имконияти дарёфти инъикоси васеи робитаи дутарафаи структураҳои дохилибинигӣ ва чавфҳои назди биниро дорад, андозаҳои ташкилаҳои калонҳаҷми ҚҚБ-ро муайян ва баҳо медиҳад, аммо бо ёрии вай баҳодиҳии ҳолати шохҳои алвеоларӣ чоғи боло душвор мебошад. Бо ёрии ТМСК зичии пардаи луобии тағирёфтаи ҚҚБ-ро чен кардан (аз рӯи воҳиди Хаунсфилд) ва табиати чунин тағиротҳоро баҳои объективӣ додан мумкин аст. Адабиётҳои солҳои охир тавсия медиҳанд, ки барои муайян намудани тағироти пардаи луобии ҚҚБ дар сатҳи дандони сабанок ва намоён гаштани носури ороантралӣ, ҳатман бояд ТМСК бо реконструксияи сагиталӣ аз байни дандонҳои курсии хурд ва калон гузаронида шавад [5, 13, 26, 30].

Дар даҳсолаҳои охир бо рушду нумӯи илм, дар соҳаи стоматология технологияҳои рақамӣ бо имкониятҳои секарата ва намоёнгардии интерактивӣ қорӣ гардид, аз ин лиҳоз, инкишофи фаъоли томографияи конусу-нурии компютерӣ (ТКНК) барои таҳқиқотҳои системаи дандону чоғҳо, шохҳои алвеоларӣ чоғи боло ва ҳамаи чавфҳои назди бинӣ мушоҳида мегардад. Инчунин вай имконият дорад тавсифи бофтаҳоро аз рӯи зичии рентгении онҳо муайян намояд. Аз рӯи ақидаи як қатор муаллифони, ТКНК имконияти ба таври аниқ муайян намудани шакл, андоза ва ҷойгиршавии равандҳои патологиро дар назди ҚҚБ ва ковокии бинӣ доро мебошад ва яке аз усулҳои самараноки таҳқиқот ҳангоми дарёфт намудани ташкилаҳои калонҳаҷми минтақаҳои чоғу рӯй ба шумор меравад [25, 26, 30]. Чи хеле ки муаллифони зиёд қайд мекунанд, таҳқиқоти ТКНК – усули пурмаъно оиди интиҳоб намудани тармими сӯрохшавии ороантралӣ бо назардошти андозаи нуқсонҳои устухонӣ мебошад. Бо ёрии ӯ барои даромадан ба чавфи чоғи боло нақшаи пешакӣ кашида мешавад, дар ҳолати оптималӣ будани пардаи луобии чавфи чоғи боло ҳангоми гузаронидани синус-лифтинг [2, 17, 28, 36]. Дар якҷоягӣ бо он, ҳангоми банақшагирии ингуна чарроҳӣ ба монанди синус-лифтинг ва имплантатсияи денталӣ, бисёре аз импалнологҳо танҳо ба маълумотҳои рентгенографияи панорамавӣ таъя мекунанд, чунки он имконият медиҳад баландии бофтаҳои устухониро аз канори шохҳои алвеоларӣ чоғи боло то сатҳи қаъри чавфи чоғи боло ва

дарачи равшаннокии чавфро дуруст баҳогузори намоянд [3, 17, 33].

Бо вучуди ин, ТКНК аз норасогиҳо холи нест. Ташхиси дифференсиалии марҳилаи шадиди беморию бо гиперплазияи тоталии пардаи ҚҚБ, аз рӯи маълумотҳои ТКНК гузаронидан бисёр мушкилӣ дорад, дар ҳолат ки тамоми ковокии ҚҚБ бо фасод пур мебошад. Амалан ҳангоми ҳама намуд равандҳои патологӣ, пардаи луобии ҚҚБ шиддатнокии якхела дорад, бинобар он нисбати тағиротҳои торикӣ дар томограмма танҳо аз рӯи хусусиятҳои тарҳ ва шакл ҳулосабарорӣ кардан зарур аст [10, 12, 24, 33].

Ҳангоми патологияҳои ҚҚБ усули таҳқиқоти алтернативӣ ин таҳқиқоти ултрасадогӣ (ТУС) мебошад [5, 7]. Дар адабиётҳои замони ҳозира гуфта шудааст, ки ТУС маълумоти дурустро дар намуди синусити экссудативии чоғи боло дода метавонад. Бинобар он, ки таҳқиқоти номбурда сарбории нури надорад, онро метавон дар мушоҳидаҳои динамикӣ, аз ҷумла дар муоинаи занҳои ҳомиладор ва кӯдакон васеи истифода намуд. Дар ташхисоти синусити одонтогении чоғи боло оиди истифодаи ТУС корҳои илмӣ бисёр кам вохӯранд. Бо ёрии ТУС ғафсӣ ва хусусияти эхогении бофтаҳои мулоими минтақаи зерӣ чашм ва пардаи луобии ҚҚБ-ро муайян намудан мумкин аст, ғафсӣ ва мустақилии девораи пеши худӣ чавфро бошад, моёи дохили чавф намоён мегардонад. Таҳқиқоти ултрасадо имконияти муайян намудани сатҳи моеъ ва қуллай ташкилаи кистозии ҚҚБ, аз ҷумла ҳисмҳои бегонаро доро мебошад [5, 7, 37]. Аммо, ТУС усули мустақилонаи таҳқиқот ҳангоми гумон доштан, ки сабаби беморӣ дандонҳои курсӣ мебошанд, шуда наметавонад.

Дар баробари таҳлили тафсири адабиётҳо, қайд намудан зарур аст, ки новобаста аз давраҳои омӯзиши дуру дароз, нисбати этиология, патогенез ва усулҳои ташхиси синусити одонтогении перфоративии чоғи боло (СОПҚБ), то замони ҳозира як қатор масъалаҳои ҳалталаб боқӣ мондаанд, аз ҷумла: масъалаи шартӣ пешакии пайдоиши анатомии синусити одонтогении перфоративии чоғи боло то охир омӯхта нашудааст. Маълумоти сифатнокӣ ва миқдорӣ структураҳои анатомии чоғи боло, ки ба пайдоиши сӯрохшавии пардаи ҚҚБ мусоидат менамояд аниқу равшан дода нашудааст. Барои ташаккулёбии СОПҚБ бо назардошти сохти анатомии индивидуалии ҚҚБ ва сохти бинӣ ҳангоми пайдоиши перфоратсия шартҳои пешакии таҳқиқот номукамал мебошанд. Ҳар як параме-

три пайдоиши СОПҚБ дар алоҳидагӣ ва таъсири ҳампайвандии онҳо таҳқиқ карда нашудааст.

Дар асоси ахбороти ҷойдошта чунин ҳулоса баровардан мумкин аст, ки таҳқиқоти рентгенологӣ усули оптималии роҳҳои омӯзиши сохтори анатомии структураҳои ҷоғи боло, бинӣ ва ҷавфҳои назди бинӣ мебошад, аммо дар замони имрӯза чунин корҳои илмӣ ба назар намерасанд, ки дар онҳо баҳодиҳии рентгенологии ҳамаи омилҳои комплексие, ки ба пайдоиши сӯрохшавии пардаи ҚҚБ ва СОПҚБ таъсир мерасонанд дарҷ гашта бошад. Бинобар ин, таҳқиқотҳои гузаронида шуда, ки дар онҳо таҳлили объективи индивидуалии тавсифи анатоми-рентгенологӣ ва таъсири муштраки онҳо ба вусъатёбии равандҳои патологӣ мазмунан бисёр муҳиманд, бениҳоят зарур мебошад.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 31-41 см. в REFERENCES)

1. Аржанцев А.П. Особенности рентгенологических проявлений и рентгенодиагностика заболеваний верхнечелюстных пазух / А.П. Аржанцев // МедАлфавит. – 2016. – Т. 1, №2. – С. 8–14.
2. Арутюнян И.В. Нетканые материалы на основе поликапролактона для тканевой инженерии: выбор структуры и способа заселения / И.В. Арутюнян, Т.Х. Тенчурин, Е.Ю. Кананыхина [и др.] // Гены и клетки. – 2017. – Т. 12, №1. – С. 62–71.
3. Байдик О.Д. Современные подходы к диагностике и лечению хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов / О.Д. Байдик, П.Г. Сысолятин, А.А. Гурин, О.В. Ильенко // Рос. стоматол. журн. – 2015. – Т. 19, №4 – С. 14–18.
4. Бакотина А.В. Проблема возникновения верхнечелюстных синуситов после синуслифтинга и дентальной имплантации (обзор литературы) / А.В. Бакотина, В.В. Вишняков, А.М. Панин // Рос. оторинолар. – 2016. – Т. 24, №2 – С. 46.
5. Бойко Н.В. Значение компьютерной томографии для выявления одонтогенного верхнечелюстного синусита / Н. В. Бойко, С. Ю. Максюков, Д. С. Щепляков [и др.] // Стоматология для всех. – 2015. – №3. – С. 16–19.
6. Варжапетян С.Д. Клинико-рентгенологические параллели при травматическом ятрогенном верхнечелюстном синусите стоматогенного происхождения / С. Д. Варжапетян // Вестн. стоматологии. – 2015. – №4. – С. 35–40.
7. Варжапетян С.Д. Ультразвуковая дифференциальная диагностика различных форм стоматогенного верхнечелюстного синусита / С.Д. Варжапетян // Актуальные вопросы фармацевтической и медицинской науки и практики. – 2016. – №2 (21). – С. 85–90.
8. Васванов М.И. Рентгенографическая и компьютерно-томографическая диагностика патологии челюстно-лицевой области / М.И. Васванов, А.М. Ильясова, А.М. Ильясов // Вестн. КазНМУ. – 2014. – Т. 3, №2. – С. 25–30.
9. Ведяева А.П. Эффективность применения биорезорбируемой коллагеновой мембраны в комбинации с хитозаном для восстановления костной ткани (экспериментальное исследование) / А.П. Ведяева, П.В. Иванов, Н.В. Булкина, Д.В. Никишин // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2015. – №3 (35). – С. 50–61.
10. Вилькицкая К.В. Особенности строения верхнечелюстного синуса и его слизистой оболочки по данным конусно-лучевой компьютерной томографии / К.В. Вилькицкая, Н.И. Полякова // ЕСУ. – 2015. – №6–4 (15). – С. 19–23.
11. Вишняков В.В. Хирургическое лечение хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита и оценка качества жизни больных после лечения / В.В. Вишняков, Д.Л. Ялымова // Врач. – 2015. – №7. – С. 78–80.
12. Гайворонский И.В. Изменение формы и степени пневматизации верхнечелюстных пазух при потере зубов у взрослого человека / И.В. Гайворонский, М.Г. Гайворонская, А.А. Семенова, А.А. Пономарев // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. – №1. – С. 91–95.
13. Дворянчиков В.В. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: современное состояние проблемы / В.В. Дворянчиков, Г.А. Гребнев, В.С. Исаченко, А.В. Шафигуллин // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2018. – №4 (64). – С. 169–173.
14. Жартыбаев Р.Н. Ранняя диагностика, лечение и профилактика одонтогенного верхнечелюстного синусита в стоматологических амбулаторных условиях (литературный обзор) / Р.Н. Жартыбаев, Г. Г. Сметов // Вестн. КазНМУ. – 2016. – №3. – С. 86–90.
15. Иванов П.В. Клинико-иммунологическая оценка эффективности местного применения 8%-го аскорбата хитозана в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом / П.В. Иванов, Н.В. Булкина, И.В. Зудина // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2015. – №2 (34). – С. 68–74.
16. Катинас Е.Б. Междисциплинарный подход к лечению одонтогенного верхнечелюстного синусита / Е.Б. Катинас, М.М. Соловьев // Folia Otorhinolaryngol. Pathol. Respir. – 2017. – Т. 23, №4. – С. 73–81.
17. Кошель И.В. Реакция слизистой оболочки верхнечелюстного синуса на ороантральное сообщение / В.И. Кошель // Научн. альм. – 2016. – №2–3. – С. 84–88.
18. Кошель И.В. Хирургическое устранение ороантрального сообщения при перфорациях верхнечелюстного синуса / В.И. Кошель // Междунар. журн. прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №2. – С. 489–492.
19. Краснов А.С. Современные представления об этиологии и лучевой диагностике одонтогенного верх-

нечелюстного синусита / А.С. Краснов // Голова и шея. – 2014. – №4. – С. 39–42.

20. Левенец О.А. Характеристика типов и форм строения верхнечелюстных пазух / О.А. Левенец, А.А. Левенец, В.В. Алямовский // СМО. – 2016. – №4. – С. 57–63.

21. Максюков С.Ю. Профилактика перфорации слизистой дна верхнечелюстной пазухи при открытом синус-лифтинге за счёт одномоментного проведения эндоназальных вмешательств на гайморовой пазухе / С.Ю. Максюков, Д.С. Щепляков, А.В. Борзилов [и др.] // Медицинский вестник Юга России – 2015. – №3. – С. 81–85.

22. Маланчук В.А. Строение ориентального сообщения и выбор метода пластического его закрытия / В.А. Маланчук, Д.Н. Кеян // Вестн. стоматологии. – 2015. – №1. – С. 57–61.

23. Мареев О.В. Анатомо-топографические особенности верхней челюсти и альвеолярного отростка, способствующие попаданию инородных тел в верхнечелюстную пазуху при эндодонтическом лечении зубов / О.В. Мареев, И.П. Коваленко // Вестник ВолГМУ. – 2014. – Т. 1, №49. – С. 47–50.

24. Москвин Г.В. Эффективность использования блоков из гребня подвздошной кости для пластики альвеолярной части (отростка) челюстей / Г.В. Москвин, В.В. Чернегов, И.И. Бородулина [и др.] // Ин-т стоматологии. – 2017. – №3 (76). – С. 70–73.

25. Нестерова К.И. Перфоративный одонтогенный верхнечелюстной синусит: предпосылки формирования и профилактика с помощью репаративного остеогенеза фактором роста / К.И. Нестерова, А.И. Мусиенко, А.А. Мусиенко, А.А. Нестерова // Рос. оторинолар. – 2014. – №6. – С. 71–76.

26. Серова Н.С. Конусно-лучевая компьютерная томография в диагностике одонтогенных верхнечелюстных синуситов / Н.С. Серова, Е.В. Евсеева, К.Ю. Клещевникова [и др.] // Эндодонтия today. – 2015. – №3. – С. 43–45.

27. Серова, Н.С. Лучевая диагностика одонтогенного верхнечелюстного синусита / Н.С. Серова, Е.В. Евсеева // Вестн. оториноларингологии. – 2017. – Т. 82, №2. – С. 46–50.

28. Сысолятин С.П. Ринологические осложнения синус-лифтинга / С.П. Сысолятин, К.А. Банникова // Рос. ринология. – 2016. – Т. 24. – №. 3. – С. 6–12.

29. Царев В.Н. Диагностика и лечение пациентов с одонтогенным перфоративным верхнечелюстным синуситом / В.Н. Царев, В.В. Шулаков, Е.В. Ипполитов [и др.] // Рос. стоматол. журн. – 2013. – №2. – С. 32–35.

30. Чибисова М.А. Конусно-лучевая компьютерная томография в диагностике хронического одонтогенного полипозного риносинусита / М.А. Чибисова, С.А. Карпищенко, А.А. Зубарева, М.А. Шавгулидзе // МедАлфавит. – 2014. – №1. – С. 6–8.

REFERENCES

1. Arzhantsev A.P. Osobennosti rentgenologicheskikh proyavleniy i rentgenodiagnostika zabolevaniy verkhnechelyustnykh pazukh [Features of radiologic manifestations and radiodiagnosis of diseases of the maxillary sinuses]. *Meditinskiy Alfavit – Medical Alphabet*, 2016, Vol. 1, No. 2, pp. 8–14.

2. Arutyunyan I.V. Netkanye materialy na osnove polikaprolaktona dlya tkanevoy inzhenerii: vybor struktury i sposoba zaseleniya [Polycaprolactone-based nonwovens for tissue engineering: choice of structure and settlement method]. *Geny i kletki – Genes and cells*, 2017, Vol. 12, No. 1, pp. 62–71.

3. Baydik O.D. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu khronicheskikh odontogennykh verkhnechelyustnykh sinusitov [Modern approaches to diagnosis and treatment of chronic odontogenic maxillary sinusitis]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal – Russian Journal of Stomatology*, 2015, Vol. 19, No. 4, pp. 14–18.

4. Bakotina A.V. Problema vozniknoveniya verkhnechelyustnykh sinusitov posle sinusliftinga i dentalnoy implantatsii (obzor literatury) [Modern approaches to diagnosis and treatment of chronic odontogenic maxillary sinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian Otorhinolaryngology*, 2016, Vol. 24, No. 2, pp. 46.

5. Boyko N.V. Znachenie kompyuternoy tomografii dlya vyyavleniya odontogennogo verkhnechelyustnogo sinusita [The value of computed tomography in the detection of odontogenic maxillary sinusitis]. *Stomatologiya dlya vsekh - Dentistry for everyone*, 2015, No. 3, pp. 16–19.

6. Varzhapetyan S.D. Kliniko-rentgenologicheskie paralleli pri travmaticheskom yatrogennom verkhnechelyustnom sinusite stomatogennogo proiskhozhdeniya [Clinical and radiologic parallels in traumatic iatrogenic maxillary sinusitis of dental origin]. *Vestnik stomatologii – Bulletin of Dentistry*, 2015, No. 4, pp. 35–40.

7. Varzhapetyan S.D. Ultrazvukovaya differentsialnaya diagnostika razlichnykh form stomatogennogo verkhnechelyustnogo sinusita [Ultrasound differential diagnosis of various forms of stomatogenic maxillary sinusitis]. *Aktualnye voprosy farmatsevticheskoy i meditsinskoy nauki i praktiki - Current issues of pharmaceutical and medical science and practice*, 2016, No. 2 (21), pp. 85–90.

8. Vasvanov M.I. Rentgenograficheskaya i kompyuterno-tomograficheskaya diagnostika patologii chelyustno-litsevoy oblasti [Radiographic and computed tomographic diagnostics of maxillofacial pathology]. *Vestnik KazNMU – Bulletin of Kazan State Medical University*, 2014, Vol. 3, No. 2, pp. 25–30.

9. Vedyayeva A.P. Effektivnost primeneniya biorezorbiruemoy kollagenovoy membrany v kombinatsii s khitozanom dlya vosstanovleniya kostnoy tkani (eksperimentalnoe issledovanie) [Efficacy of application of bioresorbable collagen membrane in combination with chitosan for bone tissue repair (experimental study)]. *Izvestiya VUZov. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki - University proceed-*

ings. *Volga region. Medical sciences*, 2015, No. 3 (35), pp. 50–61.

10. Vilkitskaya K.V. Osobennosti stroeniya verkhnechelyustnogo sinusa i ego slizistoy obolochki po dannym konusno-luchevoy kompyuternoy tomografii [Features of the structure of the maxillary sinus and its mucous membrane according to cone-beam computed tomography data]. *Evrasiyskiy Soyuz Uchenykh – Eurasian Union of Scientists*, 2015, No. 6–4 (15), pp. 19–23.

11. Vishnyakov V.V. Khirurgicheskoe lechenie khronicheskogo odontogennogo verkhnechelyustnogo sinusita i otsenka kachestva zhizni bolnykh posle lecheniya [Surgical treatment of chronic odontogenic maxillary sinusitis and evaluation of patients' quality of life after treatment]. *Vrach – Physician*, 2015, No. 7, pp. 78–80.

12. Gayvoronskiy I.V. Izmenenie formy i stepeni pnevmatizatsii verkhnechelyustnykh pazukh pri potere zubov u vzroslogo cheloveka [Changes in the shape and degree of pneumatization of the maxillary sinuses during tooth loss in adults]. *Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik «Chelovek i ego zdorove» – Kursk Scientific and practical bulletin «Man and his health»*, 2016, No. 1, pp. 91–95.

13. Dvoryanchikov V.V. Odontogennyy verkhnechelyustnoy sinusit: sovremennoe sostoyanie problemy [Odontogenic maxillary sinusitis: current state of the problem]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii – Bulletin of the Russian Military Medical Academy*, 2018, No. 4 (64), pp. 169–173.

14. Zhartybaev R.N. Rannyya diagnostika, lechenie i profilaktika odontogennogo verkhnechelyustnogo sinusita v stomatologicheskikh ambulatornykh usloviyakh (literaturnyy obzor) [Early diagnosis, treatment and prevention of odontogenic maxillary sinusitis in dental outpatient settings (literature review)]. *Vestnik KazNMU – Bulletin of Kazan State Medical University*, 2016, No. 3, pp. 86–90.

15. Ivanov P.V. Kliniko-immunologicheskaya otsenka effektivnosti mestnogo primeneniya 8%-go askorbata khitozana v kompleksnom lechenii bolnykh generalizovannym parodontitom [Clinical and immunological evaluation of the effectiveness of topical application of 8% chitosan ascorbate in the complex treatment of patients with generalized periodontitis]. *Izvestiya VUZov. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki – University proceedings. Volga region. Medical sciences*, 2015, No. 2 (34), pp. 68–74.

16. Katinas E.B. Mezhdistsiplinarnyy podkhod k lecheniyu odontogennogo verkhnechelyustnogo sinusita [Interdisciplinary approach to the treatment of odontogenic maxillary sinusitis]. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*, 2017, Vol. 23, No. 4, pp. 73–81.

17. Koshel I.V. Reaktsiya slizistoy obolochki verkhnechelyustnogo sinusa na oroantralnoe soobshchenie [Response of the maxillary sinus mucosa to oroantral communication]. *Nauchnyy almanakh – Science Almanac*, 2016, No. 2–3, pp. 84–88.

18. Koshel I.V. Khirurgicheskoe ustranenie oroantralnogo soobshcheniya pri perforatsiyakh verkhnechelyustnogo sinusa [Surgical repair of oroantral communication

in maxillary sinus perforations]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy – Internationales Journal für angewandte und Grundlagenforschung*, 2016, No. 2, pp. 489–492.

19. Krasnov A.S. Sovremennyye predstavleniya ob etiologii i luchevoy diagnostike odontogennogo verkhnechelyustnogo sinusita [Current ideas about etiology and radial diagnosis of odontogenic maxillary sinusitis]. *Golova i sheya – Head and Neck Journal*, 2014, No. 4, pp. 39–42.

20. Levenets O.A. Kharakteristika tipov i form stroeniya verkhnechelyustnykh pazukh [Characterization of types and forms of structure of the maxillary sinuses]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie – Siberian Medical Review*, 2016, No. 4, pp. 57–63.

21. Maksyukov S.Yu. Profilaktika perforatsii slizistoy dna verkhnechelyustnoy pazukhi pri otkrytom sinus-liftinge za schyot odnomomentnogo provedeniya endonazalnykh vmeshatelstv na gaymorovoy pazukhe [Prevention of mucosal perforation of the floor of the maxillary sinus during open sinus elevator due to one-stage endonasal interventions on the maxillary sinus]. *Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii – Medical bulletin of the South of Russia*, 2015, No. 3, pp. 81–85.

22. Malanchuk V.A. Stroenie orientalnogo soobshcheniya i vybor metoda plasticheskogo ego zakrytiya [Structure of the oroantral communication and the selection of a method for its plastic closure]. *Vestnik stomatologii – Bulletin of Dentistry*, 2015, No. 1, pp. 57–61.

23. Mareev O.V. Anatomico-topograficheskie osobennosti verkhney chelyusti i alveolyarnogo otrostka, sposobstvuyushchie popadaniyu inorodnykh tel v verkhnechelyustnuyu pazukhu pri endodonticheskom lechenii zubov [Anatomico-topographical features of the maxilla and alveolar process that contribute to the ingress of foreign bodies into the maxillary sinus during endodontic treatment of teeth]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Bulletin of the Volgograd State Medical University*, 2014, Vol. 1, No. 49, pp. 47–50.

24. Moskvina G.V. Effektivnost ispolzovaniya blokov iz grebnya podvzdoshnoy kosti dlya plastiki alveolyarnoy chasti (otrostka) chelyustey [Effectiveness of using blocks from iliac crest for plasty of the alveolar part (outgrowth) of the jaws]. *Institut stomatologii – The Dental Institute*, 2017, No. 3 (76), pp. 70–73.

25. Nesterova K.I. Perforativnyy odontogennyy verkhnechelyustnoy sinusit: predposylki formirovaniya i profilaktika s pomoshchyu reparativnogo osteogeneza faktorom rosta [Perforative odontogenic maxillary sinusitis: prerequisites for formation and prevention by growth factor reparative osteogenesis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian Otorhinolaryngology*, 2014, No. 6, pp. 71–76.

26. Serova N.S. Konusno-luchevaya kompyuternaya tomografiya v diagnostike odontogennykh verkhnechelyustnykh sinusitov [Cone-beam computed tomography in the diagnosis of odontogenic maxillary sinusitis]. *Endodontiya today – Endodontics today*, 2015, No. 3, pp. 43–45.

27. Serova, N.S. Luchevaya diagnostika odontogen-nogo verkhnechelyustnogo sinusita [Radiologic diagnosis of odontogenic maxillary sinusitis]. *Vestnik otorinolaringologii – Bulletin of Otorhinolaryngology*, 2017, Vol. 82, No. 2, pp. 46–50.

28. Sysolyatin S.P. Rinologicheskie oslozhneniya sinus-liftinga [Rhynologic complications of sinus elevator surgery]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian Rhinology*, 2016, Vol. 24, No. 3, pp. 6–12.

29. Tsarev V.N. Diagnostika i lechenie patsientov s odontogennym perforativnym verkhnechelyustnym sinusitom [Diagnosis and treatment of patients with odontogenic perforative maxillary sinusitis]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal – Russian Journal of Stomatology*, 2013, No. 2, pp. 32–35.

30. Chibisova M.A. Konusno-luchevaya kompyuternaya tomografiya v diagnostike khronicheskogo odontogennogo polipoznogo rinosinusita [Cone beam computed tomography in the diagnosis of chronic odontogenic polyposis rhinosinusitis]. *Meditinskiy Alfabit – Medical Alphabet*, 2014, No. 1, pp. 6–8.

31. Akhlaghi F. Etiologies and Treatments of Odontogenic Maxillary Sinusitis: A Systematic Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2015, Vol. 7, No. 12, pp. e25536.

32. Ata-Ali J. What is the frequency of anatomical variations and pathological findings in maxillary sinuses among patients subjected to maxillofacial cone beam computed tomography? A systematic review. *Medicina Oral, Patologia Oral, Cirugia Bucal*, 2017, Vol. 22, No. 4, pp. e400–e409.

33. Cordero G.B. Odontogenic Sinusitis, Oro-antral Fistula and Surgical Repair by Bichat's Fat Pad: Literature Review. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 2016, Vol. 67, No. 2, pp. 107–113.

34. Drumond J. P. N. Evaluation of the Prevalence of Maxillary Sinuses Abnormalities through Spiral Computed Tomography. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 2017, Vol. 21, No. 2, pp. 126–133.

35. Guerra-Pereira I. CT maxillary sinus evaluation: A retrospective cohort study. *Medicina Oral, Patologia Oral, Cirugia Bucal*, 2015, Vol. 20, No. 4, pp. e419.

36. Hashemi-Beni B. Cytotoxicity assessment of polyhydroxybutyrate / chitosan / nano-bioglass nanofiber scaffolds by stem cells from human exfoliated deciduous teeth stem cells from dental pulp of exfoliated deciduous tooth. *Journal of Dental Research*, 2018, Vol. 15, No. 2, pp. 136–145.

37. Little R. E. Odontogenic sinusitis: A review of the current literature. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 2018, Vol. 3, No. 2, pp. 110–114.

38. Schwarz L. Risk Factors of Membrane Perforation and Postoperative Complications in Sinus Floor Elevation Surgery: Review of 407 Augmentation Procedures. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2015, Vol. 73, No. 7, pp. 1275–1282.

39. Tomomatsu N. Aperture width of the osteomeatal complex as a predictor of successful treatment of odontogenic maxillary sinusitis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2014, Vol. 43, No. 11, pp. 1386–1390.

40. Yakushiji N. Treatment for oroantral communications of 170 cases. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 2014, Vol. 72, No. 9, pp. e82.

41. Yildirim T.T. The effect of demographic and disease variables on Schneiderian membrane thickness and appearance. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*, 2017, Vol. 124, No. 6, pp. 568–576.

ХУЛОСА

М.Ш. Мирзоев, М.У. Хочаев, Х.О. Ғафоров, Д.И. Хушвахтов

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ВА УСУЛҲОИ ТАШХИСИ СИНУСИТИ ОДОНТОГЕНИИ СУРОХШУДАИ ҚОҒИ БОЛО

Тафсири сарчашмаи адабиётҳои хориҷи дуру наздик, бахшида ба як қатор ҷанбаҳои вусъатёбӣ, патогенез ва усулҳои ташхиси синусити одонтогении сурухшудаи ҷавфи қоғи боло (СОПҚБ) гузаронида шуд. Вусъатёбии СОҚБ дар Федератсияи Россия 1420 ҳодиса дар 100 ҳазор аҳолии калонсолро ташкил медиҳад ва аз руи ҳуҷҷатҳои оморӣ дар солҳои охир ин намуд беморӣ афзоиш дорад, ки аз 2 то 77% - и ҳамаи ҳодисаҳои беморию синусити одонтогении қоғи боло ташкил медиҳад. Гардиши беморони номбурда дар шӯъбаҳои ҷарроҳии қоғу рӯй 7,6% - ро ташкил медиҳанд. Микдори зиёди беморонро шахсони қобили меҳнатӣ аз синни 30 то 50 сола ташкил медиҳанд. Таҳқиқоти рентгенологӣ яке аз усулҳои оптималии омӯзиши сохтори структураҳои анатомии қоғи боло, бинӣ ва ҷавфҳои назди бинӣ ба шумор меравад, вале дар солҳои охир қорҳои илмӣ, оиди гузаронидани баҳодихии рентгенологии ҳамаи омилҳое, ки ба пайдоиши сӯрохшавии пардаҳои луобии ҷавфи қоғи боло ва СОПҚБ мусоидат мекунанд, мушоҳида карда намешавад. Аз ин лиҳоз, таҳқиқоти гузаронидашуда, ки дар он таҳлили объективии индивидуалии тавсифи анатоми-рентгенологӣ ва таъсири муштараки он ба пайдоиши қараёни патологӣ мебошад, бениҳоят зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: вусъатёбӣ, патогенез, ташхис, синусити одонтогении сӯрохшавии қоғи боло, ҷавфи қоғи боло, таҳқиқоти рентгенологӣ.