



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

ЮҚОРИ ЖАҒ БУШЛИҒИ КИСТОЗ ЗАРАРЛАНИШИ ПРОФИЛАКТИКА ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

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

CYSTIC LESIONS OF THE MAXILLARY SINUS: WAYS OF PREVENTION

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

e-mail: Alisherk75@mail.ru

Резюме. Сурункали риносинусит - ўткир риносинуситнинг якуний жараёни бўлганлиги сабабли 3 ойдан ортиқ давом этади, оқим бўйича сушт кечади, ремиссия кучайиши даври билан алмаштирилади. Синуснинг ўткир яллиғланиши 3 ҳафтадан кўпроқ давом этганда уни чўзилган, 6 ҳафтагача давом этганда еса сурункали деб ҳисоблаш керак. Сурункали синуситлар юқори нафас йўллариининг барча сурункали касалликларининг қарийб 10 фоизини ташкил қилади. Тадқиқотларга кўра, СХИ беморларнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатади. Сурункали синуситнинг тез-тез учрайдиган клиник шаклларида бири кистик синуситдир. Синусларнинг яллиғланиши жараёнига таъхис қўйиши, аввало, ўтказилган диагностика тадбирларининг сифатига боғлиқ бўлиб, шифокорга синусларда яллиғланиши жараёни мавжудлигини аниқлаш билан бирга, яллиғланишининг жойлашуви, хусусияти ва шаклини ҳам аниқлаш имконини беради. Жарроҳлик усули ЮЖБнинг кистоз шикастланишини даволашда асосий бўлиб қолмоқда. Замонавий ринохирургия кисталарини олиб ташлаш учун урта асосий жарроҳлик имкониятига ега. Кисталарни олиб ташлаш асосан фақат симптоматикага ега бўлган кисталардир. Кўпгина тадқиқотчилар ушбу муаммага табақалаштирилган ёндашув ҳақида фикрда бўлишади, шунингдек, жарроҳлик аралашувининг ҳажми клиник аломатлар ва жараённинг кенг тарқалишига боғлиқ бўлиши керак. Юқори жағ синусида кисталарнинг қайта ҳосил бўлиши турли сабабларга кўра, шу жумладан жарроҳлик аралашуви пайтида кистани тўлиқ олиб ташлаш, инфекция мавжудлиги ёки синус шиллиқ қаватининг яллиғланиши давом этиши мумкин. Интра- ва операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун операция ўтказилгунга қадар ЮЖБнинг анатомик хусусиятлари ва юзага келадиган асоратларнинг хавф омилларини аниқлаш ва аниқлаштириши муҳимдир.

Калит сўзлар: юқори жағ бушлиги, синусит, эндоскопия, троакар, киста.

Abstract. Chronic rhinosinusitis - being the final process of acute rhinosinusitis has a duration of more than 3 months, the course is sluggish, remission is replaced by a period of exacerbation. If acute sinus inflammation continues for more than 3 weeks, it should be considered protracted, and if the course is up to 6 weeks, it should be considered chronic. Chronic sinusitis accounts for about 10% of all chronic upper respiratory diseases. According to research data, CRS significantly affect the quality of life of patients. One of the frequently encountered clinical forms of chronic sinusitis is cystic sinusitis. Diagnosis of sinus inflammatory process depends primarily on the quality of diagnostic measures, which will allow the doctor not only to establish the presence of an inflammatory process in the sinuses, but also to determine the localization, nature and form of inflammation. The surgical method of treatment remains the main one in the treatment of cystic lesions of the TMJ. Modern rhinosurgery has three main surgical accesses for removal of TMJ cysts. Only symptomatic cysts should be removed. Many researchers adhere to the opinion of a differentiated approach to this problem, as well as the volume of surgical intervention should depend on the severity of clinical symptoms and the prevalence of the process. Recurrence of cysts in the maxillary sinus can occur for a variety of reasons, including incomplete removal of the cyst during surgery, the presence of infection, or ongoing inflammation of the sinus mucosa. To prevent intra- and postoperative complications, it is important to diagnose the condition and clarify the anatomical features of the TMJ and risk factors for complications before surgery.

Key words: maxillary sinus, sinusitis, endoscopy, cyst, trokar.

Хронический риносинусит — среди хронической патологии верхних дыхательных путей весьма

распространен, встречается часто независимо от возраста у многих пациентов. ХРС являясь итоговым про-

цессом острого риносинусита имеет продолжительность более 3 месяцев, по течению вялотекущий, ремиссия сменяется периодом обострения. При продолжении острого воспаления синуса более 3 недель следует считать затяжным, а при течении до 6 недель следует считать хроническим [1,4,7,11,13,21].

О причинах и патогенезе возникновения хронических синуситов до сих пор не утихают споры среди отечественных и зарубежных ученых.

Многочисленные исследования таких ученых как A.Proetz, W.Messerklinger и Пискунов Г.З. в области физиологии и патофизиологии носа и околоносовых синусов показывают, что основу генеза воспаления составляет изменения на латеральной стенке носа, а именно в зоне остиомаатального комплекса.

При хронических синуситах основу патогенеза составляют такие изменения структур носовой полости, которые приводят к нарушению нормального функционирования мукоциллиарного клиренса, которое приводит к застойным процессам в ВЧС: деформации носовой перегородки в виде искривления или гребня, патологические изменения средней носовой раковины в виде удвоения или буллезного увеличения, аномалии крючковидного отростка и решетчатой кости [2,5,8,16,24].

На долю хронических синуситов приходится около 10 % всех хронических заболеваний верхних дыхательных путей. По данным исследований ХРС значительно влияют на качество жизни пациентов [9,12].

Консервативное лечение ХРС не всегда приносит хороший результат, несмотря на большой и качественный арсенал фармацевтических препаратов, поэтому во многих случаях лечения хронических форм единственным и эффективным методом лечения остается хирургическое воздействие на пораженный синус [10,17,19].

Одной из часто встречающихся клинических форм хронического синусита является кистозный синусит. Кисты параназальных составляют 3,9 % в структуре общей ЛОР-патологии и 12,6% всех хронических поражений синусов. По частоте кистозного поражения на первом месте стоит верхнечелюстная пазуха (93,3%), затем следует клиновидная (4,3%) и лобная (2,4%) [18,20].

По данным всемирной организации здравоохранения и согласно Международной гистологической классификации ВОЗ №19 все опухоли носа и параназальных синусов кисты относятся к опухолеподобным поражениям (псевдоэпителиоматозная гиперплазия, мукоцеле, ангиогранулема, полип носа, фиброзная дисплазия и др.).

Согласно классификации ринитов и синуситов принятой на международной конференции в г. Уфа Российской Федерации в 1997 году кисты параназальных синусов следует рассматривать как продукт хронического воспаления.

Диагностика воспалительного процесса синусов прежде всего зависит от качества проведенных диагностических мероприятий, которое позволит врачу не только установить наличие воспалительного процесса в синусах, но и определить локализацию, характер и форму воспаления.

Диагностирование хронического синусита проводится при комплексном подходе к нему, и состоит из следующих стандартов: выслушивание жалоб пациентов, тщательного сбора анамнеза, проведение эндоскопического осмотра всех ЛОР-органов (эндориноскопия, исследование носоглотки, отофарингоскопия, эндодоларингоскопия, отоскопия), современное цифровое рентгенологическое исследование (мультиспиральная компьютерная томография параназальных синусов, магнитно-резонансная томография, 3D рентгенография в прямой и боковой проекции синусов, ультразвуковое исследование, ортопантография), диагностическая пункция ВЧС, зондирование параназальных синусов, исследование функционального состояния слизистой оболочки носовой полости (исследования всасывательной и выделительной функций, мукоциллиарного клиренса, исследование функции носового дыхания и обоняния), бактериологическое исследование носовых смывов, цитологическое и гистологическое исследование, проведение биохимических, клинических и иммунных анализов [3,6].

Хирургический метод лечения остается основным при лечении кистозного поражения ВЧС. Современная ринохирургия располагает тремя основными хирургическими доступами для удаления кист ВЧС. Удалению кист в основном подлежат только кисты с выраженной симптоматикой. Многие исследователи придерживаются мнения о дифференцированном подходе к этой проблеме, также объем хирургического вмешательства должен зависеть от выраженности клинической симптоматики и распространенности процесса. Разработаны, внедрены в практику и успешно применяются три основных доступа к верхнечелюстному синусу: доступ через средний носовой ход, через переднюю стенку и доступ через нижний носовой ход. Все эти малоинвазивные доступы имеют одну цель – уменьшить риск послеоперативных осложнений и сократить сроки лечения. О преимуществах и недостатках этих методов и на сегодняшнее время не утихают споры.

Эндоскопическая хирургия верхнечелюстного синуса (FESS) представляет собой современный метод лечения хронических воспалительных процессов, удаления кист и полипов, а также восстановления нормальной функции носовых пазух. Этот метод широко применяется благодаря своей малотравматичности, высокой эффективности и минимальному периоду реабилитации. Основное преимущество эндоскопических операций заключается в том, что они выполняются с минимальным повреждением окружающих тканей, что снижает риск послеоперационных осложнений и ускоряет процесс восстановления пациента.

Среди преимуществ эндоскопической хирургии можно выделить уменьшение необходимости в разрезах и более точную визуализацию пораженных участков благодаря использованию современных оптических систем. Это позволяет хирургу проводить операцию с высокой степенью точности, избегая ненужного травмирования здоровых тканей. Кроме того, благодаря применению инновационных хирургических инструментов и методов, таких как лазерная хирургия и радиочастотная абляция, удается минимизировать кровопотерю и значительно снизить вероятность рецидива заболевания.

Однако, несмотря на явные преимущества, эндоскопическая хирургия верхнечелюстного синуса не лишена рисков. Возможные осложнения включают кровотечения, инфекционные процессы, повреждение окружающих структур, образование рубцов и спаек, а также вероятность рецидива заболевания. Кроме того, успех операции во многом зависит от квалификации хирурга, используемого оборудования и индивидуальных анатомических особенностей пациента.

Повторное образование кист в верхнечелюстном синусе может происходить по разным причинам, включая неполное удаление кисты во время хирургического вмешательства, наличие инфекции или продолжающееся воспаление слизистой оболочки синуса.

1. Неполное удаление: Если киста не полностью удаляется во время операции, могут остаться остатки ткани или оболочки кисты в полости синуса. Со временем эти оставшиеся ткани могут способствовать повторному образованию кисты.

2. Постоянная инфекция: В случаях, когда первоначальная киста вызвана инфекцией, такой как зубная инфекция или хронический синусит, неполное искоренение основной инфекции может способствовать рецидиву кисты. Бактерии или грибы могут продолжать размножаться в полости синуса, что приводит к образованию новой кисты.

3. Продолжающееся воспаление: Хроническое воспаление слизистой оболочки синуса, часто связанное с состояниями, такими как аллергический ринит или хронический синусит, может создавать условия для образования кист. Воспаление может приводить к блокировке дренажных путей синусов, заклиная слизь и мусор в полости синуса, что способствует образованию кисты.

4. Формирование мукоцелей: В некоторых случаях повторное образование кист может включать в себя развитие мукоцелей. Мукоцелий - это кистоподобные образования, которые образуются, когда слизь оказывается заключенной в полости синуса из-за блокировки дренажных путей. Со временем накопленная слизь расширяется, оказывая давление на окружающие ткани и приводя к образованию мукоцелей.

Лечение повторного образования кист в верхнечелюстном синусе обычно включает в себя решение основной причины и может включать:

- Полное хирургическое удаление кисты и любых связанных тканей или остатков.
- Лечение основной инфекции антибиотиками или противогрибковыми препаратами.
- Управление хроническим воспалением с помощью назальных кортикостероидов, деконгестантов или препаратов от аллергии.
- Регулярные визиты к специалисту по отоларингологии для отслеживания рецидивов и корректировки лечения при необходимости.

В некоторых случаях может потребоваться дополнительные исследования с помощью компьютерной томографии для оценки степени кисты и руководства решениями о лечении. В целом, оперативное и всестороннее лечение имеет решающее значение для предотвращения рецидивов кист в верхнечелюстном синусе и минимизации потенциальных осложнений.

Осложнения после операции гайморотомии могут включать различные проблемы, хотя операция

обычно считается относительно безопасной и эффективной. Вот некоторые из потенциальных осложнений:

1. Кровотечение: После операции может произойти кровотечение из синусов или сосудов, что может потребовать дополнительного хирургического вмешательства или другого медицинского вмешательства.

2. Инфекция: Возможно развитие инфекции в области операции, что может привести к гнойным процессам и требовать лечения антибиотиками.

3. Повреждение структур: Во время операции может произойти повреждение окружающих структур, таких как сосуды, нервы или смежные ткани. Это может привести к нарушению функций и требовать дополнительного лечения.

4. Нарушение обоняния: После операции может временно или постоянно нарушиться обоняние из-за повреждения обонятельного нерва или из-за образования рубцовой ткани в области синусов.

5. Болевой синдром: У некоторых пациентов после операции может сохраняться болевой синдром в области синусов или лица.

7. Аллергические реакции: В редких случаях могут возникнуть аллергические реакции на используемые медикаменты или материалы во время операции.

8. Возможные осложнения общего характера: Включают в себя такие осложнения, как аллергические реакции на анестезию, проблемы с дыханием или сердечно-сосудистые осложнения.

Развитие послеоперационных осложнений обусловлено, видимо, многими причинами, в том числе особенностями анатомического строения средней зоны лица, близостью выхода II ветви тройничного нерва из *f. infraorbitalis*, нарушением его трофики за счет пересечения питающих нерв сосудов.

Без ликвидации активного воспалительного процесса закрытие перфорационного отверстия нецелесообразно. По мнению некоторых, авторов это связано с проведением лечения без учета особенностей микрофлоры пазухи и местным использованием антисептиков короткого действия.

Исследование ринологов при сопоставили отдаленных результатов операций на ВЧС по Калдвелл—Люку и эндоскопических вмешательств и показали, что в этих группах нет существенных отличий в исходах операций и особенностях послеоперационного периода.

В. Westernhagen в своих трудах писал, что при хирургическом вмешательстве по Калдвелл—Люку необходимо работать очень осторожно, необходимо минимизировать вскрытие лицевой стенки, особенно в медиальном направлении и книзу, а также к нижнеглазничному отверстию, это поможет избежать травмы ветви нижнеглазничного нерва и ее сплетения, а также раздражения вследствие вовлечения в послеоперационные рубцовые изменения мягких тканей щеки.

Ряд авторов для лечения полипозной и кистозной формы синусита используют эндоскопические операции с применением шейверной техники и криовоздействия, что позволяет выполнять большие по объему операции с минимальной травмой и полной санацией околоносовых пазух. Рецидивы кист после

эндоскопических операций на верхнечелюстных пазухах встречаются в 2,5-6,3% случаев [5,8,17,24].

Данные литературы показали, что ринологи часто недооценивают причинно-следственную связь синусита с анатомическими особенностями строения верхнечелюстного синуса, что приводит к диагностическим ошибкам и рецидиву течения заболевания.

Проанализировав научную литературу последних лет, нами сделан вывод, что нарушение целостности внутриносовой архитектоники после проведения FESS и вызванное этим изменение аэродинамики и мукоцилиарного клиренса верхнечелюстного синуса являются факторами, которые способствуют утяжелению хронического воспаления в верхнечелюстном синусе. Поэтому важно уметь распознавать как патологию, так и специфические анатомические особенности пазухи, которые могут привести к осложнениям. Для предотвращения интра- и послеоперационных осложнений важно диагностировать состояние и уточнять анатомические особенности ВЧС и факторы риска возникающих осложнений до проведения операции.

Литература:

1. Амхадова М. А. и др. Анатомо-топографические предпосылки к развитию верхнечелюстных синуситов // Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 2. – №. 11. – С. 5-8.
2. Блоцкий А. А., Шмелёва Н. В. Применение лазерной и эндоскопической хирургии в оториноларингологии (обзор литературы) // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2009. – №. 34. – С. 42-45.
3. Волков А. Г., Боджоков А. Р. В каких случаях микрогайморотомия является щадящим вмешательством на верхнечелюстной пазухе // Российская ринология. – 2015. – Т. 23. – №. 1. – С. 43-51.
4. Весова Е. П., Киндрась И. Б., Кривошеева А. И. Подходы к лечению нейропатий после гайморотомии // Collection. – 2019. – С. 302.
5. Гаджимирзаев Г. А., Абдулаева С. Н., Гаджимирзаева Р. Г. О латерных кистах околоносовых пазух (обзор литературы) // Российская оториноларингология. – 2012. – №. 4. – С. 132-141.
6. Иванченко О.А. и др. Микробиом гайморовой пазухи и среднего носового хода при хроническом риносинусите // Ринология. – 2016. – Т. 54. – №. 1. – С. 68-74
7. Крюков А. И. и др. Анализ хирургических доступов при удалении кист верхнечелюстной пазухи // Российская ринология. – 2016. – Т. 24. – №. 3. – С. 3-5.
8. Крюков А. И. и др. Анатомические и гистологические особенности состояния структур остиомаатального комплекса у больных с кистозным поражением верхнечелюстной пазухи // Российская оториноларингология. – 2016. – №. 2 (81). – С. 60-65.
9. Насретдинова М., Хайитов А. Определение микробиологического состава у больных с хроническим кистозным поражением гайморовых пазух // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 34-37.
10. Насретдинова М., Хайитов А. Наша тактика при хирургическом лечении кистозных поражений гайморовых пазух // Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 72-75.
11. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А., Нормурадов Н. А. Состояние микробиотсиноза у пациентов с кистозным поражением верхнечелюстных синусов // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11. – №. 2. – С. 169-174.
12. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А. Совершенствование хирургических методов лечения хронического кистозного гайморита // ББК 57. – 2020. – С. 134.
13. Покровская Е. М. и др. Сравнительное исследование гистологического строения слизистой оболочки в норме, при кистозном поражении околоносовых пазух и хроническом синусите // Практическая медицина. – 2023. – Т. 21. – №. 2. – С. 58-62.
14. Ризаев Ж. А. и др. Здравоохранение и перспективы развития медицинской науки и врачебного образования в Узбекистане // Медицинский журнал Узбекистана. – 2024. – №. 4. – С. 412-420.
15. Ризаев Ж. А. и др. Острый миелоидный лейкоз в пакистанской больнице с ограниченными возможностями // Главный редактор. – 2024. – Т. 12. – №. 3. – С. 248.
16. Ризаев Ж. А. и др. Улучшение гигиенического состояния полости рта на этапах лечения // Узбекский журнал клинических случаев. – 2023. – Т. 3. – №. 4. – С. 20-23.
17. Ризаев Ж. А., Саидов М. А., Хасанжанова Ф. О. Современные тенденции распространенности и исхода сердечно-сосудистых заболеваний среди населения республики Узбекистан // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 18-23.
18. Ризаев Ж. А. и др. Объективизация клинико-неврологической картины повторного инсульта у пожилых // Uzbek journal of case reports. – 2023. – Т. 3. – №. 3. – С. 24-31.
19. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З. Фармакодинамика и клиническое применение хондропротекторов при неврологических проблемах // Uzbek journal of case reports. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 44-47.
20. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И., Иорданишвили А. К. Характеристика слизистой оболочки начального отдела пищеварительной системы при экспериментальном канцерогенезе // Университетский терапевтический вестник. – 2022. – Т. 4. – С. 86-87.
21. Ризаев Ж. А., Юнусханова К. Ш. Патобиологические взаимодействия ревматоидного артрита и заболевания пародонта // Журнал "Медицина и инновации". – 2021. – №. 2. – С. 37-40.
22. Ризаев Ж. А., Тўхтаров Б. Э. Шифокор стоматологлар организмининг функционал холатини иш ҳафтаси динамикасида ўзгариши // Stomatologiya. – 2024. – Т. 94. – №. 1. – С. 5-8.
23. Ризаев Ж. А. и др. Медицина и образование // Медицина и. – №. 2. – С. 16-19.
24. Семенов Ф. В., Горбонос И. В., Вартамян М. С. Симптоматология кист верхнечелюстной пазухи // Вестник оториноларингологии. – 2012. – №. 1. – С. 8-10.

КИСТОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА: ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Насретдинова М.Т., Хайитов А.А.

25. Хабибуллин, Р. Т., & Шахова, Н. Г. (2016). Хирургическое лечение кист верхнечелюстного синуса с использованием современных подходов и методов. *Медицинские новости*, 2(257), 63-67.
26. Хатыпова, М., & Абдукадыров, А. (2012). Опыт лечения одонтогенных гайморитов с учетом особенностей микрофлоры. *Стоматология*, 1(1-2(49-50)), 88-92.
27. Хрусталева Е. В., Чансева Т. И. Рентгенологические проявления кистозных гайморитов //Материали межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием" Актуальные вопросы оториноларингологии". – 2019. – С. 150-152.
28. Moon IJ, Kim SW, Han DH, Shin JM, Rhee CS, Lee CH, et al. Mucosal cysts in the paranasal sinuses: long-term follow-up and clinical implications. *Am J Rhinol Allergy*. 2011 Mar-Apr;25(2):98-102.
29. Orlandi R.R., Kingdom T.T., Hwang P.H., Smith T.L., Alt J.A., Baroody F.M., Batra P.S., Bernal-Sprekelsen M., Bhattacharyya N., Chandra R.K., et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Rhinosinusitis. *Int. Forum Allergy Rhinol*. 2016;6:S22-S209. doi: 10.1002/alar.21695.
30. Moon IJ, Lee JE, Kim ST, Han DH, Rhee CS, Lee CH, et al. Characteristics and risk factors of mucosal cysts in the paranasal sinuses. *Rhinology*. 2011 Aug;49(3):309-314.
31. Casserly P., Harrison M., O'Connell O., O'Donovan N., Plant B.J., O'Sullivan P. Nasal endoscopy and paranasal sinus computerised tomography (CT) findings in an Irish cystic fibrosis adult patient group. *Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngol*. 2015;272:3353-3359. doi: 10.1007/s00405-014-3446-z.
32. Hong S. L., Cho K. S., Roh H. J. Maxillary sinus retention cysts protruding into the inferior meatus //Clinical and Experimental Otorhinolaryngology. – 2014. – Т. 7. – №. 3. – С. 226-228.
33. Mattos R. G. et al. Mucous retention cyst in maxillary sinus with expansion of maxillary tuberosity: Case report //Journal of Oral Diagnosis. – 2018. – Т. 3. – №. 1. – С. 1-7.
34. Piskunov G. Z., Piskunov S. Z. Freedom to the nasal breathing //Russian rhinology. – 2010. – Т. 4. – С. 34-45

Резюме. Хронический риносинусит — являясь итоговым процессом острого риносинусита имеет продолжительность более 3 месяцев, по течению вялотекущий, ремиссия сменяется периодом обострения. При продолжении острого воспаления синуса более 3 недель следует считать затяжным, а при течении до 6 недель следует считать хроническим. На долю хронических синуситов приходится около 10 % всех хронических заболеваний верхних дыхательных путей. По данным исследований ХРС значительно влияют на качество жизни пациентов. Одной из часто встречающихся клинических форм хронического синусита является кистозный синусит. Диагностика воспалительного процесса синусов прежде всего зависит от качества проведенных диагностических мероприятий, которое позволит врачу не только установить наличие воспалительного процесса в синусах, но и определить локализацию, характер и форму воспаления. Хирургический метод лечения остается основным при лечении кистозного поражения ВЧС. Современная ринохирургия располагает тремя основными хирургическими доступами для удаления кист ВЧС. Удалению кист в основном подлежат только кисты с выраженной симптоматикой. Многие исследователи придерживаются мнения о дифференцированном подходе к этой проблеме, также объем хирургического вмешательства должен зависеть от выраженности клинической симптоматики и распространенности процесса. Повторное образование кист в верхнечелюстном синусе может происходить по разным причинам, включая неполное удаление кисты во время хирургического вмешательства, наличие инфекции или продолжающееся воспаление слизистой оболочки синуса. Для предотвращения интра- и послеоперационных осложнений важно диагностировать состояние и уточнить анатомические особенности ВЧС и факторы риска возникающих осложнений до проведения операции.

Ключевые слова: верхнечелюстной синус, синусит, эндоскопия, киста, троакары.