New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (96) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)

Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)

А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)

Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)

Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)

У.К. КАЮМОВ (Тошкент)

Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)

А.А. НОСИРОВ (Ташкент)

А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)

Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)

Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (96)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
Октябрь

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

UQK 616.216.1-002-06:616.31-089

BURUN VA BURUN YONDOSH BO‘SHLIQLARI KASALLIKLARI BO‘LGAN BEMORLARDA ODONTOGEN GAYMORITNI DAVOLASH USULLARI

Hakimov Nizomiddin Qo'shkarovich Email: nizomiddinxfkimov21@gmail.ru

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O‘zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Rezyume***

Maqolada burun va burun yondosh bo‘shliqlari patologiyasi mavjud bemorlarda odontogen gaymoritni davolashning uch xil taktikasi qiyosiy o‘rganilgan. Retrospektiv-prospektiv tadqiqotga 84 nafar bemor kiritilib, ular davolash hajmiga ko‘ra uch guruhga taqsimlangan: faqat odontogen o‘choqni sanatsiya qilish; sanatsiya bilan birga kompleks konservativ terapiya; sanatsiya bilan birga endoskopik sinus jarrohligi (FESS). Natijalar shuni ko‘rsatdi-ki, odontogen o‘choqni bartaraf etmasdan olib borilgan davolash samarasiz bo‘ladi, biroq faqat sanatsiya bilan cheklanish ham bemorlarning deyarli choraki qismida residivga olib keladi. Eng yuqori samaradorlik va eng qisqa davolash muddati sanatsiya bilan endoskopik jarrohlik birgalikda qo‘llanganda qaydga olindi. Maqolada bosqichma-bosqich davolash algoritmi taklif etiladi.

Kalit so‘zlar: odontogen gaymorit, maksillar sinusit, oroantral fistula, endoskopik sinus jarrohligi, FESS, CBCT, apikal periodontit, ko‘p tarmoqli yondashuv.

ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ НОСА

Хакимов Низомиддин Кошкарович

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

В статье проведён сравнительный анализ трёх тактик лечения одонтогенного гайморита у пациентов с сопутствующей патологией носа и околоносовых пазух. В исследование включены 84 пациента, распределённых на три группы: только санация одонтогенного очага; санация в сочетании с комплексной консервативной терапией; санация в сочетании с эндоскопической хирургией пазух (FESS). Установлено, что лечение без устранения одонтогенного очага неэффективно, однако ограничение только санацией приводит к рецидиву почти у четверти больных. Наибольшая эффективность и наименьшая длительность лечения отмечены при сочетании санации с эндоскопическим вмешательством.

Ключевые слова: одонтогенный гайморит, максиллярный синусит, ороантральная фистула, эндоскопическая хирургия пазух, FESS, КЛКТ, апикальный периодонтит.

TREATMENT OPTIONS FOR ODONTOGENIC GAIMORITIS IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE NASAL AND NASAL LATERAL CAVITIES

Hakimov Nizomiddin Qo'shkarovich

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

The article compares three treatment strategies for odontogenic maxillary sinusitis in patients with concomitant nasal and paranasal sinus pathology. Eighty-four patients were divided into three groups: dental source elimination alone; elimination combined with comprehensive conservative therapy; and elimination combined with functional endoscopic sinus surgery. Treatment that leaves the dental source untouched proved ineffective, whereas confining management to dental treatment alone resulted in recurrence in nearly a quarter of patients. The highest efficacy and shortest treatment duration were achieved when dental source elimination was combined with endoscopic surgery. A stepwise treatment algorithm is proposed.

Key words: odontogenic sinusitis, maxillary sinusitis, oroantral fistula, endoscopic sinus surgery, FESS, CBCT, apical periodontitis, multidisciplinary approach.

Dolzarbligi

Odontogen gaymorit — yuqori jag‘ tishlari va periapikal to‘qimalardagi yallig‘lanish o‘chog‘i yoki stomatologik muolaja asorati natijasida yuzaga keladigan maksillar sinus yallig‘lanishi. Uzoq vaqt bu holat kamdan-kam uchraydigan patologiya sifatida qaralib kelgan, biroq zamonaviy tadqiqotlar buning aksini ko‘rsatdi: maksillar sinusitlarning sezilarli qismi, ayniqsa bir tomonlama kechadigan shakllari, tish kelib chiqishiga ega [1]. Bunday holatlarda infeksiya ko‘pincha aralash mikrofloraga ega bo‘lib, anaerob mikroorganizmlar ustunlik qiladi — bu esa antibakterial terapiyani tanlashda alohida yondashuvni talab qiladi [1].

Muammoning amaliy jiddiyligi shundan-ki, bemorlarning katta qismi dastlab otorinolaringologga murojaat qiladi va rinogen rinosinusit sifatida davolanadi. Odontogen sabab aniqlanmagan holda olib borilgan terapiya vaqtincha yengillik beradi, lekin kasallik surunkali kechishga o‘tadi va yallig‘lanish qo‘shni bo‘shliqlarga tarqalishi mumkin: 315 nafar bemor materialida o‘tkazilgan tadqiqotda odontogen sinusitning maksillar sinus doirasidan tashqariga chiqishi ancha ko‘p uchrashi ko‘rsatilgan [8]. Bemorda oldindan burun bo‘shlig‘i yoki burun yondosh bo‘shliqlari patologiyasi — burun to‘sig‘i qiyshiqligi, gipertrofik rinit, polipoz o‘zgarishlar — mavjud bo‘lsa, drenaj yanada buziladi va davolash natijasi yomonlashadi.

R.E. Little va hammualliflarining sharhida odontogen sinusit alohida nozologik birlik sifatida ta’riflanib, uning kelib chiqishida uchta asosiy mexanizm — dentoalveolyar muolajalar, yuqori jag‘ tishlari infeksiyasi va tish jarohati — ajratilgan [1]. H.A. Newsome va D.M. Poetker diagnostika va davolashning zamonaviy tamoyillarini bayon etib, odontogen sabab bartaraf etilmasa hech qanday rinologik davolash barqaror natija bermasligini alohida ta’kidlaydi [2]. J.R. Craig o‘zining umumlashtiruvchi sharhida tashxis qo‘yishning ikki tomonlama shartini ilgari suradi: otorinolaringolog endoskopiya yordamida infeksion sinusitni, stomatolog esa qo‘shni tish patologiyasini tasdiqlashi kerak [3].

Radiologik diagnostika masalasi R. Simuntis va hammualliflari tomonidan maxsus o‘rganilgan: asosiy tasvirlash usullarining klinik samaradorligi qiyoslanib, konus-nurli kompyuter tomografiyasining (CBCT) ustunligi asoslangan [5]. Shu mualliflarning boshqa sharhida odontogen maksillar sinusitning etiologiyasi va davolash tamoyillari tizimlashtirilgan [4]. Jarrohlik aralashuvining vaqtini belgilash masalasi J.R. Craig va hammualliflarining ishida tahlil qilingan [6], o‘tkir maksillar sinusitda tish manbaining uchrash chastotasi esa S.R. Bomeli va hammualliflari tomonidan aniqlangan [7]. Rinosinusitlarning umumiy klassifikatsiyasi va davolash standartlari Yevropa kelishuv hujjatida (EPOS 2020) bayon etilgan [9]. Mahalliy adabiyotda odontogen yallig‘lanish o‘choqlarining organizmga tizimli ta’siri, xususan gematologik ko‘rsatkichlardagi o‘zgarishlar o‘rganilgan [10].

Shunday qilib, adabiyot tahlili odontogen sababni bartaraf etishning zaruriyligi masalasida yakdillikni ko‘rsatadi. Biroq sanatsiya, konservativ terapiya va endoskopik jarrohlikni birga qo‘llash hajmi va ketma-ketligi bo‘yicha yagona algoritm hanuz shakllanmagan — ayniqsa burun bo‘shlig‘i patologiyasi bilan birga kechadigan holatlarda.

Tadqiqot maqsadi: burun va burun yondosh bo‘shliqlari patologiyasi mavjud bemorlarda odontogen gaymoritni davolashning uch xil taktikasi samaradorligini qiyosiy baholash va shu asosda bosqichma-bosqich davolash algoritmini tahliliy asoslash.

Material va usullar

Tadqiqotga odontogen gaymorit tashxisi qo‘yilgan 84 nafar voyaga yetgan bemor kiritildi. Barcha bemorlarda burun bo‘shlig‘i yoki burun yondosh bo‘shliqlarining qo‘shimcha patologiyasi (burun to‘sig‘i deviatsiyasi, gipertrofik rinit, cheklangan polipoz o‘zgarishlar) qaydga olindi. Tashxis burun endoskopiyasi, CBCT va stomatologik ko‘rik natijalari birgalikda tahlil qilingan holda tasdiqlandi. Odontogen o‘choqlarning turlari bo‘yicha taqsimlanish 1-jadvalda keltirilgan.

Bemorlar davolash hajmiga ko‘ra uch guruhga taqsimlandi. I guruhda (n = 26) faqat odontogen o‘choq sanatsiya qilindi — kasallangan tish olib tashlandi yoki endodontik davolash o‘tkazildi, hamda maqsadli antibiotik terapiya tayinlandi. II guruhda (n = 28) sanatsiya bilan birga kompleks konservativ davolash — anaeroblarni qamrab oluvchi antibiotik, intranazal glyukokortikosteroid va burun bo‘shlig‘ini irrigatsiya qilish — olib borildi. III guruhda (n = 30) sanatsiyadan so‘ng endoskopik sinus jarrohligi (funksional maksillar antrostomiya, zarur hollarda yot jismni olib tashlash va burun to‘sig‘i korreksiyasi) amalga oshirildi.

1-jadval Bemorlarda aniqlangan odontogen o‘choqlarning tuzilishi

Odontogen o‘choqning turi	Bemorlar soni (n = 84)	Ulushi, %
Surunkali apikal periodontit va granuloma	31	36,9
Tish olib tashlangandan keyingi perforatsiya, oroantral fistula	22	26,2
Endodontik plomba materialining sinusga tushishi	13	15,5
Dental implantatsiya bilan bog‘liq asoratlar	10	11,9
Radikulyar va follikulyar kistalar	8	9,5
Jami	**84**	**100,0**

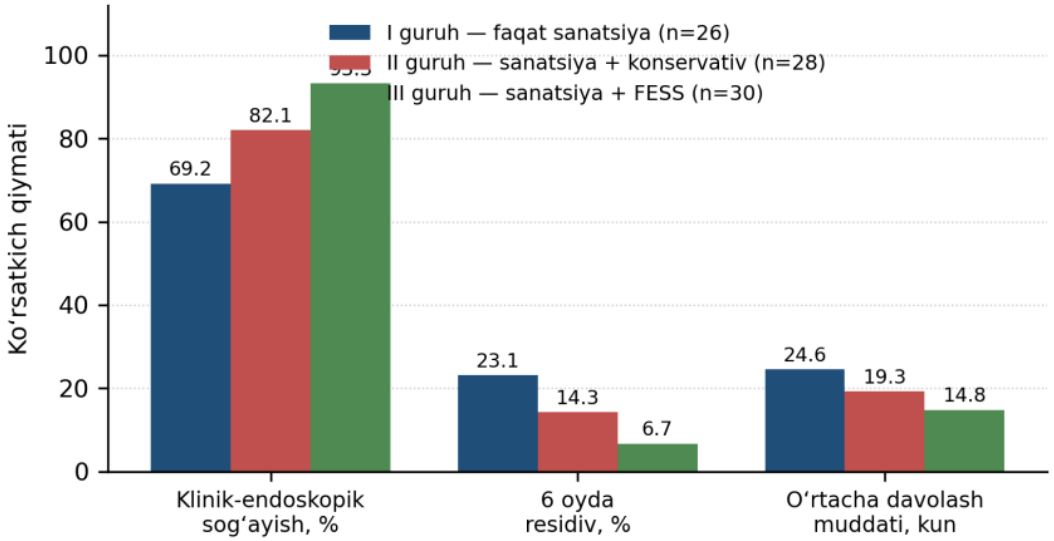
Samaradorlik mezonlari: 3 oydan keyingi klinik-endoskopik sog‘ayish, simptomlarning yo‘qolish muddati, 6 oy ichidagi residiv chastotasi, takroriy jarrohlik zarurati va antibiotik terapiya davomiyligi. Statistik ishlov berishda o‘rtacha qiymat va standart chetlanish (M ± SD) hisoblandi; guruhlararo qiyoslashda Kruskal–Uollis va xi-kvadrat mezonlari qo‘llanildi, farqlar $p < 0,05$ bo‘lganda ishonchli deb hisoblandi.

Natija va tahlillar

Uch guruhning qiyosiy natijalari 2-jadvalda va 1-rasmda keltirilgan. Eng past samaradorlik I guruhda qaydga olindi: 3 oyga kelib klinik-endoskopik sog‘ayish 69,2 % ni tashkil etdi, 6 oy ichida esa bemorlarning 23,1 % ida residiv kuzatildi. Bu shuni ko‘rsatadi-ki, odontogen o‘choqni bartaraf etish zarur, biroq sinusdagi yallig‘lanish uzoq davom etgan hollarda yolg‘iz o‘zi kifoya qilmaydi.

2-jadval Davolash taktikasiga ko‘ra samaradorlik ko‘rsatkichlari

Ko‘rsatkich	I guruh (n = 26)	II guruh (n = 28)	III guruh (n = 30)	p
Klinik-endoskopik sog‘ayish (3 oy), %	69,2	82,1	93,3	< 0,05
Simptomlarning yo‘qolish muddati, kun	24,6 ± 5,2	19,3 ± 4,1	14,8 ± 3,6	< 0,01
6 oy ichida residiv, %	23,1	14,3	6,7	< 0,05
Takroriy jarrohlik zarurati, %	15,4	7,1	3,3	> 0,05
Antibiotik terapiya davomiyligi, kun	12,4 ± 2,8	10,1 ± 2,2	8,6 ± 1,9	< 0,05



1-rasm Davolash guruhlari bo‘yicha asosiy samaradorlik ko‘rsatkichlarining qiyosiy tahlili

II guruhda kompleks konservativ terapiyaning qo‘shilishi natijani sezilarli yaxshiladi: sog‘ayish darajasi 82,1 % ga ko‘tarildi, residiv chastotasi 14,3 % gacha pasaydi. Eng yaxshi ko‘rsatkichlar III guruhda olindi — sog‘ayish 93,3 %, residiv esa faqat 6,7 %. Bundan tashqari, bu guruhda simptomlarning yo‘qolish muddati eng qisqa (14,8 ± 3,6 kun) va antibiotik terapiya davomiyligi eng kam (8,6 ± 1,9 kun) bo‘ldi. I va III guruhlar orasidagi farqlar barcha asosiy mezonlar bo‘yicha statistik ishonchli bo‘lib chiqdi.

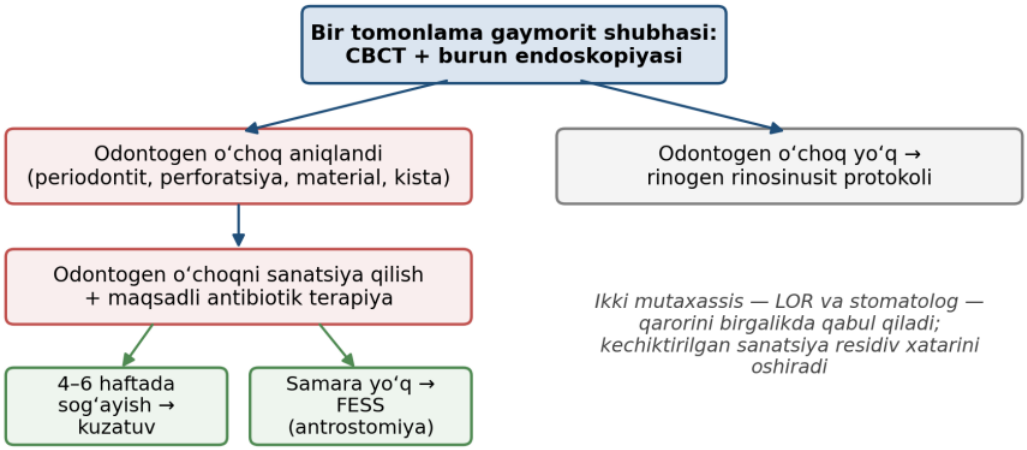
Alohida e’tiborga loyiq holat — burun to‘sig‘i deviatsiyasi va polipoz o‘zgarishlar mavjud bemorlarda faqat sanatsiya bilan cheklangan taktikaning samarasizligi. Bunday bemorlarda tabiiy drenaj yo‘li allaqachon buzilgan bo‘ladi, shuning uchun odontogen manba yo‘qotilgandan keyin ham sinusdagi yallig‘lanish o‘z-o‘zidan bartaraf bo‘lmaydi. Bu guruh bemorlarida burun to‘sig‘i korreksiyasi bilan birga o‘tkazilgan antrostomiya eng barqaror natija berdi.

Davolash usullarining ko‘rsatmalari, afzalliklari va cheklovlari 3-jadvalda tizimlashtirilgan.

3-jadval Odontogen gaymoritni davolash usullarining qiyosiy tavsifi

Davolash usuli	Asosiy ko‘rsatma	Afzalligi	Cheklovi
Odontogen o‘choqni sanatsiya qilish (ekstraksiya yoki endodontik davolash)	Har qanday odontogen gaymoritda — majburiy birinchi qadam	Kasallik sababini bartaraf etadi; ayrim holatlarda mustaqil ravishda kifoya qiladi	Sinusdagi qaytmas o‘zgarishlarda yolg‘iz o‘zi samarasiz
Kompleks konservativ terapiya (maqsadli antibiotik, intranazal steroid, lavaj)	Sanatsiyadan keyin saqlanib qolgan yallig‘lanish	Invaziv emas; anaeroblarni qamrab oladi	Uzoq muddat talab qiladi; monoterapiya sifatida residivga olib keladi
Endoskopik sinus jarrohligi (FESS, maksillar antrostomiya)	Konservativ davodan 4–6 hafta ichida samara bo‘lmasa; sinusda yot jism	Drenajni tiklaydi; yot jism va patologik to‘qimani olib tashlaydi	Uskuna va tajriba talab qiladi; anatomik xatarlar mavjud
Oroantral fistulani plastik yopish	Perforatsiya 3 haftadan ortiq saqlanganda	Sinusni og‘iz bo‘shlig‘idan izolyatsiya qiladi	Yallig‘lanish bartaraf etilmasa, tikish ajralib ketadi

Olingan natijalar asosida bosqichma-bosqich davolash algoritmi taklif etiladi (2-rasm). Algoritmning asosiy tamoyili — tashxis va davolash qarorining otorinolaringolog va stomatolog tomonidan birgalikda qabul qilinishi.



2-rasm Odontogen gaymoritda tashxis va bosqichma-bosqich davolash algoritmi

Tadqiqot natijalari xalqaro adabiyot ma’lumotlariga muvofiq keldi. Odontogen sabab bartaraf etilmasa rinologik davolash barqaror natija bermasligi haqidagi xulosa H.A. Newsome va D.M. Poetker ta’kidlagan tamoyilni tasdiqlaydi [2, 363-b.]. Shu bilan birga, bizning ma’lumotlarimiz muhim qo‘shimchani ko‘rsatadi: faqat stomatologik sanatsiya bilan cheklanish ham yetarli emas, ayniqsa bemorda burun bo‘shlig‘ining qo‘shimcha patologiyasi mavjud bo‘lsa. Bu holat J.R. Craig ilgari surgan ikki tomonlama tasdiqlash tamoyilining amaliy mantiqiy davomi hisoblanadi [3]: agar tashxis ikki mutaxassis tomonidan qo‘yilishi kerak bo‘lsa, davolash rejasi ham ikki tomonlama bo‘lishi lozim.

Jarrohlik aralashuvining vaqti masalasida adabiyotda munozara saqlanib qolmoqda [6, 1976–1983-b.]. Bizning materialimizda konservativ davolashning 4–6 haftasi ichida endoskopik va klinik yaxshilanish kuzatilmagan hollarda FESS ni kechiktirmaslik maqsadga muvofiq bo‘ldi, chunki kechiktirilgan aralashuv antibiotik terapiya davomiyligini uzaytirib, residiv xatarini oshirdi.

Tadqiqotning cheklovlari — namuna hajmining nisbatan kichikligi, guruhlarning tasodifiy taqsimlanmagani va kuzatuv muddatining 6 oy bilan chegaralangani. Keyingi tadqiqotlarda uzoq muddatli natijalarni va hayot sifati ko‘rsatkichlarini baholash maqsadga muvofiq.

Xulosa

1. Odontogen gaymoritni davolashda odontogen o‘choqni sanatsiya qilish majburiy birinchi qadam bo‘lib qoladi, biroq mustaqil usul sifatida u bemorlarning faqat uchdan ikki qismida barqaror natija beradi (sog‘ayish 69,2 %, residiv 23,1 %).
2. Sanatsiyaga kompleks konservativ terapiyaning qo‘shilishi samaradorlikni 82,1 % gacha oshiradi, sanatsiya bilan endoskopik sinus jarrohligining birgalikda qo‘llanishi esa eng yuqori natijani beradi — sog‘ayish 93,3 %, residiv 6,7 % ($p < 0,05$).
3. Burun to‘sig‘i deviatsiyasi, gipertrofik rinit yoki polipoz o‘zgarishlar mavjud bemorlarda sinusning tabiiy drenaji tiklanmasa, faqat stomatologik davolash samara bermaydi; bunday holatlarda antrostomiyani burun bo‘shlig‘i korreksiyasi bilan birga bajarish tavsiya etiladi.
4. Amaliy tavsiya: bir tomonlama gaymorit barcha holatlarida CBCT va stomatologik ko‘rik majburiy o‘tkazilishi, davolash rejasi otorinolaringolog va stomatolog tomonidan birgalikda tuzilishi, konservativ davodan 4–6 hafta ichida samara bo‘lmasa endoskopik aralashuv kechiktirilmasligi lozim.

ADABIYOTLAR RO’YXATI:

1. Little RE, Long CM, Loehrl TAПоэткер Д.М. Одонтогенный синусит: обзор современной литературы . Ларингоскоп исследовательской отоларингологии. 2018; 3 (2):110–114. doi:10.1002/lio2.147.
2. Ньюсом Х.А., Поэткер Д.М. Одонтогенный синусит: современные концепции диагностики и лечения. Клиники иммунологии и аллергии Северной Америки . 2020 ; 40(2):361–369.
3. Крейг Дж. Р. Одонтогенный синусит: обзор современного состояния проблемы . World JournalОториноларингология – хирургия головы и шеи . 2022;8(1) :8–15.
4. Симунтис Р., Кубилюс Р., Вайткус С. Одонтогенный гайморит : обзор . Стоматология. 2014;16(2):39–43.
5. Симунтис Р., Кубилиус Р. , Падервинскис Э. и др. Клиническая эффективность основных рентгенологических методов диагностики одонтогенного верхнечелюстного синусита . Европейский архив оториноларингологии . 2017;274doi: 10.1007/s00405-017-4678-5.
6. Крейг Дж. Р., МакХью К. И., Григгс З. Х. и др. Оптимальное время проведения эндоскопической хирургии пазух при одонтогенном синусите. Ларингоскоп . 2019;doi:10.1002/lary.28001.
7. Бомели СР, Бранстеттер БФ , Фергюсон БДж. Частота стоматологических источников острого верхнечелюстного синусита. Ларингоскоп . 2009 ; 119(3):580–
8. Сайбене АМ, Пиполо ГЦ, Лоцца П и др. Переосмысление границ при одонтогенном синусите: ретроспективная оценка внечелюстного поражения у 315 пациентов. Международный форум аллергологии и ринологии. 2014 ; 4 (12):1020–1023
9. Фоккенс В. Дж., Лунд В. Дж., Хопкинс К. и др. Европейский позиционный документ по риносинуситу и полипам носа 2020 г. Ринология. 2020;58(Приложение S29):1–464. doi:10.4193
10. Каюмова Н, Хасанов Ш, Хаджиметов А, Жилонова З. Оценка гематологических показателей крови у практически здоровых лиц и больных легким гнойным одонтогенным оститом. Стоматология. 2021;(2(83)):19–22.

Qabul qilingan sana 20.09.2026