

Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний носа и околоносовых пазух.

Доцент Бабаханов Г.К. (Кафедра болезней уха, горла и носа. ТашПМИ)

Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний носа и околоносовых пазух.	1
Искривление перегородки носа.	2
Синуситы.	5
Заключение.	11
Резюме.	11
Литература.	12

Заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЛОР-органов, играют активную роль в формировании разнообразных, порой тяжелых осложнений. Диагностика, лечение и профилактика которых несмотря на достигнутые успехи, все еще представляют значительные трудности.

Затрудненное носовое дыхание способствует развитию синуситу, вазомоторному риниту, хроническим средним отитам, постепенно исподволь наступает деформация лицевого скелета. В связи с изменением формы верхней челюсти неправильно растут зубы, нарушается прикус (Максудов С.Н.), твердое небо становится высоким, готическим. В результате хронической гипоксии снижается иммунитет, слуху. Ребенок отстает в физическом и умственном развитии (Расулева Н.; Джаббарова Д.Р.).

Актуальность изучения проблемы синуситов обусловлена и тем, что она выходит далеко за рамки оториноларингологии и тесно связана с бронхолегочной патологией (Мирзарасулев М.М.), патологиями слезоотводящих путей (Белоглазов В.Г., 1984.; Хасанов С.А. и соавт., 1994), зубочелюстной системой, вызывает аллергизацию организма и изменения в тканевом и гуморальном иммунитете. Несмотря на сравнительно небольшую частоту возникновения риносинусогенных осложнений (4-8% от общего числа синуситов Добромьслский Ф.И., Щербатов И.И., 1961; Окунь О.С., Колесникова А.Г. 1997), большинство из них представляет серьезную угрозу для зрения и жизни больного (Фотин А.И., Куранов Н.И., 1974, Абдуллаев Х.Н., 2005), что представляет высокие требования как к диагностическим, так и к лечебным мероприятиям.

Наши результаты научных исследований последних 10 лет, посвященные заболеваниям носа и его придаточных пазух, анализ данных литературы в определенной степени изменили наш взгляд на многие вопросы ринологии.

Искривление перегородки носа.

Одной из актуальных проблем современной детской оториноларингологии является патология полости носа, к которой относится деформация носовой перегородки.

Хотя некоторые вопросы касающиеся этиологии, патогенеза и хирургического лечения деформации перегородки носа нашли свое решение, но еще многие стороны на современном уровне нуждаются в изучении.

На сегодняшний день нет единого мнения ученых о роли нарушения носового дыхания в формировании ЗЧА, недостаточно изучены механизмы формирования данных аномалий при деформации перегородки носа, а также частота встречаемости ЗЧА при данной патологии.

По настоящее время также дискуссионными остаются вопросы хирургической коррекции деформации перегородки носа в дошкольном возрасте, недостаточное внимание уделено изучению патоморфологических изменений деформации перегородки носа у детей.

Проведения комплекс клинико-рентгенологических и патоморфологических исследований у детей с деформации носовой перегородки обуславливающие затруднение носового дыхания позволило нам выявить следующие особенности формирования деформации средней зоны лицевого скелета, в частности риномаксиллярного комплекса (Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Наврузов К.):

- деформация носовой перегородки приводит к возвышению уровня купол твердого неба с уменьшением высоты полости носа;
- сужение основания верхней челюсти у детей с нарушениями носового дыхания сопровождается со синхронным скелетарным сужением носовой полости;
- при искривлении носовой перегородки, сопровождающейся с аденоидными вегетациями возникает более выраженные деформации верхне-челюстного комплекса.

Единственным методом лечения деформации перегородки носа является хирургическая его коррекция. До настоящего времени в детской оториноларингологии актуальной и дискуссионной является проблема возможности и необходимости широкого применения хирургического лечения искривлении перегородки носа.

Большинство ринохирургов считают, что риносептопластику у детей проводить не следует, поскольку будет нарушен дальнейший рост хряща перегородки носа и возникнут осложнения в виде диспропорций лицевого скелета, конфигурации полости носа и наружного носа. Обычно на практике операцию откладывают до окончания роста хряща перегородки носа и формирования лицевого скелета, т.е. до полового созревания больного. В то же время, Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн (1977) указывают на правомочность такого вмешательства при резком затруднении носового дыхания у маленьких детей.

В последние годы появились сообщения об эффективности и отсутствии осложнений при таких операциях в детском возрасте (М.Я.Козлов, 1985; В.П.Поддубный, 1991; С.А.Хасанов и соавт., 1997; А.С.Юнусов, Н.Р.Богомильский, 2003).

Нами было произведено хирургическое исправление деформации перегородки носа у детей в возрасте от 2,5 до 15 лет.

Почти у всех детей хирургическая коррекция перегородки носа производилась под общей анестезией. Преимуществом общей анестезии является то, что ринохирург работает более спокойно в узкой полости носа у детей.

Учитывая климато-географические особенности Центральной Азии, в том числе и Узбекистана (сухой жаркий воздух, большая запыленность), а также во избежание послеоперационных осложнений (атрофия, перфорация перегородки носа, западение спинки носа), мы производили подслизистую резекцию носовой перегородки с последующей реимплантацией аутохряща и аутокости.

Основываясь на данных результатов боковых и фас ТРГ исследований, подтверждающих грубые деформативные изменения верхнечелюстного комплекса; как высокое готическое небо, скелетарное сужение носовой полости, у детей с деформацией носовой перегородки нами было разработано рациональный хирургический подход. К исправлению выше-указанных деформации при септопластических операциях, так называемые сагиттальная кристосутуротомия по срединному небному шву, позволяющий смягчить костное сопротивление при ортодонтических аппаратных лечениях вышеуказанных аномалий и деформации без раскрытия небного шва.

Наши клиническое наблюдение показали, что реимплантированный аутокань полностью приживается в течение месяца после реимплантации, которая согласуется с данными литературы. По мнению Б.Х.Хидирова (1974), полное приживание хрящевой

и костной ткани наступает в течение 1-2 месяца после операции (Хасанов С.А., Наврузов К.).

Особенности нашей операций именно заключается в том, что у большинство наших больных с деформацией перегородки носа, сопровождающейся высоким стоянием твердого неба, подслизистую резекцию перегородки носа производили с последующей остеотомией носового гребня небного отростка верхней челюсти с помощью желобоватого долота. Тем самым создавали более благоприятные условия ортодонтам для последующего раскрытия небного шва, необходимого для последующего исправления деформации носовых верхнечелюстного комплекса.

По нашим наблюдениям, после хирургической коррекции перегородки носа у детей оттягивающая сила носовой перегородки устраняется и это дает возможность ортодонтам легко исправлять зубочелюстные аномалии, связанные с деформацией перегородки носа.

Нет необходимости доказывать значение носового дыхания для нормального развития ребенка и говорить об отрицательном влиянии ухудшения дыхания через нос, в частности при деформации носовой перегородки. До настоящего времени в детской оториноларингологии актуальное и дискуссионное является проблема возможности и необходимости широкого применения хирургического лечения деформации носовой перегородки. На наш взгляд негативное отношение к риносептопластике в детском возрасте связано не столько с опасениями по поводу нарушения формирования лицевого скелета (ибо таких данных, основанных на фактическом материале, никто не представил), а с техническими трудностями при операции в узкое полости носа у детей.

Таким образом, наша совместная работа с ортодонтами показала, что коррекция перегородки носа у больных с ЗЧА в возрасте старше 12-13 лет практически не дает возможности полного устранения деформации носовых верхнечелюстного комплекса без хирургического вмешательства. В этой связи мы, как и другие авторы (Г.З.Пискунов, 1990; М.А.Гурин, 1993; А.Ю.Юнусов, М.Р.Богомилский, 2003 и др.), придерживаемся тактики раннего оперирования детей с нарушением носового дыхания.

Следовательно, успех ортодонтического лечения больных с ЗЧА которая формируется вследствие деформацией носовой перегородки зависит от раннего его выявления и своевременного восстановления нарушенного носового дыхания.

Синуситы.

Результаты массовых клинико-рентгенологических (крупнокадровая флюорография) обследований, проведенных различными авторами, позволяют судить о высоких показателях распространенности хронических воспалительных заболеваний придаточных пазух носа (ППН), значения которых колеблются до 73% и более (М.Х.Файзуллин, 1969; И.Н.Братель, И.С.Ушаков, И.А.Шелякина, Н.И.Геркель, 1988 и др.). Из общего числа рентгенологически выявленных хронических синуситов, в тоже время у 71% больных отсутствовали клинические признаки синуситов.

За период с 1981 по 1991 г. Число синуситов в России выросло также значительно (С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов; 2002).

По данным Национального центра по статистике болезней США, **синуситы** стали в этой стране самым распространенным хроническим заболеванием, обогнав по частоте выявляемости артриты и артериальную гипертензию. Почти каждый восьмой человек в США болен или когда-то болел синуситом. Поэтому лечение риносинуситов на сегодня является одной из основных проблем оториноларингологии, требующей колоссальных финансовых затрат. В США расходы, связанные с диагностикой и лечением острых и хронических риносинуситов в 1996 году составили 5,8 млрд. долларов, причем из этой суммы 1,8 млрд. (30,6%) приходится на детей до 12 лет (P.F.Adams, V Benson; 1992, Vijay K. Anand, 2004).

Но несмотря на неоднократные выступления об учащении гнойных синуситов вообще, а у детей в частности, синуситы в нашей республике диагностируются значительно меньше, чем приводится в литературе (по данным главных детских оториноларингологов республики и областей). В большинстве областей (Наманган, Сурхандарья, Кашкадарья, Навои, Каракалпакстан и др.) больше регистрируется заболевания глотки (тонзиллиты, аденоиды), на втором месте по частоте заболевания средние отиты и только на третьем месте синуситы.

В нашей республике основным, доступным объективным методом диагностики синуситов является рентгенография придаточных пазух носа. Но, к сожалению, особенно скорбно многие оториноларингологи особенно работающие в поликлиническом звене достаточно четко не умеют читать рентгенограммы придаточных пазух носа (отчет специалистов аттестационной комиссии при Минздраве). Еще хуже если заключение на рентгенограмму придаточных пазух не точно дают многие рентгенологи.

По данным нашей кафедры необоснованно часто производятся аденотомии и оперативное лечение хронических тонзиллитов. При этом не уделяется достаточное внимание состоянию придаточных пазух носа, которые в подавляющем большинстве случаев являются первопричиной при их патогенезе. Как правило, причинами ангин и хронических тонзиллитов являются хронические гнойные воспаления придаточных пазух носа почти до 94% случаев.

Кроме того, одним из признаков синуситов является головная боль, в связи чем больные безуспешно лечатся у невропатологов, а больные при сопутствующей бронхолегочной патологии лечатся у педиатров. **Таким образом часть больных теряются из статистического отчета.**

Хочу обратить ваше внимание на то что более чем 40% населения страдают острыми и хроническими синуситами и занимают первое место в структуре ЛОР заболеваний. Учитывая, что в Узбекистане населения более 25 млн. и из них почти 10 млн. дети можно предположить, что в республике **синуситами страдают около 4 млн. детей!**

Закономерно высоким остается и удельный вес этой патологии среди лиц, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах. Больные с воспалением околоносовых пазух составляют 29-30% всех пациентов оториноларингологических стационаров (И.Б.Солдатов, 1997) и 15-16% амбулаторных больных (А.Г.Лихачев, 1981). По данным В.М.Боброва (2002) заболевания околоносовых пазух составили от 17,4 до 24% всех больных в ЛОР стационаре. По данным Самарского медицинского университета в период 1990-97 гг. число госпитализированных в ЛОР отделение составило 26-29,7%, а в 1998-2000 – 44,4%. Среди больных детей с хроническим средним отитом частота гнойного синусита составила 64,7% (Омонов Ш.Э., Бабаханов Г.К., Мухиддинов У.Б., 1994), а среди детей с аденоидной вегетацией в 42%, при остром и хроническом тонзиллите до 94% (Алланиязов С.Н. ____ Эшназаров И.Р.____, Хасанов М.С.____).

При этом отмечается существенное превалирование частоты хронических параназальных синуситов, которые диагностируются в 5 раз чаще, чем острые. Примерно в половине случаев определяется поражение верхнечелюстной пазухи, несколько реже — решетчатого лабиринта, еще реже — лобной и основной пазух. Следует отметить довольно часто встречающиеся в клинической практике сочетания поражений нескольких (полисинусит) или одновременно всех (пансинусит) ППН.

Вместе с тем данные о частоте поражения той или иной пазухи (или группы

пазух) необходимо оценивать критически, поскольку не всегда конкретизируются возрастной состав больных, используемые диагностические способы и приемы, что существенно влияет на своевременность диагностики таких форм латентно протекающего параназального синусита, как этмоидит, сфеноидит. Чрезвычайно разноречивы и сведения, касающиеся патоморфологической характеристики воспалительных процессов в ППН, что в значительной мере затрудняет интерпретацию результатов клинического обследования больных с параназальными синуситами.

По отчетам специалистов нашей кафедры оказывающих шефскую помощь за 2003 год в областях республики диагностировались в основном гаймориты. Сочетанные синуситы диагностируется крайне редко, а фронтиты и сфеноидиты у детей практически не выявлялись. **Нам бы хотелось особо подчеркнуть это обстоятельство.**

По нашим данным за последние годы заболеваемость синуситами возросла и число госпитализируемых больных каждый год увеличивается.

**ЧАСТОТА СИНУСИТОВ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ЛОР КЛИНИКУ ЗА
2000-2004 гг.**

Нозология	2000 г		2001 г		2002 г		2003 г		2004	
	ост	хро н.	Ост	хро н.	Ост	хро н.	Ост	хро н.	Ост	хро н.
Этмоидит	27	58	31	72	30	44	26	18	50	60
Гайморэтноидит	39	46	56	64	78	68	76	82	52	50
Гайморэтноидофронтит	3	5	17	11	28	31	30	38	33	46
Гайморэтноидосфеноидит	1	3	10	6	17	23	21	30	14	29
Гемисинусит	3	2	3	5	20	16	32	20	11	11
Пансинусит		3	2	8	12	7	21	7	22	33
Острые и хронические синуситы по годам	73	11 7	11 9	11 6	19 0	18 9	28 6	19 5	17 6	22 9
Всего синуситов по годам	190		235		379		481		415	

Всего больных госпитализированных в ЛОР клинику по годам	1118	1176	1200	1217	1175
--	------	------	------	------	------

Из таблицы следует, что с ростом числа поступивших больных увеличивается число больных с острыми и хроническими синуситами. По данным нашей клиники синуситы составили 2000 г. – 16,9 %, 2001 г. – 19%, 2002 г. – 31,5%, а 2003 г. – 39,5% 2004 г. – 35,3% от всех госпитализированных.

В Узбекистане нет единой диагностической лечебной тактики синуситов. Новые современные методы лечения синуситов: использование ЯМИК катетера, туалет и введения в придаточные пазухи носа лекарств методом «перемещения по Проэцу», зондирования основных, лобных и верхнечелюстных пазух, обоснованная рациональная местная антисептическая и антибиотикотерапия внедряется в практику медленным темпом.

По нашим данным в отличие от Российских и зарубежных авторов в возникновении гнойных синуситов огромная роль принадлежит анаэробной флоре: пептострептококки, вейлонеллы, ацидоминококки которые вырабатывают бета-лактамазы, разрушающие пенициллинов (Алланиязов С.Н., Эшназаров И.Р.). Эти микробы высокочувствительны к метрогилу. В отношении этиологического фактора хронических гнойных синуситов наши данные совпадают с результатами бывшей кафедры ЛОР I ТашГосМИ (Вайман) т.е. огромная роль принадлежит анаэробной флоре.

Учитывая данные литературы и наш скромный опыт при лечении острых синуситов следует иметь в виду, что системная антибиотикотерапия непременно должна сочетаться с активным местным лечением, проводимым специалистом или врачом общей практики. Оно заключается в создании условий для оттока содержимого из околоносовых пазух путем анемизации слизистой оболочки полости носа, внутривенном вливании 1% раствора хлористого кальция из расчета 7-10 мл\кг вес больного, физиопроцедур, включая и резонансную терапию. Из антибиотиков мы рекомендуем амоксиклав или аугментин т.к. эти препараты считаются защищенными пенициллинами. Для подавления роста анаэробной микрофлоры широко используем метрогил.

В последние годы всё шире и успешно, особенно при экссудативных серозных и катаральных острых синуситах, используются ЯМИК-катетры, позволяющие без пункции пазухи, активно за счет создания отрицательного давления в полости носа улучшающего дренажа и введение антисептиков в пазуху. Недостаточная платежеспособности определенной части населения не позволяет широкое внедрение индивидуальных ЯМИК-катетеров в практику, в то же время, с большой долей пользы можно использовать известный способ лечения — метод «перемещение» по Проэцу.

Почему-то в периодической печати информации о лечении острых и хронических синуситов методом «перемещение» по Проэцу очень скудно. Но по нашему мнению данный метод лечение должен занять достойное место в повседневной практике оториноларингологов и общих педиатров, так как он легок в исполнении и не требует огромных материальных затрат.

Когда в пазухах имеется густой гнойный экссудат, то и следует их первоначально промывать путем зондирования и введения протеолитических ферментных препаратов.

В настоящее время к традиционным препаратам йода (спиртовой раствор йода, раствор Люголя, йодиды и др.) добавились современные соединения йода и синтетических полимеров. Одним из представителей таких препаратов является препарат ЙОКС, который разработан как дезинфицирующее средство для местного применения в оториноларингологии и выпускается фармацевтической компанией «Галена А.С.» (Чехия). Основными действующими веществами препарата йокс является поливидон-йод и аллантиин (О.И.Киселев, 1998).

Лечение детей с острыми и хроническими гнойными синуситами с применением йокса проводилось по общепринятой схеме: антибактериальная терапия, «перемещение», зондирование пазух, (очень редко пункции верхнечелюстных пазух) физиотерапевтическое лечение. Введение йокса в пазухи позволило отказаться от введения в них антибактериальных препаратов, что благоприятно сказывается на состоянии эпителия и иммунного статуса слизистой оболочки околоносовых пазух. У детей, пролеченных препаратом, к 7-10 му дню лечения отмечались нормализация или существенная положительная динамика показателей крови.

Раствор препарата применялся также при лечении синуситов методом перемещения.

Для лечения синуситов мы широко используем нейтральный анолит в концентрации 200 мг\л для «перемещение» и промывание пазух зондированием и пункцией.

Добиться стерилизации содержимого синуса не означает излечения синусита. При сохранении в синусе даже стерильного транссудата очень легко происходят его инфицирование и рецидив болезни. Помимо полной эвакуации содержимого во время лечения острого процесса, необходимо в период ремиссии создать условия для хорошего дренажа пазух и устранить хирургическим путем искривление перегородки носа, аденоиды, гипертрофию носовых раковин и т.д. Только в этом случае возможно избежать возникновения рецидивирующих форм синусита или его перехода в хронический процесс.

Синуситы осложняются вовлечением в процесс орбиты и ее содержимых в 3,4 – 6,8% случаев (Э.Г.Беличева и соавт., 1998, Х.А Абдуллаев, 2003). Кроме решетчатых пазух немаловажную роль в развитии орбитальных и внутричерепных осложнений играют также и лобные и верхнечелюстные пазухи.

За последние годы риносинусогенных орбитальных осложнений заметно участились так если в нашу клинику в 2003 г. поступали 14 детей, то в 2004 и 2005 гг их было уже по 26 человек.

Своевременное проведение целенаправленной комплексной консервативной терапии включавшее антибиотики и дезинтоксикационную терапию, частые анемизации слизистой оболочки носовых ходов, 2-3 раза в день перемещение по Проэцу, зондирование пазух носа мягким катетером, гирудотерапию, гипербарическое оксигенацию и физиотерапию. острых и хронических гнойных синуситов у детей позволило нам избегать в большинстве случаев (97,1%) хирургических вмешательств. Зондирование лобных и основных пазух можно добиваться до 98% случаев, верхнечелюстных пазух до 88%. Это в свою очередь предотвращает пункции верхнечелюстной пазухи и трепанопункции лобной пазух у детей. Даже при орбитальных осложнениях подобная тактика совместно с двух или трехкратном применением промывания и перемещения антибиотиков по Проэцу дает положительные результаты.

Использование эндоскопов и микрохирургических инструментария в ринологии способствует улучшению показателей.

Трепанопункция и фронтотомия и должна применяться крайне редко. Гайморотомия становится редкой операцией в клинике.

Для лечения аллергических и полипозных риносинуситов применять альдецин, насобек, назонекс, флексеназе, кромоглин, антигистаминные препараты, УЗ дезинтеграция, вазотомия (У.Х. Мухамеджанов, 2005).

Заключение.

Подитожив, у нас пока в Узбекистане довольно часто встречаются необоснованные аденоиты и тонзилэктомии. Где причиной затруднение носового дыхания и острого тонзиллита являются недиагностированные гнойные воспаления параназальных синусов. Исходя из этого у детей с нарушением носового дыхания при аденоидах, хроническом тонзиллите, с жалобами на головную боль необходимо провести обзорную рентгенограмму придаточных пазух носа с целью исключения синуситов.

При подготовке врачебных кадров необходимо уделять особое внимание к данному вопросу. Следует резко уменьшить инвазивные методы диагностики и лечения, таких как пункция верхнечелюстных пазух, трепанопункция, гайморотомия, фронтотомия, этмоидотомия (даже и при глазничных осложнениях).

К минимуму надо свести операции на верхнечелюстных, лобных пазухах у детей, вместе чего широко внедрять не инвазивные методы лечения. А для достижения этого необходимо обучать всех оториноларингологов к новому мышлению и действию.

Опыты всемирной практики ринологов убеждают нас о широком использовании в ежедневной диагностической и лечебной работе эндоскопов и эндоназальной микрохирургии.

Но учитывая недостаточное оснащение ЛОР отделений необходимым инструментарием и оборудованием приходится искать более рациональное использовать не меньшей пользой существующих возможностей. К ним можно отнести ...

Широко внедрять в практику применение ЯМИК катетера, метод «перемещение» по Проэце, зондирование лобной, основной и верхнечелюстных пазух усовершенствованной нашими клиникой

Решив экономические вопросы и приобретив оборудования необходимо широко внедрять в практику микроэндоскопические методы диагностики и лечения носа и его придаточных пазух.

Резюме

Умуман олганда бурундан нафас олишининг бузилиши, синуситлар туфайли организмда патоген микрофлора учоги булиши болада катор салбий узгаришларга сабаб булмокда.

Уларнинг олдини олиш, тишлар катори бузилишига караб кандай касаллик хисобига эканлигини аниқлаш имконияти борлигини умумий амалиёт педиатрлари диққатини жалб қилиш.

Касалликни даволашга янгича душёкараш. ЛОР шифокорлар ҳукмига хавола этолган булсақ мақсадга эришган хисобланамиз.

Благодарю за внимание!

Литература.

1. Алланиязов С.Н.
2. Добромьслский Ф.И., Щербатов И.И. Придаточные пазухи носа и их связь с заболеваниями глазницы и слезоотводящих путей. М. 1961.
3. Окунь О.С., Колесникова А.Г. Рос ринол 1997; 1:17-26.
4. Фотин А.И., Куранов Н.И. Вест оторинолар 1974; 3: 60-65.
5. Беличева Э.Г. соавт
6. Бобров В.М. Лечение воспалительных заболеваний лобных пазух. Вестн. оторинолар. 2002; 1:27-30.
7. Братель И.Н., Ушаков И.С., Шелякина И.А., Геркель Н.И. О массовом профилактическом исследовании придаточных пазух носа у жителей северного Казахстана. IX съезд оториноларингологов СССР, 1988; стр. 368
8. Вайман
9. Киселев О.И. Полимерные препараты йокс (поливидон-йод) - новое направление в фармакологии противовирусных средств. М 1998.
10. Кручинина И.Л., Лихачев А.Г. Синуситы в детском возрасте. Клиника синуситов, клиническая классификация, осложнения. М: Медицина 1989; 3: 39-75.
11. Кузьмина Г.В. Использование йокса в детской оториноларингологии. Ст-Петербург 1998.
12. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. М: Медицина, 1981; 120 стр.
13. Лопатин А.С., Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В., Кралина И.П., Косякова Э.И. Эффективность Назонекса в лечении аллергического ринита и хронического полипозного риносинусита. Вестн. оторинолар. 2000; 4: 60–8
14. Мефодовская Е.К., Москаленко Л.Н. Диагностика сфеноидита у детей. Новости оторинолар и логопатол 1998; 1: 13: 114-116.
15. Москаленко Л.Н., Фоцан А.В. Острый сфеноидит у ребенка 10 лет. Журн ушн, нос и горл бол 1997; 3: 50-51.
16. Мухамеджанов У.
17. Омонов Ш.Э., Бобохонов Г.К., Мухитдинов У.Б.
18. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии. М., 1991
19. Руководство по оториноларингологии. Под ред. И.Б.Солдатова, 2-е изд., перераб. И доп. М: Медицина, 1997.
20. Рязанцев С.В. Йокс – новый антисептический препарат на основе йода. Ст-Петербург 1998.
21. Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. Опыт применения Назонекса у больных аллергическим ринитом. Рос. Ринол. 1999; 1

22. *Страчунский Л.С, Богомильский А.Н.* Антибактериальная терапия синусита у детей. *Детский доктор*, 2000; 1: 32-33.
23. *Файзуллин М.Х.* Рентгенодиагностика заболеваний придаточных пазух носа. 1969.
24. *Хасанов М.С.*
25. *Эшназаров И.Р.*
26. *Adams P.F., Benson V.* Vital Health Stat 1992; 10: 184: 95.
27. *Vijay K. Anand.* Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* May 2004, Suppl 193, Volume 113, Number 5, Part 2, Page 3-5.