

CLINICAL-MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF RENAL SYSTEM IN HIV-INFECTED

V.D. Moskaliuk, M.O. Andrushchak

SUMMARY. It is established that the virus HIV affects the renal system. The data that antiretroviral therapy (HAART) has negative effects on the kidneys and

their function. Also found that are morphological and functional changes in the nature of the HIV-infected. In the literature describes few data on drug correction of these changes.

Key words: HIV infection, HIV-associated nephropathy, focal segmental glomerulosclerosis, chronic renal failure, glomerular filtration rate, protein tsystatyn.

Отримано 12.04.2016 р.

© Андрейчин Ю.М., Омеляш В.І., 2016
УДК 616.216-002-07
DOI 10.11603/1681-2727.2016.2.6527

Ю.М. Андрейчин, В.І. Омеляш

ДІАГНОСТИКА СИНУСИТІВ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Зазначено, що актуальність діагностики та лікування запальних процесів у приносових пазухах не зменшується, попри значні досягнення у вивченні цієї патології. У повідомленні здійснено аналіз літератури з таких питань: зовнішній огляд, пальпація, перкусія та аускультация приносових пазух; риноскопія. Наведені дані можуть бути корисними не тільки для оториноларингологів, а й для інших фахівців: ендоскопістів, рентгенологів, фізіотерапевтів, лікарів функціональної діагностики, сімейних лікарів та ін.

Ключові слова: *запалення приносових пазух, синусит, діагностика, риноскопія.*

Гострі і хронічні запалення приносових пазух (синусити) спостерігаються досить часто серед дорослого і дитячого населення [1-9]. Біля 15 % населення хворіє на гострі і хронічні синусити, а в 30 % випадків ця патологія вчасно не діагностується [2, 10]. Гострі синусити складають у структурі амбулаторної зверненості від 40 до 60 % [6]. Частота гострих і хронічних синуситів постійно зростає на 1,5-2 % на рік [1]. Актуальність проблеми діагностики та лікування осіб із запальними процесами у приносових пазухах, не дивлячись на значні досягнення у вивченні цієї патології, не зменшується [11, 12]. Про це свідчить велика кількість наукових публікацій [9, 13-26].

При аналізі літератури ми не знайшли оглядових робіт стосовно діагностики синуситів, за винятком двох: в одній з них [27] описуються діагностичні можливості методик термографії в оториноларингології, де певне

місце відводиться діагностиці синуситів, і в одній [28] – застосування термографії в оториноларингології, в якій також наводяться дані щодо діагностики синуситів. Тому наводимо свій власний огляд літератури з цього питання, який, на нашу думку, може виявитись корисним не тільки для оториноларингологів, а й для інших фахівців (ендоскопістів, рентгенологів, фізіотерапевтів, лікарів функціональної діагностики, сімейних лікарів та ін.). В цьому повідомленні наводиться огляд літератури по наступних питаннях: 1) зовнішній огляд, пальпація, перкусія і аускультация приносових пазух; 2) риноскопія. Що стосується інших методів діагностики синуситів, то вони будуть предметом обговорення в наступних повідомленнях. Перш ніж приступити до викладення матеріалу в даному огляді, вважаємо за необхідне зупинитись на деяких анатомічних і клінічних назвах, наведених в цитованих нами публікаціях. Приносові пазухи описуються під різними назвами: біляносові пазухи [19, 29-31], навіколоносові пазухи [4, 32, 33], параназальні пазухи [34], придаткові пазухи носа [35], власне приносові пазухи [36]. Верхньощелепну пазуху описують під назвами: гайморова пазуха і власне верхньощелепна пазуха [37, 38]. Решітчасту пазуху називають гратчастою пазухою [37], лобову – лобною пазухою [39], основну – клиновидною пазухою [15, 40-43].

Запалення приносових пазух подається під різними назвами: синуїти [5, 14, 17, 36, 44-48], синусити [1-3, 6, 8, 11, 21-23, 33, 49-53], параназальні синуїти [34], запальні процеси біляносових пазух [19], запальні процеси

в навколоносових пазухах [4], запальні захворювання біляносових пазух [54], запальні захворювання придаткових пазух носа [55, 56]. Запалення верхньощелепної пазухи описують під такими назвами: гайморит [7, 57-59], запальні захворювання верхньощелепної пазухи. Запалення решітчастого лабіринту називають етмоїдитом [45, 60-62], запальним процесом гратчастої пазухи [40], запаленням решітчастої пазухи [63]. Запалення лобової пазухи наводиться під назвою фронтит [12, 16, 64, 65], основної пазухи – під назвами: сфеноїдит [9, 13, 18, 20, 24, 25, 48, 66], запальні процеси клиновидної пазухи [40], запальні захворювання клиновидної пазухи [15]. Ми притримуємось таких анатомічних і клінічних термінів: приносів пазухи; верхньощелепна пазуха; комірочки решітчастого лабіринту; лобова пазуха; основна пазуха; синусити; верхньощелепний синусит; етмоїдит; фронтит; сфеноїдит. Виходячи з цього, будемо подавати матеріал даного огляду.

Діагностика гострого верхньощелепного синуситу відносно не складна, тоді як виявлення хронічного верхньощелепного синуситу представляє відповідні труднощі [50]. Складніша діагностика запалення інших приносів пазух, особливо основної. Важливе місце в діагностиці гострого і хронічного синуситу відводиться анамнезу [38, 47, 50, 51, 67]. Важливість анамнезу в діагностиці синуситів зазначали й інші автори [14, 16, 33, 46, 49, 52, 68].

Діагностика гострого етмоїдиту є досить складною, оскільки перебіг гострого етмоїдиту нерідко (в 24 % випадків) відбувається в комбінації з гострим верхньощелепним синуситом чи гострим фронтитом [62, 69], але найчастіше (до 90 % випадків) з ураженням верхньощелепної пазухи [45]. Діагностика запалення основних пазух представляє великі труднощі [40, 70]. На фоні запалення інших приносів пазух сфеноїдит часто залишається недіагнованим, тому що основна пазуха є найбільш тяжко доступною в дослідженні [40]. Вона недосяжна ні зовнішньому огляду, ні пальпації, ні перкусії. Спостерігається сфеноїдит у комбінації з ураженням інших приносів пазух [24], частіше з етмоїдитом [48], оскільки інфекція із задніх комірок решітчастого лабіринту поширюється на основну пазуху [69].

Арсенал діагностичних методів дослідження приносів пазух досить великий: сюди належать, крім пальпації і огляду порожнини носа, зондування і перкусія пазух, пункція верхньощелепних пазух і трепанопункція лобових пазух, цитологічні дослідження змивів із порожнини носа і приносів пазух, огляд пазух за допомогою оптичного пристрою, що вводиться через троакар в пазуху при пункції її, свого часу немало роль відіграло і просвічування пазух – діафаноскопія, що не втратила свого значення донині. Неоцінимо роль в дослідженні приносів пазух відіграє рентгенологічне

дослідження в різних модифікаціях [71]. До цього слід додати застосування сучасних методик (ехографії, інфрачервоної термографії, рідкокристалічної термографії, НВЧ-радіометрії та ін.).

1. Зовнішній огляд, пальпація, перкусія і аускультация приносів пазух. Об'єктивне дослідження приносів пазух починається із зовнішнього огляду й пальпації місць проекції приносів пазух [58, 62, 66, 69, 72]. При гнійному фронтиті можна відмітити припухання повік, що може розповсюджуватись на ділянку, яка відповідає передній стінці лобової пазухи [73]. У випадку стійкого закриття природного лобово-носового каналу розвивається кістоподібне роздуття пазухи слизом (мукомеле), а при приєднанні інфекції – гноєм (піоцеле) [29, 73]. В таких випадках відмічається гладке овальне випинання, що відповідає передній, а іноді й нижній стінкам пазухи [73].

При гострих верхньощелепних синуситах відбуваються набряк і припухання м'яких тканин щоби [36, 62, 69, 74]. При одонтогенному верхньощелепному синуситі може спостерігатись асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин [58]. При посттравматичному фронтиті – випинання у ділянці лобових пазух. При гострому гнійному етмоїдиті нерідко спостерігається набряк м'яких тканин у ділянці внутрішнього кута ока [62, 69, 73], повік, що спричиняє звуження очної щілини [69]. Рідко з'являється нориця з утворенням субперіостального абсцесу [62, 69]. При загостренні хронічного етмоїдиту може бути незначний набряк м'яких тканин у ділянці орбітальної стінки, верхньої повіки [62]. При хронічному етмоїдиті біля внутрішнього кута орбіти надзвичайно рідко бувають нориці з невеликою кількістю слизово-гнійного або гнійного екссудату [69].

Відомо, що дані пальпації приносів пазух мають велике значення в діагностиці їх захворювання [71]. При пальпації можна відмітити стоншення стінки – вона прогинається при натиску пальцями. У випадку утворення кісткової нориці й розвитку субперіостального абсцесу визначається флюктуація [73].

Як зазначає Є.М. Харшак [75], раціонально пальпувати дві різні точки на черепі. Такими точками «порівняльної перехресної пальпації» можуть виявитись: а) ділянки собачих ямок з обох боків; б) ділянка собачої ямки і підборідного отвору нижньої щелепи з того ж боку; в) ділянка підборідного отвору і ділянка передньої (чи нижньої) стінки лобової пазухи з того ж боку; г) ділянка лобових пазух з обох боків; д) порівняльна пальпація ділянки собачої ямки і потиличної ділянки дозяду від смочкоподібного відростка з одного і того ж боку чи з протилежного боку і т.д. Для порівняння больової чутливості орбітальної стінки пазухи слід прикласти пучки вказівних пальців до цієї стінки і попросити пацієнта, розслабивши м'язи шиї, пасивно оперти голову на

пальцях досліджуючого. Це дозволить створити однаковий тиск на обидві пазухи. Хворий повинен визначити різницю в больових відчуттях. Характерною ознакою для фронтиту-етмоїдиту є болючість у верхньомедіальній ділянці орбіти [73]. Верхньощелепну пазуху пальпують у ділянці щоки в проекції собачої ямки [29, 37, 69, 73]. При цьому можна визначити симптоми, характерні для різних форм верхньощелепного синуситу: випинання, стоншення і піддатливість стінки при великих кістах [73]. При гострих верхньощелепних синуситах під час пальпації відзначається біль у ділянці уражених пазух [36, 69], зокрема в ділянці передньої стінки (собачої ямки) верхньощелепної пазухи [36, 69] чи біля внутрішнього кута орбіти [69]. Може виникати болючість у ділянці лоба [38]. При гострих фронтитах під час пальпації надбрівних ділянок виникає біль [69]. У разі гострого фронтиту і фронтуетмоїдиту при пальпації орбітальної стінки лобової пазухи з'являється болючість біля верхньомедіальної ділянки орбіти [69].

При хронічних верхньощелепних синуситах пальпаторно іноді відзначається болючість у ділянці передньої стінки верхньощелепної пазухи або в точках виходу трійчастого нерва. У разі загострення хронічного етмоїдиту під час пальпації та перкусії визначається різкий біль в орбітальній стінці пазухи, верхньої повіки [62]. Можна використати метод перкусії приносних пазух. Перкутують частіше лобову пазуху і решітчастий лабіринт. При фронтиті перкуторно визначається болючість у ділянці передньої стінки лобових пазух. Використовується метод перкуторної аускультатії лобових пазух для діагностики гострого і хронічного фронтиту [76]. Якщо прикласти фонендоскоп на хвору лобову пазуху, а постукувати по здоровій, то при вислуховуванні отримується один звук. Якщо зробити зворотне, тобто постукування проводити по хворій пазусі, а вислуховування на здоровій, то отримується інший звук. Звук вислуховується краще, якщо постукування проводиться по хворій, а вислуховування по здоровій пазусі. Ряд недоліків порівняльної аускультатії (неможливість відтворення однакових за силою ударів руки, проведення диференціальної діагностики між інфільтративною і ексудативною формами фронтиту) спонукали до пошуків іншого, більш досконалого способу. З цією метою А.Г. Волков [39, 64] запропонував неінвазивний спосіб діагностики однобічних неускладнених фронтитів, названий звуковим тестуванням. Він полягає в подачі звукового сигналу на м'які тканини середини потиличної ділянки і реєстрації його на м'яких тканинах передніх стінок лобових пазух. Спосіб здійснюється таким чином: хворий знаходиться в положенні сидячи. За допомогою діафаноскопа визначають величину лобових пазух і їх розташування відносно серединної лінії обличчя. Для цього два світловоди від стандартного джерела світла встановлюють на нижні стінки лобових пазух, ви-

кликаючи їх свічення, після цього, вибираючи точки на передніх стінках лобових пазух з кожного боку, симетрично серединної лінії обличчя, відмічають їх фарбником. В середині потиличної ділянки встановлюють джерело звукових коливань – кістковий телефон, з'єднаний зі звуковим генератором; щільно притискуючи його до м'яких частин черепа, подають звукові коливання частотою 600-1200 Гц і силою звуку 40-50 дБ. Датчики звукових коливань – спеціальні п'єзоперетворювачі встановлюють на підібраних точках передніх стінок лобових пазух, розташованих симетрично від серединної лінії обличчя. Реєстрацію звукових коливань, що отримують з датчиків, здійснюють одночасно на приладах, частіше всього – вольтметри підвищеної точності, розташовані відповідно боку прикладання датчика. Наявність у показаннях приладів з одного та іншого боку різниці в 1,3-1,5 разу вказує на інфільтративну форму фронтиту в пазусі з вищими показаннями приладу, а різниця в 1,6 разу і вища – на наявність в пазусі рідкого вмісту. При зіставленні способу звукового тестування з порівняльною аускультатією лобових пазух автор виявив його переваги. Всі форми фронтиту, діагностованого за участю способу звукового тестування, були підтверджені на операції.

2. Риноскопія. Велике значення для діагностики синуситів має передня та задня риноскопія [32, 35, 37, 44, 47, 51]. На особливу роль цього методу дослідження вказують й інші автори [33, 41, 53, 61]. Під час оцінки риноскопичної картини враховують ширину носових ходів, аномалії внутрішньоносових структур, величину носових раковин, наявність поліпів, що має значення для діагностики і лікування [66]. Під час передньої риноскопії видно гіперемію і набряклість слизової оболонки порожнини носа, слизове, слизово-гнійне, рідше – гнійне виділення в задніх відділах порожнини носа [36, 62, 69]. Передусім звертає на себе увагу стікання слизових і гнійних виділень через природні отвори приносних пазух [59]. Місце витікання вказує на локалізацію патологічного процесу. При запаленні лобової, верхньощелепної пазух, передніх і середніх комірок решітчастого лабіринту виділення витікають з середнього ходу, що можна визначити при передній риноскопії [33, 36, 37, 50, 57, 59, 65, 77, 78]. Це є патогномічним симптомом і ключовим моментом в діагностиці гострого гнійного синуситу [50]. При ексудативному етмоїдиті патологічний вміст у середньому носовому ході виявлено в 65 % випадків [60]. У разі алергійної риносинусопатії в середніх носових ходах появляються слизові прозорі чи серозні виділення [79]. При локалізації запального процесу в основній пазусі та задніх комірках решітчастого лабіринту виділення стікають з верхнього носового ходу [46, 61], з *recessus sphenoethmoidalis*, скупчуються в носовій частині горла поблизу хоан [24, 62, 66, 69]. Це можна бачити при задній риноскопії. У разі сфеноїдиту при задній риноскопії часто

відмічаються гіперемія і набряк слизової оболонки, гнійні чи слизово-гнійні виділення на вільному краю леміша чи на задньому краю середньої носової раковини. Вміст стікає в ротову частину горла, викликаючи гіперемію і набряк слизової оболонки склепіння носової частини горла, задніх кінців носових раковин і леміша та розвиток фарингіту, який підтримується ротовим диханням [62, 66]. Якщо патологічні зміни (набряк слизової оболонки) визначаються в середньому носовому ході, то виділень може не бути. Щоб визначити, яка саме приносова пазуха уражена патологічним процесом в цьому випадку, проводять анемізацію слизової оболонки [29, 36, 66, 69]. З цією метою слизову оболонку середнього носового ходу змачують судинозвужувальними засобами (розчином адреналіну, галазоліну, нафтизину та ін.), одночасно видаляючи ватником або відсмоктувачем секрет. Після цього вичікують 5 хв за звичного положення голови хворого і виконують передню риноскопію. Якщо середній носовий хід знову заповнився виділеннями, слід думати, що вони вилилися через лобово-носовий канал, який за такого положення голови розташований перпендикулярно. Отже, патологічним процесом уражена лобова пазуха. Якщо цього не сталося, кладуть голову хворого на протилежне патологічному процесу плече. В такому положенні природний отвір верхньощелепної пазухи займає майже перпендикулярне положення. Якщо за наступні 5 хв середній носовий хід заповнився виділеннями, можна зробити висновок про запалення верхньощелепної пазухи [36, 69]. При від'ємному наслідку обох проб слід думати про ураження комірок решітчастого лабіринту [73]. Риноскопичні прояви синуситу у дітей раннього віку часто вельми незначні: помірна інфільтрація слизової оболонки латеральної стінки носа, набряклість середньої носової раковини [80]. В носових ходах хворих на поліпозний синусит можна побачити різні за величиною і розташуванням – гладенькі, рожеві, напівпрозорі утворення, здебільшого на ніжці. При поліпозному верхньощелепному синуситі вони виходять з-під заднього кінця середньої носової раковини, іноді звисаючи до носової частини горла. Такі поліпи, як правило, поодинокі, ростуть дозад, утворюючи хоанальний поліп [81]. Такий поліп можна побачити під час задньої риноскопії. Інколи він буває досить великим. Поліпи, що виходять з комірок решітчастого лабіринту, здебільшого маленькі; численні, сірі, сіро-білого або рожевого кольору, частіше на ножках; вони розташовані вздовж середнього носового ходу [73]. Тривалий поліпозний етмоїдит інколи призводить до деформації кісткової стінки порожнини носа [82], до розширення кісткової частини зовнішнього носа [62, 73] внаслідок розходження (дисторзії) його кісток і розходження орбіт в латеральному напрямку, тобто до гіпертелоризму [73].

Середня риноскопія може дати певні дані для уточнення стану природних отворів приносових пазух

та причини їх стенозування. Проте це дослідження є травматичним. Тому середню риноскопію здебільшого замінюють оптичною риноскопією ригідним чи гнучким (фіброскопія) риноскопами [30, 34]. Особливу роль передній і задній риноскопії в діагностиці синуситів відводять також інші автори [33, 41, 53, 61].

Таким чином, зовнішній огляд, пальпація, перкусія і аускультация приносових пазух, а також риноскопія мають велике значення в діагностиці синуситів.

Література

1. Деменков В.Р. Местное и общее лечение больных с острыми гнойными синуситами / В.Р. Деменков, Т.М. Приставко, И.Ю. Ватанская // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 5. – С. 48-49.
2. Завалий М.А. Метаболические нарушения в клетках мерцательного эпителия при риносинуситах и метод их коррекции / М.А. Завалий, А.Н. Орел, А.Г. Балабанцев // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 5 с. – С. 62-63.
3. Кокоркин Д.К. Ирригационно-осмотическая терапия острых риносинуситов в детском возрасте / Д.К. Кокоркин, В.А. Шаменко // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 5-с. – С. 76-77.
4. Левицька С.А. Генетична детермінованість розвитку хронічного запального процесу в навколоносових пазухах / С.А. Левицька, О.М. Понич, О.Г. Співак // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 3-с. – С. 162-163.
5. Лікування хронічних риносинуситів, асоційованих із порушенням трансмембранного переносу хлору у дітей / [В.І. Попович, І.В. Кошель, Л.І. Пілецька та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 3-с. – С. 225-226.
6. Почуева Т.В. Динамика функции обоняния у больных с острым риносинуситом / Т.В. Почуева, Е.И. Харченко // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 3-с. – С. 226-228.
7. Приставко Т.М. Динамика изменений характера оперативных вмешательств у больных хроническим гайморитом / Т.М. Приставко, В.Р. Деменков, И.В. Деменков // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 3-с. – С. 229-230.
8. Типикин В.П. Местный иммунитет глаз и влияние на него хронического полипозного синусита / В.П. Типикин, П.С. Киреев // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 3-с. – С. 285-286.
9. Филатов В.Ф. Диагностика и лечение сфеноидитов: Метод, рекомендации / В.Ф. Филатов, М.В. Бучацкий, П.С. Нечипа. – Харьков: Би., 1984. – 9 с.
10. Vachert С. Современная диагностика и лечение синусита и полипоза носа / С. Vachert, К. Normann, R. Mosges // Ринологія. – 2004. – № 1. – С. 47-65.
11. Іськів Б.Г. Латентні хронічні синусити, їх клінічний перебіг, ускладнення та методи лікування / Б.Г. Іськів, Я.В. Шкоба, С.О. Лакіза // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. – № 6. – С. 42-44.
12. Матвійчук Я.М. Досвід застосування МРТ та КТ для діагностики атипичних випадків у хворих на гострий та хронічний фронтит / Я.М. Матвійчук // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – № 3, Додаток. – С. 107.
13. Гриньова В.А. Діагностика і лікування хворих на екссудативний сфеноїдит: Автореф. дис. ... канд. мед. наук // В.А. Гриньова. – К., 1997. – 18 с.
14. Заболотный Д.И. Диагностика и лечение грибковых синуситов / Д.И. Заболотный, И.С. Зарицкая, О.Г. Вольская // Ринологія. – 2002. – № 4. – С. 3-10.

15. Заболотный Д.И. Клиновидная пазуха: клиника, диагностика и лечение воспалительных заболеваний / Д.И. Заболотный, Д.С. Боечко // Ринология. – 2007. – № 2. – С. 55-62.
16. Лайко А.А. Диагностика та лікування дітей з фронтитами / А.А. Лайко, О.І. Горшко, Ю.А. Молочек // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1998. – № 5, Додаток. – С. 64-65.
17. Мельник В.А. Методи діагностики синуситів / В.А. Мельник // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. – № 1. – С. 46-51.
18. Мельник В.Ф. К вопросу о совершенствовании диагностики и хирургического лечения хронических сфеноидитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Ф. Мельник – Минск, 1994. – 24 с.
19. Пискунов С.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух / С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов. – Воронеж: ВГУ, 1991. – 184 с.
20. Плужников М.С. Диагностика и щадящее лечение сфеноидитов: Метод. рекомендації / М.С. Плужников, А.А. Усанов. – Л.: Б.и., 1989. – 15 с.
21. Приставко Т.М. Дифференциальная диагностика и лечение полипозных и кистозных риносинуситов / Т.М. Приставко, В.Р. Деменков, И.В. Деменков // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2011. – №5-с. – С. 103-104.
22. Діагностика синуситів за допомогою двомірного ультразвукового дослідження / [С.М. Пухлік, С.С. Буцацький, О.В. Тітаренко та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 3. – С. 181.
23. Селезнев К.Г. Диагностика хронического полипозного и полипозно-гнояного синусита / К.Г. Селезнев, З.Т. Климов, А.В. Уткина // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2011. – № 5. – С. 116-117.
24. Тышко Ф.А. Клиника, диагностика, лечение больных экссудативным сфеноидитом / Ф.А. Тышко // Съезд оториноларингологов Украинской ССР. 7-й: Тезисы. – К.: Б.и., 1989. – С. 270-271.
25. Усанов А.А. Способ диагностики и лечения сфеноидитов / А.А. Усанов // Актуальные вопросы оториноларингологии. – Таллин: Б.и., 1986. – С. 226-227.
26. Antibiotics for acute maxillary sinusitis in adults [Електронний ресурс] / [A. Ahovuo-Saloranta, U.M. Rautakorpi, O.V. Borisenko et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2014. – Режим доступу: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000243.pub3/pdf>.
27. Меркулов В.Г. Диагностические возможности методик термографии в оториноларингологии / В.Г. Меркулов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – № 6. – С. 77-83.
28. Розенфельд Л.Г. Применение термографии в оториноларингологии и обоснование принципов автоматизации тепловизионного исследования / Л.Г. Розенфельд, Ю.Н. Сулименко, Е.К. Лихошерст // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1987. – № 6. – С. 78-82.
29. Дайняк Л.Б. Нос и околоносовые пазухи / Л.Б. Дайняк // Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 200-283.
30. Опыт использования современных методов лечения лиц с заболеваниями околоносовых пазух в оториноларингологической клинике / [Ю.В. Митин, Ю.И. Гладуш, Л.Р. Джурко и др.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1998. – № 5, Додаток. – С. 76-78.
31. Подворный В.Н. Применение неионизирующих методов диагностики при массовых осмотрах с целью выявления патологии носа и околоносовых пазух / В.Н. Подворный, А.Н. Власюк, В.М. Селегей // Съезд оториноларингологов СССР. 9-й: Тез. докл. – Кишинев: Штиинца, 1988. – С. 458-459.
32. Деменков В.Р. Невідкладна допомога при гострих захворюваннях навколоносових пазух / В.Р. Деменков, Аль-Светі Самі, Т.М. Приставко // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – № 3, Додаток. – С. 45-46.
33. Зарицька І.С. Особливості клінічного перебігу хронічних синуситів при наявності грибової мікрофлори в навколоносових синусах / І.С. Зарицька // Ринологія. – 2007. – № 1. – С. 3-8.
34. Гладуш Ю.И. Современные методы диагностики и лечения при параназальных синуситах / Ю.И. Гладуш // 3-й съезд оториноларингологов Украины. 8-й. – К.: Б.в., 1995. – С. 35-37.
35. Деменков В.Р. Состояние придаточных пазух носа у горнорабочих глубоких угольных шахт / В.Р. Деменков, И.Д. Гордиевский // Съезд оториноларингологов СССР. 9-й: Тез. докл. – Кишинев: Штиинца, 1988. – С. 381-382.
36. Безшапочний С.Б. Хвороби носа та приносових пазух / С.Б. Безшапочний, Д.І. Заболотний // Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. – К.: Здоров'я, 1999. – С. 204-247.
37. Насретдинова М.Т. Ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения больных с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи / М.Т. Насретдинова, Т.Х. Насретдинов, Х.Э. Карабаев // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №5-с. – С. 114.
38. Цыганов А.И. Справочник по оториноларингологии / А.И. Цыганов, В.А. Гукович, Г.Э. Тимен. – К.: Здоров'я, 1986. – С. 75-81.
39. Волков А.Г. Лобные пазухи / А.Г. Волков. – Ростов-на Дону: Феникс, 2000. – 512 с.
40. Ванченко В.М. Клініко-рентгенологічні аспекти в діагностиці та методах лікування запальних процесів гратчастої та клиновидної пазух / В.М. Ванченко, І.В. Бачинський, В.М. Рижик // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – № 3, Додаток. – С. 25-26.
41. Особенности клинко-рентгенологического обследования больных при зондировании и пункции клиновидных пазух / [М.С. Плужников, А.А. Усанов, В.Е. Каленов и др.] // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1987. – № 1. – С. 28-33.
42. Kunihiro T. Minimally invasive endoscopic middle meatal antrostomy for the prevention of maxillary sinusitis in association with dental implantation in the posterior maxilla proposal / T. Kunihiro, Y. Araki, T. Oba // Fukuoka Igaku Zasshi. – 2014. – Vol. 105, N 9. – P. 182-189.
43. Endoscopic and ultrasonographic evaluation of the maxillary sinus after combined sinus floor augmentation and implant insertion / [J. Wilfang, S. Schultze Mosdau, H.A. Merten et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2000. – Vol. 89, N 3. – P. 288-291.
44. Лікувальна тактика при гострих синуситах на сучасному етапі / [В.М. Васильєв, О.М. Науменко, Ю.В. Дєєва та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 3-с. – С. 32.
45. Гладуш Ю.И. Экссудативный этмоидит и его взаимосвязь с другими синуситами / Ю.И. Гладуш // Съезд отоларингологов УССР. 6-й: Тез. докл. – Львов: Б.и., 1983. – С. 62-63.
46. Диагностика и неспецифическая гипосенсибилизация при хронических аллергических риносинуситах у детей / [И.М. Круглый, Е.Р. Гончаров, Р.Г. Халитова и др.] // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – № 4. – С. 21-24.
47. Посттравматична деформація перегородки носа і хронічний синусит / [Г.С. Протасевич, І.В. Хоружий, А.І. Гаура та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2011. – № 3-с. – С. 178-179.
48. Усанов А.А. Особенности оториноларингологической симптоматики сфеноидитов, протекающих на фоне полисинусита / А.А. Усанов // Съезд оториноларингологов Украинской ССР. 7-й: Тезисы. – К.: Б.и., 1989. – С. 271-272.

49. Гурбанов Ф.А. Лечебно-диагностический алгоритм при отечной форме аллергического риносинусита / Ф.А. Гурбанов // Ринология. – 2009. – № 4. – С. 33-36.

50. Деменков И.В. Комбинированное лечение больных острыми гнойными синуситами / И.В. Деменков // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 5-с. – С. 47-48.

51. Деменков И.В. Эффективность использования йоддицери-на в комплексном лечении больных острыми гнойными синуситами / И.В. Деменков // Ринология. – 2013. – № 1. – С. 55-58.

52. Зайцев В.С. Острый бактериальный риносинусит: диагностические критерии и лечебная тактика / В.С. Зайцев, Л.А. Буцукина, Л.А. Чигрина // З'їзд оториноларингологів України. 11-й. – Судак: Б.в., 2010. – С. 90-92.

53. Возможности иммунокорекции у детей с хроническими риносинуситами / [В.М. Писанко, О.Ф. Мельников, Б.М. Миронюк та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2012. – № 3-с. – С. 167-168.

54. Использование Эдема в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух / [А.С. Журавлев, М.И. Яценко, Н.О. Шушляпина и др.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2013. – № 3-с. – С. 87.

55. Acute fulminant invasive fungal sinusitis with cavernous sinus syndrome / T.H. Chi, H.S. Chen, C.H. Yuan, F.M. Su // J. Coll. Physicians Surg. Pak. – 2014. – Vol. 24, Suppl. 3. – P. 240-242.

56. Contribution of paranasal sinuses to the acoustic properties of the nasal tract / M. Havel, G. Hofmann, D. Mürbe, J. Sundberg // Folia Phoniatri. Logop. – 2014. – Vol. 66, N 3. – P. 109-114.

57. Лопотко А.И. Хронический гайморит, вызванный ретинированным зубом / А.И. Лопотко, П.Ю. Ланговой // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1987. – № 6. – С. 65-66.

58. Селивончик П.Ф. Хронический одонтогенный гайморит, вызванный ретинированным зубом / П.Ф. Селивончик, В.Г. Романовский, С.Л. Маламуж // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1991. – № 1. – С. 65-66.

59. Шеврыгин И.Б. Физиотерапия хронического гнойного гайморита / И.Б. Шеврыгин // Мед. сестра. – 1988. – № 4. – С. 27-28.

60. Гладуш Ю.И. К вопросу о диагностике и лечении экссудативного этмоидита / Ю.И. Гладуш // Съезд отоларингологов УССР. 6-й: Тез. докл. – Львов: Б.и., 1983. – С. 53-54.

61. Лечение больных полипозным этмоидитом / [И.А. Курилин, В.П. Коломийцев, Ю.В. Минин и др.] // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. – № 3. – С. 1-7.

62. Етмоїдит / [А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, А.Л. Косаковський та ін.]. – К.: Логос, 2013. – 213 с.

63. Lin L. Clinical analysis of fungal rhino-sinusitis in 189 cases / L. Lin, N. Zhou, Z. Chen // Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. – 2015. – Vol. 29, N 23. – P. 2064-2066.

64. Волков А.Г. Звуковое тестирование в диагностике одностороннего фронтита / А.Г. Волков // Актуальные вопросы оториноларингологии. – Алма-Ата: Б.и., 1989. – С. 7-9.

65. Лайко А.А. Тактика лікування дітей з гострим та хронічним фронтитом / А.А. Лайко, В.В. Гаврилюк, Ю.В. Гавриленко // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. – № 2. – С. 57-59.

66. Сфеноїдит / [А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, В.В. Березнюк та ін.]. – К.: Логос, 2012. – 155 с.

67. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии / А.Г. Лихачев. – М.: Медицина, 1984. – С. 328-331.

68. Шеврыгин Б.В. К вопросу об эндоназальном вскрытии верхнечелюстных пазух у детей / Б.В. Шеврыгин, С.Е. Божатова // Журн. ушных, носовых, и горловых болезней. – 1981. – № 4. С. 33-36.

69. Дитяча оториноларингологія / [А.А. Лайко, А.Л. Косаковський, Д.Д. Заболотна та ін.]. – К.: Логос, 2013. – С. 285-318.

70. Ковалева Л.М. Клиновидные пазухи у детей дошкольного возраста в норме и при патологии / Л.М. Ковалева, Е.К. Мефодовская // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – № 3. – С. 43-46.

71. Deniz Y. An unusual foreign body in the maxillary sinus: Dental impression material / Y. Deniz, A.Z. Zengin, R. Karli // Niger J. Clin. Pract. – 2016. – Vol. 19, N 2. – P. 298-300.

72. Древняк Н.С. Некоторые аспекты осложненных гайморозтмоидитов у детей раннего возраста / Н.С. Древняк, Б.А. Шапаренко, Ю.П. Чернов // Съезд оториноларингологов СССР. 9-й: Тез. докл. – Кишинев: Штиинца, 1988. – С. 282-283.

73. Клінічна оториноларингологія / О.Є. Кіцера. – Львів: Кварт, 2006. – 531с.

74. Šuchaň M. Orbital complications of sinusitis / M. Šuchaň, M. Horňák, L. Kalarik // Cesk. Slov. Oftalmol. – 2014. – Vol. 70, N 6. – P. 234-238.

75. Харшак Е.М. Практические предложения по рационализации некоторых отоларингологических манипуляций / Е.М. Харшак // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1961. – № 4. – С. 80-82.

76. Ямпольский С.З. Перкуторная аускультация лобных пазух / С.З. Ямпольский, Р.Г. Акоюн // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – № 2. – С. 52-54.

77. Мильграм Б.Р. Необычное инородное тело в верхнечелюстной пазухе / Б.Р. Мильграм, В.Г. Иевлева, Р.Б. Мильграм // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1984. – № 3. – С. 73-75.

78. Лайко А.А. Дитяча амбулаторна оториноларингологія / А.А. Лайко, Д.І. Заболотний. – К.: Логос, 2005. – С. 184-203.

79. Хасанов Ш.Х. Эффективность лечения больных аллергическим ринитом и риносинусопатией в гипобарокамере / Ш.Х. Хасанов, О.И. Тихомиров, Р.А. Забиров // Съезд оториноларингологов Украинской ССР. 7-й: Тезисы. – К.: Б.и., 1989. – С. 276.

80. Chirico G. Nasal congestion in infants and children: a literature review on efficacy and safety of non-pharmacological treatments / G. Chirico, G. Quartarone, P. Mallefet // Minerva Pediatr. – 2014. – Vol. 66, N 6. – P. 549-557.

81. Yoon Y.H. The role of B cell Activating Factor (BAFF) expression on pathogenesis of nasal polyp in chronic rhinosinusitis with nasal polyposis / [Y.H. Yoon, J. Jin, K.R. Kwon et al.] // Rhinology. – 2014. – Vol. 52, N 4. – P. 390-396.

82. Snidvongs K. Osteitis is a misnomer: a histopathology study in primary chronic rhinosinusitis / K. Snidvongs, P. Earls, D. Dalgorf // Int. Forum Allergy Rhinol. – 2014. – Vol. 4, N 5. – P. 390-396.

DIAGNOSTICS OF SINUITISS

Yu.M. Andreychyn, V.I. Omeliash

SUMMARY. The diagnosis and treatment of inflammatory processes in paranasal sinuses was unsuccessful, despite significant advances in the study of this disease. The external inspection, palpation, percussion and auscultation sinus; rhinoscopy was analyzed. These data may be useful not only for otolaryngologist, but also for other specialists, endoscopists, radiologists, physiotherapists, doctors, functional diagnostics, family doctors and others.

Key words: inflammation of the paranasal sinuses, sinusitis, diagnostics rhinoscopy.

Отримано 13.05.2016 р.