**Шевчук Юрій Вікторович. Хронічний тонзиліт (питання патогенезу та лікування): дис... канд. мед. наук: 14.01.19 / АМН України; Інститут отоларингології ім. О.С.Коломійченка. - К., 2004**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Лищенко Д.В. Удосконалення діагностики та хірургічного лікування акустичної невриноми у хворих з односторонньою сенсоневральною приглухуватістю - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія. - Науково-дослідний інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка Академії медичних наук України, Київ, 2004.Дисертація присвячена питанням підвищення ефективності діагностики і хірургічного лікування хворих невриномою слухового нерва.В основу роботи покладені результати обстеження і лікування 320 хворих з прогресуючою односторонньою сенсоневральною приглухуватістю у віці від 14 до 69 років.Визначена ефективність електрофізіологічних і електроакустичних методів дослідження при діагностиці невриноми слухового нерва на ранній стадії розвитку: реєстрація коротколатентних слухових викликаних потенціалів, дослідження акустичного рефлексу, обертальна проба, калорична проба, тест Ширмера. Найбільш достовірними з них є дослідження КСВП (чутливість - 79,7%), калорична (78,3%) і обертальна проби (69,6%), реєстрація акустичного рефлексу (59,4%). Всім обстежуваним було проведено магнітнорезонансну томографію мостомозочкового кута і визначені показання до її проведення: наявність позитивного результату на невриному слухового нерва хоч би одного з вищезгаданих методів дослідження.В результаті експерименту одержані дані топографо-анатомічних відношень різних структур піраміди скроневої кістки щодо внутрішнього слухового проходу, які дозволяють при операції уникнути небезпеки їх пошкодження.У роботі використовується вдосконалений транслабіринтний спосіб хірургічного лікування невриноми слухового нерва для профілактики післяопераційних ускладнень.Проведена порівняльна оцінка клінічного стану хворих після видалення акустичної невриноми транслабіринтним та запропонованим нами вдосконаленим транслабіринтним доступом, а також після видалення новоутворення із застосування ретросигмоїдного доступу.Спостереження в динаміці показало, що в ранньому післяопераційному періоді рівень свідомості у оперованих хворих був вищий після застосування вдосконаленого транслабіринтного доступу у порівнянні з групою хворих із застосуванням традиційного транслабіринтного доступу. При порівнянні результатів лікування хворих з акустичною невриномою великих розмірів, відновлення статичної функції і функції лицьового нерва були кращі у пацієнтів, яким віддалялася пухлина транслабіринтним доступом в порівнянні з ретросигмоїдним. Застосування цього доступу дозволило зберегти лицьовий нерв в 89,6% випадків і попередити розвиток мозочкової атаксії в 41,4%, в порівнянні з 64,3% і 7,1% відповідно при ретросигмоїдному доступі з аналогічними розмірами пухлин. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Серед 320 хворих з односторонньою сенсо-невральною приглухуватістю у 21,6% випадків виявлена акустична невринома, в тому числі у 2,8% - рання її форма. Пацієнти з односторонньою сенсоневральною приглухуватістю представляють групу ризику по наявності невриноми слухового нерва.
2. Найбільш інформативними електроакустичними і електрофізіологічними методами виявлення акустичної невриноми є дослідження КСВП (чутливість - 79,7%), калорична (78,3%) і обертальна проби (69,6%), реєстрація акустичного рефлексу (59,4%).
3. Визначені об'єктивні критерії за даними електрофізіологічних методів – значення латентних періодів піків III (3,89±0,03мс), і V (5,87±0,06мс) хвилі КСВП, які дозволяють з великою вірогідністю діагностувати невриному слухового нерва.
4. Показанням до МРТ є наявність позитивного результату на нев-риному слухового нерва за даними хоч би одного з електрофізіологічних методів дослідження.
5. Вдосконалений метод дренування лікворного простору при транслабіринтному доступі запобігає розвитку підвищеного внутрішньочерепного тиску, сприяючого появі ліквореї. Він не вимагає додаткового хірургічного втручання, пов'язаного з установкою люмбального дренажу, але забезпечує можливість контролю за гемостазом в післяопераційній порожнині, запобігає утворенню гематоми в ранньому післяопераційному періоді і цим знижує кількість післяопераційних ускладнень на 16,7% в порівнянні з контрольною групою.
6. Одержані дані топографічної анатомії нижнього і верхнього кам'янистого синуса, загальної ніжки вертикального і сагітального півкруглого каналу, внутрішньої сонної артерії, водопроводу присінку, водопроводу завитки, які дозволяють при транслабіринтному і ретросигмоїдному доступах уникнути небезпеки їх пошкодження.
7. Показанням для ретросигмоїдного доступу є невриноми слухового нерва малих і середніх розмірів (<2,5см) із збереженим слухом на стороні пухлини. Для великих пухлин (>2,5см) за відсутності слуху найдоцільніше використовувати транслабіринтний доступ до мостомозочкового кута, який є менш травматичним для мозочка. Він дозволяє зберегти лицьовий нерв у внутрішньому слуховому проході в 89,6% випадків і попередити розвиток мозочкової атаксії в 41,4%, в порівнянні з 64,3 і 7,1% випадків відповідно при ретросигмоїдному доступі.
 |

 |