**Меркулов Олександр Юрійович. Клініко-експериментальне обґрунтування та порівняльний аналіз малоінвазивних втручань на верхньощелепних пазухах : Дис... канд. наук: 14.01.19 – 2006**

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

|  |
| --- |
| ***Меркулов О.Ю.****Клініко-експериментальне обґрунтування та порівняльний аналіз малоінвазивних втручань на верхньощелепних пазухах.****–****Рукопис.*Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія. Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка АМН України, КиЇв, 2006.Дисертація присвячена проблемі підвищення ефективності діагностики хронічних проліферативних верхньощелепних синуситів і оптимізації малоінвазивних втручань на верхньощелепних пазухах у хворих із хронічними верхньощелепними синуситами.Проведено комплексне дослідження взаємозв’язку варіантів анатомічної будови перегородки порожнини носа, структур остіомеатального комплексу та нижньо-орбітальних етмоїдальних клітин Халлера з хронічними запально-проліферативними захворюваннями слизової оболонки верхньощелепних пазух. На достатньому клініко-рентгенологічному матеріалі (448 хворих і 110 пацієнтів контрольної групи) значущу кореляційну залежність (р < 0,05) визначено тільки між деякими варіантами деформацій перегородки порожнини носа і хронічними верхньощелепними синуситами та між певними варіантами деформацій перегородки носа і кістами верхньощелепних пазух. У всіх інших випадках етіологічну роль структур остіомеатального комплексу в розвитку хронічних верхньощелепних синуситів необхідно розглядати тільки з позиції їх впливу на прохідність природного співустя верхньощелепних пазух.Доведено, що показники рентгенівської густини стовщеної слизової оболонки верхньощелепних пазух на комп’ютерних томограмах не можуть бути вірогідним критерієм диференційної діагностики між оборотним і необоротним (проліферативним) стовщенням слизової оболонки верхньощелепних пазух запального генезу. Комп’ютерну томографію порожнини носа і навколоносових пазух при неускладнених хронічних верхньощелепних синуситах рекомендовано проводити в період ремісії запального процесу, бо в цьому випадку підвищується ефективність діагностики проліферативно-запальних змін слизової оболонки параназальних синусівВстановлено, що адекватна місцева анестезія – необхідна умова дійсно малоінвазивного хірургічного втручання на верхньощелепній пазусі. В даному випадку малоінвазивність розглядають з позиції рівня операційного стресу.Встановлено, що за використання при хірургічних ендоскопічних втручаннях на верхньощелепних пазухах широкоформатних риноскопів діаметром 2,7 мм, з кутами поля зору 45 і 70 градусів і гнучкого ринологічного інструментарію з діаметром робочої частини 3,5 мм, дає можливість мінімізувати площу ділянок стінок максилярних синусів, які підлягають видаленню в процесі операційного доступу, до 21 мм2. |

 |
|

|  |
| --- |
| Проведені в межах дисертаційної роботи комплексні дослідження, які включали в себе клінічні, інструментальні, рентгенологічні (СКТ-дослідження), біохімічні методи обстеження хворих з хронічними верхньощелепними синуситами, а також статистичні та експериментальні дослідження дозволили зробити наступні висновки.1. Основним принципом одноразового СКТ-дослідження порожнини носа і навколоносових пазух при неускладнених рецидивуючих гострих або хронічних верхньощелепних синуситах є його проведення в період ремісії запального процесу, з товщиною СКТ-зрізу до 3 мм (на рівні остіомеатального комплексу товщина СКТ-зрізу від 1 до 2 мм). Такий принцип проведення СКТ-дослідження дозволяє: мінімізувати можливість діагностичних помилок пов'язаних з інтерпретацією ступеня оборотності запальних процесів у слизовій оболонці верхньощелепних пазух; визначити ступінь прохідності природного отвору верхньощелепних пазух; аналізувати дійсну будову остіомеатального комплексу; максимально використовувати можливості спіральної комп'ютерної томографії (МПР, 3-D реконструкція, віртуальна ендоскопія).
2. Дані двох СКТ-досліджень порожнини носа і параназальних синусів, за умови, що одне з них проводили в період загострення запального процесу у верхньощелепних пазухах, а повторне в період ремісії, дають максимальне уявлення про характер і динаміку патологічного процесу при непухлинних захворюваннях верхньощелепних пазух і дозволяють диференціювати оборотне стовщення слизової оболонки максилярного синуса від необоротних (проліферативних) змін слизової оболонки запального ґенезу.
3. Знайдена значуща кореляційна залежність між наявністю шипів перегородки порожнини носа і кістами верхньощелепних пазух (коефіцієнт кореляції 0,204899; р = 0,014442 ); між дугоподібним викривленням носової перегородки в протилежний бік і хронічними верхньощелепними синуситами (права верхньощелепна пазуха: коефіцієнт кореляції 0,183927; р = 0,007980; ліва верхньощелепна пазуха: коефіцієнт кореляції 0,159478; р = 0,019582); між дугоподібним викривленням носової перегородки у бік ураженої пазухи і хронічними верхньощелепними синуситами (права верхньощелепна пазуха: коефіцієнт кореляції 0,159478; р = 0,019582; ліва верхньощелепна пазуха: коефіцієнт кореляції 0,183927; р = 0,007980); між дугоподібною деформацією перегородки порожнини носа на рівні середнього носового ходу (рівень ОМК; задня третина середньої носової раковини) і верхньощелепними синуситами (коефіцієнт кореляції 0,141421; р = 0,020088); між наявністю додаткового отвору верхньощелепної пазухи і хронічними верхньощелепними синуситами (права верхньощелепна пазуха: коефіцієнт кореляції 0,111323; р = 0,026748; ліва верхньощелепна пазуха: коефіцієнт кореляції 0,156024; р = 0,001125). Парадоксальний вигин середніх носових раковин і збільшена гратчаста булла мають значущу кореляційну залежність (р < 0,05) з хронічним верхньощелепним синуситом в одних випадкових вибірках, але ця залежність не підтверджується в інших випадкових вибірках або для різних проявів хронічного запального процесу у верхньощелепних пазухах.
4. Не існує значущої кореляційної залежності (р < 0,05) між наявністю та розмірами клітин Халлера і запальними захворюваннями верхньощелепних пазух; а також між наявністю та розмірами клітин Халлера і кістами верхньощелепних пазух; між якою-небудь патологією верхньощелепних пазух і наявністю пневматизованої середньої носової раковини (concha bullosa) на боці ураження або на протилежному боці.
5. Рівень операційного стресу, який визначався за зростанням вмісту кортизолу у венозній крові, вірогідно вищий (р < 0,01) після хірургічних втручань на верхньощелепних пазухах (ізольованих і поєднаних), виконаних в умовах загального знеболення без супутньої місцевої анестезії зони хірургічного втручання.
6. Оптимальним ендоскопічним малоінвазивним доступом до верхньощелепної пазухи є доступ через два отвори з використанням риноскопів з кутами поля зору 45 і (або) 70 градусів, діаметром 2,7 мм у поєднанні з використанням ринологічного гнучкого інструментарію, з діаметром робочої частини 3,5 мм. Можливість інфратурбінального доступу для візуалізації хірургічних маніпуляцій у верхньощелепній пазусі дозволяє проводити хірургічні втручання під ендоскопічним контролем у всіх відділах максилярного синуса.
7. Ендоскопічний ендоназальний підхід до верхньощелепної пазухи через середній носовий хід дозволяє проводити функціональні ендоназальні ендоскопічні хірургічні втручання у зоні природного співустя верхньощелепної пазухи, на латеральній стінці і в виличній бухті максилярного синуса. Можливості хірургічної санації проліферативно-зміненої слизової оболонки в інших відділах верхньощелепної пазухи при даному хірургічному доступі, обмежені.
 |

 |