**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 синусів  Встановлено, 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. | |