

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ
ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»**

ЦВІРІНЬКО ІРИНА РОМАНІВНА

УДК 616.213.6-006:616-072.1-089

**ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНДОНАЗАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНО-
ГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ДОБРОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ СЕЛЯРНО-
ХІАЗМАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ**

14.01.19. – оториноларингологія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ-2019

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України

Науковий керівник: доктор медичних наук,
Заболотна Діана Дмитрівна,
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф.
О.С. Коломійченка НАМН України»,
відділ клінічної алергології,
провідний науковий співробітник

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Березнюк Володимир Васильович,
ДЗ «Дніпропетровська медична
академія МОЗ України»,
завідувач кафедри оториноларингології

доктор медичних наук, професор
Дєєва Юлія Валеріївна,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця МОЗ України,
завідувачка кафедри оториноларингології,

Захист відбудеться «___» _____ 2019 р. о ___ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.611.01 в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» за адресою 03680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» за адресою 03680, Україна, м. Київ, вул. Зоологічна, 3 і на сайті Інституту <http://www.iol.com.ua/>.

Автореферат розіслано «___» _____ 2019 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради
доктор медичних наук



Луценко В. І.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Об'ємні новоутворення гіпофізарно-гіпоталамічної (селярно-хіазмальної) ділянки складають від 12 до 30% від всіх внутрішньо-черепних новоутворень (Prete A. et al., 2017). Пухлини селярно-хіазмальної ділянки вражають переважно людей працездатного віку. Розташування пухлини в безпосередній близькості до зорових нервів і хіазми, структур дна III шлуночка, а також до внутрішніх сонних артерій і їх магістральних гілок обумовлюють клінічну картину захворювання і виключну складність хірургічного лікування хворих з пухлинами селярно-хіазмальної ділянки.

Протягом останніх років з розвитком діагностичних та рентгенологічних методів дослідження значно підвищився рівень ранньої діагностики новоутворень селярно-хіазмальної ділянки. Серед методів лікування цих доброякісних новоутворень виділяють медикаментозний (контроль росту та гормонопродукції при гормонопродукуючих аденомах), радіотерапію та хірургічне лікування. Хірургічне видалення новоутворень є методом вибору радикального лікування хворих з цією патологією (Cohen A.V. et al., 2009).

Найбільш ефективним хірургічним методом видалення пухлин селярно-хіазмальної ділянки, яким забезпечується радикальність і мінімальна травматичність, є ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний. Останній успішно виконується завдяки командній роботі нейрохірурга та оториноларинголога (Hendricks V.L. et al., 2016).

Трансназальні трансфеноїдальні ендоскопічні доступи до турецького сідла і розширені ендоназальні доступи до основи черепа є методиками, які отримали широкий розвиток протягом останнього десятиліття. При видаленні доброякісних і злоякісних пухлин, що виникають або поширюються на турецьке сідло і основу черепа, в багатьох дослідженнях повідомляється про зниження захворюваності завдяки використанню цих методів в порівнянні з відкритим хірургічним доступом (Balaker A.E. et al., 2010).

Проте, навіть при мінімальній травматичності, ендоскопічна ендоназальна трансфеноїдальна хірургія спричиняє ускладнення в післяопераційному періоді. Серед найбільш розповсюджених ускладнень даного методу є не тільки носова кровотеча та ринорея, але й сфеноїдит, атрофічний риніт, порушення нюху, перфорація носової перетинки та синехії порожнини носа (Cheng Y. et al., 2017).

Аналіз назальних ускладнень та стану функції носового дихання у пацієнтів після хірургічного лікування доброякісних новоутворень селярно-хіазмальної ділянки проведено лише в поодиноких дослідженнях (McCoul E.D. et al., 2012). Тому актуальним залишається дослідження назальних ускладнень, функції носового дихання та якості життя пацієнтів після ендоскопічних трансфеноїдальних хірургічних втручань з видаленням доброякісних новоутворень селярно-хіазмальної ділянки.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертація є фрагментом планової сумісної науково-дослідної роботи ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» та ДУ «Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» (термін виконання – 2016-2018 рр., номер державної реєстрації 0116U007020).

Мета роботи: Підвищення ефективності лікування хворих з новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу шляхом удосконалення органозберігаючих ендоназальних ендоскопічних трансфеноїдальних доступів і покращення перебігу післяопераційного періоду.

Завдання дослідження:

1. Удосконалити ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний доступ шляхом зменшення інтраопераційної кровоточивості та покращення візуалізації хірургічного поля.

2. Розробити методику ендоскопічного трансфеноїдального доступу до селярно-хіазмальної ділянки зі збереженням внутрішньоносових структур та слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку.

3. Вивчити рівень травматичності запропонованого органозберігаючого способу доступу до селярно-хіазмальної ділянки в порівнянні з загальноприйнятими способами шляхом оцінки стану слизової оболонки порожнини носа в ранньому післяопераційному періоді.

4. Провести порівняльну оцінку стану слизової оболонки порожнини носа у віддаленому післяопераційному періоді при застосуванні різних хірургічних доступів.

5. Вивчити якість життя пацієнтів з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки згідно опитувальника SNOT-20 після застосування трансептальних, загальноприйнятих та запропонованих нами органозберігаючих ендоназальних ендоскопічних трансфеноїдальних доступів.

6. Провести порівняльну оцінку функції носового дихання у обстежених пацієнтів в різні терміни після застосування різних хірургічних доступів.

Об'єкт дослідження: доброякісні новоутворення селярно-хіазмальної ділянки.

Предмет дослідження: стан слизової оболонки порожнини носа, функція носового дихання, якість життя пацієнтів.

Методи дослідження: загальноклінічні, ендоскопічне обстеження порожнини носа, чотирьохфазна акустична риноманометрія, мультиспіральна комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, статистичні.

Наукова новизна отриманих результатів.

Результати проведеного дослідження доповнюють та уточнюють дані наукових джерел про перебіг як раннього, так і віддаленого післяопераційно-

го періодів у пацієнтів після видалення новоутворень селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу.

Здійснення ендоскопічних органозберігаючих способів доступу з формуванням клаптів слизової оболонки передньої стінки основної пазухи дозволяє зберігати слизову оболонку сфеноетмоїдального закутку. Збереження останньої та внутрішньоносових структур сприяє швидшому відновленню фізіологічних функцій порожнини носа, меншій кількості ускладнень в післяопераційному періоді та покращенню якості життя пацієнтів з новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу.

Доведено, що при збереженні слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку спостерігалось достовірне зменшення (в 3 рази, $p < 0,05$) кількості пацієнтів з наявністю кірок в порожнині носа на 7-у добу після хірургічного втручання порівняно з контрольною групою; достовірне зменшення (в 2 рази, $p < 0,05$) на 7-у добу кількості пацієнтів з наявністю слизових виділень в порожнині носа порівняно з пацієнтами, при лікуванні яких застосовувалася загальноприйнята методика.

Проведені дослідження показали, що у пацієнтів при застосуванні удосконаленого нами органозберігаючого хірургічного доступу в післяопераційному періоді в 3 рази рідше виникали етмоїдити та в 4 рази рідше спостерігались сфеноїдити, також в жодному випадку не виникали перфорації носової перетинки.

Отримані дані свідчать, що показники потоку повітря через 3 місяці після хірургічного втручання у пацієнтів, прооперованих за запропонованими нами методиками (основна група), становили 115-130% від нормативних величин, що достовірно вище, ніж у пацієнтів після застосування загальноприйнятої методики (група порівняння) (80-95%). Через 6 місяців ці показники у хворих основної групи залишались на рівні 120-130%, а в групі порівняння зростали до 90-115%.

Встановлено більш швидке відновлення фізіологічних функцій порожнини носа у пацієнтів без формування назосептального клаптя та без резекції внутрішньоносових структур порівняно з пацієнтами, в яких формувався назосептальний клапоть з резекцією внутрішньоносових структур.

Отримані результати допомагають оцінити стан носового дихання та динаміку його відновлення у пацієнтів після видалення доброякісних новоутворень селярно-хіазмальної ділянки.

Практичне значення.

Вперше застосовано методику ендоскопічного ендоназального доступу зі збереженням внутрішньоносових структур та слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку при назальній фазі видалення доброякісних новоутворень селярно-хіазмальної ділянки.

Застосування інфільтраційної анестезії передньої стінки основної пазухи дозволяє зменшити інтраопераційну кровоточивість і, відповідно, покращити візуалізацію протягом назальної фази хірургічного втручання при ендоскопі-

чному ендоназальному трансфеноїдальному видаленню новоутворень селярно-хіазмальної ділянки.

Отримані результати наукової роботи, які можуть бути впроваджені в лікувальний процес та обґрунтовують необхідність спостереження оториноларингологом на всіх етапах лікування пацієнтів.

Особистий внесок здобувача

Вибір теми наукового дослідження, планування роботи, постановка мети, завдань дослідження, аналіз та обговорення одержаних результатів дослідження були здійснені дисертантом разом з науковим керівником роботи.

Автором самостійно проведено повне обстеження та післяопераційне спостереження 129 хворих з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки. Автор брала участь в хірургічному лікуванні новоутворень селярно-хіазмальної ділянки, самостійно здійснюючи назальний етап операції, а при переході на інші етапи здійснювала ендоскопічну відеоасистенцію нейрохірургу.

Автором розроблено та обґрунтовано можливість збереження внутрішньо носових структур та слизової оболонки передньої стінки клиновидної пазухи та сфеноетмоїдального закутку.

Особисто проведено патентно-інформаційний пошук, аналіз літератури за темою дисертації, статистичну обробку матеріалу, аналіз та наукову інтерпретацію отриманих даних, розроблено висновки та практичні рекомендації, підготовлено матеріали для публікацій у фаховій періодичній науковій літературі, написано всі розділи дисертації та автореферат.

Впровадження в практику

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в лікувально-діагностичну роботу відділу запальних захворювань ЛОР-органів ДУ «Інститут оториноларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» та ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України».

Апробація результатів дисертації.

Основні положення дисертаційної роботи представлено на Щорічних традиційних весняних конференціях Українського наукового медичного товариства лікарів-отоларингологів (2015, 2016, 2017, 2018 рр.); Щорічній традиційній осінній конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-отоларингологів (2017); 3rd Congress of European ORL-HNS (7-11 червня 2015 р., Прага, Чехія); The European Rhinologic Society Congress (3-7 липня 2016 р., Стокгольм, Швеція); спільній конференції нейрохірургів і оториноларингологів «Актуальні проблеми нейрохірургії і оториноларингології» (5 жовтня 2016 р., м. Київ); 4th Congress of European ORL-HNS (2017 р.); 6th Bulgarian-Italian Rhinology Friendship Meeting (1-3 грудня 2017 р., м. Софія, Болгарія); 27th Congress of the European rhinologic society (22-26 квітня 2018 р., Лондон, Англія); 8th World Congress of Endoscopic Surgery of Paranasal Sinuses,

Skull Base, Brain&spine (5-8 липня 2018 р., м. Барселона, Іспанія); міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених, присвяченій 25-річчю від дня заснування НАМН України (м. Київ, 2018).

Публікації.

За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 15 наукових праць, з яких 4 статті надруковано в спеціалізованих фахових виданнях, які входять до міжнародних наукометричних баз (1 – в іноземному спеціалізованому фаховому журналі), 1 – у фаховому виданні, затвердженому МОН України; 7 тез з'їздів, конгресів та конференцій, 2 патенти на винахід.

Структура та обсяг дисертації.

Дисертацію викладено українською мовою на 216 сторінках машинописного тексту. Робота складається з титульного аркуша, анотації, змісту, переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 3 розділів, що відображають результати власних досліджень автора, аналізу та узагальнення одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку з 204 використаних літературних джерел (78 з них кирилицею та 126 – латиницею). Роботу ілюстровано 22 таблицями і 56 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження: Для вирішення поставлених завдань у відповідності до зазначеної мети дослідження виконано ретроспективний аналіз історій хвороб та обстеження 18 пацієнтів з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділі запальних захворювань ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» з 2008 по 2011 рр.

Проведено комплексне обстеження, хірургічне лікування та післяопераційне спостереження 111 пацієнтів з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу в період з 2012 по 2017 рр. Вік пацієнтів коливався від 18 до 76 років. З них чоловіки становили 46,7% (59 осіб), жінки – 53,3% (70 осіб).

Критерії включення до дослідження: пацієнти з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки, раніше не оперовані, вік – від 18 років, обох статей. Критеріями виключення були: наявність злоякісних новоутворень селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу, наявність хронічного риносинуситу, тяжка супутня патологія в стадії декомпенсації, вагітність, наявність психічних розладів.

В залежності від того, яким способом здійснювали назальну фазу хірургічного втручання при ендоскопічному ендоназальному трансфеноїдальному видаленні новоутворень, всі пацієнти були розподілені на 3 групи. До 1-ї (контрольної) групи було включено 18 пацієнтів, у яких застосовувався ендоскопічний трансфеноїдальний транссептальний доступ. До 2-ї групи (порівнян-

ня) увійшли 47 пацієнтів, яким проводився трансфеноїдальний доступ за загальноприйнятою методикою (з резекцією внутрішньоносових структур). 3-ю (досліджувану) групу склали 64 пацієнти, яким назальну фазу ендоскопічного трансфеноїдального доступу було здійснено за розробленою нами методикою.

При наявності інтраопераційної ліквореї або значних дефектів основи черепа, які могли б спровокувати виникнення ліквореї в післяопераційному періоді, проводилась пластика дефекту за допомогою назосептального клаптя. Тому для оцінки стану слизової оболонки порожнини носа в післяопераційному періоді пацієнтів 2-ї та 3-ї груп було розподілено на 2 підгрупи. До підгруп 2А та 3А було включено хворих, яким під час проведення хірургічного втручання проводилась пластика дефекту за допомогою назосептального клаптя. До підгруп 2В та 3В увійшли пацієнти, у яких у взятті назосептального клаптя не було необхідності.

Усім хворим було проведено загально клінічний та оториноларингологічний огляд, ендоскопічне обстеження порожнини носа (за допомогою ендоскопів «KarlShtorz», Німеччина), мультиспіральну комп'ютерну та/або магнітно-резонансну томографію, огляд суміжними спеціалістами (нейрохірургом, офтальмологом та ендокринологом).

Аналіз суб'єктивного оцінювання якості життя здійснювався за допомогою стандартизованого опитувальника SNOT-20, що включав категорії вираженості симптомів загального та назального характеру.

Дослідження дихальної функції порожнини носа проводилось методом чотирьохфазної акустичної риноманометрії (за допомогою риноманометру MASTER SCREEN RHINO виробництва JAEGER / CAREFUSION (Німеччина)), який дозволяв визначати потоки повітря на вдиху і видиху з обох сторін (FIR, FER, FIL, FEL) та внутрішньоносовий опір до потоку повітря (резистентність) на вдиху і видиху з обох сторін (RIR, RER, RIL, REL).

Статистична обробка результатів досліджень проводилась за допомогою статистичного пакету StatSoft (2010) (STATISTICA 9.1 for Windows, StatSoft Inc., Tulsa). Проводився описовий аналіз кожної вибірки з розрахунком середнього значення (M) та стандартної похибки (m). Для порівняння більше двох незалежних сукупностей був використаний непараметричний тест Kruskal-Wallis H-test, застосування якого було обґрунтовано перевіркою гіпотези про закон нормального розподілення випадкових величин. Дисперсії вважалися різними при значеннях коефіцієнта достовірності $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$. Для оцінки різниці між дисперсіями у часовому проміжку застосовувався критерій Фрідмана. Дисперсії вважалися різними, при яких коефіцієнт достовірності був $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

Результати досліджень та їх обговорення.

Для зменшення інтраопераційної кровоточивості протягом виконання назальної фази ендоскопічного ендоназального трансфеноїдального видалення новоутворень селярно-хізмальної ділянки застосовувалась розроблена і запа-

тентована нами методика інфільтрації місцевими анестетиками передньої стінки основної пазухи (патент №104866 «Спосіб проведення анестезії при виконанні ендоскопічних хірургічних втручань в ділянці основної пазухи»). Методика полягала в інфільтрації слизової оболонки передньої стінки основної пазухи в визначених точках – при анестезії слизової оболонки основної пазухи зліва – в проекції 5; 7 та 11 годин. При анестезії справа – на рівні – 7; 5 та 1 години. Дані точки були вибрані в зв'язку з проекцією відходження гілок: а. sphenopalatina –rr. septi nasales posterior superior et inferior, а також r. Laterales nasales posterior.

Завдяки застосуванню запропонованої нами методики інтраопераційна візуалізація хірургічного поля по вищезгаданій шкалі становила 0-1 ступінь, в той час як у пацієнтів групи порівняння візуалізація відповідала кровоточивості, що дорівнює 3-4 ступеню за шкалою Andre P. Voezaart (1995).

Розроблено методику ендоназального ендоскопічного трансфеноїдального доступу до селярно-хіазмальної ділянки зі збереженням слизової оболонки передньої стінки основної пазухи шляхом формування двох невеликих клаптів слизової оболонки передньої стінки основної пазухи (патент на корисну модель від 10.10.2017 №119698 «Спосіб доступу до основної пазухи при видаленні новоутворень селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу») (рис 1.).

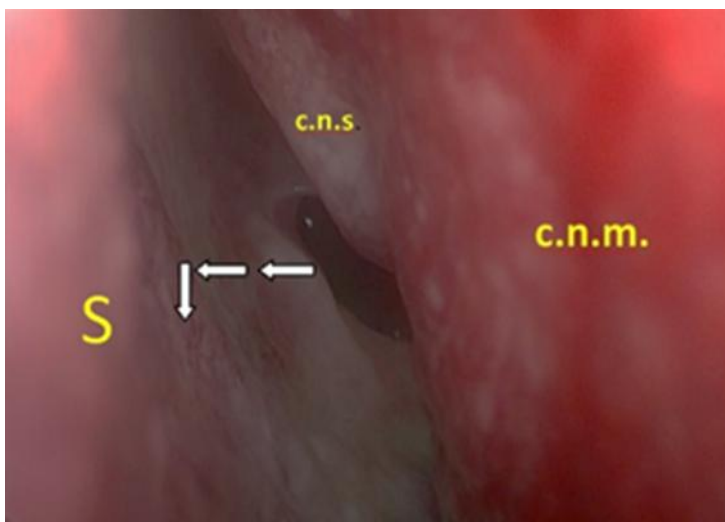


Рис. 1. Природне співустя лівої клиновидної пазухи. Схематичне зображення розтину слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку.

Ефективність запропонованого способу доступу оцінювалась в ранньому післяопераційному періоді (на 3-ю, 7-у та 10-у добу дослідження), та у віддаленому періоді (через 3; 6 та 12 місяців). Не знайдено достовірної різниці між групами в частоті виникнення ліквореї та носової кровотечі протягом раннього післяопераційного періоду.

Протягом раннього післяопераційного періоду в досліджуваній групі спостерігалось достовірне зменшення (в Зрази) кількості пацієнтів з наявністю кірок в порожнині носа порівняно з контрольною групою. Також достовірно меншою була кількість пацієнтів з наявністю слизових виділень в порожнині

носа на 7-у добу після хірургічного втручання (у 2 рази порівняно з пацієнтами, в яких застосовувалась загальноприйнята методика ($p < 0,05$)).

Для оцінки стану носового дихання при застосуванні трансептального доступу та формуванні назосептального клаптя на 10-у добу після хірургічного втручання було проведено 4-фазну акустичну риноманометрію (рис. 2). Як видно з представлених даних, у пацієнтів 1-ї групи та 2А підгрупи досліджувані показники носового дихання були достовірно гіршими, що зумовлено значним пошкодженням слизової оболонки та внутрішньоносових структур. У пацієнтів підгрупи 3А достовірно кращих показників порівняно з підгрупою 2В не спостерігалось, що свідчить про негативний вплив формування назосептального клаптя на носове дихання в ранньому післяопераційному періоді. Проте, показники носового дихання у обстежених даної підгрупи були достовірно кращими порівняно з хворими 1-ї групи та підгрупи 2А ($p < 0,05$). В той же час у пацієнтів підгрупи 3В об'єктивні показники носового дихання були достовірно кращими, ніж у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп і досягали нормативних величин. Це свідчить про те, що збереження носових структур сприяє швидкому відновленню носового дихання вже в ранньому післяопераційному періоді. Навіть у тих пацієнтів, у яких формувался назосептальний клапоть, збереження внутрішньоносових структур сприяло кращим показникам носового дихання в ранньому післяопераційному періоді.

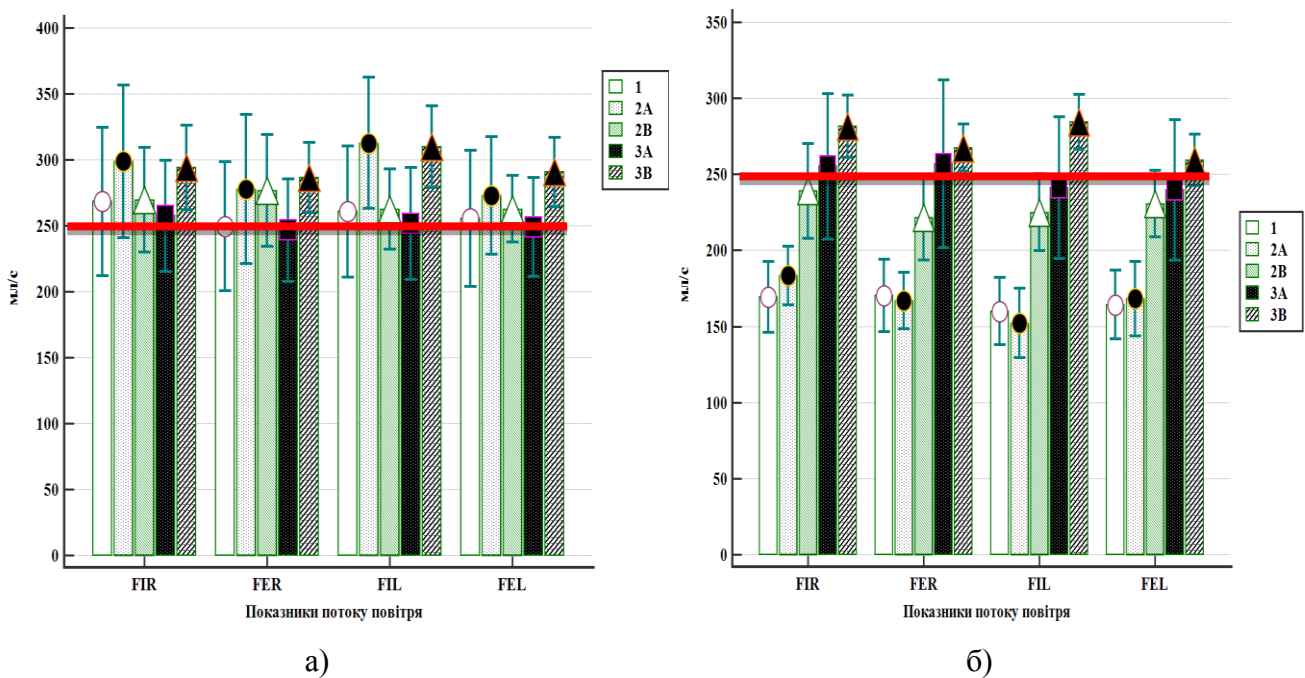


Рис. 2. Показники потоку повітря до (а) та на 10-у добу (б) після хірургічного лікування.

У віддаленому післяопераційному періоді в основній групі спостерігалось достовірне збільшення кількості пацієнтів без симптомів назальної обструкції в порівнянні з контрольною та групою порівняння ($p < 0,05$). Також спостерігалась достовірно менша кількість пацієнтів з наявністю кірок у обох

підгрупах 3-ї групи в порівнянні з обстеженими 1-ї та 2-ї груп ($p < 0,05$) (рис. 3).

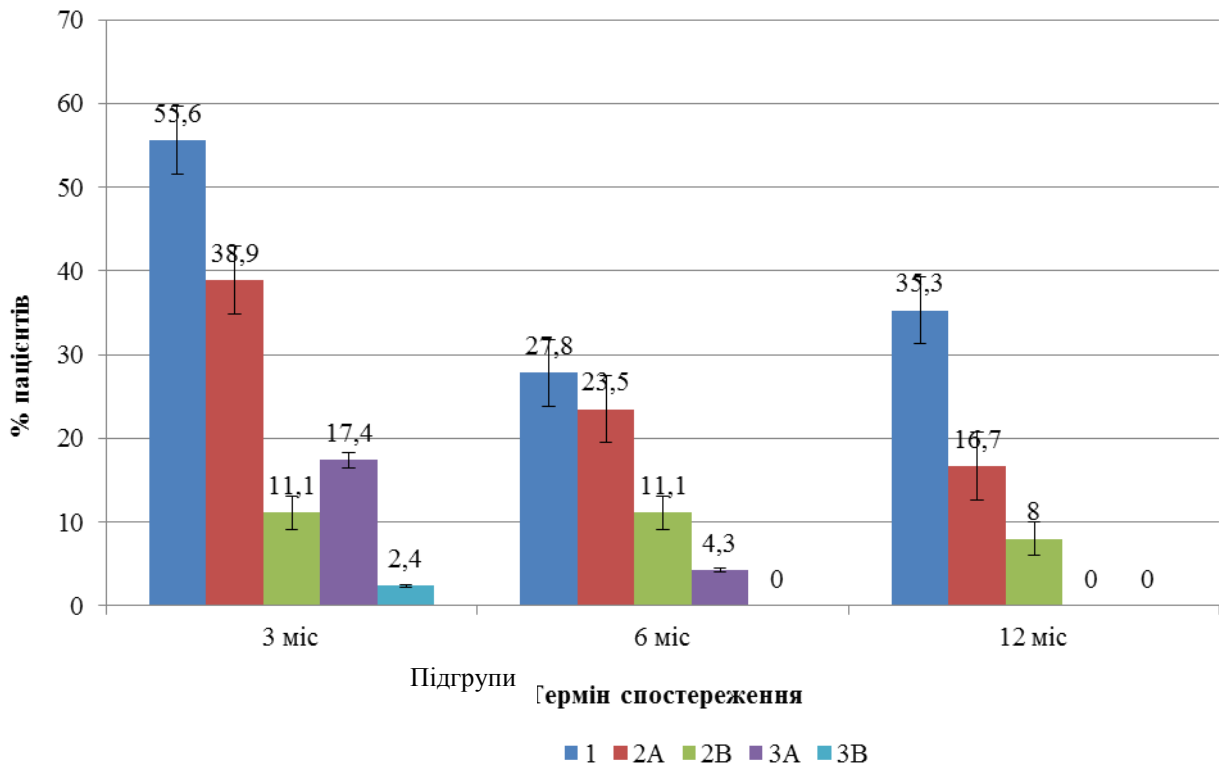


Рис. 3. Стан слизової оболонки, який оцінювався за наявністю кірок в порожнині носа, у обстежених пацієнтів через 3; 6 та 12 міс. після хірургічного втручання.

У пацієнтів, у яких хірургічне втручання проводилось зі збереженням внутрішньоносових структур та слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку за запропонованою нами методикою, спостерігалась достовірно менша кількість епізодів етмоїдитів та сфеноїдитів ($p < 0,05$) протягом спостереження у віддаленому післяопераційному періоді (табл. 1).

У віддаленому післяопераційному періоді (через 3 місяці після хірургічного втручання) в 3-й групі спостерігалась достовірно менша ($p < 0,05$) кількість пацієнтів з синехіями носових ходів – тотальними та в середньому носовому ході: 4,3 та 2,4%, відповідно, в порівнянні з 1-ю та 2-ю групами. Через 6 та 12 місяців спостерігалась аналогічна картина.

Перфорації носової перетинки не відмічались в жодного пацієнта досліджуваної групи, в той час як в контрольній групі це ускладнення мало місце у 27,8% хворих, а в групі порівняння – у 16,7% (підгрупа А) та у 12% (підгрупа В).

Таблиця 1

Кількість пацієнтів з наявністю синуситів після хірургічного лікування
новоутворень селярно-хізмальної ділянки

Синусити різної локалізації	Строки спостереження після хірургічного втручання														
	3 місяці			6 місяців						12 місяців					
	1	2А	2В	3А	3В	1	2А	2В	3А	3В	1	2А	2В	3А	3В
кількість пацієнтів (%)															
Етмоїдит	27,8	22,2*	29,6°	7,4*	4,9°	11,1	27,8*	29,6°	13,4*	2,5°	5,9	29,4*	16°	8,7*	2,6°
Гайморит	11,1	11,1	7,4	7,4	2,4	11,1	16,7*	3,7°	-	-	-	5,9	-	4,3	-
Фронтит	5,6	-	2,4°	-	-	5,6	5,6*	-	-	-	-	-	-	-	-
Сфеноїдит	38,9	33,3*	25,9°	7,4*	2,4°	27,8	22,2*	13,5°	8,7*	2,5°	29,4	17,6*	16°	8,7*	-

Примітки:

* - статистично достовірна різниця ($p < 0,05$) між підгрупами А 2-ї та 3-ї груп;° - статистично достовірна ($p < 0,05$) різниця між підгрупами В 2 і 3 груп.

Показники потоку повітря через 3 місяці після хірургічного втручання у пацієнтів основної групи становили 115-130% від нормативних величин, що достовірно вище, ніж у пацієнтів після застосування загальноприйнятої методики (80-95%). Через 6 місяців ці показники у хворих основної групи залишались на рівні 120-130%, а показники обстежених осіб групи порівняння повільно зростали до 90-115%. І тільки через 12 місяців спостерігалось вирівнювання риноманометричних показників у пацієнтів основної групи та групи порівняння, в той час як показники в контрольній групі залишались достовірно нижчими – 95% від нормативних величин. Крім того, оцінка риноманометричних даних дозволяє зробити висновок, що збереження внутрішньоносових структур та слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку, навіть з формуванням назосептального клаптя, сприяє швидшому відновленню слизової оболонки порожнини носа та функції носового дихання.

При дослідженні якості життя хворих з новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки після проведеного хірургічного лікування було встановлено, що у пацієнтів дослідної групи, за даними опитувальника SNOT-20, спостерігалась менша кількість балів, та відповідно, краща та достовірно вища якість життя протягом всього періоду спостереження, порівняно з іншими двома групами ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблиця 2

Середній бал згідно опитувальника SNOT-20 у пацієнтів різних груп

Строки спостереження		Групи					Відмінність між групами, p
		1	2А	2В	3А	3В	
До хірургічного втручання		31,5±12,3	26,02±12,6		30,62±12,6		0,22
Після хірургічного втручання	10-а доба	38,30±10,30	35,39±9,78	29,07±9,74	27,57±9,85	21,90±9,87	<0,001
	3 міс.	32,16±8,49	27,72±6,83	24,81±7,14	20,65±7,88	16,60±8,31	<0,001
	6 міс.	31,20±8,10	22,83±6,65	19,81±7,42	17,13±7,72	14,27±6,93	<0,001
	12 міс.	24,90±7,80	16,82±9,08	17,20±8,46	17,04±8,26	10,97±7,52	<0,001
Відмінність між вимірюваннями		0,04	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Таким чином, застосування запропонованої нами методики ендоскопічних органозберігаючих способів доступу з формуванням клаптів слизової оболонки передньої стінки основної пазухи дозволяє зберігати слизову оболонку сфеноетмоїдального закутку. Збереження останньої та внутрішньоносових структур сприяє швидшому відновленню фізіологічних функцій порожнини носа, меншій кількості ускладнень в післяопераційному періоді та покращенню якості життя. Результати дослідження доповнюють та уточнюють дані наукових джерел про перебіг як раннього, так і віддаленого післяопера-

ційних періодів у пацієнтів після видалення новоутворень селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено обґрунтування та вирішення актуального науково-практичного завдання – підвищення ефективності лікування хворих з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки шляхом розробки методики збереження слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку та покращення перебігу післяопераційного періоду.

1. Завдяки застосуванню розробленої методики інфільтраційної місцевої анестезії середня інтраопераційна крововтрата у пацієнтів під час хірургічного втручання зменшилась до 360 ± 50 мл, порівняно з 400 ± 70 мл у хворих групи порівняння, а інтраопераційна візуалізація хірургічного поля становила 0-1 ступеню в порівнянні з 3-4 ступеню у пацієнтів без застосованої методики.

2. Розроблено органозберігаючий трансфеноїдальний спосіб доступу до селярно-хіазмальної ділянки зі збереженням слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку та внутрішньоносових структур.

3. Проведення ендоскопічного ендоназального доступу до селярно-хіазмальної ділянки запропонованим способом сприяло: достовірному зменшенню кількості пацієнтів з наявністю кірок у 3 рази на 7-у добу після хірургічного втручання порівняно з контрольною групою; достовірному зменшенню кількості пацієнтів з наявністю слизових виділень в порожнині носа на 7-у добу (у 2 рази порівняно з пацієнтами, при хірургічному втручанні яких застосовувалася загальноприйнята методика ($p < 0,05$)).

4. У віддаленому післяопераційному періоді (через 3 місяці після хірургічного втручання) у пацієнтів основної групи атрофічних змін слизової оболонки не спостерігалось (в групі порівняння у 16,7% пацієнтів відмічено атрофічні зміни слизової оболонки порожнини носа).

5. Встановлено, що у пацієнтів, яким було застосовано удосконалені нами органозберігаючі способи доступу, в післяопераційному періоді в 3 рази рідше виникали ускладнення у вигляді етмоїдитів та в 4 рази рідше спостерігались сфеноїдити.

6. Збереження внутрішньоносових структур сприяло достовірно вищій якості життя у пацієнтів основної групи протягом всього періоду спостереження, про що свідчить менша кількість балів (згідно опитувальника SNOT-20) порівняно з пацієнтами, у яких застосовувались загальноприйняті методики хірургічного втручання ($p < 0,05$).

7. Показники потоку повітря через 3 місяці після хірургічного втручання у пацієнтів основної групи становили 115-130% від нормативних величин, що достовірно вище, ніж у пацієнтів після застосування загальноприйнятої методики (80-95%). Через 6 місяців показники в основній групі залишалися на рівні 120-130%, а показники пацієнтів групи порівняння зростали до 90-115%.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Інтраопераційне застосування інфільтраційної анестезії передньої стінки клиновидної пазухи сприяє меншій крововтраті при виконанні назальної та сфеноїдальної фази видалення новоутворень селярно-хіазмальної ділянки.

2. Впровадження запропонованої методики збереження слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку зменшує ризик пошкодження крилопіднебінної артерії; сприяє швидшому відновленню слизової оболонки та фізіологічних функцій порожнини носа; зменшує кількість назальних ускладнень в післяопераційному періоді;

3. Збереження внутрішньоносових структур сприяє швидшому загоюванню післяопераційного пошкодження, навіть при застосуванні назосептального клаптя.

4. Застосування чотирьохфазної риноманометрії допомагає оцінити відновлення дихальної функції порожнини носа в післяопераційному періоді.

5. Опитування пацієнтів за допомогою опитувальника SNOT-20 дозволяє оцінити якість життя пацієнтів до та після хірургічного ендоназального втручання та допомагає зрозуміти динаміку змін як загального, так і назального характеру.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Міжнародні наукометричні бази та іноземні видання

1. Цвиринько І.Р. Особенности местной анестезии при эндоскопических эндоназальных доступах к основной пазухе и хиазмально-селлярной области // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2016. – Т. 6, №3. – С. 337-343. (Дисертантом проведено відбір хворих, клінічні обстеження, аналіз та статистичну обробку отриманих даних, написання статті).
2. Заболотна Д.Д., Цвиринько І.Р. Методика транссфеноїдального доступу зі збереженням слизової оболонки передньої стінки клиновидної пазухи у хірургічному лікуванні пацієнтів з пухлинами селярно-хіазмальної ділянки // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2017. – №6. – С. 54-62. (Дисертантом проведено відбір хворих, клінічні обстеження, аналіз та статистичну обробку отриманих даних, написання статті).
3. Заболотна Д.Д., Цвиринько І.Р. Особливості перебігу пізнього післяопераційного періоду у пацієнтів після хірургічного лікування пухлин селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу // Журн. вушних, носових та горлових хвороб. – 2018. – №2. – С. 18-29. (Дисертантом проведено відбір хворих, клінічні обстеження, аналіз та статистичну обробку отриманих даних, написання статті).
4. Заболотна Д.Д., Цвиринько І.Р., Зінченко Д.О. Оцінка якості життя пацієнтів після видалення доброякісних новоутворень селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу // Журн. вушних, носових та горлових хвороб. –

2018.– №3. – С. 33-41. (Дисертантом проведено відбір хворих, клінічні обстеження, аналіз та статистичну обробку отриманих даних, написання статті).

Фахові видання

1. Заболотна Д.Д., Паламар О.І., Цвірінько І.Р. Особливості формування ендоназальних доступів до основи черепа в залежності від анатомічних особливостей порожнини носа // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика. – К., 2016. – №25. – С. 215-222. (Дисертантом проведено відбір хворих, клінічні обстеження, аналіз та статистичну обробку отриманих даних, написання статті).

Тези та інші публікації

1. Заболотна Д.Д., Паламар О.І., Зінченко Д.О., Нестерчук В.І., Цвірінько І.Р. Хірургічні доступи до клиноподібної пазухи кавернозного синусу та селярної ділянки // Ринологія. – 2014. – №4. – С.54-56. (Дисертантом проведено відбір хворих, клінічні обстеження, аналіз та статистичну обробку отриманих даних, написання статті).
2. Цвірінько І.Р., Заболотна Д.Д., Шевчук І.А. Особливості перебігу пізнього післяопераційного періоду у хворих після ендоскопічних ендоназальних доступів при патології селярно-хіазмальної ділянки // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2015. – №5-с. – С. 181.
3. Заболотна Д.Д., Цвірінько І.Р., Паламар О.І. Особливості протікання раннього післяопераційного періоду у хворих після ендоскопічних ендоназальних доступів у хворих з патологією селярно-хіазмальної ділянки // Матеріали XII з'їзду оториноларингологів України. – Львів, 2015. – С. 52.
4. Цвірінько І.Р., Шафінський О.В., Сарнацький К.С. Особливості місцевої анестезії при ендоскопічних ендоназальних доступах до основної пазухи та селярно-хіазмальної ділянки // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2016. – №3-с. – С.142-143.
5. Цвірінько І.Р., Заболотна Д.Д., Сарнацький К.С. Особенности местной анестезии при эндоскопических эндоназальных доступах к основной пазухе и селярно-хиазмальной области // Матеріали спільної конференції нейрохірургів і оториноларингологів «Актуальні проблеми нейрохірургії і оториноларингології». – К., 2016. – С. 25.
6. Цвірінько І.Р. Методика трансфеноїдального доступу зі збереженням слизової оболонки передньої стінки клиновидної пазухи при хірургічному лікуванні пацієнтів з пухлинами селярно-хіазмальної ділянки // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2017. – №3-с. – С.132-133.
7. Заболотна Д.Д., Цвірінько І.Р., Шафінський О.В. Перебіг пізнього післяопераційного періоду у пацієнтів зі збереженням слизової оболонки сфеноетmoidального закутку та без, при хірургічному лікуванні пухлин селярно-

хіазмальної ділянки // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2017. – № 5-с. – С. 39-40.

8. Цвірінько І.Р. Особливості перебігу пізнього післяопераційного періоду у пацієнтів після хірургічного лікування пухлин селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу // Матеріали міжнар. наук.-практ. конференції молодих вчених, присвяченої 25-річчю від дня заснування НАМН України. – К., 2018.

Патенти

1. Пат. на кор. модель 104866 UA.МПК (A61B17/00; A61M5/00). Спосіб проведення анестезії при виконанні ендоскопічних оперативних втручань в ділянці основної пазухи/ Заболотна Д.Д., Цвірінько І.Р. Паламар О.І./ Заявник і патентовласник ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». – u201507580, опубл. 25.02.16, Бюл. №4.
2. Пат. на кор. модель 119688 UA. МПК (A61B17/00). Спосіб доступу до основної пазухи при видаленні новоутворень селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу/ Паламар О.І., Заболотна Д.Д., Цвірінько І.Р., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В./Заявник і патентовласник ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». u201700468; заявл. 18.01.2017. опубл. 10.10.17., Бюл. №19.

АНОТАЦІЯ

Цвірінько І.Р. Підвищення ефективності ендоназального хірургічного лікування хворих з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія. – ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», Київ, 2019.

Дисертація присвячена проблемі підвищення ефективності лікування шляхом удосконалення ендоскопічних ендоназальних трансфеноїдальних доступів, визначення ринологічних ускладнень та прогнозування перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів з доброякісними новоутвореннями селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу.

Дисертація базується на комплексному клініко-інструментальному дослідженні стану порожнини носа та параназальних синусів, дихальної функції порожнини носа та якості життя 18 пацієнтів, в яких при хірургічному втручанні застосовувались ендоскопічні ендоназальні трансептальні доступи (контрольна група), 47 пацієнтів – з ендоскопічними ендоназальними загальноприйнятими доступами(група порівняння) та 64 пацієнтів – з ендоскопічними ендоназальними органозберігаючими способами доступу (основна група).

Розроблено спосіб інфільтрації передньої стінки основної пазухи, що покращував візуалізацію та зменшував кровоточивість (до 0-1 ступеню за шкалою Andre P. Voezaart) при виконанні назальної фази ендоскопічного ендоназального видалення новоутворень.

Розроблено органозберігаючий трансфеноїдальний спосіб доступу зі збереженням слизової оболонки сфеноетмоїдального закутку та внутрішньоносових структур.

Встановлено, що проведення ендоскопічного ендоназального доступу до селярно-хіазмальної ділянки запропонованим способом сприяло: достовірному зменшенню кількості пацієнтів з наявністю кірок у 3 рази на 7-у добу після хірургічного втручання порівняно з контрольною групою; достовірному зменшенню кількості пацієнтів з наявністю слизових виділень в порожнині носа на 7-у добу (у 2 рази порівняно з пацієнтами, в яких при хірургічному втручанні застосовувалася загальноприйнята методика ($p < 0,05$)). Через 3 місяці після хірургічного втручання у пацієнтів основної групи атрофічних змін слизової оболонки не спостерігалось (в групі порівняння у 16,7% пацієнтів відмічено атрофічні зміни слизової оболонки порожнини носа). Встановлено, що у пацієнтів, яким протягом хірургічного втручання було застосовано удосконалені нами органозберігаючі способи доступу, в післяопераційному періоді в 3 рази рідше виникали ускладнення у вигляді етмоїдитів та в 4 рази рідше спостерігалися сфеноїдити. Збереження внутрішньоносових структур сприяло достовірно вищій якості життя (згідно опитувальника SNOT-20) в післяопераційному періоді протягом всього періоду спостереження.

Вперше проведено дослідження дихальної функції порожнини носа у пацієнтів після різних способів ендоскопічного ендоназального трансфеноїдального доступу до селярно-хіазмальної ділянки. Виявлено, що через 3 місяці після хірургічного втручання у пацієнтів основної групи показники потоку повітря становили 115-130% від нормативних величин, що було достовірно вище, ніж у пацієнтів після застосування загальноприйнятої методики (80-95%). Через 6 місяців показники в основній групі залишалися на рівні 120-130%, а показники пацієнтів групи порівняння зростали до 90-115%.

Ключові слова: доброякісні новоутворення селярно-хіазмальної ділянки, ендоскопічні ендоназальні способи доступу, якість життя, чотирьохфазна акустична риноманометрія.

АННОТАЦІЯ

Цвирицько І.Р. Повышение эффективности эндоназального хирургического лечения больных с доброкачественными новообразованиями хиазмально – селлярной области. - Квалификационный научный труд на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности – 14.01.19 – оториноларингология.– ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины», Киев, 2019.

Диссертация посвящена проблеме повышения эффективности лечения пациентов с доброкачественными новообразованиями хиазмально-селлярной области и кавернозного синуса путем усовершенствования эндоскопических эндоназальных трансфеноидальных доступов, определения ринологических осложнений и прогнозирования течения послеоперационного периода.

Диссертация базируется на комплексном клинико-инструментальном исследовании состояния полости носа и параназальных синусов, дыхательной функции носа и качества жизни 18 пациентов, в хирургическом лечении которых применялись эндоскопические эндоназальные трансептальные доступы (контрольная группа), 47 пациентов – с эндоскопическими эндоназальными общепринятыми доступами (группа сравнения) и 64 пациента с эндоскопическими эндоназальными органосохраняющими способами доступов (основная группа).

Разработан способ инфильтрации передней стенки основной пазухи, при котором наблюдалось улучшение визуализации и уменьшение кровоточивости (до 0-1 степени по шкале Andre. P. Voezaart) при выполнении назальной фазы эндоскопического эндоназального удаления новообразований.

Разработан органосохраняющий трансфеноидальный способ доступа с сохранением слизистой оболочки сфеноэтмоидального угла и внутриносовых структур.

Установлено, что проведение эндоскопического эндоназального доступа к хиазмально-селлярной области предложенным способом способствовало: достоверному уменьшению количества пациентов в 3 раза с наличием корок на 7-е сутки после хирургического вмешательства по сравнению с контрольной группой, достоверному уменьшению количества пациентов с наличием слизистых выделений из полости носа на 7-е сутки (в 2 раза по сравнению с пациентами, при лечении которых применялась общепринятая методика ($p < 0,05$)). Через 3 месяца после хирургического вмешательства у пациентов основной группы атрофических изменений слизистой оболочки не наблюдалось (в группе сравнения у 16,7% пациентов отмечены атрофические изменения слизистой оболочки полости носа). Установлено, что у пациентов, которым на протяжении хирургического лечения были применены усовершенствованные нами органосохраняющие способы доступа, в послеоперационном периоде в 3 раза реже возникали осложнения в виде этмоидита и в 4 раза реже наблюдались сфеноидиты. Сохранение внутриносовых структур способствовало достоверно более высокому качеству жизни (согласно опроснику SNOT-20) в послеоперационном периоде в течение всего периода наблюдения.

Впервые проведено изучение дыхательной функции носа у пациентов после различных способов эндоскопического эндоназального трансфеноидального доступа к хиазмально-селлярной области. Выявлено, что через 3 месяца после хирургического вмешательства у пациентов основной группы показатели потока воздуха составляли 115-130% от нормативных величин, что было достоверно выше, чем у пациентов после применения общепринятой методики (80-95%). Через 6 месяцев показатели в основной группе оставались

на уровне 120-130%, а показатели пациентов группы сравнения росли до 90-115%.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования хиазмально-селлярной области, эндоскопические эндоназальные способы доступа, качество жизни, четырехфазная акустическая риноманометрия.

SUMMARY

Tsvirinko I.R. Improvement of endonasal surgical treatment efficiency in management of patients with benign neoplasms of the sellar area.– Qualifying scientific work in the manuscript.

The thesis to obtain the academic degree of Candidate of Medical Science in speciality 14.01.19 – otorhinolaryngology. – State institution «O.S. Kolomyichenko Institute of Otolaryngology of National Academy of Medical Science of Ukraine», Kyiv, 2019.

The dissertation deals with the problem of improving the effectiveness of treatment, by improving endoscopic endonasal transsfenoidal approaches, determining the rhinological complications and predicting the postoperative period in patients with benign neoplasms of the sellar area and cavernous sinus.

The dissertation is based on a comprehensive clinical and instrumental study of the nasal cavity and paranasal sinuses, respiratory function of the nasal cavity and quality of life of 18 patients with endoscopic endonasal transseptal (control group), 47 patients with endoscopic endonasal commons (comparative group) and 64 patients with endoscopic endonasal preserved access methods (main group).

The infiltration method of the anterior wall of the sphenoid sinus has been developed, which improves visualization and reduces bleeding (to 0-1 degrees on the Andre. P. Boezaart scale) during the nasal phase of endoscopic endonasal removing of tumors.

The preserved transsfenoidal method of approach was developed with the preservation of the sphenoethmoidal mucosa and intranasal structures.

It was established that the endoscopic endonasal access to the sellar area by the proposed method contributed to: a significant decrease the number of patients with the presence of crust in 3 times on the 7th day after surgical intervention compared with the control group; a significant reduction the number of patients with the presence of mucous discharge in the nasal cavity on 7th day (in 2 times compared with patients who used the common method ($p < 0.05$)). 3rd months after surgery, patients with the main group of atrophic changes of the mucosa were not observed (in the comparison group 16.7% of the patients observed atrophic changes of nasal mucosa). Treated with our improved method of the access occurred in 3 times frequently less ethmoiditis, and 4 times less frequently observed sphenoiditis during the postoperative period. Preservation of the nasal structures contributed to a significantly higher quality of life (according to the SNOT-20 questionnaire) in the postoperative period throughout the observation period.

For the first time, the study of the respiratory function of the nasal cavity in patients after various methods of endoscopic endonasal transsphenoidal approaches to the SA. It was found that after 3 months after surgical intervention in the patients of the main group, the air flow rates were 115-130% of the normative values, which was significantly higher than in patients after the application of the generally accepted method (80-95%). After 6 months, the indicators in the main group remained at the level of 120-130%, and the rates of patients in the comparison group increased to 90-115%.

Key words: benign neoplasms of the sellar area, endoscopic endonasal approach, quality of life, four-phase acoustic rhinomatometry.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ

FEL	– потік повітря на видиху зліва
FER	– потік повітря на видиху справа
FIL	– потік повітря на вдиху зліва
FIR	– потік повітря на вдиху справа
REL	– резистентність (опірність) на видиху зліва
RER	– резистентність (опірність) на видиху справа
RIL	– резистентність (опірність) на вдиху зліва
RIR	– резистентність (опірність) на вдиху справа
SNOT-20	– Sinonasal outcome test-20
АГ	– аденоми гіпофіза
ДН	– доброякісні новоутворення
МРТ	– магнітнорезонансна томографія
МСКТ	– мультиспіральна комп'ютерна томографія
СХД	– селярно-хіазмальна ділянка
ЯЖ	– якість життя

Підп. до друку 01.04.2019. Формат 60×90¹/₁₆. Папір. офс. Гарнітура “Таймс”. Друк. офс.
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9. Наклад 100 прим. Зам. 171.

Віддруковано у ТОВ-Видавництві “ЛОГОС” із оригіналів автора.
Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серія ДК № 201 від 27.09.2000 р.
01030, Київ-30, вул. Богдана Хмельницького, 10, тел. 235-60-03