

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

САПРОНОВА ОЛЕНА ВІКТОРІВНА

УДК: 616.213.6-089

**ЕНДОНАЗАЛЬНА МОДИФІКОВАНА МІКРОХІРУРГІЯ
У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ
З ПАТОЛОГІЄЮ В КЛИНОПОДІБНІЙ ПАЗУСІ**

14.01.19-оториноларингологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ - 2016

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на базі ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» та КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечнікова»

Науковий керівник:

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

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор
Безшапочний Сергій Борисович,
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія МОЗ України»,
завідувач кафедри оториноларингології з офтальмологією.

доктор медичних наук, професор
Пухлік Сергій Михайлович,
Одеський національний медичний університет МОЗ України,
завідувач кафедри оториноларингології.

Захист відбудеться « 20 » жовтня 2016 р. о 12⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.611.01 в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» за адресою: 03680, Україна, м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

З дисертацією можна буде ознайомитися в бібліотеці ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» за адресою: 03680, Україна, м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

Автореферат розісланий « 09 » вересня 2016 р.

**Учений секретар
спеціалізованої вченої ради
доктор медичних наук**

В.І. Луценко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. У вітчизняній та зарубіжній літературі достатньо багато уваги приділяється захворюванням лобних, верхньощелепних пазух і клітин гратчастого лабіринту, при цьому питання патології клиноподібної пазухи освітлені недостатньо. Проблема виявлення патологічного процесу в основній пазусі пов'язана з її топографо-анатомічними особливостями. (Д.І. Заболотний 2007). В ряді випадків запалення клиноподібної пазухи може призвести до тяжких внутрішньочерепних та орбітальних ускладнень (С.Б. Безшапочний 2005; L.M.Watkinsb 2007; С.М. Пухлік 2010). На сьогодні не має рандомізованих мультицентрових наукових досліджень присвячених даній проблемі, що зумовлено невисокою частотою цієї патології. Це вимагає тривалого періоду для формування групи спостереження та отримання достовірних висновків.

У хірургічній ринології залишається актуальною проблема функціонування новоствореного співустя клиновидних пазух, що нерідко є причиною рецидиву сфеноїдиту (В.Ф.Мельнік, 2005) відзначав у своїх дослідженнях зарощування співустя в 17,6% випадків.

Існують різні способи розширення природного співустя клиноподібної пазухи, запропоновані рядом авторів. Однак недоліками існуючих методів є те, що при розширенні природного співустя клиноподібної пазухи разом з кісткою видаляється слизова оболонка й окістя передньої стінки, в результаті чого залишається ділянка оголеної кістки, що, у свою чергу, може викликати формування грануляційної тканини з наступним рубцюванням та зарощуванням новоствореного співустя. (Soon S.R. 2010)

Рецидивування сфеноїдитів, з причини неспроможності створеного під час операції співустя клиноподібної пазухи, зумовлює необхідність пошуку шляхів профілактики його зарощування.

У ряді випадків увагу отоларингологів привертає клиноподібна пазуха не тільки з причини її патологічних змін у ній самій, але й як анатомічно зумовлений етап хірургічного доступу до новоутворень селярної ділянки (А.С. Лопатін, Д.Н. Капітанів, 2009). На цей час при трансназальному видаленні пухлин селярної локалізації широко використовується транссептальний доступ. Доцільність цього доступу пояснюється можливістю поєднання адекватної візуалізації пухлини та мінімальною травматизацією структур порожнини носа. Відомі різні сучасні модифікації такої операції, розроблені рядом авторів (Juraschka K., 2014; Godoy V.L., 2014).

Після транссептального доступу до клиноподібної пазухи відзначається від 1% до 13% перфорацій носової перегородки (J.R. Dusik., 2006).

Крім того, саме видалення новоутворень часто не є радикальним, що призводить до рецидиву основного захворювання і вимагає повторних втручань. Основною трудностю, з якою зустрічається ринохірург при виконанні повторної операції, є утруднене орієнтування в операційному полі з причини руйнування анатомічних структур під час попереднього втручання. Найбільш часто виникаюча проблема під час реоперації - це здійснення контролю за серединною

лінією, роль якої виконують хрящовий і кістковий відділ носової перегородки. Переважно ці структури видаляються при підході до клиноподібної пазухи. На їх місці залишається дуплікатара слизової оболонки з фіброзним шаром. (Komotar R.J. 2012)

У зв'язку з цим виникає необхідність розробки хірургічного втручання з максимальним збереженням анатомо-фізіологічних взаємозв'язків носових структур для досягнення хороших функціональних результатів при наступних реопераціях.

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

Дисертація є фрагментом комплексної теми науково-дослідної роботи кафедри отоларингології Дніпропетровської державної медичної академії «Розробка нових медичних технологій у діагностиці, лікуванні та профілактиці патології верхніх дихальних шляхів і органів слуху», державний реєстраційний номер 0199U003630.

Мета роботи: підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з патологією ділянки клиноподібної пазухи шляхом модифікування методів ендоназальних мікрохірургічних втручань.

Завдання дослідження:

1. Вивчити частоту й причину розвитку рецидивів сфеноїдитів після трансназального хірургічного лікування.
2. Розробити більш ефективний спосіб формування співустя клиноподібної пазухи при трансназальному доступі
3. Дослідити причину розвитку патологічних процесів у порожнині носа після транссептальної сфенотомії.
4. Удосконалити спосіб хірургічного доступу до клиноподібної пазухи через носову перегородку.
5. Провести аналіз ефективності розроблених методів лікування в ранньому і віддаленому післяопераційному періоді.

Об'єкт дослідження: хронічний сфеноїдит і аденома гіпофіза з проростанням у сфеноїдальну пазуху.

Предмет дослідження: стан співустя клиноподібних пазух, функціональний стан слизової оболонки й порожнини носа до та після запропонованих варіантів лікування, клінічний стан хворих.

Методи досліджень: ендоскопічне дослідження порожнини носа, СКТ та МРТ ППН порожнини носа, селярної ділянки, показники пікової об'ємної швидкості видиху через ніс, рухова функція миготливого епітелію, цитологічне дослідження мазків-відбитків зі слизової оболонки порожнини носа, статистичний метод.

Наукова новизна одержаних результатів. В процесі виконання роботи вперше розроблено та впроваджено в практику нову методику хірургічного лікування хворих з ізольованим сфеноїдитом із застосуванням аутоімплантації слизових лоскутів при пластиці новоутвореного співустя клиноподібної пазухи.

Встановлено, що у хворих з ізольованим сфеноїдитом, після удосконаленого хірургічного лікування, нормалізується функціонування порожнини носу у 96,8% випадків, зменшується частота рецидивів сфеноїдиту у віддаленому післяопераційному періоді в 4,8 раз ($p < 0,05$), за рахунок розробленого способу формування співустя з застосуванням аутоімплантації. Вдосконалений спосіб пластики співустя клиноподібної пазухи дозволяє сформуванню дренажно-вентиляційний отвір розміром $5,4 \pm 0,5$ на $3,1 \pm 0,3$ мм у віддаленому післяопераційному періоді.

Виявлено, що причиною формування перфорацій носової перетинки до 8,1% випадків після транссептального доступу до клиноподібної пазухи при новоутвореннях селярної локалізації являється значна хірургічна травма анатомічних структур носової перетинки.

Доведено, що після удосконаленого транссептального доступу до клиноподібної пазухи, відновлюється дихальна функція порожнини носу і робота мукоциліарного транспорту до нормальних показників у 93,6% пацієнтів, а також зменшується кількість перфорацій носової перетинки у віддаленому післяопераційному періоді в 5,6 разів ($p < 0,05$), за рахунок розроблених методів кісткової реімплантації відмодельованих кісткових фрагментів носової перетинки і роструму, та модифікації розрізу.

Практичне значення отриманих результатів. Запропонований метод дозволяє підвищити ефективність транссфеноїдального доступу при хірургічному лікуванні у хворих з новоутвореннями селярної локалізації. Порівняно з існуючими запропонований спосіб транссептального доступу до клиноподібної пазухи дозволяє зменшити операційну травму, завдану внутрішньоносовим структурам, з адекватним доступом до мети оперативного втручання, за рахунок удосконалення мікрохірургічної методики (деклараційний патент на корисну модель № 3221 від 15.10.2004 року), що позитивно позначається на процесі загоєння і знижує ймовірність розвитку атрофічних процесів у порожнині носа.

Науково обґрунтовано, що у пацієнтів з ізольованим сфеноїдитом запропонований спосіб формування співустя клиноподібної пазухи дозволяє (деклараційний патент на корисну модель № 3220 від 15.10.2004 року) зменшити ймовірність зарощування новоствореного співустя клиноподібної пазухи за рахунок модифікації хірургічного лікування і приводить до позитивних результатів у віддаленому післяопераційному періоді.

Впровадження результатів досліджень. Запропоновані методи оперативного лікування впроваджені в КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечнікова», Херсонська обласна клінічна лікарня, КЗ «Дніпропетровська міська лікарня №8».

Теоретичні й практичні положення дисертації використовуються у навчальному процесі кафедри оториноларингології, кафедри неврології та нейрохірургії Дніпропетровської державної медичної академії.

Особистий внесок здобувача. Автором дисертації самостійно проведено патентний та літературний пошук для обґрунтування обраного напрямку дослідження. Клінічна частина роботи виконана самостійно. Особисто проводила хірургічне лікування хворих. Самостійно виконана статистична обробка матеріалів роботи, оформлена дисертаційна робота. Узагальнення отриманих результатів, висновки та практичні рекомендації на основі проведених досліджень сформульовані автором разом з науковим керівником роботи.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації доповідалися та обговорювалися на засіданнях товариства оториноларингологів Дніпропетровської області (2003 - 2014 рр.); конференціях Українського наукового медичного товариства оториноларингологів (Дніпропетровськ, 2003., Харків, 2004р., Судак, 2004., Одеса, 2005р., Яремче, 2006р., Черкаси, 2006р., Місхор, 2007р Севастополь, 2009р., Одеса, 2011р., Київ, 2014р. Львів,2015р., Дніпропетровськ,2015р.); Конференція нейрохірургів України (Судак,2011р.).

Публікації за темою дисертації. За матеріалами дисертації опубліковано 16 наукових праць, з них 4 праці в спеціалізованих фахових виданнях які рекомендовані МОН України, та 1 закордонна публікація, 1 монографія (у співавторстві), отримано 2 патенти України на корисну модель, 8 тез в матеріалах наукових з'їздів і конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Матеріали роботи викладені на 168 сторінках друкованого тексту. Ілюстровані 57 таблицями і 50 малюнками. Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, трьох розділів власних досліджень, узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій і списку використаної літератури, що складається з 224 робіт.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи: Досліджувалися результати удосконалених нами методів хірургічного лікування при транссептальному (І група) і трансназальному (ІІ група) доступах у 145 хворих з ізольованим ураженням клиноподібних пазух, яким проводилось лікування у КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечнікова» в період з 1998 по 2012 рік. Пацієнти кожної групи були розбиті на дві підгрупи: основну (А), в якій проводилося оперативне втручання за розробленою в клініці методикою, і групу порівняння (Б), представлену пацієнтами, прооперованими загальноприйнятими методами.

І група складалася з 64 пацієнтів з хронічним запальним процесом у клиновидних пазухах. У підгрупі 1А - 31 особа, при трансназальному втручанні на клиновидних пазухах була виконана пластика співустья за вдосконаленою

методикою. У підгрупі 1Б - 33 пацієнти, співустья клиновидних пазух створювалося за загальноприйнятою методикою.

У II групі 81 хворому виконувався трансептальний доступ до клиноподібної пазухи, як етап нейрохірургічної операції, з приводу пухлин селярної локалізації. Основна підгрупа 2А представлена 31 пацієнтом, яким доступ здійснювався за вдосконаленою щадною методикою. У цій підгрупі у всіх пацієнтів пухлинна тканина проростала в порожнину пазухи. Підгрупу порівняння 2Б - становили 50 пацієнтів, яким операція проводилася за традиційною методикою.

Усім хворим діагноз і показання до оперативного лікування встановлювались за допомогою загальноприйнятих вимог на підставі скарг, анамнестичних даних, КТ та/або МРТ, ендоскопічне дослідження порожнини носу.

У хворих I групи метод КТ та/або МРТ були єдиними, які вірогідно підтверджували діагноз хронічного ізольованого сфеноїдиту. В жодному випадку не було виявлено порушення цілісності стінок пазух. Гомогенне затемнення пазухи було виявлено у 26 (40,6%) осіб, рівень рідини у 21 (32,8%), потовщення слизової без рідинного компонента у 17 (26,6%) пацієнтів.

МРТ виявилась єдиним методом, який достовірно підтверджував діагноз і визначав лікувальну тактику. У 38 (46,9%) обстежуваних зустрічалася пухлина маленького розміру, що не руйнувала задню стінку клиноподібної пазухи. У 31 (38,3%) пацієнта була зруйнована тільки задня стінка клиноподібної пазухи, сама пазуха частково була заповнена пухлинною тканиною. У 12 (14,8%) пацієнтів виявлено пухлину, яка руйнувала задню стінку і заповнювала собою весь обсяг пазухи, і частково руйнувала або різко стоншувала передню стінку клиноподібної пазухи. Варто відзначити, що у всіх пацієнтів ІА підгрупи, прооперованих за модифікованою методикою, пухлинна тканина проростала в клиноподібну пазуху.

Для оцінки функціонального стану порожнини носу ми використовували показники пікової об'ємної швидкості видиху через ніс. Отримані данні ми порівнювали з показниками умовно-здорових добровольців. Також вивчали активність мукоциліарного транспорту миготливого епітелію порожнини носу, орієнтуючись на загальноприйняті показники норми.

У ході ендоскопічного дослідження всім дослідженим пацієнтам другої групи проводився забір мазків зі слизової носа з подальшим відбитком вмісту на предметному склі. Результати порівнювали з даними отриманими від здорових добровольців. У пацієнтів 1 і 2 груп функціональний стан порожнини носа, не відрізнявся від нормальних показників.

Статистична обробка матеріалів дослідження виконана методами варіаційної і непараметричної статистики. Оцінка достовірності різниці відносних і середніх величин проводилась з використанням критеріїв Стюдента-Фішера, Вілкоксона, χ^2 .

У нашій клініці ми модифікували 2 доступи - трансназальний і трансептальний.

Трансназальна сфенотомія традиційним методом була виконана 33 хворим I групи (IB підгрупа).

Трансназальна сфенотомія модифікованим методом була виконана 31 хворому I групи (IA підгрупа).

Під загальним знеболенням ендотрахеальним методом з використанням оптики виконувалась ревізія сфеноетmoidального простору, у ділянці співустья клиноподібної пазухи проводився розріз слизової оболонки. Висота розрізу становить 1,2 см, ширина до 0,5 см. За допомогою распатора розсічена слизова оболонка сепарується від кістки передньої стінки пазухи. Кістковими кусачками розширюється кісткове вікно до розміру 1,0 × 0,8 см, у напрямку до перегородки носа й донизу. З пазухи видаляється патологічне відокремлюване й патологічно змінена слизова оболонка (грануляції, поліпи, кісти). Потім трикутні клапті слизової оболонки загортаються всередину клиноподібної пазухи. У пазуху встановлюється пластикова трубка діаметром 0,5 см для вільного відтоку відокремлюваного та введення в пазуху лікарських препаратів, а також для фіксації слизових клаптів, загорнутих у пазуху. У ряді випадків верхній носовий хід пухко тампонується тампонами Мероцель.

Транссептальна сфенотомія традиційним методом була виконана 50 хворим II групи (IIB підгрупи).

Транссептальна сфенотомія модифікованим методом була виконана 31 хворому II групи (IIA підгрупи).

Під загальним знеболенням ендотрахеальним методом виконується розріз слизової оболонки й охрястя носової перегородки з правого боку з продовженням розрізу на дно порожнини носа. Прорізується хрящ носової перегородки, і через цей же розріз сепарується слизово-охрясний клапоть з лівого боку чотирикутного хряща і далі слизово-окісний клапоть до передньої стінки клиноподібної пазухи, таким чином формується лівий тунель. Потім роз'єднуються хрящова та кісткова частини носової перегородки в нижньому і задньому відділах, і хрящ разом з прикріпленою слизовою оболонкою і охрястям зміщується в правий бік. За допомогою распатора сепарується слизово-охрясний клапоть дна порожнини носа праворуч і таким чином формується тунель праворуч. Перпендикулярна пластинка решітчастої кістки видаляється великими фрагментами за допомогою щипців. Розтинається передня стінка клиноподібної пазухи в ділянці співустья з двох боків, руйнуючи передню стінку донизу, після чого видаляється роstrum клиноподібної пазухи єдиним блоком і розтинається передня стінка. Після завершення нейрохірургічного етапу операції кісткові фрагменти реімплантуються, хрящовий відділ носової перегородки встановлюється в серединне положення. Краї розрізу зшиваються. Носова перегородка фіксується силіконовими пластинами. У носові ходи встановлюються тампони Мероцель. Тампонада й силіконові сплінти видаляються з порожнини носа через два дні після операції.

Результати досліджень.

Проводилось порівняння всіх видів досліджень у пацієнтів обох групах в ранньому і у відділеному післяопераційному періоді.

Критеріями ефективності за клінічними даними було покращення стану хворого, нормалізація функції порожнини носа.

У першій групі (пацієнти з ізольованим сфеноїдитом) в ранньому післяопераційному періоді спостереження проводилось до 4-х місяців, у групі 1 ми не помітили жодних відмінностей у процесах загоєння післяопераційної рани в обох підгрупах. Амбулаторний огляд пацієнтів здійснювався через 3 і 5 тижнів після операції. При ендоскопічному дослідженні порожнини носа в підгрупі 1А на 5 тижні ми відзначили, що реактивні запальні явища у всіх хворих стихли.

При ендоскопічному дослідженні через п'ять тижнів після операції в підгрупі 1Б ми відзначили, що реактивні запальні явища у всіх хворих стихли. У 12 хворих візуалізувалася незначна кількість слизово-сукровичних виділень з кров'яними кірками в ділянці співустя. В обох підгрупах проводилось ендоскопічне дослідження сфеноетмоїдального простору з оцінкою стану новоутвореного співустя. Сформоване співустя клиноподібної пазухи було овальної форми.

Таблиця 1

Розміри новосформованого спів устя у пацієнтів 1-ї групи

Підгрупа	Розмір спів устя через 5 тижнів після операції	Розмір спів устя через 4 місяці після операції
1А (n=31)	6,3±0,5 на 3,2±0,2	5,4±0,5 на 3,1 ±0,3
1Б (n=33)	7,9±0,5 на 3,5±0,2	У 9 – 3,4±0,4 на 2,2±0,3 У 24 – 5,6±0,6 на 2,9±0,4

Всі пацієнти відзначали задовільне носове дихання, виділення з порожнини носа та стікання слизу по задній стінці носоглотки не турбували. За цей період спостереження скарги на головні болі ніхто не мав, двоє прооперованих пацієнтів відзначали стійке відновлення зору. Відсутність порушення носового дихання у цих хворих підтверджувалася даними об'єктивного дослідження.

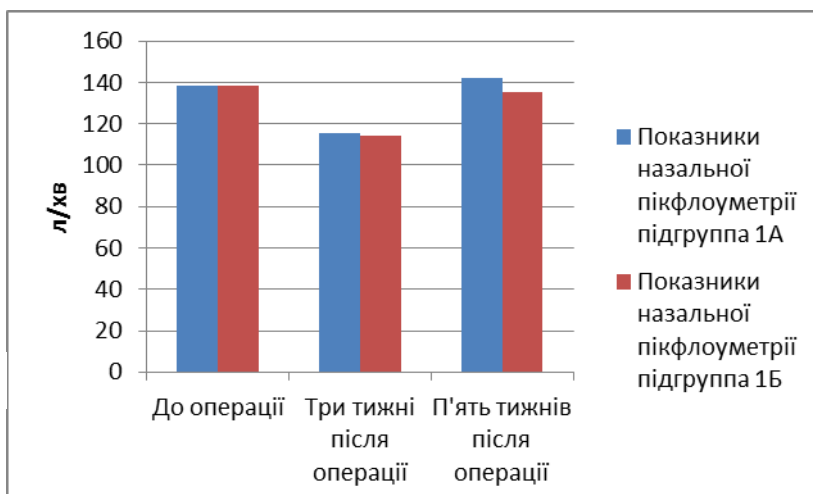


Рис. №1.

Показники назальної пікфлоуметрії у пацієнтів 1-ї групи в динаміці.

До 5-го тижня показники назальної пікфлоуметрії в обох підгрупах - 1А (141,9±9.8) и 1Б (135,2±12.3) достовірно не відрізняються (p=0,15).

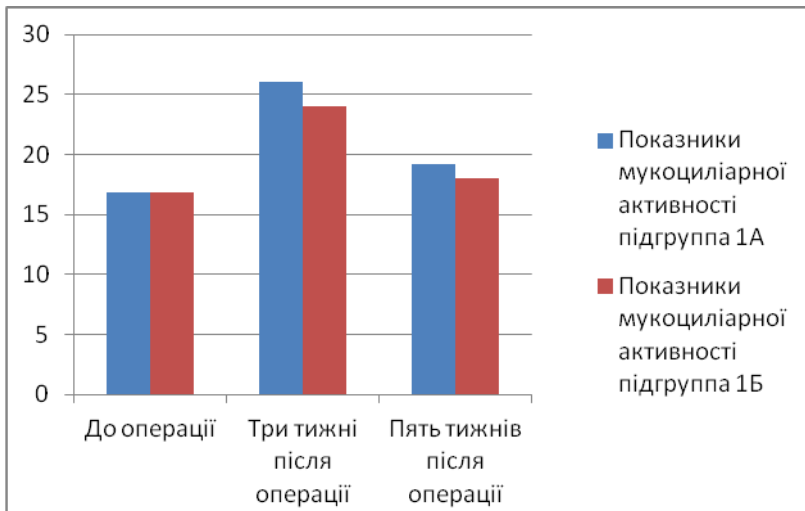


Рис. №2.
Показники активності мукоциліарного транспорту у пацієнтів 1-ї групи в динаміці.

Також не відмічається достовірних відмінностей ($p=0,77$) при аналізі даних мукоциліарного транспорту – 1А($18,6\pm 4,7$) 1Б($18,4\pm 4,6$).

Відмінності в перебігу репаративних процесів почалися в терміни від 4-х місяців після операції. При ендоскопічному дослідженні порожнини носа через 4 місяці після операції у 31 хворого в підгрупі 1А ми відзначили, що сформоване співустя клиноподібної пазухи було вільне, його розмір зменшився до $5,4 \pm 0,5$ мм на $3,1 \pm 0,3$ мм, воно мало овальну форму, патологічного відокремлюваного в ділянці сфеноетмоїдальної кишені не було виявлено.

При ендоскопічному дослідженні через 4 місяці після операції у підгрупі 1Б - у 33 хворих співустя клиноподібної пазухи було вільне. У 9 (27,3%) пацієнтів ми відзначили звуження просвіту співустя до $3,4 \pm 0,4$ мм на $2,2 \pm 0,3$ мм за рахунок рубцевої тканини, у 24 (72,7%) пацієнтів співустя мало овальну форму, його розміри зменшилися до $5,6 \pm 0,6$ мм на $2,9\pm 0,4$ мм, патологічного відокремлюваного в ділянці сфеноетмоїдальної кишені не було виявлено (таблиця №1).

За цей період спостереження всі обстежувані пацієнти в I групі відзначали задовільне носове дихання, їх не турбували виділення з порожнини носа та стікання слизу по задній стінці носоглотки. Також пацієнти відзначали задовільний загальний стан і відсутність головних болів. Троє прооперованих відзначали стійке відновлення зору після проведеного хірургічного лікування.

Віддалені результати оцінювалися протягом 1 - 5 років після операції. За даними спостережень протягом 5-ти років за прооперованими пацієнтами першої групи у 6 (9,4%) з них розвинулися рецидиви. З шести хворих, які звернулися зі скаргами на рецидиви головних болів, у одного пацієнта (1,6%) співустя клиноподібної пазухи було сформовано за вдосконаленою методикою (підгрупа 1А). Рецидив сфеноїдиту стався через 1 рік після операції, причина захворювання не встановлена. Решта, п'ятеро хворих (7,8%), у яких розвинувся рецидив сфеноїдиту, були раніше прооперовані за загальноприйнятою методикою (підгрупа 1Б). Рецидиви захворювання сталися у строк від шести місяців до двох років. У двох хворих рецидив розвинувся після перенесеної ГРВІ, 3 пацієнти причину не вказують.

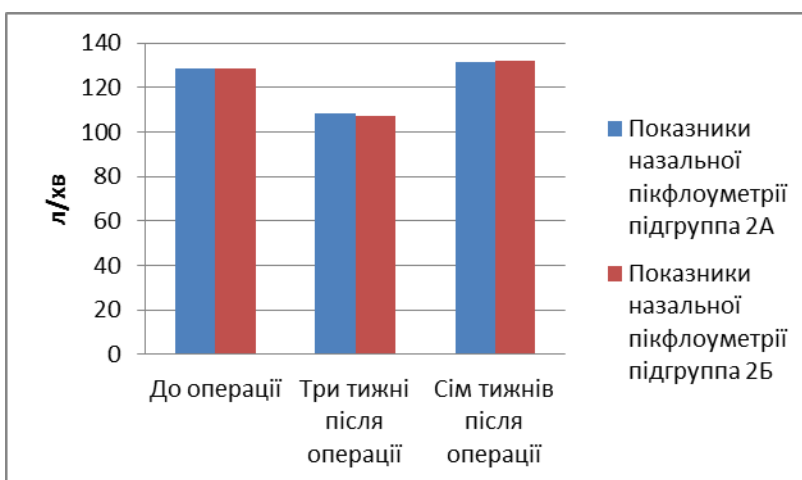
У ранньому післяопераційному періоді всі пацієнти II групи (новоутвореннями селярної локалізації) спостерігалися нами в амбулаторних умовах. Вивчалися ринологічні скарги обстежуваних, дані огляду порожнини носа за допомогою жорстких ендоскопів, результати клінічних досліджень. Огляди проводилися на 3 і 7 тижень.

При аналізі клінічних досліджень ми відзначили стабілізацію явищ реактивного запалення до сьомого тижня, і не виявили відмінностей у динаміці відновлювальних процесів у порожнині носа. Також не було відмінностей в ендоскопічній картині в ранньому післяопераційному періоді між підгрупами 2А та 2Б.

При амбулаторному огляді через 7 тижнів після операції у 2А підгрупі всі пацієнти відзначали задовільне носове дихання. Періодичну сухість у порожнині носа і незначне скупчення сухих кірок відзначали 5 пацієнтів. Такі ринологічні скарги припинялись після застосування олійних крапель або сольових буферних розчинів. У підгрупі 2Б всі пацієнти відзначали задовільне носове дихання. Скарги на періодичну сухість у порожнині носа і скупчення сухих кірочок, які припинились після застосування сольових розчинів або олійних крапель, висували 8 осіб.

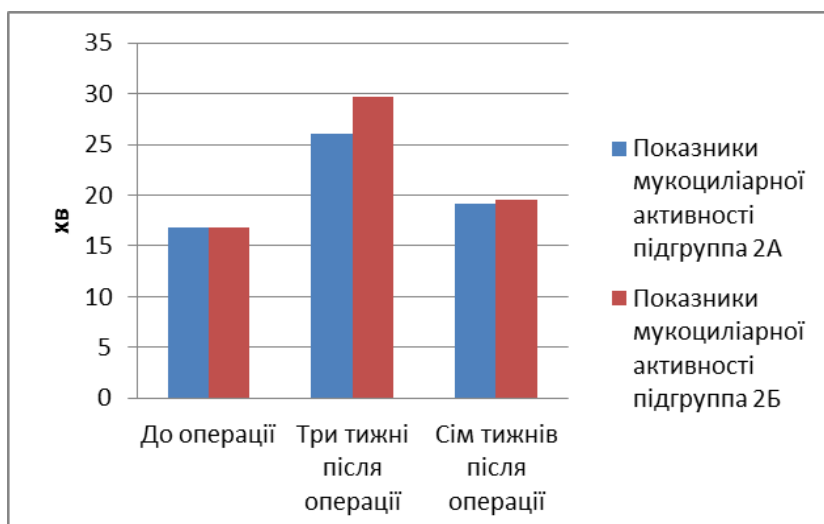
При ендоскопічному огляді порожнини носа у пацієнтів підгрупи 2А слизова була блискуча, рожевого кольору, в загальному носовому ході відзначалося незначне скупчення прозорого слизу. Патології в ділянці сфеноетмоїдального простору не визначалося. Дефектів носової перегородки не було виявлено. У двох пацієнтів були виявлені синехії між нижньою носовою раковиною та перегородкою порожнини носа з одного боку (у правій половині носа). При опитуванні ці пацієнти не скаржились на утруднення носового дихання. Синехії були розсічені під час проведення огляду.

Провівши аналіз динаміки репаративних процесів в порожнині носа після хірургічного втручання, ми відмітили стабілізацію явищ реактивного запалення до 7-го тижня, а також відсутність відмінностей в ендоскопічній картині в ранньому післяопераційному періоді в обох підгрупах.



До 7-го тижня в показниках даних пікфлоуметрії в обох підгрупах - 2А (131,6±15.9) и 2Б (131,8±16.3) не відзначено достовірних відмінностей ($p=0,77$).

Рис. №3.
Показники назальної пікфлоуметрії у пацієнтів 2-ї групи в динаміці

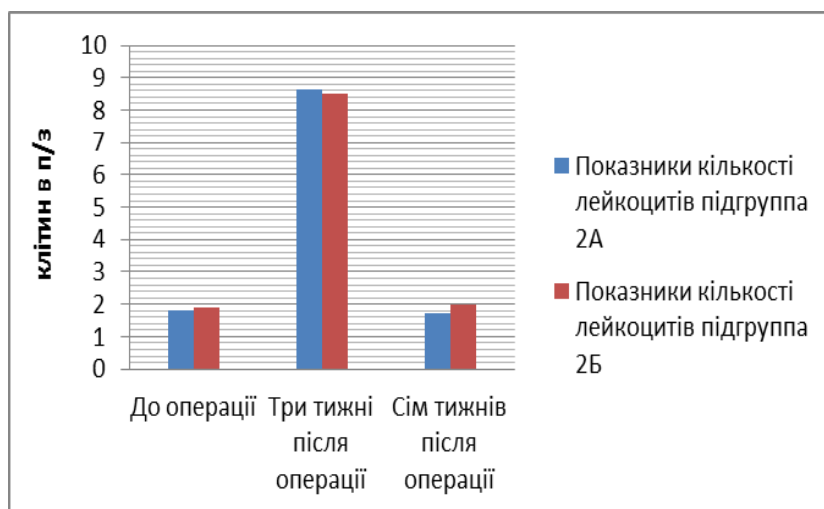


Також не відзначено достовірних відмінностей ($p=0,68$) при аналізі даних мукоциліарного транспорту – 2А ($19,2 \pm 5,9$) и 2Б ($19,5 \pm 7,8$).

Рис. №4.
Показники активності мукоциліарного транспорту у пацієнтів 2-ї групи в динаміці

При ендоскопічному огляді пацієнтів підгрупи 2Б, через 7 тижнів після операції, у 42 осіб слизова порожнини носа була блискуча, рожевого кольору, в загальному носовому ході було невелике скупчення прозорого слизу й одиничні сухі кірочки, які видалялися під час проведення аспіраційного туалету. Патології в ділянці сфеноетмоїдального простору не було виявлено. У 8 пацієнтів при проведенні ендоскопічного огляду слизова порожнини носа була блідо-рожевого кольору з ділянками гіперемії і мацерації слизової в ділянках скупчення слизу й кірочок, які видалялися під час проведення аспіраційного туалету. Дефектів носової перегородки не було виявлено. У 2 пацієнтів були виявлені синехії - між нижньою носовою раковиною та перегородкою порожнини носа з одного боку, у 3 пацієнтів синехії були між середньою носовою раковиною і носовою перегородкою з одного боку, а в одного з двох боків. Синехії були розсічені під час проведення огляду.

При спостереженні обстежуваних протягом 7 тижнів після трансептального доступу до клиноподібної пазухи при патології селярної локалізації ми відзначили нормалізацію лабораторних показників в обох підгрупах не залежно від способу проведеної операції.



До 7-го тижня в показниках кількості лейкоцитів у обох підгрупах - 2А ($1,72 \pm 0,9$) и 2Б ($2,00 \pm 1,09$) не виявлено достовірних відмінностей ($p=0,34$).

Рис. №5.
Показники кількості лейкоцитів у слизовій оболонці порожнини носу пацієнтів 2-ї групи в динаміці



Також не відзначено достовірних відмінностей ($p=0,73$) при аналізі даних вмісту епітеліальних клітин в мазках відбитках зі слизової оболонки порожнини носу – 2А (1.02 ± 0.71) и 2Б (1.13 ± 0.76).

Рис. №6.

Показники кількості епітеліальних клітин у слизовій оболонці порожнини носу пацієнтів 2-ї групи в динаміці

Пацієнти II групи спостерігалися нами в амбулаторних умовах до 5-ти років. Розвиток перфорацій у кістковому відділі носової перегородки, при спостереженні хворих понад рік, дозволяє судити про порушення трофіки, яке проявляється в пізньому післяопераційному періоді. При динамічному спостереженні протягом 5-ти років всі пацієнти підгрупи 2А відзначали стан порожнини носа й носове дихання як задовільні. Двоє хворих (6,4%) скаржились на періодичну сухість слизової порожнини носа і скупчення кірок протягом року після операції, їм проводилися курси консервативного лікування і туалет порожнини носа. При ендоскопічному спостереженні за період від 1 року до 5 років після операції у пацієнтів підгрупи 2А слизова була блискуча і мала нормальний рожевий колір без нальотів і кірок. У всіх пацієнтів була збережена нормальна архітектоніка внутрішньоносових структур. У одного пацієнта через сім місяців після операції сформувалася перфорація носової перегородки в кістковому відділі до 3 мм у діаметрі. При динамічному спостереженні до 5 років розміри перфорації не збільшилися.

При динамічних оглядах пацієнтів підгрупи 2Б 11 (22%) обстежуваних скаржились на періодичну сухість у носі і скупчення сухих кірочок, однак скарг на порушення носового дихання не висували. Їм проводилися курси місцевого консервативного лікування, з аспіраційним туалетом порожнини носа і призначенням олійних крапель. Решта 39 (78%) пацієнтів оцінювали стан порожнини носа й носове дихання як задовільні. При огляді ендоскопами порожнини носа пацієнтів у підгрупі 2Б протягом 5-ти років після операції перфорації носової перегородки були відзначені у 9 (18%) осіб. Вони спостерігалися нами протягом 5-ти років і періодично отримували курс консервативного лікування (туалет порожнини носа, олійні краплі в ніс на тривалий період). У двох пацієнтів перфорації сформувалися через рік після операції в кістковому відділі носової перегородки і при динамічному

спостереженні до 5-ти років розміри перфорації збільшилися в одного пацієнта з 4 мм до 6 мм, у другого діаметр дефекту не змінився (до 6 мм). Краї дефекту в обох випадках були гладкими без ознак активного запалення. У 7 осіб перфорації сформувалися протягом 2-3-х років після операції. У 2 пацієнтів утворився дефект у кістковому відділі носової перегородки через 1,5 року після оперативного втручання (у одного діаметром до 2 мм, у другого обстежуваного до 5 мм). При спостереженні до 5-ти років розміри перфорацій у них не збільшилися. У трьох хворих перфорації носової перегородки в кістковому відділі мали розмір до 1 см, і були виявлені через 2 роки після операції. У двох пацієнтів утворилися перфорації розміром понад 1 см, які зачіпали кістковий і хрящовий відділи носової перегородки, і були виявлені при ендоскопічному огляді через 2,5 року після операції. При динамічному огляді цих пацієнтів протягом трьох років розміри перфорації не змінилися.

Серед другої групи прооперованих транссептальним доступом під нашим наглядом перебувало 17 (20,9%) пацієнтів з рецидивами пухлини селярної локалізації. Інтерес до цієї групи полягає в тому, що виникає можливість під час повторної операції вивчити стан кісткових і хрящових структур носової перегородки й слизової оболонки клиноподібної пазухи, після проведених раніше традиційних і модифікованих оперативних втручань. У ході реоперацій у підгрупі 2Б нерідко відзначався ряд труднощів: розриви слизової оболонки носової перегородки в ході поділу листків слизової в задніх відділах. Це викликало надмірну кровоточивість тканин і утруднену орієнтацію в операційній рані. При розривах слизової відчуття провалювання і порожнечі імітувало вхід у клиноподібну пазуху або в хоану.

У ході реоперацій у підгрупі 2А (n = 12) на етапі створення тунелів по дну порожнини носа і в хрящовому відділі носової перегородки особливих труднощів не виникало. Це пояснювалось тим, що при першій операції ці структури ушкоджувалися мінімально, і зберігалася структура взаємин: кістка - окістя, хрящ-охрястя, а також здійснювалася реімплантація кісткових фрагментів носової перегородки.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі доведена ефективність модифікованих методів хірургічного лікування шляхом порівняння клінічних, функціональних, лабораторних досліджень у пацієнтів з патологією ділянки клиноподібної пазухи. Вирішена важлива науково-практична задача: обґрунтована перевага хірургічного лікування пацієнтів з ізольованим сфеноїдитом за допомогою вдосконаленої пластики співустя клиноподібної пазухи, при трансанзальному доступі, а також доведена перевага модифікованого транссептального доступу до клиноподібної пазухи при хірургічному лікуванні новоутворень селярної локалізації що зумовлює підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з патологією ділянки клиноподібної пазухи.

1. Причиною рецидиву сфеноїдитів після трансназального хірургічного лікування в 9,4% випадків, є заростання новоствореного співустя клиноподібної пазухи.
2. Вдосконалений спосіб пластики співустя клиноподібної пазухи дозволяє сформувати дренажно-вентиляційний отвір у розмірі $5,4 \pm 0,5$ на $3,1 \pm 0,3$ мм у віддаленому післяопераційному періоді, і дає змогу зменшити кількість рецидивів хронічного сфеноїдиту в 4,8 рази ($p < 0,05$).
3. Причиною розвитку перфорації носової переділки до 8,1% випадків після трансептальної сфенотомії, була значна хірургічна травма, пов'язана з видаленням анатомічних структур носової переділки без наступної адекватної реконструкції в ході операції.
4. Вдосконала методика хірургічного доступу до клиноподібних пазух трансептальним методом з реімплантацією кісткових фрагментів і леміша дозволила зменшити в 5,6 разів ($p < 0,05$) кількість перфорацій носової переділки у віддаленому післяопераційному періоді.
5. Розроблений метод хірургічного лікування пацієнтів з патологією клиноподібної пазухи, на основі удосконаленого трансептального доступу, збільшує ефективність лікування за рахунок збереження нормальних функціональних і морфологічних показників порожнини носа у 93,6% пацієнтів.
6. Розроблений спосіб хірургічного формування співустя клиноподібної пазухи з елементами аутоімплантації збільшує ефективність лікування за рахунок збереження нормальних функціональних показників порожнини носа і дозволяє отримати стійкий позитивний результат у віддаленому післяопераційному періоді у 96,8% хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Застосування вдосконаленого способу пластики співустя клиноподібної пазухи з використанням Т-подібного розрізу слизової оболонки і аутоімплантації слизових лоскутів дозволяє сформувати необхідний дренажно-вентиляційний отвір і зменшити кількість рубцювання співустя в порівнянні з традиційною методикою.
2. Застосування розробленого методу трансептального доступу до клиноподібної пазухи з реімплантацією змодельованих кісткових фрагментів і модифікованим розрізом дозволяє зберегти нормальну архітекtonіку порожнини носа і функціональні показники, знижуючи ризик розвитку атрофічних і рубцевих процесів в післяопераційному періоді в порівнянні з традиційною методикою, що дозволяє отримати стійкий позитивний результат у віддаленому післяопераційному періоді.
3. В післяопераційному періоді у хворих з новоутвореннями селярної локалізації через велику операційну травму під час трансназального доступу існує ризик розвитку рубцевих і атрофічних процесів в порожнині носа при ринологічній нормі до операції.

4. Збереження структур носової перетинки при виконанні вдосконаленого транссептального доступу до клиноподібної пазухи при проведенні реоперацій з приводу рецидиву основного захворювання полегшує орієнтацію в операційному полі під час реоперації. Реімплантовані кісткові фрагменти носової перетинки і леміша слугують основними орієнтирами при повторному хірургічному доступі до клиноподібної пазухи.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Міжнародні наукометричні бази та іноземні видання

1. Березнюк В.В. Отдаленные результаты хирургических вмешательств при транссептальном доступе к клиновидным пазухам / В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова // Российская ринология.- 2014.- №1.-С.4-6. *(Особисто здобувачем проведено збір матеріалу, лікування хворих, клінічні дослідження та спостереження, статистичний аналіз та наукова інтерпретація отриманих даних).*

Фахові видання:

2. Березнюк В.В. Оценка сосотояния полости носа по данным повторных операций после транссептального доступа при опухолях гипофиза / В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова // Ринологія.- 2009.- №2.-С.50-52. *(Особисто здобувачем проведено збір матеріалу, лікування хворих, клінічні дослідження та спостереження, статистичний аналіз та наукова інтерпретація отриманих даних).*

3. Березнюк В.В. Модифікований спосіб транссептального доступу до клиноподібної пазухи / В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова // Ринологія.- 2015.- №1.- С.37-43. *(Особисто здобувачем проведено збір матеріалу, лікування хворих, клінічні дослідження та спостереження, статистичний аналіз та наукова інтерпретація отриманих даних).*

4. Березнюк В.В. Ефективний спосіб формування співустя клиноподібної пазухи при транс назальному доступі /В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. - 2015.- №3.- С.4-9. *(Особисто здобувачем проведено збір матеріалу, лікування хворих, клінічні дослідження та спостереження, статистичний аналіз та наукова інтерпретація отриманих даних).*

5. Березнюк В.В. Диагностика и хирургическое лечение изолированных сфеноидитов /В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. - 2015.- №5.- С.49-57. *(Особисто здобувачем проведено збір матеріалу, лікування хворих, клінічні дослідження та спостереження).*

Публікації монографії (у співавторстві):

6. Сфеноїдит / А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, В.В. Березнюк, А.Л.Косаковський, Д.Д. Заболотна, О.В. Сапронова, [та ін.]. – К.: Логос, 2012. – 155с. *(Особисто здобувачем проведено частково збір матеріалу, лікування хворих, клінічні дослідження та спостереження).*

Деклараційні патенти:

7. Патент 3218 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб транссептального доступу до клиноподібної пазухи / Березнюк В.В., Сапронова О.В., Таран М.В. (Україна). – №20040705718; заявл. 13.07.04; опубл. 15.10.04. (Особисто здобувачем проведено збір матеріалу, лікування хворих, клінічні дослідження та спостереження, статистичний аналіз та наукова інтерпретація отриманих даних, формулювання формули винаходу).

8. Патент 3220 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування сфеноїдиту / Березнюк В.В., Сапронова О.В., Таран М.В. (Україна). – №20040705719; заявл. 13.07.04; опубл. 15.10.04. (Особисто здобувачем проведено збір матеріалу, лікування хворих, клінічні дослідження та спостереження, статистичний аналіз та наукова інтерпретація отриманих даних, формулювання формули винаходу).

Тези:

9. Березнюк В.В. Опыт эндоназальных вмешательств на клиновидных пазухах /В.В. Березнюк, М.В. Таран, Е.В. Сапронова // Конференція Українського наукового медичного товариства оториноларингологів Дніпропетровськ доповідь тези, 28-30 травня 2003р., - С.160-161. (Автор брав участь в обстеженні і лікуванні хворих, самостійно провів аналіз та обробку матеріалу, підготував статтю до друку).

10. Березнюк В.В. Особенности хирургического лечения патологии клиновидной пазухи /В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова, М.В. Таран, Я.Б. Соколенко // X з'їзд оториноларингологів України 22-25 травня 2004 р., Судак, доповідь, тези. - С.76. (Автор брав участь в обстеженні і лікуванні хворих, самостійно провів аналіз та обробку матеріалу, підготував статтю до друку).

11. Березнюк В.В. Особенности эндоназальных доступов к клиновидной пазухе /В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова, Я.Б. Соколенко, А.А. Чернокур // Журнал вушних, носових і горлових хвороб.- 2004.- №5-с.- С.7. (Автор брав участь в обстеженні і лікуванні хворих, самостійно провів аналіз та обробку матеріалу, підготував статтю до друку).

12. Березнюк В.В. Хирургическое лечение изолированных грибковых сфеноидитов /В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова, Я.Б. Соколенко, М.В. Таран // Журнал вушних, носових і горлових хвороб.- 2005.- №5-с.- С.19. (Автор брав участь в обстеженні і лікуванні хворих, самостійно провів аналіз та обробку матеріалу, підготував статтю до друку).

13. Березнюк В.В. Орбитальные риногенные осложнения /В.В. Березнюк, Я.Б. Соколенко, Е.В. Сапронова, М.В. Таран // Журнал вушних, носових і горлових хвороб.- 2006.- №5-с.- С.192-193. (Автор брав участь в обстеженні і лікуванні хворих, самостійно провів аналіз та обробку матеріалу, підготував статтю до друку).

14. Березнюк В.В. Пути перемещения секрета в клиновидной пазухе /В.В. Березнюк, Е.В. Сапронова // Журнал вушних, носових і горлових хвороб.- 2008.-

№3-с.- С.83-84. (Автор брав участь в обстеженні і лікуванні хворих, самостійно провів аналіз та обробку матеріалу, підготував статтю до друку).

15. Березнюк В.В. Наш опыт хирургических вмешательств на клиновидных пазухах /В.В. Березнюк, Я.Б. Соколенко, Е.В. Сапронова, Е.А. Литовченко, Л.А. Чигрина // Журнал вушних, носових і горлових хвороб.- 2014.- №5-с.- С.12. (Автор брав участь в обстеженні і лікуванні хворих, самостійно провів аналіз та обробку матеріалу, підготував статтю до друку).

16. Березнюк В.В. Отдаленные результаты хирургических вмешательств при транссептальном доступе к клиновидным пазухам /В.В. Березнюк, Я.Б. Соколенко, Е.В. Сапронова, Е.А. Литовченко, Л.А. Чигрина, А.А.Палюх // Журнал вушних, носових і горлових хвороб.- 2015.- №5-с.- С.217. (Автор брав участь в обстеженні і лікуванні хворих, самостійно провів аналіз та обробку матеріалу, підготував статтю до друку).

АНОТАЦІЯ

Сапронова О.В. Ендоназальна модифікована мікрохірургія у реабілітації хворих з патологією в клиноподібній пазусі. – 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, 2016

У роботі розглядалися результати хірургічного лікування хворих з патологією області клиноподібної пазухи. Досліджувалися стан співустья клиновидних пазух, функціональний стан слизової оболонки й порожнини носа до та після запропонованих варіантів лікування, клінічний стан хворих.

Досліджувалися результати удосконалених нами методів хірургічного лікування при транссептальному (І група) і трансназальному (ІІ група) доступах у 145 хворих з ізольованими ураженнями клиновидних пазух.

Пацієнти кожної групи були розбиті на дві підгрупи: основну (А), в якій проводилося оперативне втручання за розробленою в клініці методикою, і групу порівняння (Б), представлену пацієнтами, прооперованими загальноприйнятими методами.

І група складалася з 64 пацієнтів з хронічним запальним процесом у клиновидних пазухах. У підгрупі 1А - 31 особа, при трансназальному втручанні на клиновидних пазухах була виконана пластика співустья за вдосконаленою методикою. У підгрупі 1Б - 33 пацієнти, співустья клиновидних пазух створювалося за загальноприйнятою методикою.

У ІІ групі 81 хворому виконувався транссептальний доступ до клиноподібної пазухи, як етап нейрохірургічної операції, з приводу пухлин селярної локалізації. Основна підгрупа 2А представлена 31 пацієнтом, яким доступ здійснювався за вдосконаленою щадною методикою. У цій підгрупі у всіх пацієнтів пухлинна тканина проростала в порожнину пазухи. Підгрупу порівняння 2Б - становили 50 пацієнтів, яким операція проводилася за традиційною методикою.

Проведено аналіз ефективності розроблених методів лікування в ранньому і віддаленому післяопераційному періоді. Удосконалено хірургічне лікування хворих з ізольованим сфеноїдитом за рахунок модифікованої трансназальної сфенотомії, що дозволило отримати позитивний результат, підтверджений ендоскопічними дослідженнями, у 96,8% пацієнтів і зменшити рубцювання новоствореного співустя у віддаленому післяопераційному періоді в 4,8 разу.

Науково обґрунтовано нормальне функціонування порожнини носа у 93,6% пацієнтів після транссептального доступу до клиноподібної пазухи, за рахунок модифікованого транссептального доступу до клиноподібної пазухи, і виявлено зменшення кількості перфорацій носової перегородки у віддаленому післяопераційному періоді в 5,6 разу.

Ключові слова: *клиноподібна пазуха, аденома гіпофіза, сфенотомія, трансназальний доступ, транссептальний доступ, перфорація носової перегородки, співустя клиноподібної пазухи.*

АНОТАЦІЯ

Сапронова Е.В. Эндоназальная модифицированная микрохирургия в реабилитации больных с патологией в клиновидной пазухе. На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.19 - оториноларингология. ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины», Киев, 2016.

В работе рассматриваются результаты хирургического лечения больных с патологией области клиновидной пазухи. Оценивались состояние соустья клиновидных пазух, функциональное состояние слизистой оболочки и полости носа до и после предложенных вариантов лечения, клиническое состояние больных.

Исследовались результаты усовершенствованных нами методов хирургического лечения при транссептальном (I группа) и трансназальном (II группа) доступах у 145 больных с изолированным поражением клиновидных пазух.

Пациенты каждой группы были разбиты на две подгруппы: основную (А), которым производилось оперативное вмешательство по разработанной в клинике методике и группу сравнения (Б) представлена пациентами, прооперированными общепринятыми методами.

В I группе состояло 64 пациента с хроническим воспалительным процессом в клиновидных пазухах. В подгруппе 1А - 31 человек, при трансназальном вмешательстве на клиновидных пазухах была выполнена пластика соустья по усовершенствованной методике. В подгруппе 1Б - 33 пациента соустье клиновидных пазух создавалось по общепринятой методике.

Во II группе 81 больному выполнялся транссептальный доступ к клиновидной пазухе, как этап нейрохирургической операции, по поводу опухолей селлярной локализации. Основная подгруппу 2А – представлена 31 пациентом, которым доступ осуществлялся по усовершенствованной щадящей методике. В

этой подгруппе у всех пациентов опухолевая ткань проросла в полость пазухи. Подгруппу сравнения 2Б – составляло 50 пациентов, которым операция проводилась по традиционной методике.

Проведен анализ эффективности разработанных методов лечения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Усовершенствовано хирургическое лечение больных с изолированным сфеноидитом, за счет модифицированной трансназальной сфенотомии, что позволило получить положительный результат, подтвержденный эндоскопическими исследованиями, у 96.8% пациентов, и уменьшить рубцевания вновь созданного соустья в отдаленном послеоперационном периоде в 4,8 раз.

Научно обосновано нормальное функционирование полости носа у 93.6% пациентов после транссептального доступа к клиновидной пазухе, за счет модифицированного транссептального доступа к клиновидным пазухам, и выявлено уменьшение количества перфораций носовой перегородки в отдаленном послеоперационном периоде в 5.6 раз.

Ключевые слова: *клиновидная пазуха, аденома гипофиза, сфенотомия, транссептальный доступ, трансназальный доступ, перфорация носовой перегородки, рецидив сфеноидита, соустье клиновидной пазухи.*

SUMMARY

Sapronova E.V. Endonasal modified microsurgery in rehabilitation of the sick with pathology in sphenoid sinus.- As manuscript.

Medical Science candidate's thesis, speciality 14.01.19- otorhinolaryngology. Stage Enterprise «Institute of Otorhinolaryngology named after prof.O.S. Kolomyychenko NAMS of Ukraine ", Kyiv, 2016.

In the thesis the results of surgery of the sick with pathology in sphenoid sinus are under consideration. The state of sphenoid sinus anastomosis is under estimation, as well as functional state of mucous membrane and nasal cavity before and after variants of curing which have been proposed, clinical condition of the sick was also examined.

We researched the results of methods of surgery, improved by us, with transseptal (group 1) and transnasal (group 2) access of 145 sick people with isolated sphenoid sinuses affection.

The patients of each group had been splitted into two groups: the main one (A) who were cured according to the developed methods of surgery in clinic; the group of comparison (B) consisting of those who were operated according to the standard procedure.

In group 1 there were 64 patients with chronic inflammatory process in sphenoid sinuses. In subgroup 1A there were 31 people; while transnasal surgery on sphenoid sinus we operated anastomosis according to the improved methods. In subgroup 2 there were 33 people and the same operation was done according to the standard methods.

Group 2 consisted of 81 patients and these people underwent transseptal access to sphenoid sinuses, as the stage of neuro-surgery of sellar localization tumour . Main

subgroup 2A included 31 patient, to whom improved sparing method was applied. All patients of this group suffered from tumour which ingrew in sinus cavity. The subgroup of comparison 2B consisted of 50 people, who underwent a standard surgery.

The analyses of effectiveness of the developed curing methods during early and late afterwards stages was carried out. Surgery of patients with isolated sphenoid was improved by means of modified nasal sphenotomia, which gave us a possibility to get 96.8% of patients with positive results, which were confirmed by endoscopic research, and it helped to reduce scarring of newly-created anastomosis in late afterwards period in 4.8 times.

Normal functioning of nasal cavity of 93.6% patients after transseptal access to sphenoid sinus by means of modified transseptal access to sphenoid sinuses was scientifically grounded, 5.6 times reduce in quantity of nasal septum perforation in late after-surgery period was brought out.

Key words: SPHENOID SINUS, PITUITARY ADENOMA, SFENOTOMIYA, TRANSSEPTAL ACCESS, TRANSNASAL ACCESS, NASAL CAVITY PERFORATION, SPHENOIDITIS RELAPSE, SPHENOID SINUS ANASTOMOSIS.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

КТ- комп'ютерна томографія

МРТ – магнітно-резонансна томографія