

O. Bredun

Comparative analysis of bacteriological studies of palatal tonsillar core microflora in case of chronic inflammation and hypertrophy in children

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. There was assessed bacteriological profile of palatal tonsillar core in children with chronic tonsillitis and hypertrophy.

Aim. To assess of palatal tonsillar core microflora in case of chronic tonsillitis and hypertrophy in children.

Methods. There was conducted prospective bacteriological study of 36 palatal tonsillar core in children with tonsillar core hypertrophy.

Conclusions. Thus, our research has shown that bacteria of *Streptococcus* spp, namely, *Str. Viridans* is isolated most frequently in the core of tonsils of the children with pathology. This microorganism is detected in all age groups, in most cases it is sensitive to lincomycin and rifampicin and a third of patients are resistant to penicillins, cephalosporins and aminoglycosides. In its turn, *S. aureus* is isolated most frequently in the core of tonsils of the children with chronic tonsillitis. This microorganism is detected in all age groups and in all the cases it is sensitive to lincomycin and rifampicin and to β -lactam antibiotic penicillin in a quarter of cases.

Key words: children, palatal tonsillar, microflora, bacteriological studies, comparative analysis, inflammation, hypertrophy.

Відомості про авторів:

Бредун Олександр Юрійович – к.мед.н., доцент кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фонії атрії НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: 04112, м. Київ, вул. Дорогожичська, 9.

УДК:616.714:616.211-089.001.8**© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2016*****Д.Д.Заболотна, О.І.Паламар, І.Р.Цвірінько***

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЕНДОНАЗАЛЬНИХ ДОСТУПІВ ДО ОСНОВИ ЧЕРЕПА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРОЖНИНИ НОСА

**ДУ «Інститут оториноларингології ім. проф. О.С.Коломійченка
НАМН України», м. Київ**

Вступ. Хірургічне лікування пацієнтів з пухлинами селярно-хіазмальної ділянки являється серйозною проблемою сучасної оториноларингології та нейрохірургії. До недавнього часу для видалення новоутворень селярно-хіазмальної ділянки використовувалися мікрохірургічні трансфеноїдальні та мікрохірургічні транскраніальні операції. Але розвиток новітніх технічних досягнень та науково-технічного прогресу призвели до удосконалення оперативної техніки. За останні два десятиліття ендоскопічна ендоназальна хірургія основи черепа зазнала істотних революційних змін, що дало змогу вдосконалити і мінімізувати травматизм доступів до найбільш віддалених і найбільш важкодоступних анатомічних ділянок.

Мета. Оцінка ефективності різних варіантів ендоскопічних ендоназальних трансфеноїдальних доступів до основи черепа в залежності від анатомічних особливостей будови носових структур.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходився 121 випадок у хворих з новоутвореннями основної пазухи та селярно-хіазмальної ділянки. У всіх хворих проводилися загальноклінічні, інструментальні та лабораторні методи дослідження.

Результати. Нами проведено обстеження і лікування 121 пацієнта з патологією селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу за період 2009- 2014 роки. Вік хворих коливався від 16 до 70 років. Кількість чоловіків – 54, жінок – 64. Всіх госпіталізованих розподілили на групи в залежності від ступеню вираженості викривлення перетинки носа та особливостей будови порожнини носа, що в подальшому було пов'язане з способом доступу до основи черепа. В першу групу ввійшло 29 пацієнтів, в яких спостігалось значне викривлення перетинки носа. В другу – 42, де відмічалось помірне викривлення перетинки носа. Третю складало 50 хворих - носова перетинка знаходилася в середньому положенні, або відмічалася незначна її девіація. Доступи до основної пазухи ми проводили в залежності від анатомічних особливостей порожнини носа. Пацієнтам першої групи проводився ендоскопічний ендоназальний трансептальний доступ з попереднім виконанням підслизової резекції перетинки носа. В другій групі хворих було проведено ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний доступ до основної пазухи з резекцією певних носових структур. В третій групі пацієнтів використовувався ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний зберігаючий доступ. Аналізуючи перебіг раннього післяопераційного перебігу – в першій групі при риноскопії слизова оболонка тотально вкрита геморагічними кірками. Кірки тотально закривають носові ходи та починають відходити на 12-14 день після операції. В другій - відмічалася наявність кірок переважно в задніх відділах, що важко відходять і можуть нагноюватися. Відходження кірок мало місце на 10-12 день після операції. В пацієнтів з органозберігаючими доступами – невелика кількість кірок на слизовій з швидким відновленням слизової (7-10день).

Висновки. Оперативні ендоскопічні ендоназальні доступи мають бути спрямовані на достатній огляд та радикальність вилучення, і разом з тим на мінімальну травматизацію суміжних структур.

Ключові слова: патологія селярно-хіазмальної ділянки, ендоназальний трансфеноїдальний доступ, анатомічні особливості порожнини носа.

Вступ. Хірургічне лікування пацієнтів з пухлинами селярно-хіазмальної ділянки являється серйозною проблемою сучасної оториноларингології та нейрохірургії [2]. Це пов'язано зі значною кількістю хворих та залучення в патологічний процес важливих анатомічних структур, що обумовлює складність вибору адекватного хірургічного доступу і складність радикального видалення пухлини при мінімальній кількості ускладнень [7]. Прагнучи досягнення цих пунктів, в багатьох провідних клініках світу зрозуміли необхідність командної співпраці оториноларинголог-нейрохірург [6].

До недавнього часу для видалення новоутворень селярно-хіазмальної ділянки використовувалися здебільшого 2 основних види операцій – мікрохірургічні трансфеноїдальні та мікрохірургічні транскраніальні операції [2,4]. У кожній з них є свої особливості, переваги та недоліки. Але розвиток новітніх технічних досягнень та науково-технічного прогресу призвели до удосконалення оперативної техніки та поступового зниження інвазивності цих підходів [7]. Трансфеноїдальний ендоназальний ендоскопічний підхід дає можливість доступу до селярно-хіазмальної ділянки через природні шляхи, мінімізуючи операційний травматизм. Цей доступ знаходився раніше в резерві

та майже не використовувався для хірургічного лікування уражень селярно-хіазмальної ділянки аж до 1987 року, коли Вейс назвав та описав розширений трансфеноїдальний доступ. Здійснюючи трансфеноїдальний підхід з видаленням додаткової кістки уздовж *tuberculum sellae* і задньої частини *planum sphenoidale* він мав намір отримати доступ до супраселлярного простору [2]. Пізніше, це набуло фундаментального значення, в зв'язку з появою ендоскопа, що прискорило розвиток трансфеноїдальних доступів до ряду областей основи черепа [1,2].

Після появи і за останні два десятиліття ендоскопічна ендоназальна хірургія основи черепа зазнала істотних революційних змін, що дало змогу вдосконалити і мінімізувати травматизм доступів до найбільш віддалених і найбільш важкодоступних анатомічних ділянок [5].

Хоча ендоскопічна ендоназальна хірургія розвивається за рахунок інновацій і технічного прогресу - зниження показників захворюваності та смертності безперечно досягається і шляхом практичного вдосконалення [7,3]. Крім того безперечними є додаткові переваги ендоскопічної техніки - ендоназальні доступи виявилися менш травмуючими, з мінімальним післяопераційним болем і сприяли значному скороченню післяопераційного періоду [6,4].

Мета. Оцінити ефективність різних варіантів ендоскопічних ендоназальних трансфеноїдальних доступів до основи черепа в залежності від анатомічних особливостей будови носових структур.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходився 121 випадок у хворих з новоутвореннями основної пазухи та селярно-хіазмальної ділянки, які були прооперовані ендоскопічними ендоназальними доступами в ДУ «Інституті отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченко НАМН України», ДУ «Інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України». У всіх хворих проводилися загальноклінічні методи дослідження, які включали: збір анамнезу, риноскопію, ендоскопічне обстеження порожнини носа, огляд офтальмолога та нейрохірурга. Крім того застосовувалися інструментальні методи обстеження: комп'ютерна томографія (КТ) основи черепа, магнітно-резонансна томографія (МРТ) головного мозку. Застосовувалися також загальноклінічні та біохімічні лабораторні методи обстеження.

Результати та їх обговорення. Нами проведено обстеження і лікування 121 пацієнта з патологією селярно-хіазмальної ділянки та кавернозного синусу за період з 2009- 2014 роки. Вік хворих коливався від 16 до 70 років. Кількість чоловіків – 54, жінок – 64.

Пацієнти поступали зі скаргами на головний біль, порушення зору, втомлюваність, загальну слабкість, утруднення дихання через ніс. При гормонпродукуючих аденомах спостерігалися - збільшення плоских кісток, порушення *menses*, наявність ожиріння, стрій, галактореї. З даних анамнезу захворювання тривало від 1 міс до десятків років. Пацієнтам проводилося КТ та МРТ обстеження голови, визначення рівня соматотропного гормону (СТГ), тиреотропного гормону (ТТГ), кортизолу та пролактину в крові, оглядалися офтальмологом. Всім пацієнтам проводилося ендоскопічне ендоназальне видалення новоутворень основи черепа з пластиною твердої мозкової оболонки (ТМО), або без. При гігантських аденомах оперативне втручання проводилося в 2 етапи. Гістологічна природа новоутворень складала: аденоми, краніофарингеоми, менінгіоми, карциноми та ін. (таблиця).

**Гістологічна характеристика новоутворень
селярно-хіазмальної ділянки**

Гістологія	Кількість пацієнтів	%
Аденоми функціональні	83	68,6
Аденоми нефункціональні	19	15,7
Краніофарингеоми	5	4,2
Менінгіоми	7	5,8
Парагангліома	1	0,8
Остеобластокластома	1	0,8
Хондросаркома	3	2,5
Хондроміксної фіброма кавернозного синусу	1	0,8
Карцинома	1	0,8

Всіх госпіталізованих розподілили на групи в залежності від ступеню вираженості викривлення перетинки носа та особливостей будови порожнини носа, що в подальшому було пов'язане з способом доступу до основи черепа.

З 121 випадку в 29 спостерігалось значне викривлення перетинки носа в кістковому та хрящовому відділі, наявність гребенів та шипів з обох боків. Що значно утруднювало огляд та доступ до глибоких відділів порожнини носа та проведення будь яких маніпуляцій в ділянці основної пазухи.

В 42 випадках відмічалось помірне викривлення перетинки носа (наявність шипа, гребеня в той чи інший бік в кістковому чи/та хрящовому відділі). В цю групу увійшли також пацієнти з *concha bullosa* (що відповідно звужувало хірургічний коридор - в таких випадках зазвичай здійснювалася її повна чи часткова резекція), подвійною середньою носовою раковиною, синехіями носової порожнини. Це зумовлювало деякі незручності при оперативній техніці «в чотири руки», що потребувало деякого розширення операційного поля.

В 50 випадках носова перетинка знаходилася в серединному положенні, або відмічалася незначна її девіація. В цих хворих доступ до сфеноїдального синусу не був обмежений анатомічними особливостями носових структур.

Доступи до основної пазухи проводилися в залежності від анатомічних особливостей порожнини носа.

Викривлення перетинки носа, наявність гребенів або шипів можуть значно ускладнювати хірургічний доступ до основи черепа і ретельно вивчалися під час передопераційної підготовки. В першій групі пацієнтів

відмічалася значне викривлення перетинки носа в хрящовому та кістковому відділах. Таким хворим проводився ендоскопічний ендоназальний транссептальний доступ з попереднім виконанням підслизової резекції перетинки носа.

В другій групі хворих було проведено ендоскопічний ендоназальний транссфеноїдальний доступ до основної пазухи з резекцією певних носових структур: задніх відділів перетинки носа, верхніх, середніх носових раковин, задня етмоїдектомія, резекцією медіальної стінки гайморової пазухи та ін.

В третій групі пацієнтів, де мала місце незначна девіація перетинки носа, або остання розташовувалася в серединному положенні використовувався ендоскопічний ендоназальний транссфеноїдальний зберігаючий доступ. На назальному етапі середні носові раковини обережно латералізувалися, або відбувалася часткова резекція для кращої візуалізації задніх відділів порожнини носа.

Після цього стають доступні огляду верхня носова раковина та медіальніше - природнє співуста основної пазухи. Це є ключовим орієнтиром для входу в клиноподібну пазуху, що розташований на відстані близько півтора сантиметрів вище хоан. Носова перетинка залишалася інтактною. Доступ в «чотири роки» здійснювався через обидві половини носа шляхом руйнування міжпазушної перетинки основної пазухи.

Спостерігаючи за хворими в ранньому післяопераційному періоді - в 29 пацієнтів в яких застосовувався транссептальний доступ – слизова оболонка тотально вкрита геморагічними кірками з переважною локалізацією на перетинці (якщо мала місце конхотомія, то й на латеральній стінці носової порожнини). Кірки тотально закривають носові ходи та починають відходити на 12-14 день після операції. В тих пацієнтів, де застосовувалися ендоскопічні деструктивні доступи – відмічалася наявність кірок переважно в задніх відділах, що важко відходять і можуть нагноюватися. Відходження кірок відмічалася на 10-12 день після операції. Органозберігаючі доступи –невелика кількість кірок на слизовій з швидким відновленням слизової. Вже на 7-10 день можливе ендоскопічне обстеження порожнини носа з візуалізацією носових структур та сфеноетмоїдального закутку.

При застосуванні деструктивних методів спостерігалася підвищена кровоточивість на фоні видалення тампонів. З 42 пацієнтів у 3 кровотеча не зупинялася самостійно чи шляхом застосування гемостатиків, що потребувало повторної передньої тампонади. При транссептальному доступі - в ранньому післяопераційному періоді кровотеча спостерігалася в 1 хворого, що потребувало повторної тампонади. В хворих з ендоскопічними зберігаючими доступами підвищеної кровоточивості при видаленні тампонів не спостерігалася.

При застосуванні транссептального та ендоскопічних деструктивних доступів з подальшою тривалою тампонадою спостерігали загострення хронічних риносинуситів в пацієнтів, в яких в анамнезі відмічалася дана патологія. Зокрема у 4-ох пацієнтів з 29, де застосовувався транссептальний доступ, та в 7-ох пацієнтів з застосованими деструктивними доступами до селярної ділянки.

Висновки. Оперативні ендоскопічні ендоназальні доступи мають бути спрямовані на достатній огляд та радикальність видалення, і разом з тим

намінімальну травматизацію суміжних структур. Чим менша інтраопераційна травматизація носових структур, тим менший об'єм післяопераційних маніпуляцій, коротша тривалість післяопераційного періоду та знижується відсоток виникнення післяопераційних ринологічних ускладнень.

Література

1. Юджин Б. Керн. Транссептально-трансфеноидальная хирургия гипопфиза // Российская ринология. - 1994. - N4. - С.3-8.
2. Domenico Solari, MD, Alessandro Villa, MD, Michelangelo De Angelis, MD, Felice Esposito, MD, PhD, Luigi Maria Cavallo, MD, PhD, and Paolo Cappabianca, MD. Anatomy and Surgery of the Endoscopic Endonasal Approach to the Skull Base // Transl Med UniSa.- 2012 Jan-Apr. - № 2. - P. 36-46.
3. Jouanneau Emmanuel, Messerer Mahmoud and Berhouma Moncef (2011). Endoscopic Endonasal Skull Base: Surgery: Current State of the Art and Future Trends, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/advances-in-endoscopic-surgery/endoscopic-endonasal-skull-base-surgery-current-state-of-the-art-and-future-trends>
4. Kilty S.J.1, McLaughlin N., Bojanowski M.W., Lavigne F. Extracranial complications of endoscopic transsphenoidal sellar surgery. // J. Otolaryngol Head Neck Surg. -2010 Jun. - №39(3). - P.309-14.
5. Saeki N.1, Murai H., Hasegawa Y., Horiguchi K., Hanazawa T., Fukuda K. [Endoscopic endonasal surgery for extrasellar tumors: case presentation and its future perspective]. // No Shinkei Geka. - 2009 Mar. - №37(3). - P.229-46.
6. Stamm A.C. Transnasal endoscopic-assisted skull base surgery. // Ann. OtolRhinol. Laryngol. - 2006. - № 115(9)suppl 196. - P.45-53.
7. Y.R. Yadav, S. Sachdev, V. Parihar, H. Namdev, and P.R. Bhatele. Endoscopic endonasal trans-sphenoid surgery of pituitary adenoma // J. Neurosci Rural Pract. - 2012 Sep-Dec. - № 3(3). - P. 328-337.

Д. Д.Заболотна, О.И. Паламар, И.Р.Цвиринько

Особенности формирования эндоназальных доступов в зависимости от анатомического строения полости носа

**ГУ «Институт оториноларингологии им. проф. О.С.Коломийченка
НАМН Украины», г. Киев**

Введение. Хирургическое лечение пациентов с опухольми sellарно-хиазмального участка является серьезной проблемой современной оториноларингологии и нейрохирургии. До недавнего времени для удаления новообразований sellарно-хиазмального участка использовались микрохирургические трансфеноидальные и микрохирургические транскраниальные операции. Развитие новейших технических достижений и научно-технического прогресса привели к совершенствованию оперативной техники. За последние двадцать лет эндоскопическая эндоназальная хирургия основания черепа претерпела существенных революционных изменений, что позволило усовершенствовать и минимизировать травматизм доступов к наиболее отдаленным и самым труднодоступным анатомическим участкам.

Цель. Оценка эффективности различных вариантов эндоскопических эндоназальных трансфеноидальных доступов к основанию черепа в зависимости от анатомических особенностей строения носовых структур.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 121 случай у больных с новообразованиями основной пазухи и sellарно-хиазмальной

области. У всех больных проводились общеклинические, инструментальные и лабораторные методы исследования.

Результаты. Нами проведено обследование и лечение 121 пациента с патологией sella-хиазмальной области и кавернозного синуса за период 2009-2014 гг. Возраст больных колебался от 16 до 70 лет. Количество мужчин - 54, женщин - 64. Всех госпитализированных разделили на группы в зависимости от степени выраженности искривления перегородки носа и особенностей строения полости носа, что в дальнейшем было связано с видом доступа к основанию черепа. В первую группу вошло 29 пациентов, у которых наблюдалось значительное искривление перегородки носа. Во вторую - 42, где отмечалось умеренное искривление перегородки носа. Третью составило 50 больных - носовая перегородка находилась в срединном положении, или отмечалась незначительная ее девиация. Доступы к основной пазухе проводились в зависимости от анатомических особенностей полости носа. Пациентам первой группы проводился эндоскопический эндоназальный транссептальный доступ с предварительным выполнением подслизистой резекции перегородки носа. Во второй группе больным было произведено эндоскопический эндоназальный трансфеноидальный доступ к основной пазухе с резекцией определенных носовых структур. В третьей группе пациентов использовался эндоскопический эндоназальный трансфеноидальный сохраняющий доступ. Анализируя ход раннего послеоперационного течения - в первой группе при риноскопии слизистая оболочка тотально покрыта геморрагическими корками. Корки тотально закрывают носовые ходы и начинают отходить на 12-14 день после операции. Во второй - отмечалось наличие корок преимущественно в задних отделах, которые трудно отходят и могут нагнаиваться. Отхождение корок имело место на 10-12 день после операции. У пациентов с органосохраняющими доступами - небольшое количество корок на слизистой с быстрым восстановлением слизистой (7-10 день).

Выводы. Оперативные эндоскопические эндоназальные доступы должны быть направлены на достаточный обзор и радикальность удаления, и вместе с тем на минимальную травматизацию смежных структур.

Ключевые слова: патология sella-хиазмального участка, эндоназальный трансфеноидальный доступ, анатомические особенности полости носа.

D.Zabolotna, O.Palamar, I.Tsvirinko

Features of forming intranasal approaches depending on the anatomical features of the nasal cavity

SI "Professor Kolomiichenko Institute of Otorhinolaryngology
of NAMS of Ukraine"

Introduction. Surgical treatment of patients with tumors of the chiasmatic-sellar region is a serious problem in modern otorhinolaryngology and neurosurgery. Recently, microsurgical transsphenoidal and transcranial microsurgical operations have been used for removal of tumors of the chiasmatic-sellar region. But the development of new technological, scientific and technological achievements has led to the improvement of the operational equipment. Over the past two decades of endonasal endoscopic surgery of the skull base has undergone significant revolutionary changes, which made it possible to minimize injuries and improve access to the most remote and difficult to reach anatomical sites.

The aim. To evaluate the effectiveness of different options of intranasal endoscopic transsphenoidal approaches to the skull base depending on the anatomical features of the nasal structures.

Materials and methods. We observed 121 patients with neoplasms in chiasmatic-sellar region. The general clinical, instrumental and laboratory methods were used in all the cases.

Results. We examined and treated 121 patients with pathology of the chiasmatic-sellar region and cavernous sinus during 2009- 2014. The age of patients ranged from 16 to 70 (54 men and 64 women). All the hospital patients were divided into groups depending on the degree of nasal septum deviation and the structural features of the nasal cavity, which was later linked to the way of access to the base of the skull. The first group included 29 patients who experience severe nasal septum deviation. The second group included 42 patients who had moderate nasal septum deviation. The third group included 50 patients with nasal septum in a central position and the slight deviation. We conducted accesses to the basic sinus depending on the anatomical features of the nasal cavity. The patients of the first group were performed endoscopic endonasal transseptal access with primary sub mucosal resection of nasal septum. The second group of patients were conducted endoscopic endonasal transsphenoidal access to the basic sinus with resection of certain nasal structures. Endoscopic endonasal transsphenoidal retaining approach was used in the third group of patients. Analyzing the early postoperative period in the first group we observed mucosa totally covered with hemorrhagic crusts. The crusts totally cover the nasal passages and are beginning to discharge on the 12th-14th days after the surgery. In the second group, such crusts were mainly in the posterior part that can fester and were difficult to discharge. The discharge of the crusts occurred on the 10th-12th days after surgery. The patients with preserving surgery had a small amount of mucus crusts and short time of mucosal recovery (the 7th-10th days).

Conclusions. Surgical endonasal endoscopic approaches should include the proper examination and total removal as well as a minimal damage to adjacent structures.

Key words: pathology, chiasmatic-sellar region, transsphenoidal endonasal approach, anatomical nasal cavity.

Відомості про авторів:

Заболотна Діана Дмитрівна - доктор медичних наук, пров. н.с. ДУ «Інститут оториноларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

Паламар Орест Ігорович - доктор медичних наук, ДУ «Інститут оториноларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України».

Цвірінько Ірина Романівна - аспірант ДУ «Інститут оториноларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України».

УДК 616.322-007.61-092-089.27:615.841:615.846

© І. А. КОСАКІВСЬКА, В. М. ЖЕЖЕРА, 2016

І. А. Косаківська¹, В. М. Жежера²

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ГІПЕРТРОФОВАНИХ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКАХ ПІСЛЯ ПІДСЛИЗОВОЇ ЕЛЕКТРОТЕРМОАДГЕЗІЇ

¹ Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ,

² Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Вступ. Основними методами лікування гіпертрофії піднебінних мигдаликів є тонзилотомія або тонзилопластика. Одним із сучасних методів, що дозволяє