

патологію. Було відзначено, що зі збільшенням середніх порогів слуху збільшується значення інтервалів I-V, III-V, та величина хвилі V. Це пояснюється тиском, який чинить пухлина на волокна провідних шляхів слухового аналізатора.

© О.М. Науменко, К.Я. Терентьева, К. Niemczyk, 2016

*М.И. НИКУЛИН, И.М. НИКУЛИН, Г.П. ЛЕЩЕНКО (ЗАПОРОЖЬЕ, УКРАИНА)*

## **ПРОФИЛАКТИКА СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА**

Сенсоневральная тугоухость (СНТ) является самостоятельным, поли этиологическим заболеванием, в основе которого лежит повреждение сенсоневральных структур слухового анализатора, начиная от волосковых клеток спирального органа и заканчивая его корковым отделом.

По данным литературы 2-6% населения земного шара имеют нарушения слуха и 74-75% из этого числа страдают СНТ. Более половины пациентов находятся в работоспособном возрасте и обращаемость их за медицинской помощью неуклонно растет.

Из причин, приводящих к СНТ, можно выделить три основные:

- сосудистые расстройства (гипертоническая болезнь, вертебробазилярная недостаточность, церебральный атеросклероз);
- инфекционные заболевания (грипп, ОРВИ, инфекционный паротит, сифилис и др.);
- травматическая этиология (черепно-мозговая, акустическая, баротравма).

Большинство авторов считают, что сосудистый фактор является ведущим в развитии СНТ. Известно, что в его основе лежит нарушение кровообращения в лабиринтной артерии, возникающее вследствие вертебробазилярной недостаточности (ВБН). Причины, приводящие к ВБН многообразны: гипертоническая болезнь или артериальная гипертензия; атеросклероз сосудов головного мозга; шейный остеохондроз; сахарный диабет и др. Множество факторов опосредованно влияет на изменение сосудистого тонуса – метеовоздействие, стресс, физические нагрузки, резкое изменение положения головы, курение, алкоголь, несбалансированное питание. Сосудистые изменения, возникающие при ВБН, могут носить характер гидропса лабиринта, внутри лабиринтного кровоизлияния, сосудистого спазма или тромбоза, что приводит к возникновению вто-

**Висновки.** В результаті порівняння і аналізу результатів тональної порогової аудіометрії та КСВП була встановлена пряма кореляція. Із збільшенням втрати слуху значення параметрів КСВП збільшується (інтервал I-V, III-V і латентність V хвилі).

ричных дистрофических и некробиотических нарушений в улитке.

Исходя из вышесказанного, современный подход к диагностике СНТ сосудистого генеза диктует необходимость проведения многопланового обследования больного, включающего исследование сердечнососудистой системы, показателей свертывания крови и липидного обмена, определение состояния глазного дна, МРТ головного мозга, ультразвуковую доплерографию сосудов головы и шеи. Всё это позволяет установить причину заболевания и выработать наиболее эффективную лечебную тактику.

В ЛОР-клинике ЗГМУ за последние 3 года находилось на стационарном лечении 698 больных с СНТ (острая - 407, хроническая - 291), в возрасте от 20 до 60 лет - 416, старше 60 - 282 пациента. Сосудистый генез, при острой СНТ, выявлен у 264 больных, что составило 65% от общего количества пациентов.

При анализе времени госпитализации больных нами отмечено, что она совпадала с периодами смены фаз лунного цикла, когда происходит изменение гравитационных, электромагнитных и метеофакторов, что влияет на состояние жидкостных структур организма и резко изменяет сосудистый тонус.

На консультациях смежных специалистов у 75% больных выявлена гипертоническая болезнь на фоне атеросклероза сосудов головного мозга и шеи, нарушение липидного обмена, остеохондроз шейного отдела позвоночника.

При проведении доплерографического исследования установлено: 72% больных имеют диффузный атеросклероз, у 55% больных выявлен спастический кровоток вследствие ангиоспазма и атеросклеротического сужения сосудов вертебробазилярного бассейна.

Таким образом, по данным проведения комплексного обследования больных с острой СНТ сосудистого генеза возможно формирова-

ние группы «риска», что позволяет прогнозировать периоды, в которые может произойти поражение слухового анализатора.

Пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нарушениями мозгового кровообращения и липидного обмена в резо-

нансные дни (дни смены фаз лунного цикла) целесообразно рекомендовать ограничение физических и психических нагрузок, правильный режим питания, сна и отдыха, а также консультации смежных специалистов для лечения сопутствующих заболеваний.

© М.И. Никулин, И.М. Никулин, Г.П. Лещенко, 2016

*Л.М. ОМЕРОВА, С.А. ЛАКИЗА, И.А. КУЗЬМУК, В.И. ШЕРБУЛ (КИЕВ, УКРАИНА)*

### **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МЕДИАЛЬНАЯ МАКСИЛЛЭКТОМИЯ КАК ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К НОВООБРАЗОВАНИЯМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ**

Использование эндоскопических доступов в хирургии воспалительных заболеваний носа и параназальных синусов все более широко входит в практику оториноларингологов. Иначе обстоит ситуация с хирургическим лечением новообразований, в частности новообразований верхнечелюстной пазухи. Тактика лечения опухолей данной локализации во многом зависит от их гистологического строения, локализации, распространенности, а также физического состояния пациента.

Для адекватного и полного удаления новообразований верхнечелюстной пазухи в настоящее время применяются как наружные (по Денкеру, Муру, Вебер-Фергюсену), так и эндоскопические доступы. В некоторых случаях приходится прибегать к расширенным комбинированным операциям, вплоть до выполнения краниоорбитальных или краниофациальных резекций.

Согласно данным Европейского меморандума по эндоскопической тактике хирургического лечения опухолей носа, параназальных синусов, основания черепа (Suppliment 22, Rhinology, 2010), в течении последних десятилетий эндоскопическая эндоназальная хирургия опухолей данной локализации, имеет существенные преимущества и является приоритетной в лечении этой патологии. Мета-анализ Busquets J.M., Hwang P.H. (2006) частоты рецидивирования опухоли после хирургического лечения 1060 пациентов с синоназальной инвертированной папилломой (с 1992 по 2004 года) показал, что эндоскопические доступы оказались более эффективными (12% рецидивов) по сравнению с открытыми хирургическими доступами (20% рецидивов). Российские ринологи Ризаев А.А., Лопатин А.С., (2014) выявили 17% рецидива у пациентов с инвертированной папилломой по-

сле эндоскопической хирургии. Эндоскопические доступы к опухолям верхнечелюстной пазухи имеют значительные преимущества: малая травматичность, лучшая визуализация опухоли и анатомических структур под увеличением, отсутствие внешних разрезов, сокращение времени нахождения пациента в стационаре.

Одним из наиболее частых доступов в хирургии образований верхнечелюстной пазухи является эндоскопическая медиальная максиллэктомия. Это операция, которая используется для удаления доброкачественных и злокачественных опухолей, локализованных в медиальной и передней части пазухи, латеральной части носовой полости, этмоидального синуса и слезного мешка, включает удаление медиальной стенки максиллярного синуса от нижней стенки орбиты до нижней стенки пазухи. Использование современной эндоскопической техники дает хороший обзор и позволяет четко дифференцировать патологические ткани от здоровых. В зависимости от распространенности и локализации опухоли эндоскопическое удаление может сочетаться дополнительным локальным доступом (P.J. Wormald) или смещением ограничивающих структур носа (J. Jaber, J. Palmer).

В ходе операции различают следующие шаги и особенности. Операция выполняется под общим обезболиванием. Производится тщательная анемизация и инфильтрация анестетиком слизистой оболочки полости носа и носовых раковин. Ряд авторов (P.J. Wormald) с целью вазоконстрикции сосудистых образований крылонёбной ямки (a. maxillaris, a.sphenopalatine) проводят трансоральную инъекцию анестетиков через большое крылонёбное отверстие (напротив второго маляра, не много впереди от заднего края твердого неба) в крылонёбный канал. Также в случае девиации пере-