

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»  
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»  
Українська Асоціація Нейрохірургів  
Українське наукове медичне товариство лікарів оториноларингологів

## **Спільна конференція нейрохірургів і оториноларингологів «Актуальні проблеми нейрохірургії і оториноларингології»**

в рамках

**25-ї міжнародної виставки «Охорона здоров'я»**

м. Київ

5 жовтня 2016 року

### **Програма**

### **Тези доповідей**

Київ 2016

Спільна конференція нейрохірургів і оториноларингологів «Актуальні проблеми нейрохірургії і оториноларингології» в рамках 25-ї міжнародної виставки «Охорона здоров'я». Київ, 5 жовтня 2016 року. Програма. Тези доповідей // Київ, Українська Асоціація Нейрохірургів, 2016. — 40 с.

**Видавець**

*Українська Асоціація Нейрохірургів*

**Адреса видавця та редакції:**

*04050, Київ-50, вул.Платона Майбороди, 32*

*Тел. +380 44 483-91-98*

*Факс +380 44 483-95-73*

*E-mail: unj.office@gmail.com*

*www.theunj.org*

Підписано до друку 26.09.16.

Формат 60×90/16. Папір офсетний №1

Тираж 100 прим.

Поліграфічні послуги ФОП Голосуй І.Е.

04107, м.Київ, вул.Печенізька, 16

тел.+380 44 489-69-07

ЄДРПОУ 2194721214

Підготовка до друку Никифорова А.М.

Усі права стосовно опублікованих матеріалів належать їх авторам.

Відповідальність за достовірність інформації, що міститься в друківаних матеріалах, несуть автори.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

## **Зміст**

Програма .....	5
Тези доповідей .....	8
Перелік тез доповідей .....	36
Алфавітний показчик .....	38

## **Спільна конференція нейрохірургів і оториноларингологів «Актуальні проблеми нейрохірургії і оториноларингології»**

в рамках

**25-ї міжнародної виставки «Охорона здоров'я»**

**м. Київ**

**5 жовтня 2016 року**

### **Організатори**

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»

### **За сприяння**

Міністерства охорони здоров'я України

Національної академії медичних наук України

Української Асоціації Нейрохірургів

Українського наукового медичного товариства лікарів оториноларингологів

### **Тематика**

- Назальна лікворея
- Неврологічні ускладнення після запальних захворювань ЛОР-органів
- Сучасні технології в нейрохірургії і оториноларингології

### **Організаційний комітет**

#### **Співголови**

Педаченко Євгеній Георгійович

Заболотний Дмитро Ілліч

#### **Секретар**

Гук Андрій Петрович

#### **Члени оргкомітету**

Білошицький Вадим Васильович

Заболотна Діана Дмитрівна

Скобська Оксана Євгенівна

Рильська Оксана Іванівна

Никифорова Анна Миколаївна

### **Місце проведення**

Міжнародний виставковий центр, Київ, Броварський пр-т, 15.

## **Програма**

### **5 жовтня**

---

#### **10.00-12.00 Назальна ликворея**

*Модератори: Педаченко Є.Г., Заболотний Д.І.*

Назальна ликворея. Точка зору нейрохірурга

Педаченко Є.Г., Ярмолюк Є.С. (Київ)

Назальна ликворея. Точка зору оториноларинголога

Заболотний Д.І. (Київ)

СКТ-цистернография в диагностики назальной ликвореи (особенности в зависимости от локализации ликворных фистул, типа ликвореи)

Пилипенко Г.С., Сирко А.Г. (Днепр)

Реконструктивна хірургія при переломах основи черепа, ускладнених назальною ликвореєю

Дяденко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Болюх А.С., Білошицький В.В. (Київ)

Хирургическое лечение нетравматической назальной ликвореи. Анализ собственных результатов

Сирко А.Г., Пилипенко Г.С. (Днепр)

Опыт хирургического лечения ликвореи из основной пазухи

Пилипенко Г.С., Сирко А.Г., (Днепр)

Назальна ликворея. Тактика хірургічного лікування

Гук А.П., Паламар О.І., Оконський Д.І., Тесленко Д.С., Аксьонов Р.В. (Київ)

Назальна ликворея. Ризики ускладнень

Паламар О.І., Гук А.П., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С. (Київ)

Досвід використання аутологічного фібринового клею «Vivostat ®» в трансназальній ендоскопічній хірургії основи черепа

Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Цюрупа Д.М. (Київ)

#### **12.00-13.30 Перерва. Відвідування виставки**

#### **13.30-15.00 Неврологічні ускладнення після запальних**

##### **захворювань ЛОР-органів**

##### **Сучасні технології в нейрохірургії і оториноларингології**

*Модератори: Скобська О.Є., Заболотна Д.Д., Рильська О.І., Гук А.П.*

Лікування внутрішньомозкових абсцесів методом стереотаксичної аспірації

Костюк К.Р., Главацький О.Я., Медведєв Ю.М., Шевельов М.М., Попов А.О., Чебурахін В.В., Дічко С.М., Малишева Т.А., Черненко О.Г., Ткачик І.П., Василів Н.С. (Київ)

Оптимізація оцінки ефективності радіохірургічного лікування у хворих на вестибулярні шваноми

Земскова О.В., Чувашова О.Ю., Грязов А.Б., Андрійченко О.Г., Малишева О.Ю. (Київ)

Особливості радіохірургічного лікування акустичних шваном з використанням роботизованої системи КіберНіж (CyberKnife M6)

Бурик В.М., Скроманіс М., Межецькіс М., Саукуме Д. (Сигулда, Латвія)

Особливості застосування трансназального доступу до пухлин селярної локалізації у дітей

Гук М.О., Плавський П.М., Скобська О.Є., Даневич О.О. (Київ)

Трансназальні ендоскопічні втручання при аденомах гіпофіза з поширенням в III шлуночок

Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Цурупа Д.М. (Київ)

Поширення невриноном слухового нерва в rocus acousticus internus, ендоскопічні можливості видалення

Гук А.П., Паламар О.І., Оконський Д.І., Тесленко Д.С., Аксьонов Р.В. (Київ)

Макро та гігантські аденоми гіпофіза, що поширюються на клиноподібну пазуху

Паламар О.І., Гук А.П., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С. (Київ)

### **15.00–15.30 Закриття конференції. Підведення підсумків. Вручення сертифікатів.**

### **15.30-18.00 Відвідування виставки.**

## **Стендові доповіді**

Наш опыт использования назосептального лоскута при закрытии дефектов основания черепа у пациентов с назальной ликвореей

Заболотная Д.Д., Паламар О.И., Исмагилов Э.Р. (Київ)

Клінічні випадки малоінвазивного ендоскопічного хірургічного лікування ранньої травматичної та спонтанної періодичної назальної ліквореї

Шевага В.М., Нетлюх А.М., Горак В.М., Крачковський М.К., Козловський А.Ю. (Львів)

Наш досвід по лікуванню назальної ліквореї різного походження

Кішук В.В., Ольхов В.М., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Лобко К.А., Грицун Я.П. (Вінниця)

Опыт лечения назальных ликворей клиники субтенториальной нейроонкологии

Федирко В.О., Гудков В.В., Онищенко П.М., Лисяний А.Н., Набойченко А.Г., Цурупа Д.М., Яковенко М.Ю. (Київ)

Ефективність консервативного лікування назальної ліквореї в гострому періоді черепно-мозкової травми

Дядечко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Скобська О.Є., Болюх А.С., Білошицький В.В. (Київ)

Принципи лікування отоліквореї в гострому періоді черепно-мозкової травми у пацієнтів з переломами піраміди скроневої кістки

Скобська О.Є., Каджая М.В., Готін О.С., Дядечко А.О., Болюх А.С., Білошицький В.В. (Київ)

Лікворошунтуючі операції у хворих з назальною ліквореєю

Дядечко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Болюх А.С., Білошицький В.В. (Київ)

Особенности местной анестезии при эндоскопических эндоназальных доступах к основной пазухе и селярно-хиазмальной области

Цвірінько І.Р., Заболотна Д.Д., Сарнацький К.С. (Київ)

Ранняя диагностика бульбарной формы миастении

Киселева И.Г., Третьякова А.И., Скобская О.Е., Малышева А.Ю. (Київ)

Возможности метода компьютерной стабิโลграфии в комплексе восстановительного  
лечения пациентов с вестибулярными шванномами

Малышева А.Ю., Скобская О.Е., Киселева И.Г. (Київ)

Наш опыт лечения острой сенсоневральной тугоухости при черепно-мозговой травме

Журавльов А.С., Ященко М.І., Дьоміна Є.В., Крилова І.В., Світлична Ю.В. (Харків)

Атипичное течение острого катарального среднего отита, осложненного гнойным  
менингитом

Журавльов А.С., Калашник М.В., Юревич Н.О, Дьоміна Є.В. (Харків)

## Тези доповідей

---

Назальна лікворея

---

### Назальна лікворея. Точка зору нейрохірурга

*Педаченко Є.Г., Ярмолюк Є.С.*

ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України"

**Вступ.** Діагностика та лікування назальної ліквореї (НЛ) залишається актуальною проблемою в практиці нейрохірургів і оториноларингологів з огляду на різноманітність етіологічних факторів, розбіжностях у підходах до ведення пацієнтів, а також із високим ризиком ускладнень, передусім менінгіту.

**Зміст.** Основною причиною розвитку НЛ є черепно-мозкова травма (близько 80% випадків). Іншими етіологічними факторами є перенесені хірургічні втручання, інфекційно-запальні процеси, новоутворення та вроджені вади розвитку. Лікворна фістула при НЛ може розташовуватися в передній (решітчаста пластинка, дах решітчастої кістки, лобна пазуха) або середній черепній ямці (клиноподібна пазуха, порожнина середнього вуха при інтактній барабанній перетинці).

Найважливішими аспектами діагностичного пошуку при НЛ є встановлення факту наявності ліквору у секреті носової порожнини і локалізації лікворної фістули. Для виявлення ліквору в назальному секреті широко застосовуються проби "подвійної" плями і "носової хустинки", а також скринінговий глюкотест, які втім мають низьку чутливість і специфічність. Більш інформативними лабораторними методами є кількісний глюкотест і визначення вмісту В2-трансферину. З метою встановлення локалізації лікворної фістули та механізму ліквореї застосовується тонкозрізова мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), МСКТ- і МРТ-цистернографія. Менш поширеними методами є інтратекальне введення барвників (індігокармін, флюоресцеїн) і радіоізотопні дослідження. При ятрогенній ліквореї, а також здебільшого в ЛОР-практиці використовують риносинусоскопію.

**Лікування.** НЛ спрямоване на усунення її причини, закриття лікворної фістули та попередження ускладнень і залежить від терміну виникнення, етіології, тривалості НЛ, наявності перенесеного менінгіту та вторинних гіпертензивних проявів, локалізації лікворної фістули. У випадках ранньої (до 3 тиж.) НЛ використовується медикаментозна терапія, спрямована на зменшення лікворопродукції та лікворного тиску, а також зовнішнє тривале люмбальне дренирування. За неефективності вищезазначених методів, при тривалій НЛ, наявності напруженої пневмоцефалії і/або поренцефалії, значній за об'ємом НЛ з лікворною гіпотензією, проводять хірургічне лікування. Залежно від локалізації лікворної фістули виконують як транскраніальні (екстра- та інтрадуральний доступи), так і ендоназальний доступи із використанням як аутологічного, так і аlogenного пластичного матеріалу. На сьогодні перевага найчастіше віддається ендоскопічним методикам. При тривалому перебігу ліквореї та вторинних гіпертензивних ліквородинамічних порушеннях виправдане



використання лікворошунтуючого (найчастіше – люмбоперитонеальне шунтування) або комбінованого методу хірургічного лікування.

**Висновки.** Рання діагностика із застосуванням сучасних лабораторних методів і нейровізуалізаційних досліджень дозволяє встановити наявність НЛ і локалізацію лікворної фістули, що має вирішальне значення для обґрунтування тактики лікування. При неефективності медикаментозної терапії і зовнішнього люмбального дренивання, а також при рецидивних формах НЛ показане хірургічне лікування. В багатьох випадках виправдані мінімально-інвазивні втручання (ендоскопічні і лікворошунтуючі).

**Ключові слова:** назальна лікворея; медикаментозна терапія; люмбальне дренивання; хірургічне лікування; ендоскопічні методики; люмбоперитонеальне шунтування.

---

Назальна ликворея

---

## **Наш опыт использования назосептального лоскута при закрытии дефектов основания черепа у пациентов с назальной ликвореей**

*Заболотная Д.Д.<sup>1</sup>, Паламар О.И.<sup>2</sup>, Исмагилов Э.Р.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> ГУ « Институт оториноларингологии им. проф. А. С. Коломийченко НАМН Украины»

<sup>2</sup> ГУ « Институт нейрохирургии им. академика А. П. Ромоданова НАМН Украины»

Назальная ликворея патологическое состояние при котором происходит истечение цереброспинальной жидкости из полости черепа в полость носа или околоносовых пазух вследствие образовавшегося костного дефекта и дефекта твёрдой мозговой оболочки различной этиологии. Учитывая наличие входных ворот для инфекции, высок риск развития таких грозных осложнений как менингит, менингоэнцефалит, пневмоцефалия. Лечение данной патологии – хирургическое, консервативное лечение возможно в ряде случаев (люмбальный дренаж, люмбоперитонеальное шунтирование), однако не даёт стойкого эффекта и риск рецидива ликвореи велик.

Хирургическое лечение предусматривает визуализацию костного дефекта, дефекта твёрдой мозговой оболочки с последующей пластикой. Для пластики ликворной фистулы используются различные ауто трансплантаты, как свободные, так и трансплантаты на питающей сосудистой ножке. Назосептальный лоскут является одним из наиболее удобных трансплантатов при пластике ликворных фистул. В виду хорошего кровоснабжения, возможности покрыть большую площадь – его можно использовать как единственный материал для пластики, так и в комбинации с другими видами ауто трансплантатов (фрагмент аутокости, широкая фасция бедра, аутожир).

На базе клиники было прооперировано 14 пациентов с назальной ликвореей за период с 2012 по 2016 год. Источником ликвореи у 10 пациентов была клиновидная пазуха, у 4 пациентов ситовидная пластинка. Всем пациентам пластика ликворной фистулы выполнялась с использованием назосептального лоскута. Количество использованных трансплантатов при пластике фистулы зависело от размеров костного дефекта. При точечных дефектах назосептальный лоскут использовался как единственный материал. При дефектах до 1,0 см применялись фрагмент широкой фасции бедра, фрагмент аутокости или аутохряща, аутожир, которые накрывались назосептальным лоскутом взятым с одноимённой стороны. Пластический материал фиксировался в полости носа баллоном катетера Фоллея, который удалялся на 7 сутки после операции. Рецидивов ликвореи не было.

Таким образом, назосептальный лоскут позволяет герметично и надёжно закрыть дефект в основании черепа, как при использовании в комбинации с другими материалами и может выступать как единственный трансплантат.

**Ключові слова:** назальна ликворея; назосептальний лоскут.

---

Назальна лікворея

---

## **Клінічні випадки малоінвазивного ендоскопічного хірургічного лікування ранньої травматичної та спонтанної періодичної назальної ліквореї**

*Шевага В.М.<sup>1</sup>, Нетлюх А.М.<sup>1</sup>, Горак В.М.<sup>2</sup>, Крачковський М.К.<sup>3</sup>, Козловський А.Ю.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

<sup>2</sup> Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова

<sup>3</sup> Комунальна міська 8-ма клінічна лікарня м. Львова

**Мета.** Визначити ефективність та безпеку малоінвазивних ендоскопічних хірургічних втручань з приводу назальної ліквореї в гострому періоді черепно-мозкової травми (ЧМТ) та спонтанної назальної ліквореї.

**Матеріали і методи.** В якості ілюстрації обрані випадки, коли нейрохірургом і ЛОРом спільно було проведене малоінвазивне ендоскопічне хірургічне втручання з приводу назальної ліквореї в 2-х хворих. В першому випадку мала місце рання лікворея в гострий період ЧМТ, в другому – спонтанна періодична лікворея.

**Результати і їх обговорення.** Первинна лікворея виникає безпосередньо після поранення, продовжується 3-4 дні і припиняється внаслідок реактивного набряку мозку і стиснення лікворних просторів. В цей час видима лікворея може трансформуватися в лікворею приховану. Первинна лікворея припиняється в терміни 3-4 тижні: назальна в 89,7%, а вушна – в 97,3% випадків. Решта хворих потребують хірургічного втручання з метою припинення ліквореї.

Деталі хірургічної техніки і об'єм втручання диктуються локалізацією джерела назальної ліквореї. Згідно даних літератури, для адекватного доступу до дефекту потрібна або резекція середньої носової раковини чи її базальної пластинки, або забір хрящової пластинки з перегородки носа, або етмоїдектомія і закриття клаптом з перегородки носа чи різними трансплантатами.

Під час операцій нами не проводилось додаткової резекції кісткових і хрящових структур. При гострій ЧМТ проведена репозиція назоетмоїдального комплексу, пластика місця ліквореї з використанням Tachosomb і Surgicel та пластика середньої носової раковини. В другому випадку при виконанні пластики дефект в ділянці основи черепа був чітко візуалізований ендоскопічно в середніх відділах решітчастої кістки, його краї освіжали і проводили тампонаду нориці з використанням Tachosomb і Surgicel та пластику середньої носової раковини. Щоб полегшити фіксацію трансплантата, евакуювали через лямбальний дренаж приблизно 20 мл ліквору, що забезпечує помірну внутрішньочерепну декомпресію. В обох випадках відмічено припинення назальної ліквореї.

**Висновки.** Ендоназальний ендоскопічний метод лікування назальної ліквореї, використаний нами, є ефективним і мінімально інвазивним, що підтверджується нашим досвідом і даними літератури. Нами відмічена висока ефективність цього методу при реконструкції дефектів основи черепа, розташованих в ділянці решітчастої пластинки, з приводу як спонтанної, так і первинної ліквореї без додаткової резекції кісткових структур і без використання пластики хрящем.

**Ключові слова:** назальна лікворея; дефект кісток основи черепа; ендоназальна ендоскопічна пластика.

---

Назальна лікворея

---

## Наш досвід по лікуванню назальної ліквореї різного походження

Кіщук В.В.<sup>1</sup>, Ольхов В.М.<sup>2</sup>, Бондарчук О.Д.<sup>1</sup>, Дмитренко І.В.<sup>1</sup>, Барціховський А.І.<sup>1</sup>, Лобко К.А.<sup>1</sup>, Грицун Я.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ВНМУ ім. М.І. Пирогова, кафедра ЛОР хвороб

<sup>2</sup> Вінницька психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка

Назальна лікворея (НЛ) – витікання цереброспінальної рідини (ЦСР) (ліквору) з порожнини черепа через ніс, внаслідок порушення цілісності кісток основи черепа та твердої мозкової оболонки. При НЛ основна скарга хворого - виділення рідини з носу. Для підтвердження факту НЛ необхідно визначити рівень глюкози в виділеннях. Підвищений вміст свідчить про лікворею.

**Мета.** Підвищити ефективність надання хірургічної допомоги хворим з НЛ.

**Матеріали та методи.** Нами за 5 років було прооперовано 76 пацієнтів. Віком від 35 до 58 років, 53 чоловічої та 23 жіночої статі. Причин НЛ: 10 пацієнтів спонтанна НЛ, у 60 - посттравматична, 85% це хворі з травмою лобної кістки- переломами мозкової стінки фронтальної пазухи. У 6 хворих післяопераційна НЛ.

В доопераційному періоді пацієнтам встановлювали люмбальний дренаж. Верифіковували місце нориці, якузакривали гемостатичною губкою «ТахоКомб», і підсилювали тканиною нижньої носової раковини. Підкладали гумовий каркас, передня тампонада носа марлевым тампоном. Тампон частково видаляли з 3-го дня після операції з повним видаленням на шосту добу. При переломі стінок лобної пазухи (особливо задньої) виконується ревізія рани з ПХО, видаляється слизова оболонка пазух(и), всі кісткові уламки зберігають, ушивають тверду мозкову оболонку з герметизацією шва губкою "тахакOMB". Відновлюють мозкову стінку лобної пазухи усіма її кістковими уламками, які розміщують на твердій мозковій оболонці. Облітерують лобно-носове співустя м'язево-окістним клаптем. Заповнюють порожнину пазухи: ауто-, гомо-, або різними синтетичними матеріалами. Формують лицьову стінку лобної пазухи з використанням усіх кісткових уламків. Пошарово ушивають м'які тканини та шкіру, призначається антибіотикотерапія, протизапальна, дегідратаційна, протинабрякова терапії. За весь час спостерігалось два випадки рецидиву. Обидва хворих відмічали появу НЛ після перенесеної ГРВІ.

### Висновки:

- повноцінне лікування НЛ має включати комплекс заходів: хірургічне лікування, консервативну медикаментозну терапію для раціонального ведення хворого з ліквореєю;
- лікування НЛ за запропованою нами методикою з використанням гемостатичної губки «ТахоКомб» дозволяє закрити лікворну норицю, допомагає зберегти всі функції ЦНС, провести первинну пластику утворених дефектів.

**Ключові слова:** назальна лікворея.

---

Назальна ликворея

---

## Хирургическое лечение нетравматической назальной ликвореи. Анализ собственных результатов

Сирко А.Г., Пилипенко Г.С.

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Нетравматическая назальная ликворея (НТНЛ) – остается проблемой нейрохирургии. Использование передовых технических средств позволяет более эффективно проводить оперативные вмешательства, улучшает результаты лечения.

**Цель:** улучшение результатов лечения больных с НТНЛ путем дифференцированного выбора хирургической методики, использования эндоскопической ассистенции.

**Материалы и методы:** проведен анализ лечения 32 больных с НТНЛ, находящихся на лечении с 2012г. по июнь 2016г. Выбор хирургического метода основывался на результатах СКТ-цистернографии (СКТ-ЦГ). В 75% случаев (n=24) фистула обнаружена в области продырявленной пластинки. При единичных фистулах, небольших размерах фистулы (n=10), отдавалось предпочтение трансназальному парасептальному доступу с закрытием фистулы тахокомбом и аутоканями (фрагмент мышечной ткани, жировой клетчатки). При множественных или обширных фистулах (n=14), что нередко сочеталось с менингоэнцефалоцеле – выполнялся транскраниальный интрадуральный подход, скелетирование краев фистулы, плотное тампонирование фистул фрагментом мышечной ткани (височная мышца), дополнительная герметизация пластиной тахокомба. В 25% случаев (n=8), фистула обнаружена в области клиновидной пазухи. Во всех случаях использовался трансназальный парасептальный доступ, многослойное закрытие фистулы (фрагмент мышцы, фасции, тахокомб, назосептальный лоскут). С 2014г. Для трансназальных методик использована эндоскопическая ассистенция («Carl Storz»), что особо необходимо в случаях гиперпневматизированной клиновидной пазухи с фистулой в области латерального кармана. Данная методика использована в 11 случаях. После операции проводилось постоянное наружное люмбальное дренирование ликвора в течении 5-7 суток в закрытую стерильную систему.

**Результаты:** в 31 случае отмечалось прекращение ликвореи. В 1 случае ликворея сохранялась. В 1 случае отмечен рецидив ликвореи через 2 мес. В обоих случаях рецидивов НТНЛ при повторной СКТ-ЦГ обнаружены фистулы с локализацией, отличающейся от первичной. Проведены повторные вмешательства. Рецидива НТНЛ не отмечалось. В 1 случае наблюдалось развитие гнойного менингоэнцефалита; на фоне антибактериальной терапии отмечена санация ликвора.

**Выводы:** при дифференцированном выборе хирургической методики на основании СКТ-ЦГ возможно проведение эффективного закрытия ликворной фистулы. Отдается предпочтение многослойному закрытию фистул. Применение эндоскопической ассистенции является необходимым при закрытии фистул в области клиновидной пазухи.

**Ключові слова:** назальна ликворея; нетравматическая; фистула; эндоскопическая ассистенция.

---

Назальна ликворея

---

## Опыт хирургического лечения ликвореи из основной пазухи

Пилипенко Г.С., Сирко А.Г.

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Ликворея из основной пазухи (ЛОП) является сложной патологией для диагностики и хирургического лечения. Вариабельность анатомии клиновидной пазухи и ее глубинное расположение – требуют четкого представления о характеристиках ликворной фистулы (ЛФ) до операции, а латерализация ЛФ – требует использование эндоскопа во время хирургического вмешательства.

**Цель:** улучшение результатов лечения больных с ЛОП за счет выбора оптимального хирургического доступа, использования эндоскопической ассистенции.

**Материалы и методы:** проведен анализ лечения 9 больных с ЛОП, находящихся на лечении в КУ «ДОКБМ» с 2012г. по июнь 2016г. В 89% случаев (n=8) имела место нетравматическая назальная ликворея, в 11% (n=1) – посттравматическая. Локализация, протяженность ЛФ определена с помощью спирально-компьютерно-томографической цистернографии. У 45% (n=4) ЛФ обнаружена в области латеральной стенки ОП, у 22% (n=2) – в области ее верхней стенки, у 22% (n=2) – отмечена выраженная пневматизация пазухи с широким латеральным карманом, ЛФ располагалась в области латеральной стенки. В 11% (n=1) у больного с посттравматической ликвореей – перелом и дефект располагался в области верхней стенки ОП. Во всех случаях выбран трансназальный парасептальный доступ, как наименее травматичный. Проводилось тщательное удаление слизистой КП, скелетирование краев ЛФ, закрытие фистулы фрагментом мышечной ткани или тахокомбом, плотное тампонирование пазухи (облитерация) аутоотканями (мышечная ткань, жировая клетчатка, фрагмент широкой фасции бедра). С 2014г. для трансназальных операций используется эндоскопическая ассистенция (эндоскоп 4мм «Karl Storz»), что особо необходимо в случаях гиперпневматизированной клиновидной пазухи (n=2). После операции проводилось постоянное наружное люмбальное дренирование ликвора в течении 5-7 суток в закрытую стерильную систему.

**Результаты:** во всех случаях отмечено прекращение ликвореи. Рецидива ликвореи не наблюдалось. Гнойных осложнений не наблюдалось.

**Выводы:** четкое представление о локализации и протяженности ликворной фистулы, ее визуализация во время оперативного вмешательства во всех случаях стала возможной благодаря эндоскопической ассистенции, возможности углового обзора операционного поля. Использование эндоскопических технологий является обязательным условием успешной хирургии основания черепа.

**Ключові слова:** назальна ликворея; фистула; эндоскопическая ассистенция; клиновидная пазуха.

---

Назальна лікворея

---

## **Досвід використання аутологічного фібринового клею «Vivostat ®» в трансназальній ендоскопічній хірургії основи черепу**

*Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Цюрупа Д.М.*

ДУ «Інститут Нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова» НАМНУ

**Вступ.** Сучасний розвиток ендоскопічних технологій в трансназальній нейрохірургії відбувається з постійним удосконаленням методів пластики дефектів основи черепу. Тим не менш, рівень післяопераційної назальної ліквореї (ПНЛ) в трансназальній хірургії залишається суттєвим по даними різних авторів досягає 4-16%.

**Мета.** Оцінити технічні особливості та можливості використання аутологічного фібринового клею «Vivostat ®».

**Матеріали та методи.** Протягом 2015-2016 рр. у відділенні трансфеноїдальної нейрохірургії проведено 279 трансназальних ендоскопічних втручань. З них, в 62 клінічних спостереженнях при закритті дефектів кісток основи черепу використовувався аутологічний фібриновий клей, виготовлений за технологією «Vivostat ®». Інтраопераційне застосування проводили удосконаленими для ендоскопії аплікаторами в режимі дрібнодисперсного розпилення. Всі хворі після операції були обстежені відповідно до протоколу, що включало комплексне отоневрологічне обстеження в динаміці. Тривале зовнішнє люмбальне дренування застосовано у 39 пацієнтів (62,9%).

**Результати.** Ускладнень або небажаних реакцій на аутофібриновий клей не відмічено. У 59 (95,2%) пацієнтів пластика була ефективною.

У 3 пацієнтів спостерігались післяопераційна назальна лікворея, що виникла на 3-6 добу після втручання, що пов'язано з розвитком бактеріальних менінгітів.

**Висновки.** Методика використання дозволяє знизити рівень ранньої післяопераційної назальної ліквореї. Методику можливо поєднувати з назосептальними клаптами або ж уникати їх використання.

**Ключові слова:** трансназальна хірургія; назальна лікворея; фібриновий клей.

---

Назальна лікворея

---

## **Опыт лечения назальных ликворей клиники субтенториальной нейроонкологии**

*Федирко В.О., Гудков В.В., Онищенко П.М., Лисяный А.Н., Набойченко А.Г., Цюрупа Д.М., Яковенко М.Ю.*

ГУ «Институт нейрохирургии им.акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», клиника субтенториальной нейроонкологии

**Цель:** Определить причины и наиболее эффективные методики устранения назальных ликворей (НЛ).

**Материалы:** Рассмотрен опыт работы клиники за 20 лет. Верифицировано 23 случая НЛ и проанализирован опыт их лечения.

**Результаты и их обсуждение:** С 1995-2015г.г. было выполнено 650 операций микрососудистой декомпрессии по поводу синдромов гиперактивной дисфункции черепных нервов. Отмечено 5(0,8%) случаев НЛ. В 3-х случаях НЛ удалось ликвидировать путем люмбального дренирования в сочетании с дегидратационной терапией, 1 эндоскопической трансназальной пластикой и 1 ревизией послеоперационной раны и герметизацией ячеек сосцевидного отростка.

После операций удаления внеозговых опухолей зоны мосто-мозжечкового угла (невриномы, менингиомы, холестеотомы) 2340 наблюдений НЛ имели место в 11(0,5%) случаях, с истечением ликвора через внутренний слуховой проход либо ячейки височной кости. Всем больным на первом этапе лечения проводилось люмбальное дренирование, положительный эффект достигнут в 5, тампонадой слуховой трубы и барабанной полости через наружный слуховой проход в 3 и трансназальной пластикой слуховой трубы в 3 случаях.

В 7 случаях имела место назальная ликворея как результат внутричерепной гипертензии при различных новообразованиях либо хронических воспалительных заболеваний носоглотки проявившаяся в послеоперационном периоде. Лечение этой группы пациентов начиналось также с люмбального дренирования с положительным эффектом в 1 случае, дополненного неоднократными хирургическими вмешательствами с положительным эффектом в 2, персистирующей ликвореей в 3 и летальным исходом в 1 наблюдении.

Согласно нашим наблюдениям в клинике отмечается два типа манифестации НЛ: ликворея возникшая в дооперационном периоде, симптоматическая, являющаяся результатом развития основного заболевания и, как правило, проявляющаяся в послеоперационном периоде, и, как осложнение хирургического вмешательства в послеоперационном периоде.

В целом, встречаемость НЛ как осложнения после оперативного вмешательства при операциях выполняемых в клинике достаточно низкая, так же как и спонтанных в результате основного заболевания.

**Выводы:** Наиболее эффективными методами лечения НЛ были люмбальное дренирование, тампонада барабанной полости и слуховой трубы. Лечение спонтанных ликворей связанных с повышенным внутричерепным давлением представляет дополнительные сложности и требует дальнейшего изучения.

**Ключові слова:** ликворея; мосто-мозжечковий угол; опухоль; невралгія



---

Назальна лікворея

---

## **Ефективність консервативного лікування назальної ліквореї в гострому періоді черепно-мозкової травми**

*Дядечко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Скобська О.Є., Болюх А.С., Білошицький В.В.*

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

**Мета.** Травматична назальна лікворея зустрічається у 2-3% хворих з травмою голови і у 5-27% хворих з ушкодженнями основи черепа. Це зумовлює актуальність даної проблеми.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 80 випадків гострої черепно-мозкової травми з переломами основи черепа, ускладнених назальною ліквореєю. Наявність ліквореї підтверджувалось оглядом ото невролога та методами експрес діагностики (ендоназальне проведення глюкотесту) Всі хворі отримували консервативне лікування. У 38 випадках проводилось довготривале люмбальне дренивання. У випадках визначення показів до хірургічного лікування проводилась МСКТ-цистернографія.

**Результати і їх обговорення.** Консервативне лікування було ефективним у 42 випадках. З 38 хворих, яким проводилось довготривале люмбальне дренивання протягом 10 днів, стійка ремісія (катамнез 3 роки) була досягнута у 34 пацієнтів. Хірургічне втручання проведено у 4 випадках, пацієнтам, в яких виявилось неефективним довготривале люмбальне дренивання.

Ефективність люмбального дренивання підтверджувалось ото неврологічним оглядом та ендоназальним проведенням глюкотесту.

Неефективність довготривалого люмбального дренивання було зумовлене розміром лікворних фістул та їх множинністю.

**Висновки.** Рання діагностика назальної ліквореї в гострому періоді черепно-мозкової травми обумовлює ефективність консервативного лікування в 95% випадків. Ефективність довготривалого люмбального дренивання в гострому періоді черепно-мозкової травми склала 89,5%.

**Ключові слова:** назальна лікворея; консервативне лікування; ЧМТ

---

Назальна лікворея

---

## Принципи лікування отоліквореї в гострому періоді черепно-мозкової травми у пацієнтів з переломами піраміди скроневої кістки

Скобська О.Є., Каджая М.В., Готін О.С., Дядечко А.О., Болюх А.С., Білошицький В.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

**Мета.** В структурі черепно-мозкової травми (ЧМТ) переломи кісток основи черепа займають 20-45% випадків, з них переломи переломи піраміди скроневої кістки (ППСК) – 18-22%. При ППСК отолікворея зустрічається в 11-45% випадків, з ризиком розвитку менінгіту складають 15-20%, а при довго тривалості отоліквореї більше 7 діб – до 33-54%. На сьогоднішній час відсутні чіткі критерії проведення лікувальних заходів.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати обстеження та лікування 226 хворих з ППСК в гострому періоді ЧМТ. Обстеження включало в себе комплексний ото-неврологічний огляд в динаміці, нейровізуалізуючі методи обстеження. В 144 (63,7%) випадках діагностована отолікворея, з них у 5 (3,47%) пацієнтів – прихована отолікворея, а в 2-х випадках прихована поєднувалась з зовнішньою, в решти – зовнішня.

**Результати та їх обговорення.** Хворі отримували консервативну терапію з серією розвантажувальних люмбальних пункцій, яка була ефективною у 134 (93,05%) випадках. З 10 випадків, в яких проводилось довготривале люмбальне дренування протягом 10 днів, позитивний результат був досягнутий у 8 випадках, в решти 2 випадках проведено хірургічне лікування.

Ефективність лікування підтверджувалась ото-неврологічним оглядом.

### Висновки.

1. Отолікворея діагностована у 63,7 % випадках в гострому періоді ЧМТ при ППСК.
2. Рання діагностика отоліквореї в гострому періоді ЧМТ при ППСК обумовлюють ефективність консервативного лікування у 93,05% випадків.
3. Отолікворея, що триває більше 7 днів потребує встановлення довготривалого люмбального дренажа, у випадку неефективності – хірургічне лікування.
4. Розроблений алгоритм лікувальних заходів дозволяє уникнути інтракраніальних гнійно-запальних ускладнень.

**Ключові слова:** перелом піраміди скроневої кістки; гострий період черепно-мозкової травми; отолікворея; лікування.

---

Назальна лікворея

---

## **Реконструктивна хірургія при переломах основи черепа, ускладнених назальною ліквореєю**

*Дядечко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Болюх А.С., Білошицький В.В.*

*ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»*

**Мета.** підвищення ефективності лікування хворих з ушкодженнями основи черепа, що ускладнені назальною ліквореєю.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 186 випадків травматичних ушкоджень основи черепа, ускладнених назальною ліквореєю. Наявність ліквореї підтверджувалась оглядом отоневролога з проведенням проби «Глюкотест». З метою визначення лікворної фістули виконувалась МСКТ цистернографія з 3Д-реконструкцією. Всім хворим проведено хірургічне лікування у зв'язку з неефективністю консервативного лікування. Метод реконструкції основи черепа визначався локалізацією лікворної фістули.

**Результати та їх обговорення.** Проведення СКТ цистернографії дозволило з високою точністю (93,4%) визначити локалізацію ушкодження, що в свою чергу дозволяє обрати оптимальний метод реконструкції. Ушкодження лобної пазухи та передніх відділів решітчастого лабіринту усувалось транскраніальним методом (164 випадки). Ушкодження в ділянці основної пазухи та задніх відділів решітчастого лабіринту – ендоназально (22 випадки).

Застосування багатопорової конструкції, що складається з біоклею, гемостатичної губки (тахокомб, спонгостан), окістя на живлячій ніжці, та при великих дефектах застосування титанових імплантів, дозволяє досягти стабільної герметизації черепа та знизити ризик рецидива ліквореї. Обов'язковим в післяопераційному періоді є довготривале люмбальне дренирування.

**Висновки.** Використання сучасних методів діагностики та використання сучасних пластичних матеріалів дозволяє отримати задовільний результат при проведенні інтракраніальних реконструктивних операцій у хворих з ушкодженням основи черепа, що ускладнені назальною ліквореєю, та суттєво знизити число рецидивів та уникнути ускладнень запального характеру.

**Ключові слова:** назальна лікворея; хірургічне лікування; переломи основи черепа.

---

Назальна лікворея

---

## **Лікворошунтуючі операції у хворих з назальною ліквореєю**

*Дядечко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Болюх А.С., Білошицький В.В.*

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

**Мета.** Визначити доцільність проведення лікворошунтуючих операцій у хворих з назальною ліквореєю.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано 26 випадків назальних лікворей, що ускладнювались ліквородинамічними порушеннями. Хворі були розподілені на дві групи.

Перша група 16 хворих - довготривалий, рецидивуючий перебіг травматичної і спонтанної ліквореї та запальні ускладнення викликали гіперсекрецію спино-мозкової рідини та порушення її абсорбції.

Друга група – 10 хворих з симптоматичною ліквореєю, що виникла внаслідок гіпертензивної гідроцефалії після перенесеного крововиливу, менінгіту або обструкції шлуночкової системи.

В першій групі хворих була відсутня дилатація шлуночкової системи, лікворний тиск в межах середнього або підвищений, навіть в період рецидиву. Припинення ліквореї супроводжувалось головним болем. При тривалому люмбальному дренажу були відсутні гіпотензивні прояви, кількість рідини за добу перевищувала 400 мл.

В другій групі хворих відзначалась помірна або значна дилатація шлуночкової системи, зміна щільності мозкової речовини в перивентрикулярній зоні. В одному випадку обструктивна гідроцефалія була викликана кістозним об'ємним утворенням. Припинення ліквореї викликало появу клінічних проявів гострої гідроцефалії. Встановлення люмбального дренажу або розвантажувальне виведення ліквору (виключаючи обструктивні процеси) приводило до покращення стану та припинення ліквореї.

**Результати та їх обговорення.** В першій групі при проведенні транскраніальної пластики лікворної фістули відзначались рецидиви, тому повторним хірургічним втручанням було люмбо-перитонеальне шунтування. В випадках, що супроводжувались пневмоцефалією виконували комбіновані операції – транскраніальні втручання поєднані з шунтуючими.

В другій групі використовували вентрикуло-перитонеальне шунтування, що було ефективним. В випадку, де обструктивна гідроцефалія виникла в наслідок обтурації шлуночкової системи об'ємним утворенням, провели його видалення. В усіх випадках відзначається стійка ремісія.

### **Висновки.**

1. Для досягнення ефективних результатів лікування назальної ліквореї необхідно урахування стану лікворних шляхів та наявності ліквородинамічних порушень.
2. Ефективним методом хірургічного лікування назальної ліквореї на фоні ліквородинамічних порушень є використання лікворошунтуючих втручань або їх комбінація з транскраніальними операціями.

**Ключові слова:** Назальна лікворея; хірургічне лікування; ліквородинамічні порушення

---

Назальна ликворея

---

## **СКТ-цистернографія в діагностики назальної ликвореї (особенности в зависимости от локализации ликворных фистул, типа ликвореї)**

*Пилипенко Г.С., Сирко А.Г.*

КУ «Днепропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»  
ГУ «Днепропетровська медична академія МЗ України», Дніпр, Україна

**Цель:** підвищення діагностичної значимості методу спіральної комп'ютерної томографії-цистернографії (СКТ-ЦГ) у больових з назальною ликвореєю (НЛ).

**Матеріали і методи:** проведено аналіз результатів СКТ-ЦГ у 64 пацієнтів, що знаходяться на лікуванні з січня 2012 по червень 2016 року. В 50% випадків мала місце нетравматическа НЛ, в 50% - посттравматическа. СКТ-ЦГ проводилась на томографі (СТe-dual, фірми «General electric», США, 2-х срезовий; Aquilion, фірми «Toshiba», Японія, 16-ти срезовий,) в спеціальної укладці (положення на животі, максимальне розгибання голови, сканування во фронтальної проекції перпендикулярно орбітомеатальної лінії) з преварительним ендолюмбальним введенням «Ультравіст-300» із розрахунок 0,15 мл/кг маси тіла. В групі ранньої посттравматическої НЛ (n=10) при вивченні сканів проводилась скрупулезний пошук переломів основи черепа (верхня, латеральна стінка клиновидної пазухи, кришка решітчатого лабіринта, решітчатая пластинка, задньої стінки лобної пазухи. Виявлення перелому - сужало область пошука і облегчало ідентифікацію ЛФ. В групі пізньої посттравматическої ликвореї (n=12), як і в групі нетравматическої ликвореї (n=32) виявлене менингоцеле/менингоэнцефалоцеле (по даним СКТ-ЦГ) - соотвествовало ЛФ. Но наявність менингоцеле/менингоэнцефалоцеле не ісключало наявність додаткових ЛФ, поэтому скрупулезное вивчення тонких срезів СКТ-ЦГ являється обов'язковим. Особу трудність для діагностики представляють пацієнти з узкими носовими ходами. При наявності ЛФ в області решітчатой пластинки, кришки решітчатого лабіринта у таких пацієнтів – чрезвычайно сложно визуализировать «ликворную дорожку». В подібних випадках необхідно змінювати порогові значення візуалізації в одиницях НУ в програмі для перегляду DICOM зображень. Это дає можливість «отфільтровать» різні по рентгенологічній щільності ділянки зображення, обнаружит найбільш вероятную локалізацію ЛФ.

**Результати:** ЛФ ідентифікована в 54 випадках. В 8 випадках - определено наиболее вероятное место ЛФ (подтверждено интраоперационно).

**Выводы:** використання структурних особеностей определеного типу НЛ при перегляді сканів і можливостей цифрового методу обробки сканів СКТ-ЦГ дозволяє максимально точно визначити локалізацію ЛФ.

**Ключові слова:** назальна ликворея; ликворная фистула; СКТ-цистернографія; діагностична цінність; пазуха; решітчатая кістка.

---

Назальна лікворея

---

## Назальна лікворея. Тактика хірургічного лікування

Гук А.П., Паламар О.І., Оконський Д.І., Тесленко Д.С., Аксьонов Р.В.

Група ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»

**Матеріали і методи:** Проліковано 18 хворих із назальною ліквореєю. Спонтанна назальна лікворея спостерігалась у 14 випадках, посттравматична – 4 випадки. Жінок було – 14, чоловіків – 4 випадки. Первинна локалізація: 9 – основна пазуха, 6 – решітчастий лабіринт, 3 – лобна пазуха. Проведено хірургічних втручань: ендоскопічний ендоназальний доступ – 15 пацієнтів, субкраніальний доступ (через лобну пазуху) – 3 пацієнта. Розміри кісткових дефектів (згідно з Manuel Bernal-Sprekelsen, 2014): малі кісткові дефекти (2-10 мм) – 12 хворих, середні кісткові дефекти (11-20 мм) – 5 хворих, та великі кісткові дефекти (більше 20 мм) – 1 випадок. Пластика дефекту штучним матеріалом – 1 випадок; ауто трансплантатом – 17 випадків, а саме: фрагмент широкої фасції стегна – 9 випадків (у 2 із цих випадків в доповненні із клевою сумішшю DuraSeal); жировою тканиною – 4 випадки; надостним фартухом з лобної ділянки – 3 випадки (при субкраніальному доступі). Доповнення пластики з використанням ауто трансплантату на судинній ніжці проведено в 14 випадках: у 12 випадках використано назо-септальний лоскут на ніжці; в 2 випадках із використанням середньої носової раковини, повернутої на ніжці в сторону дефекту.

**Результати:** Використання ендоскопічних ендоназальних методик є малоінвазивним методом, який дозволяє закрити кісткові дефекти в ділянці основної пазухи, середніх та задніх комірок решітчастого лабіринту. Використання субкраніального доступу є доцільним при кісткових дефектах в лобній пазусі чи в проекції передніх комірок решітчастого лабіринту. В усіх випадках (100%) назальна лікворея усунута. Зовнішнє люмбальне дренування проводилось у 3 випадках, під час операції та в тих випадках, коли пластика кісткового дефекту здійснювалась без використання аутоматеріалу на судинній ніжці.

**Ускладнення:** Післяопераційний менінгоенцефаліт розвинувся у 1 хворого. Післяопераційна летальність відсутня.

**Ключові слова:** назальна лікворея, хірургічне лікування.

---

Назальна лікворея

---

## **Назальна лікворея. Ризики ускладнень**

*Паламар О.І., Гук А.П., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С.*

Група ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»

**Матеріали і методи:** Проліковано 18 хворих із назальною ліквореєю. Спонтанна назальна лікворея спостерігалась у 14 випадках, посттравматична – 4 випадки. Жінок було – 14, чоловіків – 4. Первинна локалізація: 9 – основна пазуха, 6 – решітчастий лабіринт, 3 – лобна пазуха. Основними скаргами були: виділення з носа у всіх 18 пацієнтів (100%); головний біль – 10 випадків (56%), підвищення температури тіла – 4 пацієнти (22%). Перенесений раніше менингоенцефаліт спостерігався у 5 випадках. При цьому у 4 хворих менингоенцефаліт проявлявся багатократно: в 1 хворого – чотири рази, ще в одного хворого – тричі, а в інших двох хворих – двічі. Верифікований менингоенцефаліт на момент поступлення – 4 пацієнти. Проведено хірургічних втручань: ендоскопічний ендоназальний доступ – 15 пацієнтів, субкраніальний доступ (через лобну пазуху) – 3 пацієнта.

**Результати:** У більшості випадків спонтанна назальна лікворея спостерігається у жінок. Середній вік хворих із спонтанною назальною ліквореєю 47,6 років. Перенесений менингоенцефаліт в анамнезі та активний менингоенцефаліт на момент поступлення спостерігався у половини пацієнтів (9 хворих, 50%). Час від моменту перших проявів назальної ліквореї до появи симптомів менингоенцефаліту коливався від 2 тижнів до 2 міс. А саме: у 4 пацієнтів впродовж перших двох тижнів, у двох пацієнтів впродовж першого місяця та ще у двох впродовж другого місяця. На фоні раніше перенесеного менингоенцефаліту 4 пацієнти із 5 відмічали зменшення інтенсивності виділень з носа. В той час, як усі 4 пацієнти, у яких на момент госпіталізації верифіковано активний менингоенцефаліт скаржились на збільшення інтенсивності носових виділень.

**Ускладнення:** Післяопераційний менингоенцефаліт – 1 хворий. Післяопераційна летальність відсутня.

**Ключові слова:** назальна лікворея, ускладнення.

## Лікування внутрішньомозкових абсцесів методом стереотаксичної аспірації

*Костюк К.Р., Главацький О.Я., Медведєв Ю.М., Шевельов М.М., Попов А.О., Чебурахін В.В., Дічко С.М., Малишева Т.А., Черненко О.Г., Ткачик І.П., Василів Н.С.*  
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України»

Абсцес головного мозку відноситься до рідких, однак важких, загрозливих для життя інфекційних уражень, яке в більшості випадків має бактеріальний або кандидозний генез. До факторів, що підвищують ризик розвитку абсцесу відносять знижений імунітет внаслідок ВІЛ інфекції або тривалого використання імуносупресивних ліків, онкологічні та тяжкі хронічні захворювання, вроджені вади серця, менінгіти, синусіти та інфекційні ураження середнього вуха. Метою роботи є оцінка ефективності стереотаксичної аспірації внутрішньомозкових абсцесів, розташованих в глибинних або функціонально-важливих ділянках мозку.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 14 хворих віком від 19 до 77 років (у середньому - 45.4 роки). В 13 (92.9%) спостереженнях абсцес локалізувався супратенторіально, в 1 (7.1%) випадку мав парастовбурову субтенторіальну локалізацію. В 12 (85.7%) спостереженнях абсцеси були представлені в вигляді солітарних вогнищ, в 2 (14.3%) випадках виявлені множинні абсцеси. До моменту проведення хірургічного втручання середня тривалість захворювання становила від 2 до 8 тижнів, у середньому 4 тижні. Стереотаксична аспірація гною здійснювалась на стереотаксичній системі CRW Radionics. В 3 (21.4%) спостереженнях, аспірація гною доповнювалась приточно-відточним дренажуванням порожнини вогнища. Середній об'єм видаленого вмісту становив 15.4мл. Післяопераційний період спостереження склав від 6 місяців до 8 років, у середньому – 3.5 роки.

**Результати.** Під час операції в 13 (92,9%) хворих гнійний вміст абсцесу був евакуйований, в 1 (7.1%) випадку діагностовано абсцес в стадії енцефаліту. Встановлені наступні шляхи походження абсцесу: риногенний - у 5 (35.7%) хворих, отогенний – у 3 (21.4%), гематогенний – в 1 (7.1%), контактний – в 1 (7.1%), ще в 4 (28.7%) спостереженнях шлях генезу абсцесу не був встановлений. У 8 (57.1%) випадках виділений збудник бактеріальної інфекції, у 6 (42.9%) спостереженнях бактеріологічне дослідження було негативним. Через 3 місяці після операції неврологічна симптоматика регресувала в 11 (78.6%) спостереженнях, у 2 (14.3%) хворих залишився стійкий неврологічний дефіцит. Помер 1 (7.1%) хворий на 25 день після операції від абсцедуючого менінгоенцефаліту.

**Висновки.** Стереотаксична аспірація є ефективним і безпечним методом хірургічного лікування абсцесів головного мозку. У випадку необхідності проведення операції хірургічного тактика має бути спрямована на використання мініінвазивного нейрохірургічного втручання.

**Ключові слова:** абсцес головного мозку; нейроінфекція; стереотаксична аспірація.



## Особенности местной анестезии при эндоскопических эндоназальных доступах к основной пазухе и селярно-хиазмальной области

Цвірінко І.Р., Заболотна Д.Д., Сарнацький К.С.

Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України

Во время эндоскопических операций наличие, даже, небольшого кровотечения существенно затрудняет визуализацию, и как следствие ограничивает действия хирурга и затягивает время оперативного вмешательства. Выполнение эндоскопических эндоназальных операций требует минимального кровотечения в области оперативного поля. Потребность полной визуализации и контроля для хирурга своих действий, является толчком к поискам методов уменьшения интраоперационного кровотечения.

**Цель:** разработка оптимальной техники местной инфильтрационной анестезии, которая позволила бы уменьшить интраоперационную кровоточивость и улучшила визуализацию внутриносовых структур.

**Материалы и методы:** Нами проведено исследование 3-х групп пациентов с патологией основной пазухи и селярно-хиазмальной области.

Первая группа - 23 пациента, которым при хирургическом доступе, использовали только аппликационную лидокаин-адренализацию слизистой оболочки полости носа.

Вторая - 21 пациент, которым проводилась локальная инъекционная анестезия средней носовой раковины и участки *agger nasi* предложена Stammberger при выполнении FESS.

В третьей исследуемой группе - 19 пациентов, которым кроме анестезии по Stammberger производилась инфильтрация передней стенки основной пазухи. Введение проводилось в такие точки: при анестезии основной пазухи слева - в проекции 5, 7, и 11 ч. При анестезии соответствующего участка справа - на уровне 7,5, и 1 часов.

**Результаты.** Оценку интраоперационной кровопотери проводили по шкале Andre. P.Voezaard и путем измерения количества крови в емкости отсоса (предварительно отняв количество использованной ирригационные жидкости).

**Выводы:** Местная инфильтрационная анестезия вместе с управляемой гипотонией и современным анестезиологическим обеспечением и препаратами позволяет уменьшить интраоперационное кровотечение. Это обеспечивает хорошую визуализацию во время оперативного вмешательства и улучшает условия работы хирурга и сокращает продолжительность операции.

**Ключові слова:** местная инфильтрационная анестезия; интраоперационное кровотечение; эндоскопические эндоназальные доступы.

## Оптимізація оцінки ефективності радіохірургічного лікування у хворих на вестибулярні шваноми

Земскова О.В., Чувашова О.Ю., Грязов А.Б., Андрійченко О.Г., Малишева О.Ю.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Стереотаксична радіохірургія (СРХ) є загальноновизнаним методом лікування хворих на вестибулярні шваноми (ВШ), що може застосовуватись як самостійно, так і в якості ад'ювантного лікування. Основною метою СРХ є забезпечення локального контролю (ЛК) росту пухлини, а також мінімізація неврологічного дефіциту та збереження якості життя. Під ЛК традиційно розуміють випадки як регресу пухлини, так і стабільності її розмірів за даними нейровізуалізації. Проте залишається невизначеність щодо стабільних ВШ з огляду на можливість як подальшої псевдопрогресії, так і продовженого росту.

**Мета.** Оптимізація оцінки ефективності радіохірургічного лікування у хворих на вестибулярні шваноми.

**Матеріали і методи.** За період з 2010 по 2014 рр. в ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» було проведено радіохірургічне лікування 143 хворих на ВШ. При цьому було опромінено 145 ВШ (за рахунок 2 випадків опромінення обох двобічних ВШ, асоційованих з нейрофіброматозом типу II). Серед хворих було 53 (37%) чоловіка та 90 (63%) жінок. Середній вік хворих 49,6 років [47,5; 51,7]. СРХ проводилась на лінійному прискорювачі «Trilogy» («Varian», США), що обладнаний стереотаксичною системою «Brain Lab» («Brain Lab», Німеччина), з енергією гальмівного опромінення 6 МеВ. Поряд із загальноприйнятим показником ЛК було запропоновано новий показник – локальний контроль без ризику прогресії (ЛКБП). Останній відображає рівень ЛК для групи хворих, з якої виключено хворих під ризиком прогресії пухлини за даними післяпроменевого моніторингу (збільшення або стабільність розмірів ВШ). Методом Каплана-Мейєра були розраховані показники ЛК та ЛКБП для різних періодів спостереження.

**Результати.** Встановлено статистично значущу різницю між показниками ЛК та ЛКБП через 12 місяців після СРХ: ЛК – 47% [51%; 43%] проти 34% [31%; 37%] ЛКБП та через 24 місяці – 72% [66%; 78%] проти 64% [62%; 66%] відповідно ( $p < 0,05$ ). Через 36 місяців статистично значущої різниці між показниками не встановлено (94% [90%; 98%] проти 92% [87%; 97%] відповідно). Отже, невизначеність стабільної пухлини щодо подальшої прогресії чи регресії в основному вирішувалася протягом перших двох років після СРХ ВШ при максимальному терміні спостереження 55 місяців.

**Висновки.** Запропонований новий підхід до оцінки результатів СРХ у хворих на ВШ дозволяє здійснювати післяпроменеви моніторинг більш диференційовано, з виділенням групи хворих під ризиком подальшої прогресії та з урахуванням відтермінованості у часі ефекту СРХ.

**Ключові слова:** вестибулярні шваноми; стереотаксична радіохірургія; нейровізуалізуючі методи дослідження; післяпроменеви моніторинг; локальний контроль росту пухлини.

## **Ранняя диагностика бульбарной формы миастении**

*Киселева И.Г., Третьякова А.И., Скобская О.Е., Малышева А.Ю.*

ГУ«Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», Киев, Украина

Сложность диагностики миастении на ранних этапах состоит в отсутствии структурных, анатомических изменений и механических препятствий глотанию не только при фарингоскопии, но и при проведении визуализирующих методов обследования гортани, глотки и пищевода.

**Цель:** определить ранние клинико-нейрофизиологические критерии диагностики бульбарной формы миастении

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов обследования 23 пациентов с нарушением глотания и речи разной степени выраженности. Интегральная бальная оценка функции глотания проводилась с учетом анамнеза и результатов специализированных проб по шкале Gugging Swallowing Screen. Stroke (M. Trapi, P. Enderle et al, 2007), (GUSS). Выполняли нейрофизиологическое исследование с использованием компьютерного электромиографа "Нейро-МВП" (Нейрософт, РФ), которое включало стимуляционную электромиографию (ЭМГ) (декремент-тест), игольчатую ЭМГ одиночного мышечного волокна (джиттер-анализ) соответственно протоколу регистрации нарушений нервно-мышечной передачи с мышц верхних и нижних конечностей для исключения генерализованной формы миастении, исследовали мимические и краниобульбарные мышцы.

**Результаты и их обсуждение.** У всех пациентов бальная оценка функции глотания по шкале GUSS составила менее 15. При тестировании нервно-мышечной передачи частотой 10 Гц, в клинически слабых мышцах выявляли снижение (декремент) амплитуды последнего импульса по отношению к первому более 10%. Как правило, в дистальных и проксимальных мышцах верхних и нижних конечностей декремент амплитуд М-ответов составлял менее 10%. Это требовало использование более тонких методов диагностики с помощью игольчатой ЭМГ.

По данным ЭМГ одиночного мышечного волокна в лобной, круговой мышце глаза, переднем брюшке двубрюшной мышцы регистрировали значительное увеличение джиттера и большой процент блокирования второго импульса, что подтверждало нарушение нервно-мышечной передачи. При выявлении миастенической реакции, пациентам проводили фармакологическую пробу (с прозеринном).

Развитие клинических проявлений бульбарной формы миастении зависят от клинического течения, степени выраженности и генерализации двигательных расстройств.

**Выводы.** Использование шкалы GUSS в практике оториноларинголога позволит на ранних этапах диагностики миастении выявить нарушения функции глотания и речи, своевременно провести нейрофизиологическую диагностику и верифицировать постсинаптические (миастенические) нарушения.

**Ключові слова:** миастения; бульбарные расстройства; диагностика.

## Возможности метода компьютерной стабิโลграфии в комплексе восстановительного лечения пациентов с вестибулярными шванномами

Мальшева А.Ю., Скобская О.Е., Киселева И.Г.

ГУ«Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», Киев, Украина

При вестибулярной шванноме (ВШ) головокружение и статокординаторные расстройства являются одними из важнейших и ведущих клинических симптомов поражения вестибулярной системы. Наряду с другими симптомами они определяют тяжесть заболевания и приводят к длительной стойкой потере трудоспособности пациентов в послеоперационном периоде. Среди методов восстановительного лечения вестибулярная реабилитация занимает особое место.

**Цель:** проанализировать возможности компьютерной стабิโลграфии (КС) в комплексе восстановительного лечения пациентов с ВШ.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения нескольких клинических случаев с ВШ до и после операции. Объективизация оценки статокординаторных расстройств и их коррекции проводилась на аппарате «Стабилоанализатор 01-02» («Ритм», РФ), с использованием теста Ромберга с закрытыми и открытыми глазами и динамического теста «Мишень». Анализировали базовые показатели статокинезиграмм. Стабилотренинг базируется на методе биологической обратной связи, включал комплекс адаптивных упражнений, количество занятий – 8, продолжительность от 5 до 15 минут. В ходе занятий пациенты тренировали двигательные навыки: симметричное распределение веса на обе ноги, точность произвольного перемещения общего центра давления (ОЦД), быстроту коррекции позы путем произвольного перемещения ОЦД в ответ на изменение положения тела.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе полученных результатов при проведении КС выявлено уменьшение: среднеквадратического отклонения ОЦД в тесте Ромберга с открытыми и закрытыми глазами ( $32,8 \pm 5,41$  мм и  $25,8 \pm 4,12$  мм соответственно); площади статокинезиграмм ( $218,3 \pm 9,56$  мм<sup>2</sup> и  $208,9 \pm 9,87$  мм<sup>2</sup> соответственно). Отмечено снижение коэффициента Ромберга (КР) до КС - 596,188% и 511,456%, после КС - 426,376% и 402,005%. Таким образом, у пациентов зафиксировано: уменьшение интенсивности и продолжительности головокружения, регресс статокординаторных расстройств, увеличение устойчивости вертикальной позы на основании выявленной положительной динамики показателей статокинезиграмм.

**Выводы:** Результаты проведенного исследования подтверждают перспективность использования метода КС в комплексе восстановительного лечения пациентов с ВШ.

**Ключові слова:** статокординаторные расстройства; компьютерная стабילוграфия; вестибулярная шваннома.

## **Особливості радіохірургічного лікування акустичних шваном з використанням роботизованої системи КіберНіж (CyberKnife M6)**

*Бурик В.М., Скроманіс М., Межецькіс М., Саукуме Д.*

Центр стереотаксичної радіохірургії «Сигулда», Сигулда, Латвія

**Мета:** Високороздільна променева терапія є сучасним стандартом радіаційної онкології. Роботизована стереотаксична радіохірургія (SRS) є методом точної доставки високих доз радіації до патологічних вогнищ з мінімальним впливом опромінення на навколишні здорові тканини. Радіохірургічне лікування з використанням новітньої системи КіберНіж (CyberKnife M6™) проводиться з максимальною точністю та мінімальною кількістю процедур, що зумовлює зменшення ймовірності побічних ефектів і збереження якості життя пацієнтів.

**Матеріали і методи:** 3 грудня 2015 СРЦ «Сигулда» радіохірургічне лікування КіберНіж (CyberKnife M6™) пройшли 8 хворих з акустичними шваномами. Більшість хворих (7 пацієнтів) пройшли однофракційне радіохірургічне лікування з разовою дозою 16 Гр. Один хворий з рецидивом пухлини після хірургічного втручання отримав 3 фракції з сумарною дозою 24Гр. Лікування було проведено 130-180 некомпланарними пучками за допомогою 1-2-коліматорів (20-60мм), крива ізодози була від 67 - 86%, коефіцієнт відповідності був 1,15-1,25, коефіцієнт гомогенності був 1,1-1,3.

**Результати:** На даному етапі дослідження, оцінювалась безпека лікування і відсутність ускладнень після радіохірургії КіберНіж (CyberKnife M6™) . У жодного з хворих не було гострих променевих ускладнень, вираженого післяпроменевого неврологічного дефіциту, в тому числі ураження лицьового нерву і ознак прогресування пухлини. Помірне зниження слуху було виявлене у 3 хворих. Часткове зменшення розмірів пухлини визначалось у 4 хворих, стабілізація розміру пухлини була у 4 пацієнтів з акустичними шваномами.

**Висновки:** Роботизована радіохірургія КіберНіж (CyberKnife M6™) є ефективним і безпечним методом лікування хворих з акустичними шваномами та дозволяє уникнути післяопераційних ускладнень та покращити якість життя пацієнту.

**Ключові слова:** радіохірургія; акустична шванома; кіберніж.

## **Особливості застосування трансназального доступу до пухлин селярної локалізації у дітей**

*Гук М.О., Плавський П.М., Скобська О.Є., Даневич О.О.*

*ДУ "Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П.Ромоданова НАМН України"*

**Мета:** оцінити особливості застосування трансназального доступу у дітей.

**Матеріали і методи.** Протягом 2011-2015 рр. в інституті нейрохірургії було проведено 26 оперативних втручань трансфеноїдальним доступом у 24 пацієнтів дитячого віку. За патологією роподіл операцій був наступним: 12 – краніофарингеоми (2 операції повторні), 8 – аденоми гіпофіза, 2 – гліоми, 1- киста карману Ратке, 1 – гермінома дна III шлуночка. Також проведено 2 пластики назальної ліквореї у попередньо оперованого пацієнта. Наймолодшим був пацієнт 3,6 років із кистозною краніофарингіомою, найстарший пацієнт 17,5 років з пролактиномою. При плануванні втручання використовували комплексну оцінку даних риноскопії, МРТ та МСКТ колоносових пазух. У пацієнтів було застосовано мікрохірургічний підслизовий транссептальний трансназальний доступ з певними модифікаціями або біностральний ендоскопічний. На етапі видалення застосовувались ендоскопи 0°, 30° та 45°. У 4 пацієнтів використовували нейронавігацію, у 9 – інтраопераційну флуороскопію.

**Результати.** Інтраоперацій ускладнень не було. У всіх пацієнтів було досягнуто поставлену мету операції – верифікація діагнозу, видалення або ж часткове видалення пухлини з декомпресією опто-хіазмального комплексу. Рецидивуючу назальну лікворею у 1 пацієнта, що вимагала реоперацій ми пов'язуємо з недосконалістю техніки закриття супраселярних цистерн штучними пластичними матеріалами.

У віковій групі – 12-18 років операції практично не мали відмінностей від дорослої хірургії, оскільки у всіх пацієнтів відстань між ВСА була більшою за 12 мм, а пневматизованість основної пазухи відповідала «дорослій анатомії» і явилось виконання доступу у дітей до 6 років через неповне формування пазухи основної кістки та вкрай вузькі носові ходи. Так при діаметрі ніздрі менше 6-7 мм, технічно проводити біностральну ендоскопію неможливо. Застосування ендоскопів діаметром 3 та 2,7 мм без ірігаційного каналу є технічно складнішим та вимагає значного досвіду хірурга, але може вирішити випадки молодших вікових груп на користь ендоскопії.

**Висновки.** При відповідному технічному забезпеченні та досвіді хірургів трансфеноїдальний доступ у дітей слід вважати безпечним та адекватним для певних пухлин селярної локалізації, що мають ендо-, інфра-, пара-селярне поширення. При супраселярних процесах, перспективним напрямком є використання розширених трансфеноїдальних ендоскопічних доступів, але їх використання значно обмежене анатомічними особливостями дітей молодших вікових груп.

**Ключові слова:** пухлини селярної локалізації у дітей; трансназальний доступ.

## Трансназальні ендоскопічні втручання при аденомах гіпофіза з поширенням в III шлуночок

Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Цурупа Д.М.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», Клініка трансфеноїдальної хірургії аденом гіпофіза

**Мета.** Вивчити особливості ендоскопічних втручань з приводу аденом гіпофіза з інвазією в III шлуночок.

**Матеріали та методи.** Матеріалом дослідження були 26 випадків аденом гіпофіза (АГ), які мали поширення в порожнину III шлуночка, оперовані в Інституті нейрохірургії у 2014-2016 рр. трансназально ендоскопічно. Діагноз та ступінь поширення в III шлуночок встановлено на основі МРТ та МСКТ з контрастом. Застосовувалась техніка біностральної ендоскопії з розширенням хірургічного доступу на пагорбок турецького сідла В 1 випадку була проведена вентрикулоперитонеостомія до операції видалення пухлини, в 2 випадках - після.

**Результати і обговорення:** У більшості пацієнтів (23 із 26) був «передній» варіант хіазми, що і визначено нами як основну передумову до поширення пухлини ретрохіазмально та інтравентрикулярно. Таке поширення є недоступним для ефективного видалення мікрохірургічно. Тотального та субтотального видалення пухлини було досягнуто в 19 випадках (73,1%), часткового – в 7 (26,9%). Покращення стану було у 20 хворих (76,9%), погіршення - у 4 (15,3%), помер 1 хворий після тотального видалення пухлини через порушення кровообігу в діенцефальних відділах мозку та 1 хворий після часткового видалення у віддалені строки. Лише в 4 випадках, які не увійшли в досліджувану групу, поширення АГ мало багатовузловий характер і перевага була надана транскраніальному доступу (FTOZ).

**Висновки:** групу АГ з найбільшим хірургічним ризиком складають саме випадки з поширенням пухлини в III шлуночок незалежно від розмірів та наявності оклюзійної гідроцефалії. Застосування ендоскопічних методик забезпечує розширення можливостей трансфеноїдальної хірургії для радикального видалення АГ, що поширюються до порожнини III шлуночка, дозволяє уникати трансвентрикулярних та шунтуючих операцій

**Ключові слова:** аденома гіпофіза; ендоскопія; трансназальний доступ; III шлуночок.

## **Наш опыт лечения острой сенсоневральной тугоухости при черепно-мозговой травме**

*Журавльов А.С., Ященко М.І., Дьоміна Є.В., Крилова І.В., Світлична Ю.В.*

Харківський національний медичний університет

Одна из причин возникновения острой сенсоневральной тугоухости-черепно-мозговая травма (ЧМТ). Предложенные к настоящему времени методы лекарственной терапии не всегда достаточно эффективны. Возникает необходимость поиска новых нестандартных подходов к лечению таких больных.

Нами обследовано 130 больных с острой сенсоневральной тугоухостью травматического генеза (ЧМТ I степени) в возрасте от 19 до 63 лет, из них 80 мужчин, 50 женщин. Все больные разделены на 2 клинические группы согласно методу проводимого лечения. Пациентам I группы проводилась традиционная лекарственная терапия (кавинтон, АТФ, папаверин, церебролизин, бета серк, актовегин, теоникол). II группе больных наряду с медикаментозной терапией применено внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) гелий-неоновым лазером ( $\lambda 0,63=\mu\text{м}$ , экспозиция 30 мин, курс 5-7 сеансов ежедневно).

Пациентам проводились общеклинические и специальные обследования, консультации смежных специалистов; полное клиническое ЛОР обследование, аудиометрическое, исследование вестибулярного анализатора, акустическая импедансометрия, оценивались результаты РЭГ, ЭЭГ, АД, ЭКГ, МРТ головного мозга. Анализировались показатели клинического анализа крови, мочи, глюкоза крови, коагулограмма).

Результаты лечения и обследования сравнивались с исходными данными (до и сразу после начала лечения, через 1 месяц).

Нами установлено: во II клинической группе у больных уже после 3-4 сеанса ВЛОК наблюдалась положительная клиническая динамика: исчезли головные боли, ушные шумы носили периодический характер, отсутствовало ощущение заложенности ушей, показатели «живой» речи возросли на 0,5-1,5м (шепотная и разговорная речь). Нивелирование клинических признаков болезни у пациентов I клинической группы отмечалось лишь к 8-10 дню от начала лечения. Лабораторные исследования показали, что у лиц I клинической группы в динамике лечения изменения происходили значительно медленнее. Имела место тенденция к гиперкоагуляции крови; на ЭЭГ раздражение корковых структур с признаками дисфункции; РЭГ свидетельствовала о повышении сосудистого тонуса, признаках затрудненного венозного оттока. Тенденция к нормализации данных показателей имела место только к окончанию 1 месяца после начала лечения. Исследование слуха «живой» речью показало увеличение на 0,5-1м.

Таким образом, метод комбинированного использования медикаментозной терапии и ВЛОК у больных острой сенсоневральной тугоухостью на фоне ЧМТ позволяет в более короткие сроки получить положительный результат в 86% случаев.

**Ключові слова:** сенсоневральная тугоухость; внутрисосудистое лазерное облучение крови.



## **Атипичное течение острого катарального среднего отита, осложненного гнойным менингитом**

Журавльов А.С.<sup>1</sup>, Калашник М.В.<sup>1</sup>, Юревич Н.О.<sup>1</sup>, Дьоміна Є.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Харківський національний медичний університет

<sup>2</sup> КЗОЗ «ОКЛ ЦЕМД та МК»

Особенности топографии структур уха обуславливают, при ряде способствующих факторов, распространение гнойно-воспалительных процессов на структуры головного мозга. Отогенный менингит является наиболее частым осложнением острых и хронических средних отитов. В клинической картине отогенного менингита, наряду с общими симптомами инфекционного заболевания, менингеальными знаками, иногда, очаговыми симптомами, присутствуют и признаки гнойно-воспалительного процесса в среднем ухе.

Под нашим наблюдением в оториноларингологическом отделении КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» г. Харькова, которое является клинической базой кафедры оториноларингологии ХНМУ, оказалось 15 больных за 2015-2016 гг., в возрасте от 35 до 50 лет, гиперстенического типа телосложения с диагнозом острого катарального среднего отита, гнойного менингита.

У всех больных заболевание развивалось молниеносно с явлениями острой респираторной вирусной инфекции и, параллельно, острого отита. Через сутки после начала заболевания у больных нарастали признаки менингита и они urgently доставлялись в клинику. При оториноларингологическом осмотре барабанная перепонка с соответствующей стороны застойная, гиперемирована, опознавательный контуры сглажены, присутствовали явления острого ринофарингита.

В крови во всех случаях наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ. Результаты исследования спинномозговой жидкости: всегда определялось высокое спинномозговое давление, цвет ее изменялся от легкой опалесценции до молочной или мутной, цитоз - от 250 до 30 000, с преобладанием нейтрофилов (80 - 90%), количество белка увеличивалось от 0,66 до 6,6 г/л. При компьютерном исследовании структур среднего уха определялась их завуалированность.

Начало лечения таких больных было консервативным (массивные дозы антибактериальных средств широкого спектра действия (карбапенемы)). Отсутствие перелома в течении 2-3 дней (у 10 больных) указывало на необходимость немедленной операции (антромастоидотомии). При вскрытии, во время операции, сосцевидного отростка обнаруживалась только выраженная кровенаполненность всех сосудов в кости и слизистой оболочке, что сопровождалось обильной кровоточивостью; гной при этом отсутствовал.

**Выводы.** Мы всегда должны помнить не только о классическом течении и развитии отогенного внутричерепного осложнения, но и об атипичных его формах, и своевременно проводить диагностические и лечебные мероприятия, что в большинстве случаев позволит спасти жизнь больному.

**Ключові слова:** гнойный средний отит; отогенный менингит.

## Поширення невринома слухового нерва в *porus acousticus internus*, ендоскопічні можливості видалення

Гук А.П., Паламар О.І., Оконський Д.І., Тесленко Д.С., Аксьонов Р.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України». Група ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії

**Матеріали і методи:** Проліковано 30 хворих із невриномами слухового нерва. Розміри пухлин згідно класифікації Jackler були наступними: пухлина розміром до 10 мм (1 хворий); від 11 до 20 мм (9 хворих); 21-30 мм (9 хворих); 31-40 мм (7 хворих); більше 40 мм (4 хворих). Був проведений ретросигмовидний субокципітальний доступ: кістково-пластична трепанація задньої черепної ямки і мікрохірургічне видалення – 23 випадки; Keyhole доступ і ендоскопічне видалення – 7 випадків. Трепанація *porus acousticus internus* за допомогою пневмодрелі проведена в 20 випадках: при мікрохірургічному видаленні пухлини – у 13 випадків (6 із яких були виконані із застосуванням ендоскопічної асистенції) та при ендоскопічному видаленні пухлини – 7 випадків.

**Результати:** Тотальне видалення пухлини було досягнуто у 25 випадках, субтотальне та часткове у 5 випадках. У всіх випадках, де пухлина поширювалась у *porus acousticus internus*, інтраканальна частина пухлини видалена з меншого, в порівнянні з мікрохірургічним, трепанаційного вікна внутрішнього слухового проходу. Лицевий нерв збережений у 23 хворих (85.1 %), слуховий нерв збережений у 6 хворих (21 %).

Ускладнення: Наростання парезу лицевого нерва (з 2-3 ст до 3-4 ст по Хаус-Бракману) – у 5 хворих, що у віддаленому періоді (протягом 3 місяців) регресували до 2 ст. Поява парезу лицевого нерва (4 ст) після операції. Регрес через 4 міс. Післяопераційна летальність – 1 хворий (причина смерті – ДВЗ-синдром).

**Висновки:** 1) Ендоскопічна ревізія поширення пухлини у внутрішній слуховий прохід є доцільною та виправданою в порівнянні із мікрохірургічною ревізією; 2) Трепанація внутрішнього слухового проходу ендоскопічним методом (чи ендоскопічна асистенція) є більш ефективною в порівнянні із мікрохірургічним оскільки є меншим трепанаційним вікном; 3) Візуалізація внутрішнього слухового проходу, по його довжині, краща при ендоскопічній методиці; 4) Keyhole хірургія та ендоскопічна методика пухлин мосто-мозочкового кута показана при невеликих невринамах (до 24 мм); 5) Кістково-пластична трепанація задньої черепної ямки та мікрохірургічна методика показані при більших розмірах пухлини (понад 24 мм) з ендоскопічною асистенцією трепанації внутрішнього слухового проходу.

**Ключові слова:** невринома слухового нерва; *porus acousticus internus*; ендоскопічні методи лікування.

## Макро та гігантські аденоми гіпофіза що поширюються на клиноподібну пазуху

*Паламар О.І., Гук А.П., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С.*

Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова. Група ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії

**Вступ.** Макро та гігантські аденоми гіпофізу можуть бути інвазивними і мають значний параселлярний ріст. Зменшення простору клиноподібної пазухи значно ускладнює проведення ендоскопічної ендоназальної хірургії, що пов'язано з втратою анатомічних орієнтирів, ризиками виникнення ускладнень і як результат неповне видалення пухлини.

**Матеріали та методи.** Ми провели ретроспективний аналіз 58 пацієнтів з макро та гігантськими аденомами гіпофіза мають інфраселлярний ріст в клиноподібну пазуху. В залежності від розміру пухлини ми виділяли: макроаденоми (10-19 мм) - 4 пацієнта, великі аденоми (20-40 мм) -32 пацієнта і гігантські аденоми (> 40 мм) - 22 пацієнта. Гормонально активні аденоми гіпофіза були виявлені у 17 пацієнтів, серед яких пролактиноми (10), СТГ аденом (5), ТТГ і АКТГ (2). Зорові порушення виявлені у 43 хворих. Діплопія була виявлена у 2-х хворих. Всім пацієнтам проведено магнітнорезонансна та комп'ютерна томографія.

Ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний доступ (ЕЕТ) проведено у всіх випадках, з них ендоскопічний едоназальний трансперігоїдальний (ЕЕТП) доступ проведено у 12 випадках.

**Результати.** Поширення на клиноподібну пазуху було класифіковано: Grade 0 (9), Grade 1 (9), Grade 2 (16), Grade 3 (24). Видалення задніх відділів носової перетинки проведено у 36 випадках. Тотальне видалення пухлини було досягнуто у 36 випадках, субтотальне - 16, часткове - 6. Найбільш частими ускладненням була назальна лікворея (7), менінгіт (1), ГПМК за ішемічним типом (1). Летальність (2).

**Висновки.** Градація поширення пухлини в клиноподібну пазуху дозволяє провести адаптацію ендоскопічного ендоназального доступу та провести безпечно видалення пухлини з клиноподібної пазухи.

Ендоскопічна методика дозволяє чітко візуалізувати важливі анатомічні орієнтири, що призводить до зменшення кількості інтраопераційних ускладнень.

Видалення задніх відділів перегородки доцільно проводити у Grade 3 росту пухлини в клиноподібну пазуху.

**Ключові слова:** макро та гігантські аденоми гіпофіза; клиноподібна пазуха.

## **Перелік тез доповідей**

### **Назальна лікворея**

Назальна лікворея. Точка зору нейрохірурга <i>Педаченко Є.Г., Ярмолюк Є.С.</i> .....	8
Наш опыт использования назосептального лоскута при закрытии дефектов основания черепа у пациентов с назальной ликвореей <i>Заболотная Д.Д., Паламар О.И., Исмагилов Э.Р.</i> .....	10
Клінічні випадки малоінвазивного ендоскопічного хірургічного лікування ранньої травматичної та спонтанної періодичної назальної ліквореї <i>Шевага В.М., Нетлюх А.М., Горак В.М., Крачковський М.К., Козловський А.Ю.</i> .....	11
Наш досвід по лікуванню назальної ліквореї різного походження <i>Кіщук В.В., Ольхов В.М., Бондарчук О.Д., Дмитренко І.В., Барціховський А.І., Лобко К.А., Грицун Я.П.</i> .....	12
Хирургическое лечение нетравматической назальной ликвореи. Анализ собственных результатов <i>Сирко А.Г., Пилипенко Г.С.</i> .....	13
Опыт хирургического лечения ликвореи из основной пазухи <i>Пилипенко Г.С., Сирко А.Г.</i> .....	14
Досвід використання аутологічного фібринового клею «Vivostat ®» в трансназальній ендоскопічній хірургії основи черепа <i>Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Цюрупа Д.М.</i> .....	15
Опыт лечения назальных ликворей клиники субтенториальной нейроонкологии <i>Федирко В.О., Гудков В.В., Онищенко П.М., Лисяный А.Н., Набойченко А.Г., Цюрупа Д.М., Яковенко М.Ю.</i> .....	16
Ефективність консервативного лікування назальної ліквореї в гострому періоді черепно-мозкової травми <i>Дядечко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Скобська О.Є., Болюх А.С., Білошицький В.В.</i> ..	17
Принципи лікування отоліквореї в гострому періоді черепно-мозкової травми у пацієнтів з переломами піраміди скроневої кістки <i>Скобська О.Є., Каджая М.В., Готін О.С., Дядечко А.О., Болюх А.С., Білошицький В.В.</i> ..	18
Реконструктивна хірургія при переломах основи черепа, ускладнених назальною ліквореєю <i>Дядечко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Болюх А.С., Білошицький В.В.</i> .....	19
Лікувально-хірургічні операції у хворих з назальною ліквореєю <i>Дядечко А.О., Каджая М.В., Готін О.С., Болюх А.С., Білошицький В.В.</i> .....	20
СКТ-цистернография в диагностики назальной ликвореи (особенности в зависимости от локализации ликворных фистул, типа ликвореи) <i>Пилипенко Г.С., Сирко А.Г.</i> .....	21
Назальна лікворея. Тактика хірургічного лікування <i>Гук А.П., Паламар О.І., Оконський Д.І., Тесленко Д.С., Аксьонов Р.В.</i> .....	22
Назальна лікворея. Ризики ускладнень <i>Паламар О.І., Гук А.П., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С.</i> .....	23

### **Неврологічні ускладнення після запальних захворювань ЛОР-органів**

Лікування внутрішньомозкових абсцесів методом стереотаксичної аспірації <i>Костюк К.Р., Главацький О.Я., Медведєв Ю.М., Шевельов М.М., Попов А.О., Чебурахін В.В., Дічко С.М., Малишева Т.А., Черненко О.Г., Ткачик І.П., Василів Н.С.</i> .....	24
---	----

**Сучасні технології в нейрохірургії і оториноларингології**

Особенности местной анестезии при эндоскопических эндоназальных доступах к основной пазухе и селлярно-хиазмальной области  
*Цвірінко І.Р., Заболотна Д.Д., Сарнацький К.С. ....* 25

Оптимізація оцінки ефективності радіохірургічного лікування у хворих на вестибулярні шванноми  
*Земскова О.В., Чувашова О.Ю., Грязов А.Б., Андрійченко О.Г., Малишева О.Ю. ....* 26

Ранняя диагностика бульбарной формы миастиении  
*Киселева И.Г., Третьякова А.И., Скобская О.Е., Малышева А.Ю. ....* 27

Возможности метода компьютерной стабилографии в комплексе восстановительного лечения пациентов с вестибулярными шванномами  
*Малышева А.Ю., Скобская О.Е., Киселева И.Г. ....* 28

Особливості радіохірургічного лікування акустичних шванном з використанням роботизованої системи КіберНіж (CyberKnife M6)  
*Бурик В.М., Скроманіс М., Межецькіс М., Саукуме Д. ....* 29

Особливості застосування трансназального доступу до пухлин селярної локалізації у дітей  
*Гук М.О., Плавський П.М., Скобська О.Є., Даневич О.О. ....* 30

Трансназальні ендоскопічні втручання при аденомах гіпофіза з поширенням в III шлуночок  
*Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Цурупа Д.М. ....* 31

Наш опыт лечения острой сенсоневральной тугоухости при черепно-мозговой травме  
*Журавльов А.С., Яценко М.І., Дьоміна Є.В., Крилова І.В., Світлична Ю.В. ....* 32

Атипичное течение острого катарального среднего отита, осложненного гнойным менингитом  
*Журавльов А.С., Калашник М.В., Юревич Н.О., Дьоміна Є.В. ....* 33

Поширення неврино слухового нерва в forus acousticus internus, ендоскопічні можливості видалення  
*Гук А.П., Паламар О.І., Оконський Д.І., Тесленко Д.С., Аксьонов Р.В. ....* 34

Макро та гігантські аденоми гіпофіза що поширюються на клиноподібну пазуху  
*Паламар О.І., Гук А.П., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С. ....* 35

## **Алфавітний показчик**

Аксьонов Р.В. ....	22, 23, 34, 35	Малишева Т.А. ....	24
Андрійченко О.Г. ....	26	Медведєв Ю.М. ....	24
Барціховський А.І. ....	12	Межецькіс М. ....	29
Білошицький В.В. ....	17, 18, 19, 20	Мумлев А.О. ....	15, 31
Болюх А.С. ....	17, 18, 19, 20	Набойченко А.Г. ....	16
Бондарчук О.Д. ....	12	Нетлюх А.М. ....	11
Бурик В.М. ....	29	Оконський Д.І. ....	22, 23, 34, 35
Василів Н.С. ....	24	Ольхов В.М. ....	12
Главацький О.Я. ....	24	Онищенко П.М. ....	16
Горак В.М. ....	11	Паламар О.І. ....	10, 22, 23, 34, 35
Готін О.С. ....	17, 18, 19, 20	Педаченко Є.Г. ....	8
Грицун Я.П. ....	12	Пилипенко Г.С. ....	13, 14, 21
Грязов А.Б. ....	26	Плавський П.М. ....	30
Гудков В.В. ....	16	Попов А.О. ....	24
Гук А.П. ....	22, 23, 34, 35	Сарнацький К.С. ....	25
Гук М.О. ....	15, 30, 31	Саукуме Д. ....	29
Даневич О.О. ....	15, 30, 31	Світлична Ю.В. ....	32
Дічко С.М. ....	24	Сирко А.Г. ....	13, 14, 21
Дмитренко І.В. ....	12	Скобська О.Є. ....	17, 18, 27, 28, 30
Дьоміна Є.В. ....	32, 33	Скроманіс М. ....	29
Дядечко А.О. ....	17, 18, 19, 20	Тесленко Д.С. ....	22, 23, 34, 35
Журавльов А.С. ....	32, 33	Ткачик І.П. ....	24
Заболотна Д.Д. ....	10, 25	Третякова А.И. ....	27
Земскова О.В. ....	26	Федирко В.О. ....	16
Исмагилов Э.Р. ....	10	Цвірінько І.Р. ....	25
Каджая М.В. ....	17, 18, 19, 20	Цюрупа Д.М. ....	15, 16, 31
Калашник М.В. ....	33	Чебурахін В.В. ....	24
Киселева И.Г. ....	27, 28	Черненко О.Г. ....	24
Кіщук В.В. ....	12	Чувашова О.Ю. ....	26
Козловський А.Ю. ....	11	Шевага В.М. ....	11
Костюк К.Р. ....	24	Шевельов М.М. ....	24
Крачковський М.К. ....	11	Юревич Н.О. ....	33
Крилова І.В. ....	32	Яковенко М.Ю. ....	16
Лисяний А.Н. ....	16	Ярмолюк Є.С. ....	8
Лобко К.А. ....	12	Ященко М.І. ....	32
Малишева О.Ю. ....	26, 27, 28		

**Для нотаток**

**Для нотаток**