

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

В. Вишняков, доктор медицинских наук, профессор,
Д. Ялымова

Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова

E-mail: Dasha-l-s@yandex.ru

В последние годы отмечается тенденция к учащению хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов (ХОВЧС). Целью исследования было оценить клиническую эффективность разных видов хирургического вмешательства при ХОВЧС, в том числе – в отдаленном периоде, и качество жизни пациентов после хирургического лечения.

Ключевые слова: хронический верхнечелюстной синусит, эндоскопическая операция.

Проблема лечения хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита (ХОВЧС) находится на стыке 2 специальностей – оториноларингологии и стоматологии. Одонтогенными синуситами страдают от 2 до 25% больных с патологией верхнечелюстных пазух (ВЧП) [1].

Фактически не существует метода, который можно было бы считать стандартом лечения ХОВЧС. Постепенное внедрение в практику эндоскопических способов хирургического лечения больных ХОВЧС способствует переходу от обширных, зачастую травматичных хирургических вмешательств, к щадящим, что позволяет сохранить важные анатомические структуры оперированной области и физиологические функции ВЧП в послеоперационном периоде [2–4].

Остается открытым и вопрос диагностики ХОВЧС. В России основным способом выявления синуситов является рентгенография околоносовых пазух (ОНП) в носоподбородочной проекции. Однако изучение нарушений прозрачности ВЧП по рентгенограммам при ХОВЧС не дает полной информации о состоянии кости и слизистой оболочки ВЧП и координатах инородного тела. Стандартная рентгенография ОНП не обеспечивает адекватного контроля лечения.

Внедрение в клинику мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) изменило подход к диагностике синуситов [5]. МСКТ позволяет выявить анатомические особенности развития ВЧП, определить структуру и плотностные характеристики костной ткани, состояние дна ВЧП и ее слизистой оболочки, определить координаты инородного тела [6].

Мы оценили диагностические возможности МСКТ ОНП до и после хирургического лечения ХОВЧС; сравнили клиническую эффективность эндоскопической эндоназальной операции и эндоскопической операции с комбинированным доступом на ВЧП; оценили качество жизни (КЖ) пациентов после лечения.

В исследование были включены 107 пациентов (43 – 40,2% – мужчины и 64 – 59,8% – женщины в возрасте от 22 до 65 лет), составивших 2 группы. Всем пациентам проведена МСКТ ОНП в предоперационном периоде и не ранее чем через 3 мес после лечения (для его объективной оценки). Выбор метода хирургического лечения определялся координатами инородного тела при его наличии и предполагаемым удобством оперативного доступа.

У пациентов 1-й группы (n=32) применена эндоскопическая операция на ВЧП с комбинированным доступом; в эту группу вошли пациенты с разными формами ХОВЧС, у которых инородное тело в ВЧП располагалось преимущественно в передненижнем отделе и альвеолярной бухте. Пациентам 2-й группы (n=75) выполняли эндоскопическую эндоназальную операцию на ВЧП; в эту группу включили пациентов с разными формами ХОВЧС, в том числе – с инородными телами, расположенными в центральном отделе пазухи и в области задней стенки. Хирургическое лечение осуществлялось с использованием оборудования фирмы Karl Storz (ригидные эндоскопы 4 мм с углами зрения 0; 30; 45 и 70°; видеоаппаратура и специальный инструментарий). Все операции выполняли под эндотрахеальным наркозом; в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения или фторхинолоны).

Клиническую эффективность лечения определяли по разработанной нами шкале; критериями эффективности были: наличие рецидива и нежелательных результатов хирургического лечения; сроки реабилитации. Градации клинической эффективности:

- *неудовлетворительный* результат: возникновение рецидива; нежелательные результаты хирургического вмешательства в послеоперационном периоде; длительный срок реабилитации;
- *удовлетворительный* результат: нежелательные результаты хирургического вмешательства и увеличение сроков реабилитации;
- *хороший* – отсутствие нежелательных результатов хирургического лечения, рецидива заболевания и сокращение срока реабилитации.

Срок реабилитации отсчитывали от момента операции до выхода пациента на работу.

КЖ пациентов изучали по шкале EQ-5D (2000) в модификации В.В. Вишнякова и соавт. (2010). Модифицированная шкала EQ-5D представляет собой опросник здоровья ринологического больного и непосредственно шкалу. При опросе пациенту предлагается определить свое состояние по следующим критериям:

- насколько сильно его волнует нарушение носового дыхания;
- как часто он обращает внимание на затруднение (нарушение) носового дыхания;
- беспокоят ли его выделения из носа;
- беспокоят ли головная боль, боль в области лица;
- доволен ли пациент эффектом от операции.

Шкала здоровья для удобства пациентов и упрощения оценки КЖ врачом-

исследователем имеет вид термометра с делениями от 0 до 100. Пациенту предлагали оценить свое самочувствие. Значение «0» на шкале соответствует наихудшему состоянию здоровья, а значение «100» – наилучшему (как его представляет себе пациент). Клиническую эффективность хирургического лечения и КЖ оценивали до операции, в 1-й день после операции, через 1 и 3 мес.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10 (StatSoft Russia, 2012). Для описания количественных признаков, соответствующих параметрическому (нормальному) распределению, рассчитывали среднее значение признака M и стандартное отклонение m . Значения представлены в форме $M \pm m$. Достоверность различий между группами оценивали с использованием t -критерия Стьюдента: $t = (M_1 - M_2) / (m_1^2 + m_2^2)$. Различия считали статистически значимыми при уровне вероятности $p < 0,05$.

Применение МСКТ ОНП позволило на предоперационном этапе достоверно определить показания к хирургическому лечению и его объем в каждом конкретном случае, координаты инородного тела в ВЧП, их расположение, состояние слизистой оболочки ВЧП, а в послеоперационном периоде – оценить результаты хирургического лечения.

В ходе исследования выявлен ряд нежелательных результатов хирургического вмешательства (см. таблицу).

Пациенты 1-й группы по клинической эффективности хирургического лечения распределились следующим образом: неудовлетворительный результат – у 15,6%, удовлетворительный – у 65,6%, хороший – у 18,7%. Средний срок реабилитации составил 15 сут.

Показатели пациентов 2-й группы были лучше: неудовлетворительный результат – у 14,7%, удовлетворительный – у 24%, хороший – у 61,3%. Средний срок реабилитации составил 9 сут.

На всех этапах оценки КЖ пациентов по опроснику здоровья ринологического больного EQ-5D во 2-й группе средний балл был выше, чем в 1-й; разница была больше выражена в раннем послеоперационном периоде (31%), а к концу исследования составила лишь 8%. Схожая динамика определялась при исследовании по шкале здоровья EQ-5D: во 2-й группе результат также был выше, более существенная разница выявлена в начале исследования (25%), а к его концу она уменьшилась до 9%. Сравнение результатов применения комбинированной эндоскопической операции на ВЧП и эндоскопической эндоназальной операции выявило преимущество последней в раннем послеоперационном периоде. При использовании эндоскопического эндоназального метода значительно возрастает качество лечения ХОВЧС, меняются характер и частота нежелательных результатов. Однако использование дополнительного доступа через переднюю стен-

Нежелательные результаты хирургического вмешательства за 3 мес наблюдения; n (%)

Нежелательный результат	1-я группа (n=32)	2-я группа (n=75)	Δ, %
Послеоперационный отек (гематома) мягких тканей лица	26 (81,2)	7 (9,3)	-71,9
Нарушение чувствительности	26 (81,2)	5 (6,7)	-74,5
Сохранение перфорации дна ВЧП (ороантральная фистула)	4 (12,5)	4 (5,3)	-7,2
Синехии в полости носа	0	9 (12,0)	+12,0
Стеноз расширенного естественного соустья ВЧП	6 (18,7)	13 (17,3)	-1,4
Рецидив синусита	5 (15,6)	11 (14,7)	-10,3

ку ВЧП оправдано при наличии инородных тел, их мелких фрагментов, расположенных в переднемедиальном отделе пазухи и альвеолярной бухте, что упрощает хирургу их удаление и позволяет избежать повторных операций.

Проанализировав полученные данные, мы считаем, что в целях предоперационной подготовки и контроля лечения пациенту должно проводиться комплексное обследование, заключающееся в эндоскопии полости носа, МСКТ полости носа и ОНП; в объем исследования следует включать альвеолярную часть верхней челюсти, всю полость носа и ОНП, что позволит выбрать оптимальный метод хирургического вмешательства и избежать осложнений при операциях.

Применение эндоскопической эндоназальной операции на ВЧП при ХОВЧС целесообразно, поскольку она высокоэффективна, снижает частоту нежелательных результатов и достоверно улучшает КЖ пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Применение комбинированной эндоскопической операции на ВЧП с дополнительным доступом через переднюю стенку целесообразно и эффективно при наличии инородных тел, их мелких фрагментов, расположенных в переднемедиальном отделе пазухи и альвеолярной бухте.

Литература

1. Агафонов А.А. Сравнительная оценка методов классической и эндоскопической синусотомии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006; 23 с.
2. Аллавердиев С.А. Выбор оптимального хирургического доступа при кистах верхнечелюстных пазух. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 2011; 20 с.
3. Богатов А. И. Анализ ошибок и осложнений при хирургическом лечении больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами / Самара, 2000; с. 102–3.
4. Ялымова Д.Л., Вишняков В.В., Талалаев В.Н. Клиническая эффективность различных методов хирургического лечения хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита // Эндоскопическая хирургия. – 2014; 2: 225.
5. Арцыбашева М.В. Компьютерная томография в планировании эндоназальных хирургических вмешательств при неопухолевых заболеваниях околоносовых пазух. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001; 24 с.
6. Вахрушев С.Г., Радкевич А.А., Игумнов Б.В. и др. Комплексный подход к диагностике хронических одонтогенных заболеваний придаточных пазух носа. Новые биосовместимые сверхэластичные материалы и новые медицинские технологии в стоматологии: Мат. междунар. конф. Красноярск, 2000; с. 38.

SURGICAL TREATMENT FOR CHRONIC ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS AND POSTTREATMENT ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS

Professor V. Vishnyakov, MD; D. Yalymova

A.I. Evdokimov Moscow State Medical University of Medicine and Dentistry

There has recently been a tendency towards higher incidence of chronic odontogenic maxillary sinusitis (COMS). The purpose of the investigation was to evaluate the clinical efficiency of different surgical interventions in COMS, including that in the late period, and quality of life in patients after surgery.

Key words: chronic maxillary sinusitis, endoscopic surgery.